

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

Simone Stochero Kummer

**Análise comparativa dos custos de internações hospitalares de idosos,
pelo SUS, em municípios com diferentes realidades de renda média
domiciliar per capita**

Porto Alegre

2014

Simone Stochero Kummer

**Análise comparativa dos custos de internações hospitalares de idosos,
pelo SUS, em municípios com diferentes realidades de renda média
domiciliar per capita**

Orientador: Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Gerontologia Biomédica como
requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre
em Gerontologia Biomédica.

Porto Alegre

Março de 2014

K96a Kummer, Simone Stochero

Análise comparativa dos custos de internações hospitalares de idosos, pelo SUS, em municípios com diferentes realidades de renda média domiciliar per capita / Simone Stochero Kummer - Porto Alegre: PUCRS, 2014.

139 f.: il.; tab.

Orientador: Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Mestrado em Gerontologia Biomédica.

1. *ENVELHECIMENTO*. 2. *IDOSOS*. 3. *INTERNAÇÕES HOSPITALARES*. 4. *RENDA MÉDIA DOMICILIAR PER CAPITA*. 5. *PIB PER CAPITA*. 6. *ESTUDO TRANSVERSAL*. I. Stobäus, Claus Dieter.

CDD 618.97
CDU 612.67(043.3)
NLM WT 104

Ficha elaborada pela bibliotecária: Isabel Merlo Crespo CRB 10/1201

Simone Stochero Kummer

**Análise comparativa dos custos de internações hospitalares de idosos,
pelo SUS, em municípios com diferentes realidades de renda média
domiciliar per capita**

Dissertação apresentada à Comissão Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Biomédica.

Porto Alegre, 05 de março de 2014

BANCA EXAMINADORA

Nome: Irênio Gomes da Silva Filho

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/PUCRS

Assinatura:

Nome: Iride Cristofoli Caberlon

Instituição: Universidade Luterana do Brasil/ULBRA

Assinatura:

Nome: Rodolfo Herberto Schneider

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/PUCRS

Assinatura:

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a DEUS, por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, lucidez nas horas de incertezas e colocar sempre as pessoas certas nos meus caminhos.

À minha mãe (in memoriam), que me deixou a virtude de pensar bem antes de definir os passos e manter a fé diante de cada uma das escolhas.

Ao meu pai, que me ensinou a lutar sempre, que ensinou que nada vem de graça para a vida da gente, que é preciso correr atrás daquilo que se almeja.

Ao meu namorado, por estar sempre presente, de um modo ou de outro, me inspirando com seu carinho e me incentivando na evolução dos estudos.

Ao meu professor e orientador, Claus Dieter Stobäus, por acreditar em mim, pelo apoio constante, ensinamentos, compreensão, carinho, empatia, suporte, sabedoria, conhecimento... alguém especial que, sendo como é, e observando todos os sentimentos e acontecimentos que me acompanharam no período do mestrado, jamais me permitiu sequer pensar em desistir.

Aos amigos que fizeram parte desses momentos sempre me ajudando e incentivando.

Ao meu querido colega de trabalho, Emerson Santos, pelo precioso auxílio na coleta e formatação dos dados da pesquisa.

Aos colegas e amigos, Aglaé Regina Silva, Carlos Kolhrausch e Gabriele Moraz, por dedicarem seus conhecimentos e olhares críticos, contribuindo na construção de um trabalho sólido.

A todos os colegas, mestrandos e doutorandos, professores e equipe do Instituto de Geriatria e Gerontologia pelo carinho, convívio e aprendizado no decorrer dos dias de estudo.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos concedida.

Enfim, a todos que de forma direta ou indireta, auxiliaram na concretização deste trabalho, o meu agradecimento!

Com vocês, queridos, divido a alegria desta experiência. “Quando não souberes para onde ir, olha para trás e sabe pelo menos de onde vens” (provérbio africano).

RESUMO

O crescente envelhecimento da população vem trazendo consigo modificações das necessidades na organização social em que vivemos, exigindo desde uma melhor compreensão desta transição epidemiológica até as questões financeiras que envolvem o custeio desta longevidade. Entende-se que as mudanças na estrutura etária e as consequências do envelhecimento populacional tornam mais significativa a prevalência de doenças crônico-degenerativas, processo esse que desencadeia crescentes custos para os sistemas de saúde. Este trabalho teve como objetivo relacionar custos de internações hospitalares de idosos com a renda média domiciliar per capita de seus municípios de residência. Trata-se de um estudo transversal com análise a partir dos elementos colhidos no banco de dados do SIH/SUS-DATASUS, de internações hospitalares de idosos residentes dos municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre, internados no ano de 2011 em hospitais do Rio Grande do Sul, selecionados por representarem a maior disparidade de renda média domiciliar per capita, dentre os municípios de sua Coordenadoria Regional de Saúde. Através do TABWIN foram selecionados como parâmetros para as análises o valor total, frequência e tempo de permanência das internações hospitalares. Tais dados foram relacionados aos dados socioeconômicos e demográficos dos municípios em estudo. Considerando o montante global de todas as internações dos idosos residentes dos três municípios em análise, verificou-se que os municípios de Porto Alegre apresentaram a menor frequência de internações (11,15%), ao passo que suas internações obtiveram o maior custo médio (R\$ 1.896,19). Os municípios de Ivoti apresentaram a maior frequência de internações, no valor de 18,53%, com o menor custo médio, de R\$ 1.001,10, enquanto que os de Alvorada apresentaram internações em frequência intermediária (16,57%), com custo médio de R\$ 1.483,66. Quanto à relação de custos em saúde com renda média domiciliar per capita, Porto Alegre apresentou a maior renda (R\$ 1.722,37) e o maior PIB per capita, Ivoti apresentou renda R\$ 1.019,75 e PIB intermediários e Alvorada apresentou a renda significativamente menor (R\$ 587,84). Entretanto, apesar de Porto Alegre ter apresentado o maior custo per capita com as internações de seus municípios (R\$ 31,78), empenhou apenas 0,1% de seu PIB para suprir estes custos, enquanto o município de Alvorada apresentou custo per capita de R\$ 22,08, empenhando 0,29% de seu PIB per capita,

e Ivoti apresentou o menor custo per capita (R\$ 18,94) para a cobertura de internações de seus idosos e também teve o menor consumo de seu PIB per capita com este objetivo (0,08%). 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. Também o maior desenvolvimento da habilidade de coleta e análise desses dados é algo que merece ser disseminado entre os profissionais e gestores em saúde, em prol da potencialização do atendimento às reais necessidades de cada município ou região durante processos decisórios.

Palavras-chave: Envelhecimento, Idosos, Internações hospitalares, Renda média domiciliar per capita, PIB per capita

ABSTRACT

The growing population aging has led to several changes in the needs of the society where we live, requiring a better understanding on topics ranging from epidemiological transition to financial issues related to how to defray the expenses of this longevity. It is known that changes in age structure and the consequences of population aging increase the prevalence of chronic degenerative diseases, a process that leads to an increase in costs for health systems. The main purpose of this study was to associate costs of elderly hospitalizations with mean per capita household income in elderly's municipality of residence. The method was a cross-sectional study that assessed hospitalizations of elderly people living in the municipalities of Alvorada, Ivoti and Porto Alegre, Southern Brazil, and admitted at hospitals in the state of Rio Grande do Sul in 2011, based on data collected from SIH/SUS-DATASUS, a database created by the Brazilian Ministry of Health. These municipalities were selected for this study because they showed the greatest disparity in mean per capita household income among the municipalities belonging to their Regional Health Department. Using the tabulation tool named TABWIN, the following analysis parameters were selected: total number, frequency and length of hospitalizations. Such data were associated with socioeconomic and demographic data of the municipalities under study. Considering the overall amount of hospitalizations of elderly people living in the three municipalities analyzed, it was observed that inhabitants of Porto Alegre showed the lowest frequency of hospitalizations (11.15%), whereas their hospitalizations had the highest mean cost (1.896,19 BRL [Brazilian reais]). Inhabitants of Ivoti showed the highest frequency of hospitalizations (18.53%), with the lowest mean cost (R\$ 1,001.10 BRL), whereas inhabitants of Alvorada had an intermediate frequency of hospitalizations (16.57%), with a mean cost of R\$ 1,483.66 BRL. As for the association between healthcare costs and mean household income, Porto Alegre showed the highest income (1,722.37 BRL) and the highest per capita gross internal product (GDP), Ivoti had intermediate income (1,019.75 BRL) and per capita GDP, and Alvorada presented a significantly lower income (587.84 BRL). However, although Porto Alegre showed the highest per capita cost with hospitalization of its inhabitants (31.78 BRL), it assigned only 0.1% of its GDP to cover these expenses, whereas Alvorada had a per capita cost of 22.08 BRL, assigning 0.29% of its per capita GDP, and Ivoti showed the lower

cost per capita (18.94 BRL) for covering elderly hospitalizations and also the lowest portion of its GDP per capita for this purpose (0.08%). The combination of demographic, socioeconomic, epidemiological, and morbidity and mortality data provides a more solid, critical and endorsed view for the construction of favorable or unfavorable opinions regarding health actions and the use of public resources. Additionally, it is important to develop data analysis and collection skills among health professionals and managers, in order to potentiate care so that it meets the actual needs of each municipality or region during decision making processes.

Keywords: Aging, Elderly, Hospitalizations, Mean per capita household income, per capita GDP

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 Identificação dos municípios com serviços de referência para atendimentos em alta complexidade, por especialidade médico-cirúrgica.....	56
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Dados de internações hospitalares, populacionais, demográficos e socioeconômicos dos três municípios estudados.....	60
Tabela 2 Dados de códigos da CID que incidiram nos procedimentos de maiores valores totais gastos e que tiveram a maior frequência, entre os munícipes de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre.....	66
Tabela 3 Dados de internações para procedimentos relacionados ao diagnóstico de Angina Pectoris (I20) dos municípios de Ivoti e Porto Alegre.....	71
Tabela 4 Dados de procedimentos relacionados aos grupos diagnósticos de CIDs que apresentaram maior gasto total com internações de idosos	75
Tabela 5 Dados de frequência dos procedimentos relacionados ao código da CID de insuficiência cardíaca (I50), por grupo de faixa etária, entre os munícipes de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre.....	78
Tabela 6 Dados calculados de percentual de frequência de internações por procedimentos relacionados à insuficiência cardíaca (I50), percentual de valor total gasto entre as internações dos idosos de cada município, gasto per capita envolvido nestas internações e percentual do PIB per capita	80
Tabela 7 Dados de frequência total de internações ocorridas, valor total gasto com estas internações e valor médio de cada uma destas internações, dos idosos residentes nos municípios em estudo, relacionadas a procedimentos, com identificação do CID principal no laudo da AIH como Outras Septicemias (A41).....	82
Tabela 8 Dados de procedimentos relacionados ao grupo diagnóstico de CIDs C00 - D48 - Neoplasmas (tumores), que apresentaram significativo gasto total com internações de idosos, demonstrando sua frequência e gasto per capita, nos municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre.....	85
Tabela 9 Dados de procedimentos relacionados ao grupo diagnóstico de CIDs Q00 - Q99 - Malformações congênitas, deformidades e anomalias congênitas, que apresentaram as internações hospitalares de maior valor médio, identificando sua frequência, nos municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre	86
Tabela 10 Dados de procedimentos relacionados ao grupo diagnóstico de CIDs M00 - M99 (Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo), que também obtiveram relevância no valor médio das internações hospitalares, identificando sua frequência de internações, entre os munícipes de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MGS	Monitoramento da Gestão da Saúde
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPM	Órteses, Próteses ou Materiais Especiais
PDI	Plano Diretor de Investimentos em Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAG	Relatório Anual de Gestão
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
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
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA	17
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 A legislação como veículo fortalecedor da atenção integral à saúde e da devida aplicação dos recursos públicos	18
3.2 O controle social acompanhando interagindo com a distribuição dos recursos em saúde	34
3.3 A composição dos custos das internações hospitalares pelo SUS	36
3.4 Efeitos e reflexos do envelhecimento humano sobre as internações hospitalares	40
4 OBJETIVOS	44
4.1 Geral	44
4.2 Específicos	44
4.3 Hipótese	44
5 METODOLOGIA	45
5.1 Delineamento	45
5.1.1 População em estudo.....	45
5.1.2 Descrição da amostra	45
5.1.3 Procedimentos	45
5.1.4 Critérios de seleção.....	46
5.2 Coleta de dados	46
5.2.1 Rotina de coleta/Fluxograma de funcionamento	46
5.2.2 Descrição dos métodos de mensuração	47
5.2.3 Parâmetros propostos para análise nas internações hospitalares de cada um dos municípios em estudo	49
5.2.4 Instrumentos propostos para a coleta de dados	50
5.2.5 Análise e tratamento estatístico dado às variáveis do estudo	51
5.3 Considerações éticas	51
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	52
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	100
ANEXO A Renda média domiciliar per capita dos 24 municípios da 1ª	

Coordenadoria Regional de Saúde – Secretaria Estadual de Saúde/RS.....	114
ANEXO B Aprovação do Protocolo de Pesquisa pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia	115
ANEXO C Listagem de procedimentos que compõe o código CID10 I 20 – Angina Pectoris	116
ANEXO D Seleção individual dos procedimentos que compõe o código CID10 I20 – Angina Pectoris	118
ANEXO E Tabela: Frequência, valor total e valor médio das Internações de Idosos, em Alvorada	119
Anexo F Tabela: Frequência, valor total e valor médio das Internações de Idosos, em Ivoti	120
Anexo G Tabela: Frequência, valor total e valor médio das Internações de Idosos, em Porto Alegre	121
ANEXO H Tabela: Da tabela original, foram extraídos os dados de frequência, valor total e valor médio das internações por Angina Pectoris (I20), por faixa etária; por representar o maior valor total no custo com informações hospitalares de Ivoti e Porto Alegre e o segundo colocado no ranking de maiores gastos em internações hospitalares de Alvorada	122
ANEXO I Artigo submetido à revista Ciência e Saúde Coletiva	123
ANEXO J Comprovante de submissão à revista Ciência e Saúde Coletiva	139

1 INTRODUÇÃO

O crescente envelhecimento da população vem trazendo consigo modificações das necessidades na organização social em que vivemos. Há mais de duas décadas, já havia publicação¹ referindo-se às alterações relacionadas ao fenômeno e citava o aumento dos custos financeiros, conjuntamente com o processo de transição epidemiológica.

