

INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - IGG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

SIMONE STOCHERO KUMMER

**INTERNAÇÕES GERIÁTRICAS E OPINIÕES DOS GESTORES MUNICIPAIS
DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE: CONSIDERAÇÕES SOBRE
OS PROGRAMAS DE SAÚDE DIRECIONADOS A IDOSOS**

Porto Alegre
2017

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - IGG

SIMONE STOCHERO KUMMER

INTERNAÇÕES GERIÁTRICAS E OPINIÕES DOS GESTORES MUNICIPAIS
DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE: CONSIDERAÇÕES SOBRE
OS PROGRAMAS DE SAÚDE DIRECIONADOS A IDOSOS

Dezembro de 2017

SIMONE STOCHERO KUMMER

INTERNAÇÕES GERIÁTRICAS E OPINIÕES DOS GESTORES MUNICIPAIS
DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE: CONSIDERAÇÕES SOBRE
OS PROGRAMAS DE SAÚDE DIRECIONADOS A IDOSOS

Tese de Doutorado apresentada como
requisito para grau de Doutor, pelo
Programa de Pós-Graduação em
Gerontologia Biomédica da Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus

Porto Alegre

2017

Ficha Catalográfica

K96i Kummer, Simone Stochero

Internações Geriátricas e Opiniões dos Gestores Municipais da Região Metropolitana de Porto Alegre : considerações sobre os programas de saúde direcionados a idosos / Simone Stochero Kummer . – 2017.

199 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus.

1. Saúde Pública. 2. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. 3. Atenção à Saúde do Idoso. 4. Gestão em Saúde. 5. Educação em Saúde. I. Stobäus, Claus Dieter. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

SIMONE STOCHERO KUMMER

INTERNAÇÕES GERIÁTRICAS E OPINIÕES DOS GESTORES MUNICIPAIS
DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE: CONSIDERAÇÕES SOBRE
OS PROGRAMAS DE SAÚDE DIRECIONADOS A IDOSOS

Tese de Doutorado apresentada como
requisito para grau de Doutor, pelo
Programa de Pós-Graduação em
Gerontologia Biomédica da Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande do Sul

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Roberto Goldim

Instituição: IGG – PUCRS

Prof^a. Dr^a. Olga Eidt

Instituição: PUCRS

Prof^a. Dr^a. Iride Cristofoli Caberlon

Instituição: ULBRA Gravataí/RS

Agradecimentos

Agradeço a Deus, por me permitir perceber o brilho de cada pequeno acontecimento, por me dar força interior para superar os obstáculos e luz para as melhores escolhas, além de manter as pessoas certas nos meus caminhos.

Agradeço ao meu querido professor Claus, pela confiança e carinho em nossa convivência, que com sua sabedoria respeitou meu tempo e ansiedades nos caminhos de vencer desafios e construir sonhos.

Agradeço a minha família, aos meus amigos, colegas de trabalho e a todas as pessoas que participaram da minha vida e, de um modo ou de outro, contribuíram para a realização deste estudo.



*“A menos que modifiquemos nossa maneira de pensar,
não seremos capazes de resolver os problemas
causados pela forma como nos acostumamos a ver o
mundo”.*

Albert Einstein

Resumo

O progressivo envelhecimento da população vem trazendo consigo modificações das necessidades na organização social em que vivemos, exigindo uma melhor compreensão desta transição epidemiológica e de todas as formas de conduzir uma longevidade saudável. As mudanças na estrutura etária e as consequências do envelhecimento populacional tornam mais significativa a prevalência de doenças crônico-degenerativas, processo que exige um sistema público preparado para lidar com questões de prevenção da doença e permanente promoção da saúde. Este trabalho teve por objetivo comparar frequência e custos de internações de idosos dos municípios da 10ª Região de Saúde, complementando com opiniões de seus gestores, para disponibilizar elementos que auxiliem a melhora desse atendimento e a gestão das ações de Saúde. Foi realizado um estudo quanti-qualitativo, sendo a parte quantitativa do tipo transversal, com coleta de dados referentes ao ano de 2014, e a parte qualitativa do tipo longitudinal. Realizada análise a partir dos elementos colhidos no banco de dados DATASUS, complementados com a realização de questionários com perguntas aos gestores, sendo realizada uma pré-análise, montada uma planilha no excel, que foi alterada e/ou complementada nos três encontros preliminares do projeto piloto e, posteriormente, utilizada como subsídio para as discussões do grupo focal, o qual constituiu-se dos seis gestores de saúde (ou seus representantes), que participaram de sete encontros, em que foram realizados seis estudos de caso acerca da situação de saúde, no que se refere à atenção à pessoa idosa, um estudo de caso para cada um dos municípios pesquisados. Resultados: Percebeu-se entre os municípios da 10ª Região, um quantitativo de ICSAP abaixo dos valores no Estado e de outras Regiões de Saúde do estado, apresentando um total de 52,94 internações a cada 1000 habitantes idosos residentes, enquanto que o total geral de ICSAP entre os idosos de todo o Estado do Rio Grande do Sul foi de 64,58. No entanto, no que se refere às ICSAP do grupo diagnóstico L, doenças da pele e do tecido subcutâneo, a Região 10 apresentou 0,56 internações a cada 1000 habitantes idosos, enquanto que em todo o Estado, nesse grupo diagnóstico, ocorreram 0,48. O mesmo se repetiu para o grupo diagnóstico N, doenças do aparelho geniturinário: na 10ª Região de Saúde ocorreram 4,27 ICSAP a cada 1000 habitantes idosos, enquanto que em todo o Estado do Rio Grande do Sul ocorreram 3,94, com 3,86 internações a cada 1000 idosos nas outras regiões de Saúde. As questões de Educação em Saúde aos usuários do SUS e aos profissionais da saúde, sob o enfoque das necessidades específicas do idoso, foram apontadas como resolução para 72,4% de problemáticas em saúde da Região 10. A implementação e ampliação de serviços de internação domiciliar, conforme o Programa Melhor em Casa, foram indicadas na

intenção de melhor acompanhar os pacientes egressos de altas hospitalares, vislumbrando contemplar não apenas a desospitalização, mas efetivamente a redução das reinternações hospitalares. Considerações finais e perspectivas: O cruzamento de dados demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e de morbimortalidade proporciona uma visão mais sólida, crítica e respaldada para a construção de pareceres favoráveis ou desfavoráveis às ações de saúde e à utilização dos recursos públicos. Além de que o desenvolvimento de habilidades de coleta e de análise desses dados, destaca-se como algo que merece ser disseminado também entre os profissionais da saúde e representantes da gestão que participam dos processos decisórios, seja em reuniões de Comissões Intergestores Regionais (CIR), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou dos Conselhos Municipais ou Estadual de Saúde. A lista de condições sensíveis à Atenção Primária deve funcionar como um indicador de medidas indiretas do funcionamento e da capacidade resolutive da atenção primária à saúde, este estudo pode ser de grande valia aos gestores envolvidos com a atenção básica, podendo funcionar como mais um balizador de sua qualidade, sendo incluído nas contribuições para a avaliação da implantação e da implementação das políticas de saúde. Considerando que toda a ação de saúde exige a disponibilização de recursos, sugere-se pensar em uma Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que vincule custeio com o cumprimento de metas, em prol de atender seus objetivos-fim.

Palavras-chave: Saúde Pública; Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária; Atenção à Saúde do Idoso; Gestão em Saúde; Educação em Saúde

Abstract

INTRODUCTION: the progressive aging of the population brings with it changes in the needs of the social organization in which we all live, demanding a better understanding of this epidemiological transition and of all the ways to lead a healthy longevity. Changes in age structure and the consequences of population aging make the prevalence of chronic-degenerative diseases more significant, a process that requires a Public System prepared to deal with disease prevention issues and ongoing health promotion.

OBJECTIVE: compare the frequency and costs of the hospitalization of the elderly in the municipalities of the 10th Region of Health.

METODOLOGIA: The quantitative part is transversal type, with the analysis carried out from the elements collected in the DATASUS database. This part was complemented by a qualitative part, with the opinions of their health system managers, in order to provide elements that help improve health care and management with more quality, data were collection from the year 2014. In the qualitative part with longitudinal type, there were used questionnaires with open questions to the managers, a pre-analysis was carried out, and a spreadsheet was created in *Excel*, which was changed and/or complemented in the three preliminary meetings of the Pilot Project. Subsequently these data were used as a subsidy for the focus group discussions, which consisted of six health managers (or their representatives), who participated in seven meetings, in which six studies were carried out on the health situation, one for each County.

RESULTS: a quantitative value of ICSAP was found among the residents of the 10th Region in the State and other Health Regions of the state, with a total of 52,94 hospitalizations per 1000 resident elderly residents, while the total Of ICSAP among the elderly in the State of Rio Grande do Sul was 64,58. However, in relation to the ICSAP of the diagnostic group L, skin and subcutaneous tissue diseases, Region 10 had 0.56 hospitalizations per 1000 elderly inhabitants, while in the whole state, in this diagnostic group, 0,48. The same occurs in the diagnostic group N, diseases of the genitourinary system: in the 10th Region of Health there were 4,27 ICSAP per 1000 elderly inhabitants, while in the whole state of Rio Grande do Sul were 3,94, with 3,86 hospitalizations for every 1000 elderly people in other health regions. Health Education issues for SUS users and health professionals, focusing on the specific needs of the elderly, were pointed out as a resolution to 72,4% of health problems of the Region 10. The implementation and expansion of home care services, according to a better at Home Program, were indicated in the intention of better accompanying the outpatients of hospital discharges, with a view to considering not only dehospitalization, but effectively reducing hospital readmissions.

FINAL CONSIDERATIONS AND PERSPECTIVES: The cross-referencing of demographic, socioeconomic, epidemiological and morbidity and mortality data provides a more solid, critical and supported view for the construction of

opinions favorable or unfavorable to health actions and the use of public resources. In addition, the development of the skills of collecting and analyzing these data stands out as something that should also be disseminated among health professionals and management representatives who participate in the decision-making processes, be it meetings of Regional Interagency Commissions (CIRs). The Bipartite Interagency Committee (CIB) or the Municipal or State Health Councils. The list of sensitive conditions to Primary Care should function as an indicator of indirect measures of the functioning and resolving capacity of Primary Health Care. This study may be of great importance and value to the managers involved with basic care, and can act as another indicator of their quality, being included in the contributions for the evaluation of the implementation and implementation of health policies. Considering that all health action requires the availability of resources, it is suggested to think of a National Health Policy for the Elderly that binds costing with the fulfillment of goals, in order to meet its end-goals.

Keywords: Public Health; Hospitalizations for conditions sensitive to primary care; Health Attention to Elderly; Health Management; Health Education

Lista de Apêndices

Apêndice A	Esboço dos elementos coletados no questionário	130
Apêndice B	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	133

Lista de Anexos

Anexo A	Mapa 2ª Coordenadoria Regional de Saúde - 10ª Região de Saúde	
	2ª CRS (Porto Alegre)	135
Anexo B	Tabela 1: Frequência das Internações Hospitalares dos Idosos de Alvorada	136
Anexo C	Aprovação da Comissão Científica do IGG.....	137
Anexo D	Aprovação do CEP	138
Anexo E	Aprovação do CEP – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre	140
Anexo F	Listagem de procedimentos que compõe o código CID10 I 20 – Angina Pectoris.....	144
Anexo G	Seleção individual dos procedimentos que compõe o código CID10 I20 – Angina Pectoris	146
Anexo H	Tabela: Ações citadas como necessárias pelos representantes das gestões municipais, dos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre – Região 10 de Saúde sendo classificadas em blocos de enquadramento	147
Anexo I	Documento apresentado à Secretaria Estadual de Saúde	148
Anexo J	Artigo Publicado na Revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento – Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 217-233, 2016 - Qualis B1	162
Anexo L	Comprovante de submissão de artigo ao Caderno de Saúde Pública - Qualis A2	179
Anexo M	Artigo submetido ao Caderno de Saúde Pública - Qualis A2	180

Lista de Tabelas

Tabela 1 Detalhamento do panorama estrutural de cada um dos municípios em estudo, conforme respostas ao questionário (Apêndice Esboço dos elementos coletados no questionário (Apêndice A)	62
Tabela 2 Da Tabela original, foram extraídos os dados de frequência, valor total e valor médio das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), por município da Região Metropolitana de Porto Alegre	71
Tabela 3 Comparações de frequência de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), entre os municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre e Estado do Rio Grande do Sul	73
Tabela 4 Detalhamento das discussões, por internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), entre os municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre e Estado do Rio Grande do Sul	76
Tabela 5 Ações citadas como necessárias pelos representantes das gestões municipais, dos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre – Região 10 de Saúde	83
Tabela 6 Comparativo entre todas as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), ocorridas em todo o Estado do Rio Grande do Sul; na Região 10; e nas demais Regiões do Estado do Rio Grande do Sul	90

Lista de Quadros

Quadro 1 Panorama estrutural da atenção à saúde do idoso – 10ª Região de Saúde – Região Metropolitana de Porto Alegre	64
Quadro 2 Frequência de Internações por ICSAP (recorte da Tabela 2).....	72
Quadro 3 Frequência proporcional a cada 1000 habitantes idosos, da ocorrência de ICSAP (recorte Da Tabela 3)	74
Quadro 4 Ações citadas como necessárias pelos representantes das gestões municipais, dos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre – Região 10 de Saúde (recorte da Tabela 5) Frequência de Internações por ICSAP (recorte da Tabela 2).....	84
Quadro 5 Blocos de enquadramento das ações citadas pelos representantes das gestões municipais da Região 10 de Saúde (recorte do Anexo H)	86
Quadro 6 Quantidade de citações por blocos de enquadramento, a partir das ações sugeridas pelo grupo focal	87
Quadro 7 Frequência de ICSAP a cada 1000 habitantes idosos, por grupo diagnóstico (recortes da Tabela 6)	91
Quadro 8 Dados demográficos, socioeconômicos e da assistência à saúde	94
Quadro 9 Identificação dos municípios com serviços de referência para atendimentos em alta complexidade, por especialidade clínica e cirúrgica	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação internacional de Doenças
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIR 10	Comissão Intergestores Regional da 10ª Região de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS/RS	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FASC	Fundação de Assistência Social e Cidadania
GM	Gabinete do Ministro
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IGG	Instituto de Geriatria e Gerontologia
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MGS	Monitoramento da Gestão da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica do SUS
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS	Organização Mundial de Saúde
OPM	Órteses, Próteses ou Materiais Especiais
PAD	Programa de Atenção Domiciliar
PADI	Programa de Atenção Domiciliar
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PDI	Plano Diretor de Investimentos em Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PENCE	Programa de Envelhecimento Cerebral da PUCRS
PIB	Produto Interno Bruto
PPI	Programação Pactuada Integrada
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAAS	Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REME	Relação Estadual de Medicamentos
RREO	Relatório Resumido de Execução Orçamentária
RS	Rio Grande do Sul
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARG-SUS	Sistema de Apoio à Construção do Relatório Anual de Gestão
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SETEC	Secretaria Técnica
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	24
2.1	Efeitos e reflexos do envelhecimento humano sobre as internações hospitalares e questões da desospitalização.....	24
2.2	A legislação como veículo fortalecedor da atenção integral à saúde e da devida aplicação dos recursos públicos.....	27
2.3	Relação entre internações hospitalares e composição dos custos.....	43
3	OBJETIVOS.....	49
3.1	Objetivo Geral.....	49
3.2	Objetivos Específicos.....	49
4	METODOLOGIA.....	50
4.1	Desenho do estudo.....	50
4.2	Contexto.....	50
4.3	Definições.....	51
4.4	Crerérios de inclusão e exclusão.....	52
4.5	Procedimentos.....	52
4.6	Considerações éticas.....	60
5	RESULTADOS.....	62
6	DISCUSSÃO.....	93
7	CONCLUSÕES.....	112
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS.....	115
	REFERÊNCIAS.....	118
	APÊNDICES.....	129
	ANEXOS.....	134

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que a população com 60 anos ou mais de idade passará de menos de 20 milhões, em 2010, para aproximadamente 65 milhões, em 2050¹. Por conseguinte, é de relevância a percepção das consequências dessa alteração no perfil etário da população, para identificar e sensibilizar, tanto idosos quanto aos órgãos públicos, para seus direitos e deveres, na intenção de planejar ações proporcionadoras de uma longevidade saudável. Em consequência deste aumento de longevidade, nos sistemas públicos de saúde e previdência, já se percebe maiores pressões fiscais. Para o sistema de saúde, prevê-se um aumento em gastos com cuidados multidisciplinares ambulatoriais e de internações hospitalares². Especificamente, no que tange à Previdência Social, atualmente o Brasil vive plena fase de revisão legislativa na Câmara dos Deputados, em Brasília, por reconhecer o aumento da expectativa de vida da população e dos custos insustentáveis perante a legislação vigente.

A sociedade brasileira vem atravessando transformações históricas e sociais que desencadeiam modificações no perfil de seu desenvolvimento, produção e ocorrência de problemáticas de saúde da população. Estas transformações verificadas a longo prazo refletem modificações nos padrões de saúde, na morbidade e mortalidade, interferindo diretamente também em questões socioeconômicas. É a crescente longevidade da população que vem trazendo consigo necessidades de reorganização social. Conceitua-se esse fenômeno como transição epidemiológica. Há mais de duas décadas já havia publicação³ referindo-se a alterações relacionadas ao fenômeno, que citava o aumento dos custos financeiros, conjuntamente com o processo de transição epidemiológica.

Em sequência à linha de pesquisa desenvolvida previamente, durante o mestrado⁴, veio a necessidade de aprofundá-la em um estudo acerca dos regramentos do Sistema Único de Saúde, no que tange à atenção à saúde da pessoa idosa, propondo a realização de uma nova coleta de dados, com implementações metodológicas, em que pudesse explorar de modo mais focado às realidades em estudo, em prol de análises assertivas e do encontro de sugestões de caráter efetivo na administração dessa transição epidemiológica vivenciada na atualidade. Um meio de realizar um Estudo em conjunto com práticas profissionais daqueles que detém o poder decisório na gestão, mediando a instrumentalização dos profissionais ou dos representantes da população para o exercício efetivo de suas intervenções em prol das necessidades reais de cada município ou região, partindo de uma base sólida para ações de controle, monitoramento, avaliação e planejamento, ao mesmo tempo que se reforça a necessidade de atividades de prevenção e promoção da saúde.

Foi sugerido por Kummer (2014, p. 98 – 99)⁴, para pesquisas futuras, a necessidade de incentivo, como ferramenta de gestão, de estudos comparativos entre situações de saúde e doença, seja por significativas diferenças de renda, como naquele estudo. Ou seja, por diferenças de localidade, como semelhanças/diferenças entre suas realidades. Ou, ainda, por diferenças de morbimortalidade, cobertura vacinal, cobertura de atendimento e outros itens a serem examinados, em diferentes períodos de tempo. Também sobre a ampliação das ações de Atenção Primária em Saúde, com o objetivo de fortalecer os fatores de proteção à saúde, prevenir dos fatores de risco e, conseqüentemente, reduzir hospitalizações por causas sensíveis à atenção básica.

Assim sendo, essa Tese de Doutorado teve como ponto de partida, os conhecimentos e discussões já realizadas na Dissertação de Mestrado, constituindo-se numa seqüência da pesquisa realizada durante o Mestrado.

É relevante considerar que a presente pesquisa utiliza o termo 'programas' no sentido de ações em saúde voltadas aos idosos, voltadas à perspectiva de longevidade saudável.

Das teorias utilizadas na Gerontologia Biomédica para explicar o envelhecimento, a Teoria da transição epidemiológica, citada por Lebrão⁵ está focalizada na complexa mudança dos padrões da saúde e doença e nas interações entre esses padrões e seus determinantes e conseqüências. Essas mudanças nos padrões dizem respeito à diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e ao aumento das doenças não transmissíveis.

Trata-se de uma teoria que pondera acerca da substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; sugerindo um deslocamento da carga de morbimortalidade dos indivíduos mais jovens aos mais idosos. Conjuntamente, desencadeia-se a substituição de uma situação de predomínio da mortalidade para outra, com predomínio da morbidade.

No entanto, a compreensão da expressão transição epidemiológica deve ser analisada como uma das partes constituintes do entendimento global da transição da saúde que, de acordo com Schramm⁶, que inclui elementos das concepções e comportamentos sociais, correspondentes aos aspectos básicos da saúde nas populações humanas.

A utilização da expressão transição de saúde parece adequada para as discussões a serem descritas nesse trabalho, por congregarem os aspectos relacionados ao processo saúde e doença, que são abordados no perfil epidemiológico como morte,

doença e invalidez às respostas sociais, que vem influenciando as decisões no sistema de atenção à saúde.

Em análises demográficas envolvendo custos em Saúde, tem-se apontado para medidas de controle que agregam a qualidade da atenção e a racionalidade dos gastos, tendo as ações de prevenção da doença e as de promoção da saúde como pontos de significativa argumentação para o equilíbrio do sistema.

Nesse sentido, é relevante considerar as diretrizes da Política Nacional da Pessoa Idosa, estabelecida pela Portaria GM/MS nº 2.528/2.006⁷, quando enfatizam a promoção do envelhecimento ativo e saudável, o estímulo às ações intersetoriais e o provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa, entre outras. Essas diretrizes fortalecem a ideia de reduzir as consequências do envelhecimento populacional, bem como os efeitos da maior prevalência das doenças crônico-degenerativas, nesta faixa etária. Como cita Borges Filho (2016, p. 203)⁸, é preciso “manter um estilo de vida ativo e saudável, contemplando atividade física regular e dieta balanceada”.

Ainda, Andrade (2013, p. 1)⁹, em sua Dissertação de Mestrado intitulada ‘Idosos ativos, idosos saudáveis’, concorda que a atividade física apresenta diversos benefícios para a saúde. Ao comparar idosos sedentários com idosos fisicamente ativos estes últimos apresentam menos taxas de mortalidade, doença coronária, hipertensão arterial (HTA), Acidente Vascular Cerebral (AVC), diabetes tipo II, câncer do cólon e mama e maior nível de capacidade cardiorrespiratória, saúde funcional, diminuição do risco de cair, melhor função cognitiva e menos risco de depressão.

E, corroborando, de acordo com OMS (2012)¹⁰ “estima-se que a inatividade física seja a causa principal de aproximadamente 21- 25% dos cânceres de mama e cólon, 27% de diabetes e aproximadamente 30% da carga de doença cardíaca isquêmica”.

A partir das abordagens comentadas acima, pode-se direcionar o pensamento a inúmeras situações, que desencadeiam possibilidades que esse trabalho tem a intenção de analisar. Sobre a prevalência de doenças crônico-degenerativas, é necessário que se constituam e consolidem sistemáticas de hábitos de vida mais saudáveis, que retardem cada vez mais o aparecimento destas doenças, ou então que estas doenças tenham um manejo facilitado pelos mesmos referidos hábitos de vida saudável. No entanto, o aumento da frequência de internações geriátricas automaticamente remete ao entendimento de que talvez estes hábitos não estejam tão adequados assim, ou que as ações de promoção à saúde não estejam desempenhando um papel tão efetivo ou ainda

que, possivelmente, as condições socioeconômicas estejam interferindo ainda mais neste processo. Mas aqui cabe uma pergunta: se o paciente não segue as orientações, o que o gestor público pode fazer?

Nesse sentido, cita-se os quatro pilares determinantes de um envelhecimento ativo, que são a saúde, a aprendizagem ao longo da vida, a participação e a segurança/proteção, descritos pelo Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILCBrasil)¹¹, quando também inclui-se que uma estratégia contemporânea e eficaz para o envelhecimento ativo se baseará na parceria entre o cidadão e a sociedade, explicitando que o papel do Estado é “possibilitar, facilitar e motivar o cidadão e, quando necessário, fornecer proteção social de alta qualidade pelo tempo que for necessário” (2015, p. 46)¹¹. E ainda salienta que:

Políticas eficazes que abordem esses quatro pilares do Envelhecimento Ativo aumentarão enormemente a capacidade dos indivíduos de obter os recursos necessários à resiliência e ao bemestar pessoal durante o curso de vida. A constituição biológica, os comportamentos pessoais e as disposições psicológicas influenciam sobremaneira o desenvolvimento da resiliência, mas, por sua vez, são moldados por fatores determinantes externos - a maioria dos quais é muito afetada por decisões políticas (2015, p. 51)¹¹.

A política do envelhecimento ativo¹¹ requer ações abrangentes e intersetoriais sobre os quatro pilares citados acima e todos os fatores determinantes e, desse modo também apresenta em sua descrição as recomendações relevantes para tomadores de decisão em todos os níveis e em todos os setores, incluindo recomendações para a academia, que atua na formação dos profissionais, a sociedade civil, as organizações intergovernamentais, o setor privado, a mídia e os Governos, em todas as suas instâncias.

O que se sabe é que existe legislação direcionada à atenção à saúde da pessoa idosa e existem Programas de Saúde. No entanto, é preciso identificar a efetiva realização dos pressupostos legislativos do atendimento personalizado a esse público específico, da realização de Educação em Saúde, dentre as ações desenvolvidas em cada um dos municípios em estudo, para que se possa estabelecer uma discussão mais aprofundada acerca dos resultados encontrados, e que os pacientes (em especial os idosos) e seus familiares deles participem efetivamente.

Assim, o presente trabalho pretende comparar interações de idosos de municípios da 10ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, complementando com opiniões de seus gestores, para elencar elementos que auxiliem a melhora desse atendimento e a gestão de ações de saúde. A seleção destes seis municípios deu-se por juntos, comporem a 10ª Região de Saúde e pelo meu envolvimento profissional com um

dos municípios desta Região de Saúde. Uma explicação mais detalhada estará exposta no item contexto (4.2) dessa Tese.

Realizou-se um estudo quanti-qualitativo (misto), sendo os dados quantitativos colhidos no banco de dados DATASUS, do tipo transversal, e os dados qualitativos colhidos através de respostas a questionários e de relatos sobre ações de saúde, pelos representantes dos gestores municipais no grupo focal, do tipo longitudinal.

A Linha de Pesquisa em que está inserido esse trabalho é Aspectos Socioculturais, Demográficos e Bioéticos no Envelhecimento.

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 Efeitos e reflexos do envelhecimento humano sobre as internações hospitalares e questões da desospitalização

O envelhecimento da população, atualmente desencadeado pelo declínio das taxas de fecundidade e mortalidade, marca a transição demográfica¹² e epidemiológica, a partir da década de 1960, no Brasil. Desta transição, resulta a necessidade de avanços na Medicina e na Saúde Pública, com a implementação tecnológica, dentre outros fatores desencadeantes do aumento dos custos no SUS.

Em vários países está ocorrendo semelhante envelhecimento populacional, o qual tem provocado o estudo de novas sistemáticas de tratamentos que melhor se identifiquem com o perfil da população idosa, com o objetivo de evitar internações hospitalares dispensáveis, que, por consequência, elevam os custos em saúde.

Em países da União Europeia, tem-se percebido que a boa coordenação entre os serviços de saúde e os sociais, principalmente entre os diferentes níveis de serviços de saúde, é condição fundamental para enfrentar esta transição epidemiológica¹³. Na Escócia, por exemplo, um estudo sobre as razões para o aumento do número de internações, que implicavam maiores custos em hospitais e resultados menos eficientes, concluiu que o principal fator foi a coordenação inadequada dos cuidados preventivos¹⁴.

Em um estudo considerando países europeus pertencentes à Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), observou-se que, no período de 1985 a 1999, instituições públicas e privadas de internação que adotaram algum programa de assistência para idosos em casa tiveram queda nos gastos, nos países estudados. Na Inglaterra e no País de Gales, por exemplo, algumas instituições obtiveram redução de 86% para 84% na contribuição relativa das internações para o gasto per capita com assistência à saúde na faixa etária de 65 anos ou mais. No Japão, a queda foi de 57% para 51% e no Canadá de 52% para 48%¹⁴.

É adequado considerar que os custos iniciais de tratamentos não institucionalizados são elevados, pois exigem muitos recursos para a manutenção da estrutura e assistência interdisciplinar. Para melhor compreensão nesse sentido, precisa-se pensar que inicialmente trata-se de pessoas idosas que não costumam apresentar agravos de saúde, mas que passarão a ter acompanhamento multiprofissional contínuo, visto da identificação de seus fatores de risco para doenças ou de vulnerabilidade e de

fatores positivos para o desenvolvimento de ações de proteção e prevenção, mantendo efetiva vigilância em saúde.

Nos Estados Unidos, um estudo realizado entre 1995 e 2005 considerou separadamente os gastos per capita com tratamento via internação e com tratamento não institucionalizado, por estado. Os autores concluíram que os estados com maiores gastos relativos com tratamentos de longo prazo sem institucionalização reduziram seus gastos institucionais e o ritmo de crescimento do gasto total com assistência à saúde¹⁵. Ou seja, quando os resultados são medidos a longo prazo, os benefícios tendem a superar os custos iniciais.

A regulação da oferta de serviços é uma característica comum nos sistemas de saúde dos países da OCDE. A maior parte desses países tem introduzido barreiras à entrada ou controle direto sobre a oferta de serviços, principalmente leitos hospitalares. Mesmo com esse controle, dados para os países da OCDE de 2010 indicam uma taxa de internação de 15,5 para 100 habitantes, um valor muito superior ao encontrado no Brasil, em 2010, que chegou a uma taxa de cerca de 6%¹⁴.

Relacionando-se o crescimento dos custos à inserção de novas tecnologias em produtos, procedimentos e práticas clínicas, pode-se dizer que, mesmo sem consenso, as pesquisas têm mostrado que as tecnologias têm um efeito pequeno na redução de gastos com saúde, pois atuam muito mais no sentido de complementar um tratamento, do que de em sua substituição¹².

No Brasil, a partir de 2002, a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002¹⁶, instituiu o subsistema de atendimento e internação domiciliar. Em 2006, foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁷, que determinou a existência da avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar. Assim, os pacientes idosos, pós-internação hospitalar, poderiam migrar da internação hospitalar para a internação domiciliar.

Efetivamente, apenas em 2011, através da Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011¹⁷, foi instituído o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar, destinado a idosos e pacientes com necessidades de reabilitação motora e doenças crônicas, com o objetivo de reduzir a demanda por atendimento hospitalar e reduzir período de permanência de pacientes internados, além de propiciar a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

A partir da Portaria nº 2.029/2011¹⁷, houve a publicação de outras Portarias substitutivas, estando em vigência, na atualidade, a Portaria GM/MS nº 825/2016¹⁸, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Esta Portaria garante o financiamento de equipes multiprofissionais para uma atuação integrada às redes de atenção à saúde.

Em abril de 2016, conforme a referida Portaria GM/MS 825/2016¹⁸, existiam 922 equipes multiprofissionais habilitadas para a atenção domiciliar em 25 estados brasileiros, sendo 33 delas no Rio Grande do Sul. Destas, 10 estão no município de Porto Alegre. Desse modo, apenas 23 equipes de atenção domiciliar habilitadas pela Portaria Federal estão distribuídas entre os demais 496 municípios do Estado (em todo o Estado do Rio Grande do Sul existem 497 municípios¹⁹).

Acredita-se que o subfinanciamento das ações em saúde propostas nas Portarias Estaduais ou Federais seja o primeiro ponto desmotivador de adesão pelos gestores municipais, mas também são bastante referidas as questões relacionadas às limitações da contratação de pessoal impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (Inciso III, do art. 19, da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000)²⁰. Quando o custo do desenvolvimento integral das ações propostas apresenta uma perspectiva muito superior ao proposto pelas Portarias de incentivo, os gastos adicionais sempre recaem sobre a gestão municipal, a qual já possui um orçamento em saúde que, historicamente, extrapola suas responsabilidades. Para fundamentar este entendimento, é pertinente exemplificar que, no cumprimento da Lei Complementar nº 141/2012²¹, em que aos municípios cabe contribuir com 15% de sua arrecadação com impostos, os seis municípios pesquisados extrapolaram os 18,9% no ano de 2014²², tendo o município de Gravataí investido 24,73% de seus recursos próprios em saúde no mesmo ano²².

Segundo dados preliminares, publicados pelo Ministério da Saúde no ano de 2012²³, 67,4% das pessoas atendidas pelo programa de atenção domiciliar eram idosos, sendo que, dentro dessa porcentagem, 30% eram pacientes com mais de 80 anos. Eram pacientes encaminhados pelas Equipes de Saúde da Família (53,7%) ou que estavam internados em hospital (28,9%), demonstrando a articulação do programa com a Atenção Básica, numa perspectiva de redução das internações desnecessárias e das filas de espera em serviços de urgência e emergência.

Dessa forma, a atenção domiciliar vem sendo desenvolvida no Brasil ao longo da última década. Porém, não foram encontrados estudos acerca dos resultados das ações envolvidas nesses cuidados, especificamente, aqueles que pudessem demonstrar as

relações de custo-efetividade das internações domiciliares quando comparadas às internações realizadas em hospitais.

Mas é relevante considerar que o adequado planejamento das altas hospitalares é salutar ao paciente e interfere significativamente na frequência das re-internações²⁴. Ainda, dentre os fatores associados às re-internações, outros profissionais citam as dificuldades nas atividades de vida diária como um preditor nas re-internações²⁵ e outros referem os erros de medicação domiciliares como preditores nas internações²⁶. Ambos fatores relacionados às situações que frequentemente recaem sobre a saúde do idoso.

Também Guedes *et al*²⁷ apontam para a falta de monitoramento do sistema de saúde após a alta, como indicativo da necessidade de ampliação dos vínculos entre a atenção básica da saúde, a média e a alta complexidade da atenção. Ou seja, a troca de informações entre as equipes multiprofissionais do hospital, da atenção básica e da atenção domiciliar pode também interferir na redução de reinternações, evidenciando a integração entre os diversos níveis da atenção à saúde. Nesse contexto, ressalta-se a importância das orientações fornecidas pelos profissionais ao idoso e seu cuidador, de forma adequada, tanto durante o período de internações hospitalares, quanto no período da atenção domiciliar ou em atendimentos na Atenção Básica realizados nas Unidades de Saúde.

2.2 A legislação como veículo fortalecedor da atenção integral à saúde e da devida aplicação dos recursos públicos

É importante reconhecer que se vive uma época de intensa disponibilidade de informações e oferta de conhecimentos, o que desencadeia nas pessoas o reconhecimento de seus próprios direitos e identificação de inúmeras possibilidades existentes para a resolução de seus problemas de saúde.

A sociedade atual caracteriza-se pela busca da informação, do conhecimento. A educação dos indivíduos precisa enfatizar a leitura como via de inclusão social e de melhoria para a sua formação. [...] A leitura, portanto, promove o resgate da cidadania, devolve a autoestima ao promover a integração social, desenvolve um olhar crítico e possibilita formar uma sociedade consciente (2007, p. 1)²⁸.

A grande disponibilidade de informações contribuiu positivamente para que os indivíduos consigam interagir com seus tratamentos de saúde, levantando questionamentos pertinentes, junto à equipe assistencial/prestadora de serviços e

equipe financiadora dos serviços. Esta enxurrada de informações promove os interesses financeiros e políticos, que acabaram por conduzir a caminhos, supostamente, provocativos da hiperutilização do sistema.

Para avaliar o direito à saúde entre os excessos conceituais, técnicos, provocados pelo mercado capitalista e o bom senso relacionado à necessidade criteriosa do paciente, bem como a necessidade de atenção à coletividade, faz-se relevante rever ou mesmo criar metodologias de avaliação em saúde, para que os recursos sejam utilizados de forma otimizada, contemplando o atendimento de um maior número de indivíduos possível, com a qualidade indicada e sob o custo mais racional possível.

Uma compreensão clara do quanto é preciso uma revisão do sistema atual, ou pelo menos de alguns pontos, fará com que se abram os horizontes para pensar em melhorias ao atendimento da população.

Estes aspectos abordados podem parecer utópicos, porém conforme haja conscientização acerca desta possibilidade de resolução, gradativamente, o sistema de saúde vai contemplando o atendimento integral de um maior número de indivíduos, que passarão a encontrar uma maior percepção de dignidade, reconhecendo, portanto, a viabilização do acesso à saúde, conforme o preconizado pela Constituição Federal²⁹ que assim determina, em seus artigos 196 e 198, positivados pela Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, que detalha os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), dos quais se destacam os seguintes: I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

VIII - participação da comunidade

IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços.³⁰

Assim sendo, tendo por base primordial os direitos humanos preconizados pela Constituição Federal, com a adoção do conceito ampliado de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Lei Orgânica da Saúde, percebe-se a importância da gestão olhar continuamente para si mesma, analisando o quanto está sendo

alcançado às necessidades da população, o quanto está sendo cumprido da legislação vigente.

Em contrapartida, ao longo deste tópico, busca-se demonstrar numa sequência lógica, a inclusão dos direitos à saúde dos cidadãos brasileiros, seguidos dos vínculos que foram se construindo ao longo de mais de 26 anos do SUS, para que os próprios cidadãos participem do processo de monitoramento e avaliação do sistema que possuem, que exerçam o seu direito de acompanhar e decidir pela utilização dos recursos públicos.

Considerando a construção do SUS dentro dos conceitos dos sistemas públicos universais de seguridade social que englobem também uma saúde de qualidade, cabe abordar o financiamento da política pública da saúde. “O direito à saúde não implica somente intenções dos governos. O Estado precisa de muito dinheiro para fazer política pública de qualidade, que atenda aos direitos humanos”³¹ preconizados pela Constituição Federal de 1988.

Pós Constituição Federal, em 1990, foi criada a Lei Orgânica da Saúde, composta das Leis nº 8.080 e nº 8.142. Sendo a Lei nº 8.080, aquela que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”³⁰. Esta Lei foi alterada pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS³². Também foi criado o Decreto Federal nº 7.508, apenas em 28 de junho de 2011, para regulamentação da Lei nº 8.080, dispondo “sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa”³³.

Conforme publicado pelo Ministério da Saúde, no site do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde³⁴, uma das grandes mudanças introduzidas pelo decreto foi a criação do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que irá propiciar a concessão de estímulos financeiros, pela União, aos municípios e estados que tiverem bom desempenho nos programas e ações de saúde, que poderão ser verificados através do Relatório de Gestão.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990³⁵, que cabe ser um pouco mais detalhada neste momento, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, considerando estes pontos essenciais à consolidação do SUS.

É relevante lembrar que a Lei Orgânica da Saúde foi constituída em um único texto, a Lei nº 8.080/1.990, que foi sancionada pelo então presidente, Fernando Collor de Mello, tendo vetados os artigos relacionados à participação social e transferências de recursos intergovernamentais. Estes artigos vetados foram reencaminhados, na forma da Lei nº 8.142/1.990³⁵, que foi aprovada e sancionada.

Em seu artigo 1º, a Lei nº 8.142/1.990³⁵ determina que o SUS contará com as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, além de manter o cumprimento do que rege o Poder Legislativo. Trata-se de instâncias participativas, nas quais representantes dos usuários do SUS devem envolver-se no monitoramento e avaliação, intervindo em políticas de utilização dos recursos públicos, na tomada de decisões de investimentos futuros.

As conferências, assim como os conselhos de saúde, foram instituídas como instâncias colegiadas do SUS pela Lei nº 8.142/1.990³⁵. Com este embasamento legal, as conferências de saúde surgem como exercício do Controle Social, com o papel de formular diretrizes da política nas esferas federal, estadual e municipal. Nesse sentido, a ferramenta de monitoramento e avaliação vem como respaldo às discussões que devem ocorrer nessas instâncias, demonstrando dados que apontam para a continuidade de aplicação dos recursos em uma determinada política de saúde ou sugerindo a aplicação em novas áreas, por visualizarem excessiva insatisfação dos usuários do sistema, entre outras sugestões.

Como garantia do recebimento de recursos financeiros, a Lei nº 8142/1.990, em seu artigo 4º, determina aos Municípios, Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

- I - Fundo de Saúde;
- II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;
- III - plano de saúde;
- IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
- VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de (dois) anos para a sua implantação.³⁵

Sendo que o não atendimento aos itens descritos acima pelos Municípios, Estados ou Distrito Federal, incidirão na administração destes recursos pelos Estados ou União, o que certamente desencadeia uma maior chance de investimentos em áreas não prioritárias às necessidades em saúde, específicas dos Municípios.

O relatório de gestão, citado na alínea IV, do art. 4º, da lei nº 8.142/1.990³⁵, por ser um documento que preza pelo acompanhamento equânime da saúde em todos os municípios do país, especialmente através do seu Anexo I, que discrimina indicadores de cada uma das políticas de saúde e propõe diretrizes, objetivos e metas de índices a serem atingidos, com melhorias gradativas a cada ano.

Também a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012²¹, em seu art. nº 36, faz referência à publicização quadrimestral aos respectivos Conselhos de Saúde e, em audiência pública, na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, do relatório detalhado, incluindo o montante e fonte dos recursos aplicados no período; as auditorias realizadas ou em fase de execução, suas recomendações e determinações; a oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

A saúde é um bem de interesse social vinculado aos interesses primários da sociedade. A sua prestação tem como sujeito ativo todos os cidadãos brasileiros e como sujeito passivo o Poder Público. Além disto, é de interesse público secundário a sua administração.

A política de saúde compõe-se de um conjunto de ações que, embora perpetradas com grande heterogeneidade, são identificadas como práticas de saúde pública e são constituídas por uma associação simultânea de ações típicas do campo da assistência, de outras típicas do campo das intervenções ambientais, como são as atividades de vigilância em saúde, assim chamadas ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, e ainda, de outras, típicas da gestão do sistema.

A não publicização e/ou consideração dos dados efetivos do monitoramento e avaliação, que refletem os reais resultados da saúde, acabam por permitir a utilização dos recursos públicos em ações não prioritárias.

E nesse ínterim, a Lei Complementar nº 131, de 27 de maio de 2009, também chamada de 'Lei da Transparência' ou 'Lei de Capiberibe'³⁶, determina a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e Municípios. Trata-se da publicação na internet acerca de como os recursos são utilizados por todos os órgãos públicos, na pretensão de, por meio de controle social das receitas e despesas públicas, ser um antídoto contra a corrupção e malversação dos recursos, ou as tentativas de privatização do patrimônio público.

Além de garantir-se a representatividade dos usuários do SUS, no âmbito das decisões acerca das prioridades a serem consideradas pelos gestores públicos, faz-se relevante garantir o custeio da saúde. Para tal, foi criada, em 13 de setembro de 2000, a Emenda Constitucional n° 29³⁷, determinando a vinculação de recursos orçamentários de todos os entes federativos brasileiros para que sejam obrigatoriamente aplicados em ações e serviços públicos de saúde, na intenção de oferecer proteção eficaz do direito à saúde. A mesma foi regulamentada em dezembro de 2011 e a partir do ano de 2012, os Estados e o Distrito Federal vão usar, no mínimo, 12% do orçamento anual. A taxa para os municípios será de 15%. A União ficou obrigada a, no ano de 2000, acrescer 5% aos valores empenhados em ações e serviços de saúde no exercício financeiro de 1999, ficando dos anos de 2001 a 2004 com seus valores corrigidos pela variação nominal do PIB, o que segue como normativa aprovada para a continuidade.

Com a Lei Complementar n° 141, de 13 de janeiro de 2012²¹, oficializou-se a regulamentação da Emenda Constitucional n° 29/2.000³⁷, seguindo os parâmetros de distribuição dos recursos já citados acima e, mesmo diante da prolongada apreciação legislativa, não constitui um piso fixo de percentual de contribuição para a saúde por parte da União. A União prossegue aplicando o valor do ano anterior acrescido de percentual equivalente ao crescimento do PIB.

Vislumbrando um desenvolvimento da gestão equânime entre todos os estados e municípios do país, o Ministério da Saúde propôs o Relatório Anual de Gestão (RAG) como uma forma de controle. Este relatório configura-se num documento que demonstra os resultados atingidos na execução da Programação Anual de Saúde e possibilita a identificação de fortuitas necessidades de revisão nos planos de trabalho. É um compromisso de todos os municípios a elaboração deste relatório e seu devido encaminhamento ao Estado e ao Ministério da Saúde anualmente. Os resultados atingidos são comparados com um conjunto de indicadores pactuados, definidos na Programação, para monitorar o cumprimento de metas nela fixadas.

O RAG dos municípios deve ser encaminhado à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), até o dia 30 de abril de cada ano, juntamente com a resolução de aprovação do referido Relatório pelo Conselho Municipal de Saúde. As Secretarias Estaduais de Saúde devem consolidar as resoluções relativas aos relatórios de gestão municipais em formulário específico, conforme modelo definido na Portaria, e encaminhá-lo à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), até 30 de maio de cada ano. A CIT deve consolidar as informações recebidas das Secretarias de Saúde e enviar para as áreas de controle, avaliação e auditoria. A União, estados, Distrito Federal e municípios devem encaminhar

seus RAG aos respectivos Tribunais de Contas e guardá-los pelo prazo estabelecido em lei.

A regulamentação do relatório de gestão está disposta na Portaria n° 2.135, de 25 de setembro de 2013³⁸. Essa portaria estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS e determina que os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão.

O Plano de Saúde deve abordar as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes, metas e indicadores, tornando transparentes os direitos mínimos à saúde, da população do território, conforme o que segue:

Configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção³⁸

No Plano de Saúde devem estar previstas todas as ações necessárias à sua efetivação, dentro dos prazos pactuados no Termo de Compromisso de Gestão, conforme orientado no Pacto pela Saúde – Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006³⁹. Especificamente, essa Portaria inclui pela primeira vez (no Pacto pela Vida) a saúde do idoso como prioridade da atenção, preconizando a necessidade de implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em busca da atenção integral.