A teoria da transição epidemiológica, proposta por Omram (1971) e citada por Lebrão² está focalizada na complexa mudança dos padrões da saúde e doença e nas interações entre esses padrões e seus determinantes e consequências. Essas mudanças nos padrões dizem respeito à diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e ao aumento das doenças transmissíveis.

Trata-se de uma teoria que pressupõe a substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; sugerindo um deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos indivíduos mais jovens aos mais idosos. Conjuntamente, desencadeando 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 Lerner citado por Schramm³, 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 neste trabalho, por congregar 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.

Na análise demográfica sobre custos em saúde, usa-se enfatizar as mudanças na estrutura etária e as consequências do envelhecimento populacional, uma vez que a prevalência de doenças crônico-degenerativas torna-se mais significativa. Os custos crescentes para os sistemas de saúde em relação ao

impacto das complicações relacionadas aos agravos não transmissíveis merecem destaque.

Em relação à concentração destes custos⁴, no Brasil, não há aumento nos custos médios dos procedimentos hospitalares utilizados em idades mais avançadas, mas ocorre a elevação dos custos de saúde como resultado de uma maior frequência de internações que ocorrem nestas faixas etárias.

A partir das abordagens citadas acima, pode-se direcionar o pensamento a inúmeras situações, que desencadeiam hipóteses que este 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 saudável, 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, quando se fala em aumento da frequência de internações hospitalares, automaticamente, se 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 a renda média domiciliar per capita influi na administração individual dos próprios gastos privados, pressupondo o consumo da educação, transporte, alimentação e medicamentos, entre outros bens de consumo que podem refletir na saúde da população. Paralelamente à renda média domiciliar per capita de uma população incidem os impostos e arrecadações públicas, pressupondo que, quanto maior a renda média domiciliar per capita, maior o PIB e, conseqüentemente, haverá uma influência sobre os gastos públicos, que podem investir-se em saneamento básico e promoção da saúde, dentre tantas prioridades eminentes. Afinal, são inúmeros os fatores que interferem no estado de saúde da população e a responsabilidade por esta, cabe tanto a pessoa individual, quanto à família e o Estado, conforme já previsto na própria Constituição da República Federativa do Brasil de 1988⁵.

Nesse contexto, o presente trabalho pretende relacionar os custos de internações hospitalares dos idosos dos municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre com seus respectivos valores de renda média domiciliar per capita. A seleção destes

três municípios deu-se por apresentarem a menor, a intermediária e a maior renda média domiciliar per capita, dentre os vinte e quatro municípios que compõem a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Paralelamente, serão detectadas as diferenças nos custos hospitalares entre os três municípios e realizada a comparação dos mesmos.

O presente estudo parte da hipótese de que os municípios com maior renda média domiciliar per capita e maior Produto Interno Bruto (PIB) podem apresentar melhor qualidade de vida familiar (estilo de vida saudável e melhor atenção básica de saúde), o que conseqüentemente, geraria uma menor utilização da atenção em saúde na média e alta complexidade.

2 JUSTIFICATIVA

Para toda a ação planejada, existem recursos mínimos empreendidos. Quando se trata de saúde pública, verificamos o elevado e ascendente investimento de recursos para o atendimento das necessidades demandadas. Sendo assim, parte-se deste pressuposto para justificar o desenvolvimento do presente projeto de pesquisa.

Ao longo dos anos, tem-se buscado compreender os fenômenos ligados ao envelhecimento da população, incentivando ações que preconizam a manutenção da qualidade de vida e favorecem a longevidade. Paralelamente, discute-se o custeio desta longevidade.

Por um lado, acredita-se que, quanto maior a longevidade de uma população, maior o risco de incorrer em processos de adoecimento que, eventualmente, geram internações hospitalares e agregam custos.

Em contrapartida, supõe-se que o acesso aos medicamentos e demais políticas de promoção da saúde e prevenção da doença ao longo da vida influem diretamente sobre a redução dos custos com internações hospitalares de uma determinada população, seja pela incidência destas, pelo tempo de permanência ou pelo motivo desencadeante.

Nesse sentido, o presente projeto de pesquisa faz-se relevante para auxiliar na identificação de possíveis diferenças de custos das internações hospitalares dos idosos residentes de municípios com disparidade de renda média domiciliar per capita, buscando perceber impactos na assistência à saúde do idoso, frente às diferenças sociais.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 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.⁶

A grande disponibilidade de informações contribui 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 acabam 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 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 Federal que assim determina, em seus artigos 196 e 198, positivados pela Lei nº 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.⁷

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, se percebe 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 20 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”⁸ 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”⁷. 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 SUS⁹. 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”¹⁰.

Conforme publicado pelo Ministério da Saúde, no site do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde¹¹, 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 1990¹², 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, 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 8.142¹², que foi aprovada e sancionada.

Em seu artigo 1º, a Lei nº 8.142¹² 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 8.142¹². 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, 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.¹²

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 8.142¹², 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 8.689, de 29 de abril de 1993¹³, em seu art. 12, faz referência à publicização trimestral aos respectivos conselhos de saúde e, em audiência pública, às câmaras de vereadores, assembleias legislativas e às duas Casas do Congresso Nacional, do relatório circunstanciado referente à atuação naquele período, destacando informações sobre os serviços ofertados em saúde, a fonte dos recursos aplicados em serviços próprios ou contratados e auditorias concluídas ou iniciadas no período.

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 por 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”¹⁴, 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 nº 29¹⁵, 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 nº 141, de 13 de janeiro de 2012¹⁶, oficializou-se a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29¹⁵, 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 nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006¹⁷, pactuada na reunião da CIT, realizada no dia 14 de dezembro de 2006. Essa portaria também determina que o Plano de Saúde deve abordar as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas, tornando transparente os direitos mínimos à saúde da população do território, conforme o que segue:

O Plano de Saúde, como instrumento referencial, no qual devem estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias de cada esfera, configura-se a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde. O Plano deve contemplar todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade prevista no SUS.¹⁷

No Plano de Saúde devem ser 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 nº 399, de 22 de fevereiro de 2006¹⁸.

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 nº 399/2006¹⁸.

A Portaria nº 399/2006¹⁸, delineia que 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 atual 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 atenção¹⁹, determinando as seguintes diretrizes de trabalho nesta área:

- 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.¹⁹

Para os efeitos desta portaria, está considerado como idoso o indivíduo com 60 anos ou mais¹⁹. 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 Idosa¹⁹ determina 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.

Anteriormente a esta data, apenas houve a publicação da Portaria nº 1.395, em 10 de dezembro de 1999, como a primeira proposta de Política de Saúde do Idoso, o que ocorreu por ocasião do Ano Internacional do Idoso (proclamado pela organização das Nações Unidas) e a 1ª Campanha Nacional de Vacinação contra o vírus Influenza.

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.²⁰

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 da República Federativa do Brasil:

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.⁵

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 399¹⁸, 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 (art. 196)⁵ e na Lei nº 8.080 (art. 2º e 3º)⁷, 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 programação²¹.

Cabe, neste encadeamento de ideias, citar ainda o art. 33, da Portaria nº 204/07, 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.²¹

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 instrumentos²²: 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.²²

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, e que cada um dos entes federativos cumprirem 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 Família²³.

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 conflui 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 SARG-SUS possui suas metas e indicadores de acordo com a parte II do COAP²⁴.

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. Indicador 18: Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.²⁵

Os resultados deste indicador nº 18 partem do pressuposto de que a elevada utilização de ações de reabilitação, inclusive através de internações hospitalares para tratamentos cirúrgicos do decurso de processos patológicos, representa a identificação de municípios e regiões com indivíduos em situação de fragilidade ou em risco de fragilização, o que sinaliza para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde.

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. Indicador 29 - Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais.²⁵

Os resultados do indicador nº 29 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 transporte²⁶.

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.).²⁷

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 outras²⁸.

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 publicada a Portaria nº 2.528, que pressupõe a organização da Política Nacional de Saúde 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 estar¹⁹.

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, 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 saúde²⁸.

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 saúde⁵.

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 contas²⁹.

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.

Enfim, 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.

3.2 O controle social acompanhando interagindo com a distribuição dos recursos em saúde

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 196⁵.

O conceito ampliado de saúde, elaborado na 8ª Conferência Nacional de Saúde³⁰ 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 OMS⁸.

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 enfermidade³¹.

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 indiretamente³².

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 Bobbio³³, 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 as diferenças de renda média domiciliar per capita dos municípios selecionados trazerem consigo as diferenças na arrecadação pública, as diferenças de PIB, que, dentre tantos fatores, são condições determinantes das variáveis de necessidades da população.

3.3 A composição dos custos das internações hospitalares pelo SUS

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 custou³⁴ ou ainda, custo é o preço por que se compra uma coisa, valor em dinheiro³⁵.

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.

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, onde houver³⁶.

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 características³⁷. Também utilizado pelo Medicare, nos Estados Unidos, onde 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 hospital³⁸.

Segue abaixo, a discriminação de algumas inclusões de valores nas contas hospitalares, além do previsto nos valores médios das AIHs 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 idosos³⁹:

1. Diária de acompanhante para idoso: De acordo com a Portaria nº 280, de 07 de abril de 1999³⁹, 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.
2. 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).

3. 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.

4. Atendimento clínico (consulta/avaliação em paciente internado): Corresponde à consulta/avaliação do médico, cirurgião dentista ou outros profissionais de nível superior na atenção especializada.

5. Quantidade máxima de Órteses, Próteses ou Materiais Especiais (OPM): Cada procedimento no SIGTAP tem uma previsão de compatibilidade de OPMs, especificando tipos e quantidade de itens que podem ser utilizados/faturados.

As OPMs 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.

6. Diálise peritoneal e hemodiálise: O procedimento pode ser cobrado à parte, sendo permitido o registro de uma sessão/dia.

7. Tomografia computadorizada e ressonância magnética: Estes exames complementares podem ser lançados na conta hospitalar como procedimentos especiais, tendo previsão de valores específicos no SIGTAP.

8. 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.

9. Albumina humana: A Portaria nº 247, de 14 de julho de 2000⁴⁰, estabelece os padrões de referência para adoção de conduta terapêutica de Albumina Humana no âmbito do SUS.

10. Ato transfusional: Toda a transfusão de sangue ou componentes sanguíneos deve ser registrado na AIH e possuem valores próprios, que acrescentam à conta.

11. Fisioterapia: São considerados procedimentos especiais na AIH e são lançados na conta, conforme seus pedidos e realização.

12. Ultrassonografia: Os exames possuem código e valor próprio.

13. 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.

14. Paciente sob cuidados prolongados: Em alguns casos de pacientes que apresentam os quadros de convalescência, portadores de múltiplos agravos de saúde, doença crônica ou que necessitam de cuidados permanentes, existe a possibilidade de remuneração por dia de internação.

15. Atenção ao idoso: A Portaria nº 702, de 12 de abril de 2002⁴¹ cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do idoso. Subsequentemente, em 2006, a Portaria nº 2.528¹⁹ aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e, atualmente, está em vigência a Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011⁴², que permite continuidade para os serviços já credenciados para a realização de internações domiciliares, com cobrança através da AIH, bem como não suspende o credenciamento de novos serviços, passando a instituir os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), com equipes multiprofissionais, sob o preceito substitutivo ou complementar à internação domiciliar ou ao atendimento ambulatorial. Aos serviços, atualmente credenciados para a realização de internações domiciliares, o registro e faturamento das mesmas é feito por meio de um código inserido na AIH, quando da alta hospitalar do paciente. Devem ser informadas, de forma obrigatória, as consultas médicas realizadas, bem como o quantitativo de dias utilizados no período do tratamento.

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 cirúrgico-anestésico; 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 CIDs 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.

3.4 Efeitos e reflexos do envelhecimento humano sobre as internações hospitalares

O envelhecimento da população, desencadeado pelo declínio das taxas de

fecundidade e mortalidade, marca a transição demográfica⁴³ 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, vem sendo observado o envelhecimento populacional, o qual tem provocado o estudo de novas sistemáticas de tratamentos que melhor se identifiquem com o perfil da população idosa, no objetivo de evitar internações hospitalares dispensáveis e, que, por consequência elevam os custos em saúde.

Dentre os 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, são condições fundamentais para enfrentar esta transição epidemiológica⁴⁴. 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 preventivos⁴⁵.

Em um estudo considerando 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%⁴⁵.

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. A organização da estrutura domiciliar, com a disponibilização de equipamentos e de profissionais em caráter interdisciplinar, de acordo com as demandas analisadas no programa de atenção à saúde de cada idoso, individualmente, provoca um elevado custo inicial, mas com ganhos que serão percebidos ao longo do tempo.

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 saúde⁴⁶. Ou seja, quando os resultados são medidos no longo prazo, os benefícios tendem a superar os custos iniciais.

No Brasil, a partir de 2002, a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002⁴⁷, instituiu o subsistema de atendimento e internação domiciliar. Em 2006, foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa¹⁹, 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 2011⁴⁸, foi instituído o 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.

Dessa forma, a atenção domiciliar vem sendo desenvolvida no Brasil, ao longo da última década. Porém, não houve um estudo acerca dos resultados das ações envolvidas nesses cuidados, especificamente, e não foram encontrados estudos que demonstrem as relações de custo-efetividade das internações domiciliares quando comparadas às internações realizadas em hospitais.

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%⁴⁵.

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 substituição⁴⁵.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Relacionar custos de internações hospitalares de idosos com a renda média domiciliar per capita de seus municípios de residência.

4.2 Específicos

4.2.1. Identificar os custos das internações hospitalares de idosos residentes dos municípios de Porto Alegre, Ivoti e Alvorada, obtidos do DATASUS, relacionando com a renda média domiciliar per capita.

4.2.2. Comparar os custos das internações hospitalares dos idosos entre os municípios analisados, relacionando com sua renda média domiciliar per capita.

4.3 Hipótese

Municípios com maior renda per capita e maior Produto Interno Bruto (PIB) podem apresentar melhor qualidade de vida familiar (estilo de vida saudável e melhor atenção básica de saúde), o que conseqüentemente, geraria uma menor utilização da atenção em saúde na média e alta complexidade.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, analítico, com dados secundários a partir dos elementos colhidos no banco de dados DATASUS.

5.1.1 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Dados de internações de idosos residentes dos municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre, internados no ano de 2011.