Utilizar os recursos públicos e desenvolver ações em saúde sob o respaldo de um Plano de Saúde sólido, coerente, faz com que, gradativamente, ocorra uma melhora na estrutura do sistema, com observância assistencial, à promoção e prevenção da saúde. Isto significa desenvolver bases para uma relação de mudança mais profunda no sistema, ao invés de manter uma relação imediatista, com o fornecimento de medicamentos e procedimentos, para tratar problemas de saúde já instalados, tratamentos estes que desprivilegiam o direito à saúde do cidadão ao mesmo tempo que oneram os cofres públicos.

Nesse sentido, o Pacto pela Saúde passa a ser o acordo de compartilhamento das responsabilidades entre as três esferas de gestão, renovado a cada ano, retomando as definições de prioridades nacionais. São estipuladas metas na esfera municipal, as quais, após aprovadas no Conselho Municipal de Saúde, são pactuadas na CIB e após na CIT, que homologa e encaminha para monitoramento e publicação, conforme indicações da Portaria n° 399/2006³⁹.

A Portaria n° 399/2006³⁹, delinea o Pacto pela Saúde, constituindo-se em três dimensões: 1. Pacto pela Vida: compromisso dos gestores em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população; 2. Pacto em Defesa do SUS: expressa os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS; e 3. Pacto de Gestão: definição das responsabilidades sanitárias constituindo espaços de co-gestão e resgatando o apoio entre os entes num processo compartilhado.

Esta pactuação vem em substituição ao processo de habilitação por adesão através da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, que pressupõe uma regionalização solidária e cooperativa, como eixo estruturante do processo de descentralização, a integração das várias formas de repasse dos recursos federais de custeio, a unificação dos vários pactos existentes hoje e a autonomia de todos os gestores como plenos na sua responsabilidade.

Em se tratando do Pacto pela Vida, faz-se relevante considerar que no ano de 2006, pela primeira vez, através destes documentos, a saúde do idoso passou a ser citada como prioridade de atenção, determinando as seguintes diretrizes de trabalho nesta área, conforme Portaria n° 2.528/2006⁷:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- A implantação de serviços de atenção domiciliar;
- O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Fortalecimento da participação social; Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.⁷

Para os efeitos desta portaria, está considerado como idoso o indivíduo com 60 anos ou mais⁷. Além da determinação das diretrizes a serem seguidas para a priorização da atenção ao idoso, também foram traçadas as ações estratégicas, dentre as quais se faz proeminente no foco deste estudo, a atenção diferenciada na internação. A Política

Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁷determina a instituição de avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.

Nesta sucessão de legislações que respaldam a organização e custeio do SUS e os direitos sociais dos indivíduos, salienta-se no art. 3º, do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), que:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.⁴⁰

O reconhecimento do idoso como uma pessoa com direito e necessidades da atenção prioritária favorece a elaboração de sistemáticas assistenciais holísticas e individualizadas, que visem à compreensão da situação de cada um dos idosos, inseridos em contextos familiares diferenciados e em comunidades preconizadoras de culturas diferenciadas. E este reconhecimento é capaz de modificar a responsabilidade, saindo da ênfase financiadora para contemplar a ênfase, efetivamente, cuidadora, protetora, entendendo o prover financeiro apenas como uma parte do todo.

Nesse entendimento, o art. 230 da Constituição Federal/1.988 destaca:

A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. § 1º os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.²⁹

Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família, um papel fundamental.

Em relação ao Controle Social, retornando a Portaria nº 399/2.006³⁹, o Pacto vem com a intenção de construir espaço de diálogo através da organização de oficinas buscando trabalhar o pacto em suas três dimensões: discutir as prioridades do Pacto pela Vida e a necessidade de mobilização referente à Defesa do SUS; construir uma agenda conjunta para o monitoramento do cronograma fruto das responsabilidades não realizadas e da avaliação das metas e objetivos pactuados; favorecer o Conselho Municipal de Saúde a identificar os caminhos para aprimorar os processos avaliados como qualificados e definir as estratégias para superar as debilidades no processo de gestão local.

O Plano Municipal de Saúde baseia-se no conceito de saúde que está disposto na Constituição Federal/1.988 (art. 196)²⁹ e na Lei n° 8.080/1.990 (art. 2° e 3°)³⁰, com todos os fatores determinantes e condicionantes.

O sistema de planejamento do SUS preconiza que a Programação Anual de Saúde, que faça uma previsão das ações garantidoras do alcance dos objetivos e cumprimento das metas do Plano de Saúde, com descrições específicas de metas para cada uma das ações estipuladas, já identificando os indicadores que deverão ser analisados para o monitoramento da programação, bem como os recursos orçamentários que serão necessários ao cumprimento da programação⁴¹.

Cabe, neste encadeamento de ideias, citar ainda o art. 33, da Portaria GM n° 204/2007, conforme segue:

Os órgãos de monitoramento, regulação, controle e avaliação do Ministério da Saúde devem proceder a análise dos relatórios de gestão, com vistas a identificar situações que possam subsidiar a atualização das políticas de saúde, obter informações para a tomada de decisões na sua área de competência e indicar a realização de auditoria e fiscalização pelo componente federal do SNA, podendo ser integrada com os demais componentes.⁴¹

Perante a vasta legislação que ampara e regula o SUS, está previsto contemplar desde as ações básicas até as instâncias mais complexas da estruturação das redes de atenção à saúde. Sendo que uma sólida atenção básica pode desencadear um maior controle sobre o estado de saúde dos usuários do sistema, assim evitando muitos agravos e o desencadeamento de internações e procedimentos de alto custo.

Falando em estruturação de redes de atenção à saúde, torna-se pertinente o tema regionalização da saúde e seus instrumentos. Para orientar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre gestores, foram propostos os seguintes instrumentos⁴²: Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos em Saúde (PDI) e Programação Pactuada Integrada (PPI), os quais são conceituados a seguir:

O PDR é o instrumento de ordenamento do processo de regionalização da atenção à saúde. Deve ser elaborado dentro de uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, de modo a otimizar os recursos disponíveis. Esse processo de reordenamento visa reduzir as desigualdades sociais e territoriais, propiciando maior acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde. O PDI apresenta os investimentos necessários para atender as prioridades identificadas no PDR, visando ampliar as ações e serviços de saúde existentes de modo a conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde. A PPI é o instrumento de programação e alocação de recursos da

assistência. Envolve a definição, negociação e a formalização de pactos entre os gestores, com o objetivo de estabelecer os fluxos assistenciais das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, bem como os limites financeiros destinados a cada município, com explicitação das parcelas destinadas à assistência da população e as referências recebidas de outros municípios.⁴²

Estes três instrumentos citados acima são de fundamental importância à organização do sistema. Considerando o adequado funcionamento da atenção básica, os passos seguintes passam a ser a efetividade do cumprimento dos serviços alocados como referência. Salienta-se que, nesse contexto, os serviços de média e alta complexidade, definidos como referência para a população de outros municípios, já possuem a alocação de recursos financeiros na programação de seu teto repassado pelo Ministério da Saúde. Sendo assim, se cada um dos entes federativos cumprir com suas responsabilidades, a população passa a obter os resultados de uma atenção à saúde integral.

E, neste contexto, seguindo os regramentos da PPI, desenvolvem-se estratégias nos níveis municipais, a fim de, entre outros motivos, evitar as referidas situações de agravos de saúde, preconizadoras da utilização da atenção secundária e terciária, as quais desencadeiam os maiores custos assistenciais.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia para reverter o modelo assistencial vigente, onde predomina o atendimento emergencial ao usuário do sistema, na maioria das vezes em grandes hospitais. Sob os princípios da Estratégia de Saúde da Família, a instituição familiar passa a ser o foco de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. Dentre as ações preconizadas pela estratégia, estão a promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Estas ações são compreendidas como capazes de gerar tamanho impacto positivo na saúde, a ponto de superar o tradicional modelo da atenção curativa, essencialmente hospitalar, especializada e de alto custo, tanto pelo excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos, quanto pela fragmentação do cuidado.

Esta estratégia que busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes Saúde da Família⁴³.

E alinhando com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde e Estado, vale citar os indicadores do Anexo I do RAG que tratam de questões pertinentes a esta pesquisa. O RAG, a partir de 2012, passa a ser realizado de modo padronizado através do Sistema de Apoio à Construção do Relatório Anual de Gestão (SARG-SUS), que é

um programa do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que contém informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), do preenchimento e registro da pactuação de prioridades, objetivos, metas e indicadores do Pacto pela Saúde, e os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a fim de que a utilização dos recursos públicos esteja alinhada, de forma clara e transparente com as reais necessidades dos usuários e diretrizes previstas. O SARGSUS possui suas metas e indicadores de acordo com a parte II do COAP⁴⁴.

Os referidos indicadores se propõem a avaliar ações relacionadas à atenção básica e à gestão, vislumbrando o alcance de metas que contemplam inclusive resultados sociais. A análise dos mesmos, em cada município, deve estar alinhada com o Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde. E a pactuação das metas possui alinhamento de acordo com os entes federativos.

Em se tratando da pessoa idosa, objeto de observação neste estudo, o instrutivo que contempla as orientações acerca dos indicadores da pactuação de diretrizes, objetivos e metas, determina:

Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção. Objetivo Nacional: Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção. Meta: Reduzir a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). Indicador 30b - Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF: Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) (Brasil, 2014, p. 76)⁴⁵.

Os resultados deste indicador 30b são considerados relevantes por contribuírem para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e controle das DCNT e em seus fatores de risco.

Outro exemplo relevante de ser apresentado na linha de pensamento deste estudo é referido no mesmo documento:

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde. Objetivo Nacional 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de aceleração do crescimento. Meta: Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.

Indicador 53 – Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez (Brasil, 2014, p. 115)⁴⁵.

Os resultados do indicador nº 53 auxiliam os municípios para a realização da vigilância da qualidade da água para consumo humano, visto sua relevância para a saúde da população. A água pode agir como veículo para inúmeras enfermidades e essa transmissão pode se dar por diferentes mecanismos. O mecanismo de transmissão de doenças mais comumente lembrado é o da ingestão, por meio do qual um indivíduo sadio ingere água contendo germes nocivos à saúde, que acabam por provocar o aparecimento de doença. Este indicador relacionado às diretrizes do Ministério da Saúde, também pode servir como referencial informativo ao Ministério das Cidades, para pensar ações conjuntas. O Ministério das Cidades tem por objetivo combater as desigualdades sociais, transformando as cidades em espaços mais humanizados, ampliando o acesso da população à moradia, ao saneamento e ao transporte⁴⁶.

No desenvolver deste estudo, utiliza-se o banco de dados oficial, de acervo público, o qual ao ser publicizado, representa a maior ferramenta de argumentação social como força de pressão política em busca da melhor atenção à saúde.

O direito à saúde foi reconhecido de tal forma que é ao mesmo tempo um direito social e um direito subjetivo público, como podemos verificar nas palavras que seguem:

[...] o direito à saúde é reconhecido de forma híbrida em nosso sistema jurídico sendo tanto um direito social como um direito subjetivo público. Como direito social, exige políticas públicas permanentes que visem o respeito, à promoção e à proteção do direito à saúde. Tratado como direito subjetivo público é tido como direito do indivíduo, oponível contra o Estado, visando uma prestação concreta (um medicamento, um tratamento, etc.).⁴⁷

As políticas sociais que dizem respeito ao Direito Sanitário são as que visam à redução de doenças e agravos à saúde, assim como as que têm o objetivo de assegurar o acesso igualitário da população às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde. São exemplos: política de educação em saúde e higiene, de educação alimentar e de incentivo à pesquisa científica para a descoberta de tratamentos terapêuticos para doenças como febre amarela e AIDS, entre outras⁴⁸.

As políticas de saúde que visam à proteção do indivíduo envolvem políticas preventivas, atuando com o intuito de evitar riscos à saúde da população, a exemplo das políticas públicas de vigilância epidemiológica. Ademais, a proteção à saúde pode ser desenvolvida através de serviços, tais como o fornecimento de preservativos e de vacinação, dentre outros.

As políticas de recuperação da saúde são aquelas medidas que visam garantir ao cidadão acometido de uma doença o acesso integral às ações e serviços necessários à sua recuperação, como por exemplo, as políticas voltadas ao fornecimento de medicamentos e as voltadas à organização da rede de atendimento hospitalar e ambulatorial.

Relacionando-se ao idoso, em 19 de outubro de 2006, foi sancionada a Portaria nº 2.528⁷, que pressupõe a organização da Política Nacional da Pessoa Idosa, visto a manutenção de práticas insatisfatórias, mesmo diante de outras legislações que já se encontravam em vigor, a exemplo do Estatuto do Idoso. Dentre os motivos que levaram à criação da nova lei, sobressai-se a meta de alcançar uma atenção à saúde adequada e digna aos idosos, especialmente àqueles que tiveram, por inúmeras razões ao longo da vida, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem limitações ao seu bem estar⁷.

O envelhecimento não se caracteriza em um processo que tem início aos 60 anos, e sim num processo que se desenvolve ao longo de toda a vida, sendo permeado por ações de saúde desde o período pré-natal até a fase da velhice. Assim sendo, fica o entendimento de que o envelhecimento ativo deve estar permeado pelo reconhecimento do direito das pessoas idosas e dos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização.

Ao discorrer sobre as políticas de saúde pública, não há como deixar de fortalecer a importância dos artigos 196 a 200 da Carta Magna/1.988, que determinam à competência do Estado para a criação de normas jurídicas para a redução do risco de doenças e agravos à saúde. Cabe ainda ao Estado, promover a proteção e recuperação da saúde de forma universal e igualitária, podendo-se entender que o Direito Sanitário é um instrumento estatal estratégico de organização jurídica normativa das políticas públicas de saúde⁴⁸.

A efetivação do Direito à Saúde é garantida na Constituição Federal, mediante a vinculação de recursos orçamentários dos entes federativos brasileiros, objetivando a aplicação obrigatória em ações e serviços públicos de saúde²⁹.

A Gestão do Sistema de Saúde é a atividade advinda da responsabilidade de comandar, coordenar ou dirigir um sistema de saúde municipal (Secretário Municipal de Saúde), estadual (Secretário de Estado da Saúde) ou nacional (Ministro da Saúde). É da competência exclusiva do poder público. Implica o exercício das funções de formulação,

coordenação, articulação, negociação, planejamento, implementação, acompanhamento, regulação, controle, avaliação, auditoria e prestação de contas⁴⁹.

Os direitos sociais instituídos pela Constituição Federal significaram um grande avanço à conquista da cidadania. No entanto, a criação do SUS e sua legislação, por agrupar uma imensa complexidade, acaba por determinar ao Estado brasileiro uma responsabilidade muito elevada, com custos crescentes e recursos limitados, fazendo-se necessária a criação de sistemáticas que podem ser agrupadas em três macrofunções: a regulação, o financiamento e a prestação de serviços.

Ao longo deste estudo, agregando a extensa legislação citada e o referencial bibliográfico utilizado como parâmetro, percebe-se que a abrangência dos direitos sociais e à saúde preveem à população brasileira o devido amparo e garantias de adequadas condições de vida.

Utilizando-se de todo este regramento do SUS, com o respaldo das demais legislações, cabe ao gestor público utilizar-se da ferramenta de auditoria para verificar o cumprimento dos acordos e do monitoramento e avaliação para acompanhar seu desempenho global, manter atualizados os documentos comprobatórios do cumprimento dos acordos interfederativos e da utilização dos recursos financeiros, visualizando mais fácil e claramente as áreas que apresentam carência de atenção e novos investimentos, em favorecimento à coletividade.

Também, a Carta Magna de 1988, diz que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, artigo 196²⁹.

O conceito ampliado de saúde, elaborado na 8ª Conferência Nacional de Saúde/1.986⁵⁰ considera que a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

Desta forma, percebe-se que toda a população brasileira passou a ter os mesmos direitos, independentemente de vínculos empregatícios. O Estado passa a assumir a responsabilidade de, além das políticas sanitárias, adotar políticas econômicas e sociais, que visem à promoção da saúde e a prevenção da doença, admitindo o ser humano de forma mais integral e a saúde como item essencial para a qualidade de vida.

Pode-se dizer que, com a Constituição de 1988, passou a existir um 'conteúdo ético/político' a acompanhar o conceito de saúde, sendo de fundamental importância a compreensão da abrangência deste novo conceito para que, na regulação dos gastos em saúde, não sejam levadas em consideração apenas leis e portarias e sim o verdadeiro conceito de saúde, em seu sentido amplo, instituído nos moldes da OMS³¹. Este novo conceito de saúde, ampliado, passou a abranger áreas antes não interpretadas como saúde. São áreas responsáveis por pensar e conduzir formas de gerar um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência da doença ou de enfermidade⁵¹.

Percebe-se que o cidadão brasileiro busca ser mais conscientizado quanto à importância de sua participação na construção de um país socialmente mais justo para todos, entendendo que a participação popular é um direito seu. No entanto, é relevante salientar que a participação popular é também um dever de todo o cidadão e deve ser incentivada cada vez mais através de mecanismos de participação gerados pelo poder público. A própria Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa propõe em uma de suas diretrizes o estímulo à participação e fortalecimento do controle social, acreditando que o envolvimento dos idosos em todas as instâncias de decisão política, de destino dos recursos públicos e definição das ações a serem implantadas é a forma de efetivamente contemplar suas necessidades.

Controlar significa verificar se a realização de uma determinada atividade não se desvia dos objetivos ou das normas e princípios significativos que as regem. E um cidadão participativo, um líder, um representante que faz parte de algum tipo de conselho, seja municipal, estadual ou federal, vê mais atentamente a questão do chamado controle social. E para demonstrar como se dá o controle social, pode-se dizer que quando se somam as Conferências, as audiências públicas, a ação popular e a ação civil pública temos o chamado controle social que deve ser praticado por todos os cidadãos e cidadãs, assegurando-lhes o acesso e a participação nas decisões e elaborações de políticas públicas que os atinge direta e/ou indiretamente⁵².

É de relevância para toda a coletividade que ocorra a participação dos cidadãos e da sociedade organizada no controle social do gasto público, monitoramento permanente das ações governamentais e serviços prestados em saúde, exigindo o uso adequado dos recursos arrecadados através dos impostos, além de deliberar sobre as estratégias a serem utilizadas para que o SUS atenda aos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

O resultado das ações relacionadas às abordagens acima é enfatizado por Bobbio⁵³, ao dizer que quando se quer saber se houve um desenvolvimento da democracia num dado país, o certo é procurar perceber se aumentou não o número dos que têm o direito de participar nas decisões que lhes dizem respeito, mas os espaços nos quais podem exercer este direito.

A saúde é um direito social previsto constitucionalmente, e que depende da ação estatal para sua efetivação, através da execução eficaz de políticas públicas. Desde o advento dos Estados Modernos, a fundamentalização dos Direitos Humanos vem ganhando força nos países democráticos e no direito internacional.

O resultado da coleta de dados deste estudo poderá permear pensamentos relacionados às decisões de gestão dos recursos públicos, visto a identificação de ações de atenção à saúde possíveis para a resolução de problemas comuns à 10ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul.

2.3 Relação entre internações hospitalares e composição dos custos

Para fins de alinhamentos conceituais, inicia-se este texto trazendo conceitos do termo 'custo' abordado na presente pesquisa. O custo refere-se à quantia que uma coisa custou⁵⁴ ou ainda, custo é o preço por que se compra uma coisa, valor em dinheiro⁵⁵.

O desenvolvimento deste estudo relacionado aos custos das internações hospitalares de idosos pelo SUS relata inúmeras nuances do sistema de saúde, que determinam a realidade de crise vivenciada atualmente.

É pertinente esclarecer que o termo 'custo', empregado ao longo dessa dissertação, refere-se exclusivamente ao valor integral cobrado do SUS pelas internações hospitalares, valor lançado nas contas hospitalares. Esse "custo" representa o valor repassado ao prestador de serviços na forma de pagamento às internações hospitalares. Nem sempre estes valores são condizentes com os efetivos gastos hospitalares. De um modo geral, sabe-se que a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) não contempla todos os custos do SUS. No entanto, é correto considerar que o SUS possui outras formas adicionais de remuneração e incentivos aos seus prestadores de serviços públicos e privados, que compensam os valores da Tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), regulados por legislação própria do SUS. Além disso, os prestadores de serviços

filantrópicos, vinculados ao SUS, possuem outros benefícios relacionados à tributação fiscal.

Para iniciar esse entendimento, é possível trazer alguns dados demonstrados na Dissertação de Mestrado⁴, em que o estudo se referia aos municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre. Naquele estudo, foi verificado que, os três referidos municípios tiveram seus maiores gastos em internações de idosos decorrentes de procedimentos relacionados ao grupo diagnóstico I00 - I99 - Doenças do aparelho circulatório, no ano de 2011. No entanto, Alvorada disponibilizou 34,78% (R\$ 1.502.709,23) dos seus recursos gastos em internação hospitalar de idosos para custear apenas as internações por procedimentos classificados como doenças do aparelho circulatório (I00 – I99). Ivoti, por sua vez, empenhou 37,71% da totalidade de seus gastos em internações apenas para os casos relacionados às mesmas patologias, bem como Porto Alegre empenhou 42,89% dos seus recursos com internações relacionadas a estes grupos diagnósticos (2014, p. 67)⁴.

No entanto, percebeu-se⁴ que o valor médio das internações por Doenças do aparelho circulatório obtiveram uma significativa variação para mais, entre os municípios de Porto Alegre (R\$ 2.960,76), enquanto que entre os municípios de Alvorada, o valor médio das internações foi de R\$ 1.776,25 e entre os municípios de Ivoti, foi de R\$ 1.595,05. Para melhor compreender essas diferenças de valores, considerando tratamentos das mesmas patologias, foi-se buscar dados relacionados à média de tempo de permanência nas internações, entre os usuários residentes dos três municípios, constatando-se uma pequena diferença para menos entre os municípios de Ivoti, com uma média de oito dias de internação, enquanto que os municípios de Alvorada e Porto Alegre apresentaram uma média de nove dias de permanência. Estas médias de permanência estão dentro da média geral, compatível com outras internações relacionadas aos idosos.

Dentre várias análises que podem ser feitas para compreender estas diferenças de custos, pode-se pensar na possibilidade de maior ocorrência, entre os idosos municípios de Porto Alegre, de internações de maior complexidade, geradoras de maiores custos (com o incremento de maior quantitativo de exames de alto custo ou outros itens que agregam valor à AIH), em razão de maior frequência de comorbidades, agravos associados, podendo estar relacionados ao menor investimento na atenção básica, com reduzidas ações de caráter preventivo, ou mesmo o que se denomina (não) adesão ao tratamento.

A AIH é o instrumento padrão, desde a implantação do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), a qual é utilizada por todos os gestores e prestadores de serviços, para fins de entrada de dados e processamento de sistemas da rede pública e complementar do SUS. Nos atendimentos eletivos, a internação tem início com uma consulta em um serviço de saúde ambulatorial, onde o profissional assistente emite o laudo. E nos atendimentos de urgência, as internações iniciam no estabelecimento de saúde para o qual o usuário foi levado ou por um encaminhamento de outra unidade, ou ainda pela Central de Regulação ou Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, em que houver⁵⁶.

O SIH/SUS é caracterizado como um modelo de financiamento do tipo prospectivo, fundamentado na estimativa de custos médios aplicados a uma unidade determinada (caso ou procedimento) e tendo uma base de cálculo pré-definida. Está apoiado no conceito de que os pacientes apresentam características homogêneas quanto a variáveis demográficas, sociais e clínicas. Portanto, reúne os pacientes em grupos conforme suas semelhanças e características⁵⁷. Também utilizado pelo Medicare, nos Estados Unidos, em que é denominado de *Diagnosis Related Group*, o Mecanismo de Pagamento Fixo por Procedimentos classifica os pacientes internados por grupos homogêneos, de acordo com o volume de recursos que consomem durante a sua permanência no hospital⁵⁸.

Segue abaixo, a discriminação de algumas inclusões de valores nas contas hospitalares, além do previsto nos valores médios das AIH por código da Classificação Internacional de Doenças (CID), na Tabela Unificada do SUS, que complementam o valor total das contas hospitalares, conforme a assistência prestada aos idosos⁵⁷.

- Diária de acompanhante para idoso: De acordo com a Portaria n° 280, de 07 de abril de 1999⁵⁹, todos os pacientes com mais de 60 anos de idade internados em hospitais públicos, contratados e conveniados com o SUS tem a permissão de acompanhante. A Tabela Unificada do SUS disponibiliza um código para diária de acompanhante de idosos com pernoite e outro código para diária de acompanhante de idosos sem pernoite.
- Diária de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI): As diárias de UTI são consideradas como procedimento especial e possuem código para lançamento adicional na fatura da conta hospitalar. Tais diárias contemplam o pagamento pelas ações necessárias à manutenção da vida do paciente potencialmente grave ou em descompensação de um ou mais sistemas orgânicos, em leito dotado de monitorização contínua. Inclui assistência

médica e de enfermagem durante as 24 horas, conforme orientações encontradas na própria Tabela Unificada do SUS (SIGTAP).

- Permanência a maior: O registro de permanência a maior é realizado quando o período de internação ultrapassa o dobro dos dias previstos na Média de Permanência, considerando o que está definido no SIGTAP para o procedimento principal informado.
- Atendimento clínico (consulta/avaliação em paciente internado): Corresponde à consulta/avaliação do médico, cirurgião dentista ou outros profissionais de nível superior na atenção especializada.
- Quantidade máxima de Órteses, Próteses ou Materiais Especiais (OPM): Cada procedimento no SIGTAP tem uma previsão de compatibilidade de OPM, especificando tipos e quantidade de itens que podem ser utilizados/faturados. As OPM devem ser registradas na conta hospitalar, logo após o procedimento principal que deu origem a sua utilização e o sistema faz a consistência com cada um deles, conforme previsão de compatibilidades e excludências entre procedimentos e OPM.
- Diálise peritoneal e hemodiálise: O procedimento pode ser cobrado à parte, sendo permitido o registro de uma sessão/dia.
- Tomografia computadorizada e ressonância magnética: Estes exames complementares podem ser lançados na conta hospitalar como procedimentos especiais, tendo previsão de valores específicos no SIGTAP.
- Estudos hemodinâmicos, arteriografia, neuroradiologia e radiologia intervencionista: Estes exames, quando forem demandados durante a internação, devido à intercorrências da patologia, devem ser justificados, autorizados e registrados na conta hospitalar.
- Albumina humana: A Portaria n° 247, de 14 de julho de 2000⁶⁰, estabelece os padrões de referência para adoção de conduta terapêutica de Albumina Humana no âmbito do SUS.
- Ato transfusional: Toda a transfusão de sangue ou componentes sanguíneos deve ser registrado na AIH e possuem valores próprios, que acrescentam à conta.
- Fisioterapia: São considerados procedimentos especiais na AIH e são lançados na conta, conforme seus pedidos e realização.
- Ultrassonografia: Os exames possuem código e valor próprio.

- Anestesia: É um procedimento também com valor próprio na Tabela SIGTAP. Nos procedimentos cirúrgico-anestésicos, é calculado no percentual de 30% do valor dos serviços profissionais.
- Paciente sob cuidados prolongados: Em alguns casos de pacientes que apresentam os quadros de convalescência, são portadores de múltiplos agravos de saúde, doença crônica ou que necessitam de cuidados permanentes, existe a possibilidade de remuneração por dia de internação.
- Internação Domiciliar (por dia): A Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012 e a Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011 redefiniram a Atenção Domiciliar no SUS e a Portaria nº 276/SAS/MS, de 30 de março de 2012 instituiu o Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). O registro de internação domiciliar pode ser com emissão de AIH pelo código 03.01.05.007-4 e quantidade máxima de 31 dias, não permitindo permanência a maior. Os hospitais devem ter habilitação e o 113 – Serviço de Atenção Domiciliar – 002 – Internação Domiciliar cadastrados no CNES⁶¹.

Salienta-se ainda que os valores de AIH nem sempre correspondem ao valor total da internação, por permitirem a secção da conta em várias partes/situações, restritamente descritas, dentre as quais pode-se citar a emissão de uma nova AIH, para o mesmo paciente, na mesma internação, a cada novo procedimento cirúrgicoanestésico; ou a pacientes sob cuidados prolongados, psiquiatria, reabilitação ou internação domiciliar, AIDS e tuberculose, quando da internação, o paciente desenvolver quadro clínico que necessite de cirurgia; ou paciente clínico que necessite ser reinternado pela mesma patologia, três dias após a alta da primeira internação.

Quando se fala em valor total refere-se ao custo integral da internação, desde as diárias hospitalares, tanto de leito comum como em UTI, medicamentos, materiais, equipamentos, hemodiálise, exames de apoio ao diagnóstico e tratamento e outros, incluindo os honorários profissionais.

A AIH é composta por, efetivamente, todos os registros de atenção à saúde prestada ao usuário do SUS, durante a internação hospitalar. Cada código de procedimento da Tabela Unificada do SUS possui um valor financeiro e uma média prevista de dias de permanência, além da relação de um ou mais CID compatíveis, os quais se relacionam ao tratamento de saúde específico do paciente internado. O valor previsto para cada código de procedimento, o qual se relaciona ao CID do agravo gerador da internação, inclui uma fração de serviços hospitalares e outra fração de serviços profissionais (que se referem aos honorários médicos). Na fração dos serviços

hospitalares estão incluídas as diárias de internação, dietoterapias comuns, administradas por via oral, os exames de patologia clínica e radiologia.

Enfim, a AIH refere-se ao procedimento gerador da internação, relacionado ao CID/patologia que motivou a internação, conforme laudo médico emitido. O procedimento possui um valor específico/fixo para o período previsto de internação, que passa a ser complementado, conforme os registros da assistência prestada. Os dezesseis itens listados acima podem ser inclusos junto à AIH para a composição do valor total da conta hospitalar, de acordo com a assistência prestada.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Comparar frequência e custos de internações de idosos dos municípios da 10ª Região de Saúde, complementando com opiniões de seus gestores, para elaborar perspectivas e disponibilizar elementos que auxiliem a melhora desse atendimento e a gestão das ações de Saúde.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Identificar frequência e custos de internações hospitalares de idosos residentes dos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão, obtidos do DATASUS.

3.2.2 Comparar frequência e custos de internações hospitalares dos municípios analisados.

3.2.3 Utilizar a opinião dos gestores municipais acerca do atendimento e internações hospitalares aos idosos dos seis municípios para complementar os achados.

3.2.4 Disponibilizar elementos que auxiliem a melhora do atendimento a idosos e a gestão das ações de saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo quanti-qualitativo, considerado misto ('mixed method'), termo utilizado internacionalmente, sendo a parte quantitativa do tipo transversal, com coleta de dados referentes ao ano de 2014, e a parte qualitativa do tipo longitudinal. Realizada análise a partir dos elementos colhidos no banco de dados DATASUS, complementados com a realização de questionários com perguntas e respostas. Após a devolução dos questionários, foi realizada uma pré-análise, montando uma planilha no *excel*, que foi alterada e/ou complementada nos três encontros preliminares do projeto piloto e, posteriormente, utilizada como subsídio para as discussões do grupo focal.

O grupo focal constituiu-se dos seis gestores de saúde (ou seus representantes), que participaram de sete encontros, em que foram realizados seis estudos de caso acerca da situação de saúde, no que se refere à atenção à pessoa idosa, um estudo de caso para cada um dos municípios pesquisados.

4.2 Contexto

O estudo analisou as internações hospitalares de idosos residentes dos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão, ao longo do ano de 2014 e, complementarmente, opiniões dos gestores municipais, responsáveis pelo gerenciamento de políticas sociais, programas e ações de atenção à saúde do idoso.

A escolha específica destes seis municípios deu-se por juntos, constituírem a 10ª Região de Saúde na época da realização do projeto de pesquisa. É uma das regiões de cobertura da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (2ª CRS), também chamada de Região Metropolitana de Porto Alegre, estando assim identificada no título desta Tese, o que pode ser verificado no Anexo A⁶².

Paralelamente, como pesquisadora, participava de reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) como membro suplente do Gestor Municipal de Gravataí, desde o ano 2009 - 2010. Também como membro titular da Secretaria Técnica da CIR 10. E, desse modo, pode-se desenvolver esta pesquisa de forma a constituir-se, em parte, de uma construção coletiva com os representantes desta região de saúde, baseada nos dados epidemiológicos existentes, no conhecimento dos problemas de saúde e das ações desenvolvidas em cada um dos municípios, em busca das

dificuldades e soluções em comum, e das possibilidades/perspectivas de resolução em comum, otimizando a compreensão da situação da atenção à saúde do idoso nessa região e o planejamento de ações futuras.

Destarte, intencionalmente, por estar profissionalmente envolvida nestes espaços de negociação e decisão entre os gestores municipais e Estado, após a realização do projeto de pesquisa, o mesmo foi apresentado em reunião da CIR 10 e foi obtida a manifestação de interesse pelos gestores municipais, bem como a autorização de seus representantes da área da saúde do idoso para participarem da realização de um projeto piloto e, posteriormente, dos encontros do grupo focal.

4.3 Definições

Seguem abaixo, definições operacionais para termos que foram utilizados ao longo do estudo:

- Idosos: pessoas com 60 anos ou mais
- Idosos residentes dos municípios: idosos com endereço de moradia nos municípios em estudo (Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí, Porto Alegre ou Viamão)
- Referenciamento: indicação de serviços (hospitais específicos) para o atendimento especializado em saúde, para a atenção em média e alta complexidade
- Pactuações: acordos entre as gestões municipais e gestão estadual, para assumir a responsabilidade de atendimento, diante do recebimento de recursos financeiros.
- Porta de entrada: serviço que mantém as portas do atendimento de emergência abertas para receber pacientes regulados pelo SAMU e/ou demanda espontânea (quando o paciente chega ao serviço trazido por familiares, necessitando do atendimento de emergência).
- Regulação estadual: é o serviço responsável pela distribuição mais adequada das vagas de leitos disponíveis aos atendimentos de urgência ou emergência. A regulação do SAMU funciona de modo integrado com a Central de Regulação de Leitos Estadual.

- Capacidade instalada: infraestrutura organizada em um serviço ou município, para o atendimento das necessidades de saúde de determinada população.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Inclusão

Todos os dados contidos no Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS, em AIH de internações dos idosos munícipes de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão, de acesso livre ao sistema.

Os relatos de ações de saúde abordados pelos participantes do grupo focal.

Os gestores e/ou representantes do Sistema, no que se refere à atenção ao idoso, em cada município.

Exclusão

Foram excluídos do estudo os dados incompletos e inacessíveis.

4.5 Procedimentos

Foram selecionados os dados de todas as internações hospitalares de idosos dos seis municípios (Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão), intencionalmente, por pertencerem à 10ª Região de Saúde, devido ao envolvimento profissional da pesquisadora nos fóruns de discussão e deliberação destas gestões municipais, como já mencionado no item 4.2, do contexto desta tese.

Em reunião da CIR, em maio de 2015 apresentou-se a proposta do projeto, que se consolidou a partir do recebimento dos questionários do projeto piloto (Apêndice A), deixando aberta a possibilidade de realizar os encontros do grupo focal, com representantes da atenção à saúde do idoso nos seis municípios em estudo.

4.5.1 População/ Amostra em Estudo

Foram coletados os dados de internações de idosos residentes dos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão, internados no ano de 2014, constantes no sistema digital e que são de domínio público.

Também as ações de saúde foram relatadas qualitativamente pelos participantes do grupo focal e registradas ao longo dos encontros, visto não haver a disponibilização de documentos formais dos Programas de Saúde de cada Município.

Os gestores e/ou seus representantes foram escolhidos intencionalmente, por estarem no cargo naquele momento.

4.5.2 Coleta de Dados

Rotina de Coleta/Fluxograma de Funcionamento – Desenvolvimento do Projeto Piloto

Previamente à coleta dos dados de internações hospitalares dos idosos, foi realizado um levantamento de dados acerca da estrutura de saúde existente em cada um dos municípios em estudo, no que tange a atenção básica, de média e alta complexidade da assistência. Estes dados foram coletados, após a apresentação informal do projeto, durante a reunião da Comissão Intergestores Regional – 10ª Região de Saúde (CIR 10), em maio de 2015 e, conforme anuência de cada um dos gestores municipais e/ou seus representantes para a participação na pesquisa, apresentou-se os questionários, como se propunha no Projeto Piloto (Apêndice A). Nesta reunião, salientou-se a ideia da interação de todos os participantes presentes, como meio de fortalecer as análises da pesquisa e discussões acerca das informações que fossem encontradas nos bancos de dados públicos do DATASUS, bem como foi sugerida a construção de um documento à Secretaria Estadual de Saúde, apresentando as sugestões de melhorias à atenção à saúde do idoso que fossem elencadas ao longo do trabalho com o grupo focal.

Em um prazo médio de 30 dias, consolidou-se o formato da metodologia adotada, a partir do recebimento dos questionários do projeto piloto, deixando aberta a possibilidade de realização de encontros de um grupo focal, enquanto esperava-se a aprovação do projeto desta pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da PUCRS.

O estudo piloto caracterizou-se por três encontros preliminares em que, após a devolução dos questionários (Apêndice A), elaborou-se uma planilha com o detalhamento do panorama estrutural que será demonstrada a seguir, na tabela 1 (pág. 62) e, conjuntamente, as informações foram ajustadas, complementadas ou alteradas, conforme as discussões e análises eram realizadas.

Os encontros preliminares do projeto piloto, bem como os do grupo focal, foram realizados no auditório da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (2ª CRS), no centro de Porto Alegre ou no Gabinete da Delegada da 2ª CRS, em datas programadas com antecedência.

O primeiro Encontro Preliminar, realizado em julho de 2015 iniciou com a explanação do objetivo e metodologia do presente estudo, ao grupo de participantes. Posteriormente, utilizando-se como recurso um projetor de imagem, iniciou-se a demonstração da planilha elaborada no *Excel* (Tabela 1; pág. 62), com os dados levantados acerca dos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão, através das respostas aos questionários (Apêndice A). Estabeleceu-se discussão relativa às maiores problemáticas na rede de atenção à saúde do idoso na 10ª Região de Saúde, assunto que acabou se estendendo ao longo dos primeiros encontros. Em meio às discussões, os participantes sugeriram complementações e ajustes nos dados fornecidos através dos questionários.

A partir do segundo Encontro Preliminar, optou-se por apresentar as planilhas no formato impresso, de modo que os próprios participantes, através de ‘caneta hidrocor’, podiam fazer as complementações na planilha, tendo assim o favorecimento da interatividade.

No terceiro Encontro Preliminar, diante da primeira apresentação dos dados quantitativos de internações hospitalares dos idosos, apresentados pela pesquisadora (descrito no item 4.5.3), houve uma discussão sobre por onde iniciar as análises, sobre quais os caminhos que poderiam levar a ações propositivas de melhorias, considerando o contexto político-financeiro vivido na área da saúde, no presente momento. E foi consenso que, identificando as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), seria uma forma de analisar mais pontualmente, as ações que vem sendo realizadas nos Municípios e, por conseguinte, as ações que podem ser aprimoradas afim de que os atendimentos em saúde sejam preventivos à necessidade de internação hospitalar.

4.5.3 Descrição dos Métodos de Mensuração Quantitativa

Utilizando o Programa *Excel*, foram construídas planilhas que possibilitaram a descrição de dados, com os padrões diferenciais dos seis municípios, de acordo com a descrição que segue:

- No computador utilizado para a pesquisa, foram baixados os arquivos do SIH/SUS, referentes à produção hospitalar do Estado do Rio Grande do Sul, de janeiro a dezembro de 2014 (com auxílio técnico do próprio DATASUS).
- Foi baixado o instrumento de tabulação TABWIN, para a devida seleção dos dados pertinentes à pesquisa. O TABWIN é um aplicativo, tabulador, desenvolvido pelo DATASUS/MS para ser utilizado nas bases de dados do SUS.
- Foram realizados todos os levantamentos, separadamente, por parâmetro e por município de residência.
- Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão.
- Valor total das internações hospitalares dos idosos, por blocos de faixa etária e por sexo.
- Frequência das internações hospitalares dos idosos, por blocos de faixa etária e por sexo.
- Tempo de permanência nas internações hospitalares dos idosos, por blocos de faixa etária e por sexo.
- Valor total e frequência das internações por condições sensíveis à atenção primária.
- Foi organizada uma planilha contendo os dados dos seis municípios, em um programa *Excel* no formato de banco de dados, para facilitar a visualização e posterior análise comparativa das informações coletadas. Os referidos blocos de faixa etária, agrupam os idosos em estudo na composição de intervalos de 5 em 5 anos de idade: dos 60 aos 64 anos; dos 65 aos 69 anos; dos 70 aos 74 anos; dos 75 aos 79 anos; e com 80 anos. E a coleta de dados por sexo, refere-se a idosos masculino ou feminino.

Para fins de entendimento deste processo de coleta de dados, fez-se relevante detalhar alguns conceitos e funcionalidades relacionadas ao DATASUS, SIH/SUS e TABWIN, conforme segue:

DATASUS é o departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil, que disponibiliza informações que podem ser utilizadas em fortalecimento à tomada de decisões no processo de gestão da saúde pública, formatando análises baseadas em evidências, que podem justificar o emprego dos recursos públicos e a elaboração de programas de ações em saúde.

O DATASUS contempla informações relacionadas à morbimortalidade, questões sanitárias, serviços de saúde e acesso a estes, qualidade da atenção, condições de vida, escolaridade, fatores ambientais, recursos financeiros, demográficos e socioeconômicos. Além de agregar as informações relacionadas ao Sistema de Saúde Suplementar.

Para o faturamento de todas as Autorizações de Internação Hospitalar – AIH, fornecidas pelo Sistema Único de Saúde, o DATASUS disponibiliza o Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS. Os serviços próprios do SUS ou seus prestadores de serviços enviam às secretarias municipais de saúde todos os dados exigidos no documento da AIH, mensalmente. Então, através do SIH/SUS, os prestadores de serviços receberão os recursos financeiros, referentes à produção apresentada ou contratualização efetivada. Da mesma forma, os gestores da saúde pública terão acesso a todas as informações elencadas na AIH, percebendo as principais causas das internações hospitalares, a relação dos procedimentos mais frequentes, o número de leitos utilizados pelo SUS, o tempo de permanência nas internações de cada hospital, por cada uma das especialidades, dentre outros dados relevantes, que facilitam as atividades de controle, avaliação e vigilância em saúde.

E o TABWIN, por sua vez, é um tabulador desenvolvido pelo DATASUS/MS para ser utilizado nas bases de dados do SUS, com o objetivo de buscar informações relacionadas à produção já realizada, ou seja, dados retrospectivos. Então, acessando os bancos de dados públicos do SIH/SUS, pode-se baixar os arquivos de produções hospitalares realizadas em todo o Brasil e, após, utilizando o TABWIN, pode-se obter informações detalhadas acerca da situação de saúde de cada um dos municípios.

Após essa coleta, foram apresentados os dados para a análise do grupo focal (a partir do terceiro encontro preliminar), o qual estava composto pelos gestores municipais e/ou seus representantes, por estarem no cargo na fase de realização da pesquisa.

Parâmetros propostos para análise nas internações hospitalares de cada um dos municípios em estudo

1. Valor total

A partir dos dados tabulados pelo TABWIN, foi selecionado o ‘valor total’ de cada uma das internações ocorridas entre os idosos dos seis municípios, separadamente, no ano de 2014. O valor total refere-se ao custo integral da internação, desde as diárias

hospitalares, tanto de leito comum como em unidade de tratamento intensivo – UTI, medicamentos, hemodiálise, materiais, exames de apoio ao diagnóstico e tratamento e outros, incluindo os honorários profissionais.

2. Frequência

A frequência refere-se ao número de internações ocorridas entre os idosos de cada um dos municípios, no mesmo período, independentemente do local onde ocorreram (por exemplo, um idoso de Alvorada que interna no município de Porto Alegre, ainda assim continua fazendo parte da estatística do município de Alvorada). Foi realizada a Análise Estatística Descritiva para detectar a frequência somente de internações por condições sensíveis à atenção primária (da listagem completa da Classificação Internacional de Doenças – CID 10, foram selecionados 72 CID, conforme a ocorrência das internações entre os idosos e conforme listagem constante na Portaria SAS/MS nº 221/2008)⁶³.

3. Tempo de Permanência

O tempo de permanência refere-se ao somatório do número de dias de cada uma das internações ocorridas no período em análise.

4. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)

E as ICSAP são agravos à saúde, cuja morbidade e mortalidade poderiam ser reduzidas através de uma atenção primária oportuna e eficaz. A lista de condições sensíveis à atenção primária está prevista na Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008⁶³.

O cruzamento e análise dos dados citados acima permitiu uma abrangência de possibilidades, tanto para a identificação de ações que podem vir a melhorar a qualidade de saúde da população, reduzindo o quantitativo de internações de idosos, como a ampliação dos conhecimentos para fortalecer a argumentação da gestão para a conquista dos recursos financeiros necessários para melhorias na atenção básica e/ou para a ampliação de ações de suporte à atenção básica nos municípios em estudo.