5.1.2 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

São os dados coletados no DATASUS, sobre todas as internações hospitalares de idosos, residentes dos municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre, por representarem a maior disparidade de renda média domiciliar per capita, dentre os municípios da 1ª CRS, no ano de 2010.

5.1.3 PROCEDIMENTOS

Na fase inicial, foram selecionados, intencionalmente, os três municípios, por apresentarem a maior disparidade de renda média domiciliar per capita na 1ª CRS, de acordo com os dados do IBGE/2010, conforme dados do Anexo A.

- Alvorada: menor renda média domiciliar per capita (R\$ 587,84)
- Ivoti: renda média domiciliar per capita intermediária (R\$ 1.019,75)
- Porto Alegre: maior renda média domiciliar per capita (R\$ 1.722,37)

Cabe explicar que o salário intermediário entre os dois municípios de maior e

menor renda da 1ª CRS seria no valor de R\$ 1.155,11 (mil cento e cinquenta e cinco reais e onze centavos). Sendo assim, o município de Ivoti foi selecionado por apresentar a renda média domiciliar per capita de valor mais próximo.

A partir desta primeira análise, tornou-se possível determinar a necessidade de ampliar o rol de parâmetros pontuais a serem pesquisados, vislumbrando identificar os pontos diferenciais entre as informações dos três diferentes municípios pesquisados.

5.1.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Inclusão

- Todos os dados contidos no SIH/SUS, em AIHs de internações dos idosos munícipes de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre.

Exclusão

- Estão excluídos do estudo os dados incompletos e inacessíveis.

5.2 Coleta de dados

5.2.1 ROTINA DE COLETA/FLUXOGRAMA DE FUNCIONAMENTO

Para a identificação das diferenças entre os custos das internações hospitalares dos idosos e a renda média domiciliar per capita de cada um dos municípios analisados, foi acessado o banco de dados público, do DATASUS, do qual foram extraídos arquivos do SIH/SUS, processados através do instrumento de tabulação para Windows TABWIN, verificando a ocorrência de todas as internações de idosos residentes dos três municípios em análise, em todo o estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2011.

Considerados como parâmetros para a seleção dos dados, especialmente, os aspectos de valor total das internações (serviços hospitalares e serviços profissionais), sua frequência e tempo de permanência, além dos dados sócio-demográficos.

5.2.2 DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS DE MENSURAÇÃO

Construídas planilhas que possibilitam a descrição de dados, com padrões diferenciais dos três municípios, de acordo com a descrição que segue:

1. No computador utilizado para a pesquisa, baixados os arquivos do SIH/SUS, referentes à produção hospitalar do Estado do Rio Grande do Sul, de janeiro a dezembro de 2011.
2. Baixado o instrumento de tabulação TABWIN, para a devida seleção dos dados pertinentes à pesquisa. O TABWIN é um aplicativo, tabulador, desenvolvido pelo DATASUS para ser utilizado nas bases de dados do SUS.
3. Realizados todos os levantamentos, separadamente, por parâmetro e por município de residência:
 - a) Alvorada, Ivoti e Porto Alegre;
 - b) valor total das internações hospitalares dos idosos, por blocos de faixa etária;
 - c) frequência das internações hospitalares dos idosos, por blocos de faixa etária;
 - d) tempo de permanência nas internações hospitalares dos idosos, por blocos de faixa etária.
4. Organizada uma planilha, contendo os dados dos três municípios, em um programa Excel no formato de banco de dados, para facilitar a visualização e posterior análise comparativa das informações coletadas.
5. Organizadas tabelas para verificação dos resultados conjuntos entre os dados de procedimentos relacionados a Grupos Diagnósticos da

Classificação Internacional de Doenças - CID 10 (Anexos E, F e G), os quais foram citados na codificação da AIH principal de cada uma das internações hospitalares dos idosos em estudo.

6. Organizadas tabelas, com recortes dos dados de procedimentos relacionados a códigos da CID 10, lançados na AIH principal das internações de idosos de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre, os que se sobressaíram no somatório de pelo menos um dos parâmetros pesquisados: valor total, frequência ou tempo de permanência.

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 ou mais.

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 SUS, 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.

No ano de 2011, sob o Decreto nº 7.530, de 21 de julho de 2011⁴⁹, o DATASUS passou a fazer parte da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Governo Federal, visto a informação ser considerada como meio fundamental para a democratização da saúde e o aprimoramento de sua gestão, o que pode ser percebido na alínea II, do artigo 35, do referido decreto:

[...] desenvolver, pesquisar e incorporar produtos e serviços de tecnologia da informação que possibilitem a implementação de sistemas e a disseminação de informações necessárias às ações de saúde, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde⁴⁹.

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 AIHs, fornecidas pelo SUS, o DATASUS disponibiliza o SIH/SUS. Os serviços próprios do SUS ou seus prestadores de serviços enviam às secretarias municipais ou estaduais 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, para 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 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.

5.2.3 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 nos três municípios, separadamente, no ano de

2011. O valor total refere-se ao valor integral pago pela internação, desde as diárias hospitalares, tanto de leito comum como em 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 idosos residentes dos três municípios em estudo, no mesmo período. Foi realizada a análise estatística descritiva para detectar a média e os percentuais.

3. Tempo de Permanência

E o tempo de permanência refere-se ao somatório do número de dias de cada uma das internações ocorridas.

O cruzamento e análise dos dados citados acima levanta uma nova abrangência de possibilidades, tanto para a identificação de ações preventivas de baixo custo que podem ser desenvolvidas pelos municípios, até ações de alto custo que não devem ser evitadas.

5.2.4 INSTRUMENTOS PROPOSTOS PARA A COLETA DOS DADOS

1. Planilha Excel

Para uma primeira análise, foi organizada uma planilha em Excel, selecionando informações relativas ao código da CID 10, que foram retiradas para o estudo, referentes aos procedimentos, que determinam o fator gerador das internações, o valor total de todas as internações de idosos residentes nos três municípios, a frequência das internações e tempo de permanência, selecionadas por blocos de faixa etária, como pode ser visualizado na forma impressa, que foi apresentada à banca examinadora, na análise deste estudo. Foram feitos recortes de dados para subsidiarem as análises e discussão dos resultados encontrados.

5.2.5 ANÁLISE E TRATAMENTO ESTATÍSTICO DADO ÀS VARIÁVEIS DO ESTUDO

Além da análise estatística descritiva (percentuais, médias), foi realizada a análise inferencial, para ver os resultados das correlações entre os dados sobre as internações de idosos residentes nos três municípios em estudo.

5.3 Considerações éticas

Os dados coletados para esta pesquisa são de domínio público, não havendo necessidade de autorização para sua utilização para fins científicos, a não ser a explícita descrição da fonte dos mesmos. Ainda assim, o Projeto de Pesquisa foi enviado à Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia e aprovado, conforme o Anexo B. Posteriormente, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, que o aprovou em 05 de outubro de 2012, nº CAAE 06897612.9.0000.5336.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O município de Alvorada, de acordo com o censo IBGE 2010, possuía uma população de 195.673 habitantes, com 17.569 de idosos, que representam 9% dessa população. É um município que, de acordo com os dados de 2010, coletados pelo IBGE, tem um PIB per capita de R\$ 7.528,20 e uma renda média domiciliar per capita de R\$ 587,84⁵⁰.

Durante o ano de 2011, ano de referência dos dados desse estudo, o município de Alvorada, juntamente com o Estado e União, apresentou no Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal, uma despesa total em saúde no valor de R\$ 34.936.780,12, resultando numa despesa per capita de R\$ 178,55, sendo possível identificar que R\$ 147,36 per capita foram despesas relacionadas à atenção básica. O município de Alvorada investiu 21,42% 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)¹⁶.

Quanto à assistência de internação hospitalar, Alvorada conta com um hospital geral, sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde. São 83 leitos disponibilizados ao SUS em seu território, sendo que 30 destes leitos são destinados, exclusivamente, às internações pediátricas e neonatais^{51,52}. No período do estudo, ocorreram 2.912 internações de idosos, munícipes de Alvorada.

Foi possível verificar um gasto de 0,29% do PIB municipal para o custeio das internações dos idosos, representando um valor de R\$ 22,08 per capita⁵⁰.

O município de Ivoti, conforme dados do IBGE, no ano de 2010, tinha uma população total de 19.874 habitantes, sendo 2.029 idosos, que representam 10,2% da população. Seu PIB per capita, no ano de 2010, foi de R\$ 22.903,15 e a renda média domiciliar per capita foi de R\$ 1.019,75⁵⁰. O Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal, no ano de 2011, incluindo os valores repassados pelo Estado e União, apresentou uma despesa total em saúde no valor de R\$ 5.260.759,96, resultando numa despesa per capita de R\$ 264,70, sendo R\$ 262,17 per capita desta despesa utilizadas em ações direcionadas à atenção básica. Ivoti

apresentou investimento de 17,60% de seus recursos próprios para o atendimento das necessidades em saúde da população¹⁶.

Ivoti possui um hospital geral, filantrópico, sob contratação da Secretaria Estadual de Saúde para os atendimentos em seu território, contando com 43 leitos no total, dos quais 35 são disponibilizados aos usuários do SUS^{52,53}. Entre os municípios idosos de Ivoti ocorreram 376 internações no transcorrer de 2011.

Em Ivoti, foi identificado um gasto de 0,08% do PIB municipal para o custeio das internações dos idosos, representando um valor de R\$ 18,94 per capita⁵⁰.

Cabe ressaltar que os Demonstrativos de Responsabilidade Fiscal somente consideram os gastos realizados diretamente pelo município, não considerando as despesas realizadas pelo Estado, em relação aos municípios que não se encontram na gestão plena.

Porto Alegre é a capital do Estado, com uma população total de 1.409.351 habitantes, sendo 211.895 de idosos, que representam 15% da população, considerando os dados do IBGE. Seu PIB per capita, em 2010, foi de R\$ 30.524,80 e a renda média domiciliar per capita de R\$ 1.722,37⁵⁰.

Durante o ano de 2011, o município de Porto Alegre, juntamente com o Estado e União, apresentou no Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal, uma despesa total em saúde no valor de R\$ 920.317.629,25, com a despesa per capita no valor de R\$ 653,01, com a utilização de R\$ 113,41 dessa despesa per capita para o custeio da atenção básica. Considerando que Porto Alegre possui 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*), pode-se verificar que R\$ 412,14 da despesa per capita foram gastos com a assistência hospitalar e ambulatorial, o que inclui as internações hospitalares. O município de Porto Alegre gastou 21,13% de seus recursos próprios para atender as demandas em saúde, durante o ano de 2011¹⁶.

É importante salientar que Porto Alegre custeia muito mais internações hospitalares do que as que foram citadas nesta pesquisa, pois nela restringe-se à identificação quantitativa ocorrida entre os municípios residentes de Porto Alegre. No entanto, quando se identifica o elevado valor de R\$ 412,14 de despesa per capita

gasta em atenção de média e de alta complexidade, é necessário lembrar que este valor refere-se aos gastos totais do município, para o atendimento de toda a população que lhe é referenciada, por possuir resolutividade nas diversas especialidades médicas. 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).

Para fundamentação do parágrafo anterior, buscaram-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. Pode-se verificar que os municípios de Porto Alegre foram responsáveis por 54,81% das internações, ficando 45,19% das internações ofertadas para municípios de outros 518 municípios (os 497 do estado + os de outros estados), 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).

Dos três municípios em estudo, Porto Alegre é o único que possui 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, atua como gestor 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 conta com 3 (três) unidades de hospital dia, 18 (dezoito) unidades de hospital geral, 2 (duas) unidades de hospital especializado e 1 (uma) unidade de hospital pronto socorro. O município possui um total de 7.342 leitos, dos quais 3.845 leitos são destinados aos atendimentos pelo SUS (desconsiderando os leitos direcionados à pediatria e neonatologia)^{52,54}. Em 2011, ocorreram 23.621 internações entre idosos munícipes

de Porto Alegre.

E, no município de Porto Alegre, foi encontrado um gasto de 0,10% do PIB municipal para o custeio das internações dos idosos, representando um valor de R\$ 31,78 per capita, o maior dentre os três municípios⁵⁰.

Destaca-se 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, estando em sua maioria vinculados a recursos financeiros provenientes de ações da área da educação.

Por características de caráter educacional, os hospitais de ensino possuem AIHs que agregam maior valor, pois costumam investigar mais profundamente 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, que contam com os recursos do Ministério da Educação e Cultura (MEC)⁵⁵. 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 e do MEC para investimentos em área física e equipamentos, bem como para o custeio da estrutura e pagamento dos recursos humanos. Todos os demais recursos, incluindo os repasses de valores das AIHs e incentivos, como o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa, são utilizados para complementação do orçamento.

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 e investimentos em estrutura e equipamentos de modo fixo, dependendo dos repasses da contratualização do SUS para sua operacionalização, funcionamento e manutenção adequada da prestação de serviços.

Cabe salientar que os três 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 1988⁷. Ademais, ela pressupõe ações de descentralização, regionalização, hierarquização e participação social, que são determinadas por diretrizes políticas, organizativas e

operacionais⁵⁶.

Nesse sentido, é de essencial relevância explicitar que toda a população brasileira, independente 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 1 algumas referências aos atendimentos da alta complexidade, vigentes aos municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre, durante o ano de 2011.

Referências para o acesso aos atendimentos de alta complexidade, por município	Alvorada	Ivoti	Porto Alegre
Cardiologia Conforme referência aprovada na CIB/RS, de 08/12/2006, conforme Resolução n° 002/07	Porto Alegre	Novo Hamburgo	Porto Alegre
Neurocirurgia Conforme proposta de referência aprovada na SETEC de 10/04/2008	Porto Alegre	São Leopoldo	Porto Alegre
Neurologia Conforme proposta de referência aprovada nas reuniões da SETEC de 10/04/08 e 11/09/09	Porto Alegre	São Leopoldo	Porto Alegre
Oncologia Conforme proposta de referência na SETEC de 10/04/08	Porto Alegre	São Leopoldo	Porto Alegre
Traumatoortopedia Conforme referência aprovada na CIB/RS, em 08/12/06, conforme Resolução n° 002/07	Porto Alegre	Canoas	Porto Alegre

Quadro 1 Identificação dos municípios com serviços de referência para atendimentos em alta complexidade, por especialidade médico-cirúrgica

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 Sul⁵⁷.