Instrumentos propostos para a coleta dos dados

1. Inicialmente foi realizado um levantamento de dados acerca da estrutura de saúde existente em cada um dos municípios em estudo, no que tange a atenção básica, média e alta complexidade da assistência, a partir de conversas em

reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR 10), na qual foram relatados os objetivos do presente estudo e prestados esclarecimentos sobre a fase em que se aguardava a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, mas que já se podia começar a construção de um banco de dados em relação à realidade assistencial de cada um dos municípios, encaminhando um questionário (Apêndice A) aos gestores municipais (ou seus representantes), de modo impresso e/ou por e-mail, pactuando a realização de encontros mensais, de um projeto piloto e, posteriormente, de um grupo focal, no auditório da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde, onde foram discutidos os dados quantitativos e qualitativos levantados ao longo da pesquisa.

2. Planilha Excel

Num segundo momento, foi organizada uma planilha em *Excel*, selecionando informações relacionadas à Classificação Internacional de Doenças – CID 10, que determina o fator gerador das internações, o valor total de todas as internações de idosos dos seis municípios, sua frequência e tempo de permanência, selecionadas por blocos de faixa etária e por sexo, como pode ser visualizado no Anexo B. Também foram coletados dados de valor total e frequência das ICSAP.

3. Questionário

Foram retomados os dados listados no Apêndice A, nos encontros preliminares realizados em julho e agosto de 2015, com a participação de representantes da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (2ª CRS) e de cada um dos municípios da Região 10 (Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão).

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, em novembro de 2015, foi esclarecida a participação na pesquisa, sendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) por cada um dos representantes que se propuseram a participar do estudo, se fazendo presentes em encontros do grupo focal, que aconteceram mensalmente, entre os meses de novembro de 2015 e agosto de 2016, na 2ª CRS.

Os resultados das respostas dos questionários foram compartilhados no grupo focal, pelos representantes de cada um dos municípios, para que todos reconhecessem a situação estrutural de modo coletivo na Região Metropolitana de Porto Alegre (Região 10).

A partir do terceiro encontro preliminar do grupo focal, direcionado à atenção à saúde do idoso nos municípios da 10ª Região, a pesquisadora apresentou as planilhas de dados no *Excel*, coletados do banco de dados do DATASUS, através da ferramenta TABWIN, para relacioná-los aos dados qualitativos citados pelos representantes dos municípios nos questionários.

Todos os encontros do grupo focal foram gravados, transcritos pela pesquisadora e, antes de cada novo encontro, foi realizada a triangulação dos dados com os pares, com a releitura e correções que considerassem necessárias, para obter a aprovação dos textos, com as devidas correções e complementações necessárias.

4.5.4 Descrição dos Métodos de Mensuração Qualitativa

A autora Bardin (2014)⁶⁴ destaca três etapas na Técnica de Análise de Conteúdo, que pode ser utilizada na compilação de dados quantitativos descritivos, no sentido de conseguir as frequências, e na de dados qualitativos, para realizar a categorização dos resultados. A Técnica está distribuída em três estágios: detecção de temas, categorização, análise e inferências. Na primeira se busca temas que sejam semelhantes, reunindo-os; na segunda realiza-se a categorização e a terceira parte é a de análise e inferência, com o uso de autores que fundamentem, mais a inferência do autor do texto.

O levantamento dos dados da parte qualitativa teve seu início com a realização do questionário (Apêndice A), o qual teve suas informações aprimoradas durante os encontros preliminares do grupo focal (Projeto Piloto).

Os dados levantados nas respostas aos questionários serviram de base para que os próprios integrantes do grupo focal apresentassem justificativas aos números encontrados dentre as internações de idosos por condições sensíveis à Atenção Primária, de cada um dos municípios. Os dados foram revistos para se compreender os motivos da situação de cada um dos perfis epidemiológicos de internação (considerando elevado ou baixo o número, conforme as ações preventivas realizadas). Da mesma forma, os dados levantados na Tabela 1 (pág. 62) também contribuíram para que o grupo focal pensasse, conjuntamente, sobre as possíveis ações que poderiam vir a ser mais profícuas no desenvolvimento de ações futuras, vislumbrando o aumento da promoção da saúde e prevenção da necessidade de acesso a internações hospitalares, o que pode ser verificado na Tabela 4 (pág. 75).

A partir do preenchimento das Tabelas individuais, considerando as características das ICSAP de cada município (seis estudos de caso, sendo um para cada município), cuja descrição está na Tabela 4 (pág. 75), foi realizada uma análise das ações citadas como necessárias pelos representantes das gestões municipais, de modo a identificar a repetição das ações que poderiam contribuir com perspectivas de melhoria para mais de um tipo de problemática, dentre as sugestões de cada um dos municípios, conforme pode ser verificado na Tabela 5 (pág. 82).

Na Tabela 5 (pág. 82) foram acrescentados blocos de enquadramento para cada uma das ações citadas como necessárias pelos representantes das gestões municipais, passando a constituir a Tabela apresentada no Anexo H.

E, por último, agrupando os dados quantitativos de internações dos idosos residentes da Região 10 de Saúde buscou-se estabelecer um comparativo entre todas as ICSAP de idosos residentes do Estado do Rio Grande do Sul, idosos residentes da Região 10 e idosos das demais Regiões do Estado (Tabela 6, pág. 89), para melhor compreender o perfil epidemiológico de maior suscetibilidade às internações dos idosos da Região Metropolitana, para focar nas principais ações que precisariam urgentemente ser desenvolvidas.

Participaram das reuniões do grupo focal os gestores ou seus representantes, de cada um dos municípios em estudo, e representantes da 2ª CRS. Além disso, complementarmente, durante as análises, os representantes dos municípios buscaram apoio dos profissionais responsáveis pela Atenção Básica de seus respectivos municípios. E a pesquisadora expôs os dados e ponderações apresentadas pelo grupo focal à equipe responsável pela saúde do idoso da Secretaria Estadual de Saúde, a qual estava também convidada a participar regularmente do grupo focal, por sugestão do próprio grupo, durante o primeiro encontro preliminar, realizado em julho de 2015.

4.6 Considerações éticas

Parte dos dados coletados para esta pesquisa é oficial, de domínio público, não havendo necessidade de autorização para sua utilização para fins científicos, a não ser a explícita descrição da fonte dos mesmos.

No entanto, as informações coletadas a partir dos questionários e das reuniões nos grupos focais demandaram que este projeto passasse pela avaliação da Comissão Científica (Anexo C) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade

Católica do Rio Grande do Sul – PUC/RS, obedecendo a legislação e atendendo os pressupostos da Res. 196, de 10 de outubro de 1996⁶⁵, atualizados pela Res. 466, de 12 de dezembro de 2012⁶⁶, tendo obtido sua aprovação sob o parecer nº 1.329.873 (Anexo D).

Os gestores dos Municípios, objeto da pesquisa, preencheram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando com cópia. Os dados coletados através dos questionários e no grupo focal foram complementados ou ajustados, durante os encontros do grupo focal.

Ainda, a gestão municipal de Porto Alegre, por possuir seu próprio Comitê de Ética em Pesquisa, também avaliou o projeto, antes que o Secretário Municipal de Saúde assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, emitindo o parecer de aprovação nº 1.561.191, em 25 de maio de 2016 (Anexo E).

5 RESULTADOS

Efetivamente, os resultados desta pesquisa podem ser verificados a partir das Tabelas a seguir apresentadas, as quais demonstram todos os dados quantitativos que foram levantados durante a pesquisa, bem como a construção gradual dos resultados qualitativos. Cabe aqui ressaltar que a partir das pesquisas quantitativas realizadas no TABWIN acerca de todas as internações de idosos dos seis municípios em estudo, foi criada uma Tabela original, da qual foram extraídas as informações constantes na Tabela 1 e, consecutivamente, foram feitos recortes de dados que subsidiaram as análises de discussões dos resultados encontrados, contando ainda com a complementação das informações coletadas no TABNET.

Como respaldo inicial para os resultados, foi construída a Tabela 1, com o panorama estrutural da atenção à saúde nos seis municípios em estudo, constituída a partir das respostas aos questionários apresentadas pelos gestores municipais (ou seus representantes).

Tabela 1. Detalhamento do panorama estrutural de cada um dos municípios em estudo, conforme respostas ao questionário (Apêndice A)

PANORAMA ESTRUTURAL DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO - 10ª Região de Saúde - Região Metropolitana de Porto Alegre						
Município	Alvorada	Cachoeirinha	Glorinha	Gravataí	Porto Alegre	Viamão
População (2012 DATASUS - IBGE - TCU)	197441	119896	7074	259138	1416714	241190
População idosa (2012 DATASUS - IBGE - TCU)	17728	12945	1159	27453	213003	27353
Percentual de idosos na população	8,98	10,80	16,38	10,59	15,04	11,34
População idosa que acessa o Sistema de Saúde Suplementar (2014)						2
Ambulatorial	652	584	20	949	9.069	583
Hospitalar	14	20	1	35	3.427	43
Hospitalar e Ambulatorial	1.360	1.816	75	3.436	93.502	3.893
Referência	22	36	0	66	2.446	47
Total	2.049	2.465	96	4.496	109.042	4.579
Percentual de idosos com acesso à saúde suplementar (%)	12	19	8,28	16	51	17
Rede de atenção à saúde, no município (atenção primária, média e alta complexidade):						
Unidades Básicas de Saúde	15 (com 30 equipes de saúde da família) - 50% de cobertura da		9	3	10	141 - 52
Unidades de Saúde da Família	As 30 equipes do PSF estão		7	0	17	206 - 89
	1 UNIDADE REFERENCIAL DE SAÚDE - COM MÉDICOS ESPECIALISTAS E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR (COM PROGRAMAS DE SAÚDE: TABAGISMO, HIPERTENSÃO,					1 UPA e 3 Pronto-Atendimento

Fonte: Questionários Apêndice A

- A planilha continua para baixo, contemplando todas as respostas aos questionários entregues pelos gestores municipais.

- A planilha continua para a direita, contemplando todos os municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre

A Tabela montada para a leitura na horizontal, identificando-se uma listagem de itens a serem identificados como componentes da estrutura de suporte à atenção à saúde nos municípios. Verticalmente foram listadas as respostas de cada um dos municípios em estudo, individualmente, possibilitando discussões comparativas.

Então, inicialmente, apresento o Quadro 1, com um recorte de informações incluídas nesta Tabela, para contextualizar a estrutura de saúde dos seis municípios em estudo. Pode ser observada a estrutura da Rede de Atenção à Saúde em cada um dos municípios, no que se refere à Atenção Básica e Especializada.

O município de Alvorada, no ano de 2015, período em que foram realizados os encontros do grupo focal, contava com 15 Unidades Básicas de Saúde, as quais incluíam entre suas equipes multiprofissionais trinta equipes, atuando no formato da Estratégia de Saúde da Família, duas Unidades Referenciais de Saúde em regime de pronto atendimento (horário de atendimento diurno) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ainda fora de funcionamento. Uma destas Unidades Referenciais de Saúde também funciona como Unidade Especializada, contando com médicos especialistas e equipe multidisciplinar (onde que são realizados os acompanhamentos dos programas de saúde: tabagismo, hipertensão, diabetes, doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), tisiologia, entre outros, considerando que mais da metade dos participantes são pessoas idosas); a outra conta com médicos clínicos e Equipe de Enfermagem.

Lembrando que a Atenção Básica no SUS é preconizada como a “ordenadora do cuidado nos sistemas locais de saúde e do eixo estruturante de programas e projetos, além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização da saúde” (2014; p. 31)⁴⁵, torna-se relevante apresentar os resultados do indicador 1, do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015, que demonstra uma cobertura populacional estimada pelas equipes da atenção básica em cada um dos municípios. Alvorada, no ano de 2015 apresentou um indicador de 52,16% de cobertura pela atenção básica⁶⁷. O acompanhamento deste indicador tem por objetivo garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e Atenção Especializada (BRASIL, 2014; p. 31)⁴⁵.

Quadro 1: Panorama estrutural da atenção à saúde do idoso – 10ª Região de Saúde – Região Metropolitana de Porto Alegre

Rede de Atenção à Saúde no Município	Município					
	Alvorada	Cachoeirinha	Glorinha	Gravataí	Porto Alegre	Viamão
Unidades Básicas de Saúde	15	9	3	10	52	16
Unidades de Saúde da Família	30 equipes da ESF inseridas nas UBS	7	0	19	89	12
Unidades de Pronto Atendimento (UPA)	2 Unidades Referenciais de Saúde	1	0	1 Pronto Atendimento Municipal 24h e 1 UPA	1 UPA e 3 Pronto Atendimentos	1 Pronto-Atendimento e 1 UPA
Outra Unidades específica para o atendimento ao idoso?	0	0	0	1	0	0
Nº de Unidades de Atenção Especializada, incluindo as Unidades relacionadas à Saúde Mental	6	1	0	8	35	4
Possui internação domiciliar? Quantos leitos? Como funciona?	Não	Não	Não	20 leitos, administrados pelo hospital contratado (seguimento de internações hospitalares, mas não exclusivos para idosos)	Programa Melhor em Casa.	Não

Fonte: Respostas aos questionários (Apêndice A)

Além dos dados apresentados no Quadro 1, a Tabela 1 também contemplou as informações de ações que vêm sendo desenvolvidas na gestão atual de cada município e as ações previstas nos Planos Municipais de Saúde para privilegiar a atenção à saúde do idoso no período de 2014 – 2017.

Então, ainda em referência ao município de Alvorada, na gestão atual foi implementado o agendamento preferencial aos idosos, em todas as Unidades de Saúde, ocorrendo de tarde o agendamento direto e, no período da manhã, de acordo com os critérios de acolhimento, realizam-se rodas de conversa em todas as Unidades da Atenção Básica nas temáticas de saúde mental; em grupos de convivência, que tratam de assuntos como diabetes e hipertensão e realizam caminhadas. Existe uma academia de saúde no município e duas estão em projeto.

No Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017, houve a programação para garantir um número de vagas em consultas e exames (sem percentual específico); manter a realização de visitas domiciliares por agentes comunitários de saúde e demais profissionais da equipe; manter médico na Central de Marcação de Exames para analisar as prioridades clínicas, respeitando o Estatuto do Idoso; reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos relacionados à saúde do idoso.

Diante das informações levantadas, analisando comparativamente os municípios estudados, é possível perceber que Alvorada possui o menor PIB per capita⁶⁸ e a menor renda média domiciliar per capita⁶⁹, evidenciando-se menores condições de investimento em Saúde Pública, com suas ações de prevenção, bem como uma menor autonomia entre a população, de um modo geral, para custear suas necessidades em saúde, tanto que apenas 12% da população idosa do município possui acesso à saúde suplementar⁷⁰. Apesar destas diferenças financeiras, a Gestão Municipal tem buscado manter o equilíbrio dos atendimentos, contemplando ações de prevenção de doenças crônicas e a promoção da saúde em todas as Unidades de Saúde.

Quanto ao município de Cachoeirinha, durante a realização da pesquisa, conforme destacado no Quadro 1, existem nove Unidades Básicas de Saúde e sete Unidades de Saúde da Família, um Pronto Atendimento 24 horas e duas Unidades Especializadas. Cachoeirinha, no ano de 2015 alcançou o indicador de 53,5% de cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica⁶⁷.

Dentre os demais dados listados na Tabela 1, foi relatado que na atual gestão foi iniciada uma Academia de Saúde, que encontra-se em fase de construção, passou-se a utilizar a Caderneta de saúde da pessoa idosa, distribuída pelo Ministério da Saúde,

buscando um acompanhamento mais efetivo deste grupo populacional; implantou-se o Programa de Atenção Domiciliar (PADI), com o objetivo de realizar visitas domiciliares à idosos em situação de fragilidade e portadores de doenças crônicas que necessitam de cuidados contínuos, com foco na desospitalização e redução do tempo médio de internações hospitalares; implementou-se o Programa de Educação Permanente, Programa da Prótese Dentária e Programa da Prótese e Órtese (esses últimos três programas, também focados no atendimento à população idosa). Mantém-se a prática de rodas de conversa nas Unidades Básicas e da Estratégia de Saúde da Família; a capacitação de profissionais da saúde, gestores de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), cuidadores de idosos e comunidade em geral; atividades integradas às demais Secretarias; e priorização de consultas médicas para idosos nos serviços de saúde.

No Plano Municipal de Saúde da gestão 2014 – 2017 consta a seguintes programação: implantar o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), já implantado; construir e implantar a linha de cuidado de saúde da pessoa idosa na Rede Municipal de Saúde, através de protocolo municipal; incentivar e ampliar o projeto Roda de Conversa para idosos nas Unidades de Saúde; aprimorar ações de atenção à saúde da pessoa idosa, incluindo ações intersetoriais; manter a realização do seminário anual sobre Prevenção da Violência contra a Pessoa Idosa; realizar capacitação anual sobre a Atenção à Pessoa Idosa no processo de Educação Permanente dos profissionais de áreas afins; manter ações educativas sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa na Semana Municipal do Idoso; manter capacitação anual sobre cuidado com a pessoa idosa em parceria com outras Secretarias Municipais; promover capacitações anuais sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa aos profissionais das ILPI; disponibilizar materiais informativos sobre saúde da pessoa idosa à rede municipal de saúde.

Diante das informações levantadas, analisando comparativamente os municípios estudados, é possível perceber que Cachoeirinha possui o maior PIB per capita⁷¹, evidenciando-se como tendo as melhores condições financeiras entre os municípios em estudo, para a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Nesse sentido, analisando as ações que vêm sendo desenvolvidas e o planejamento assumido pela gestão atual através do Plano Municipal de Saúde, percebe-se que existe uma preocupação com os efeitos do envelhecimento da população, bem como o desenvolvimento de ações reconhecidas como de resultado favorável para a constituição de uma longevidade mais saudável para sua população.

Quanto ao município de Glorinha, o Quadro 1 demonstra uma estrutura municipal de apenas três Unidades Básicas de Saúde. A gestão municipal encaminha todos os

seus pacientes que necessitam de atendimentos de média complexidade, tanto em situações de emergência quanto eletivas ao município de Gravataí, o qual é a primeira referência aos municípios de Glorinha. Quando extrapola a capacidade instalada de serviços existentes no município de Gravataí, os municípios de Glorinha são encaminhados para atendimentos em Porto Alegre, através da Regulação Estadual. No ano de 2015, Cachoeirinha alcançou o indicador de 81,85% de cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica⁶⁷.

Em referência aos demais dados listados na Tabela 1 (pág. 62), o município de Glorinha já recebeu uma parte dos recursos financeiros para a construção da Academia de saúde, porém a mesma ainda não está pronta para ser entregue à população. As consultas nas Unidades da Atenção Básica são realizadas de acordo com agendamentos. No Plano Municipal de Saúde elaborado para a gestão 2014 – 2017 não há a previsão específica de ações exclusivas à saúde do idoso. No entanto, existe um acompanhamento cuidadoso aos pacientes que participam dos grupos de convivência, principalmente no que se refere às doenças crônicas (como por exemplo: hipertensão e diabetes), até porque o município de Glorinha é o que possui o maior percentual de idosos (16,38%), dentre os municípios em estudo.

No município de Gravataí, conforme demonstrado no Quadro 1, existem 10 (dez) Unidades Básicas de Saúde e dezenove Unidades de Saúde da Família, um Pronto Atendimento 24 horas, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) inaugurada e fevereiro de 2017 e outra UPA ainda em fase de construção, existe um Centro de

Atenção à Saúde da Pessoa Idosa - Casa do Idoso e outras sete Unidades Especializadas. Gravataí possui à disposição vinte leitos para internação domiciliar, os quais são acompanhados pela própria rede hospitalar, para seguimento de internações e como suporte à desospitalização, não atendendo exclusivamente ao público idoso. Gravataí, no ano de 2015 alcançou o indicador de 68,92% de cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica⁶⁷.

Dentre os demais dados listados na Tabela 1 (pág. 62), destaca-se na gestão atual a ampliação de grupos de convivência nas Unidades de Saúde e Casa do Idoso e atividades de estímulo cognitivo e preservação da memória dos idosos; foram adquiridos os equipamentos para a Academia de saúde ao ar livre, os quais serão instalados em uma praça que localiza-se em frente à Casa do Idoso; existem grupos de cuidadores; foi desenvolvido um projeto intitulado Academia do Cérebro, que caracteriza-se pela realização de exercícios para idosos com transtornos cognitivos leves (realiza-se a avaliação antes de serem iniciadas as oficinas e após a realização de (dez encontros,

para a verificação dos resultados); todo a pessoa idosa que chega à Casa do Idoso passa pelo acolhimento, como forma de ingresso ao atendimento especializado; a partir de 2015, 70% das consultas nas Unidades Básicas passaram a ser priorizadas para atender a população idosa.

No Plano Municipal de Saúde da gestão 2014 – 2017, a gestão de Gravataí programou o aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família para 75%; a implantação de duas UPA, sendo que uma já foi concluída; e a contratação de médico geriatra através de concurso público.

Diante das informações levantadas, analisando comparativamente os municípios estudados, é possível perceber que Gravataí apresenta um PIB per capita⁷² e renda média domiciliar per capita ‘medianos’. Considerando esta situação financeira, demonstra os esforços realizados para o desenvolvimento de ações preventivas em saúde para a população tem demonstrado resultados positivos, o que se pode visualizar, dentro das informações apresentadas no Quadro 1, como um dos mais baixos percentuais de internações de idosos por condições sensíveis à Atenção Primária.

Em relação ao município de Porto Alegre, durante o ano de 2015, período em que foram realizados os encontros do grupo focal, contava com cinquenta e duas Unidades Básicas de Saúde, oitenta e nove Unidades de Saúde da Família, uma UPA e três Pronto Atendimentos Municipais, além de contar com algumas equipes aderidas ao Programa Melhor em Casa, vinculadas a hospitais de Porto Alegre.

O Programa Melhor em Casa, atualmente segue em conformidade com a Portaria GM/MS nº 825/2016¹⁸, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, tem por objetivo, conforme descrito em seu art. 3º

- I - redução da demanda por atendimento hospitalar;
- II – redução do período de permanência de usuários internados;
- III – humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e
- IV – a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (RAS).¹⁸

Cabe salientar que a Atenção Domiciliar se caracteriza por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção de saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados; é um serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar¹⁸.

No ano de 2015, Porto Alegre alcançou o indicador de 63,7% de cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica⁶⁷.

Além dos dados apresentados no Quadro 1, a Tabela 1 (pág. 62) aponta que Porto Alegre possui algumas Academias da Terceira Idade em Parques Públicos, grupos educativos nas Unidades de Saúde e na Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC); alfabetização de idosos, casa segura na prevenção de quedas (em implantação); mantém parceria com a Odontogeriatría da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com visita domiciliar para idosos; mantém o Programa de Envelhecimento Cerebral (PENGE), com a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), atendendo as regiões do bairro Partenon e Lomba do Pinheiro, na intenção de identificar precocemente sintomas de patologias como depressão, demência, Parkinson e Alzheimer; oferece atendimento no Hospital Presidente Vargas, com Ambulatório de Alzheimer e Neuropsicogeriatría.

Foi finalizado, no ano de 2015, o Plano Municipal do Idoso 2016 – 2018, conduzido pela Secretaria Municipal de Direitos Humanos, contendo 63 propostas relacionadas a 15 órgãos municipais, estruturadas em oito eixos: Assistência Social; Saúde; Cultura; Esporte e Lazer; Segurança e Direitos Humanos; Educação; Trabalho e Previdência Social; Habitação, Urbanismo e Acessibilidade; e Transporte⁷³.

Paralelamente, foi realizada votação na Conferência Municipal de Saúde, em julho de 2015, em aprovação à Proposta de Centro de Referência ao Idoso em nível regional, bem como garantia de financiamento da Política de Saúde do Idoso, conforme o Estatuto do Idoso.

Considerando que a população idosa de Porto Alegre se configura em um percentual de 15% de toda a sua população, efetivamente medidas responsáveis de acompanhamento, controle e estimulação para a longevidade saudável e segura são essencialmente necessárias.

No município de Viamão, conforme demonstrado no Quadro 1, no período da presente pesquisa, existiam dezesseis Unidades Básicas de Saúde e doze Unidades de Saúde da Família, um Pronto Atendimento 24 horas, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e quatro Unidades Especializadas. No que se refere à cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, Viamão alcançou o indicador de 37,1% no ano de 2015⁶⁷.

Dentre os demais dados listados na Tabela 1, destaca-se, na atual gestão de Viamão, a existência do atendimento à saúde do idoso com avaliações domiciliares de vulnerabilidade clínica e social. A equipe da Secretaria da Assistência Social atua de modo integrado com a Secretaria Municipal de Saúde, buscando a constituição de vínculos aos idosos em situação de vulnerabilidade social ou com negligência de cuidados. Permanentemente, integrantes da Secretaria Municipal da Saúde participam das reuniões do Conselho do Idoso. Houve a implantação de vinte e nove novas equipes da Estratégia de Saúde da Família e do acolhimento, conforme as orientações do Ministério da Saúde, desde o ano de 2013. Está sendo realizado o teleagendamento para a Atenção Básica, sendo 70% da oferta dirigida a cuidados programados (não exclusivamente aos idosos).

No Plano Municipal de Saúde da gestão 2014 – 2017, a gestão de Viamão incluiu o aumento de cobertura para a Atenção Básica, cuidado aos idosos vivendo com AIDS, implantação de Atenção Domiciliar, prevenção de quedas, constituir grupos de cuidadores, instituir a visita domiciliar e o teleagendamento (meta já alcançada).

Diante das informações levantadas, analisando comparativamente os municípios em estudo, é possível perceber que a gestão de Viamão, mesmo com a segunda 'menor' condição financeira, consegue realizar ações em saúde tanto com o foco no tratamento como na prevenção. No entanto, apesar disso, apresentou o maior percentual de Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária (43%), conforme demonstrado no Quadro 1.

Dando sequência à análise dos elementos obtidos nos encontros do grupo focal, desde o início, houve o direcionamento exclusivo para o estudo apenas das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), por compreenderem que estas poderiam levar o grupo a um entendimento comum de ações de saúde que podem ser efetivas para a prevenção e promoção da saúde, reduzindo, gradativamente, a necessidade do acesso dos idosos à atenção de média e alta complexidade relacionada às internações hospitalares.

Como pode-se verificar na Tabela 2, o primeiro recorte de dados de ICSAP abordou o valor total gasto com residentes idosos de cada um dos municípios, separadamente, por cada um dos diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças (CID), considerado como ICSAP e citado como CID principal no laudo de AIH; também incluiu a frequência e o cálculo do custo médio por diagnóstico.

A Tabela 2 foi montada para ler na horizontal cada um dos códigos da CID classificados como ICSAP e, após, na vertical, verificar-se os dados de valor total, frequência e valor médio, por município de residência dos idosos, em cada uma das internações ocorridas.

Tabela 2: Da Tabela original, foram extraídos os dados de frequência, valor total e valor médio das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), por município da Região Metropolitana de Porto Alegre

Valor total das ICSAP	Valor Total	Frequência	VALOR MÉDIO	Valor Total	Frequência	VALOR MÉDIO	Valor Total
Rótulos de Linha	Alvorada	Alvorada	Alvorada	Cachoeirinha	Cachoeirinha	Cachoeirinha	Glorinha
A03 Shigelose							
A04 Outr infecç intestinais bacter	1.713,70	3	571,23				
A05 Outr intox alimentares bacter NCOP							
A08 Infecç intestinais virais outr e as NE	2.646,90	8	330,86	1.136,87	4	284,22	
A09 Diarreia e gastroenterite orig infecç presum	6.133,47	13	471,81	2.214,10	6	369,02	
A15 Tuberc respirat c/conf bacteriol e histolog	2.513,50	2	1.256,75				1.970,75
A17 Tuberc do sist nervoso							
A18 Tuberc de outr orgaos	2.971,37	2	1.485,69				
A36 Difteria							
A37 Coqueluche	869,91	1	869,91				
A46 Erisipela	15.729,12	24	655,38	4.496,58	8	562,07	
A52 Sífilis tard	1.049,57	2	524,79				
TOTAL A	33.627,54	55	611,41	7.847,55	18	435,98	1.970,75
PERCENTUAL de A, DENTRE TODAS AS INTERNAÇÕES IDOSOS		1,55			0,91		
D50 Anemia p/defic de ferro							511,62
PERCENTUAL de D50, DENTRE TODAS AS INTERNAÇÕES IDOSOS							
E10 Diabetes mellitus insulino-dependente	19.349,24	23	841,27	5.097,43	7	728,20	
E11 Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte	5.417,86	6	902,98	437,02	2	218,51	
E12 Diabetes mellitus relac c/a desnutr							
E13 Outr tipos espec de diabetes mellitus	2.419,91	2	1.209,96	582,17	1	582,17	
E14 Diabetes mellitus NE	19.694,02	33	596,79	24.952,02	19	1.313,26	462,75
E43 Desnutric proteico-calorica grave NE							
E44 Desnutric proteico-calorica grau moder leve				486,78	1	486,78	
E46 Desnutric proteico-calorica NE	9.629,52	20	481,48	3.521,49	6	586,92	
E86 Deplecao de volume	1.472,92	9	163,66	200,61	2	100,31	
TOTAL E	57.983,47	93	623,48	35.277,52	38	928,36	462,75
PERCENTUAL de E, DENTRE TODAS AS INTERNAÇÕES IDOSOS		2,63			1,91		

Fonte: SIH-SUS⁷³

- A planilha continua para baixo, contemplando todos os códigos de ICSAP.
- A planilha continua para a direita, contemplando todos os municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre

Ao fornecer estes elementos para cada um dos participantes de cada município, nas reuniões, solicitou-se que buscassem compreender os dados apresentados, como por exemplo buscar explicações para a maior frequência de internações por doenças do aparelho respiratório em um município do que em outro; compreender as diferenças de

custo médio do mesmo tipo de internação entre idosos residentes de municípios diferentes; visualizar o valor global gasto por cada município em cada tipo de ICSAP.

No andamento das análises, os participantes do grupo focal logo focaram suas atenções muito mais aos dados relacionados à frequência das internações do que nos demais dados apresentados.

Segue abaixo, no Quadro 2, um recorte da Tabela 2, demonstrando a frequência de dois tipos de internações por doenças infecciosas e parasitárias, listadas como ICSAP.

Quadro 2: Frequência de Internações por ICSAP (recorte da Tabela 2)

ICSAP	Alvorada	Cachoeirinha	Glorinha	Gravataí	Porto Alegre	Viamão
A09 Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	13	6		7	84	18
A46 Erisipela	24	8		8	144	30

No Quadro 2 pode-se identificar uma elevada frequência de internações por diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (13 e 24 internações) e por erisipela (18 e 30 internações) entre os idosos munícipes de Alvorada e Viamão respectivamente, em comparação aos números encontrados entre os idosos dos demais municípios. No entanto, houve certa dificuldade de fundamentar as comparações, visto da grande divergência entre os quantitativos globais sobre a população idosa de cada um dos municípios.

Nesse sentido, elaborou-se a Tabela 3, para demonstrar a frequência de internações de idosos por cada uma das ICSAP, a cada mil habitantes residentes de cada um dos municípios.

Tabela 3: Comparações de frequência de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), entre os municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre e Estado do Rio Grande do Sul

COMPARAÇÕES FREQUÊNCIA DE INTERNAÇÕES ICSAP MUNICÍPIOS REGIÃO 10 E ESTADO RS - IDOSOS - 2014														
CID - ICSAP - Idosos - 2014	Alvorada		Cachoeirinha		Glorinha		Gravataí		Porto Alegre		Viamão		Estado RS	
	Frequência/1000hab.	Frequência/Idosos	Frequência/1000hab.	Frequência/Idosos	Frequência/1000hab.	Frequência/Idosos	Frequência/1000hab.	Frequência/Idosos	Frequência/1000hab.	Frequência/Idosos	Frequência/1000hab.	Frequência/Idosos	Frequência/1000hab.	Frequência/Idosos
	Alvorada	17.728	Cachoeirinha	12.945	Glorinha	1.159	Gravataí	27.453	POA	213.003	Viamão	27.353	Estado RS	1.467.957
A03 Shigelose		0,00		0,00		0,00		0,00	1	0,00		0,00	3	0,00
A04 Outr infecc intestinais bacter	3	0,17		0,00		0,00	5	0,18	244	1,15	8	0,29	935	0,64
A05 Outr intox alimentares bacter NCOP		0,00		0,00		0,00		0,00	1	0,00		0,00	163	0,11
A08 Infecç intestinais virais outr e as NE	8	0,45	4	0,31		0,00	3	0,11	8	0,04	2	0,07	878	0,60
A09 Diarreia e gastroenterite orig infecç presum	13	0,73	6	0,46		0,00	7	0,25	84	0,39	18	0,66	762	0,52
A15 Tuberc respirat c/conf bacteriol e histolog	2	0,11		0,00	1	0,83	2	0,07	39	0,18	2	0,07	121	0,08
A17 Tuberc do sist nervoso		0,00		0,00		0,00		0,00	39	0,18		0,00	3	0,00
A18 Tuberc de outr orgaos	2	0,11		0,00		0,00		0,00	39	0,18		0,00	13	0,01
A36 Difteria		0,00		0,00		0,00		0,00	39	0,18		0,00	7	0,00
A37 Coqueluche	1	0,06		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	1	0,00
A46 Erisipela	24	1,36	8	0,62		0,00	8	0,29	144	0,68	30	1,09	807	0,55
A52 Sífilis tard	2	0,11		0,00		0,00		0,00	2	0,01	1	0,04	7	0,00
TOTAL A	55	3,11	18	1,38	1	0,83	25	0,91	640	3,00	61	2,23	3700	2,52
D50 Anemia p/defic de ferro					1	0,83	12	0,44	12	0,06	2	0,07	591	0,40
E10 Diabetes mellitus insulino-dependente	23	1,30	7	0,54		0,00	18	0,65	322	1,51	29	1,06	1480	1,01
E11 Diabetes mellitus nao-insulino-dependente	6	0,34	2	0,15		0,00	19	0,69	58	0,27	4	0,15	607	0,41
E12 Diabetes mellitus relac c/a desnutr		0,00		0,00		0,00		0,00	1	0,00		0,00	58	0,04
E13 Outr tipos espec de diabetes mellitus	2	0,11	1	0,08		0,00	1	0,04	12	0,06	7	0,26	318	0,22
E14 Diabetes mellitus NE	33	1,86	19	1,46	1	0,83	25	0,91	99	0,46	23	0,84	3223	2,20
E43 Desnutric proteico-calorica grave NE		0,00		0,00		0,00		0,00	3	0,01	1	0,04	231	0,16
E44 Desnutric proteico-calorica grau moder leve		0,00	1	0,08		0,00	10	0,36	30	0,14	1	0,04	836	0,57
E46 Desnutric proteico-calorica NE	20	1,13	6	0,46		0,00	1	0,04	9	0,04	7	0,26	722	0,49
E86 Deplecao de volume	9	0,51	2	0,15		0,00		0,00	20	0,09	13	0,47	352	0,24
TOTAL E	93	5,25	38	2,92	1	0,83	74	2,69	554	2,60	85	3,10	7827	5,33
G00 Meningite bacter NCOP		0,00		0,00		0,00	1	0,04	6	0,03		0,00	17	0,01
G40 Filariacia	0	0,00	3	0,23		0,00	4	0,15	120	0,61	14	0,51	515	0,35

Fonte: SIH-SUS⁷³

- A planilha continua para baixo, contemplando todos os códigos de ICSAP.

Com ela foi possível visualizar proporcionalidade entre os seis municípios em estudo e ainda acrescentei a proporcionalidade das ICSAP ocorridas entre os idosos de todo o Estado do Rio Grande do Sul, de modo a consolidar uma referência para as análises comparativas, o que pode ser visualizado no Quadro 3.

Quadro 3: Frequência proporcional a cada 1000 habitantes idosos, da ocorrência de ICSAP (recorte da Tabela 3)

ICSAP	Alvorada	Cachoeirinha	Glorinha	Gravataí	Porto Alegre	Viamão	Estado RS
A08 Infecções intestinais virais, outras e as não especificadas	0,45	0,31	0	0,11	0,04	0,07	0,60
A09 Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	0,73	0,46	0	0,25	0,39	0,66	0,52
A46 Erisipela	1,36	0,62	0	0,29	0,68	1,09	0,55

Apesar de serem até próximas em termos de proporção, sempre é importante lembrar que as Tabelas são confeccionadas a partir do preenchimento de AIH, em que o médico coloca os códigos de CID principal. No caso acima, saber a diferença entre patologias é importante. Normalmente, as diarreias por viroses têm sintomas semelhantes às com origem infecciosa, mas são menos sintomáticas e graves, nem sempre necessitando internação (sempre lembrando que a faixa de idade pediátrica e a dos idosos necessita mais vezes realmente a internação). Assim, a ‘confusão’ de diagnóstico pode estar associada a estas diferenças. Também é interessante entender que as internações não acarretam diferenças de custos tão grandes (porque na realidade apenas parece que acréscimo de antibiótico é que torna a internação pelo código A09 mais elevada).

Considerando todas as internações de idosos no Estado do Rio Grande do Sul, foi possível verificar que houve um maior quantitativo de internações sob o diagnóstico de A08 - Infecções intestinais virais, outras e as não especificadas (0,60 internações a cada 1000 habitantes idosos), enquanto que houve 0,52 internações a cada 1000 hab/idosos sob o diagnóstico de A09 - Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível. No entanto, observando-se individualmente cada um dos municípios da Região 10, pode-se perceber que todos tiveram uma maior frequência de internações sob o CID A09, deixando um questionamento para se pensar: Pode-se pensar que na Região Metropolitana de Porto Alegre existe uma hiperutilização do código A09? (ou que é mais preenchido este código, quando as diarreias são muitas vezes de origem viral, ou porque a internação leva a utilização de mais exames e antibioticoterapia...).

No Quadro 3 pode-se confirmar uma elevada frequência de internações por diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (0,73 e 0,66 internações a cada mil habitantes) e por erisipela (1,36 e 1,09 internações a cada mil habitantes) entre os idosos residentes de Alvorada e Viamão respectivamente, quando comparado aos demais municípios em estudo, bem como dentre a totalidade das internações de idosos de todo o Estado do Rio Grande do Sul (0,52 e 0,55 internações, respectivamente).

Além disso, o Quadro 3 ainda permite visualizar que os municípios de Cachoeirinha e Porto Alegre também apresentam elevado quantitativo de internações de idosos por erisipela (0,62 e 0,68 internações a cada 1000 habitantes, respectivamente), ambos acima do número encontrado para as internações entre os idosos de todo o Estado (0,55 internações).

No entanto, a fim de padronizar as análises acerca da situação de cada um dos municípios, foi proposto que as ponderações de cada participante do grupo focal levasse em consideração três pontos de referência: 1- o que observou-se em cada tipo de internação, por CID ou em cada grupo diagnóstico da CID, por município, comparando-se aos dados de referência estadual; 2- o porquê das frequências encontradas por cada grupo diagnóstico da CID, sob o ponto de vista dos representantes da gestão; e 3- quais as ações que os representantes de cada gestão entendem como forma de melhorar/esclarecer mais os resultados num próximo período.

A partir deste formato de análise, constituiu-se a Tabela 4, conforme segue, da qual apresento a seguir algumas constatações de cada um dos municípios em estudo.

Tabela 4: Detalhamento das discussões, por internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), entre os municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre e Estado do Rio Grande do Sul

VIAMÃO - INTERNAÇÕES DE IDOSOS POR ICSAP - 2014						
Valor total das ICSAP	Valor Total	Frequência	Valor			
Rótulos de Linha	Custo com internações (R\$)	Frequência das internações	Idosos Viamão	DO QUE OCORREU? (verificações a partir dos dados apresentados - Pode-se falar)	POR QUE OCORRERAM AS INTERNAÇÕES? (Pode-se falar)	AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS PARA REDUZIR AS INTERNAÇÕES POR
A03 Shigelose						
A04 Outr infec intestinais bacter	4.705,23	8	588,15			
A05 Outr intox alimentares bacter NCOP						
A08 Infec intestinais virais outr e as NE	719,75	2	359,88			
A09 Diarreia e gastroenterite orig infec presum	7.156,13	18	397,56		Falta envolvimento da equipe	Desenvolver a prevenção com foco na educação.
A15 Tuberc respirat c/conf bacteriol e histolog	7.399,45	2	3.699,73	Elevado custo nestas duas internações por		Ampliar ESF. Ampliar discussão entre AB e
A17 Tuberc do sist nervoso						
A18 Tuberc de outr orgaos						
A36 Difteria						
A37 Coqueluche						
A46 Erisipela	34.211,13	30	1.140,37	Elevado frequência de int. Baixo n° do quadro clínico (não entendi mas acho que é o n° de profissionais		Rever prevenção. Doença infecciosa. Envolvimento da equipe AB em relação a
A52 Sífilis tard	437,78	1	437,78			
				Em comparação com todo o Estado do RS, Viamão apresentou-se levemente abaixo	Compreende-se que ainda haja carência no envolvimento da	Desenvolver a prevenção com foco na educação em saúde, alimentação.

Fonte: SIH-SUS⁷³ (Dados quantitativos); abordagens do grupo focal (dados qualitativos)

- A planilha continua para baixo, contemplando todos os códigos de ICSAP.

Detalhamento das discussões, por município. Cada município preencheu sua planilha, contendo suas próprias especificidades.

Desse modo, passo a expor resultados, conforme dados extraídos da Tabela 4, exemplos da análise possível a partir de cada um dos municípios, de modo aleatório para grupo diagnóstico e em ordem alfabética para os municípios.

- a) **Alvorada** – No que se refere ao grupo diagnóstico A, relacionado a algumas doenças infecciosas e parasitárias, os munícipes de Alvorada apresentaram

internações na média do Estado, num quantitativo de 3,11 internações a cada 1000 habitantes idosos, enquanto que o Estado apresentou 2,52 internações a cada 1000 habitantes idosos.

Analisando estes dados qualitativamente, no grupo focal, foi relatado pelo representante da gestão deste município que, no ano de 2014, houve muitas invasões de terrenos no município, em locais sem estrutura e saneamento público; houve um verão rigoroso; e ocorreram vários alagamentos no inverno.

Nesse contexto, fica mais claro entender que pacientes idosos que desidratam e ficam instáveis buscam os serviços de emergências hospitalares no verão, enquanto que no inverno há muitos casos respiratórios, que acabam por desencadear um aumento das internações hospitalares.

Também complementou o representante de Alvorada que há demora do paciente em buscar a Unidade de Saúde, realizando tratamentos paliativos; há dificuldade de locomoção até a Unidade, pois muitos pacientes vivem em lugares distantes das Unidades de Saúde; existe grande número de pacientes diabéticos não controlados, sem adesão ao tratamento, com dieta irregular, alto índice de úlceras varicosas, úlceras diabéticas, as quais possuem como tratamento preferencial a penicilina benzatina – no entanto, está havendo falta deste medicamento para a distribuição pública desde no ano de 2014, o que seguiu-se ao ano de 2015. As internações hospitalares acabam ocorrendo também para o controle das comorbidades, diante da restrição de conhecimentos da equipe para a realização do diagnóstico precoce e tratamento, bem como pela dificuldade de vagas para encaminhamentos aos serviços ambulatoriais de referência, ou até pela necessidade de medicação de resgate via parenteral, com a posterior retomada via oral, por exemplo.

Dentre as discussões, nesse grupo diagnóstico, fica o questionamento em relação ao uso de CID genérico, quando do lançamento no código principal da AIH, como pode-se citar, por exemplo, a CID A09, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, é um CID genérico (quando causada por bactéria, ou até não ser infecciosa, podendo ser uma diarreia viral ou funcional, devida a alimentação ou 'novas' medicações em uso, ou dosagens alteradas pelos usuários).

Além do mais, “não se pode descartar a existência de problemas, como por exemplo o registro na autorização de internação hospitalar (AIH) de diagnósticos ‘errados’ ou mesmo o registro intencional de diagnóstico diferente do real, talvez com o intuito de obter maior ressarcimento/receita do SUS” (REHEM e EGRY; 2011; p. 4764)⁷⁴.

Como medidas que podem ser adotadas para buscar a redução destas problemáticas, bem como a frequência deste tipo de internações, propõe-se rever o saneamento básico nas áreas invadidas e/ou desabitadas as invasões; desenvolver atividades educativas para a disseminação do conhecimento e conscientização quanto aos cuidados de higiene básica, hidratação adequada ao idoso, cuidados de prevenção contra infecções, tanto aos idosos quanto seus cuidadores. E sobretudo, buscar a manutenção da disponibilidade de medicamentos essenciais à atenção básica, como a penicilina benzatina.

- b) **Cachoeirinha** – No que se refere ao grupo diagnóstico E, relacionado a doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, os idosos munícipes de Cachoeirinha apresentaram frequência de internações inferior aos índices estaduais. Cachoeirinha apresentou uma incidência de 2,92 internações a cada 1000 habitantes idosos, enquanto que, considerando toda a população idosa do Estado RS, obteve-se 5,33 internações/1000 habitantes idosos. Aos bons resultados encontrados, em comparação com os índices de internações ocorridas entre toda a população idosa do Estado do RS, os representantes da gestão acreditam que se possa atribuir à ampliação das Unidades e Equipes de Saúde da Família e à mudança conceitual de promoção da saúde que vem sendo adotada pela equipe de multiprofissional do município. As equipes de saúde não realizam mais grupos de convivência relacionados a grupos de patologias, por entenderem que o conhecimento sobre doença se esgota e desgasta. Atualmente, o município possui um grupo de convivência, em área física externa às Unidades de Saúde, focado em temas de saúde e qualidade de vida, o que tem apresentado resultados melhores e adesão incomparável.

Diante das abordagens apresentadas pelo representante da gestão de Cachoeirinha, é possível perceber um alinhamento com as ações que vêm sendo compreendidas como relevantes para a conquista de uma longevidade saudável ao longo dos últimos anos. Os grupos de convivência têm sido citados como meio de favorecer os hábitos de vida saudável, para a melhora de níveis de autoestima e de qualidade de vida, que está relacionada ao bem

estar físico e mental, à espiritualidade e à manutenção da capacidade funcional do indivíduo⁷⁵. Desse modo, salienta-se que a participação mais ativa nos grupos é de suma importância na busca de se obter melhor qualidade de vida⁷⁶.

- c) **Glorinha** - No que se refere ao grupo diagnóstico I, relacionado a doenças do aparelho circulatório, os idosos munícipes de Glorinha apresentaram baixíssima frequência de internações, quando comparados aos idosos de todo o Estado Rio Grande do Sul. A cada mil idosos de Glorinha, ocorreram 9,17 internações; enquanto que no Estado RS houve 22,54 internações a cada mil idosos.

Os representantes da gestão informaram que existe um alto índice de hipertensos no município, mas que o acesso à Atenção Básica para tratamento e acompanhamento dos problemas de saúde relacionados ao grupo diagnóstico I está garantido. Visto ser este um município pequeno, com apenas 1.159 habitantes idosos⁷⁷, existe direcionamento destes atendimentos de hipertensos para um único profissional médico. Os hipertensos, assim como os diabéticos, fazem parte de um grupo regularmente acompanhado pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde, chamado Hiperdia. O grupo reúne-se na igreja, com terapeuta ocupacional. Para os pacientes que fazem parte deste grupo, existe manejo semanal. São dois médicos que atendem estes pacientes, sendo que um deles é bastante focado na assistência ao idoso. Os retornos por descompensação são agendados como encaixe para, no máximo, em 7 dias. As revisões são realizadas a cada quatro meses, com o apoio de exames laboratoriais. Diante da sub-oferta de exames laboratoriais proporcionados pelo Estado, a gestão municipal realiza a contratação privada de um laboratório para complementar as necessidades assistenciais. Ainda assim, existe dificuldade na adesão aos tratamentos prescritos, no que se refere aos hábitos de vida saudável, medicações prescritas e alimentação correta.

A gestão municipal relata que é sua intenção manter ativo o grupo Hiperdia, da Secretaria Municipal de Saúde; garantir a oferta de atendimentos e exames laboratoriais aos pacientes; manter incentivos aos hábitos de vida saudável. Planeja-se manter ativo o grupo Conviver, realizado pela terapeuta ocupacional, vinculado à Secretaria da Assistência Social e implementar o Programa Academia de Saúde (para o qual o município já entrou com pedido junto ao Ministério da Saúde, há 1 ou 2 anos) e organizar uma pista de caminhada e/ou locais específicos para a realização de exercícios.

Os baixos quantitativos de ICSAP por doenças cardiovasculares entre os idosos munícipes de Glorinha representam possivelmente um excelente resultado das ações que vêm sendo desenvolvidas em prol da promoção da saúde, visto que de um modo geral os agravos de saúde relacionados às doenças cardiovasculares têm representado o maior gerador de demandas hospitalares e agregado enormes custos ao sistema de saúde^{4, 78}.

- d) **Gravataí** - No que se refere ao grupo diagnóstico J, relacionado a doenças do aparelho respiratório, os idosos munícipes de Gravataí apresentaram 14,84 internações a cada mil habitantes idosos, enquanto que o Estado apresentou um resultado de 24,80 internações a cada mil habitantes idosos. Os representantes da gestão municipal de Gravataí consideram que os quantitativos de internações de idosos, neste grupo diagnóstico, ainda podem-se reduzir, apesar de estarem muito bons, quando comparados às internações de todo o Estado, pois hoje contam com um ainda incipiente programa de combate ao tabagismo. Consideram que a dificuldade de acesso à Atenção secundária e terciária, nos serviços de referência, retarda a resolutividade integral às necessidades individuais. Compreendem que existem poucas capacitações/inexistentes capacitações para a Rede acerca desta temática. Referem ainda que a falta de uniformidade de protocolos de antibioticoterapia na rede municipal é algo que pode melhorar.

Para reduzir ainda mais o agravamento das situações de saúde relacionadas ao grupo diagnóstico J, a rede municipal de Gravataí refere ter a intenção de continuar ampliando a Estratégia de Saúde da Família no município, bem como buscar a ampliação do acesso às especialidades, exames laboratoriais e de imagem. Atualmente, a gestão vem estruturando as Redes de Atenção à Saúde, nas quais, no grupo das doenças crônicas, os agravos do aparelho respiratório são contemplados.

Certamente, os baixos quantitativos de ICSAP relacionadas às doenças do aparelho respiratório, no município de Gravataí, estão relacionados às ações de prevenção da doença e promoção da saúde que vêm sendo desenvolvidas, pois faz-se importante lembrar que as doenças do aparelho respiratório têm estado, conjuntamente com as doenças cardiovasculares, entre as mais prevalentes e de maiores custos hospitalares^{4, 78, 79, 80}.

Estudos relacionados à mortalidade, também apontam como causa principal, em idosos, as doenças do aparelho circulatório e, em segundo lugar, as doenças do aparelho respiratório^{4, 79}.

Porto Alegre - No que se refere ao grupo diagnóstico L, relacionado a doenças da pele e do tecido subcutâneo, os idosos munícipes de Porto Alegre apresentaram 0,54 internações a cada mil habitantes idosos, enquanto que o Estado teve 0,48 internações a cada mil habitantes idosos. Apesar de apresentar um número superior ao quantitativo de internações ocorridas entre os idosos de todo o Estado, as internações dos idosos de Porto Alegre ficaram na média do Estado. E, frente aos resultados encontrados, os representantes da gestão municipal sugerem que este resultado esteja atribuído à existência de idosos 'mais idosos' no município de Porto Alegre, comparando aos demais municípios da Região 10, pois em Porto Alegre existe uma maior frequência de idosos acima dos 80 anos de idade. Entendem que estes idosos 'mais idosos' apresentam maior fragilidade cutânea. E talvez também se possa relacionar aos idosos residentes das áreas de vulnerabilidade social, no município de Porto Alegre, entre outras possibilidades (ou recebimento de idosos de outras regiões, para consultas e internações por especialistas, com parentes em Porto Alegre que lhes viabilizam seu endereço).

Para reduzir o quantitativo destas internações entre os idosos munícipes de Porto Alegre, sugerem a ampliação de ações de prevenção, com orientações de cuidados com a pele e higiene, nas áreas de maior vulnerabilidade social do município.

Analisando os fatores que podem desencadear as doenças da pele nas condições da vida moderna, é importante considerar as mesmas têm sido citadas como resultado de doses diárias de cansaço, depressão, ansiedade e estresse, além de exposição a agentes (externos) na pele.

Como já citado por Almeida (2010), se o estresse não for controlado e se estiver constantemente presente na pessoa, pode levar à pressão alta, enfarte, artrite, asma e doenças de pele⁸¹.

e) **Viamão** - No que se refere ao grupo diagnóstico N, relacionado a doenças do aparelho geniturinário, os idosos munícipes de Viamão apresentaram 5,66 internações a cada mil habitantes idosos, enquanto que o Estado apresentou teve 3,94 internações a cada mil habitantes idosos, um quantitativo bem inferior.

Os representantes da gestão atribuem o excessivo de internações para este grupo diagnóstico às dificuldades de acesso ao diagnóstico precoce, na atenção especializada, configurando assim pacientes entrantes nos serviços

de saúde já com comprometimento renal avançado, níveis séricos muito altos, acarretando em agravamento da doença. Compreendem também que existe uma reduzida oferta de Educação em Saúde.

Identificam a necessidade urgente de Educação em Saúde para as questões de prevenção das doenças do trato geniturinário. A ampliação da Estratégia de Saúde da Família e captação dos idosos acamados constitui-se em uma ação que certamente contempla a prevenção destes agravos. Compreendem que com a implantação de protocolos do Telessaúde já houve uma melhora na avaliação, no qual se orienta e padroniza um rol de exames/tratamentos a ser realizados para efetuar melhores encaminhamentos aos serviços de referência.

No entanto, é importante observar aqui que ambos os representantes da gestão de Alvorada, Gravataí e Viamão apresentaram considerações acerca da dificuldade de acesso à Atenção especializada em saúde, em nível ambulatorial. Ou seja, as equipes da Atenção Primária existentes no município, com o apoio de suas estruturas existentes, conseguem contemplar boa parte das necessidades em saúde. No entanto, quando precisa-se efetivar um encaminhamento para a Atenção especializada, os municípios necessitam solicitar agendamento através do Departamento de Regulação Estadual, o qual nem sempre possui o número de vagas suficiente para contemplar toda a população que recebe. Como o paciente idoso demora para receber este atendimento especializado, segue sob a supervisão da Atenção Primária ou acaba ocorrendo a necessidade de sua internação hospitalar, acessada através dos serviços de emergência, diante de complicações de seu problema de saúde e comorbidades.

A partir de todo o levantamento de dados qualitativos, abordados na descrição da Tabela 4, em busca de identificar as sugestões comuns de melhoria para o sistema de saúde dos seis municípios em estudo, realizou-se a codificação de todas as ações citadas e, posteriormente, foi elaborada a Tabela 5, com os devidos agrupamentos de sugestões similares abordadas por cada um dos participantes das gestões, durante a análise dos dados de cada um dos municípios, conforme segue:

Tabela 5: Ações citadas como necessárias pelos representantes das gestões municipais, dos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre – Região 10 de Saúde

Quantidade citações	Códigos	Ações citadas como necessárias pelos representantes da gestão municipal dos
24	AL	Ampliar ESF (AL). Busca da implantação da ESF (CX). Dentre os municípios da Região 10 de Saúde, Glorinha é o único que não possui a ESF, bem como não possui agentes comunitários de saúde.
13	AB	Orientação nutricional; Estimular a alimentação saudável (AB); Educação alimentar (AB); Ações educativas para higiene, preparo e acondicionamento dos alimentos; Rever ações educativas (AB); Desenvolver a prevenção através da educação em saúde; Realizar grupos educativos em nutrição para pacientes e cuidadores (AB).
12	AP	Ampliar acesso às especialidades, exames laboratoriais e de imagem (AP). facilitar o acesso à neurologia aos pacientes diagnosticados (AP). Aumentar a oferta de exames (AP), através de novos contratos, reduzindo o tempo em fila de espera. . .
9	BL	Verificou-se a necessidade de rever os estímulos aos hábitos de vida saudável (BL) Incentivar a criação de hábitos de vida saudável (BL); E que seja fortalecida a educação em saúde, mais focada em hábitos de vida saudável do que em doenças específicas (BL). agregar novas possibilidades de melhoria através de ações que fortaleçam os hábitos de vida saudável (BL). Ao
7	AQ	Ampliar as ações das redes de atenção (AQ). Incluir a temática
6	AA	Analisar a situação das áreas invadidas, provendo saneamento, quando considerado devido(AA). Melhorar saneamento das áreas invadidas e estimular higiene pessoal. Rever saneamento básico nas áreas invadidas ou desabitar as invasões (AA)

Fonte: Abordagens do grupo focal (dados qualitativos)

- Esta planilha continua para baixo, contemplando todas as ações sugeridas por cada município, globalmente.

A Tabela 5 demonstra a quantidade de vezes em que houve a citação de ações similares pelos representantes da gestão dos seis municípios em estudo, na intenção de resolver diferentes problemáticas em saúde. Na primeira coluna aparece o número de vezes que o mesmo padrão de ação foi citada; na segunda coluna aparece o código

que identifica cada ação; e na terceira coluna, discrimina todas as ações citadas, na forma como os representantes dos municípios as expuseram.

Nesse sentido, é possível ver na segunda linha do Quadro que por vinte e quatro vezes houve a sugestão de ações codificadas como AL, ao longo da coleta dos dados qualitativos desta pesquisa, conforme apresentam-se descritos na terceira coluna. Ou seja, pensando em resolver problemáticas de saúde relacionadas às ICSAP de idosos, por 24 vezes, foi sugerida como ação a ampliação da Estratégia de Saúde da Família e, no município de Glorinha, que ainda não possui nenhuma equipe, a sugestão foi para que se busque a implantação.

Quadro 4: Ações citadas como necessárias pelos representantes das gestões municipais, dos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre – Região 10 de Saúde (recorte da Tabela 5)

Quantidade citações	Códigos	Ações citadas como necessárias pelos representantes da gestão municipal dos municípios da região metropolitana de POA- Região 10 de Saúde – RS
24	AL e CX	Ampliar ESF (AL). Busca da implantação da ESF (CX). Dentre os municípios da Região 10 de Saúde, Glorinha é o único que não possui a ESF, bem como não possui agentes comunitários de saúde.
9	BL	Verificou-se a necessidade de rever os estímulos aos hábitos de vida saudável (BL); Incentivar a criação de hábitos de vida saudável (BL); E que seja fortalecida a educação em saúde, mais focada em hábitos de vida saudável do que em doenças específicas (BL). Agregar novas possibilidades de melhoria através de ações que fortaleçam os hábitos de vida saudável (BL). Ao longo de 2015, houve o cadastro de 250 pessoas para participar do grupo (os idosos compõem o grupo etário com maior disponibilidade para participação), que tem por finalidade motivar e instruir para os hábitos de vida saudável (BL); Manter incentivos aos hábitos de vida saudável (BL). Estratégias que fomentem a prática de hábitos mais saudáveis, conforme cada Unidade (grupos, materiais de divulgação, teatro, sala de espera) (BL); Conscientização dos hábitos saudáveis (BL). Manter incentivos aos hábitos de vida saudável (BL).

De fato, a Estratégia de Saúde da Família significa a ampliação da cobertura de atenção à saúde, a ampliação da abrangência da atenção básica. Corroborando, profissionais da área afirmam que a Estratégia de Saúde da Família “é uma importante e positiva política para o campo da saúde (2015; p. 590)”⁸², caracterizando-se como uma inovação tecnológica em saúde, não “pelo possível aparato tecnológico material que as estruturas físicas possuem ou deixam de possuir nas diferentes realidades geográficas,

mas sim, pelos princípios teóricos e políticos em que se ancora, consistindo em um caminho profícuo para superar os limites da concepção tradicional de pensar e produzir saúde”.

Na terceira linha pode-se ver que, por nove vezes foi sugerida a ação codificada como BL, a qual propõe que ações de incentivo aos hábitos de vida saudável podem contribuir para a melhoria de problemáticas de saúde no município.

Considerando que o envelhecimento populacional já é um fenômeno que faz parte da realidade do Brasil e da realidade mundial, mais do que nunca se torna prioritária a necessidade de se constituir políticas públicas que privilegiem os serviços de saúde preventivos, estimulando a adoção de hábitos de vida saudável desde a idade mais tenra idade de cada um.

Mas, em sequência à organização dos dados levantados na pesquisa qualitativa, conversou-se com os participantes do grupo focal sobre as ações propostas em blocos de enquadramento mais ‘macro’, a fim de permitir uma melhor visualização e enriquecer argumentações na possível busca de possibilidades para que as mesmas sejam colocadas em prática. Diante das discussões estabelecidas no grupo, consolidou-se a Tabela apresentada no Anexo H, da qual apresentam-se alguns recortes na Quadro 5.

O Quadro 5 contém partes das respostas, que representam um recorte de seis linhas do Anexo H. A mesma traz a organização das ações por blocos de enquadramento. Ou seja, na segunda linha dos dados deste Quadro pode-se perceber que, por 24 (vinte e quatro) vezes, foi citada a necessidade de ampliação ou implantação da Estratégia Saúde da Família, com a finalidade de resolver alguma problemática de saúde nos municípios (ação codificada como AL ou CX) e, para que esta ação pudesse ser colocada em prática, os gestores municipais relatam que necessitariam de recursos financeiros, especificamente destinados ao aumento da oferta na Atenção Básica.

Outro bloco de enquadramento, na terceira linha, também está relacionado à necessidade de obter recursos financeiros, especificamente para o aumento da oferta na Atenção Básica, mas desta vez, com enfoque na internação domiciliar. Na quarta linha do Quadro 5 aparece o bloco de enquadramento Educação em Saúde, relacionada à prevenção e promoção da Saúde, para tentar resolver problemáticas associadas às questões como hábitos nutricionais. E assim por diante, nas demais linhas do Quadro 5 estão listadas ações em Saúde que foram enquadradas como recursos financeiros relacionados ao aumento da oferta de serviços de média complexidade e alta complexidade; integração intersetorial; e Educação em Saúde, relacionadas a reforço

de capacitação aos profissionais da saúde para atendimento específico ao paciente idoso.

Quadro 5: Blocos de enquadramento das ações citadas pelos representantes das gestões municipais da Região 10 de Saúde (recorte do Anexo H)

Quantidade citações	Códigos	Ações citadas como necessárias pelos representantes da gestão municipal dos municípios da região metropolitana de POA Região 10 de Saúde – RS	Blocos de enquadramento
24	AL e CX	Ampliar ESF (AL). Busca da implantação da ESF (CX). Dentre os municípios da Região 10 de Saúde, Glorinha é o único que não possui a ESF, bem como não possui agentes comunitários de saúde.	Recursos financeiros - Aumento da oferta de serviços AB
1	DD	Ampliar o número de equipes para a realização da internação domiciliar, conforme o Programa Melhor em Casa (DD)	Recursos financeiros - Aumento da oferta de serviços AB - Internação domiciliar
13	AB	Orientação nutricional; Estimular a alimentação saudável (AB); Educação alimentar (AB); Ações educativas para higiene, preparo e acondicionamento dos alimentos; Rever ações educativas (AB); Desenvolver a prevenção através da educação em saúde; Realizar grupos educativos em nutrição para pacientes e cuidadores (AB).	Educação em saúde - Prevenção e promoção da saúde
1	CE	Fortalecimento da atenção secundária, com investimento em especialistas como cardiologistas e exames complementares específicos (CE)	Recursos financeiros - Aumento da oferta de serviços MC e AC
2	CV	Atuação integrada entre as diversas Secretarias Municipais que compõe o Governo Municipal (Saúde, Assistência Social, Obras...) (CV).	Integração intersetorial
1	AH	Oferecer um tratamento mais integral ao idoso, prevenindo o aparecimento de úlceras e lesões de membros inferiores, que possam servir de porta de entrada para infecções (AH)	Educação em saúde - Reforço de capacitação de profissionais para atendimento específico ao idoso

Por fim, foi elaborado o Quadro 6, que segue abaixo, contemplando todos os blocos de enquadramento, com a especificação da frequência em que foram citadas ações compreendidas como necessárias pelos representantes das gestões dos seis municípios em estudo.

Como pode ser visualizado no Quadro 6, de todas as ações em saúde citadas pelos participantes do grupo focal como medidas para a resolução de problemáticas existentes, a grande maioria está enquadrada como ações de Educação em Saúde, considerando trinta e sete citações relacionadas - prevenção e promoção da saúde- com enfoque no paciente e seus familiares, e outras vinte e seis citações apontando para Educação em Saúde dirigida à equipe multiprofissional, em busca de ampliação dos conhecimentos para o atendimento específico ao paciente idoso.

Quadro 6: Quantidade de citações por blocos de enquadramento, a partir das ações sugeridas pelo grupo focal

Quantidade citações	Blocos de enquadramento
36	Educação em saúde - Prevenção e promoção da saúde
25	Educação em saúde - Reforço de capacitação de profissionais para atendimento específico ao idoso
1	Educação em saúde - Prevenção e promoção da saúde - Integração intersetorial
1	Educação em saúde - Sensibilização de profissionais que atuam no meio político e capacitação para Conselheiros Municipais de Saúde
9	Recursos financeiros - Aumento da oferta de serviços AB
4	Recursos financeiros - Aumento da oferta de serviços MC e AC
3	Recursos financeiros - Aumento da oferta de serviços AB - Internação domiciliar
1	Recursos financeiros - Fortalecimento do Sistema
1	Recursos financeiros - Custeio de medicamentos de uso contínuo – REME (Relação Estadual de Medicamentos)
3	Integração intersetorial
2	Manter o perfil de atendimento que vem sendo ofertado.
1	Mobilização política junto ao Ministério da Saúde para assegurar a oferta de penicilina aos pacientes que necessitarem, conforme protocolo

Atualmente, o trabalho de grupos na Atenção Primária vem sendo usado como uma alternativa para as práticas assistenciais. Durante os encontros destes grupos, favorece-se o aprimoramento para todos os envolvidos, considerando tanto o aspecto pessoal como o profissional, por representar um espaço ou um momento em que existe uma valorização dos diversos saberes, bem como existe a possibilidade de intervir criativamente no processo saúde-doença, otimizando as condições individuais e as estruturas assistenciais existentes.

Os trabalhos de grupos podem ser aplicados em prol de aspectos de promoção de saúde, da prevenção de doenças e para a prestação de cuidados específicos, como no caso da Estratégia Saúde da Família (ESF). Podem-se caracterizar em

oportunidades de apoio para a melhoria da qualidade de vida e da saúde das pessoas. Por característica, esses grupos conduzidos pelas equipes multiprofissionais na Atenção Primária buscam praticar a problematização e discussão coletiva, na perspectiva de desenvolver processo de aprendizagem crescente.

Como benefícios, argumentam Soares e Ferraz⁸³ que existiria maior otimização do trabalho, com a diminuição das consultas individuais, participação ativa do indivíduo no processo educativo e envolvimento da equipe de profissionais com o paciente.

Compreende-se que, durante a realização dos trabalhos de grupo, abre-se espaço para a escuta, exposição de necessidades e informação, propiciando ideias para melhora no autocuidado, estilo de vida, abandono de vícios, comportamentos de risco, entre outros.

Menezes e Avelino (2016, p. 129)⁸⁴ ratificam, dizendo que “os grupos operativos estão inseridos no cuidado à saúde na Atenção Primária como um processo prático e eficiente”.

Ainda buscando justificativas para tão alta frequência destas ações (72,4%) como sugestões do grupo focal, cabe acrescentar a fala de Silva et al. (2007, p. 701)⁸⁵, quando afirmam que a “Educação em Saúde é um conjunto de saberes e práticas voltados para a prevenção de doenças e promoção de saúde. Esse recurso possibilita aos profissionais que, por meio da compreensão, informem dos fatores condicionantes do processo saúde-doença, oferecendo subsídios para a adoção de novos hábitos de saúde”.

Na sequência, no Quadro 6, aparecem as ações dependentes de recursos financeiros em prol do aumento da oferta de serviços na atenção primária e internação domiciliar, bem como do aumento da oferta na atenção de média e alta complexidade, fortalecimento do Sistema de Saúde e custeio efetivo e permanente dos medicamentos da relação estadual de medicamentos (REME). Conjuntamente, estas ações dependentes exclusivamente da alocação de recursos financeiros representaram 20,7% das ações sugeridas.

Ademais, 4,6% das sugestões resolutivas para as problemáticas da saúde nos municípios em estudo, estiveram relacionadas às questões intersetoriais, à comunicação e parceria entre as Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Assistência Social ou Obras, entre outras, bem como a mobilização política junto ao

Ministério da Saúde para assegurar a oferta de itens essenciais, quando a gestão municipal não possui força resolutiva isoladamente.

E, por último, no Quadro 6 existem, em 2,3% dos casos, ações para manter o perfil de atendimento que vem sendo ofertado, visto dos bons resultados visualizados nas análises das ICSAP.

Diante dos dados do estudo e das inúmeras discussões estabelecidas no grupo focal, existiu a intenção de elaboração conjunta de um documento para a Secretaria Estadual de Saúde, apresentando as propostas das gestões municipais da 10ª Região de Saúde para a conquista de melhorias no sistema de saúde regional

Para tanto, resolveu-se montar a Tabela 6 e Quadro 7, estabelecendo um comparativo entre todas as ICSAP da Região 10, relacionando com os dados de ICSAP de idosos de todo o Rio Grande do Sul, conforme pode ser visualizado a seguir.

Tabela 6: Comparativo entre todas as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), ocorridas em todo o Estado do Rio Grande do Sul; na Região 10; e nas demais Regiões do Estado do Rio Grande do Sul

COMPARAÇÕES FREQUÊNCIA DE INTERNAÇÕES ICSAP MUNICÍPIOS REGIÃO 10 E ESTADO RS - IDOSOS - 2014									
CID - ICSAP - Idosos - 2014	Estado RS					Região 10		Diferença outras Regiões	
	Freqüência	Freqüência/1000hab	Freqüência/1000hab	Freqüência/1000hab	Freqüência/1000hab	Freqüência	Freqüência/1000hab	Freqüência	Freqüência/1000hab
	3700	2,52	693	2,31	3007	2,57			
D50 Anemia p/defic de ferro	591	0,40	27	0,09	564	0,48			
E10 Diabetes mellitus insulino-deper	1480	1,01	399	1,33	1081	0,93			
E11 Diabetes mellitus nao-insulino-d	607	0,41	89	0,30	518	0,44			
E12 Diabetes mellitus relac c/a desnutr	58	0,04	1	0,00	57	0,05			
E13 Outr tipos espec de diabetes me	318	0,22	23	0,08	295	0,25			
E14 Diabetes mellitus NE	3223	2,20	200	0,67	3023	2,59			
E43 Desnutric proteico-calorica grave NE	231	0,16	4	0,01	227	0,19			
E44 Desnutric proteico-calorica grau n	836	0,57	42	0,14	794	0,68			
E46 Desnutric proteico-calorica NE	722	0,49	43	0,14	679	0,58			
E86 Deplecao de volume	352	0,24	44	0,15	308	0,26			
TOTAL E	7827	5,33	845	2,82	6982	5,98			

Fonte: Fonte: SIH-SUS⁷³ Esta planilha continua para baixo, contemplando todos os códigos de ICSAP.

Quadro 7: Frequência de ICSAP a cada 1000 habitantes idosos, por grupo diagnóstico (recortes da Tabela 6)

Total de ICSAP, por Grupo Diagnóstico	Região 10	Estado	Outras
		RS	Regiões Estado RS
A - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,31	2,52	2,57
E - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2,82	5,33	5,98
G - Doenças do sistema nervoso	1,47	2,26	2,46
I - Doenças do aparelho circulatório	21,21	22,54	22,88
J - Doenças do aparelho respiratório	18,56	24,80	26,40
K - Doenças do aparelho digestivo	1,65	2,71	2,99
L - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,56	0,48	0,46
N - Doenças do aparelho geniturinário	4,27	3,94	3,86
Total Geral ICSAP	52,94	64,58	67,57

No Quadro 7 pode-se ter uma noção geral da frequência dos ICSAP por 1000 habitantes para os idosos nos municípios da 10ª Região de Saúde (formada pelos seis municípios em estudo: Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão), em comparação com todo o Estado do Rio Grande do Sul e com as demais Regiões do Estado, conforme os grupos diagnósticos. Pode-se perceber que os municípios da 10ª Região, em geral, apresentaram quantitativo de ICSAP abaixo dos valores no Estado e de outras Regiões de Saúde. Esta informação pode ser claramente percebida na última linha do Quadro, que demonstra um total de 52,94 internações a cada 1000 habitantes idosos na Região 10, enquanto que o total geral de ICSAP entre os idosos de todo o Estado do Rio Grande do Sul foi de 64,58 a cada 1000 habitantes idosos.

No entanto, no que se refere às ICSAP do grupo diagnóstico L, doenças da pele e do tecido subcutâneo, a Região 10 apresentou 0,56 internações a cada 1000 habitantes idosos, enquanto que em todo o Estado, no mesmo grupo diagnóstico, ocorreram 0,48 internações a cada 1000 habitantes idosos, bem como em outras Regiões do Estado, que apresentaram um número de internações ainda menor (0,46) a cada 1000 idosos.

O grupo diagnóstico N, doenças do aparelho geniturinário, teve a mesma situação. Na 10ª Região de Saúde ocorreram 4,27 ICSAP a cada 1000 habitantes idosos, enquanto que em todo o Estado do Rio Grande do Sul, ocorreram 3,94

internações a cada 1000 idosos, bem como 3,86 internações a cada 1000 idosos nas outras Regiões de Saúde.

6 DISCUSSÃO

Para contextualizar, previamente, cabe expor algumas informações relacionadas aos dados demográficos, socioeconômicos e da assistência em saúde dos seis municípios em estudos e, para tal apresento o Quadro 8.

De acordo com as estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) enviadas para o Tribunal de Contas da União (TCU) para o ano de 2012, Alvorada possuía uma população de 197.441 habitantes⁸⁶, sendo 17.728 idosos⁷⁷, que representam 9% desta população. É um município com um PIB per capita de R\$ 10.637,61⁶⁸ e uma renda média domiciliar per capita de R\$ 587,84⁶⁹.

Durante o ano de 2014, ano de referência dos dados desse estudo, o município de Alvorada, juntamente com o Estado e União, apresentou no Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), uma despesa total em saúde no valor de R\$ 50.087.536,60, resultando em despesa per capita de R\$ 253,68, sendo possível identificar despesas de R\$ 66,31 per capita relacionadas à Atenção Básica⁸⁷.

O município de Alvorada investiu 21,67%²² do total de seus recursos próprios para o atendimento das demandas em Saúde, percentual este que se apresenta bem acima do mínimo previsto pela Lei Complementar nº 141/2012 (15% para os municípios)²¹.

Quanto à assistência de internação hospitalar, Alvorada conta com um hospital geral, sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde, com 83 leitos disponibilizados ao SUS em seu território, sendo que 30 destes leitos são destinados exclusivamente às internações pediátricas e neonatais⁸⁸. No período do estudo, ocorreram 3.537 internações de idosos, munícipes de Alvorada⁸⁹, sendo que 39% destas internações referiram-se a condições preveníveis pela Atenção Primária, caracterizando no município com o segundo maior número de internações por condições sensíveis em Atenção Primária, atrás de Viamão.

Quadro 8: Dados demográficos, socioeconômicos e da assistência à saúde

	Alvorada	Cachoeirinha	Glorinha	Gravataí	Porto Alegre	Viamão
População Global ⁸⁶	197.441	119.896	7.074	259.138	1.416.714	241.190
População Idosa ⁷⁷	17.728	12.945	1.159	27.453	213.003	27.353
Percentual de Idosos (%)	9	10,8	16,38	10,59	15	11,34
Renda média domiciliar per capita ⁶⁹ , em R\$	587,84	822,49	675,67	714,39	1.722,37	694,09
PIB per capita ^{68, 71,90,72,91,92} , em R\$	10.637,61	49.245,11	43.147,34	40.132,86	43.457,67	12.312,29
Despesa total com saúde no município ⁸⁷ , em R\$ (soma de recursos de origem federal, estadual e municipal)	50.087.536,60	50.775.621,60	4.846.952,08	146.379.278,78	1.403.150.298,15	47.712.539,23
Despesa per capita com saúde, em R\$	253,68	423,50	685,18	564,87	990,43	197,82
Despesa total com atenção básica, em R\$(soma de recursos de origem federal, estadual e municipal) ⁸⁷	13.091.500,74	46.571.810,52	4.518.856,97	31.148.063,66	314.380.028,72	10.423.034,82
Despesa per capita na atenção básica, em R\$	66,31	388,44	638,80	120,20	221,91	43,22
Percentual das despesas de saúde gasto em atenção básica (%)	26,14	91,72	93,23	21,28	22,41	21,85
Frequência total Internações hospitalares de idosos ⁸⁹	3.537	1.985	119	3.726	29.523	3.941
Percentual de idosos que necessitaram de internações hospitalares (%)	20	15	10	14	14	14
Frequência total Internações hospitalares de idosos por ICSAP ⁸⁹	1.373	674	40	1.313	10.786	1.677
Percentual de internações de idosos por ICSAP (dentre todas as internações de idosos) (%)	39	34	34	35	37	43
Custo total com internações de idosos ⁸⁹ , em R\$	6.848.642,31	4.549.715,10	219.176,21	7.423.762,80	65.195.506,57	8.000.181,94
Percentual de idosos com acesso à saúde suplementar ⁷⁰ (%)	12	19	8	16	51	17
Percentual de recursos próprios aplicados pela gestão municipal em saúde ²² , em 2014 (%)	21,67	19,78	19,39	24,73	21,27	18,97

Fontes: DATASUS/IBGE/TCU(2012)^{86, 77}; IBGE(2014)^{69, 68, 71, 90, 72, 91,92}; SIOPS (2014)^{87, 22}; SIH-SUS (2014)⁸⁹; ANS (Dez, 2014)⁷⁰

O município de Cachoeirinha contava com uma população de 119.896 habitantes (AN), sendo 12.945 idosos⁷⁷, que representaram 10,8% da população total. É um município com um PIB per capita de R\$ 49.245,11⁷¹ e uma renda média domiciliar per capita de R\$ 822,49⁶⁹.

Durante o ano de 2014, ano de referência dos dados desse estudo, o município de Cachoeirinha, juntamente com o Estado e União, apresentou no Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), uma despesa total em saúde no valor de R\$ 50.775.621,60, resultando numa despesa per capita de R\$ 423,50, sendo possível identificar que R\$ 388,44 per capita foram despesas relacionadas à atenção básica⁸⁷. O município de Cachoeirinha investiu 19,78%²² do total de seus recursos próprios para o atendimento das demandas em saúde, percentual este que se apresenta bem acima do mínimo previsto pela Lei Complementar nº 141/2012(15% para os municípios)²¹.

Quanto à assistência de internação hospitalar, Cachoeirinha conta com um hospital geral, sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde. São 63 leitos disponibilizados ao SUS em seu território, sendo que 25 destes leitos são destinados exclusivamente às internações pediátricas e neonatais⁸⁸. No período do estudo, ocorreram 1.985 internações de idosos, munícipes de Cachoeirinha⁸⁹, sendo 34% delas relacionadas às condições sensíveis à Atenção Primária, ou seja, juntamente com o município de Glorinha, apresentou o percentual mais baixo dentre as internações por condições sensíveis à atenção primária, dentre os municípios em estudo.

Também, conforme demonstrado no Quadro 8, Glorinha possuía uma população de 7.074 habitantes⁸⁶, sendo 1.159 idosos⁷⁷, que representam 16,38% da população total.

É um município com um PIB per capita de R\$ 43.147,34⁹⁰ e uma renda média domiciliar per capita de R\$ 675,67⁶⁹.

Durante o ano de 2014, ano de referência dos dados desse estudo, o município de Glorinha, juntamente com o Estado e União, apresentou no Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), uma despesa total em saúde no valor de R\$ 4.846.952,08, resultando numa despesa per capita de R\$ 685,18, sendo possível identificar que R\$ 638,80 per capita foram despesas relacionadas à Atenção Básica⁸⁷. O município de Glorinha investiu 19,39%²² do total de seus recursos próprios para o atendimento das demandas em Saúde, percentual este superior ao previsto pela Lei Complementar nº 141/2012 (15% para os municípios)²¹.

Quanto à assistência de internação hospitalar, Glorinha não possui nenhuma instituição hospitalar em seu território, referenciando todos as suas internações hospitalares para o município de Gravataí e/ou Porto Alegre, nos casos em que não há resolutividade no município de Gravataí. No período do estudo, ocorreram 119 internações de idosos, munícipes de Glorinha⁸⁹, sendo que 34% destas internações referiram-se a condições preveníveis pela Atenção Primária, caracterizando, junto ao município de Glorinha, no menor número de internações por ICSAP dentre os municípios estudados.

Conforme demonstrado no Quadro 8 e de acordo com as estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) enviadas para o Tribunal de Contas da União (TCU) para o ano de 2012, Gravataí possuía uma população de 259.138 habitantes⁸⁶, sendo 27.453 idosos⁷⁷, que representam 10,59% da população total.

É um município com um PIB per capita de R\$ 40.132,86⁷² e uma renda média domiciliar per capita de R\$ 714,39⁶⁹.

Durante o ano de 2014, ano de referência dos dados desse estudo, o município de Gravataí, juntamente com o Estado e União, apresentou no Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), uma despesa total em saúde no valor de R\$ 146.379.278,78, resultando numa despesa per capita de R\$ 564,87, sendo possível identificar que R\$ 120,20 per capita foram despesas relacionadas à atenção básica⁹² e R\$ 299,30 per capita foram despesas relacionadas à média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar⁸⁷.

O município de Gravataí é um município aderido à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (conforme a Norma Operacional Básica do SUS – NOB/96 (Portaria GM/MS nº 2.203/1996)⁹³ e Normas Operacionais da Assistência à Saúde - NOAS 01/02 (Portaria GM/MS nº 373/2002)⁹⁴, que investiu 24,73%²² do total de seus recursos próprios para o atendimento das demandas em Saúde, percentual este que se apresenta bem acima do mínimo previsto pela Lei Complementar nº 141/2012 (15% para os municípios)²¹.

Dos municípios em estudo, foi o que destinou maior parcela de seus recursos próprios para investir em saúde no ano de 2014. Também identifiquei que 52,99%⁹⁵ dos investimentos de recursos financeiros em Saúde no município destinaram-se ao custeio de ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, incluindo as internações hospitalares de munícipes de Gravataí e Glorinha, bem como de outros

municípios que ingressaram no Sistema de Saúde Municipal através dos serviços de emergência de Gravataí.

Quanto à assistência de internação hospitalar, Gravataí contando com um hospital geral, filantrópico. São 119 leitos disponibilizados ao SUS em seu território, sendo que 7 destes leitos são destinados, exclusivamente, às internações pediátricas⁸⁸. No período do estudo, ocorreram 3.726 internações de idosos, munícipes de Gravataí⁸⁹, sendo que 35% destas internações foram relacionadas a condições preveníveis pela Atenção Primária, apresentando-se logo após os municípios de Cachoeirinha e Glorinha, com o menor número de internações por ICSAP.

Em relação a Porto Alegre, contava com uma população de 1.416.714 habitantes (AN), sendo 213.003 idosos⁷⁷, que representaram 15% da população total.

É o município capital do Estado do Rio Grande do Sul, com um PIB per capita de R\$ 43.457,67⁶⁸ e uma renda média domiciliar per capita de R\$ 1.722,37⁶⁹.

Durante o ano de 2014, o município de Porto Alegre, juntamente com o Estado e União, apresentou no Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), uma despesa total em saúde no valor de R\$ 1.403.150.298,15, resultando numa despesa per capita de R\$ 990,43, sendo que, deste valor, R\$ 221,91 per capita foram despesas relacionadas à atenção básica⁸⁷. Considerando que Porto Alegre também possui a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (conforme a Norma Operacional Básica do SUS – NOB/96⁹³ e Normas Operacionais da Assistência à Saúde - NOAS 01 e NOAS 02⁹⁴ é importante salientar que apresentou gastos de 64,69% de suas despesas em saúde apenas para o custeio da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Efetivamente, a gestão municipal de Porto Alegre gastou 21,27%²² do total de seus recursos próprios para atender as demandas de saúde, durante o ano de 2014²¹.

Cabe ressaltar que os Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária (RREO) somente consideram os gastos realizados diretamente pelo município, não considerando as despesas realizadas pelo Estado, no que se refere aos municípios que não se encontram na gestão plena. Desse modo, é de relevância considerar que os gastos de média complexidade demonstrados nesse estudo, no que se refere aos quatro municípios que não se encontram em gestão plena do sistema de saúde (Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha e Viamão), não se referem a investimento de internações hospitalares, excetuando-se a ocorrência de casos judiciais.

Salienta-se também que Porto Alegre custeia muito mais internações hospitalares do que as que foram citadas nesta pesquisa, pois nela restringe-se a identificação quantitativa ocorrida entre os munícipes residentes de Porto Alegre. No entanto, quando se identifica o elevado valor de R\$ 640,73 de despesa per capita gasta em atenção de média e de alta complexidade⁸⁷, é necessário lembrar que este valor se refere aos gastos totais do município, para o atendimento de toda sua população e a que lhe é referenciada, por possuir resolutividade nas diversas especialidades médicas. Em 2014, 64,69% dos gastos em saúde de Porto Alegre foram destinados à média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar⁸⁷. Este 'aparente' valor superior de gasto, que apresenta impacto ao ser visualizado, demonstra o somatório de valores que incluem os usuários do SUS atendidos em Porto Alegre, mas que são residentes de outros municípios referenciados a esta região de saúde (população de outros municípios que possuem Porto Alegre como referência e que já tiveram seus recursos proporcionais destinados à gestão de Porto Alegre).

Ainda fundamentando o parágrafo anterior, buscou-se dados acerca de todas as internações ocorridas no município de Porto Alegre, em todas as faixas etárias da população, durante o período de vigência da pesquisa, através do TABWIN (conforme arquivos de faturamento do sistema SIH/SUS). Identificado que no ano de 2014, 58% das internações ocorridas foram de munícipes de Porto Alegre, ficando 42% das internações ofertadas para munícipes de outros 572 municípios (444 municípios do Rio Grande do Sul + 128 municípios de outros Estados brasileiros), tanto referenciados aos hospitais de Porto Alegre, quanto a outros do Estado do Rio Grande do Sul e demais Estados Brasileiros (que não possuem Porto Alegre como referência, mas possivelmente, tiveram suas internações decorrentes de quadros emergenciais)⁸⁹.

O município de Gravataí, também sendo gestor pleno, se responsabiliza pela contratação dos serviços hospitalares existentes no município, sendo referência para atendimentos de média complexidade, em sua maioria, aos usuários do SUS de Gravataí e Glorinha. No entanto, durante o ano de 2014, efetivou internações hospitalares de usuários de outros vinte municípios do Rio Grande do Sul⁸⁹.

Melhor explicando, dos seis municípios em estudo, Gravataí e Porto Alegre possuem a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (conforme a Norma Operacional Básica do SUS – NOB/96 e Normas Operacionais da Assistência à Saúde - NOAS 01 e NOAS 02), ou seja, atuam como gestores dos recursos financeiros em todos os níveis de atenção à saúde, gerindo os contratos dos prestadores de serviços ao SUS existentes em seu território, contando com os recursos originados das três

esferas de governo: municipal, estadual e federal, devido ao já citado processo de regionalização e descentralização do SUS.

Para a assistência de internação hospitalar pelo SUS, Porto Alegre informa contar com 22 (vinte e dois) hospitais, incluindo entre eles hospital geral, hospital especializado e hospital pronto socorro. O município possui um total de 7.478 leitos, dos quais 4.758 leitos são destinados aos atendimentos pelo SUS (desconsiderando os leitos direcionados à pediatria e neonatologia)⁸⁸. Durante o ano de 2014, ocorreram 29.523 internações entre idosos munícipes de Porto Alegre⁸⁹, sendo que 37% destas internações referiram-se a condições preveníveis pela Atenção Primária, classificando-se no 4º lugar no ranking de menor número de internações por ICSAP dentre os municípios estudados.

Pode-se destacar ainda que o município de Porto Alegre possui toda a alta complexidade da assistência hospitalar, dispondo de hospitais estruturados com modernas tecnologias de suporte ao diagnóstico e tratamento. Por características de caráter educacional, os hospitais de ensino possuem AIH que agregam maior valor, pois costumam investigar com maior profundidade os casos clínicos mais complicados, gerando maior demanda de modernas tecnologias, materiais e procedimentos de alto custo. São sete os hospitais de ensino em Porto Alegre. Destes, quatro hospitais são federais (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Fêmeina, Hospital Cristo Redentor e Hospital Nossa Senhora da Conceição), os quais recebem recursos federais para o custeio dos recursos humanos. Todos os demais recursos oriundos da contratualização com a Gestão Municipal, incluindo os repasses de valores das AIH e incentivos, são utilizados para complementação do orçamento para a administração e manutenção das estruturas hospitalares.

Os demais hospitais são filantrópicos (Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Cardiologia e Hospital da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre) e não possuem a garantia do recurso de custeio de modo fixo, dependendo dos repasses da contratualização do SUS para sua operacionalização, funcionamento e manutenção adequada da prestação de serviços. Cabe salientar apenas que os hospitais de ensino recebem recursos originados do Ministério da Educação e/ou Saúde.

E, por último, conforme demonstrado no Quadro 8 e de acordo com as estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) enviadas para o Tribunal de Contas da União (TCU) para o ano de 2012, Viamão

possuía uma população de 241.190 habitantes⁸⁶, sendo 27.353 idosos⁷⁷, que representam 11,34% da população total.

É um município com um PIB per capita de R\$ 12.312,29⁹² e uma renda média domiciliar per capita de R\$ 587,84⁶⁹.

Para o ano de 2014, o município de Viamão, juntamente com o Estado e União, apresentou no Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), uma despesa total em saúde no valor de R\$ 47.712.539,23, resultando numa despesa per capita de R\$ 197,82, sendo possível identificar que R\$ 43,22 per capita foram despesas relacionadas à atenção básica⁸⁷. O município de Viamão investiu 18,97%²² do total de seus recursos próprios para o atendimento das demandas em Saúde, percentual este que se apresenta bem acima do mínimo previsto pela Lei Complementar nº 141/2012 (15% para os municípios)²¹.