O Quadro 1 descreve as referências para atendimentos de saúde em especialidades clínicas e cirúrgicas de alta complexidade, aos munícipes de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre. 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 1 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, o município de Ivoti já tem parte de seus recursos advindos da União, relacionados à alta complexidade da assistência em saúde, repassados ao Estado, que encaminha diretamente ao Fundo Municipal de São Leopoldo, Novo Hamburgo ou Canoas. Do mesmo modo, em Alvorada o quantitativo proporcional dos recursos, conforme seu volume populacional, é encaminhado ao Fundo Municipal de Porto Alegre, em prol da prestação da assistência à saúde em alta complexidade. Conforme a disponibilidade assistencial nos municípios, o mesmo processo de encaminhamento dos recursos ocorre para os atendimentos em média complexidade da assistência em saúde. Estima-se que todas as gestões municipais, independente do quantitativo populacional de seus municípios, tenham plena resolutividade na atenção básica⁵⁸.

Então, isso significa que, apesar das diferenças de disponibilidade de leitos, todos os munícipes dos três municípios possuem 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, buscar as internações "por população residente" (endereço residencial informado pelo usuário SUS), possibilitou a identificação do número de internações, por município, independente de onde esteja localizado o prestador de serviços/hospital em que ocorreu a internação.

Todos os dados utilizados e apresentados ao longo da pesquisa foram obtidos através de fontes oficiais disponibilizadas pelo governo de forma aberta ao público em geral. No caso das informações específicas de saúde, 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 2000⁵⁹, que estabelece o prazo máximo de cobrança de AIHs 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* e 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 C, de acordo com o SIGTAP. Os procedimentos listados no 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 D). 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 à disseminação das informações de 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 manipulação e 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, pressupondo atratividade comercial.

Mesmo para um usuário com conhecimentos mais avançados de tecnologia, o TABWIN e o TABNET podem ser complexos de se manipular e atualizar. Para a sua devida utilização 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 04 (quatro) meses do mês da alta será rejeitada em definitivo. AIH apresentada e rejeitada dentro dos 04 meses de validade pode ser reapresentada até o 6º mês, a contar do mês de alta do paciente³⁶.

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, que não o 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.

Dos dados coletados, foi criada uma tabela original, a qual será apresentada, na forma impressa, à banca examinadora e, da mesma, serão feitos recortes de dados para subsidiarem as análises e discussão dos resultados encontrados.

Como início da análise e discussão dos resultados, apresenta-se a Tabela 1, que demonstra, de modo amplo, os valores globais utilizados como parâmetros nas análises e discussões deste estudo.

Para elaboração da Tabela 1, foram extraídos da tabela original, para análise

e discussão, os dados de internações hospitalares ocorridas entre os idosos residentes nos municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre, durante o ano de 2011. Também foram incluídos na Tabela 1 os dados populacionais, demográficos e socioeconômicos dos três municípios.

Tabela 1 Dados de internações hospitalares, populacionais, demográficos e socioeconômicos dos três municípios estudados

Dados levantados	Alvorada	Ivoti	Porto Alegre
População idosa (habitantes)	17.569	2.029	211.895
Percentual de idosos (%)	9,00	10,20	15
Renda média domiciliar per capita (R\$)	587,84	1.019,75	1.722,37
PIB per capita (R\$)	7.528,20	22.903,15	30.524,80
Despesa per capita com saúde (R\$)	178,55	264,70	653,01
Percentual de aplicação dos recursos municipais, conforme lei complementar nº 141 (%)	21,42	17,60	21,13
Despesa per capita na atenção básica (R\$)	147,36	262,17	113,41
Custos total das internações hospitalares de idosos (R\$)	4.320.409,51	376.414,99	44.789.905,66
Frequência total de internações hospitalares de idosos	2.912	376	23.621
Percentual do PIB gasto com internações de idosos (%)	0,29	0,08	0,10
Valor médio das internações de idosos (R\$)	1.483,66	1.001,10	1.896,19
Custo per capita com as internações de idosos (R\$)	22,08	18,94	31,78
Percentual de internações entre idosos (%)	16,57	18,53	11,15

Fonte: Brasil⁶⁰⁻⁶³.

Ivoti, proporcionalmente ao quantitativo populacional, foi o município que apresentou maior número de internações hospitalares de idosos, num percentual de 18,53% da sua população idosa. No entanto, suas internações foram as que apresentaram menor custo médio (R\$ 1.101,10) e o investimento do município em atenção básica foi o maior, dentre os três municípios em estudo, R\$ 262,17⁶³.

O menor custo médio das internações de idosos residentes de Ivoti pode estar vinculado aos critérios técnicos da assistência prestada e à limitação de acesso às tecnologias nos serviços de referência, visto que Ivoti é o único município

com referências em São Leopoldo, Novo Hamburgo e Canoas. Já os municípios de Alvorada e Porto Alegre, possuem suas referências em Porto Alegre mesmo, que é um município com maior disponibilidade de tecnologias de alta complexidade.

Cabe salientar que a argumentação apresentada no parágrafo anterior leva em consideração uma realidade de não utilização de protocolos técnicos para os atendimentos em saúde. No momento em que fossem utilizados os protocolos e diretrizes já existentes no âmbito do SUS, estas desigualdades assistenciais poderiam ser menos significativas.

Compreende-se que todos os cidadãos, dos três municípios, possuem os mesmos direitos e coberturas assistenciais. No entanto, o fácil acesso, muitas vezes, pode predispor à "hiperutilização" do sistema, tanto por interesses individuais dos usuários, quanto por caráter de segurança médica, por excessiva valorização dos serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento, em detrimento à anamnese ou exame clínico.

A cobertura assistencial deve ser integral e igualitária a todos os usuários do SUS⁵, em todos os níveis de complexidade da Atenção à Saúde, sem relação com seu município de residência, com suas diferenças de características locais e quantitativo populacional. No entanto, de acordo com os resultados da pesquisa, a maior disponibilidade de serviços de saúde, bem como a maior disponibilidade de tecnologias em saúde, parece predispor à maior utilização de serviços e tecnologias. Então, mesmo seguindo os regramentos do SUS, sob os princípios da equidade e integralidade, admite-se que municípios de Porto Alegre possuem uma maior tendência à utilização do sistema de saúde, podendo este fato se configurar em um viés nessa pesquisa, por ser um grande centro de referência para toda a região que atende os municípios estudados.

Outros fatores a serem considerados são a renda per capita, que parece ser capaz de favorecer os autocuidados e a escolaridade. A renda per capita, somada à escolaridade, pressupõe maior poder de consumo. A escolaridade tem sido referenciada como fator de elevação das necessidades em saúde⁶⁴, o que resulta em elevação dos custos. Ficam conhecimento, educação ou escolaridade de uma população como veículos de elevação do nível de necessidades em saúde.

Este conceito é facilmente visualizável através da análise comparativa da

renda média domiciliar per capita dos municípios em estudo. Porto Alegre possui a maior renda média domiciliar per capita e, paralelamente o menor percentual de frequência de internações entre os idosos (11,15%), ao passo que suas internações possuem o maior valor médio (R\$ 1.896,19).

Verificou-se a taxa de analfabetismo⁶⁵, na intenção de perceber aproximações com o nível educacional, conforme mencionado anteriormente, o que corroborou, demonstrando que o município de Ivoti, que apresentou a menor taxa de analfabetismo (1,7%), foi também o município que apresentou o maior percentual de internações entre seus idosos (18,53%), respeitando a proporcionalidade populacional. O município de Porto Alegre apresentou taxa de analfabetismo intermediária (2,2%), atrelada ao menor percentual de frequência de internações de idosos, fator este que pode encontrar justificativas em outros nuances culturais e socioeconômicos, como por exemplo o acesso ao sistema de saúde suplementar.

Através do site da Agência Nacional de Saúde Suplementar, foi possível verificar, na população, no ano de 2011, o percentual de idosos que possuía acesso ao sistema de saúde através de planos privados de assistência médica. Apenas 8,94% dos idosos de Alvorada mantinham o acesso através do sistema privado; 15,81% dos idosos de Ivoti; e 43,85% dos idosos de Porto Alegre⁶⁶.

O levantamento deste dado 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 se justifica pela utilização paralela do sistema privado.

Então, pode-se perceber que as internações de idosos residentes de Porto Alegre apresentaram o maior custo médio e em um percentual de frequência menor do que os outros dois municípios em análise. No entanto, o fato de 43,85% da população idosa de Porto Alegre estar acessando o sistema de saúde privado pode ter representado um viés na pesquisa, deixando de identificar um grande número de internações ocorridas (também representativas para a análise da condição de saúde, entre os idosos de Porto Alegre). O fator escolaridade também pode entrar nessa discussão, como influenciador para o aumento da frequência das internações.

Estas informações podem conduzir a interpretações de que os idosos

possuidores de uma melhor condição socioeconômica estão buscando a manutenção do sistema de saúde privado, talvez como recurso para melhorar suas garantias de acesso à assistência em saúde. Corroborando com esta abordagem, pode ser analisada a renda média domiciliar per capita, nos três municípios, identificando Porto Alegre com a melhor renda, Ivoti com a renda intermediária e Alvorada com a menor renda média domiciliar per capita.

Apesar de a última atualização ser do ano de 2003, a incidência da pobreza representa um dado a mais para fundamentar as discussões relacionadas à situação socioeconômica dos municípios em análise, juntamente com os dados de renda média domiciliar e PIB per capita. O percentual de pobreza no município de Alvorada, em 2003, foi de 37,68%; o de Ivoti foi de 25,83%; e Porto Alegre apresentou o percentual de 23,74%⁶⁷.

Percebe-se novamente que os municípios com a menor renda média domiciliar per capita favorecem uma menor autonomia dos indivíduos para gerirem os custos de possíveis melhorias na qualidade de suas vidas, sendo também os municípios que geram menor quantidade de riquezas, recebendo menos recursos e, ao mesmo tempo, demonstrando os maiores percentuais de pobreza em sua população.

Também, conforme dados do IBGE, consultados através do site do DATASUS, foi possível verificar que, no ano de 2010, 25,3% da população de Alvorada (49.325 pessoas), apresentava renda inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo e 8,26% (16.113 pessoas) com renda inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Em Ivoti verificou-se 6,9% da população (1.364 pessoas) com renda inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo e 1,79% (353 pessoas) com renda inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Porto Alegre apresentou 14,76% da população (205.824 pessoas) com renda inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo e 5,75% (80.212 pessoas) com renda inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo⁶⁸.

Os números encontrados corroboram as demais informações já levantadas anteriormente para os municípios de Alvorada e Porto Alegre. No entanto, Ivoti demonstra uma situação melhor, com índices menores de proporção de pessoas com baixa renda.

E o fato de ter o maior PIB pressupõe maiores possibilidades de investimentos por parte do município em ações de saúde, abrangendo todos os

níveis, enfatizando a prevenção da doença e promoção da saúde, com incentivo para as mudanças no estilo de vida da população, considerando as questões nutricionais, de atividade física, de convívio e interação social, entre outras.

A desigualdade entre orçamentos dos municípios gaúchos beneficia quem gera mais riqueza, ao mesmo tempo que ajuda a consolidar o abismo entre cidades ricas e pobres⁶⁹, pois a sistemática de repasse das receitas aos municípios parece estar seguindo um padrão contra-fluxo da equidade. Ou seja, o município que possui um PIB mais elevado, maior renda per capita, automaticamente tem uma arrecadação de impostos superior, o que é o caso do município de Porto Alegre e Ivoti, dentre os municípios envolvidos neste estudo. Já os municípios que possuem um menor PIB e menor renda per capita, neste caso, Alvorada, são os que apresentam também a menor receita obtida através dos impostos, o que os distancia dos outros em análise, na capacidade de investimento para ações em saúde, quebrando nesse sentido, com a condição da equidade.

De acordo com as necessidades dos municípios em estudo e em cumprimento à Emenda Constitucional nº 29, no ano de 2011¹⁵, o município de Alvorada investiu 21,42% de seus recursos próprios em saúde, Ivoti investiu 17,60% e Porto Alegre investiu 21,13%. Esses percentuais, apesar de parecerem próximos, representam significativas diferenças na capacidade de resolutividade em saúde por parte dos municípios, pois são calculados a partir da arrecadação própria de cada município. Então, aquele que mais ganha é o que mais tem para investir. Aquele que possui uma arrecadação inferior, como é o caso do município de Alvorada, é o que possui menores condições de investimento. Ao passo que as necessidades em saúde são iguais em todas as localidades.

Mas aquele que dispuser de mais recursos, poderá investir mais em atenção básica, prevenção da doença, promoção da saúde, na intenção de evitar os eventos mais custosos, relacionados à utilização da atenção de alta complexidade. Ou seja, as desigualdades econômicas exercem reflexo importante nos gastos per capita com saúde e não são nivelados pelos recursos que vem da União e do Estado, porque os repasses quase sempre levam em conta a população, e não o gasto per capita, ou preveem repasses semelhantes para os municípios em situações diversas⁷⁰.

A atenção primária à saúde vem sinalizando e estabelecendo sua solidez no

sentido de reduzir a frequência das internações hospitalares entre idosos, bem como reduzir o tempo de permanência destas internações^{71,72}.

No âmbito desta pesquisa, Porto Alegre foi o município que apresentou menor investimento em atenção básica e o que teve internações hospitalares de maior custo médio (R\$ 1.896,19). Como já foi citado anteriormente, seu percentual de internações foi menor do que os outros municípios em análise. No entanto, tendo 43,85% de seus idosos sob a cobertura de planos privados para a assistência médica, este acaba sendo um resultado de representação pouco significativa. A despesa per capita, com saúde, relacionada com a atenção básica foi a menor entre os três municípios, R\$ 113,41.

Porto Alegre diferencia-se da realidade dos outros municípios em estudo em virtude de sua estrutura e capacidade de atenção à saúde, bem como gestão dos recursos obtidos como receita, tanto os provenientes do próprio município quanto dos repasses vindos do Estado ou União (repasses recebidos por ser referência em serviços de média e alta complexidade). Então, o custo per capita em saúde apresenta-se elevado, R\$ 31,78, por ter sido calculado apenas sobre a população da própria área territorial. No entanto, os serviços de média e alta complexidade atendem a todos os municípios referenciados, o que totalizaria um quantitativo populacional muito superior, acima de 300%⁵⁷ do total de sua população residente. Isso impacta, especificamente, nos valores gastos em atenção de média e alta complexidade e, certamente, é o que gera o percentual de 21,13% de utilização dos recursos próprios em custeio da saúde⁶².