Quanto à assistência de internação hospitalar, Viamão conta com um hospital geral, sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde. São 275 leitos disponibilizados ao SUS em seu território, sendo que 08 destes leitos são destinados, exclusivamente, às internações pediátricas⁸⁸. No período do estudo, ocorreram 3.941 internações de idosos, munícipes de Alvorada⁸⁹, sendo que 43% destas internações referiram-se a condições preveníveis pela Atenção Primária, caracterizando-se no maior número de ICSAP dentre os municípios estudados.

Apesar de Alvorada e Viamão apresentarem um percentual de gastos em atenção básica similares aos municípios de Gravataí e Porto Alegre, ambos apresentaram um investimento per capita em Atenção Básica muito abaixo dos dois citados municípios, devido ao baixíssimo PIB municipal. Foram também os municípios de Alvorada e Viamão que apresentaram o maior percentual de internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária.

É interessante ressaltar aqui que Alvorada e Viamão são os dois municípios com menor PIB e menor renda per capita, tornando-os os dois municípios com menor capacidade de investimento para prevenção. Ou seja, são os dois que apresentam os menores resultados e talvez isso aconteça por justamente serem os dois municípios que possuem os menores recursos. Fica aqui um questionamento a pensar: É equânime a distribuição dos recursos financeiros para a Atenção à Saúde de toda a população brasileira?

Cabe salientar que os seis municípios em estudo seguem os mesmos regramentos do SUS, sob os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde de sua população, previstos pela Constituição Federal de 1988²⁹. Ademais, ela pressupõe ações de descentralização, regionalização, hierarquização e participação social, que são determinadas por diretrizes políticas, organizativas e operacionais⁹⁶.

Nesse sentido, é de essencial relevância explicitar que toda a população brasileira, independentemente de seu município de residência, deve ter esclarecida e determinada pelo SUS, os serviços de referência aos atendimentos de suas necessidades em saúde, considerando todos os níveis de complexidade dos atendimentos que possam ser requeridos.

Relacionando com o presente estudo, podem-se verificar no Quadro 2 algumas referências aos atendimentos da alta complexidade, vigentes aos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão, durante o ano de 2014.

O Quadro 9 descreve as referências para atendimentos de saúde em especialidades clínicas e cirúrgicas de alta complexidade, aos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão. As resoluções citadas também identificam os hospitais prestadores de serviços, dentro de cada município de referência (um detalhamento não considerado para esta análise e discussão).

As referências demonstradas no Quadro 9 são acompanhadas de ajustes dos recursos financeiros, de modo que o quantitativo populacional do município referenciado repassa ao município de referência, a proporção devida ao serviço que será prestado. Ou seja, citando como exemplo o município de Alvorada, sabe-se que este já tem parte de seus recursos advindos da União, relacionados à média e alta complexidade da assistência em saúde, repassados ao Estado, que realiza a contratualização dos serviços que estão sob a sua gestão. Paralelamente, parte dos recursos de Alvorada, advindos da União, também relacionados à média e alta complexidade da assistência em saúde, são repassados diretamente ao Fundo Municipal de Porto Alegre, visto este ser um município em gestão plena, o qual trata da contratualização de todos os prestadores de serviços ao SUS existentes em seu território.

Quadro 9: Identificação dos municípios com serviços de referência para atendimentos em alta complexidade, por especialidade clínica e cirúrgica

Referências para o acesso aos atendimentos de alta complexidade, por município	Alvorada	Cachoeirinha	Glorinha	Gravataí	Porto Alegre	Viamão
Cardiologia Conforme descrito na Resolução CIB/RS nº 246/17 ⁹⁷	Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre
Neurocirurgia Conforme proposta de referência aprovada na SETEC de 10/04/2008 ⁹⁸ + Resolução nº 216/10 – CIB/RS ⁹⁹	Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre
Neurologia Conforme proposta de referência aprovada nas reuniões da SETEC de 10/04/08 e 11/09/08 ⁹⁸ + Resolução nº 216/10 – CIB/RS ⁹⁹	Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre
Oncologia Conforme Plano de Ação Estadual em Oncologia, com referência aprovadas na Resolução CIB/RS nº 39/16 ¹⁰⁰	Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre
Traumato-ortopedia Resolução nº 112/10 CIB/RS ¹⁰¹	Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre	Porto Alegre

CIB/RS = Comissão Intergestores Bipartite do Rio Grande do Sul; SETEC = Secretaria Técnica da CIB/RS.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul^{97, 98, 99, 100, 101}

Conforme a disponibilidade assistencial em todos os municípios, considerando as devidas habilitações técnicas, o mesmo processo de encaminhamento dos recursos ocorre para os atendimentos de média ou alta complexidade da assistência em saúde. Estima-se que todas as gestões municipais, independente do quantitativo populacional de seus municípios, tenham plena resolutividade na atenção básica¹⁰².

Então, isso significa que, apesar das diferenças de disponibilidade de leitos, é oferecida a todos os munícipes dos seis municípios a mesma condição de acesso às internações hospitalares para atender suas necessidades em saúde. Como esta pesquisa teve por base (durante a coleta de dados) as internações 'por população residente' (endereço residencial informado pelo usuário SUS), possibilitou a identificação do número de internações, por município, independentemente de onde esteja localizado o prestador de serviços/hospital em que ocorreu a internação.

Todos os dados utilizados e apresentados ao longo da parte quantitativa foram obtidos através de fontes oficiais disponibilizadas pelo governo de forma aberta ao público em geral em sites. No caso das informações específicas de saúde, no que se refere às internações hospitalares, foi utilizada a base de dados disseminada do DATASUS, que, por sua vez, disponibiliza algumas ferramentas para manipular tais dados. Os dados de internações podem ser coletados após um período de quatro meses, visto do regramento constante no art. 1º, da Portaria nº 117, de 10 de abril de 2000¹⁰³, que estabelece o prazo máximo de cobrança de AIH com datas de alta do paciente, até seis três meses anteriores à competência do processamento. Sendo assim, a coleta de dados deve ser realizada sempre, com pelo menos, quatro meses de defasagem para mais, a fim de garantir o processamento único de cada conta hospitalar.

O TABNET e TABWIN são tabuladores que utilizam essa base de dados, sendo que o primeiro é acessado via *web*, permitindo a possibilidade de realizar alguns níveis de filtragem, de forma restrita. Já o segundo é um aplicativo que deve ser instalado e configurado diretamente em um computador com sistema operacional *Windows*, exige treinamento mas permite uma possibilidade mais ampla de filtrações, com resultados mais específicos.

Para melhor esclarecer, pode-se exemplificar, detalhando as formas de pesquisa do CID da *Angina Pectoris* (I20). O referido código é composto por uma listagem de procedimentos, conforme pode ser verificado no Anexo F⁴, de acordo com o SIGTAP. Os procedimentos listados nesse Anexo possuem atribuição de valor próprio (composto por serviços hospitalares e serviços profissionais) e são passíveis de codificação e faturamento, quando o CID principal for de *Angina Pectoris* (I20). Através do TABNET

foi possível pesquisar, individualmente, cada um dos procedimentos geradores de AIH, por subgrupo, em cada um dos municípios deste estudo, no ano de 2011 (Anexo G⁴).

Mas, através do TABWIN, a coleta dos dados de produção pode atingir um nível mais refinado de detalhamento, especificando os procedimentos, grupos ou subgrupos de procedimentos, municípios, prestadores de serviços em que os atendimentos foram realizados, suas frequências e valores financeiros das internações, especificando os blocos de faixa etária, separadamente, entre inúmeras outras funções.

Embora tais ferramentas sejam destinadas ao acesso de informações sobre saúde, não se pode esquecer que foram concebidas por um órgão público, no qual se questiona a existência de uma preocupação, por parte de seus desenvolvedores, em simplificar os processos de atualização das ferramentas, bem como a depuração em sua programação. Pensando, analiticamente, em relação às condutas na rede privada de desenvolvedores de software, se identificaria, mais facilmente, uma efetiva preocupação em tornar seus aplicativos mais fáceis de utilização.

Mesmo para um usuário com conhecimentos mais avançados de tecnologia, o TABWIN e o TABNET podem ser complexos de se utilizar e atualizar. É necessário que diversos arquivos sejam atualizados constantemente e, mesmo assim, ainda podem-se encontrar erros, os quais podem ser ocasionados por problemas nos arquivos atualizados ou até mesmo na própria programação do aplicativo.

Ressalta-se que, para rodar devidamente o aplicativo TABWIN, se faz necessária a atualização constante de diversos arquivos, tanto de produção quanto de definições, podendo ocasionar divergências de dados, em caso de configuração indevida. Como tais arquivos são atualizados constantemente, é lamentável, mas não se pode contar com a exatidão de todas essas informações, por diversos motivos. Os dados fornecidos pelo DATASUS são obtidos através de aplicativos que dependem de alimentação manual, o que faz remeter a possibilidade de erro humano, como também ao desinteresse em alimentar as informações. Ocorre também a permissão pelo sistema, do lançamento de uma determinada produção para faturamento, no prazo de até três meses após a competência do fato ocorrido. Para o caso de lançamento das internações hospitalares, existe o prazo de três meses após a alta do usuário do SUS. AIH apresentada com mais de quatro meses do mês da alta será rejeitada em definitivo. AIH apresentada e rejeitada dentro dos quatro meses de validade pode ser reapresentada até o sexto mês, a contar do mês de alta do paciente¹⁰⁴.

Mesmo que tais fatos possam gerar alguma desconfiança, é importante salientar que, quando analisados pontualmente, verificou-se lógica e conformidade, entre os

dados pesquisados, o que pressupõe adequado embasamento nos resultados encontrados. Ademais, não foi encontrada outra fonte de dados oficiais do Ministério da Saúde, além do site do DATASUS. Sendo assim, esta é a única fonte oficial disponível para as pesquisas. Nessa pesquisa, foi utilizado o TABWIN 3.6B, instalado em computadores com sistema operacional *Windows 7*.

Os resultados encontrados na Região 10 em relação às doenças da pele e do tecido subcutâneo, as gestões municipais atribuíram à possível demora dos idosos em buscar (ou serem atendidos) Unidade de Saúde, realizando tratamentos paliativos. Muitas vezes a dificuldade de locomoção até a Unidade e o fato de residirem em zonas distantes das Unidades de Saúde pode incidir em tentativas de tratamentos paliativos sem sucesso.

Para resolver estas problemáticas, sugere-se a ampliação de ações de prevenção, com orientações de cuidados com a pele e higiene, nas áreas de maior vulnerabilidade social. A ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família é sugerida como uma grande ferramenta para alcançar um diferencial nestes cuidados de prevenção e promoção da saúde, na efetividade da educação em saúde. E, pensando especificamente neste grupo diagnóstico, fica a sugestão de analisar a situação das áreas invadidas, provendo saneamento, quando considerado devido. Também manter uma atuação integrada entre as diversas Secretarias que compõem o Governo Municipal (Saúde, Assistência Social, Obras...).

Também é possível encontrar na literatura estudos que remetem à forte ligação entre enfermidades da pele e aspectos sócio-emocionais. Então, faz-se necessário considerar que a 10ª Região de Saúde é a Região Metropolitana de Porto Alegre, uma região com características de sociedade contemporânea, que exige das pessoas a convivência com o ‘imperativo da pressa e das incertezas’. Não raramente, esse contexto provoca um desequilíbrio do ritmo biológico, levando ao desenvolvimento de uma série de distúrbios igualmente considerados contemporâneos, como se percebe em aumento da ansiedade e de sentimentos de retraimento em função da doença de pele, também se evidencia a associação entre sintomas psicológicos e exacerbação dos sintomas físicos. Através da Psiconeuroimunologia, vêm-se comprovando de que forma as situações psicológicas podem atuar como desencadeadoras, mantenedoras ou agravadoras de quadros clínicos¹⁰⁵. Profissionais da saúde (2008, p. 349)¹⁰⁶ mencionam que “a pele parece ser a ‘válvula de escape’ via corpo nesses pacientes; por meio dela são manifestados os sofrimentos”.

Nessa perspectiva, constata-se que “as ligações que existem com o sistema nervoso tornam a pele altamente sensível a emoções, independente da nossa consciência (2005, p 51)¹⁰⁷. Assim, a pele, muitas vezes, expressa os nossos sentimentos mesmo quando não estamos cientes deles. Fica-nos, então, a ideia de que ao falarmos de doenças de pele devemos considerar o ser humano como um ser integrado, no qual aspectos sociais, biológicos e psicológicos interagem constantemente”.

Quanto aos resultados encontrados na Região 10, em relação às doenças do aparelho geniturinário, as gestões municipais acreditam estar ocorrendo um subdiagnóstico nesses casos específicos, em nível ambulatorial. Fatores como a dificuldade de acesso aos exames de diagnóstico, uso prolongado de anti-inflamatórios, tempo prolongado de pressão arterial elevada podem estar contribuindo para o aumento da frequência destes agravos, ou a possibilidade de que estejam sendo tratados os sintomas relacionados à parte neurológica, sem perceber-se a origem do problema nas pequenas alterações hidroeletrólíticas e/ou infecciosas que, no idoso, podem gerar sintomas semelhantes. Entendem que, melhorando no diagnóstico inicial, se poderia evitar estas internações. Então, aqui, reforçam-se os resultados apresentados no Quadro 6, que apontam para as questões de Educação em Saúde para auxiliar na resolução dos 72,4% de problemáticas em saúde da Região 10, considerando relevante a organização de programas de atualização multiprofissional, para ampliar a sensibilidade/percepção da equipe à sinais indicativos de instabilidade de saúde na pessoa idosa.

Também foi abordado pelos participantes do grupo focal que a dificuldade de acesso à consulta médica impossibilita o diagnóstico precoce e que os pacientes acabam entrando depois em consultas nos serviços com comprometimento renal mais avançado, acarretando no agravamento da doença. Nesse entendimento, além de reforçar a necessidade de Educação em Saúde e prevenção da doença, sugerem a ampliação da Estratégia de Saúde da Família, buscando a captação dos idosos acamados na região (para atenção aos cuidados de higiene de usuários de fraldas). Reconheceu-se ainda que a implantação dos protocolos do Telessaúde, que incluem orientações aos profissionais e padronizam um rol de exames a serem realizados e avaliados, para melhora da qualidade dos atendimentos de um modo geral.

Ainda foi sugerida a ampliação dos serviços de internação domiciliar, conforme o Programa Melhor em Casa¹⁸, na intenção de melhor acompanhar os pacientes egressos de altas hospitalares.

Ao analisar padrões de morbidade hospitalar da população idosa, estabelecendo relações de diferença entre adultos mais jovens, bem como as diferenças entre população masculina e feminina, Loyola Filho et al. (2004, p. 229)¹⁰⁸ identificaram o predomínio de doenças do aparelho geniturinário, e gravidez e puerpério entre as mulheres. O referido trabalho ainda reforça a consistência e importância da “necessidade do uso sistemático dos dados do SIH-SUS como fonte para o planejamento e monitoração das ações em saúde voltadas à população idosa do Brasil”.

Tal abordagem corrobora com a linha de entendimento da pesquisa, no que se refere à metodologia de coleta dos dados, ao enfatizar que a avaliação mais crítica de dados gerados pelo SIH/SUS é imprescindível para o mapeamento das necessidades e demandas populacionais por Serviços de Saúde, assim como para o aprimoramento do próprio sistema.

Em outro estudo, referente aos principais motivos de internação para os idosos beneficiários de um plano privado de saúde, as Doenças do Aparelho Circulatório (19,4%) apareceram como a primeira causa, seguidas dos Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (13,7%), das Doenças do Aparelho Geniturinário (12,0%), das Doenças do Aparelho Digestivo (11,1%) e das Neoplasias (8,0%), destacando-se novamente as diferenças entre os sexos, sendo as Doenças do Aparelho Digestivo e as Neoplasias mais presentes entre os homens ($p < 0,05$)¹⁰⁹. Ou seja, o referido estudo com uma população idosa com acesso diferenciado para a atenção à saúde, também mantém o mesmo padrão de morbidade dos pacientes do SUS, pressupondo os mesmos cuidados de prevenção em saúde.

Diante de todas as discussões ocorridas durante os encontros do grupo focal, foram definidas algumas sugestões a serem apresentadas e aprovadas formalmente na CIR, através de documento conjunto entre a 2ª Coordenadoria de Saúde e os municípios em estudo (Anexo I), para ser entregue à Secretaria Estadual de Saúde e ao Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul – COSEMS/RS, em busca de parceria, apoio e viabilização de ações entendidas, pelo grupo focal, como necessárias para a promoção, prevenção e proteção à saúde da pessoa idosa na Região Metropolitana, no Estado do Rio Grande do Sul e em todo o país, no que tange aos serviços públicos. A sugestão da CIR, conforme apresentado no Anexo I, é de que, após a avaliação do Secretário Estadual da Saúde, o mesmo o leve para discussão em instâncias nacionais, considerando a possibilidade de apresentação junto ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS.

Cabe salientar que a proposta para saúde do idoso na Região 10, demonstrada no Anexo I, apresenta cinco tópicos de abordagens, sendo que o maior enfoque foi reservado à sugestão de ampliação conceitual ao Programa Melhor em Casa¹⁸, considerando a insuficiência da atual cobertura da atenção domiciliar no âmbito do SUS frente às demandas da população idosa. Sugeriu-se, de modo extremamente detalhado, formas de ampliar o sistema de atenção domiciliar, vislumbrando contemplar não apenas a desospitalização e redução das reinternações hospitalares. Toda a descrição apresentada no primeiro tópico da proposta considera as responsabilidades dos três entes federados (Município, Estado e União), indicando inclusive previsões financeiras para a viabilização da implantação e custeio do serviço aos municípios da 10ª Região de Saúde, podendo contemplar as mesmas necessidades em toda a realidade nacional.

Diante dos dados quantitativos e qualitativos discutidos junto ao grupo focal, considerando que entre os idosos munícipes da 10ª Região de Saúde houve uma maior frequência de internações relacionadas ao grupo diagnóstico das doenças do aparelho gênito-urinário e doenças da pele e do tecido subcutâneo, comparando-se à frequência de internações por todos os idosos do Estado do RS, passou-se a compreender que, minimamente, ações de Educação em Saúde e acompanhamento domiciliar (mediante critérios formais para a avaliação de elegibilidade para atenção domiciliar) representam medidas efetivas para reduzir os quantitativos destas internações.

Corroborando com esta abordagem, cito um estudo realizado no município de Novo Hamburgo/Rio Grande do Sul acerca da redução dos custos em saúde através da internação domiciliar. Tal estudo aponta uma redução de 60,3% nos custos de pacientes com profilaxia de internação quando tratados em regime de internação domiciliar, quando comparados à internação hospitalar. Da mesma forma, uma redução de 48,8% foi alcançada em pacientes com alta precoce¹¹⁰.

De acordo com Jenckes, Willians e Coleman¹¹¹, reduzir as taxas de reospitalização pode atrair a atenção dos responsáveis políticos como a maneira de melhorar a qualidade do cuidado e de reduzir os custos. E outros profissionais acrescentam ainda a necessidade de ampliar o vínculo com as Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família, bem como sistematizar a referência e contrarreferência entre a atenção primária, secundária e terciária¹¹².

Por fim, pode-se acrescentar que, em um estudo relacionado a países pertencentes à Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), observou-se que, no período de 1985 a 1999, instituições públicas e privadas de internação que adotaram algum programa de assistência para idosos em casa tiveram

queda nos gastos, nos países observados. Na Inglaterra e no País de Gales, por exemplo, algumas instituições obtiveram redução de 86% para 84% na contribuição relativa das internações para o gasto per capita com assistência à saúde na faixa etária de 65 anos ou mais. No Japão, a queda foi de 57% para 51% e, no Canadá, de 52% para 48%¹¹³.

No segundo tópico da proposta apresentada no Anexo I, foi considerada a necessidade de participação maior do Estado junto aos municípios, no que se refere ao custeio para a melhoria da atenção à saúde, priorizando a atenção básica e domiciliar, em referência às especificidades das demandas da população idosa. As abordagens partiram do princípio de substituição de legislações existentes, diante de sua baixa efetividade junto aos municípios (no que se refere ao custeio), para a adoção de outros critérios que podem estar mais afinados com o reconhecimento das demandas geradas pelo envelhecimento populacional, bem como possam otimizar estratégias já existentes, contando com uma maior adesão pelas gestões municipais.

Na proposta, houve um tópico de manifestação de apoio às discussões que vem ocorrendo no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), pela flexibilização de uso dos recursos determinados por blocos de financiamento, conforme a Portaria GM/MS nº 204/2007⁴¹. Sugeriu-se a ampliação da autonomia dos Secretários Municipais de Saúde para a utilização dos referidos recursos, quando em consonância com o entendimento dos Conselhos Municipais de Saúde.

Por último, conforme descrito no Anexo I, foram apresentadas sugestões pontuais para a revisão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, considerando critérios de vinculação de recursos financeiros, conforme o acompanhamento de indicadores específicos e o cumprimento de metas estabelecidas, em cada uma das ações preconizadas na Política.

Ao perceber a elevada frequência das internações hospitalares dos idosos da 10ª Região de Saúde com o diagnóstico principal de doenças da pele e do tecido subcutâneo e de doenças do aparelho geniturinário (conforme pode-se visualizar no Quadro 7 (pág. 90), as discussões no grupo focal se voltaram para a identificação das fragilidades existentes na atenção básica e para as dificuldades estruturais que restringem a atenção domiciliar no atual contexto do sistema de saúde pública desta Região. Essas evidências demonstram que o nível de atenção primária “tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, por meio da realização de serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existem mais de um problema; lidando com o contexto de vida e influenciando

as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde” (REHEM e EGRY; 2011, p. 4757)⁷⁵. E a atenção domiciliar vem construindo uma “nova lógica de atenção em saúde, focando a promoção e prevenção à saúde e na humanização da atenção. Além disso, representa uma reversão na atenção centrada em hospitais”¹¹⁰.

Pensando nas abordagens dos autores citados acima e considerando a estrutura disponível nos seis municípios em estudo, pode-se perceber, dentre as limitações ora existentes, que vem sendo desenvolvido um trabalho importante, visto que no ano de 2015 a média de cobertura da atenção básica aos municípios da região 10 atingiu o percentual de 59,64%⁶⁷, enquanto que o Estado do Rio Grande do Sul atingiu o percentual de 72,59%⁶⁷, para o mesmo indicador. No entanto, apesar de apresentar uma cobertura tão inferior às médias estaduais, a 10ª Região de Saúde conseguiu desenvolver uma efetiva atuação no que se refere aos demais grupos diagnósticos de ICSAP, salientando aquelas que envolvem os maiores custos hospitalares e as maiores taxas de morbimortalidade, que se caracterizam em doenças do aparelho circulatório e respiratório.

Durante o ano de 2014, ano de referência desta pesquisa, enquanto em todo o Estado do Rio Grande do Sul, a frequência de internações a cada 1000 habitantes idosos foi de 22,54 para o tratamento de ICSAP relacionadas às doenças do aparelho circulatório, na 10ª região de saúde houve uma frequência de 21,21 internações a cada 1000 habitantes idosos. E para o tratamento de ICSAP relacionadas às doenças do aparelho respiratório, em todo o Estado houve 24,80 internações a cada 1000 habitantes idosos, enquanto que aos idosos da região 10, houve apenas 18,56 internações a cada 1000 habitantes idosos.

Desta forma, os resultados apontam para a efetividade das ações de saúde que atualmente são desenvolvidas na região, fortalecendo a compreensão da necessidade de ampliação da atenção básica, da educação em saúde e da complementação com ações adicionais, relacionadas aos atendimentos domiciliares, suporte da média e alta complexidade para então, definitivamente, chegar-se aos resultados ideais. E desse modo, foi considerado como contemplado o item 4.2.2 dos objetivos.

Salienta-se a importância de complementação da atenção básica através da ampliação da atenção domiciliar para fomentar a desospitalização, reduzir os riscos de infecção e favorecer o convívio do usuário com o núcleo familiar. Conforme Guedes, Mateus e Kalinke et al. (2008, p. 74)²⁷, “dentre os princípios norteadores do SUS, o princípio da integralidade é o que mais implica na desospitalização”. Além disso, é preciso lembrar que a redução das internações e reinternações representa a

racionalização tanto dos custos do atendimento em saúde, como do uso dos leitos hospitalares para o atendimento de outros pacientes que, por vezes, necessitam de tratamentos mais complexos, construindo uma lógica de atenção centrada na vigilância em saúde e humanização da atenção.

Ainda pode-se complementar que para reduzir as reinternações e assegurar a qualidade do cuidado no domicílio que contribuem significativamente para elevar as despesas do SUS, é necessário que a alta hospitalar seja planejada e sistematizada, sendo esta uma das ações enfatizadas entre as proposições finais do grupo focal realizado com os gestores e/ou representantes dos gestores da região 10, formalizadas através de um documento encaminhado ao Secretário Estadual de Saúde.

7 CONCLUSÕES

Esta pesquisa teve por objetivo comparar frequência e custos de internações de idosos dos municípios da 10ª Região de Saúde, complementando com opiniões de seus gestores, para elaborar perspectivas e disponibilizar elementos que auxiliem a melhora desse atendimento e a gestão das ações de Saúde, desenvolvendo metodologias participativas para melhor compreender-se os fatores geradores dos dados epidemiológicos encontrados na pesquisa quantitativa, o que acabou por gerar um direcionamento específico à análise das ICSAP, desencadeando os desfechos encontrados.

Ao mesmo tempo em que a pesquisa foi se desenvolvendo, emergiam do grupo focal possíveis sugestões de melhorias para as práticas no SUS, partindo das realidades encontradas nos seis municípios em estudo, mas já pensando em melhorias que poderiam contribuir para todos os demais municípios do país.

Os objetivos específicos propostos na pesquisa foram atingidos, lembrando que eram expostos em 3.2.1 - Identificar custos e frequências de internações hospitalares de idosos residentes dos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão, obtidos do DATASUS; e 3.2.2 - Comparar frequências e custos de internações hospitalares dos municípios analisados.

A pesquisa teve por base o banco de dados públicos, SIH/SUS, do qual foram extraídas as informações sobre as internações hospitalares dos idosos residentes nos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão, de tabulações do TABNET e TABWIN. Paralelamente, foram consultados sites públicos contendo informações capazes de complementar as discussões, como o IBGE e SIOPS. Essa etapa permitiu que o objetivo 3.2.1 fosse atingido.

Apesar de algumas limitações, os dados providos pelo SIH/SUS são uma fonte adequada de informações. Ao trabalhar com esse sistema de informações e seus tabuladores, a grande dificuldade é conhecer todas as suas especificidades. A diversidade de hospitais, de serviços que eles proveem e a qualidade do preenchimento dos dados pelas equipes desses estabelecimentos, são aspectos que podem permitir a ocorrência de algum erro ou problemas de faturamento, os quais podem acabar por interferir nos dados das internações hospitalares. Também a eventual dupla ou tripla contagem de um 'mesmo paciente', em razão do sistema não identificar re-internações e transferências de outros hospitais. No entanto, as informações obtidas pelo SIH/SUS

parecem ser a única fonte de levantamento desses dados e identificação do perfil epidemiológico da morbidade em internações hospitalares.

Os dados socioeconômicos originados do IBGE, em alguns casos, não puderam ser utilizados em virtude de sua defasagem de apresentação. Nesta pesquisa, buscou-se a maior variedade possível de dados atualizados.

Acredita-se que o cruzamento de dados demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e de morbimortalidade proporciona uma visão mais sólida, crítica e respaldada para a construção de pareceres favoráveis ou desfavoráveis às ações de saúde e à utilização dos recursos públicos. Além de que o desenvolvimento de habilidades de coleta e de análise desses dados, destaca-se como algo que merece ser disseminado também entre os profissionais da saúde e representantes da gestão que participam dos processos decisórios, seja em reuniões de Comissões Intergestores Regionais (CIR), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou dos Conselhos Municipais ou Estadual de Saúde. Ou seja, a popularização dessas habilidades de coleta e análise de dados e publicização dos mesmos permite a instrumentalização dos profissionais ou dos representantes da população para o exercício efetivo de suas intervenções em prol das necessidades reais de cada município ou região. Fornece base sólida às ações de controle, monitoramento, avaliação e planejamento, reforçando a necessidade de atividades de prevenção e promoção da saúde.

Desse modo, é possível dizer que foram atendidos também os objetivos 3.2.3 e 3.2.4. O primeiro - Utilizar a opinião dos gestores municipais acerca do atendimento e das internações hospitalares aos idosos dos seis municípios para complementar o estudo, foi atendido no momento em que todas as análises qualitativas acerca dos dados quantitativos foram permeadas pelas próprias opiniões dos representantes dos gestores municipais, inferindo justificativas para os bons ou para os maus resultados encontrados nas ICSAP do ano de 2014 aos idosos munícipes da 10ª Região de Saúde. E, por último, além de todas as análises relacionadas às ações que podem ser desenvolvidas nos municípios para obter melhorias nos seus resultados de sua atenção à saúde, a construção coletiva do documento encaminhado ao Secretário Estadual de Saúde acabou por contemplar o segundo - Disponibilizar elementos que auxiliem a melhora do atendimento a idosos e a gestão das ações de Saúde, mesmo sabendo que as sugestões apresentadas na proposta ainda serão avaliadas pelo corpo técnico da Secretaria Estadual de Saúde e quiçá da equipe do Ministério da Saúde para, só depois saber-se se serão colocadas em prática ou não.

Considerando que a lista de condições sensíveis à Atenção Primária, de acordo com a revisão bibliográfica realizada, deve funcionar como um indicador de medidas indiretas do funcionamento e da capacidade resolutiva da Atenção Primária à saúde, este estudo pode ser de grande valia aos gestores envolvidos com a Atenção Básica, podendo funcionar como mais um balizador de sua qualidade, sendo incluído nas contribuições para a avaliação da implantação e da implementação das políticas de saúde. Inclusive, após convincentes contribuições do grupo focal acerca das ICSAP, houve a oportunidade de analisar-se o formato apresentado na atual Portaria nº 2.528/2006⁷, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a qual não vincula recursos financeiros para a viabilização das ações de Saúde, bem como não determina critérios de medida à efetividade de seu cumprimento. Desse modo, mesmo compreendendo que esta concepção é algo preliminar e que necessitaria de muito mais estudo para se contemplar todas as necessidades da pessoa idosa a serem previstas numa revisão da citada Portaria, ainda assim, foi considerada de suma relevância a apresentação à Secretaria Estadual de Saúde dos pontos discutidos durante este estudo, pois sabe-se que toda a ação em saúde exige a disponibilização de recursos. No entanto, não se pode perder de vista que toda a disponibilização de recursos deve estar atrelada ao cumprimento de metas e que deve estar permanentemente sob vigilância e controle, para melhor e constantemente poder atender seus objetivos-fim.

Nesse contexto, é possível constatar que a adoção de uma política mais abrangente e efetiva poderia trazer a possibilidade de redução de efeitos das complicações de saúde associadas ao próprio processo de envelhecimento, como as doenças crônicas, as possíveis falhas nas ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos, além do incremento da prevalência de doenças até então pouco exploradas na literatura, como as principais causas de gastos públicos. E, sobretudo, é interessante observar que, se não houver a elaboração de uma política de saúde focada nas especificidades da pessoa idosa e de todo o processo de envelhecimento humano, com bases sólidas, prevendo a organização do acesso ao sistema de saúde, incluindo a atenção básica, de média e alta complexidade, o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças pode deixar de ser uma oportunidade para a realização de ações resolutivas, passando a se tornar um entrave para a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS

Tratando-se da longevidade, há premência de investimentos na atenção especializada, principalmente no que se refere aos idosos fragilizados por problemas neuropsiquiátricos, considerando as demências. É preciso investir em saúde multidisciplinar, em educação para o idoso, familiares e profissionais da saúde, priorizando a Atenção Primária e Secundária.

Na atenção domiciliar é importante investir na atenção à fase final da vida do idoso, incluindo os cuidados paliativos, prevenindo assim re-internações hospitalares e viabilizando um 'processo de morrer digno', com presença da família, mediante suporte e valorização ao entendimento de que a morte deve acontecer 'mais no domicílio do que no hospital'. Nesse contexto, atualmente depara-se com a ausência de serviço de verificação de óbitos domiciliares, outro assunto que emergiu nas discussões do grupo focal, salientando que um dos artigos da Portaria nº 825/2016 prevê este atendimento durante as 24 horas diárias, nos sete dias da semana e fortalecendo assim a necessidade de revisão dos critérios de financiamento desta Portaria para que aumente a adesão à mesma pelas gestões municipais.

Ademais, é relevante ponderar que, dentre tantas abordagens apresentadas pelos gestores municipais e/ou seus representantes, na parte qualitativa do estudo, durante os encontros do grupo focal, foi possível constatar que as Resoluções e Portarias existentes atualmente, para o aporte de recursos financeiros consideram ações de saúde específicas, sem vincular, no entanto, a possibilidade de cobertura para pagamentos de recursos humanos necessários à realização de tais ações. Sendo assim, as gestões municipais ficam 'engessadas' e, diante da Lei de Responsabilidade Fiscal, inviabilizadas de utilizar os recursos financeiros previstos nessas legislações.

Estudos futuros poderiam investigar como estão sendo utilizados os recursos públicos, considerando os agravos apresentados pela população idosa. Sempre partindo da investigação epidemiológica, investigar processos de avaliação da educação em saúde, tanto para os usuários do SUS, quanto para a equipe multiprofissional, que necessita estar permanentemente atualizada acerca das especificidades inerentes ao público idoso.

Novos estudos podem apresentar sugestões de revisão à Política Nacional da Pessoa Idosa⁷, contemplando amplamente as necessidades de acompanhamento em

saúde da pessoa idosa e, quiçá, de todo o ciclo de vida da população. Como possíveis sugestões, após a realização do estudo, destacam-se:

1. como complemento a essa pesquisa, que sejam realizados também estudos longitudinalmente, para comparar a evolução da atenção à saúde na Região 10;
2. que sejam realizados também estudos longitudinalmente, para comparar as regiões de saúde, demonstrando as diferenças entre os municípios do interior do estado e os municípios da região metropolitana;
3. que os gestores promovam alguma preparação técnica para os profissionais responsáveis pelos lançamentos de dados nos sistemas públicos de informações;
4. que seja incentivada a utilização dos protocolos de atendimentos e tratamentos clínicos e cirúrgicos, em prol da melhor assistência aos usuários do SUS e da racionalização dos custos;
5. que sejam estimuladas ações desenvolvidas conjuntamente entre Secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social, pois juntas conseguem melhor visualizar situações de maior risco que são encontradas em cada localidade, e conseguem intervir com maior eficácia e eficiência, levando em conta conceitos da Educação Permanente;
6. que sejam incentivados, como ferramentas de gestão, estudos comparativos entre situações de saúde e doença, como de frequência de ICSAP, como o presente estudo; por diferenças de localidade, com semelhanças/diferenças entre suas realidades; por diferenças de morbimortalidade, cobertura vacinal, cobertura de atendimento e outros itens a serem examinados, em diferentes períodos de tempo;
7. que toda a ação implantada seja acompanhada da identificação de sua fonte de recursos financeiros, bem como mantenha-se a obrigatoriedade de monitoramento por critérios de avaliação pré-definidos;
8. que seja ampliado o vínculo do idoso à suas Unidades Básicas de Saúde ou Equipes de saúde da Família, bem como seja mais sistematizado o registro e a adequada orientação aos usuários nos encaminhamentos de referência e contrarreferência entre a atenção básica, de média e alta complexidade em saúde;

8. que os representantes da comunidade possam se apropriar das informações epidemiológicas e de morbimortalidade, relacionando-as com as condições socioeconômicas, para fins de poder, efetivamente, participar, com discernimento, do processo decisório para a aplicação dos recursos, em associações, ONGs, representantes políticos e outras formas de exercer sua cidadania; e

9. que seja exigida uma qualificação e formação mínima aos profissionais incluídos como gestores nas Secretarias Municipais de Saúde.

Lembrando do incentivo aos hábitos de vida com mais qualidade e mais saudável, que devem perpassar em metodologias que efetivamente conduzam a população à uma melhor conscientização nesse sentido, ressalta-se a parcela de responsabilidade de cada um sobre o seu próprio processo de envelhecimento, além das responsabilidades dos municípios, Estado e União.

REFERÊNCIAS

1. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(1):231-8.
2. Peixoto SV, Giatti L, Afradique ME, Lima-Costa MF. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2004;13(4):239-46.
3. Veras RP. Brazil is getting older: demographic changes and epidemiological challenges. *Rev Saude Publ*. 1991;25(6):476-88.
4. Kummer SS. Análise comparativa dos custos de internações hospitalares de idosos, pelo SUS, em municípios com diferentes realidades de renda média domiciliar per capita [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS; 2014.
5. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*. 2007;4:135-40.
6. Schramm JMDA, Oliveira AF De, Leite IDC, Valente JG, Gadelha ÂMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2004;9(4):897-908.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2006 out 20 [acesso em 2016 Jan 14] Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria_2528.pdf
8. Borges Filho JC. Dicas para o cuidador de idoso portador de demência. In: Terra NL, Ferreira AJ, Tacques CO, Machado LR, organizadores. *Envelhecimento e suas múltiplas áreas do conhecimento*. Porto Alegre: Edipucrs; 2016. p. 199 - 203.
9. Andrade AD. Idosos ativos, idosos saudáveis [dissertação]. Lisboa: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa; 2013.
10. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Organização Mundial da Saúde. Suíça, 2012.
11. Brasil. Centro Internacional de Longevidade Brasil. *Envelhecimento Ativo: Um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil); 2015.
12. Bloom D. 7 Billion and counting. *Science*, 2011;333(6042):562-69.
13. Rechel B, Doyle Y, Grundy E, McKee M. How can health systems respond to population ageing? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies; 2009.

14. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro [Internet]. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar; 2013 [acesso em 2013 Out 13]. Disponível em: https://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/939_envelhecimentopop2013.pdf
15. Kaye HS, LaPlante MP, Harrington, C. Do noninstitutional long-term care services reduce Medicaid spending? Health Aff (Millwood). 2009;28(1):262-72.
16. Brasil. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2002 Abr 16 [acesso em 2015 Out 13]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2011 Ago 25 [acesso em 2015 Out 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm../2011/prt2029_24_08_2011.html.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2016 Abr 26 [acesso em 2016 Nov 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
19. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Número de municípios do Rio Grande do Sul [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão [acesso em 2016 Out 23]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?lang=&sigla=rs>
20. Brasil, Casa Civil. Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 2000 Mai 05 [acesso em 2015 Jun 07]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm
21. Brasil, Casa Civil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de jul de 1993; e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 2012 Jan 16 [acesso em 2012 Mar 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm.
22. Brasil, Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos – SIOPS. Cálculo do Percentual de Recursos Próprios Aplicados em Saúde conforme Lei Complementar 141.[Internet]. Brasília:

- Ministério da Saúde [acesso em 2017 Jan 10]. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/rel_perc_LC141.php?e=2
23. Brasil, Governo Federal. Portal Brasil. Programa de atendimento médico domiciliar já atende em 20 estados brasileiros. [Internet]. Brasília: Governo Federal. 2014 Jul 29 [acesso em 2016 Dez 28]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/11/programa-de-atendimento-medico-domiciliar-ja-atende-em-20-estados-brasileiros>.
 24. Gonçalves AF. Desospitalização: Apenas redução de custos ou reflexo da qualidade da assistência? Webartigos, 2010 Jul 19. [acesso em 2017 Jan 23]. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/desospitalizacao-apenas-reducao-de-custos-ou-reflexo-da-qualidade-da-assistencia/43029/>
 25. Mamon J, Steinwachs DM, Fahey M, Bone LR, Oktay J, Klein L. Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home. *Health Serv Res.* 1992;27(2):155-75.
 26. Miasso AI, Cassiani SHB. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. *Rev. esc. enferm. USP.* 2005;39(2):136-44.
 27. Guedes JC, Mateus RM, Kalinke LP et al. Monitoramento de enfermagem após a alta hospitalar. *Boletim de Enfermagem, Paraná.* 2008., v.1, p.72-81.
 28. Souza LB. A importância da leitura para a formação de uma sociedade consciente. In: Encontro Nacional de Pesquisa da Informação (VII CINFORM); Salvador: Casa Publicadora; 2007. p. 1.
 29. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
 30. Brasil. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Legislação Federal e Estadual do Sistema Único de Saúde Porto Alegre: Conselho Estadual de Saúde; 2000. p. 22–41.
 31. Schneider A, Peralta JA, Peruzzo NA, Both V. O direito humano à saúde e o seu subfinanciamento. Passo Fundo: IFIBE/CEAP; 2010.
 32. Brasil, Casa Civil. Lei Federal nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Diário Oficial da União. 2011 Abr 29; Seção 1. p. 1. [acesso em 2012 Jun 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm.
 33. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2011 jun 29 [acesso em 2012 Jun 23]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto>

34. Brasil, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Oficina Pré-Congresso: Construindo e operando o pacto pela saúde no município. XXIII Congresso CONASEMS [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde [acesso em 2011 Jun 26]. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/files/dia27/Of2ConstruindoMinisterioSaude02.pdf>.
35. Brasil. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. In: Legislação Federal e Estadual do Sistema Único de Saúde. Porto Alegre: Conselho Estadual de Saúde; 2000. p. 42-44.
36. Brasil, Casa Civil. Lei Complementar nº 131, de 27 de maio de 2009. Acrescenta dispositivos à Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios [Internet]. Diário Oficial da União. 2009 mai 28 [acesso em 2012 Jun 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp131.htm.
37. Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. In: Legislação Federal e Estadual do Sistema Único de Saúde. Porto Alegre: Conselho Estadual de Saúde; 2000. p. 16-19.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro; 2013 Sep 25 [acesso em 2015 Abr 17]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html
39. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2006 Feb 23 [acesso em 2012 Jun 23]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.
40. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 2003 out 3. [acesso em Jun 27]. Disponível em: http://www.comprev.org.br/banco_imagens/estatutodoidoso.pdf.
41. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [Internet]. Diário Oficial da União. 2007 jan 31. Seção 1, p. 45 [acesso em 2012 Jun 23]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20204.pdf>.
42. Brasil, Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2012 Jun 23]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume3.pdf>.

43. Brasil, Departamento de Atenção Básica. Atenção básica: saúde da família [Internet]. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2012 [acesso em 2012 Jun 19]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>.
44. Brasil, Ministério da Saúde. Metas e composição da parte II do contrato organizativo de ação pública organizativo de ação pública [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2013 Jun 30]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_marco12.pdf.
45. Brasil, Ministério da saúde. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2013/2015 (indicadores 30b e 53) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2ª edição; 2014 (páginas 76; 115)
46. Wikipédia. Ministério das Cidades. [Internet]. 2012 [cited 2012 Jun 23]. Available from: http://pt.wikipedia.org/wiki/Ministério_das_Cidades
47. Barbosa R. CGP Consultoria - Consultoria de Processos On-line, em 07 de outubro de 2009. A obrigatoriedade do estado no fornecimento de medicamentos. [Internet]. 2009 [acesso em 2012 Jun 27]. Disponível em: <http://www.cgpconsultoria.com.br/blog/aobrigatoriedade-do-estado-no-fornecimento-de-medicamentos/>.
48. Aith F. Curso de Direito Sanitário. São Paulo: Quartier Latin, 2007.
49. Aranha M, compiler. Direito sanitário e saúde pública: coletânea de textos. Vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
50. Brasil, Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde [Internet]. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1986. p. 379-389 [acesso em 2012 Jun 23]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.
51. Aith F, Saturnino LT, Diniz MG, Monteiro TC, compilers. Direito sanitário. saúde e direito, um diálogo possível. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; 2010.
52. Santana E. Controle Social: é dever do Cidadão [Internet]. Portal do Controle Social; 2011 Fev 23 [acesso em 2012 Jun 23]. Disponível em: <http://controlesocialdesarandi.com.br/controle-social/controle-social-e-dever-do-cidadao/>.
53. Bobbio N. O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo. 6th ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
54. Ferreira AB. Minidicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 3rd ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1993. Custo; p. 159.
55. Moderno dicionário de língua portuguesa Michaelis [Internet]. Editora Melhoramentos. 2009 Custo [acesso em 2012 Jun 17]. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=CUSTO>

56. Brasil. Manual técnico operacional do sistema de informações hospitalares. Módulo I: Orientações técnicas. Versão 01.2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
57. Levcovitz E, Pereira TR. SIH-SUS (Sistema AIH): uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil, 1983-1991. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1993.
58. Veras CMT, Martins MS. A confiabilidade dos dados nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saude Publica. 1994;10(3):339–55.
59. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 280, de 07 de abril de 1999 [Internet]. Diário Oficial da União. 1999 abr 8. [acesso em 2012 Mar 24]. Disponível em: sna.saude.gov.br/legisla/legisla/acomp/GM_P280_99aco mp.doc.
60. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 247, de 14 de julho de 2000 [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2000 Jul 17 [acesso em 2012 Mar 24]. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/albumina/SAS_P247_00albu_hu.doc
61. Brasil. Sistema de Informação Hospitalar (SIH) - Manual Técnico Operacional do Sistema. Brasília - DF: Ministério da Saúde; 2015 Jan; p. 46.
62. Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual de Saúde. Mapa dos municípios que compõe a 10ª Região de Saúde - 2ª Coordenadoria Regional de Saúde. [Internet]. Rio Grande do Sul: Secretaria Estadual de Saúde, 2015. [acesso em 2015 Mar 13]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/lista/159/2%C2%AA_CRS_%28Porto_Alegre%29
63. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 Abr 17 [acesso em 2015 Nov 24]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html
64. Bardin Lawrence. Análise de Conteúdo. 4 ed. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2014.
65. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde; 1996 Out 10 [acesso em 2015 Abr 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html
66. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Exclui partes do texto da Res. nº 196, de 10 de outubro de 1996 e incorpora novas normas relacionadas ao desenvolvimento de pesquisas com humanos. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde; 2012 Dez 12 [acesso em 2015 Abr 18]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
67. Brasil. Departamento de Informática do SUS. Indicadores do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2015 – Rio Grande do Sul – Indicadores Municipais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acesso em 2017 Feb 13].

- Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapmunrs.def>
68. Brasil, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. PIB per capita do município de Alvorada [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão [acesso em 2016 Mar 23]. Disponível em: -
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=430060&search=rio-grande-do-sul|alvorada>
 69. Brasil, Departamento de Informática do SUS. Renda média domiciliar per capita – Rio Grande do Sul [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acesso em 2016 Mar 12]. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/rendars.def>.
 70. Brasil, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Informações em Saúde Suplementar – ANS Tabnet. Beneficiários por município. [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2015 Jul 11]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_br.def
 71. Brasil, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. PIB per capita do município de Cachoeirinha. [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão [acesso em 2016 Mar 23]. Disponível em:
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=430310&search=rio-grande-do-sul|cachoeirinha>
 72. Brasil, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. PIB per capita do município de Gravataí. [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão [acesso em 2016 Mar 23]. Disponível em:
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=430920&search=rio-grande-do-sul|gravatai>
 73. Prefeitura de Porto Alegre. Plano Municipal do idoso é validado por gestores. [Internet]. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre. 2015 Nov 11. [acesso em 2016 Dez 28]. Disponível em:
http://www2.portoalegre.rs.gov.br/smpeo/default.php?p_noticia=182362&PLANO+MUNICIPAL+DO+IDOSO+E+VALIDADO+POR+GESTORES
 74. Rehem TCMSB, Egry EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. Ciênc. Saúde coletiva. 2011; 16(12):4755-4766.
 75. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. Rev Saúde Pública. 2003;37(3):364-71.
 76. Rizzolli D, Surdi, AC. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2010;13(2):225-233.

77. Brasil, Departamento de Informática do SUS. População idosa residente Rio Grande do Sul [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acesso em 2015 Ago 29]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptrs.def>
78. Gerard ML, Bernard FC. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.
79. Kanso S, Romero DE, Leite IC, Marques A. A evitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte. Cad Saude Publ. 2013;29(4):735-48.
80. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005, p. 15.
81. Almeida NDV. Considerações acerca da incidência do estresse em motoristas profissionais. Revista de Psicologia. 2010; 1(1); 75-84.
82. Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. Estratégia Saúde da Família: Uma inovação tecnológica em saúde. Revista Texto Contexto Enferm. 2015; 24(2): 584-92.
83. Soares SM, Ferraz AF. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. Esc Anna Nery R Enferm. 2007;11(1):52-7.
84. Menezes KKP, Avelino PR. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. Cad. Saúde Colet. 2016; 24(1):124-30.
85. Silva SED, Vasconcelos EV, Padilha MICS, Martini JG, Backes VMS. A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. Esc Anna Nery. 2007;11(4):699-705.
86. Brasil, Departamento de Informática do SUS. População residente Rio Grande do Sul [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acesso em 2015 Ago 29]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptrs.def>
87. Brasil, Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos – SIOPS. Receitas e Despesas.[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acesso em 2017 Jan 10]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/consvaloresmunicipio.php>
88. Brasil, Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta Leitos.[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acesso em 2016 Jan 10]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp
89. Brasil, Departamento de Informática do SUS. Dados das internações hospitalares dos idosos pelo SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2015 Nov 23]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>

90. Brasil, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. PIB per capita do município de Glorinha. [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão [acesso em 2016 Mar 23]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=430905&search=rio-grande-do-sul|glorinha>
91. Brasil, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. PIB per capita do município de Porto Alegre. [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão [acesso em 2016 Mar 23]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431490&search=rio-grande-do-sul|porto-alegre>
92. Brasil, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. PIB per capita do município de Viamão. [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão [acesso em 2016 Mar 23]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=432300&search=rio-grande-do-sul|viamao>
93. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. [Internet]. Diário Oficial da União. 1996 nov 6, Seção 1, p. 22.932. [acesso em 2015 Jun 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html
94. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. [acesso em 2015 Jun 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html
95. Brasil, Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos – SIOPS. Consulta por Unidade Executora. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acesso em 2017 Jan 10]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/6117-dados-informados-municipios>)
96. Teixeira C. Os princípios do Sistema Único de Saúde [Internet]. 2011. p. 1 -10. [acesso em 2015 Jun 12]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf.
97. Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual de Saúde. Resolução CIB/RS nº 246, de 05 de junho de 2017. [Internet]. Diário Oficial do Estado. 2017 Jun 08 [acesso em 2017 Out 17]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/08113216-cibr246-17.pdf>
98. Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Organograma. Alta complexidade [Internet]. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul; 2006-2010 [acesso em 2015 Jun 02]. Disponível em <http://www1.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=24077>

99. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução CIB/RS nº 216, de 14 de julho de 2010. [Internet]. Diário Oficial do Estado. 2010 jul 27.[acesso em 2016 Mar 13]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170228/23102818-1340215994-cibr216-10.pdf>
100. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução CIB/RS nº 39, de 22 de fevereiro de 2016.[Internet]. Diário Oficial do Estado. 2016 Fev 24 [acesso em 2016 Out 30]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170217/23111702-1456321837-cibr039-16.pdf>
101. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução CIB/RS nº 112, de 30 de abril de 2010.[Internet]. Diário Oficial do Estado. 2010 mai 18 [acesso em 2016 Apr 30]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170226/23102631-1340210979-cibr112-10.pdf>
102. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2006 mar 29 [acesso em 2012 Nov 08]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>.
103. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 117, de 10 de abril de 2000 [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2000 Abr 11 [acesso em 2013 May 12]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/PT-117.html>.
104. Brasil. Manual técnico operacional do sistema de informações hospitalares. Módulo I: orientações técnicas. Versão 01.2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
105. Ludwig MWB, Muller MC, Redivo LB, et al. Psicodermatologia e as intervenções do psicólogo da saúde. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. 2008; 16(1): 37-42.
106. Ludwig MWB, Oliveira MS, Muller MC, et al. Localização da lesão e níveis de stress em pacientes dermatológicos. *Estud Psicol*. 2008; 25(3): 343-352.
107. Hoffmann FS, Zogbi H, Fleck P, Müller MC. A integração mente e corpo em psicodermatologia. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2005; 7(1): 51-60
108. Loyola Filho AI, Matos DL, Giatti L, et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv.Saúde*. 2004; 13(4) : 229–238
109. Santos VR, Maia CS, Diniz CG, et al. Morbimortalidade de usuários de um plano privado de saúde de Belo Horizonte. *R Enferm Centro O Min*. 2013;3(3):788-796
110. Teixeira CO. Redução de Custos: Uma Realidade na Internação Domiciliar. [Internet]. *Webartigos*, 2011 abr 12. [acesso em 2015 Jun 12]. Disponível em:

<http://www.webartigos.com/artigos/reducao-de-custos-uma-realidade-na-internacao-domiciliar/63570/>

111. Jencks SF, Willians MV, Coleman EA. Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program. *N Engl J Med*. 2009; 360(14), 1418-28.
112. Silva KL, Sena R, Leite JCA. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):391-7.
113. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro [Internet]. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar; 2013. P. 1 – 110. Disponível em: https://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/939_envelhecimentopop2013.pdf.

APÊNDICES

Apêndice A
Esboço dos elementos coletados no questionário

Pseudônimo (Como gostaria de ser identificado ao longo da pesquisa? Flor, planta, mineral, pedra preciosa...?): _____ **Idade:** _____

Gênero: _____ **Formação:** _____

Cargo: _____

Município: _____

Trajatória na área da saúde: _____

Há quanto tempo está no cargo? _____

1. Como está estruturada a atenção à saúde do idoso em seu município?

2. Rede de atenção à saúde, no município (atenção primária, média e alta complexidade):

2.1 Quantas Unidades Básicas de Saúde - UBS existem? _____

2.2 Quantas Unidades de Saúde da Família - USF? _____

2.3 Quantas Unidades de Pronto Atendimento – UPAs? _____

2.4 2.4 UPA específica ao atendimento do idoso? _____

2.5 Existe outra Unidade específica para atendimentos a idosos?

2.6 Quantas Unidades de Atenção Especializada? _____

2.7 Quantos Centros de Atenção Psicossocial – CAPSII? _____

2.8 Quantas Instituições de Longa Permanência - ILPI (públicas)? _____

2.9 Quantas Instituições de Longa Permanência - ILPI (privadas)? _____

2.10 Quantas Instituições asilares (públicas)? _____

2.11 Quantas Instituições asilares (privadas)? _____

2.12 Alguma Organização Não Governamental–ONG, dedicada às questões da pessoa idosa?

2.13 Quantos hospitais? _____

2.14 Nos hospitais, existem leitos direcionados à população idosa?

2.15 Existe alguma outra Instituição de assistência ao idoso, em seu município, que não tenha citada nos itens anteriores?

2.16 Outras Instituições de atenção aos idosos, não situada dentro do município, mas que funciona como serviço de referência?

2.17 É realizada a internação domiciliar? Como é que isso funciona?

3. Quanto ao número de atendimentos realizados à pessoa idosa, durante o ano de 2014:

3.1 Na atenção básica (consultas médicas/outros profissionais de nível superior - Código SIA/SUS 030101)? _____

3.2 Na atenção especializada (atendimento em geriatria - Código SIA/SUS 030109)? _____

3.3 Na atenção domiciliar (Código SIA/SUS 030105)? _____

4. Na sua gestão, o que já foi feito em relação à saúde do idoso, no município?

5. Quais as ações previstas no Plano Municipal de Saúde de seu município para privilegiar a atenção à saúde do idoso, nos próximos anos?-

6. Quais os programas de saúde dirigidos à pessoa idosa adotados pelo seu município (academia de saúde e outros...)?

7. Diante das negociações em andamento com o Estado e União, para a ampliação/construção de leitos hospitalares em seu município:

7.1 Qual a previsão atual para que a implantação dos leitos se efetive?

7.2 Existe alguma previsão de leitos específicos para a pessoa idosa?

7.2 Quantos leitos foram previstos para a ampliação/construção em seu município?

7.3 O Município possui gerência na determinação da especificidade dos leitos a serem implantados?

7.4 Qual a previsão de custeio para a manutenção dos novos leitos (origem dos recursos)?

7.5 Existem garantias de que a administração dos novos leitos disponíveis no município esteja inserida nas práticas de linhas de cuidado? Que esteja disponível para ser integrada aos programas de saúde propostos pelo governo federal, estadual ou municipal?

8. Gostaria de acrescentar outras informações relevantes, no que tange a atenção à saúde das pessoas idosas ou em relação à ampliação de leitos em seu Município?

Desde já agradecemos sua participação!

Simone Stochero Kummer

Claus Dieter Stobäus

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar de nossa pesquisa, intitulada “Internações Geriátricas e Opiniões dos Gestores Municipais da Região Metropolitana de Porto Alegre: Considerações sobre os Programas de Saúde direcionados a idosos”. A pesquisa está sendo supervisionada/orientada pelo Professor Claus Dieter Stobäus e tem por objetivo comparar internações hospitalares de idosos residentes de seis municípios da região metropolitana de Porto Alegre - Região 10/RS, complementando com opiniões de seus gestores, para elencar elementos que auxiliem a melhora desse atendimento e a gestão dos programas de saúde.

Sua participação ou de outros profissionais colaboradores de sua gestão, os quais poderá nomear para participação nessa entrevista, que tenham conhecimento em relação à atenção à saúde da pessoa idosa em seu município, é muito importante, pois complementa e agrega para a análise dos dados encontrados, e consiste em participar de uma entrevista, cujo roteiro será entregue antecipadamente, por escrito, bem como sua participação em grupos focais, em que serão discutidas questões relacionados ao tema da pesquisa. Os resultados da pesquisa e dos encontros dos grupos focais serão gravados, transcritos e devolvidos para correções em cada reunião subsequente.

Na análise e publicação dos resultados do estudo, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção e divulgação de conhecimento científico. Você assinará as duas vias desse TCLE e receberá uma delas.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora, fone (51) 9967-5945 ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (Av. Ipiranga, nº 6.681 – Prédio 40 – sala 505 – Porto Alegre), fone (51) 3320- 3345. O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS atende de segunda a sexta-feira, de manhã, das 8h30min às 12h e, de tarde, das 13h30min às 17h.

Estamos gratos pela sua participação.

Porto Alegre, ... de de 2015.

Simone Stochero Kummer Pesquisadora

Claus Dieter Stobäus Professor Orientador

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Gravataí, de de 2015.

XXXX
Secretaria da Saúde
XXXX (de cada município em estudo)

ANEXOS

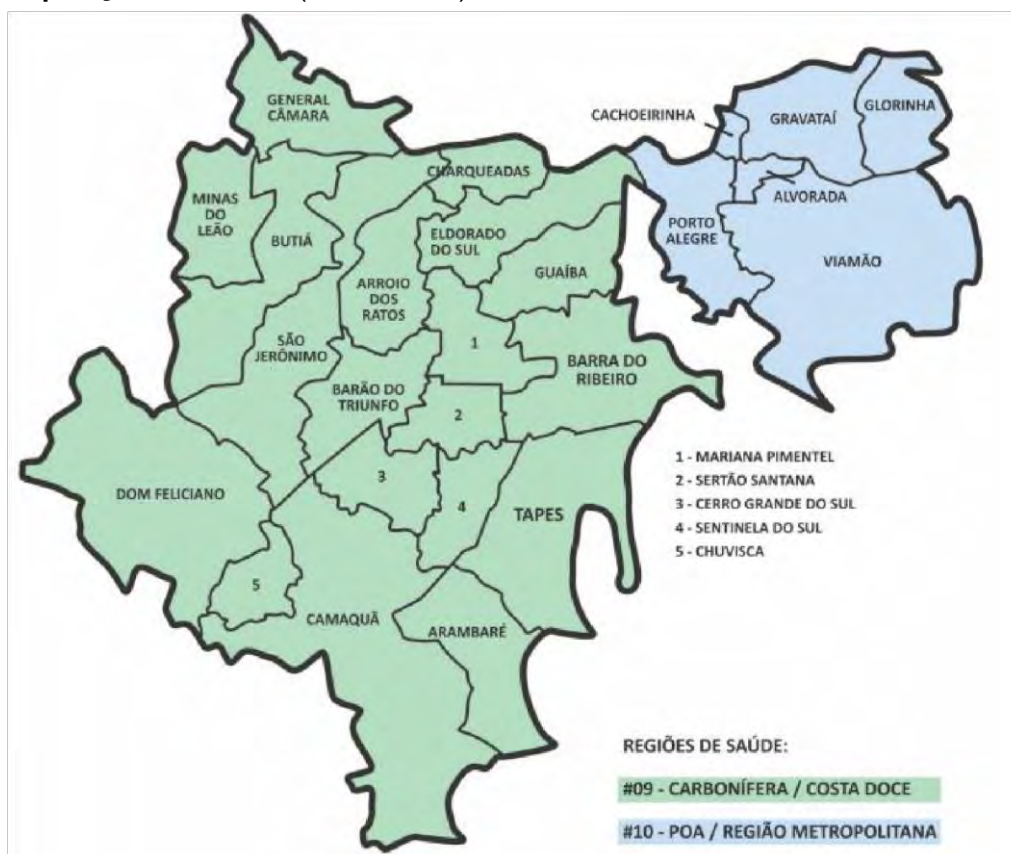
Anexo A

Mapa 2ª Coordenadoria Regional de Saúde - 10ª Região de Saúde

2ª CRS (Porto Alegre)

Municípios (25): Alvorada, Arambaré, Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Butiá, Cachoeirinha, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Chuvisca, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, General Câmara, Glorinha, Gravataí, Guaíba, Mariana Pimentel, Minas do Leão, Porto Alegre, São Jerônimo, Sentinela do Sul, Sertão Santana, Tapes e Viamão.

População: 2.609.412 (Censo 2010)



10ª Região de Saúde – Região Metropolitana de Porto Alegre: composta pelos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde⁵⁸

Anexo B

Tabela: Frequência das Internações Hospitalares dos Idosos de Alvorada

Classificação Internacional de Doenças - CID 10			Alvorada				
Capítulo	Códigos	Título	60-64 ^a	65-69a	70-74a	75-79a	80 e + a
I	<u>A00-B99</u>	Algumas doenças infecciosas e parasitárias					
II	<u>C00-D48</u>	Neoplasmas (tumores)					
III	<u>D50-D89</u>	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários					
IV	<u>E00-E90</u>	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas					
V	<u>F00-F99</u>	Transtornos mentais e comportamentais					
VI	<u>G00-G99</u>	Doenças do sistema nervoso					
VII	<u>H00-H59</u>	Doenças do olho e anexos					
VIII	<u>H60-H95</u>	Doenças do ouvido e da apófise mastóide					
IX	<u>I00-I99</u>	Doenças do aparelho circulatório					
X	<u>J00-J99</u>	Doenças do aparelho respiratório					
XI	<u>K00-K93</u>	Doenças do aparelho digestivo					
XII	<u>L00-L99</u>	Doenças da pele e do tecido subcutâneo					
XIII	<u>M00-M99</u>	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo					
XIV	<u>N00-N99</u>	Doenças do aparelho geniturinário					
XVIII	<u>R00-R99</u>	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte					
XIX	<u>S00-T98</u>	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas					
XX	<u>V01-Y98</u>	Causas externas de morbidade e de mortalidade					
XXI	<u>Z00-Z99</u>	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde					

Anexo C
Aprovação da Comissão Científica do IGG



SIPESQ
Sistema de Pesquisas da PUCRS



Código SIPESQ: 6573

Porto Alegre, 16 de junho de 2015.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "INTERAÇÕES GERIÁTRICAS E OPINIÕES DOS GESTORES MUNICIPAIS DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE: CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PROGRAMAS DE SAÚDE DRECIONADOS A IDOSOS" coordenado por CLAUS DIETER STOBANUS. Caso este projeto necessite apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e/ou da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP/CEUA, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

Anexo D
Aprovação do CEP

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERNAÇÕES GERIÁTRICAS E OPINIÕES DOS GESTORES MUNICIPAIS DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE: CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PROGRAMAS DE SAÚDE DIRECIONADOS A IDOSOS

Pesquisador: claus dieter stobaus

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 47840515.6.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.329.873

Apresentação do Projeto:

Estudo transversal com dados colhidos no banco de dados DATASUS, documentos dos Programas de Saúde, complementado com análise de entrevistas semi-estruturadas e encontros complementares com os gestores e/ou representantes técnicos no que tange a atenção à saúde do idoso dos municípios em estudo, por tratar-se de realidades diferentes em cada município, constituindo um grupo focal para discutir possibilidades viáveis de melhorias na ofertada pela região 10 / 2ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Comparar internações de idosos de municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, complementando com opiniões de seus gestores, para elencar elementos que auxiliem a melhora desse atendimento e a gestão dos Programas de Saúde.

Objetivo Secundário:

3.2.1 Identificar custos e frequência de internações hospitalares de idosos residentes dos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão, obtidos do DATASUS. 3.2.2 Comparar custos e frequência de internações hospitalares dos municípios analisados. 3.2.3 Identificar programas de saúde existentes nos municípios que contemplem ações

Básicas do Projeto	ETO_550549.pdf	13:40:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	sipesqok.pdf	11/11/2015 13:39:17	claus dieter stobaus	Aceito
Orçamento	orcamentoassinadopesquisadores.pdf	11/11/2015 13:30:49	claus dieter stobaus	Aceito
Outros	carta10novembro.pdf	11/11/2015 13:27:03	claus dieter stobaus	Aceito
Outros	carta.docx	17/10/2015 07:30:58	claus dieter stobaus	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	sipesq.pdf	15/09/2015 16:28:49	claus dieter stobaus	Aceito
Outros	lattes.pdf	03/08/2015 15:09:51		Aceito
Outros	orçamento assinado.pdf	03/08/2015 15:05:05		Aceito
Outros	carta aprovação comissão científica.pdf	07/07/2015 14:46:13		Aceito
Outros	Carta Secretário Adjunto Assinada.jpg	06/07/2015 17:48:00		Aceito
Outros	Cronograma.pdf	06/07/2015 17:47:11		Aceito
Outros	Orçamento.pdf	06/07/2015 17:46:53		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/07/2015 17:46:22		Aceito
Folha de Rosto	20150706164332528[1].pdf	06/07/2015 17:45:24		Aceito

Todas as pendências foram atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 19 de Novembro de 2015

Assinado por:
Rodolfo Herberto Schneider
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@puccrs.br

Anexo E

Aprovação do CEP – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

 Prefeitura de Porto Alegre <small>Secretaria Municipal de Saúde</small>	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/ SMSPA	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: INTERNAÇÕES GERIÁTRICAS E OPINIÕES DOS GESTORES MUNICIPAIS DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE: CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PROGRAMAS DE SAÚDE DIRECIONADOS A IDOSOS-		
Pesquisador: claus dieter stobaus		
Área Temática:		
Versão: 2		
CAAE: 54825316.2.0000.5338		
Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 1.561.191		

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal com dados colhidos no banco de dados DATASUS, documentos dos Programas de Saúde, complementado com análise de entrevistas semi-estruturadas e encontros complementares com os gestores e/ou representantes técnicos no que tange a atenção à saúde do idoso dos municípios em estudo. Considerando as realidades diferentes em cada município, será constituído um grupo focal para discutir possibilidades viáveis de melhorias na ofertada pela região 10 / 2ª Coordenadoria Regional de Saúde. Serão construídas planilhas que possibilitem a descrição de dados, com os padrões diferenciais dos seis municípios, de acordo com a descrição que segue:

- No computador a ser utilizado para a pesquisa, serão baixados os arquivos do SIH/SUS, referentes à produção hospitalar do Estado do Rio Grande do Sul, de janeiro a dezembro de 2014.
- Será baixado o instrumento de tabulação TABWIN, para a devida seleção dos dados pertinentes à pesquisa. O TABWIN é um aplicativo, tabulador, desenvolvido pelo DATASUS/MS para ser utilizado nas bases de dados do SUS.
- Serão realizados todos os levantamentos, separadamente, por parâmetro e por município de residência em Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão.
- Valor total das internações hospitalares dos idosos, por blocos de faixa etária.

- Frequência das internações hospitalares dos idosos, por blocos de faixa etária.
- Tempo de permanência nas internações hospitalares dos idosos, por blocos de faixa etária.
- Será organizada uma planilha contendo os dados dos seis municípios, em um programa Excel no formato de banco de dados, para facilitar a visualização e posterior análise

comparativa das informações coletadas. Os referidos blocos de faixa etária, agrupam os idosos em estudo na composição de intervalos de 5 em 5 anos de idade: dos 60 aos 64 anos; dos 65 aos 69 anos; dos 70 aos 74 anos; dos 75 aos 79 anos; e com 80 anos. Para fins de entendimento deste processo de coleta de dados, faz-se relevante detalhar alguns conceitos e funcionalidades relacionadas ao DATASUS, SIH/SUS E TABWIN, conforme segue:

DATASUS é o departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil, que disponibiliza informações que podem ser utilizadas em fortalecimento à tomada de decisões no processo de gestão da saúde pública, formatando análises baseadas em evidências, que podem justificar o emprego dos recursos públicos e a elaboração de programas de ações em saúde. O DATASUS contempla informações relacionadas à morbi-mortalidade, questões sanitárias, serviços de saúde e acesso a estes, qualidade da atenção, condições de vida, escolaridade, fatores ambientais, recursos financeiros, demográficos e socioeconômicos. Além de agregar as informações relacionadas ao Sistema de Saúde Suplementar. Para o faturamento de todas as Autorizações de Internação Hospitalar – AIH, fornecidas pelo Sistema Único de Saúde, o DATASUS disponibiliza o Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS. Os serviços próprios do SUS ou seus prestadores de serviços, enviam às secretarias municipais de saúde todos os dados exigidos no documento da AIH, mensalmente. Então, através do SIH/SUS, os prestadores de serviços receberão os recursos financeiros, referentes à produção apresentada ou contratualização efetivada. Da mesma forma, os gestores da saúde pública terão acesso à todas as informações elencadas na AIH, percebendo as principais causas das internações hospitalares, a relação dos procedimentos mais frequentes, o número de leitos utilizados pelo SUS, o tempo de permanência nas internações de cada hospital, por cada uma das especialidades, dentre outros dados então, que estas doenças tenham um manejo facilitado pelos mesmos referidos hábitos de vida saudável. No entanto, o aumento da frequência de internações geriátricas, automaticamente, remete ao entendimento de que talvez estes hábitos não estejam tão adequados assim, ou que as ações de promoção à saúde não estejam desempenhando um papel tão efetivo ou ainda que, possivelmente, as condições socioeconômicas estejam interferindo neste processo. O que se sabe é que existe legislação direcionada à atenção à saúde da pessoa idosa e existem programas de saúde. No entanto, é preciso identificar a efetiva realização dos pressupostos legislativos, do atendimento

personalizado a esse público específico, dentre as ações desenvolvidas em cada um dos municípios em estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Comparar internações de idosos de municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, complementando com opiniões de seus gestores, para elencar elementos que auxiliem a melhora desse atendimento e a gestão dos Programas de Saúde.

Objetivo Secundário:

- Identificar custos e frequência de internações hospitalares de idosos residentes dos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão, obtidos do DATASUS.
- Comparar custos e frequência de internações hospitalares dos municípios analisados.
- Identificar programas de saúde existentes nos municípios que contemplem ações de prevenção às patologias geradoras das internações hospitalares.
- Verificar a opinião dos gestores municipais acerca do atendimento e das internações hospitalares aos idosos nos seis municípios.
- Elencar elementos que auxiliem a melhora do atendimento a idosos e a gestão em Programas de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

"Os riscos são mínimos, somente decorrentes das entrevistas, que recordarão elementos do meio em que as pessoas estão inseridas e trabalhando."

Benefícios:

"Os benefícios serão relacionados à produção e divulgação de conhecimento."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador responsável Claus Dieter Stobaus

Instituição: PUCRS - Instituto de Geriatria e Gerontologia - IGG

Nível da pesquisa: Doutorado

Aluna: Simone Stochero Kummer

Local de realização: SMS e 2ªCRS (demais Municípios)

Número de participantes: 6

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados.

Recomendações:

Recomendamos apresentar os resultados do estudo à SMS de Porto Alegre.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o parecer de aprovação do CEP SMSPA no local de realização do estudo.

Enviar relatório parcial ou trabalho final ao término do estudo para o CEP SMSPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_891849.pdf	20/05/2016 09:32:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SMSPA.pdf	20/05/2016 09:31:50	claus dieter stobaus	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	04/04/2016 19:00:44	claus dieter stobaus	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_consentimento_2.pdf	04/04/2016 18:50:39	claus dieter stobaus	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_consentimento_1.pdf	04/04/2016 18:50:27	claus dieter stobaus	Aceito
Outros	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	04/04/2016 18:48:53	claus dieter stobaus	Aceito
Outros	Termo_da_Coordenacao.jpeg	04/04/2016 18:47:45	claus dieter stobaus	Aceito
Outros	termo_de_compromisso.pdf	04/04/2016 18:48:31	claus dieter stobaus	Aceito
Outros	formulario_4.pdf	04/04/2016 18:43:29	claus dieter stobaus	Aceito
Outros	formulario_3.pdf	04/04/2016 18:43:07	claus dieter stobaus	Aceito

Outros	formulario_2.pdf	04/04/2016 18:42:53	claus dieter stobaus	Aceito
Outros	formulario_1.pdf	04/04/2016 18:42:34	claus dieter stobaus	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1329873.pdf	04/04/2016 18:40:30	claus dieter stobaus	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_simone.pdf	04/04/2016 18:39:38	claus dieter stobaus	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	04/04/2016 18:37:58	claus dieter stobaus	Aceito
Cronograma	crono.pdf	04/04/2016 18:35:35	claus dieter stobaus	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 25 de Maio de 2016

Assinado por:
MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI
 (Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com

Anexo F Listagem de procedimentos - código CID10 I 20 – Angina Pectoris

Ministério da Saúde - MS
Secretaria de Atenção à Saúde
Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS

Procedimento x CID Principal

02.11.02.001-0	CATETERISMO CARDIACO
	1200 - Angina instável
	1201 - Angina pectoris com espasmo documentado
	1208 - Outras formas de angina pectoris
	1209 - Angina pectoris, não especificada
03.03.06.004-2	TRATAMENTO DE CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA
	1209 - Angina pectoris, não especificada
03.03.06.028-0	TRATAMENTO DE SINDROME CORONARIANA AGUDA
	1200 - Angina instável
	1201 - Angina pectoris com espasmo documentado
	1208 - Outras formas de angina pectoris
	1209 - Angina pectoris, não especificada
04.06.01.081-1	PLASTICA VALVAR C/ REVASCULARIZACAO MIOCARDICA
	1200 - Angina instável
	1208 - Outras formas de angina pectoris
	1209 - Angina pectoris, não especificada
04.06.01.092-7	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA C/ USO DE EXTRACORPOREA
	1200 - Angina instável
	1208 - Outras formas de angina pectoris
	1209 - Angina pectoris, não especificada
04.06.01.093-5	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA C/ USO DE EXTRACORPOREA (C/ 2 OU MAIS
	1200 - Angina instável
	1208 - Outras formas de angina pectoris
	1209 - Angina pectoris, não especificada
04.06.01.094-3	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA S/ USO DE EXTRACORPOREA
	1200 - Angina instável
	1208 - Outras formas de angina pectoris
	1209 - Angina pectoris, não especificada
04.06.01.095-1	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA S/ USO DE EXTRACORPOREA (C/ 2 OU MAIS
	1200 - Angina instável
	1208 - Outras formas de angina pectoris
	1209 - Angina pectoris, não especificada
04.06.01.120-6	TROCA VALVAR C/ REVASCULARIZACAO MIOCARDICA
	1200 - Angina instável
	1201 - Angina pectoris com espasmo documentado
	1208 - Outras formas de angina pectoris
	1209 - Angina pectoris, não especificada
04.06.03.001-4	ANGIOPLASTIA CORONARIANA

Procedimento x CID Principal

I200 - Angina instável
I201 - Angina pectoris com espasmo documentado
I208 - Outras formas de angina pectoris
I209 - Angina pectoris, não especificada
04.06.03.002-2 ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS
I200 - Angina instável
I201 - Angina pectoris com espasmo documentado
I208 - Outras formas de angina pectoris
I209 - Angina pectoris, não especificada
04.06.03.003-0 ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE STENT
I200 - Angina instável
I201 - Angina pectoris com espasmo documentado
I208 - Outras formas de angina pectoris
I209 - Angina pectoris, não especificada
04.06.03.006-5 ANGIOPLASTIA EM ENXERTO CORONARIANO
I200 - Angina instável
I201 - Angina pectoris com espasmo documentado
I208 - Outras formas de angina pectoris
I209 - Angina pectoris, não especificada
04.06.03.007-3 ANGIOPLASTIA EM ENXERTO CORONARIANO (C/ IMPLANTE DE stent)
I200 - Angina instável
I201 - Angina pectoris com espasmo documentado
I208 - Outras formas de angina pectoris
I209 - Angina pectoris, não especificada
06.03.05.010-7 CLOPIDOGREL 75MG (COMPRIMIDO)
I200 - Angina instável
I201 - Angina pectoris com espasmo documentado

Anexo G Seleção individual dos procedimentos - código CID10 I20 – Angina Pectoris

The screenshot shows the DATASUS web interface. The main heading is "Procedimentos hospitalares do SUS - por local de residência - Rio Grande do Sul". Below this, it specifies "Internações por Subgrupo proced. segundo Município" and lists the municipalities: Alvorada, Ivoti, and Porto Alegre. A detailed list of procedures (CID10 codes) is provided, including treatments for coronary artery disease, angioplasty, and stent implantation. The period is set to 2011.

Município	0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	0406 Cirurgia do aparelho circulatório	Total
TOTAL	836	1.500	2.336
430060 Alvorada	64	116	180
431080 Ivoti	5	10	15
431490 Porto Alegre	767	1.374	2.141

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

Notas:

1. Situação da base de dados nacional em 28/03/2013.
2. Dados de 2012 (até dezembro) e 2013 (até fevereiro) sujeitos a retificação.
3. A partir do processamento de junho de 2012, houve mudança na classificação da natureza e esfera/regime dos estabelecimentos. Até maio de 2012 estas informações estão disponíveis como "Natureza" e "Regime". A partir de junho de 2012, estão como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".

Consulte o site da [Secretaria Estadual de Saúde](#) para mais informações.

Fonte: KUMMER (2015, p. 118)⁴

Anexo H Tabela: Ações citadas como necessárias pelos representantes das gestões municipais, dos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre – Região 10 de Saúde sendo classificadas em blocos de enquadramento

Quantidade citações	Códigos	Ações citadas como necessárias pelos representantes da gestão municipal dos municípios da região metropolitana de POA Região 10 de Saúde - RS	Blocos de enquadramento	
24	AL	Ampliar ESF (AL). Busca da implantação da ESF (CX). Dentre os municípios da Região 10 de Saúde, Glorinha é o único que não possui a ESF, bem como não possui	Recursos financeiros - Aumento da oferta de serviços AB	a1
4	AN	Captação dos idosos acamados (AN); realizar visita domiciliar para garantir a adesão ao tratamento (AN)	Aumento da oferta de serviços AB	a1
2	DU	Ampliar o número de ACS (DU). A equipe de saúde, acredita que a implantação da ESF, com a atuação dos ACS, haveria ainda grande melhora na atenção à saúde	Recursos financeiros - Aumento da oferta de serviços AB	a1
1	CL	pois sabe-se que os problemas respiratórios agravam-se no período noturno (CL)	Aumento da oferta de serviços AB	a1
1	CM	Ampliação de horários de atendimento em algumas unidades, com o programa inverno gaúcho (CM)	Aumento da oferta de serviços AB	a1
1	CO	Ofertar maior número de consultas multiprofissionais (CO)	Aumento da oferta de serviços AB	a1
1 + 1	CS + DT	Implantar a Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares (CS). Em 2016, a gestão de Cachoeirinha pretende implementar a Política Nacional de	Recursos financeiros - Aumento da oferta de serviços AB	a1
1	CZ	atenção à saúde, facilitará a identificação de pacientes com a necessidade de cuidados, maus tratos... (CZ)	Aumento da oferta de serviços AB	a1
1	DA	Enfim, o que falta no município é a busca ativa, para identificação de casos novos, o mapeamento real da situação de saúde para a organização das estratégias a	Recursos financeiros - Aumento da oferta de serviços AB	a1
1	BN	POA apresenta os idosos mais idosos do que em outras regiões do Estado (perdas funcionais do pâncreas), pode ser uma justificativa para que o único CID a apresentar uma frequência maior de internações entre os idosos residentes de POA seja o de Diabetes mellitus insulino-dependente. É uma situação inversamente proporcional aos problemas das doenças infecciosas (CID A), nessa faixa etária. Em todos os demais CID relacionados ao grupo diagnóstico E, os idosos residentes de POA apresentaram, proporcionalmente, menor quantitativo de	Manter o perfil de atendimento que vem sendo ofertado.	a10
1	CF	Garantia dos 70% das vagas disponíveis nas UBS aos idosos (o que já está ocorrendo) (CF)	atendimento que vem sendo ofertado.	a10
1	CA	Manter ativo o grupo Conviver, realizado por uma terapeuta ocupacional, junto à Secretaria da Assistência Social (CA)	Educação em saúde - Prevenção e promoção da saúde - Integração	a11
1	CP	Avaliação da equipe do Melhor em Casa (CP)	Recursos financeiros - Aumento da oferta de serviços AB -	a12
1	DD	internação domiciliar, conforme o Programa Melhor em Casa (DD)	Aumento da oferta de serviços AB -	a12
1	DV	POA já aderiu ao programa Melhor em Casa, em parceria com o Ministério da Saúde. Já existem 10 equipes (2015)e, em 2016, o objetivo é chegar a 15 equipes.	Recursos financeiros - Aumento da oferta de serviços AB -	a12
13	AB	(AB); Educação alimentar (AB); Ações educativas para higiene, preparo e acondicionamento dos alimentos; Rever ações educativas (AB); Desenvolver a prevenção	Educação em saúde - Prevenção e promoção da saúde	a2

Fonte: Abordagens do grupo focal (dados qualitativos)

- Esta planilha continua para baixo, contemplando todas as ações citadas como necessárias, por cada município e seus respectivos blocos de enquadramento.

Anexo I
Documento apresentado à Secretaria Estadual de Saúde



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica

Doutoranda: Simone Stochero Kummer

Orientador: Claus Dieter Stobäus

INTERNAÇÕES GERIÁTRICAS E OPINIÕES DOS GESTORES MUNICIPAIS DA REGIÃO
METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE: CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PROGRAMAS DE SAÚDE
DIRECIONADOS A IDOSOS

Propostas para saúde do idoso - Região 10

Após a realização de três encontros preliminares e sete encontros do Grupo Focal, ao longo dos anos de 2015 e 2016, com a participação dos Gestores Municipais da 10ª Região de Saúde e/ou seus representantes, no que se refere à atenção à saúde do idoso, resultam as seguintes proposições:

I. Serviço de Atenção Domiciliar - SAD (Portaria GM/MS 825/2016):

No que se refere às regras – A cobertura atual da atenção domiciliar no âmbito do SUS é insuficiente para a demanda da população idosa. A Atenção Básica não possui estrutura suficiente para acompanhar regularmente esses pacientes. A atenção domiciliar possui o Programa Melhor em Casa, que é um programa de desospitalização, vinculado com a RUE. Mas não basta desospitalizar, é preciso evitar reinternações. Então, considerando o envelhecimento populacional no país, acompanhando as tendências mundiais, apresentamos algumas propostas de alteração na Portaria 825/2016, conforme descrito a seguir.

Proposta:

1. Ampliar os critérios de inclusão para, pelo menos contemplar os idosos pós-alta hospitalar, na intenção de reduzir reinternações. Justifica-se como a conclusão de um processo terapêutico.
2. Manter em atenção pelo SAD, os usuários com demência que regridem para AD1, visto tratar-se de uma doença progressiva que necessita vigilância permanente.

Proposição de inclusão de um parágrafo único ao atual art. 9º, da Portaria 825/2016– criar um PARÁGRAFO ÚNICO:

PARÁGRAFO ÚNICO – Excepcionalmente, manter em atenção pelas equipes do SAD, os usuários com 60 anos ou mais, diagnosticados com CID F00 a F03 (Demências) que após progredirem para AD2, regrediram para AD1, tendo em vista ser uma doença progressiva que necessita vigilância permanente.

Proposição de criar subtipos para a modalidade AD1, citada no artigo 6º, da Portaria 825/2016:

Art. 6º. A atenção domiciliar será organizada em três modalidades:

- I – Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), a qual deve ser distribuída em dois subtipos:
 - AD1 – subtipo A
 - AD1 – subtipo B
- II – Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2)
- III – Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3)

Proposição de alteração no cabeçalho do artigo 8º, da Portaria 825/2016:

Art. 8º. Considera-se elegível na modalidade AD1 – subtipo A, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.

Inclusão de um novo artigo “9º”:

Novo art. “9”. Considera-se elegível na modalidade AD1 – subtipo B, o usuário com 60 anos ou mais, com mobilidade reduzida ou sem condições de deslocamento para atendimento na sua Unidade de Saúde de Referência, logo após sua alta hospitalar, domiciliado no município habilitado ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

Parágrafo primeiro: Essa modalidade elege o usuário classificado como AD1- subtipo B para a atenção das equipes multiprofissionais do SAD, contrarreferenciando o paciente à Atenção Básica, quando estiver estabilizado.

Parágrafo segundo: No que se refere à inclusão no programa, sob a classificação AD1 – subtipo B, o paciente que atingir 08 (oito) pontos no Instrumento de Avaliação de Elegibilidade para Atenção Domiciliar (Anexo I), será avaliado pelo SAD. E o paciente que atingir o escore de 15 pontos, no mesmo instrumento, deverá ter o acompanhamento do SAD.

Parágrafo terceiro: Pessoa idosa independente e autônoma, com condições de buscar o atendimento após a alta hospitalar, na Unidade de Saúde mais próxima de sua residência, não caracteriza-se como AD1 – subtipo B.

Parágrafo quarto: O atendimento ao paciente classificado como AD1 – subtipo B, deverá ser de responsabilidade da equipe do SAD, exclusivamente na insuficiência da atenção básica.

Alteração no artigo 17, da Portaria 825/2016:

Art. 17. A EMAD terá a seguinte composição mínima:

I – EMAD Tipo 1:

- a) Profissionais médicos, com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo 40 (quarenta) horas de trabalho;
- b) Profissionais enfermeiros, com somatório de CHS de, no mínimo 80 (oitenta) horas de trabalho;
- c) Profissional fisioterapeuta e/ou assistente social, com somatório de CHS de, no mínimo 30 (trinta) horas de trabalho; e
- d) Auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo 160 (cento e sessenta) horas de trabalho; II – EMAD Tipo 2:

- e) Profissional médico, com CHS de, no mínimo 20 (vinte) horas de trabalho;
- f) Profissionais enfermeiros, com somatório de CHS de, no mínimo 60 (sessenta) horas de trabalho;
- g) Profissional fisioterapeuta e/ou assistente social, com somatório de CHS de, no mínimo 30 (trinta) horas de trabalho; e
- h) Auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo 160 (cento e sessenta) horas de trabalho.

Justificativa:

A revisão dos critérios de inclusão de usuários no Serviço de Atenção Domiciliar exige a revisão da composição da equipe multiprofissional. Acredita-se que a inserção de um novo enfermeiro na equipe, contemplaria a avaliação de idosos em todas as altas hospitalares, com a apresentação de planos de acompanhamento. E a inclusão de um auxiliar/técnico de enfermagem, contemplaria o cumprimento do plano de acompanhamento para as atividades menos complexas.

Apresentamos a seguir a tabela 1, demonstrando a situação atual de repasses financeiros dos Serviços de Atenção Domiciliar e uma proposta de atualização/reajuste aos valores de custeio

mensal, considerando a participação do Estado e da União, incluindo a previsão de veículos para o transporte da equipe multiprofissional.

Tabela 1: Discriminação dos recursos financeiros atualmente praticados e da proposição de atualização

Recursos Financeiros do Programa	EMAD Tipo 1	EMAD Tipo 2	EMAP
Repasse mensal do Ministério da Saúde - Atual (Em vigência)	R\$ 50.000,00	R\$ 34.560,00	R\$ 6.000,00
Repasse mensal do Ministério da Saúde (Proposta de reajuste)	R\$ 50.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 10.500,00
Repasse mensal do Estado RS (Proposta de inclusão)	R\$ 18.000,00	R\$ 16.000,00	R\$ 5.250,00
Custeio mensal pelo Município (Proposta de inclusão , para a aquisição de insumos e manutenção da estrutura para os atendimentos domiciliares)	R\$ 18.000,00	R\$ 16.000,00	R\$ 5.250,00
Incentivo de habilitação para aquisição de veículo popular pelo Ministério da Saúde (Proposta de inclusão)	R\$ 50.000,00	-	-
Incentivo para aquisição de veículo popular pelo Estado (Proposta de inclusão)	R\$ 50.000,00	-	-

A proposta de valores apresentada na tabela 1 está baseada nos custos médios praticados pela gestão municipal de Porto Alegre e na proporcionalidade de distribuição dos valores para custeio definidos na reunião extraordinária da CIR de novembro/2016.

Desse modo, aqui sugerimos a seguinte alteração no **artigo 34**, da Portaria 825/2016:

Art. 34. O incentivo financeiro de custeio para a manutenção do SAD será distribuído entre União, Estado e Municípios, da seguinte forma:

I – Para EMAD Tipo 1:

- a) Cabe à União o repasse mensal de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), por mês, para cada EMAD tipo 1, do Fundo Nacional e Saúde para o Fundo de Saúde do ente federativo beneficiado;
- b) Cabe ao Estado o repasse mensal de R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais), por mês, para cada EMAD tipo 1, do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo de Saúde do Município beneficiado;
- c) Cabe ao Município o custeio mensal de R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais), para a manutenção da estrutura aos atendimentos domiciliares e para a aquisição dos insumos necessários na atuação de cada EMAD tipo 1;
- d) A União fornecerá incentivo de habilitação no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), para a aquisição de veículo popular, necessário à mobilidade da equipe multiprofissional. O incentivo financeiro será repassado do Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiado;

- e) O Estado fornecerá incentivo de habilitação no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), para a aquisição de veículo popular, necessário à mobilidade da equipe multiprofissional. O incentivo financeiro será repassado do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo de Saúde do Município beneficiado.

II – Para EMAD Tipo 2:

- a) Cabe à União o repasse mensal de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais), por mês, para cada EMAD tipo 2, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde do ente federativo beneficiado;
- b) Cabe ao Estado o repasse mensal de R\$ 16.000,00 (dezesesseis mil reais), por mês, para cada EMAD tipo 2, do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo de Saúde do Município beneficiado;
- c) Cabe ao Município o custeio mensal de R\$ 16.000,00 (dezesesseis mil reais), para a manutenção da estrutura aos atendimentos domiciliares e para a aquisição dos insumos necessários na atuação de cada EMAD tipo 2.