O município de Alvorada, dentro deste contexto comparativo, encontra-se em maior desvantagem, pois possui a maior incidência de pobreza, a menor renda média domiciliar per capita, o menor PIB per capita e, dentre outros fatores, por não ser um município gerador de riquezas, sua receita fica aquém dos outros municípios, que possuem uma melhor condição de vida e saúde. Traduz-se, dentre os três municípios, aquele com a mais baixa renda, com um índice de analfabetismo de 3,8%. Além de todas as vulnerabilidades sociais, no ano de 2011, o município estava liderando o ranking de homicídios no Rio Grande do Sul⁷³, tendo a violência como mais um dos fatores geradores de inferior qualidade de vida e alto custo aos cofres públicos.

Para a elaboração da Tabela 2, foram extraídos os dados da tabela original, que constituíram os anexos E, F e G, de onde foram retirados, para análise e discussão, os dados de códigos da CID que incidiram nos procedimentos de maiores valores totais gastos e que tiveram a maior frequência, entre os municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre.

Tabela 2 Dados de códigos da CID que incidiram nos procedimentos de maiores valores totais gastos e que tiveram a maior frequência, entre os municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre

Município de residência de idosos	Grupo diagnóstico da CID 10	Frequência de internações de idosos	Valor total do gasto com internações de idosos (R\$)	% do gasto total com internações de idosos	% de frequência das internações de idosos	Valor médio das internações de idosos (R\$)
Alvorada	I00 - I99 - Doenças do aparelho circulatório	846	1.502.709,23	34,78	29,05	1.776,25
Alvorada	J00 - J99 - Doenças do aparelho respiratório	490	643.708,84	14,90	16,83	1.313,69
Ivoti	I00 - I99 - Doenças do aparelho circulatório	89	141.959,46	37,71	23,67	1.595,05
Ivoti	J00 - J99 - Doenças do aparelho respiratório	104	70.962,29	18,85	27,66	682,33
Porto Alegre	I00 - I99 - Doenças do aparelho circulatório	6488	19.209.428,32	42,89	27,47	2.960,76
Porto Alegre	J00 - J99 - Doenças do aparelho respiratório	4057	6.572.930,53	14,68	17,18	1.620,15

CID = Classificação Internacional de Doenças.
Fonte: Brasil⁶⁰.

Conforme abordagem da Tabela 2, os três municípios em estudo tiveram seus maiores gastos em internações de idosos decorrentes de procedimentos

relacionados ao grupo diagnóstico I00 - I99 - Doenças do aparelho circulatório e, subsequentemente, do grupo diagnóstico J00 - J99 - Doenças do aparelho respiratório.

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 e estes grupos diagnósticos.

O mesmo ocorreu com os procedimentos relacionados ao grupo diagnóstico de CID J00 – J99 (doenças do aparelho respiratório), que constitui o segundo grupo representante dos maiores gastos hospitalares, com idosos residentes nos três municípios, sendo 14,9% dos gastos de Alvorada, 18,85% dos gastos de Ivoti e 14,68% dos gastos em Porto Alegre.

Observou-se que as internações dos idosos munícipes de Porto Alegre, relacionadas às doenças do aparelho circulatório, obtiveram um custo médio maior do que 40% (R\$ 2.960,76) acima do custo médio das internações relacionadas aos idosos de Alvorada (R\$ 1.776,35) e Ivoti (R\$ 1.595,05).

Quanto ao custo médio das internações de idosos relacionadas às doenças do aparelho respiratório, percebeu-se um maior equilíbrio entre as internações de Alvorada (R\$ 1.313,69) e Porto Alegre (R\$ 1.620,15), o que parece adequado, visto usufruírem dos mesmos serviços de referência para internação de alta complexidade, localizadas no município de Porto Alegre.

O percentual de 19% abaixo, apresentado no custo médio de internações por doenças do aparelho respiratório entre os munícipes de Alvorada, pode estar relacionado às internações de média complexidade realizadas no hospital do próprio município de Alvorada. Pois, tratando-se de internações de alta complexidade, tanto os idosos munícipes de Alvorada quanto os de Porto Alegre possuem as mesmas referências, localizadas no município de Porto Alegre, que contam com sete hospitais de ensino, os quais, por características profissionais e educacionais de maior investigação diagnóstica e terapêutica, acabam por desencadear contas

hospitalares de custo superior.

A abordagem acima também pode ser usada em relação ao percentual maior do que 40% na elevação do custo médio das contas hospitalares relacionadas às doenças do aparelho circulatório entre os idosos de Porto Alegre. As referências para cardiologia, na assistência de alta complexidade, são as mesmas para os municípios de Alvorada e Porto Alegre. Ivoti é o único, dentre os três municípios em análise, que possui referências localizadas no município de Novo Hamburgo.

Ainda, entre os idosos municípios de Ivoti, observou-se que o custo médio das internações dos idosos por doenças do aparelho respiratório (R\$682,33) representaram menos da metade dos valores médios apresentados entre os municípios de Alvorada e Porto Alegre. No entanto, as mesmas ocorreram numa frequência superior da 38,5% do que nestes dois outros municípios. Essa constatação conduz a inúmeras possibilidades: 1. Talvez a condição de imunidade dos idosos de Ivoti seja relevante, juntamente com hábitos de vida saudáveis; 2. O elevado investimento em atenção básica realizado pelo gestor municipal pode ter refletido preventivamente, reduzindo a frequência de comorbidades nos casos de internações ou outros casos de complicações que se desenvolvem em períodos de internações de idosos; 3. Possibilidade de erro na identificação da CID principal no laudo da AIH elevou a frequência das internações; 4. Ocorrência de internações entendidas como desnecessárias, onde o idoso poderia ter sido orientado e assistido em casa, juntamente com seus familiares, pois apesar de Ivoti possuir elevado investimento em atenção básica, não possuía a implantação da Estratégia de Saúde da Família, que realiza as visitas domiciliares e acompanhamento mais personalizado. Dessa forma, podem ter sido desencadeadas muitas internações em razão de atendimentos em serviços de emergência hospitalar, mediante situações de instabilização da doença; 5. Possivelmente, muitas das internações ocorreram no próprio hospital do município de Ivoti, o qual caracteriza-se por um hospital de pequeno porte e dispõe de menor quantitativo de tecnologias; 6. Quando transferidos, para continuidade de seu tratamento no município de referência (Novo Hamburgo), acaba-se por gerar uma nova AIH (fator que acaba gerar o aumento da frequência das internações ocorridas, no âmbito da metodologia adotada para a coleta de dados desta pesquisa); 7. Considerando todas as internações de idosos

devidas a procedimentos relacionados à doenças do aparelho respiratório, em todo o estado do Rio Grande do Sul, durante o ano de 2011, obteve-se um valor médio de R\$ 1.007,81⁶⁰, valor este que se apresenta 32% acima do valor médio apresentado pelas internações de idosos de Ivoti.

Confirmando o que outros estudos demonstram^{64,74,75}, as doenças cardiovasculares e respiratórias são as mais prevalentes entre internações hospitalares de idosos e as que respondem pelos maiores custos hospitalares nesta população, em média 80%⁷⁴.

Estudos relacionados à mortalidade, também apontam como causa principal, em idosos, as doenças do aparelho circulatório e, em segundo lugar, as doenças do aparelho respiratório⁶⁴.

Nessa análise detalhada dos diagnósticos de maior custo global nas internações hospitalares de idosos para os municípios pesquisados, pode-se dizer que, independentemente da renda média domiciliar per capita, alguns grupos diagnósticos igualmente impactam, mais significativamente, no aporte de recursos despendidos. No entanto, a promoção da saúde e a prevenção das doenças, sob a implantação de sistemáticas de atenção à saúde que preconizem o envelhecimento saudável⁷⁵, desde a idade mais jovem, parecem ser indispensáveis para a redução da morbimortalidade e a consequente redução dos custos com essas internações. A melhoria do acesso ao sistema de saúde, ao longo da vida, e não apenas quando a pessoa já é idosa, sob o enfoque preventivo, favorecerá o reconhecimento de sinais e sintomas que apontem para o surgimento das doenças, que poderão ser prevenidas e/ou tratadas em sua fase inicial, bem como, prioritariamente, poderão ser adotados hábitos de vida mais saudáveis, iniciando pelos cuidados com a alimentação e atividade física.

Uma das importantes formas de prevenção das doenças respiratórias é a vacinação dos idosos contra o vírus influenza, que pode estar associada a alguma redução do número de internações. Outra medida importante é o incentivo à redução das internações, o que favorece a redução dos efeitos de infecções hospitalares e iatrogenias, visto que idosos acamados apresentam-se mais predispostos aos acometimentos pulmonares⁷⁶.

Apesar de ser percebido através deste estudo que, independentemente das

condições socioeconômicas individuais ou da gestão pública, as doenças prevalentes ainda são as do aparelho circulatório e respiratório, fortalece-se o pensamento de que, quanto melhor a renda média domiciliar per capita, maiores as possibilidades para a população encontrar condições favoráveis a um estilo de uma vida saudável, com maior autonomia sobre seus próprios cuidados, ao longo da vida. Questões como elevados níveis de escolaridade também podem contribuir para a valorização da inclusão de ações e conseqüentes possibilidades de mudanças no estilo de vida de uma população.

Paralelamente, o município que possui um maior PIB per capita recebe mais recursos para investir em educação e em saúde, para a promoção de saúde e prevenção da doença. O custo das internações hospitalares por procedimentos relacionados aos mesmos grupos diagnósticos da CID, comparando os três municípios em estudo, permite destacar que Porto Alegre tem os mais elevados custos por internação, fomentando a hipótese da influência exercida pela renda média domiciliar per capita, em conjunto com fatores como saneamento e nível de escolaridade⁷⁷, que podem modificar o padrão de necessidades na assistência em saúde.

Mesmo com todos os programas criados pelo governo 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 segue nos mesmos índices que os padrões nacionais^{64,74,75}. 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 a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença⁷⁸.

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 vida⁷⁸.

E nesse contexto, é válido lembrar que o Departamento de Informações do Ministério da Saúde utiliza a CID como critério de classificação de doenças prevalentes nas internações hospitalares, primeiro como forma de responder à necessidade de conhecer as causas de morte, passando, na sequência, a ser alvo de crescente interesse e seu uso foi ampliado para codificar situações de pacientes hospitalizados, depois consultas de ambulatório e atenção primária, sendo seu uso sedimentado também para morbidade⁷⁹. 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 de gestão pública em planejar o sistema, para dividir os recursos de modo equânime.

Para a elaboração da Tabela 3, foram extraídos os dados da tabela original, que constituíram a tabela constante no anexo H, de onde foram extraídos, para análise e discussão, os dados de internações para procedimentos relacionados ao diagnóstico de *Angina Pectoris* (I20), por incidir no maior valor total gasto, dos municípios de Ivoti e Porto Alegre. As internações por procedimentos relacionados à Angina ficaram em segundo lugar no *ranking* do valor total gasto com internações hospitalares, entre os municípios de Alvorada.

Tabela 3 Dados de internações para procedimentos relacionados ao diagnóstico de *Angina Pectoris* (I20) dos municípios de Ivoti e Porto Alegre

Procedimentos relacionados ao código de <i>Angina Pectoris</i> (I20)	Alvorada	Ivoti	Porto Alegre
Frequência de Internações (habitantes)	62	6	970
Percentual da frequência de todas as internações, dos municípios (%)	2,13	1,60	4,11
Valor médio das internações (R\$)	4.004,62	8.067,07	4.471,16
Valor total das internações dos municípios (R\$)	248.286,40	48.402,44	4.337.023,10
Percentual do valor total gasto pelo município nestas internações (%)	5,75	12,86	9,68

Fonte: Brasil⁶⁰.

Analisando a Tabela 3, identificou-se a *Angina Pectoris* (I20) como o código de diagnóstico relacionado a procedimentos geradores dos maiores gastos em

internações hospitalares entre os idosos munícipes residentes de Ivoti, com apenas 6 (seis) internações, sob o custo médio de R\$ 8.067,07 cada uma delas, e Porto Alegre, com 970 internações, sob o custo médio de R\$ 4.471,16 cada uma delas, individualmente.

Entre os munícipes de Alvorada, a *Angina Pectoris* (I20) ficou em segundo lugar, no *ranking* dos maiores gastos, com 62 internações, sob o custo médio individual no valor de R\$ 4004,62.

Em estudo realizado⁸⁰, foi demonstrado que o custo da doença arterial coronariana é elevado, tanto para o setor público, quanto para o privado. As internações com instabilização da doença e o manejo farmacológico crônico acabam por determinar o alto custo destes tratamentos, atraindo as atenções para o fortalecimento da atenção em nível primário, visto ser esta uma doença evitável com ações da atenção primária.

Nesse estudo, em virtude da grande diferença de valores apresentados como custeio de procedimentos relacionados ao código da *angina*, identificado como CID principal no laudo da AIH, buscou-se, dentre os dados da tabela original, a média de tempo de permanência nestas internações dos munícipes de Ivoti, levando a pensar que a distorção deu-se em virtude do reduzido número de internações. Do total de seis internações, quatro (4) delas tiveram o tempo de permanência de apenas um dia. Se calculado o tempo médio de permanência, na totalidade das seis internações, obtém-se uma média de seis dias de internação. No entanto, acredita-se que tenha ocorrido alguma complicação nas outras duas internações, visto que acabaram por gerar elevados tempos de permanência, uma de 14 dias e a outra de 17 dias, com a necessidade de incrementos de itens adicionais às contas hospitalares, como diárias em UTI, repetição de exames de apoio ao diagnóstico e tratamento, utilização de OPM, entre outros possíveis elementos a que não se tem acesso nas tabelas formatadas. O tempo médio de permanência em internação por angina entre os munícipes de Alvorada foi de oito dias e entre os munícipes de Porto Alegre a média de permanência foi entre sete e oito dias.

A literatura cita que, para angina, existe uma média de permanência de aproximadamente seis dias⁸¹.

Outro fator que pode desencadear eventuais distorções é a codificação da

CID principal referente à internação, pois nem sempre os médicos informam a doença de base, registrando uma complicação da mesma, como por exemplo a insuficiência cardíaca, especificada ou não como congestiva⁸².

Esta possibilidade de ocorrência de distorções foi um dos motivos de se optar, no transcorrer das discussões desse estudo, por não usar o tempo de permanência na internação como um dos parâmetros.