III – Para EMAP:

- a) Cabe à União o repasse mensal de R\$ 10.500,00 (dez mil e quinhentos reais), por mês, para cada EMAP, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde do ente federativo beneficiado;
- b) Cabe ao Estado o repasse mensal de R\$ 5.250,00 (cinco mil duzentos e cinquenta reais), por mês, para cada EMAP, do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo de Saúde do Município beneficiado;
- c) Cabe ao Município o custeio mensal de R\$ 5.250,00 (cinco mil duzentos e cinquenta reais), para a manutenção da estrutura aos atendimentos domiciliares e para a aquisição dos insumos necessários na atuação de cada EMAP.

Em virtude de Porto Alegre ser o único município da 10ª Região de Saúde que mantém equipes atuantes pelo Programa Melhor em Casa, apresento a tabela 2 como referência para os custos que, reconhecidamente, já se identificam como necessários à implantação e manutenção deste serviço.

Tabela 2: Discriminação dos recursos financeiros atualmente praticados na gestão municipal de Porto Alegre

Recursos Financeiros do Programa	EMAD	EMAP
Pessoal (técnico), salários e encargos	R\$ 60.000,00	R\$ 21.000,00
Medicamentos e insumos	R\$ 10.000,00	-
Carro (leasing, gasolina, manutenção e motorista) - três carros a cada 2 equipes; ou seja 1 e 1/2 carro por equipe	R\$ 10.000,00	-
Infraestrutura (luz, telefone...)	R\$ 2.000,00	-
Total de para o custeio mensal, atualmente	R\$ 82.000,00	-

A tabela 2 demonstra que o gestor municipal de Porto Alegre já vem arcando com um custo elevado, superior ao custeio previsto pelo Ministério da Saúde.

Para ilustrar e comparar, apresento também a tabela 3, com uma prospectiva de custos apenas para a contratação da equipe multiprofissional de EMAD Tipo 1, conforme a carga horária apresentada na presente proposta de revisão da Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016, considerando a realidade do município de Gravataí.

Tabela 3: Prospectiva de custos para a contratação de equipe multiprofissional, no município de Gravataí, conforme modelo da presente proposta

Profissionais	Carga horária	Remuneração mensal (R\$)	Encargos (R\$)	Insalubridade (R\$)	Vale-transporte (R\$)	Custo total mensal (R\$)
Técnico de Enfermagem	160h	14.467,20	4.802,97	-	444,48	19.714,79
Médico	40h	13.350,00	4.497,12	195,56	-	18.042,68
Enfermeiro	80h	15.488,00	5.271,86	391,11	36,52	21.187,50
Assistente Social	30h	3.714,49	1.298,13	195,56	108,92	5.317,10
Total		47.019,69	15.870,08	782,23	589,92	64.262,07

A tabela 3 demonstra a similaridade de custo financeiro com a contratação de equipes multiprofissionais entre o município de Porto Alegre e Gravataí, ambos numa realidade de custos financeiros muito superior ao atualmente previsto na Portaria 825/2016.

Na sequência, apresento a tabela 4, com alguns dados relevantes para a análise do contexto dos idosos da 10ª Região de Saúde e de todo o Estado do Rio Grande do Sul.

Tabela 4: Dados demográficos e de internações hospitalares dos idosos

Dados referentes ao ano de 2014	Região Metropolitana de Porto Alegre	Totalidade RS
População de idosos residentes	299.641	1.467.957
Número absoluto de internações/ano	42.281	235.472
Percentual de internações/ano	14,12%	16,04%
Total de internações de idosos por mês	3.523	19.623
Número absoluto de internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP)	15.863	94.803
Percentual de ICSAP entre idosos/ano	5,3%	6,45%
Número absoluto de ICSAP entre idosos/mês	1.322	7.900

A tabela 4 demonstra que o percentual de internações entre os idosos do Rio Grande do Sul, durante o ano de 2014, foi de 16,04%. Sabemos que boa parte desse número está relacionado a re-internações, mas para essa especificidade não temos número exato reconhecido. No entanto, existe amplo referencial teórico, fortalecendo o conceito de que o acompanhamento domiciliar, após alta hospitalar, pode reduzir o número de re-internações. E a

previsão de acompanhamento domiciliar pode reduzir a frequência de internações de longa permanência, que muitas vezes acabam desencadeando a imobilidade do paciente idoso, dentre tantas outras consequências que traz consigo.

Na tabela 4, ainda pode-se identificar que 6,45% das internações dos idosos do Rio Grande do Sul estão relacionadas às condições preveníveis por ações na Atenção Primária (ICSAP).

Ainda, para fortalecer as justificativas em busca da ampliação do Programa Melhor em Casa, utilizando os dados quantitativos da pesquisa de doutorado em discussão no presente Grupo Focal, apresento a tabela 5 com o detalhamento dos dados de internações de idosos dos dois grupos diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças (CID), que apresentaram uma maior frequência de internações entre os municípios da região metropolitana de Porto Alegre, quando em comparação com a totalidade das internações de idosos de todo o Estado RS.

Tabela 5: Internações dos idosos da Região Metropolitana de Porto Alegre e de todo o Estado do Rio Grande do Sul, no grupo das doenças do aparelho gênito-urinário e das doenças da pele e do tecido subcutâneo

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	Região Metropolitana de Porto Alegre		Totalidade do Estado RS	
	Frequência de Internações dos idosos	Frequência de internações a cada 1000 habitantes idosos	Frequência de Internações dos idosos	Frequência de internações a cada 1000 habitantes idosos
L01 Impetigo	1	0,00	11	0,01
L02 Abscesso cutâneo furúnculo e antraz	23	0,08	110	0,07
L03 Celulite	117	0,39	416	0,28
L04 Linfadenite aguda	1	0,00	1	0,00
L08 Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	26	0,09	173	0,12
TOTAL L (Doenças do aparelho gênito-urinário)	168	0,56	711	0,48
N10 Nefrite túbulo-intersticial aguda	64	0,02	498	0,34
N11 Nefrite túbulo-intersticial crônica	254	0,85	1420	0,97
N12 Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	4	0,01	64	0,04
N30 Cistite	107	0,36	380	0,26
N34 Uretrite e síndrome uretral	3	0,01	37	0,03
N39 Outros transtornos do trato urinário	832	2,78	3314	2,26
N70 Salpingite e ooforite	1	0,00	13	0,01
N72 Doenças inflamatórias do				

colo do útero	1	0,00	5	0,00
N73 Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	11	0,04	46	0,03
N76 Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva	1	0,00	5	0,00
TOTAL N (Doenças da pele e do tecido subcutâneo)	1278	4,27	5782	3,94

A tabela 5 demonstra que, dentre os idosos residentes da Região Metropolitana de Porto Alegre ocorreram 0,56 internações a cada 1000 habitantes idosos, por doenças do aparelho gênito-urinário, enquanto que dentre toda a população idosa do Estado do Rio Grande do Sul, ocorreram 0,48 internações a cada 1000 hab. No que se refere às doenças da pele e do tecido subcutâneo, dentre os idosos residentes da Região Metropolitana ocorreram 4,27 internações a cada 1000 hab/idosos, enquanto que dentre toda a população idosa do Estado, ocorreram 3,94 internações a cada 1000 idosos.

Ou seja, verificou-se que entre os idosos munícipes da região metropolitana de Porto Alegre, houve uma maior frequência de internações relacionadas ao grupo diagnóstico das doenças do aparelho gênito-urinário e doenças da pele e do tecido subcutâneo, comparando-se à frequência de internações por todos os idosos do Estado do RS. Entre o Grupo Focal, compreendeu-se, minimamente, que ações de educação em saúde e acompanhamento domiciliar representam medidas efetivas para reduzir os quantitativos destas internações.

Diante dos números apresentados, compreende-se a necessidade urgente de ações que preconizam a atenção domiciliar, minimamente, após a alta hospitalar de idosos classificados com pontuação 08 (oito) no instrumento de Avaliação de Elegibilidade para Atenção Domiciliar (Anexo I), de modo a reduzir a ocupação dos escassos leitos hospitalares, reduzir os custos hospitalares e sobretudo, melhorar a qualidade de vida dos idosos, bem como de suas famílias.

Dentre tantas discussões do Grupo Focal, a dificuldade de acesso aos serviços de atenção em média complexidade foi um consenso entre todos. Nesse sentido, cabe salientar que o fortalecimento da Atenção Básica favorece a racionalização do acesso na Atenção de Média Complexidade. Ou seja, já se reconhece que a ampliação e qualificação da oferta de serviços na Atenção Básica, reduz o quantitativo de encaminhamentos à Atenção de Média Complexidade.

Esta medida demonstra a responsabilidade e sensibilidade da gestão, diante da necessidade de racionalização dos custos da atenção em saúde, bem como sua percepção de que a longevidade da população já é uma situação nacional e internacional que urge medidas de prevenção.

Importante considerar que vários gestores municipais justificam a não adesão à Resolução CIB/RS nº 503 devido às restrições sofridas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, que impõe limites para as despesas relacionadas ao custeio de recursos humanos.

Ainda, cabe acrescentar que em um estudo relacionado a países pertencentes à Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), observou-se que, no período de 1985 a 1999, instituições públicas e privadas de internação que adotaram algum programa de assistência para idosos em casa tiveram queda nos gastos, nos países observados. Na Inglaterra e no País de Gales, por exemplo, algumas instituições obtiveram redução de 86% para 84% na contribuição relativa das internações para o gasto per capita com assistência à saúde

na faixa etária de 65 anos ou mais. No Japão, a queda foi de 57% para 51% e, no Canadá, de 52% para 48%(Instituto de Estudos de Saúde Suplementar).

É adequado considerar que os custos iniciais de tratamentos não institucionalizados são elevados, pois exigem muitos recursos para a manutenção da estrutura e assistência interdisciplinar.

Lembrando de mais uma das importâncias do SAD:

Art. 7º, item VI (Portaria nº 825) – Nas três modalidades de AD, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição: pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território.

II. Na esfera Estadual

Da Secretaria Estadual de Saúde, o Grupo Focal sugere que, diante da suspensão da resolução CIB/RS nº 426/2014 (custeio de veículo), no mês de junho (resolução CIB/RS nº 220/2016) e da baixa adesão dos municípios às Resoluções CIB/RS 503/2013 e 403/2011 (custeio de equipe complementar especializada na Atenção Básica), especialmente no que se refere à Região Metropolitana de Porto Alegre (que são os dados estudados na presente pesquisa), que a mesma possa estudar a viabilidade de emissão de uma novas Resoluções:

1. Para provimento de veículo extra para as equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), de modo a aumentar a mobilidade das equipes e agilizar as visitas domiciliares, buscando contemplar todas as visitas de idosos pós-altas hospitalares (conforme modalidade AD1 – subtipo B - Portaria 825/2016). Esse item encontra-se incluso na tabela 1, dos Recursos Financeiros à proposta de atualização dos valores ao SAD, para EMAD Tipo 1.

A resolução poderá apresentar como condicionalidade ao repasse de recursos financeiros para a aquisição do veículo, que o município apresente, no mínimo uma cobertura de 50% de Estratégia de Saúde da Família.

2. Para constituir incentivo variável à atenção básica, àquelas equipes que forem constituídas por profissionais especialistas em geriatria e/ou gerontologia (NASF, Melhor em Casa ou Unidades Especializadas).

3. Para manter vigente a Resolução CIB/RS 503/2013, prevendo atualização/reajuste financeiro, de modo a favorecer a ampliação das equipes da Estratégia de Saúde da Família.

4. Para instituir incentivo financeiro aos municípios que comprovarem a redução de internações hospitalares de idosos, por ICSAP (internações por condições sensíveis à atenção primária), analisando comparativamente ao ano anterior.

III. Portaria GM/MS nº 204/2007

O Grupo Focal manifesta apoio à discussão que vem acontecendo junto ao CONASEMS, sugerindo que o recurso global previsto pela Portaria nº 204/2007 seja livre para que os Secretários Municipais de Saúde administrem, conforme as necessidades de cada município.

Atualmente, compreende-se como um engessamento aos gestores municipais a necessidade de distribuir percentuais específicos entre cada um dos blocos de financiamento previstos pela referida Portaria, quais sejam: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS.

Dentre as discussões do Grupo Focal, compreendeu-se que os gestores municipais, ao assumirem seus cargos públicos, assumem o compromisso com a população de atuar diante das necessidades prioritárias de cada município e não de desenvolver ações em saúde apenas em conformidade com as portarias de recursos existentes. Entende-se que gestores qualificados precisam ter autonomia para a alocação de seus recursos, observando atenciosamente os determinantes das prioridades em saúde. Sugere-se então, que a mobilidade de recursos de um bloco para outro esteja vinculada à aprovação do Conselho Municipal de Saúde de cada Município e da Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

IV. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Diante da necessidade premente de cumprimento de uma atenção efetiva e qualificada à saúde da pessoa idosa, em prol do atendimento à presente longevidade, propõe-se a revisão da atual Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria MS nº 2.528/2006), vinculando recursos financeiros a essa importante Política, com ênfase nos seguintes temas:

- Educação continuada ao paciente idoso e cuidadores;
- Educação continuada aos profissionais da saúde, com foco na atenção gerontológica;
- Implantação de protocolos clínicos;
- Qualidade da atenção básica;
- Fortalecimento de ambulatorios especializados na atenção à saúde da pessoa idosa (previsão de recursos financeiros específicos);
- Fortalecimento da relação intersetorial (Saúde x Assistência Social), com foco nas Instituições de Longa Permanência (ILPI).

Sob o enfoque mínimo dos temas listados acima, podem-se incluir indicadores para as ações desenvolvidas em cada um deles e, conforme pontuação atingida, pode-se modificar a previsão de recursos financeiros a serem repassados aos municípios. Em cada um dos aspectos, podem ser criados dois ou três indicadores, com ações prioritárias a serem, nacionalmente, desenvolvidas e acompanhadas.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2,528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/27/PORTARIA-825.pdf>

Brasil, Departamento de Informática do SUS. Dados das internações hospitalares dos idosos pelo SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0701>.

Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro [Internet]. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar; 2013. Disponível em: www.iess.org.br/envelhecimento2013.pdf.

Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução CIB 403/2011. Cria os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) – saúde mental, dentro da Política Estadual da Atenção Básica.

Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Resoluções CIB/RS 503/2013. Cria um conjunto de incentivos financeiros estaduais diferenciados para qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal.

Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução CIB 426/2014. Cria incentivo financeiro para aquisição de veículos exclusivos ao uso das equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) e Consultórios na Rua.

Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução CIB/RS nº 220/2016. Revoga a Resolução nº 426/14 - CIB/RS, que criou o incentivo financeiro para aquisição de veículos exclusivos ao uso das equipes de Atenção Domiciliar (AD), NASF, NAAB, Composição Intersectorial de Trabalho de Redução de Danos, Composição de Equipe de Redução de Danos e Consultórios na Rua.

ANEXO I

Unidade de Saúde: _____

Enfº. Responsável: _____

Nome paciente: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Patologia Principal: _____

Pessoa de referência: _____

Grau de Parentesco: _____ Fones: _____/_____

Endereço: _____ nº _____

Bairro: _____ Ponto de Referência: _____

Avaliação de Elegibilidade para Atenção Domiciliar

Critérios	Itens de avaliação	Pontos atribuídos
Deslocamento até o serviço de saúde	Deambula sem auxílio	0
	Auxílio de muletas/Cuidador	1
	Cadeirante	2
	Acamado	3
Alimentação	VO sem auxílio	0
	VO com auxílio	1
	VO + SNE	2
	Somente através de dispositivos (SNE, Gastrostomia e Jejunostomia)	3
Internações Hospitalares (IH)	Nenhuma nos últimos 6 meses	0
	Pelo menos 1 IH nos últimos 6 meses	1
	Uma IH no último mês	2
	Mais de uma no último mês	3
Oxigenoterapia	Não faz uso	0
	Uso esporádico	1

	Somente algumas horas diariamente	2
	Contínuo (24h)	3
Comunicação	Verbal e coerente	0
	Verbal e aparentemente coerente	1
	Não se expressa verbalmente, mas entende e interage	2
	Não interage com o meio	3
Eliminações	Espontâneas	0
	Fraldas	1
	Ostomias	2
	Sonda Vesical de Alívio ou Demora	3
Lesões de pele (*)(**)	Pele Íntegra	0
	Úlcera de Pressão Grau I	1
	Úlcera de Pressão Grau II ou III	2
	Úlcera de Pressão Grau IV	3
		Total:

1. 0 a 7 – Paciente atendido na UBS;
2. 8 a 14 – Paciente será avaliado pelo SAD, e após avaliação das necessidades, será acompanhado pelo SAD ou unidade de saúde;
3. 15 ou mais – Paciente será avaliado e acompanhado pelo SAD.

(*)Caso o paciente apresente mais de uma lesão de pele é permitido marcar e somar mais de uma opção.

(**)Caso não seja possível classificar a lesão nas opções, descrever as características das mesmas (observação direta do profissional ou descrição do cuidador).

Descrição das necessidades e plano de cuidados:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,
responsável pelo(a) Sr(a) _____, declaro estar ciente da
necessidade de acompanhamento do mesmo junto a Unidade de Saúde e me comprometo
mensalmente a fornecer informações do seu estado de saúde.

Declaro ter sido orientado de que serei responsável pela retirada dos insumos
nesta unidade de saúde e caso não o faça, o fornecimento de tais materiais será suspenso; só sendo
retomado mediante a nova avaliação clínica.

Cidade, ____/____/____

Responsável pelo paciente

Instrumento de avaliação elaborado pelo SAD em parceria com o DAS, baseado nas seguintes bibliografias:

SAVASSI L. C.M. Et al. Proposta de um protocolo de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na atenção primária à saúde JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care, v. 3, n. 2 (2012). Disponível em <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/56>. Acesso em: 02/07/2013

BRASIL. Ministério da Defesa. Hospital da Aeronáutica dos Afonsos. Protocolo do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) do HAAF. Disponível em: <http://www.haaf.aer.mil.br/pdf/SADProtocolo.pdf>. Acesso em 02/07/2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. v. 1 Brasília. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/melhor_em_casa.

Anexo J Artigo Publicado na Revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento – Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 217-233, 2016 - Qualis B1

<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/59644/40725>

*INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE IDOSOS
RESIDENTES DE TRÊS MUNICÍPIOS
COM DIFERENTES RENDAS DOMICILIARES PER
CAPITA*

Simone Stochero Kummer¹
Irenio Gomes²
Claus Dieter Stobäus³

re s u m o

Grande parte dos recursos públicos destinados à saúde no Brasil refere-se a internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente com idosos, que são mais suscetíveis a ter doenças. Este estudo teve como objetivo comparar custos de internações hospitalares de idosos de três diferentes municípios (Alvorada, Ivoti e Porto Alegre, com baixa, média e alta renda, respectivamente),

1 Graduada em Enfermagem. Mestre em Gerontologia Biomédica. Doutoranda em Gerontologia Biomédica pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E-mail: simone1974@gmail.com.

2 Graduado em Medicina. Doutor em Medicina e Saúde. Professor do Programa de Pós-Graduação Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E-mail: irenio.filho@pucrs.br.

3 Graduado em Medicina. Pós-doutor em Psicologia – Universidad Autónoma de Madrid, Espanha. Professor Titular na Faculdade de Educação e do Programa de Pós-Graduação em Educação e em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E-mail: stobaus@pucrs.br.

extraídos do banco de dados do SIH/SUS – DATASUS. Dados do DATASUS, tabulados via ferramenta TABWIN, foram planilhados em tabela Excel, para comparar totais de custos, frequências por patologia, identificando os 10 maiores aportes de recursos por internações de idosos por meio dos códigos da Classificação Internacional de Doenças – CID, durante o ano de 2011, ressaltando os dois maiores. Em 2011, verificou-se que 42,24% dos custos hospitalares com idosos de Alvorada estiveram distribuídos entre cinco grupos de códigos CID: I, J, K(1), A(1) e N(1), numa frequência de internações equivalente a 33%; 62,41% dos custos hospitalares com idosos de Ivoti estiveram em cinco grupos de códigos CID: I, J, M(2), S(1) e C(1), numa frequência de internações equivalente a 45,22%; e 40,39% dos custos hospitalares com idosos de Porto Alegre estiveram em três grupos de códigos CID: I, J e A(1), numa frequência de 28,77% do total das internações de idosos. Existe elevada frequência dos códigos I – doenças do aparelho circulatório e J – doenças do aparelho respiratório nos três municípios, representando internações mais custosas, identificando perfil de similaridade entre os municípios, podendo-se pressupor deficiências na Atenção Básica a esses idosos.

palavras-chave

Idosos. Internações Hospitalares. Custos. Serviços de Saúde. Renda.

1 Introdução

Abordar custos de internações hospitalares de idosos pressupõe a percepção e análise da realidade e de possíveis melhorias a serem incrementadas pela administração pública, em prol da adequada utilização dos recursos. O Departamento de Informações do Ministério da Saúde utiliza a Classificação Internacional de Doenças (CID) como critério de classificação de doenças prevalentes nas internações hospitalares, considerando esta uma forma de responder à necessidade de conhecer as causas de morte e para identificar situações de morbidade geradoras das internações (DINUBILA; BUCHALLA, 2008). Diante da identificação de padrões de utilização dos recursos para o custeio de internações de idosos de diferentes municípios, com diferentes realidades, torna-se relevante discutir as responsabilidades da gestão pública em planejar o sistema, para dividir os recursos de modo equânime.

O material acerca de internações em todo o Rio Grande do Sul pelo SUS consta no site do DATASUS (BRASIL, 2013b), em arquivos do Sistema

de Informações Hospitalares (SIHSUS). São dados públicos, os quais podem ser visualizados por intermédio do Tab para Windows/TABWIN (BRASIL, 2013a), que permite a discriminação específica de dados selecionados, tais como: município de residência do paciente internado, CID relacionado ao procedimento principal da internação, sua faixa etária, valor total de custos da internação, frequência das internações, entre outros.

Kummer (2014) extraiu os dados de CID que englobaram os maiores custos hospitalares (valor total) e que apresentaram maior frequência, dentre as internações hospitalares de idosos no ano de 2011. Outros trabalhos, incluindo os de Di Nubila e Buchalla (2008), Mafra (2010) e Silva (2009), também realizaram este tipo de pesquisa com dados de CID, porém utilizando outros tipos de abordagem e análise.

O SUS tem por princípios a universalidade do acesso, a integralidade e a igualdade da assistência à saúde, buscando a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990), bem como o Estatuto do Idoso (2003). Dentre os princípios do Sistema, ainda estão incluídos a descentralização político-administrativa, a regionalização e hierarquização da rede de serviços, de modo a exigir um financiamento tripartite, entre as três esferas de governo: municipal, estadual e federal.

Esta pesquisa aprofunda discussões relacionadas a dados de custos com internações hospitalares, que são apenas uma parcela do que é considerado custo efetivo em Saúde Pública. Paralelamente, é importante lembrar de custos que não estão inclusos nos valores das internações e que fazem parte da assistência global, quais sejam: investimentos em atenção básica, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, entre outros, além do custo do próprio paciente, considerando o particular ou aquele que acessa o sistema de saúde privado (Saúde Suplementar). A utilização do termo *custo*, de acordo com Ferreira (1993), refere-se à quantia que uma coisa custou ou, conforme Michaelis (2009), ao preço com que se compra uma coisa, valor em dinheiro.

No referencial utilizado como base para essa pesquisa, foram verificadas Leis, Portarias e Relatórios referentes às normativas do Sistema de Saúde do Brasil, tanto no âmbito municipal como nos estadual e federal. O presente trabalho teve por objetivo comparar custos de internações hospitalares de idosos de três diferentes municípios (Alvorada, Ivoti e Porto Alegre; com baixa, média e alta renda, respectivamente), extraídos do banco de dados do SIH/SUS – DATASUS (BRASIL, 2013b).

2 Metodologia

Este estudo é do tipo levantamento, transversal, retrospectivo (GIL, 2002; PINTO; BASTOS, 2007) realizado por intermédio da coleta de dados do site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil – DATASUS, sobre todas as internações hospitalares de idosos residentes em três municípios do estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Ivoti e Alvorada, que foram intencionalmente selecionados por ordem de renda média domiciliar per capita no ano de 2010, dentre os municípios que pertenciam à 1ª Coordenadoria Regional de Saúde – CRS. A adoção deste molde metodológico deve-se à relevância em termos de Epidemiologia, pelo objetivo de destacar a prevalência das doenças desencadeadoras das internações de idosos, geradoras dos maiores custos, ao longo do ano de 2011.

O estudo considerou como parâmetro de identificação dos motivos geradores das internações, a Classificação Internacional de Doenças (CID), traçando como desfecho para essa análise os dez códigos da CID que, quando foram classificados no procedimento principal no laudo da AIH, em 2011, originaram a maior despesa em internações de idosos dos três municípios em questão. Foi utilizada a ferramenta *Tab para Windows/TABWIN* (BRASIL, 2009; 2010; 2011; 2013a), tabulador de dados, acessível na internet, no site do DATASUS, para processar as informações encontradas nos arquivos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) (BRASIL, 2013b), buscando os seguintes parâmetros para a análise das internações hospitalares de cada um dos municípios em estudo:

- Valor total: foi selecionado o “valor total” de cada uma das internações ocorridas com idosos munícipes dos três municípios, separadamente, no ano de 2011. O valor total refere-se ao custo integral da internação, desde as diárias hospitalares, tanto de leito comum como em unidade de tratamento intensivo (UTI), medicamentos, hemodiálise, materiais, exames de apoio ao diagnóstico e tratamento e outros, incluindo os honorários profissionais.
- Frequência: refere-se ao número de internações de residentes dos três municípios em estudo, ocorridas em hospitais do estado do Rio Grande do Sul, durante o ano de 2011.

Foram incluídos todos os dados contidos no SIH/SUS, em AIH de internações de idosos munícipes de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre (doravante colocados em ordem alfabética), independentemente de em que lugar tenham ocorrido as internações hospitalares (dentro do estado do Rio Grande do Sul) e foram excluídos do estudo os dados incompletos e inacessíveis.

Posteriormente, foram criadas planilhas no programa Excel for Windows® para organizar os dados filtrados no TABWIN e para conseguir realizar uma análise comparativa entre os valores totais das internações hospitalares de idosos e frequência em que ocorrem, de acordo com a patologia geradora de cada internação.

Este estudo considera como parâmetro de identificação dos motivos geradores das internações a Classificação Internacional de Doenças (CID) preenchida como código principal nos laudos de solicitações de autorizações de internação hospitalar (AIH), traçando como objeto de análise os 10 códigos da CID que consumiram o maior aporte de recursos financeiros em cada um dos municípios, entre os dias 01 de janeiro e 31 de dezembro o ano de 2011.

A análise estatística, considerando frequências e percentagens, além de somas e divisões, possibilitou um maior entendimento sobre custos com internações hospitalares dos idosos dos municípios pesquisados. Este trabalho aprofunda a discussão sobre a pesquisa realizada por Kummer (2014), analisando os dez códigos da CID que estiveram citados como motivo principal das internações dos idosos residentes de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre (municípios da 1.ª Coordenadoria Regional de Saúde que apresentavam a menor, média e mais alta renda média domiciliar, respectivamente), vinculados a procedimentos que geraram o maior custo em internações hospitalares, no ano de 2011.

Os dados coletados na pesquisa de Kummer (2014) são de domínio público, não havendo necessidade de autorização para sua utilização para fins éticos, a não ser a explícita descrição da fonte dos mesmos. Ainda assim, a pesquisa foi submetida ao CEP, que a aprovou em 05/10/2012, número CAAE 06897612.9.0000.5336.

3 Resultados

Considerando que o trabalho versa sobre os 10 itens da CID vinculados a procedimentos maiores custos em internações, apresentam-se a seguir as Tabelas 1, 2 e 3, que demonstram os dados averiguados nos três municípios em estudo.

⊕ Tabela 1 – Descrição dos dez códigos da CID relacionados a procedimentos geradores e maior custo financeiro em internações de idosos residentes no município de Alvorada, em 2011

<u>Alvorada</u> Dez códigos da CID	<u>Custo das internações</u>	<u>Frequência de internações</u>	<u>Valor médio por internação</u>
A41 <u>Outras septicemias</u>	296.617,60	82	3.617,29
I20 <u>Angina pectoris</u>	248.286,40	62	4.004,62
I50 <u>Insuficiência cardíaca</u>	246.157,81	256	961,55
J96 <u>Insuficiência respiratória</u>	218.506,79	54	4.046,42
I21 <u>Infarto agudo do miocárdio</u>	205.775,12	71	2.898,24
J18 <u>Pneumonia p/microrganismos não especificada</u>	187.226,10	241	776,87
I25 <u>Doença isquêmica crônica do coração</u>	138.748,12	19	7.302,53
K74 <u>Fibrose e cirrose hepática</u>	103.329,46	20	5.166,47
N18 <u>Insuficiência renal crônica</u>	98.793,44	64	1.559,27
J44 <u>Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas</u>	80.697,40	92	877,15

Fonte: Brasil (2013b).

Tabela 2 – Descrição dos dez códigos da CID relacionados a procedimentos geradores de maior custo financeiro em internações de idosos residentes no município de Ivoti, em 2011

<u>Ivoti</u> Dez códigos da CID	<u>Custo das internações</u>	<u>Frequência de internações</u>	<u>Valor médio por internação</u>
I20 <u>Angina pectoris</u>	48.402,44	6	8.067,07
I50 <u>Insuficiência cardíaca</u>	41.813,10	45	929,18
J44 <u>Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas</u>	35.839,45	54	663,69
J18 <u>Pneumonia p/microrganismos não especificada</u>	32.309,44	48	673,11
J45 <u>Outros transtornos de condução</u>	14.847,85	2	7.423,93
I44 <u>Bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo</u>	14.692,59	2	7.346,30
S72 <u>Fratura do fêmur</u>	14.535,60	10	1.453,56
M48 <u>Outras espondilopatias</u>	13.585,80	1	13.585,80
M43 <u>Outras dorsopatias deformantes</u>	9.530,27	1	9.530,27
C64 <u>Neoplasia maligna do rim exceto pelve renal</u>	9.394,79	1	9.394,79

Fonte: Brasil (2013b).

Tabela 3—Descrição dos dez códigos da CID relacionados a procedimentos geradores de maior custo financeiro em internações de idosos residentes no município de Porto Alegre, em 2011

Porto Alegre Dez códigos da CID	Custo das internações	Frequência de internações	Valor médio por internação
I20 Angina pectoris	4.337.023,10	970	4.471,16
I21 Infarto agudo do miocárdio	2.544.968,58	594	4.284,46
J18 Pneumonia por microrganismos não especificada	2.201.675,31	1917	1.148,50
I50 Insuficiência cardíaca	1.863.180,61	1240	1.502,57
A41 Outras septicemias	1.539.261,25	490	3.141,35
I25 Doença isquêmica crônica do coração	1.389.932,45	169	8.224,45
J96 Insuficiência respiratória	1.356.195,38	336	4.036,30
I44 Bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo	971.697,41	159	6.111,30
J44 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	967.632,92	833	1.161,62
I71 Aneurisma e dissecação da aorta	920.058,65	86	10.698,36

Fonte: Brasil (2013b).

Conforme os dados levantados na pesquisa, foi possível perceber que, do total de 2.912 (16,57%) internações realizadas para pacientes idosos residentes de Alvorada, 33% (961 internações) foram relacionadas a procedimentos vinculados aos dez CID geradores de maior custo hospitalar, integrantes de cinco Grupos Diagnósticos (I, J, A K e N); entre os idosos de Ivoti, pode-se perceber que do total de 376 internações (18,53%), durante o ano de 2011, 45% (170 internações) foram relacionadas aos dez CID mais custosos, os quais pertencem a cinco Grupos Diagnósticos (I, J, M, S e C); e, em Porto Alegre do total de 23.621 (11,15%) internações realizadas para idosos, 29% (6.974 internações) estiveram relacionadas aos dez CID, integradas em três Grupos Diagnósticos da CID 10 (I, J e A).

Ao considerar os 10 códigos de CID, representativos dos maiores custos hospitalares entre os idosos dos três municípios, identifica-se percentualmente:

- 42,24% dos custos hospitalares com idosos, de Alvorada, no ano de 2011, esteve distribuído entre cinco grupos de códigos CID: I, J, K (1), A (1) e N (1), numa frequência de internações equivalente a 33%.
- 62,41% dos custos hospitalares com idosos de Ivoti, no ano de 2011, esteve distribuído em cinco grupos de códigos CID: I, J, M (2), S (1) e C (1), numa frequência de internações equivalente a 45,22%.

• 40,39% dos custos hospitalares com idosos de Porto Alegre, no ano de 2011, esteve distribuído entre três grupos de códigos CID: I, J e A (1), numa frequência de 28,77% do total das internações de idosos.

Considerando os procedimentos relacionados aos dez CIDs geradores de maiores custos e organizando-os em seus devidos grupos diagnósticos, pode-se verificar, por intermédio da Tabela 4, a divisão dos custos das internações hospitalares ocorridas, sua frequência e a média de valor por internação entre os idosos de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre.

Tabela 4 – Descrição do custo com procedimentos relacionados aos grupos diagnósticos da CID, frequência e valor médio destinado às internações hospitalares dos idosos munícipes de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre

	<u>Custo das internações</u>	<u>Frequência de internações</u>	<u>Valor médio internações</u>
<u>Alvorada</u>			
<u>Grupo I</u>	838.967,45	408	2.056,29
<u>Grupo J</u>	486.430,29	387	1.256,93
<u>Grupo A</u>	296.617,60	82	3.617,29
<u>Grupo K</u>	103.329,46	20	5.166,47
<u>Grupo N</u>	99.793,44	64	1.559,27
<u>Ivoti</u>			
<u>Grupo I</u>	119.755,98	55	2.177,38
<u>Grupo J</u>	68.148,89	102	668,13
<u>Grupo M</u>	23.116,07	2	11.558,04
<u>Grupo S</u>	14.535,60	10	1.453,56
<u>Grupo C</u>	9.394,79	1	9.394,79
<u>Porto Alegre</u>			
<u>Grupo I</u>	12.026.860,80	3.218	3.737,37
<u>Grupo J</u>	4.525.503,61	3.086	1.466,46
<u>Grupo A</u>	1.539.281,25	490	3.141,35

Fonte: Brasil (2013b).

Com os dados apresentados na Tabela 4, é possível visualizar que o Grupo Diagnóstico I – Doenças do Aparelho Circulatório engloba procedimentos com os maiores custos em internações hospitalares de idosos residentes nos municípios em estudo, durante o ano de 2011, demonstrando em Alvorada um

custo de R\$ 838.967,45, para a cobertura de 408 internações, perfazendo um percentual de 19,42% do gasto total com internações de idosos, para 14,01% das internações. Em Ivoti, o custo foi de R\$ 119.755,98 para a cobertura de 55 internações, utilizando um percentual de 31,81% do gasto total com internações de idosos, para 14,6% do quantitativo total de internações. Em Porto Alegre, o custo foi de R\$ 12.026.860,80, para a cobertura de 3.218 internações, para um percentual de 26,85% dos recursos gastos com internações de idosos em todo o ano de 2011, contemplando 13,62% do quantitativo total das internações.

Ocupando o segundo lugar no *ranking* de custos e frequência de internações, os procedimentos relacionados aos códigos da CID J – Doenças do Aparelho Respiratório aparecem totalizando um custo de R\$ 486.430,29, para a cobertura de 387 internações, entre os municípios de Alvorada, utilizando um percentual de 11,26% dos recursos gastos com internações de idosos em todo o ano de 2011, e contemplando 13,3% do quantitativo total de internações. Em Ivoti, obteve-se um custo de R\$ 68.148,89 para a cobertura de 102 internações, nas quais foi utilizado um percentual de 18,10% dos recursos gastos com internações de idosos em todo o ano de 2011 para contemplar 27,13% do quantitativo total de internações. Em Porto Alegre, foi encontrado um custo de R\$ 4.525.503,61 para a cobertura de 3.086 internações, o que representou um percentual de 10,10% dos recursos gastos com internações de idosos em todo o ano de 2011, contemplando 13,06% do quantitativo total de internações.

4 Discussão

O município de Alvorada contava, em 2011, com 195.673 habitantes, dos quais 17.569 (9,0%) eram idosos. Nesse município, 12,42% dos recursos investidos em saúde da população foram destinados ao pagamento dos custos de 2.912 internações de idosos. Dentre os três municípios em estudo, é o que apresentou a menor renda média domiciliar per capita (R\$ 587,84), bem como menor valor do Produto Interno Bruto (PIB) (R\$ 7.528,20), com um investimento de R\$147,36 per capita para o custeio de sua atenção básica no período (KUMMER, 2014).

Em Ivoti, a população era de 19.874 habitantes, sendo 2.029 (10,2%) idosos. Nessa cidade, 7,15% dos recursos investidos na saúde da população foram destinados ao pagamento dos custos de 376 internações de idosos. O município possuía uma renda média domiciliar per capita de R\$ 1.019,75 e um PIB de R\$ 22.903,15, no ano de 2010, tendo investido R\$ 262,17 per capita em atenção básica de saúde (KUMMER, 2014).

E em Porto Alegre, a população total era de 1.409.351 habitantes, com 211.895 (15%) de idosos. Do total dos recursos de saúde para o município, 4,86% (23.621 internações) foi destinado para internações de idosos. Dentre os municípios em estudo, foi o que apresentava a maior renda média domiciliar per capita (R\$ 1.722,37) e PIB (R\$ 30.524,80), no ano de 2010 tendo investido o valor de R\$ 113,41 per capita em sua atenção básica (KUMMER, 2014). A ocorrência de menor quantidade de internações entre os idosos munícipes de Porto Alegre pode ser analisada atreladamente a outras informações, como, por exemplo, à sua população que acessa o Sistema de Saúde por meio de planos privados.

No site da Agência Nacional de Saúde Suplementar, foi possível verificar, na população idosa de cada município, no ano de 2011, o percentual de idosos que possuía acesso à saúde por intermédio de planos privados de assistência médica, que é de 8,94% dos idosos de Alvorada, 15,81% dos idosos de Ivoti e 43,85% dos idosos de Porto Alegre (BRASIL, 2011). A análise desses dados possibilitou identificar que o número de internações hospitalares custeadas pelo SUS aos munícipes de Porto Alegre (respeitando a proporcionalidade populacional) apresentou-se em percentuais menores do que entre os munícipes de Alvorada e Ivoti, o que justifica-se também pela possível utilização do sistema privado por esses idosos.

As classificações diagnósticas do Grupo I e do Grupo J, relacionadas aos procedimentos geradores dos maiores custos, estiveram entre as internações de idosos dos três municípios em estudo, embora sem ocupar posições idênticas na hierarquia de despesas financeiras destinadas pelos municípios. Desse modo, o presente estudo permite uma análise detalhada de diagnósticos de maior custo nas internações hospitalares de idosos dos três municípios pesquisados, confirmando dados já abordados em outro estudo (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009), que afirma que as doenças cardiovasculares e respiratórias são as mais prevalentes nas internações hospitalares de idosos e as que respondem pelos maiores custos hospitalares na população idosa, em média 80%.

A análise dos dados publicados pelo Ministério da Saúde permitiu verificar um total de 15 milhões de internações realizadas, em 2010, no Brasil. Destas, a faixa etária de 60 anos ou mais foi responsável por 22% delas, com uma prevalência de doenças do aparelho circulatório (30%), seguidas por doenças respiratórias (21%) e um incremento de tratamentos de maior complexidade (KANSO et al., 2013).

Mesmo considerando as diferenças apresentadas entre as internações dos idosos de cada um dos três municípios em estudo, os resultados apontam que

as internações de maior custo (distribuídas entre procedimentos codificados nos Grupos Diagnósticos I, J, A, K, N, M, S e C) respondem entre 40 e 62% do total de recursos despendidos. Dentre essas internações, os grupos I e J, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias foram os mais incidentes (de acordo com as frequências de internações) e as que demandaram maior despesa nos três municípios pesquisados – 72,6 % em Alvorada, 80 % em Ivoti e 91,5 % em Porto Alegre. Em média, 89,6% dos recursos gastos nessas internações (de todos os 10 CID mais custosos nos três municípios) foram destinados ao custeio dos procedimentos relacionados a estes dois grupos de classificação diagnóstica, novamente recordando os elementos encontrados por La Forgia e Couttolenc (2009).

No entanto, quando avaliado o custo médio por internações, os dados evidenciam que, para um mesmo grupo de classificação diagnóstica, os custos com os procedimentos não são os mesmos. Comparando os custos com procedimentos por internações, com codificação no grupo I (doenças cardiovasculares) como CID principal da AIH, os idosos de Alvorada e Ivoti assemelham-se em média R\$ 2.100,00 por internação. Já entre os idosos de Porto Alegre, os custos para procedimentos do mesmo grupo são 43% maiores, considerando as internações individualmente (quase 3.750,00).

Existe a possibilidade de maior ocorrência, entre os idosos munícipes de Porto Alegre, de internações de maior complexidade, geradoras de maiores custos, em razão de maior frequência de comorbidades, agravos associados, como destaca Zaslavsky e Gus (2002), podendo estar possivelmente relacionados ao menor investimento na atenção básica, já comentado por Kummer (2014), com reduzidas ações de caráter preventivo, ou mesmo à baixa adesão ao tratamento. Também ocorre que os idosos são particularmente suscetíveis a infecções nosocomiais, conforme Góis e Veras (2010), portanto consomem mais dos Serviços de Saúde, tendo internações hospitalares mais frequentes, com um tempo de ocupação do leito maior do que em outras faixas etárias.

Considerando a facilidade de acesso à emergência de hospitais de alta complexidade por idosos em Porto Alegre, pode-se comentar sobre uma maior utilização de tecnologias de alto custo, as quais agregam valores às contas hospitalares, partindo do entendimento de que a maior disponibilidade de serviços e tecnologias em saúde parece predispor à maior utilização dos mesmos (KUMMER, 2014).

Comparando o custo das internações hospitalares de mesmos grupos diagnósticos da CID, entre os idosos dos municípios em estudo, Porto Alegre tem os mais elevados custos por internação, o que levanta a hipótese de influências exercidas pela renda média domiciliar per capita, conjuntamente

com fatores associados a saneamento e nível de escolaridade (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002), para modificar o padrão de necessidades na assistência em saúde (KUMMER, 2014).

Ao analisar-se os custos com os procedimentos relacionados aos diagnósticos do grupo J, as internações dos munícipes de Alvorada e Porto Alegre assemelharam-se, com um custo médio de R\$ 1.350,00. Os munícipes de Ivoti apresentaram um custo 50% menor, em média R\$ 670,00. Diante dos valores coletados, pode-se perceber que o município de Ivoti possui uma situação de renda intermediária, o que não o coloca, necessariamente, numa situação intermediária de saúde/doença. É o município que conta com estrutura hospitalar de pequeno porte, comparativamente aos demais municípios analisados. Sua atenção hospitalar, em parte dos atendimentos de média complexidade e de alta complexidade, fica referenciada aos municípios de Novo Hamburgo, São Leopoldo e Canoas (RIO GRANDE DO SUL, 2010). Como contraponto, salienta-se que foi o que realizou maior investimento per capita na Atenção Básica, durante o ano de 2011 (KUMMER, 2014).

Mesmo dentro de um mesmo grupo, diagnósticos diferentes aparecem para os três municípios, o que pode explicar porque em um mesmo grupo o custeio é diferente, quando analisado custo médio das internações. Outras variáveis podem determinar diferenças na média do custo das internações, tais como aquelas que se referem a variações de tratamentos e práticas clínicas para um mesmo diagnóstico, tipos de procedimentos utilizados como escolha, *case mix* (perfil de pacientes, comorbidades), tempo de internação, inexistência de padrões assistenciais, perfil dos profissionais e outros, diz La Forgia e Couttolenc (2009).

De qualquer forma, os resultados apontam que as doenças cardiovasculares e respiratórias devem continuar a receber uma maior atenção, uma vez que os gastos destinados aos seus tratamentos em internações hospitalares geram uma maior necessidade de recursos por parte do sistema público. Entende-se que o acesso a políticas de Atenção Básica em saúde produz menos internações hospitalares, conforme Mafra (2010).

Apesar dos programas criados pelos governos Federal, Estaduais e Municipais, visando a melhor distribuição da renda, trabalho, melhores condições de moradia e de educação, entre outros, identifica-se que a morbidade entre os idosos residentes nos três municípios em estudo está seguindo nos mesmos índices que os padrões nacionais (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009; KANSO et al., 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A ampliação de ações focadas na Educação em Saúde pode representar a possibilidade de mudança neste quadro, partindo-se de perspectivas dialógicas,

emancipadoras, participativas e criativas, que contribuam para maior autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença (BRASIL, 2007).

Nesta linha de Educação em Saúde, os profissionais também devem encontrar maior autonomia diante da possibilidade de (re)inventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais, com possibilidades teóricas e metodológicas para transformar as tradicionais práticas de Educação em Saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida (BRASIL, 2007). Esse movimento já foi ressaltado antes por Mosquera e Stobäus (1984).

O estudo permitiu discutir sobre os dados levantados e inferir que, quanto melhor a renda média domiciliar per capita, maiores as possibilidades para a população encontrar condições, entre elas as socioeconômicas e estruturais, que permitam, mais autonomamente, o desenvolvimento de ações indicadas para incremento e manutenção de uma melhor qualidade de vida. Questões como elevados níveis de escolaridade também podem contribuir para a valorização da inclusão destas ações e conseqüente possibilidade de mudanças no estilo de vida pessoal e coletivamente (KUMMER, 2014).

Paralelamente, o município que possui um maior PIB per capita recebe mais recursos para investir em Educação e em Saúde, o que também pressupõe melhor possibilidade de Promoção de Saúde e prevenção de doença (KUMMER, 2014). Diante de dados como renda e PIB per capita, é possível que os municípios com a menor renda média domiciliar per capita, que desencadeiam a menor autonomia dos indivíduos e dos gestores no gerenciamento de recursos em possíveis melhorias na qualidade de suas vidas, são também os que poderim gerar a menor quantidade de riquezas.

Dentre as limitações desse estudo, é interessante considerar a codificação da CID principal referente à internação como um fator que poderia estar “embutido” (no sentido de poder estar desviando) em eventuais “distorções nos dados”, pois nem sempre há informação sobre a doença de base ou o registro de uma complicação da mesma, como por exemplo insuficiência cardíaca, especificada ou não como congestiva (LAURENTI; BUCHALLA; CARATIN, 2000).

Sobretudo, é importante enfatizar que, apesar de algumas limitações, os dados disponibilizados pelo SIH/SUS são uma fonte adequada de informações. No entanto, a diversidade de hospitais e serviços que eles recolhem e a qualidade do preenchimento dos dados pelas equipes desses estabelecimentos são aspectos que poderiam permitir a ocorrência de algum erro ou “problemas” no lançamento das faturas hospitalares, podendo estar interferindo nos dados que foram incluídos.

Para a realização de estudos posteriores, sugere-se pensar na identificação dos hospitais em que ocorreram as internações dos pacientes, para fins de compreender mais detalhadamente os atendimentos prestados, relacionando-os aos custos das contas hospitalares. Agregar a informações da CID secundária referente às internações também poderia contribuir para uma mais precisa análise posterior.

5 Conclusão

Verificou-se elevada prevalência dos códigos do grupo CID I e J, referentes às doenças do aparelho circulatório e respiratório, entre as internações mais custosas nos municípios investigados, pressupondo que o incremento de ações na Atenção Básica de Saúde da população pode ter intensa relação na mudança destes dados. Considerando que os códigos averiguados representam a utilização dos serviços de média e alta complexidade, englobando essas populações, e que mesmo tendo perfil sócio-econômico diferenciado apresentam padrões similares de adoecimento, conclui-se a necessidade de implementar maior efetividade em Atenção Básica, Promoção em Saúde e medidas de prevenção.

HOSPITALIZATION OF ELDERLY FROM THREE CITIES WITH DIFFERENT PER CAPITA DOMESTIC INCOMES

abstract

Large proportion of public resources for health in Brazil are related to hospitalizations by Health Unic System (SUS- Public Health System), especially with the elderly, who are more susceptible to hazards. The objective was compare costs of elderly hospitalization of three different municipalities (Alvorada, Ivoti and Porto Alegre, with low, medium and high income, respectively), taken from the database of SIH/SUS-DATASUS. The method used was the use of official data of DATASUS, tabulated via TABWIN tool, were transferred to Excel table to compare total costs, frequency of disease, identifying the top 10 features contributions by admissions of elderly through the codes of the International Classification of Diseases-ICD, during the year 2011, highlighting the two largest. As results, in 2011, it was found that 42.24% of elderly hospitalization costs in Alvorada were distributed among five groups of ICD codes: I, J, K (1), A (1) and N

(1), a frequency admissions equivalent to 33%; 62.41% of hospital costs of juazeiro elderly been distributed into five groups of ICD codes: I, J, M (2) S (1) and C (1), a frequency equivalent of 45.22% of the hospitalizations; and 40.39% of elderly hospitalizations costs in Porto Alegre were distributed between three groups of ICD codes: I, J and A (1), at a frequency of 28.77%. As conclusion, appears a high frequency of codes I – circulatory diseases and J – respiratory diseases in the three counties, representing the most costly hospitalizations, identifying profile similarity between the municipalities, which can assume deficiencies in Primary Care.

key words

Elderly. Hospital Hospitalizations. Costs. Health Services. Income.

referências

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União – Seção I, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Informações em Saúde Suplementar – ANS Tabnet. Beneficiários por município. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/ans/tabnet/ans/tabnet/default.exe?ansitabnetdados/TABNET_02.DEF>. Acesso em: 15 jun. 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. Download de Programa - TABWIN [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805&item=3>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. Departamento de Informática do SUS. Dados das Internações hospitalares no Rio Grande do Sul pelo SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=25>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

CASTRO, Mônica Silva Montelero de; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO, Marília Sá. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 795-811, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14606.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

DI NUBILA, Heloisa Brucow Ventura; BUCHALLA, Cássia Maria. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v.11, n. 2, p. 324-335, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000200014&script=scl_arttext>. Acesso em: 10 mar. 2013.

FERRERA, Aurélio Buarque de Holanda. *Miniccionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GÓES, Ana Lúcia Batista de; VERAS, Renato Potocito. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas Interações do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2869-2869, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/csclo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600023>. Acesso em: 20 jul. 2014.

KANSO, Solange et al. A evitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 735-748, abr. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-31102013000400011>>. Acesso em: 21 jun. 2015.

KUMMER, Simone Stechero. *Análise comparativa dos custos de intervenções hospitalares de idosos, pelo SUS, em municípios com diferentes realidades de renda média domiciliar per capita*. 2014. 139 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://moinva.ufrgs.br/8080/bspace/bitstream/10923/5769/1/000457202-Texto%20Completo-0.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

LAFORCIA, Gerard M.; COUTTOLENC, Bernard F. *Desempenho hospitalar no Brasil em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.

LAURENTI, Ruy; BUCHALLA, Cassia Maria; GARFATIN, Carla Vanessa de Sousa. Doença isquêmica do coração. Informações, tempo de permanência e gastos. Brasil, 1993 a 1997. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 74, n. 6, p. 483-487, 2000. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/abc/2000/7406/74060001.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2013.

MAFRA, Fábio. *O Impacto da Atenção Básica em Saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil*. 2010. 129 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Regulação e Gestão de Negócios) – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação (FACE), Centro de Investigação em Economia e Finanças (CIEF) e Centro de Estudos em Regulação de Mercados (CERME), Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9156/1/2011_F%20Mafra.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2013.

MICHAELIS. *Moderno dicionário de língua portuguesa Michaelis*. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2008. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=CUSTO>>. Acesso em: 17 jun. 2012.

MOSQUERA, Juan José Mourão; STOBÄUS, Claus Dieter (Org.). *Educação para a Saúde*. 2. ed. Porto Alegre: D. C. Luzzatto, 1984.

PINTO, Regina Bueno Ribes; BASTOS, Laudelino Cordato. Abordagem das pesquisas em Epidemiologia aplicada à Gerontologia no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 361-368, 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul [pale da gestão 2006-2010]. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial – DAHA. *Ata Completa em cardiologia, traumatologia, oncologia, neurologia e neurocirurgia*. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/wes/porta/indicajsp?menu=organograma&cod=24077>>. Acesso em: 2 jun. 2013.

SILVA, Norberto Peçanha. *A utilização dos programas TABWIN e TABNET como ferramentas de apoio à disseminação das informações em saúde*. 2009. 98 f. Dissertação (Mestrado na Modalidade Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Tradução: Suzana Garfijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ZASLAVSKY, Cláudio; GUS, Isou. Idoso. Doença cardíaca e comorbidades. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 79, n. 6, p. 635-639, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/abc/abc.php?script=art_artigos&pid=30066-792X2002001500011>. Acesso em: 12 mar. 2013.

Recebido: 28/10/2015
Aceito Final: 12/06/2016

Anexo L Comprovante de submissão de artigo ao Caderno de Saúde Pública - Qualis A2

Novo artigo (CSP_1303/17) Entrada

Cadernos de Saude Publica <cadernos@fiocruz.br> 29 de jul (Há 5 dias)

para mim

Prezado(a) Dr(a). SIMONE STOCHERO KUMMER:

Confirmamos a submissão do seu artigo "GESTORES MUNICIPAIS DA 10ª REGIÃO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL COMENTAM SOBRE PREVENÇÃO ÀS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS ATENÇÃO PRIMÁRIA" (CSP_1303/17) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no link "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Profª. Marília Sá Carvalho
Profª. Claudia Medina Coeli
Profª. Luciana Dias de Lima
Editoras

 **Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health**
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões 1480
Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil
Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737
cadernos@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

Anexo M Artigo submetido ao Caderno de Saúde Pública - Qualis A2

GESTORES MUNICIPAIS DA 10ª REGIÃO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL
COMENTAM SOBRE PREVENÇÃO ÀS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES
SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Simone Stochero Kummer¹

Claus Dieter Stobäus²

^{1,2} Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil

Resumo

Este artigo tem por objetivo aprofundar em discussões dos autores acerca de elementos qualitativos, excerto da Tese de Kummer, em respostas de gestores sobre elementos para melhoras na atenção à saúde do idoso, a partir de frequências e custos de internações hospitalares de idosos da 10ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, a partir de um enfoque maior nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária, suportado em literatura contemporânea sobre Atenção Primária, atendimento do SUS ao idoso, atenção domiciliar e legislação. **Metodologia:** levantamento de dados quantitativos geradores anteriormente, que nesta parte do estudo permitiram a elaboração de perguntas em questionários aos gestores, levantando informações sobre a estrutura de saúde existente em cada município, posteriormente debatendo as respostas em grupo focal. Os elementos quantitativos recolhidos de dados públicos do SUS geraram os elementos para serem questionados, servindo de base para a confecção das perguntas do questionário, aplicado nas reuniões dos grupos focais a fim de gerar as discussões pelos gestores, reunidas e analisadas qualitativamente com a Técnica de Análise de Conteúdo, **Discussão e Resultados:** Identificou-se a necessidade de ampliação das ações de Educação em Saúde dirigida ao usuário do SUS e aos profissionais da saúde, com enfoque nas especificidades da saúde do idoso; a necessidade de ampliação da oferta de serviços da Atenção Básica e serviços de atenção domiciliar; bem como da revisão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Conclusões:** os elementos encontrados na pesquisa permitiram elaborar subsídios apresentados pelos gestores municipais à gestão estadual da saúde.

Palavras-chave:

Saúde Pública; Atenção Primária; Saúde do Idoso; Sistema Único de Saúde

Introdução

Estima-se que a população com 60 anos ou mais de idade passará de menos de 20 milhões, em 2010, para 65 milhões, em 2050¹. Por isso é relevante atentar para consequências desta alteração no perfil etário, para alertar tanto idosos quanto órgãos públicos para seus direitos e deveres, auxiliando a planejar ações proporcionadoras de uma longevidade mais saudável. Para o Sistema de Saúde prevê-se aumento em gastos com cuidados médicos e internações hospitalares². Especificamente no que tange à Previdência Social, atualmente em revisão na Câmara dos Deputados, reconhece-se necessidade de ajustes, tanto pelo aumento da expectativa de vida como custos insustentáveis em pouco tempo.

A sociedade brasileira vem atravessando transformações históricas e sociais que desencadeiam modificações no perfil de seu desenvolvimento, que a médio e longo prazo refletirão em modificações de padrões de saúde e morbi-mortalidade, acarretando necessidades de reorganização social. Conceitua-se esse fenômeno como transição epidemiológica. Há mais de duas décadas já havia publicação³ referindo-se a alterações relacionadas ao fenômeno, citando conseqüente aumento de custos financeiros.

Das teorias utilizadas na Gerontologia Biomédica para explicar o envelhecimento, ressalta-se a Teoria da Transição Epidemiológica, conforme Lebrão³, focalizada na complexa mudança dos padrões da saúde/doença e nas interações entre esses padrões e seus determinantes e consequências, com respeito à diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento de doenças não transmissíveis, em que pondera-se acerca da substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas, sugerindo deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos indivíduos mais jovens aos mais idosos.

No entanto, a compreensão da expressão transição epidemiológica deve ser analisada como uma das partes constituintes do entendimento global da transição da saúde. Schramm⁴ inclui também elementos de concepções e comportamentos sociais, correspondentes a aspectos básicos da saúde nas populações humanas.

Análises demográficas envolvendo custos em saúde apontam para medidas de controle que agregam qualidade em atenção e racionalidade em gastos, tendo ações de prevenção da doença e de promoção da saúde como pontos significativos para o equilíbrio do sistema.

Deve-se considerar as diretrizes da Política Nacional da Pessoa Idosa, estabelecida pela Portaria GM/MS nº 2.528/2.006⁵, enfatizando a promoção do envelhecimento mais ativo e saudável, o estímulo às ações intersetoriais e o provimento de recursos capazes de

assegurar qualidade de atenção à saúde da pessoa idosa. Essas diretrizes fortalecem a ideia de reduzir as consequências do envelhecimento populacional, bem como os efeitos da maior prevalência das doenças crônico-degenerativas nesta faixa etária. Cita Borges Filho (2016, p. 203)⁶, que necessita-se “manter um estilo de vida ativo e saudável, contemplando atividade física regular e dieta balanceada”.

Andrade (2013, p. 1)⁷ comenta que a atividade física apresenta diversos benefícios para a saúde. Ao comparar idosos sedentários com idosos fisicamente ativos, estes últimos apresentam menos taxas de mortalidade, Doença coronária, Hipertensão arterial, Acidente Vascular Cerebral, Diabetes tipo II, Câncer do cólon e mama. Também maior nível de capacidade cardiorrespiratória, saúde funcional, diminuição do risco de cair, melhor função cognitiva e menos risco de depressão.

De acordo com OMS (2012)⁸, “estima-se que a inatividade física seja a causa principal de aproximadamente 21- 25% dos cânceres de mama e cólon, 27% de diabetes e aproximadamente 30% da carga de doença cardíaca isquêmica”.

Sobre a prevalência de doenças crônico-degenerativas, é necessário consolidar sistemáticas de hábitos de vida mais saudáveis, que retardem o aparecimento destas doenças. No entanto, o aumento da frequência de internações geriátricas remete ao entendimento de que talvez estes hábitos não estejam tão adequados assim, ou que as ações de promoção à saúde não estejam desempenhando um papel tão efetivo, ou ainda que condições socioeconômicas estejam interferindo ainda mais neste processo. Mas aqui cabe então uma pergunta: se o paciente não (con)segue as orientações, o que o gestor público pode fazer?

Existe legislação direcionada à atenção à saúde da pessoa idosa e existem Programas de Saúde. No entanto, é preciso identificar como está ocorrendo sua efetiva realização em atendimentos personalizados a esse público específico, realização de Educação em Saúde e ações desenvolvidas em cada um dos municípios estudado, para que possa-se discutir mais acerca dos resultados encontrados, e que os pacientes idosos e seus familiares participem mais efetivamente.

O presente artigo pretendeu aprofundar elementos qualitativos obtidos na Tese de Kummer (2017), excerto do trabalho maior, que levantou dados de frequência e custos de internações hospitalares de idosos da 10ª Região (Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão), a partir de um enfoque maior nas internações por

condições sensíveis à Atenção Primária, ao mesmo tempo que examinou respostas dos gestores, levando a sugestões possíveis para melhoras na atenção à saúde do idoso.

A Linha de Pesquisa em que está inserido esse trabalho é Aspectos Socioculturais, Demográficos e Bioéticos no Envelhecimento, no Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS.

Metodologia

Realizou-se um estudo quanti-qualitativo (misto, ‘mixed method’), com dados quantitativos colhidos transversalmente do banco de dados DATASUS (sobre internações hospitalares de idosos residentes dos seis municípios, ao longo do ano de 2014, tabulados através do TABWIN) e os dados qualitativos longitudinalmente através de respostas a questionários e de relatos sobre ações de saúde, com os representantes dos gestores municipais, após a qual foi realizada uma pré-análise, montando uma planilha no *Excel*, que foi alterada e/ou complementada nos três encontros preliminares do projeto piloto e, posteriormente, utilizada como subsídio para as discussões em grupo focal, que constituiu-se com os seis gestores de saúde (ou seus representantes), que participaram de sete encontros, nos quais foram realizados seis momentos de discussão acerca da situação de saúde, no que se refere à atenção à pessoa idosa em cada um dos municípios pesquisados.

Contexto

A escolha específica destes seis municípios deu-se por constituírem a 10ª Região de Saúde na época da realização da pesquisa. Desse modo, em reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR), quando o projeto foi apresentado e aceito por todos os gestores municipais, ficou estabelecido um compromisso de, ao final das atividades do grupo focal, constituir-se coletivamente documento a ser entregue à Secretaria Estadual de Saúde, sugestões para otimizar a compreensão da situação da atenção à saúde do idoso e contribuir para o planejamento de ações futuras.

Instrumentos e coleta dos dados

Realizou-se levantamento de dados acerca da estrutura de saúde existente em cada um dos municípios (primeira parte da coleta de dados qualitativos) sobre Atenção Básica, média e alta complexidade de assistência, via questionário (retornado impresso ou por e-mail) a cada município, foram pactuados encontros mensais, iniciando Projeto Piloto, posteriormente originando o grupo focal, ao longo do ano de 2015-2016.

Inicialmente, foi demonstrada via projetor de imagem, depois ajustada e complementada a Planilha Excel elaborada com as respostas aos questionários respondidos pelos gestores municipais dos seis municípios, estabelecendo discussões sobre problemáticas na rede de Atenção à Saúde do idoso, sobre estrutura existente em Atenção à Saúde e ações em saúde desenvolvidas em 2014-2015.

As perguntas incluídas nos questionários foram escolhidas a partir de discussões e ajustes entre os autores, ao longo da elaboração da Dissertação de Mestrado de Kummer⁹, com perguntas de resposta aberta:

- Como está estruturada a atenção à saúde do idoso em seu município?
- Rede de atenção à saúde, no município (atenção primária, média e alta complexidade):
 - Quantas Unidades Básicas de Saúde - UBS existem?
 - Quantas Unidades de Saúde da Família - USF?
 - Quantas Unidades de Pronto Atendimento – UPAs?
 - UPA específica ao atendimento do idoso?
 - Existe outra Unidade específica para atendimentos à idosos?
 - Quantas Unidades de Atenção Especializada?
 - Quantos Centros de Atenção Psicossocial?
 - Quantos hospitais?
 - Nos hospitais, existem leitos direcionados à população idosa?
- É realizada a internação domiciliar? Como é que isso funciona?
- Na sua gestão, o que já foi feito em relação à saúde do idoso, no município? Quais as ações previstas no Plano Municipal de Saúde de seu município para privilegiar a atenção à saúde do idoso, nos próximos anos?
- Quais os programas de saúde dirigidos à pessoa idosa adotados pelo seu município (academia de saúde e outros...)?

Os resultados das respostas aos questionários foram compartilhados com os gestores nos encontros preliminares do grupo focal, para que todos reconhecessem

coletivamente a situação estrutural na 10ª Região de Saúde. A partir do segundo Encontro Preliminar, optou-se por apresentar as planilhas no formato impresso, de modo que os próprios participantes, através de ‘caneta hidrocor’, podiam fazer complementações interativamente na planilha.

3. A Planilha Excel contém dados quantitativos, com informações relacionadas à Classificação Internacional de Doenças – CID 10, fator gerador das internações, valor total de todas as internações de idosos dos seis municípios, frequência e tempo de permanência, selecionadas por blocos de faixa etária e sexo. Também foram coletados dados de valor total e frequência das ICSAP (da listagem completa da Classificação Internacional de Doenças – CID 10, foram selecionados 72 CID, conforme a ocorrência das internações entre os idosos e conforme listagem constante na Portaria SAS/MS nº 221/2008)10.

A partir do terceiro encontro houve discussões as análises, em que houve consenso de que, identificar Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) seria uma forma de analisar mais pontualmente as ações que vinham sendo realizadas nos Municípios, no sentido de poder aprimorá-las, a fim de que os atendimentos em saúde fossem preventivos, antes da necessidade de internação hospitalar.

Cabe considerar que as internações por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) são agravos à saúde, cuja morbi-mortalidade podem ser reduzida através de uma Atenção Primária oportuna e eficaz, conforme consta na lista de condições sensíveis à Atenção Primária (Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008)10.

Desta maneira, o cruzamento e análise dos dados quantitativos permitiu ajudar na identificação de ações que poderiam vir a melhorar a qualidade de saúde dos idosos, reduzindo quantitativamente as internações, bem como a ampliação dos conhecimentos para fortalecer a argumentação da gestão para requisitar futuros recursos financeiros.

Os encontros preliminares do Projeto Piloto, bem como os do grupo focal, foram realizados no auditório da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (2ª CRS), no centro de Porto Alegre ou no Gabinete da Delegada da 2ª CRS, em datas programadas com antecedência, sempre gravados, transcritos pela pesquisadora e, antes de cada novo encontro, realizou-se a triangulação com os pares, com a releitura e correções que considerassem necessárias, para obter a aprovação dos textos, com as devidas correções e complementações necessárias.

Descrição dos Métodos de Mensuração Qualitativa (segunda parte)

Bardin (2014)¹¹ destaca três etapas na Técnica de Análise de Conteúdo, que pode ser utilizada na compilação de dados quantitativos descritivos, no sentido de conseguir as frequências, e para dados qualitativos, para realizar a categorização dos resultados. A Técnica está distribuída em três etapas: detecção de temas, categorização, análise e inferências. Na primeira se busca temas que sejam semelhantes, reunindo-os; na segunda realiza-se a categorização e a terceira parte é a de análise e inferência, com o uso de autores que fundamentem, mais a inferência do autor do texto.

Os dados foram revistos para se compreender a situação de cada um dos perfis epidemiológicos de internação (considerando acima, na média ou abaixo dos quantitativos de internações ocorridas entre os idosos de todo o Estado do Rio Grande do Sul, considerando a proporcionalidade de internações ocorridas a cada 1000 habitantes idosos).

Da mesma forma, também contribuíram para que o grupo focal pensasse, conjuntamente, sobre as possíveis ações que poderiam vir a ser mais profícuas no desenvolvimento de ações futuras, vislumbrando o aumento da promoção da saúde e prevenção das doenças desencadeadoras da necessidade de internações hospitalares, como pode ser verificado, parcialmente, no Tabela A.

A partir do preenchimento de Tabelas individuais, considerando as características das ICSAP de cada município (seis estudos, um para cada município), descrito no Tabela A, foi realizada uma análise das ações citadas como necessárias pelos representantes das gestões municipais, de modo a identificar a repetição das ações que poderiam contribuir para mais de um tipo de problemática, dentre sugestões de cada município, constando no Tabela B.

No Tabela C foram acrescentados blocos de enquadramento para cada uma das ações citadas como necessárias pelos representantes das gestões municipais (recorte parcial da tabela original), constituindo Tabela D.

Considerações éticas

Os dados quantitativos coletados para esta pesquisa são oficiais, de domínio público, não havendo necessidade de autorização para sua utilização para fins científicos, a não ser a explícita descrição da fonte dos mesmos. Por conta das informações qualitativas, o projeto passou pela avaliação da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul -PUCRS

(aprovação sob o parecer nº 1.329.873) e pela Comitê de Ética da Secretaria de Saúde de Porto Alegre (aprovação nº 1.561.191, em 25 de maio de 2016).

Resultados e Discussão

No primeiro encontro do grupo focal foram apresentados pela pesquisadora os dados quantitativos das ICSAP (Tabela A). Diante dos dados quantitativos, os próprios participantes do grupo focal sugeriram a inclusão de 3 colunas à direita, a fim de discriminar suas análises e ponderações acerca de cada número demonstrado, considerando responder a três aspectos específicos: 1. O que estava sendo visualizado; 2. O porquê da ocorrência das internações; e 3. Quais as ações poderiam ser desenvolvidas para reduzir o número de internações em cada um dos grupos diagnósticos em discussão, em prol da melhora na atenção à saúde do idoso em seu município.

Tabela A – Recorte do detalhamento dos dados quantitativos de ICSAP de alguns grupos diagnósticos da CID, com inclusão dos dados qualitativos da pesquisa

Internações de idosos por ICSAP - Ano de 2014	Custo com internações (R\$)	Frequência das internações	Valor médio - Idosos POA	<u>O QUE OCORREU?</u> (verificações a partir dos dados apresentados - Pode-se falar sobre os códigos de CID com valores mais alterados. Ou também pode-se falar sobre todo o GRUPO DIAGNÓSTICO)	<u>POR QUÊ OCORRERA MAS INTERNAÇÕES?</u> (Pode-se falar sobre os códigos de CID com valores mais alterados. Ou também pode-se falar sobre todo o GRUPO DIAGNÓSTICO)	<u>ACÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS PARA REDUZIR AS INTERNAÇÕES POR ESTES CID OU GRUPOS DIAGNÓSTICOS, ENTRE OS IDOSOS DO MUNICÍPIO?</u>
--	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--	--	--

Total Grupo Diagnóstico I - Doenças do aparelho circulatório	9.747.633,22	4.138	2.355,64	De um modo geral, POA apresentou uma frequência de internações de seus idosos abaixo da frequência ocorrida entre todos os idosos do Estado RS. (POA = 19,43 internações a cada 1000hab e Estado = 22,54 internações/1000 hab. Idosos, na média do RS	POA teve ampliada a cobertura da atenção básica, a partir da ESF, favorecendo o diagnóstico precoce. Busca desenvolver o acompanhamento frequente e regular. E, além disso, apresenta boa cobertura por parte da saúde suplementar (51%). Lei municipal que define 20% das consultas são para os idosos (Lei nº 10.819, de 13 de janeiro de 2010 - Prefeitura Municipal de POA).	Ampliar ainda mais a ESF, reduzindo cada vez mais a necessidade de internações hospitalares, desenvolvendo ações de prevenção.
Total Grupo Diagnóstico J - Doenças do aparelho respiratório	4.952.857,74	3.858	1.283,79	Dentre as internações de idosos pelo grupo diagnóstico J, foi identificada em POA a frequência de 18,11 a cada 1000hab. Para este grupo diagnóstico, o Estado apresentou 24,8 internações a	POA realiza a operação inverno, com capacitação para profissionais estarem atentos. São várias estratégias; inverno gaúcho; ampliação de horários de atendimentos em algumas	Manter as ações que já vem sendo realizadas: capacitação de profissionais, ampliação de horários de atendimento em algumas unidades, com o programa inverno gaúcho, orientações sobre

				cada 1000hab. Na média do RS.	unidades; orientações sobre cuidados no domicílio durante o inverno; atividades de conscientização sobre cuidados com a casa e sobre cuidados com as pessoas durante o inverno	cuidados no domicílio durante o inverno, conscientização sobre cuidados com a casa e cuidados com as pessoas durante o inverno
To	387.516,37	337	1.149,90	POA	Mesmo	Buscar a
tal Grupo				apresentou 1,58	apresentando	ampliação da
Diagnóstico				internações a	um resultado	oferta de exames
o K –				cada 1000 idosos,	bom, quando	de endoscopia,
Doenças do				enquanto que o	comparado às	para fins de
aparelho				Estado todo,	internações	ampliar a
digestivo				apresentou 2,71	realizadas entre	capacidade
				internações a	os idosos de	diagnóstica e
				cada 1000	todo o Estado, é	realização de
				habitantes.	preciso	tratamento
				Abaixo da média	considerar que	precoce, evitando
				do RS.	POA também	assim as
					teve oferta	internações
					reduzida de	hospitalares.
					exames de	
					endoscopia,	
					devido a	
					defasagem da	
					tabela SUS e à	
					dificuldade de	
					negociação com	
					os prestadores	
					de serviços.	

Total	73.304,44	114	643,02	POA apresentou 0,54 internações a cada 1000 idosos, enquanto que o Estado todo apresentou 0,48 internações a cada 1000 idosos. Na média do RS.	Aos resultados encontrados, talvez possa-se atribuir novamente, à existência dos idosos no município de POA; por apresentarem tecido cutâneo frágil. Talvez também se possa correlacionar à idosos residentes das áreas de vulnerabilidade social.	Ampliar as ações de prevenção, com orientações de cuidados com a pele e higiene, nas áreas de maior vulnerabilidade social de POA.
Grupo Diagnóstico L – Doenças da pele e do tecido subcutâneo						

Fonte: os autores

A Tabela A demonstra, na 2^a, 3^a e 4^a colunas, os dados quantitativos das internações hospitalares de idosos do município de Porto Alegre e na 5^a coluna um comparativo com internações de idosos de todo o Estado, no que se refere a alguns dos grupos diagnósticos das ICSAP. Na 6^a e 7^a coluna demonstra os dados qualitativos, partindo de parâmetros comparativos aos dados de internações de idosos de todo o Estado do Rio Grande do Sul, numa proporcionalidade de ocorrência a cada 1000 habitantes.

Exemplificando, pode-se ler na última linha da Tabela A o grupo diagnóstico L, relacionado às doenças da pele e do tecido subcutâneo, com 114 idosos munícipes de Porto Alegre internados, ao custo de R\$ 73.304,44, apresentando 0,54 internações a cada mil habitantes idosos, enquanto no Estado foram 0,48.

Apesar de apresentar um número superior ao quantitativo de internações ocorridas entre os idosos de todo o Estado, as internações em Porto Alegre ficaram perto da média do Estado. Frente aos resultados encontrados, os representantes da gestão municipal sugerem que este resultado seja atribuído à existência de idosos ‘mais idosos’ (longevos,

acima de 80 anos) no município de Porto Alegre, comparando com os demais municípios da Região 10, que podem apresentar maior fragilidade cutânea, talvez também podendo relacionar-se à residência em áreas de vulnerabilidade social. Sugerem a ampliação de ações de prevenção, com orientações de cuidados com a pele e higiene, maior para as áreas de maior vulnerabilidade social do município.

Analisando os fatores que podem desencadear as doenças da pele nas condições da vida moderna, é importante também considerar que as mesmas têm sido citadas como resultado de ‘grandes doses’ diárias de cansaço, depressão, ansiedade e estresse, fatores considerados psicossomáticos, capazes de gerar ou piorar doenças pre-existentes. Diz Almeida (2010)¹² que, se o estresse não for controlado e se estiver constantemente presente na pessoa, pode levar à pressão alta, enfarte, artrite, asma e doenças de pele.

A partir de todo o levantamento de dados qualitativos, abordados parcialmente na descrição do Tabela A, em busca de identificar as sugestões comuns de melhoria para o Sistema de Saúde dos seis municípios em estudo, realizou-se a codificação das ações citadas, posteriormente foi elaborada uma nova tabela, da qual foi extraído o recorte do Tabela B, com agrupamentos de sugestões similares abordadas por cada gestor participante.

Tabela B: Recorte das ações citadas pelos representantes das gestões municipais

Quantidade citações	Códigos	Ações citadas como necessárias pelos representantes da gestão municipal dos municípios da região metropolitana de POA, Região 10 de Saúde - RS
24	AL e CX	Ampliar ESF (AL). Busca da implantação da ESF (CX). Dentre os municípios da Região 10 de Saúde, Glorinha é o único que não possui a ESF, bem como não possui agentes comunitários de saúde.
9	BL	Verificou-se a necessidade de rever os estímulos aos hábitos de vida saudável (BL); Incentivar a criação de hábitos de vida saudável (BL); E que seja fortalecida a educação em saúde, mais focada em hábitos de vida saudável do que em doenças específicas (BL). Agregar

		<p>novas possibilidades de melhoria através de ações que fortaleçam os hábitos de vida saudável (BL). Ao longo de 2015, houve o cadastro de 250 pessoas para participar do grupo (os idosos compõem o grupo etário com maior disponibilidade para participação), que tem por finalidade motivar e instruir para os hábitos de vida saudável (BL); Manter incentivos aos hábitos de vida saudável (BL). Estratégias que fomentem a prática de hábitos mais saudáveis, conforme cada Unidade (grupos, materiais de divulgação, teatro, sala de espera) (BL); Conscientização dos hábitos saudáveis (BL). Manter incentivos aos hábitos de vida saudável (BL).</p>
--	--	---

Fonte: os autores

Na Tabela B visualiza-se a quantidade de vezes em que houve citação de ações similares, sobre a intenção de resolver diferentes problemáticas em saúde. Na primeira coluna aparece o número de vezes que o mesmo padrão de ação foi citado; na segunda coluna aparece o código que identifica cada ação; a terceira coluna discrimina todas as ações citadas.

É possível ler na segunda linha da Tabela que por vinte e quatro vezes houve a sugestão de ações codificadas como AL e CX, descritos na terceira coluna. Ou seja, para tentar resolver problemáticas de saúde relacionadas às ICSAP de idosos, por 24 vezes foi sugerida como ação a ampliação da Estratégia de Saúde da Família e, no município de Glorinha, que ainda não possui nenhuma equipe, a sugestão foi para que se busque sua implantação.

De fato, a Estratégia de Saúde da Família significa a ampliação da cobertura de Atenção à Saúde, ampliando a abrangência da Atenção Básica. Corroborando isto, Sorato, Pires, Dornelles e Lorenzetti (2015, p. 590)¹³ dizem que a Estratégia de Saúde da Família “é uma importante e positiva política para o campo da saúde”, caracterizando-se como uma inovação tecnológica em saúde, “não pelo possível aparato tecnológico material que as estruturas físicas possuem ou deixam de possuir nas diferentes realidades geográficas, mas sim, pelos princípios teóricos e políticos em que se ancora, consistindo em um

caminho profícuo para superar os limites da concepção tradicional de pensar e produzir saúde”.

E na terceira linha, pode-se ler que 9 vezes foi sugerida a ação codificada como BL, de que incentivo aos hábitos de vida saudável pode contribuir para a melhoria de saúde.

Considerando que o envelhecimento populacional já é um fenômeno que faz parte da realidade do Brasil e da realidade mundial, mais do que nunca torna-se prioritária a necessidade de se constituir políticas públicas que privilegiem os serviços de saúde preventivos, estimulando a adoção de hábitos de vida saudável desde a idade mais tenra idade de cada um.

Em sequência à organização dos dados levantados na parte qualitativa, conversou-se com os participantes do grupo focal sobre as ações propostas em blocos de enquadramento de modo mais ‘macro’, a fim de permitir uma melhor visualização e enriquecer argumentações, com soluções mais práticas, compondo a Tabela C.

Tabela C: Blocos de enquadramento das ações citadas pelos representantes das gestões municipais

Quantidade	Códigos	Ações citadas como necessárias pelos representantes da gestão municipal dos municípios da região metropolitana de POA- Região 10 de Saúde - RS	Blocos de enquadramento
24	AL e CX	Ampliar ESF (AL). Busca da implantação da ESF (CX). Dentre os municípios da Região 10 de Saúde, Glorinha é o único que não possui a ESF, bem como não possui agentes comunitários de saúde.	Recursos financeiros - Aumento da oferta de serviços AB
1	DD	Ampliar o número de equipes para a realização da internação domiciliar, conforme o Programa Melhor em Casa (DD)	Recursos financeiros - Aumento da oferta de serviços AB - Internação domiciliar

13	AB	Orientação nutricional; Estimular a alimentação saudável (AB); Educação alimentar (AB); Ações educativas para higiene, preparo e acondicionamento dos alimentos; Rever ações educativas (AB); Desenvolver a prevenção através da educação em saúde; Realizar grupos educativos em nutrição para pacientes e cuidadores (AB).	Educação em saúde - Prevenção e promoção da saúde
1	CE	Fortalecimento da atenção secundária, com investimento em especialistas como cardiologistas e exames complementares específicos (CE)	Recursos financeiros - Aumento da oferta de serviços MC e AC
2	CV	Atuação integrada entre as diversas Secretarias Municipais que compõe o Governo Municipal (Saúde, Assistência Social, Obras...) (CV).	Integração intersetorial
1	AH	Oferecer um tratamento mais integral ao idoso, prevenindo o aparecimento de úlceras e lesões de membros inferiores, que possam servir de porta de entrada para infecções (AH)	Educação em saúde - Reforço de capacitação de profissionais para atendimento específico ao idoso

Fonte: os autores

A Tabela C contém partes das respostas que representam um recorte de seis linhas da Tabela original. Na segunda linha pode-se perceber que, por 24 vezes foi citada a necessidade de ampliação ou implantação da Estratégia Saúde da Família, com a finalidade de resolver alguma problemática de saúde nos municípios (ação codificada como AL ou CX) e, para que ela pudesse ser colocada em prática, relatam que necessitariam de recursos financeiros, especificamente destinados ao aumento da oferta na Atenção Básica. Na

terceira linha também está relacionado a necessidade de obter recursos financeiros, mas desta vez com enfoque na internação domiciliar.

Na quarta linha aparece o bloco de enquadramento Educação em Saúde, relacionada à prevenção e promoção da Saúde, para tentar resolver problemáticas associadas às questões como hábitos nutricionais. Nas demais linhas estão listadas ações em Saúde que foram enquadradas como recursos financeiros relacionados ao aumento da oferta de serviços de média complexidade e alta complexidade; integração intersetorial; e Educação em Saúde relacionada à reforço de capacitação aos profissionais da saúde para atendimento específico ao paciente idoso.

E, por fim, foi elaborada a Tabela D, contemplando todos os blocos de enquadramento, com a especificação da frequência em que foram citadas ações compreendidas como necessárias pelos representantes das gestões dos seis municípios em estudo.

Tabela D: Frequência de citações por blocos de enquadramento, a partir das ações sugeridas pelo grupo focal

Quantidade citações	Blocos de enquadramento
36	Educação em saúde - Prevenção e promoção da saúde
25	Educação em saúde - Reforço de capacitação de profissionais para atendimento específico ao idoso
1	Educação em saúde - Prevenção e promoção da saúde - Integração intersetorial
1	Educação em saúde - Sensibilização de profissionais que atuam no meio político e capacitação para Conselheiros Municipais de Saúde
9	Recursos financeiros - Aumento da oferta de serviços AB

4	Recursos financeiros - Aumento da oferta de serviços MC e AC
3	Recursos financeiros - Aumento da oferta de serviços AB - Internação domiciliar
1	Recursos financeiros - Fortalecimento do Sistema
1	Recursos financeiros - Custeio de medicamentos de uso contínuo – REME (Relação Estadual de Medicamentos)
3	Integração intersetorial
2	Manter o perfil de atendimento que vem sendo ofertado.
1	Mobilização política junto ao Ministério da Saúde para assegurar a oferta de penicilina aos pacientes que necessitarem, conforme protocolo

Fonte: os autores

Como pode ser visualizado na Tabela D que a grande maioria está enquadrada como ações de Educação em Saúde, considerando 37 citações relacionadas (soma entre os dados da segunda e quarta linha da Tabela) como prevenção e promoção da saúde, com enfoque no paciente e seus familiares, e outras 26 (soma entre os dados da terceira e quinta linha da Tabela) apontando para Educação em Saúde dirigida à equipe multiprofissional, em busca de ampliação dos conhecimentos para o atendimento específico ao paciente idoso.

Atualmente, o trabalho de grupos na Atenção Primária vem sendo usado como uma alternativa para as práticas assistenciais. Durante os encontros destes grupos, favorece-se o aprimoramento para todos os envolvidos, considerando tanto o aspecto pessoal como o profissional, por representar um espaço ou um momento em que existe uma valorização dos diversos saberes, bem como existe a possibilidade de intervir criativamente no processo saúde-doença, otimizando as condições individuais e as estruturas assistenciais existentes.

Os trabalhos de grupos podem ser aplicados em prol de aspectos de promoção de saúde, da prevenção de doenças e para a prestação de cuidados específicos, como no caso da Estratégia Saúde da Família (ESF), podendo se caracterizar em oportunidades de apoio para a melhoria da qualidade de vida e da saúde das pessoas. Por característica, esses grupos conduzidos pelas equipes multiprofissionais na Atenção Primária buscam praticar a problematização e discussão coletiva, na perspectiva de desenvolver processo de aprendizagem crescente.

Como benefícios, argumentam Soares e Ferraz¹⁴, existiria maior otimização do trabalho, com a diminuição das consultas individuais, participação ativa do indivíduo no processo educativo e envolvimento da equipe de profissionais com o paciente.

Durante a realização dos trabalhos de grupo abre-se espaço para a escuta e da exposição de necessidades e informação, propiciando ideias para melhora no autocuidado, estilo de vida, abandono de vícios, comportamentos de risco.

Menezes e Avelino (2016, p. 129)¹⁵ ratificam que “os grupos operativos estão inseridos no cuidado à saúde na Atenção Primária como um processo prático e eficiente”.

Ainda buscando justificativas para tão alta frequência destas ações (72,4%) como sugestões do grupo focal, acrescentam Silva et al. (2007, p. 701)¹⁶ que:

Educação em Saúde é um conjunto de saberes e práticas voltados para a prevenção de doenças e promoção de saúde. Esse recurso possibilita aos profissionais que, por meio da compreensão, informem dos fatores condicionantes do processo saúde-doença, oferecendo subsídios para a adoção de novos hábitos de saúde.

Ainda, na Tabela D, aparecem ações dependentes de recursos financeiros para aumento da oferta de serviços na Atenção Primária e Internação Domiciliar, aumento da oferta na Atenção de média e alta complexidade, fortalecimento do Sistema de Saúde e custeio efetivo e permanente dos medicamentos da relação estadual de medicamentos (REME). Conjuntamente, estas ações dependentes exclusivamente da alocação de recursos financeiros, representando 20,7% das ações sugeridas.

Ademais, 4,6% das sugestões resolutivas para as problemáticas da saúde nos municípios em estudo, estiveram relacionadas às questões intersetoriais, à comunicação e parceria entre as Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Assistência Social ou Obras, bem como mobilização política junto ao Ministério da Saúde, para assegurar a oferta de itens essenciais, quando a gestão municipal não possui força resolutiva isoladamente.

Conclusões

Comentamos que os elementos quantitativos recolhidos de dados públicos do SUS geraram os elementos para serem questionados, servindo de base para a confecção das perguntas do questionário, aplicado nas reuniões do grupo focal dos gestores, gerando discussões, reunidas e analisadas qualitativamente via Técnica de Análise de Conteúdo.

Os elementos mais importantes tiveram como ponto de partida a prevenção da doença e promoção da saúde, sugerindo-se:

ampliação das ações de educação em saúde dirigida ao usuário do SUS;

ampliação das ações de educação em saúde, dirigida aos profissionais da saúde, com enfoque nas especificidades da saúde do idoso;

ampliação da oferta de serviços da Atenção Básica;

ampliação da oferta dos serviços de atenção domiciliar; e

revisão de segmentos da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, prevendo recursos financeiros para o custeio das ações, bem como indicadores de acompanhamento dos resultados.

Levando em conta o atendimento ao idoso em suas internações e em ações de Atenção Primária à Saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e a Lei de Responsabilidade Fiscal, entre outros pontos a considerar, cabe ressaltar que estes elementos elencados permitiram elaborar subsídios que foram apresentados pelos gestores municipais à Secretaria Estadual de Saúde e quiça serão encaminhados a outras instâncias decisórias também.

Colaboradores

Kummer e Stobäus contribuíram no planejamento do estudo, análise, interpretação e discussão dos resultados, redação e revisão do artigo.

Kummer realizou a mediação dos encontros e coleta dos dados do Projeto Piloto e grupo focal.

Agradecimentos

À CAPES, à Delegada da 2ª CRS e aos Gestores Municipais de Saúde

Referências

1. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(1):231-8.
2. Peixoto SV, Giatti L, Afradique ME, Lima-Costa MF. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2004;13(4):239-46.
3. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil : aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*. 2007;4:135–40.
4. Schramm JMDA, Oliveira AF De, Leite IDC, Valente JG, Gadelha ÂMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2004;9(4):897–908.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2006 out 20 [acesso em 2016 Jan 14] Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria_2528.pdf
6. Borges Filho JC. Dicas para o cuidador de idoso portador de demência. In: Terra NL, Ferreira AJ, Tacques CO, Machado LR, organizadores. *Envelhecimento e suas múltiplas áreas do conhecimento*. Porto Alegre: Edipucrs; 2016. p. 199 - 20
7. Andrade AD. *Idosos ativos, idosos saudáveis [dissertação]*. Lisboa: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa; 2013.
8. *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Organização Mundial da Saúde. Suíça, 2012.
9. Kummer SS. *Análise comparativa dos custos de internações hospitalares de idosos, pelo SUS, em municípios com diferentes realidades de renda média domiciliar per capita [dissertação]*. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS; 2014.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 Abr 17 [acesso em 2015 Nov 24].

Disponível

em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html

11. Bardin Lawrence. *Análise de Conteúdo*. 4 ed. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2014.
12. Almeida NDV. Considerações acerca da incidência do estresse em motoristas profissionais. *Revista de Psicologia*. 2010; 1(1); 75-84.
13. Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. Estratégia Saúde da Família: Uma inovação tecnológica em saúde. *Revista Texto Contexto Enferm*. 2015; 24(2): 584-92.
14. Soares SM, Ferraz AF. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. *Esc Anna Nery R Enferm*. 2007;11(1):52-7.
15. Menezes KKP, Avelino PR. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cad. Saúde Colet*. 2016; 24(1):124-30.
16. Silva SED, Vasconcelos EV, Padilha MICS, Martini JG, Backes VMS. A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. *Esc Anna Nery*. 2007;11(4):699-705.



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br