Como se trata de um estudo comparativo entre as internações de idosos de três municípios com significativa diferença no quantitativo populacional, por um lado, as questões assistenciais não devem sofrer interferência por este motivo, mas, por outro, a visualização dos dados, quando se tem um número muito pequeno, pode limitar a interpretação, conduzindo a conclusões que podem ser enganosas.

Sabe-se, conforme já abordado por outro autor⁷⁶, que os idosos são particularmente suscetíveis a infecções nosocomiais, que consomem mais serviços de saúde, e que suas internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que em outras faixas etárias.

Outra justificativa para a não utilização do parâmetro "tempo de permanência" foi a inclusão integral das AIH pagas, sem diferenciar AIH 1 (AIH Principal) de AIH 5 (AIH de continuidade, usada de modo vinculado à AIH principal, para internações de longa permanência). Esta decisão favorece a visualização dos custos integrais em saúde pelos municípios. No entanto, restringe um pouco as análises que dependem do tempo de permanência.

Na população idosa o agravo principal, geralmente é 'um dos agravos' que levam à internação, o que faz com que o custo da internação vá se elevando, a medida que os 'agravos secundários' se manifestam. No entanto, a presente pesquisa considera apenas os valores agregados, mas não identifica estes diagnósticos secundários.

Tratando-se do SUS e seus sistemas de referenciamento, cabe lembrar que os municípios de Ivoti não têm suas internações relacionadas à cirurgia cardiovascular ou cardiologia intervencionista no município de Porto Alegre e sim, no município de Novo Hamburgo, diferentemente dos outros municípios em estudo, conforme referência aprovada na CIB/RS, de 08/12/2006, oficializada na Resolução

nº 002⁵⁷. No entanto, através da metodologia utilizada nessa pesquisa, não foram identificadas as instituições em que ocorreram as internações, sabendo-se apenas tratar-se de instituições localizadas no Estado do Rio Grande do Sul.

A coleta dos dados teve por base o endereço de residência do usuário SUS, buscando seus atendimentos em toda a rede do Estado do Rio Grande do Sul. Ou seja, é provável que os munícipes de Ivoti tenham internado tanto no hospital de Ivoti, que é um hospital de pequeno porte, quanto nos Hospitais Municipal de Novo Hamburgo, São Leopoldo ou Canoas, que são os de referência⁵⁷, mas o detalhamento desta informação não se encontra contemplado no âmbito da pesquisa. Outro ponto importante é que as referências servem para os casos eletivos e, quando ocorrem situações de urgência, é a Central de Regulação de Leitos do Estado que determina o serviço para onde o paciente deve ser encaminhado, de acordo com as vagas disponíveis. Os munícipes de Alvorada internam no hospital de Alvorada, para seus atendimentos de média complexidade, já os atendimentos de alta complexidade são encaminhados aos hospitais de Porto Alegre⁵⁷.

As internações por *Angina Pectoris*, apesar de terem representado significativos custos, não representam as internações ocorridas com maior frequência. As internações por *Angina Pectoris* ficaram em terceiro lugar no ranking de maior frequência, entre os munícipes de Porto Alegre, em décimo lugar em Alvorada e em décimo primeiro lugar entre as internações de Ivoti.

Para a elaboração da tabela 4, foram extraídos da tabela original os dados constantes nos anexos E, F e G, de onde foram retirados, para análise e discussão, os dados de procedimentos relacionados aos grupos diagnósticos de CIDs que apresentaram maior gasto total com internações de idosos, relacionando proporcionalmente o gasto per capita neste grupo diagnóstico, entre os munícipes de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre.

Tabela 4 Dados de procedimentos relacionados aos grupos diagnósticos de CIDs que apresentaram maior gasto total com internações de idosos

Procedimentos relacionados ao grupo diagnóstico CID10: I00 – I99 (Doenças do aparelho circulatório)	Valor total das internações de idosos (R\$)	Valor per capita de gastos com as internações de idosos (R\$)	Valor médio das internações de idosos (R\$)
Alvorada	1.502.709,23	7,68	1.776,25
Ivoti	141.959,46	7,14	1.595,05
Porto Alegre	19.209.428,32	13,63	2.960,76

CID = Classificação Internacional de Doenças.

Fonte: Brasil^{60,63}.

A Tabela 4 demonstra a relação entre o gasto total com todos os procedimentos relacionados às CIDs do grupo diagnóstico das doenças do aparelho circulatório (I00- I99), dentre as internações dos idosos munícipes de cada um dos três municípios em estudo, identificando o gasto per capita e o valor médio envolvido nestas internações hospitalares.

Enquanto os munícipes de Alvorada e Ivoti geraram valores próximos em sua faixa de custo per capita para estas internações, R\$ 7,68 e R\$ 7,14, respectivamente; os idosos munícipes de Porto Alegre apresentaram um gasto de quase o dobro, no valor de R\$ 13,63 per capita, para as internações hospitalares demandadas por doenças do aparelho circulatório.

O valor médio das internações apresentou uma significativa variação para mais, entre os munícipes de Porto Alegre. E, a título de consolidar as argumentações, foi-se buscar, na planilha original, a informação acerca da média de permanência nas internações, entre os usuários residentes dos três municípios, constatando-se uma pequena diferença para menos entre os munícipes de Ivoti, com uma média de oito dias de internação; enquanto que os munícipes 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. Neste caso, foi pequeno o viés para análise da frequência das internações.

As doenças do aparelho circulatório têm sido levantadas, com destaque, entre as doenças de maiores custos, entre as internações hospitalares de idosos, no

âmbito do SUS, o que reforça a necessidade de incentivo às atividades de prevenção e de promoção da saúde para fins da redução das causas das mesmas, as quais se relacionam com fatores de risco, quais sejam: hipertensão, tabagismo, consumo de álcool, dislipidemias e obesidade ou sobrepeso^{82,83}.

Diante dos valores encontrados e diante do vasto conhecimento divulgado na mídia, na atualidade, preconizando os cuidados preventivos, há de se verificar a situação da atenção básica ofertada à população dos municípios analisados. Identificou-se que o investimento em atenção básica feito pelo município de Ivoti, durante o ano de 2011, foi correspondente a R\$ 262,17 per capita, de acordo com os dados do SIOPS⁶², mesmo sem demonstrar registros de adesão à Estratégia Saúde da Família⁸⁴. O município de Alvorada apresentou um investimento no valor de R\$ 147,36 per capita⁶², tendo também 43,05%⁸⁴ de sua população cadastrada na Estratégia Saúde da Família, prevendo planejamentos que atentem para os cuidados primários em saúde, a promoção, a prevenção e a reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. E o município de Porto Alegre teve o menor investimento, no valor de R\$ 113,41 per capita⁶², contando também com 18,81%⁸⁴ de sua população cadastrada para a cobertura da Estratégia. Esses números permitem entender que os resultados de custos elevados nas internações hospitalares levam a questionar o reduzido investimento nas ações preventivas e de promoção da saúde, preconizadas em atenção básica.

É possível também se pensar na 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 associados¹⁰, 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. E também não se pode deixar de lembrar novamente de distorções que podem ocorrer em virtude de impropriedades de codificação nos laudos geradores das AIHs, dentro dos hospitais (esta pesquisa teve por base apenas o CID principal de cada AIH).

Outro fator a ser considerado é a existência dos sete hospitais de ensino dentro do município de Porto Alegre, conforme já comentado anteriormente, o que certamente, desencadeia contas hospitalares de maior custo, devido a

características de maior investigação diagnóstica e terapêutica. A simples existência destes hospitais dentro da área física do município de Porto Alegre, já facilita o acesso à população, através de seus serviços de emergência. No entanto, é relevante lembrar que as referências oficiais de serviços de alta complexidade para o atendimento em saúde dos municípios de Porto Alegre e Alvorada eram exatamente as mesmas, durante o ano de 2011⁵⁷.

Não se pode compreender, necessariamente, que o menor investimento em atenção básica em Porto Alegre tenha significância de uma assistência inferior de saúde. Ainda seria preciso analisar outros dados do orçamento municipal para identificar as justificativas atreladas às prioridades de uso dos recursos públicos.

Mas, os resultados apresentados fortalecem a necessidade de investimento em programas de prevenção, promoção da saúde ou tratamento adequado dos agravos em saúde. O incentivo às mudanças no estilo de vida é essencial, apesar de não ser uma tarefa fácil, visto tratar-se de hábitos adquiridos ao longo da vida. Estas mudanças exigem tempo, disciplina e paciência para os melhores desfechos⁸⁴. Entre as principais mudanças no estilo de vida estão a prática de atividade física e mudança de hábitos nutricionais.

Para a elaboração da tabela 5, foram extraídos da tabela original, para análise e discussão, os dados de frequência dos procedimentos relacionados ao código da CID de insuficiência cardíaca (I50), por grupo de faixa etária, entre os municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre.

Tabela 5 Dados de frequência dos procedimentos relacionados ao código da CID de insuficiência cardíaca (I50), por grupo de faixa etária, entre os munícipes de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre

Procedimentos relacionados à CID 10: I50 - Insuficiência Cardíaca	Frequência das Internações de Idosos					Frequência total das internações de idosos	Custo médio das internações de idosos
	60-64a	65-69a	70-74a	75-79a	80e+a		
Alvorada	53	51	51	45	56	256	961,55
Ivoti	8	0	8	6	23	45	929,18
Porto Alegre	208	192	232	216	392	1240	1.502,57

CID: Classificação Internacional de Doenças.

Fonte: Brasil⁶⁰.

De acordo com o apresentado na Tabela 5, outro CID 10 relacionado às doenças do aparelho circulatório que merece ser abordado é o da insuficiência cardíaca (I50), que ficou entre os procedimentos de maiores gastos entre os idosos dos três municípios em estudo, logo após a *angina pectoris* (I20) nas internações de idosos de Ivoti e Alvorada, e em 4º lugar no *ranking* dos maiores custos entre os idosos de Porto Alegre. Além disto, foi possível observar a frequência maior de internações no grupo de faixa etária com 80 anos ou mais, nos três municípios, sendo 51,1% (23 internações) entre os idosos de Ivoti e 31,6% (392 internações) entre os idosos de Porto Alegre. Dentre os munícipes de Alvorada não foi observada grande variação na frequência de internações por insuficiência cardíaca, nos diferentes blocos de faixa etária, constatando a ocorrência de apenas 21,87% das internações, entre os idosos de 80 anos ou mais.

A insuficiência cardíaca, junto com a bronquite/enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas, são as causas mais frequentes de internações entre idosos⁸⁵. E quanto aos custos, as doenças isquêmicas do coração, a insuficiência cardíaca e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas estão classificadas entre os maiores gastos entre as internações de idosos⁸².

De acordo com os indicadores do IBGE, a insuficiência cardíaca é a causa mais frequente entre as internações hospitalares de idosos no Brasil, considerando todos os blocos etários⁸⁶.

O levantamento dos dados desta pesquisa demonstrou concordância com as

referências do IBGE, apesar de apresentar sobreposição dos quantitativos de internações. Alvorada apresentou quantidade, significativamente, superior ao padrão nacional em todos os blocos etários de idosos, excetuando-se o bloco dos 80 anos ou mais, o qual demonstrou um índice de internações de, aproximadamente, 8% abaixo. Ivoti foi o município que apresentou maior equilíbrio entre os índices percentuais de internações referenciados e os resultados encontrados nesta pesquisa, excetuando-se o bloco etário dos 80 anos ou mais, que apresentou, aproximadamente, uma média percentual 20% superior na frequência das internações. Já o município de Porto Alegre, também apresentou certo equilíbrio com os números referenciados para as internações ocorridas em todo o Brasil, mas sempre com percentuais superiores no índice de internações, em todos os blocos etários.

É característica, nas internações por insuficiência cardíaca, a ocorrência de internações repetidas (reinternações) dos idosos, de 80 anos ou mais⁸⁷, no entanto este é um dado não contemplado na presente pesquisa, em virtude da metodologia adotada na coleta dos dados.

Para a elaboração da tabela 6, foram extraídos da tabela original, para análise e discussão, os dados calculados de percentual de frequência de internações por procedimentos relacionados à insuficiência cardíaca (I50); percentual de valor total gasto entre as internações dos idosos de cada município; gasto per capita envolvido nestas internações e percentual do PIB per capita.

Tabela 6 Dados calculados de percentual de frequência de internações por procedimentos relacionados à insuficiência cardíaca (I50), percentual de valor total gasto entre as internações dos idosos de cada município, gasto per capita envolvido nestas internações e percentual do PIB per capita

Município de residência de idosos	Frequência das internações de idosos (%)	Valor total das internações de idosos (%)	Gasto per capita envolvido nas internações (R\$)	PIB per capita destas internações (%)
Alvorada	8,79	5,70	1,26	0,017
Ivoti	11,97	11,11	2,10	0,009
Porto Alegre	5,25	4,16	1,32	0,004

PIB = Produto Interno Bruto.

Fonte: Brasil⁶⁰.

Conforme pode ser verificado na Tabela 6, os resultados do presente estudo mostraram que os gastos com internações por insuficiência cardíaca em 2011 atingiram um valor per capita de R\$ 1,26 em Alvorada (correspondente a 0,017% do PIB municipal); R\$ 2,10 em Ivoti (0,009% do PIB municipal); e R\$ 1,32 em Porto Alegre (0,004% do PIB municipal).

Foi possível verificar uma maior frequência e maior gasto per capita entre as internações dos idosos de Ivoti, sendo que, no entanto, não representou o maior percentual de gasto do PIB per capita, pois o PIB per capita de Ivoti é muito superior ao do município de Alvorada. Porto Alegre, proporcionalmente, apresentou menor frequência destas internações entre seus idosos, sendo que o custo médio de suas internações, demonstrado na Tabela 6, seguiu o padrão já citado no caso de todos os procedimentos relacionados ao grupo diagnóstico de internações por doenças do aparelho circulatório, o que levou a um custo per capita superior ao município de Alvorada, mas sem reflexos significativos no percentual gasto do PIB, visto Porto Alegre apresentar o maior PIB per capita, dentre os três municípios em análise.

A referência acima retorna o pensamento à ocorrência de internações de maior complexidade entre os munícipes de Porto Alegre, em virtude de comorbidades, agravos associados⁸⁸, levantando à hipótese de relação ao inferior investimento na atenção básica e reduzida adesão ao tratamento por parte dos idosos portoalegrenses.

Cabe lembrar, neste caso, a possibilidade de ocorrência das distorções, que

eventualmente acontecem devido a erros nas codificações dos laudos geradores das AIHs, nos hospitais.

Buscando uma análise (e possível relação) de doenças isquêmicas do coração, um estudo⁸¹, referente ao ano de 1997, demonstrou a utilização de, aproximadamente, 0,012% do PIB daquele ano, no Brasil, para o custeio de internações sob o referido diagnóstico, pelo SUS. Considerando a pesquisa realizada acerca das doenças isquêmicas do coração e relacionando-a à insuficiência cardíaca, pode-se verificar a redução do percentual do PIB utilizado para o tratamento destes agravos do sistema circulatório, em idosos em internações hospitalares, ao longo de quatorze anos que se passaram. Essa redução poderia também ser justificada por diversos motivos: aumento do PIB no país, talvez por um número global de municípios de um estado, com características diferenciadas, possivelmente considerando-se questões regionais, ou ainda implantação de sistemáticas da assistência domiciliar/saúde da família, com a crescente preocupação com a prevenção, mesmo que mais lenta e diversamente em vários municípios.

Outro autor⁷⁶ diz que as duas causas mais frequentes de internação, entre idosos, são a insuficiência cardíaca e coronariana e as doenças pulmonares, que se revezam como a primeira e a segunda causas.

Os dados levantados apontam, repetidamente, para a necessidade da manutenção de rotinas de prevenção da doença e promoção da saúde, a fim de reduzir os agravos referidos acima, os quais se encontram relacionados aos cinco principais fatores de risco em saúde pública, quais sejam: hipertensão; tabagismo; consumo de álcool; dislipidemias; e obesidade ou sobrepeso^{82,89}, bem como também seria possível citar a ocorrência de sobrecarga de atividades funcionais do dia a dia e o stress.

Dentre as ações de prevenção dos agravos, o investimento em atividades educativas planejadas na intenção de reduzir a exposição aos fatores de risco, poderia reduzir a incidência e ou complexidade das internações de idosos sob o diagnóstico de insuficiência cardíaca.

Nesse sentido, faz-se relevante citar a publicação da Portaria nº 221, em 17 de abril de 2008, onde é definida a Lista Brasileira de Internações por Condições

Sensíveis à Atenção Primária, a qual deve ser utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nas três esferas de governo⁹⁰, pensando em modos de reduzir os custos das internações hospitalares, sua frequência e o tempo de permanência dos idosos nas internações .

Para a elaboração da tabela 7, foram extraídos da tabela original, para análise e discussão, os dados de frequência total de internações ocorridas, valor total gasto com estas internações e valor médio de cada uma destas internações, dos idosos residentes nos municípios em estudo, relacionadas a procedimentos, com identificação do CID principal no laudo da AIH como Outras Septicemias (A41).

Tabela 7 Dados de frequência total de internações ocorridas, valor total gasto com estas internações e valor médio de cada uma destas internações, dos idosos residentes nos municípios em estudo, relacionadas a procedimentos, com identificação do CID principal no laudo da AIH como Outras Septicemias (A41)

Procedimentos relacionados ao código da CID 10: A41 - Outras septicemias	Frequência das Internações					Frequência total das internações de idosos	Valor total das internações de idosos (R\$)	Valor médio das internações de idosos (R\$)
	60-64a	65-69a	70-74a	75-79a	80e+a			
Alvorada	12	13	18	21	18	82	296.617,60	3.617,29
Porto Alegre	71	76	71	100	172	490	1.539.261,25	3.141,35

CID: Classificação Internacional de Doenças.

Fonte: Brasil⁶⁰.

Conforme demonstrado, na Tabela 7, entre os idosos munícipes de Alvorada, os procedimentos relacionados ao código da CID Outras Septicemias (A41) representou o maior gasto, com variação insignificante entre os blocos de faixas etárias. Entre os munícipes de Porto Alegre, as internações relacionadas ao mesmo CID 10 ocuparam o 5º lugar no *ranking* dos maiores gastos, apresentando, no entanto, uma frequência maior entre os idosos com 80 anos ou mais, de 35,1% (172 internações). Não houve variação significativa no valor médio das internações destes dois municípios.

Alguns autores^{91,92} relacionam septicemias a causas consequenciais determinadas por outras afecções. Além disso⁹¹, a pneumonia, a insuficiência respiratória e a septicemia podem ser devidas ao fato de serem causas terminais ou complicações comuns de outras patologias. A senilidade também é apontada como uma das causas contribuintes, quando coligada a outros agravos.

Nesse contexto, é adequado lembrar que os distúrbios nutricionais exercem reflexo importante sobre o quadro de saúde dos idosos, bem como a prática de exercícios físicos. Na ocorrência de internações relacionadas a fatores diversos, dentre eles as causas externas, podem gerar longas permanências hospitalares, desencadeantes de processos de desnutrição e apatia, o que, gradativamente, pode favorecer o desenvolvimento de "infecções oportunistas". Sob este argumento, compreende-se que muitas AIHs podem ser lançadas com o CID principal de Outras Septicemias (A41), quando, efetivamente, estão relacionadas a outras causas de internação.

Outros autores⁹³ corroboram, quando referem que as septicemias e pneumonias poderiam constituir uma complicação da lesão, considerando-se as circunstâncias descritas na AIH (diagnóstico secundário), pressupondo assim erros de lançamento no SIH/SUS.

Quanto aos idosos munícipes de Ivoti, não houve registros de internações sob o diagnóstico em discussão. Esse fato permite pensar acerca do estilo de vida, relacionado às questões culturais daquela população. Ivoti possui uma população de origem predominantemente germânica e japonesa, com certa influência de características típicas de cada uma das origens, tais como a seriedade e a eficiência, pelo lado germânico e, pelo lado japonês, pode-se fazer referência à visão oriental, que entende que cada indivíduo é um ser independente e responsável pelas suas ações⁹⁴.

Essa visão romântica, abordada entre os parágrafos de uma pesquisa científica, relacionada às questões epidemiológicas, sociológicas e econômicas, vem para compreender a possibilidade de que o compromisso dessa população, junto com as orientações recebidas em atenção básica de saúde, possam estar desenvolvendo um resultado positivo em sua qualidade de vida. É relevante lembrar que esse município foi o que apresentou o maior investimento na atenção básica de

saúde, durante o ano de 2011, sendo possuidor de uma renda média domiciliar per capita e PIB intermediários.

Diante do exposto acima, ainda pode-se supor a existência de um maior compromisso com a prática de atividade física e cuidados nos hábitos nutricionais, entre esses municípios, inclusive com possíveis consequências em direção a maior respeito no trânsito e a pedestres, em direção a uma redução de internações por causas externas, do tipo acidentes de trânsito, bem como mais autocuidado, com menos ferimentos por agentes externos.

É válido lembrar que, independentemente do local onde tenham ocorrido as internações, esta pesquisa buscou identificar a origem dos usuários do SUS, identificando-os através de seu endereço de residência (município de residência). Tal metodologia pressupõe respaldo para as análises e discussões comparativas, relacionadas à saúde dos idosos de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre.

Para a elaboração da tabela 8, foram extraídos os dados da tabela original, que constituíram os anexos E, F e G, de onde foram retirados, para análise e discussão, os dados de procedimentos relacionados ao grupo diagnóstico de CIDs C00 - D48 - Neoplasmas (tumores), que apresentaram significativo gasto total com internações de idosos, demonstrando sua frequência e gasto per capita, nos municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre.

Tabela 8 Dados de procedimentos relacionados ao grupo diagnóstico de CIDs C00 - D48 - Neoplasmas (tumores), que apresentaram significativo gasto total com internações de idosos, demonstrando sua frequência e gasto per capita, nos municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre

Procedimentos relacionados ao grupo diagnóstico da CID 10 - C00 - D48 - Neoplasmas (tumores)	Frequência total das internações de idosos	Valor total das internações de idosos (R\$)	Valor médio das internações de idosos (R\$)	% valor total das internações de Idosos	% frequência total das Internações	Valor gasto per capita (R\$)
Alvorada	309	429.815,24	1.390,99	9,95	10,61	2,20
Ivoti	14	30.173,62	2.155,26	8,02	3,72	1,52
Porto Alegre	2643	4.464.970,89	1.689,36	9,97	11,19	3,17

CID: Classificação Internacional de Doenças.

Fonte: Brasil⁶⁰.

Através da Tabela 8, foi possível identificar que os procedimentos relacionados às CIDs do grupo diagnóstico dos neoplasmas (CID C00 - D48), que estão em 4º lugar no ranking das doenças desencadeantes dos maiores gastos entre os idosos munícipes de Alvorada e Ivoti. Entre os idosos munícipes de Porto Alegre, os procedimentos relacionados às doenças deste grupo diagnóstico ocupam o 3º lugar nos gastos com internações de idosos, do ano de 2011.

Foi identificado um valor médio por internação superior entre os munícipes de Ivoti (R\$ 2.155,26), sendo que o percentual de frequência destas internações ocorreu sob o menor índice dentre os três municípios em análise, no quantitativo de 3,72%, entre todas as internações de idosos de Ivoti, representando um gasto per capita para o município no valor de R\$ 1,52. Ao passo que os munícipes de Porto Alegre foram os que apresentaram maior frequência de internação, num percentual de 11,19%, o maior gasto per capita dentre os idosos dos três municípios.

Os resultados encontrados parecem estar de acordo com constatações já referidas em outros estudos^{76,95} realizados em um município da Região Sul do Brasil, Londrina⁹⁴, e no Brasil⁷⁶, que também classificam as neoplasias no 4º lugar entre as internações hospitalares de idosos de maior custo, sinalizando como um

grupo diagnóstico de recente e elevado aumento dos custos.

Outras pesquisas^{95,96} indicam que doenças e limitações não são consequências inevitáveis do envelhecimento e que o uso de serviços preventivos, eliminação de fatores de risco e adoção de hábitos de vida saudáveis são importantes determinantes do envelhecimento saudável. Parte expressiva das causas de morbimortalidade entre idosos brasileiros poderia ser reduzida através de programas de prevenção, promoção de saúde ou tratamento adequado⁹⁶.

Corroborando com as possibilidades de soluções já em processo de construção, a partir dos resultados que vem sendo apontados ao longo do trabalho, vale observar os números apresentados sobre municípios de Ivoti e repensar metodologias de incentivo ao tratamento não medicamentoso, com mudanças no estilo de vida e orientações individuais, resultantes de acompanhamento cuidadoso na atenção básica de saúde, como adjuvantes aos tratamentos convencionais (procedimentos assistenciais ou farmacológicos).

Para a elaboração da tabela 9, foram extraídos os dados da tabela original, que constituíram os anexos E, F e G, dos quais foram retirados, para análise e discussão, os dados de procedimentos relacionados ao grupo diagnóstico de CIDs Q00 - Q99 - Malformações congênitas, deformidades e anomalias congênitas, que apresentaram as internações hospitalares de maior valor médio, identificando sua frequência, nos municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre.

Tabela 9 Dados de procedimentos relacionados ao grupo diagnóstico de CIDs Q00 - Q99 - Malformações congênitas, deformidades e anomalias congênitas, que apresentaram as internações hospitalares de maior valor médio, identificando sua frequência, entre os municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre

Procedimentos relacionados ao grupo diagnóstico Q00 - Q99 - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Frequência total das internações de idosos	Valor total das internações de idosos (R\$)	Valor médio das internações de idosos (R\$)
Alvorada	1	15.131,70	15.131,70
Porto Alegre	24	122.029,67	5.084,57

Fonte: Brasil⁶⁰.

De acordo com a Tabela 9, entre os municípios de Alvorada, os procedimentos relacionados ao grupo diagnóstico Q00 - Q99 (Malformações congênitas, deformidades e anomalias congênitas) apresentaram apenas 01 internação, no valor de R\$ 15.131,70, a qual representou a internação de maior valor médio. Entre os municípios de Porto Alegre, os procedimentos relacionados a este mesmo grupo de CIDs também representaram as internações de maior custo, com um total de 24 internações, sob a média de R\$ 5.084,57 cada uma. Entre os idosos de Ivoti não houve registro de ocorrência de internações relacionadas a procedimentos deste grupo diagnóstico, na identificação do CID principal do laudo da AIH.

Para este grupo diagnóstico, é compreensível que, quanto maior a população, maior a chance de ocorrência de casos relacionados às malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.

Estudos indicam^{97,98} que a incidência geral dos defeitos congênitos na América Latina não difere, significativamente, daquela encontrada em outras regiões do mundo. De modo geral, pode-se considerar que não menos de 5% dos nascidos vivos apresentam alguma anomalia do desenvolvimento, determinada, total ou parcialmente, por fatores genéticos. Acrescentando os distúrbios que se manifestam mais tarde, como certas enfermidades crônicas degenerativas, é ainda mais evidente o considerável efeito que têm os fatores genéticos sobre a saúde.

No entanto, existem metodologias de prevenção^{99,100} importantes para reduzir este percentual de incidência, que se relacionam com a implantação de políticas públicas no intuito de implementar serviços com capacitação e infraestrutura na perspectiva de prevenção, detecção e cuidados desses indivíduos em todos os níveis de atenção da rede de saúde⁹⁹.

Por avaliar apenas as questões relacionadas às internações da população idosa, dentre os municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre, este estudo não buscou dados acerca da incidência das malformações congênitas, de modo global. No entanto, cabe ponderar que as formas de prevenção são permeadas por ações no período pré-natal das gestantes, com aconselhamento genético, especialmente às famílias em que já existam casos anteriores (abordagem pré-concepcional), triagem genética de casais pertencentes às populações de risco, casais

consanguíneos, idade materna avançada, fatores ambientais, vacinação... Enfim, o acompanhamento das gestantes e/ou todas as mulheres em fase fértil, dentre as populações, com atenção especial ao planejamento familiar, parece ser a forma mais eficaz de reduzir os custos com internações relacionadas a este grupo diagnóstico, o que efetivamente, resulta na qualidade dos atendimentos em saúde. Estas internações tem um custo global elevado para atender a um quantitativo populacional reduzido.

Para identificar os atendimentos passíveis de registros junto ao Datasus, através do SIGTAP, tentou-se buscar, através do TABNET e TABWIN, entre os municípios em estudo, todos os registros relacionados à Educação em Saúde, considerando os dados de ações coletivas ou individuais em Saúde, focadas em promoção e prevenção, entretanto eles não foram encontrados. Certamente, a inexistência da publicação/faturamento destas ações não permite concluir se as mesmas não foram realizadas, mas também não permite confirmar que as ações tenham sido desenvolvidas (menos ainda, acreditar no quantitativo de oferta que possa ter sido disponibilizado). Isso permite pensar em duas situações geradoras: 1. entre os pré-requisitos para o repasse dos recursos financeiros aos municípios para custeio da atenção básica/educativa (a Educação em Saúde também está prevista na atenção especializada/de alta complexidade, conforme o SIGTAP), não há a exigência de apresentação destes registros; e 2. despreocupação com a efetivação dos registros de todos os atendimentos prestados, por parte dos profissionais da saúde e gestores municipais, sugerindo a possibilidade de ausência de controles ou de planejamento que vislumbre melhorias quanti-qualitativas.

Para a elaboração da tabela 10, foram extraídos os dados da tabela original, que constituíram os anexos E, F e G, dos quais foram retirados, para análise e discussão, os dados de procedimentos relacionados ao grupo diagnóstico de CIDs M00 - M99 - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, que também obtiveram relevância no valor médio das internações hospitalares, identificando sua frequência de internações, entre os municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre.

Tabela 10 Dados de procedimentos relacionados ao grupo diagnóstico de CIDs M00 - M99 (Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo), que também obtiveram relevância no valor médio das internações hospitalares, identificando sua frequência de internações, entre os municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre

Procedimentos relacionados ao grupo diagnóstico M00 - M99 (Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo)	Frequência total das internações de Idosos	Valor médio das internações de idosos (R\$)	Valor total das internações (R\$)	Custo per capita (R\$)	PIB (%)
Alvorada	27	1.774,62	47.914,70	0,24	0,0033
Ivoti	7	4.795,78	33.570,45	1,69	0,0074
Porto Alegre	326	2.604,07	848.925,63	0,60	0,0020

PIB = Produto Interno Bruto.

Fonte: Brasil⁶⁰.

De acordo com a Tabela 10, as internações hospitalares por procedimentos que identificaram códigos do grupo diagnóstico M00 - M99 (Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo) no CID principal do laudo da AIH, entre os municípios de Ivoti, representaram as internações de maior custo, no valor de R\$ 4.795,78 cada uma. No entanto, entre os municípios de Alvorada, estas internações ocuparam o 6º lugar no *ranking* do maior custo por internação, sob o valor unitário de R\$ 1.774,62. E entre os municípios de Porto Alegre, estas internações ficaram classificadas no 4º lugar, dentre as internações mais custosas, sob o valor unitário de R\$ 2.604,07.

Dentre as internações de idosos residentes dos três municípios em estudo, pode-se verificar que Ivoti apresentou a maior frequência de internações relacionadas a este grupo diagnóstico (1,86% de todas as internações de idosos), com um custo per capita de R\$ 1,69, o que gerou um consumo de 0,0074% do PIB municipal.

As internações de municípios de Porto Alegre apresentaram-se na frequência de 1,38% de todas as internações de idosos, com um custo per capita de R\$ 0,60, consumindo 0,0020% do PIB municipal.

Já os municípios de Alvorada apresentaram a menor frequência (0,93%), com o menor custo per capita, no valor de R\$ 0,24, que consumiu 0,0033% do PIB do município.

Cabe observar que, apesar do custo per capita de Porto Alegre ter sido mais do que o dobro do custo per capita encontrado entre as internações por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo do município de Alvorada, o consumo do PIB per capita foi significativamente inferior. Este fato deve-se às diferenças de situações socioeconômica encontradas entre esses municípios. Ou seja, mesmo o município de Porto Alegre tendo apresentado um gasto proporcionalmente maior do que o gasto de Alvorada, suas condições de custeio são superiores, o que pode ser visivelmente percebido, através de sua renda média domiciliar per capita e PIB per capita.

Estas doenças estão aumentando rapidamente entre os idosos, tornando-se um problema de saúde pública¹⁰¹. Os idosos constituem um grupo populacional de risco para as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e, portanto, merecem abordagem especial dos programas de controle da doença, que devem levar em consideração as peculiaridades desta faixa etária. As equipes multiprofissionais das unidades básicas de saúde são importantes para a reversão desse quadro. Elas devem estar capacitadas e instrumentalizadas para poder educar a comunidade em que atuam, podendo assim fazer diagnóstico rápido e preciso, instituir o tratamento e acompanhamento adequado¹⁰¹.

As alterações fisiológicas relacionadas à redução da capacidade funcional, além de causarem ao indivíduo maior suscetibilidade a complicações, como a ocorrência de úlceras por pressão, infecções do trato respiratório, contraturas e deformidades, propiciando um estado de imobilidade e fragilidade aos que se encontram acamados¹⁰².

O mesmo autor¹⁰² refere que os idosos apresentaram em média $6,63 \pm 2,54$ comorbidades, com valores no mínimo de três, e máximo de 17 doenças associadas. As doenças do sistema osteomuscular e/ou do tecido conjuntivo estão citadas com um percentual de ocorrência de 67,5% dos idosos.

Ainda, um estudo de revisão¹⁰³ identificou que 61,4% dos idosos necessitaram procurar os serviços de saúde, em um período de seis meses, e que 6,6% referiram pelo menos uma internação hospitalar. Dados também mostram que 78,1% dos idosos apresentam de uma a cinco doenças crônicas associadas, com prevalência de doenças crônico degenerativas, psiquiátricas e alterações físicas

causadas pela imobilidade.

Para compreender melhor as diferenças de valores nos custos das internações geradas por doenças osteomusculares de munícipes de Ivoti, foi-se buscar o tempo de permanência das internações, o que possibilitou identificar duas internações de custo elevado, uma relacionada ao código da CID10 M43 (Outras dorsopatias deformantes), que gerou 29 dias de internação, sob o custo de R\$ 9.530,27 e outra relacionada ao código da CID10 M48 – Outras espondilopatias, que gerou 11 dias de internação, sob um custo ainda maior, no valor de R\$ 13.585,80. Considerando tratar-se da menor população, dentre os três municípios em análise, pode-se compreender que este foi um viés previsto para as análises de distorção, em que poucas internações, porém com elevado custo, acabariam gerando um impacto elevado no quadro do município, mas nem sempre significando uma situação comum entre todos os munícipes da localidade em análise.

Entretanto, este dado torna-se muito útil para que sejam ressaltadas as condições de acompanhamento contínuo e prevenção de doenças osteomusculares no município, bem como as condições de promoção de saúde, aliadas a investigações clínicas das origens das patologias geradoras de alto custo de tratamento, entre os munícipes de Ivoti.

Diante da percepção dos crescentes custos das internações hospitalares, faz-se relevante considerar que uma melhor distribuição da renda pode ter sido um dos determinantes do potencial de manutenção de padrões de saúde mais elevados, visto sua influência em facilitar o acesso a medicamentos, alimentação saudável, rotina de exercícios físicos e lazer, bem como a serviços de saúde, entre outros elementos¹⁰⁴.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve por objetivo relacionar os custos de internações hospitalares de idosos residentes de três municípios com diferente renda média domiciliar per capita, desenvolvendo análises comparativas e debatendo sobre a hipótese levantada, que era de que os municípios com maior renda média domiciliar per capita e maior PIB poderiam apresentar melhor qualidade de vida familiar (exercícios, alimentação, saneamento básico, atenção básica de saúde), o que, conseqüentemente, geraria uma menor utilização da atenção em saúde de média e alta complexidade, o que desencadeou os desfechos encontrados.

Ao mesmo tempo, discutem-se possíveis sugestões de melhorias para práticas no SUS.

Foram selecionados os municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre, por apresentarem a maior disparidade de renda média domiciliar per capita, dentre os 24 municípios da 1ª CRS. No entanto, no início do ano de 2013, os municípios de Alvorada e Porto Alegre deixaram de fazer parte da 1ª CRS e passaram a fazer parte da 2ª CRS da Secretaria Estadual de Saúde. Traz-se esta informação apenas sob o propósito de esclarecimento, pois essa situação não interferiu no contexto do estudo.

Os objetivos específicos propostos na pesquisa foram atingidos, lembrando que eram expostos em 4.2.1-- Identificar os custos das internações hospitalares de idosos residentes dos municípios de Porto Alegre, Ivoti e Alvorada, obtidos do DATASUS, relacionando com a renda média domiciliar per capita; e 4.2.2-- Comparar os custos das internações hospitalares dos idosos entre os municípios analisados, relacionando com sua renda média domiciliar per capita.

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, Ivoti e Porto Alegre, de tabulações do TABNET e TABWIN. Paralelamente, foram consultados sites públicos contendo informações capazes de complementar as discussões, como o IBGE, SIOPS e Monitoramento da Gestão da Saúde (MGS). Essa etapa permitiu que o objetivo 4.2.1 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 provêm 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. 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.

Quanto ao SIOPS e ao MGS, foram encontradas divergências em dados que deveriam ter igual lançamento nos Relatórios Resumidos da Execução Orçamentária (SIOPS) e Relatórios da Receita e Despesa (MGS). E por esta razão, as discussões financeiras que permearam o estudo, quando precisou-se escolher apenas uma dentre as duas fontes, optou-se por extrair os dados do SIOPS.

Por tratar-se de sistemas que exigem o lançamento das mesmas informações pelas equipes das gestões municipais, deveria haver comunicação entre ambos os sistemas, de modo que a operacionalização dos mesmos não exigisse 'retrabalho' por parte dos profissionais e nem permitisse a publicação de dados diferentes para as mesmas informações.

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. Apenas o dado relacionado à incidência da pobreza foi obtido, como referência, no ano de 2003.

Frente à hipótese proposta pelo estudo, pode-se dizer que a renda média domiciliar per capita, associada a outros fatores, como por exemplo a disponibilidade de tecnologias de última geração e a mídia, pode sim interferir na frequência e custos das internações hospitalares. Da mesma forma, um elevado PIB per capita possibilita tanto a ampliação dos investimentos em atenção básica de saúde, como também melhora as condições educacionais, sociais e culturais, entre outras, que favorece melhorias na qualidade de vida e promoção da saúde.

Sobretudo, a presente pesquisa teve por propósito o desenvolvimento profissional da pesquisadora, visto a relevância das especificidades deste conhecimento no exercício profissional. 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 da habilidade de coleta e análise desses dados é algo que merece ser disseminado entre os profissionais da saúde e representantes da gestão que participam dos processos decisórios, seja em reuniões de Comissões Intergestores Regionais, CIBs ou dos Conselhos Municipais ou Estadual de Saúde. Ou seja, a popularização dessa habilidade de coleta dos 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.

Ao perceber os crescentes custos das internações hospitalares, faz-se importante considerar que a renda média domiciliar per capita, vem sendo um dos determinantes do potencial de manutenção de padrões elevados de saúde, visto sua influência em facilitar o acesso aos medicamentos, alimentação saudável, rotina de exercícios físicos e lazer, bem como a serviços de saúde, entre outros elementos. Dados do Ministério da Saúde apontam para um total de 15 milhões de internações realizadas em 2010 no Brasil. Dessas, 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 complexidade⁶⁴.

Os dados levantados na pesquisa corroboram com as abordagens dos autores citados acima, demonstrando um percentual entre 23,67 e 29,05% de frequência das internações de idosos dos três municípios em análise, para a realização de tratamentos relacionados às doenças do aparelho circulatório e um percentual entre 16,83 e 27,66% de frequência das internações hospitalares de

idosos para a realização de tratamentos de doenças do aparelho respiratório.

Desta forma, os resultados apontam que as doenças cardiovasculares e respiratórias devem 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 está associado à diminuição de internações hospitalares.

Salienta-se a importância de pensar na formulação de Programas de Saúde que proporcionem melhorias na qualidade de vida da população, considerando desde o incentivo ao estilo de vida saudável, com boas práticas dietéticas e de exercícios físicos, até as questões sociais, como segurança, cultura, lazer, interação social, entre outros.

Estudos futuros poderiam investigar como estão sendo utilizados os recursos frente aos diferentes níveis de Atenção à Saúde, indicando percentuais que são destinados à Saúde Preventiva e, dessa forma colaborar para que os municípios possam repensar seus planos e investimentos na área da Saúde, dedicando à população de idosos um olhar especial, com medidas mais eficientes para prevenção de doenças que geram depois altos custos. Considerando os diagnósticos mais prevalentes, programas de combate ao uso do tabaco e à obesidade, entre outros, voltados para mudanças de hábitos de vida, com estímulo à atividade física, podem e devem ser (re)pensados pelos municípios.

Considerando o montante global de todas as internações dos idosos residentes dos três municípios em análise, verificou-se que os municípios de Porto Alegre foram os que apresentaram a menor frequência de internações, num quantitativo de 11,15%, ao passo que suas internações foram as que obtiveram o maior custo médio (R\$ 1.896,19). Os municípios de Ivoti apresentaram a maior frequência de internações, no valor de 18,53%, com o menor custo médio. Os municípios de Alvorada apresentaram internações em frequência intermediária (16,57%), com um custo médio também intermediário, de R\$ 1.483,66.

Esses números devem ser analisados conjuntamente com outras informações, que permitem compreender as influências que a situação socioeconômica dos municípios e do próprio município pode exercer sobre a saúde dos idosos. Por um lado, não se pode deixar de lembrar que Porto Alegre é o

município com o maior percentual de idosos residentes (15%), mas por outro lado 43,85% destes idosos possui acesso às internações hospitalares também através dos planos privados de saúde,

Quanto ao custo médio das internações entre os municípios de Porto Alegre ser o mais elevado, pode-se associar ao nível educacional; que tem-se mostrado como fator de elevação das necessidades em saúde⁶⁴; conhecimento ou às maiores facilidades de acesso, através dos serviços de emergência em hospitais equipados com tecnologias de alta complexidade.

Ocorreu elevada frequência de internações entre os municípios de Ivoti, com o menor custo médio das internações, o que pode estar relacionado ao acesso. O hospital existente em Ivoti é um hospital de pequeno porte, com restrita disponibilização de equipamentos de alta tecnologia. Então os idosos de Ivoti que necessitam de atendimentos de maior complexidade são encaminhados para outros hospitais de referência, fora do município. No entanto, muitas vezes acabam por nem precisar da transferência e seus diagnósticos e tratamentos são conduzidos sob o respaldo de bons critérios profissionais e exames básicos. Dessa forma, os problemas de saúde acabam por ser resolvidos, com um custo inferior.

Com isso, considera-se que o objetivo 4.2.2 também foi atingido, pois foi possível obter todas as informações propostas entre os três municípios, realizando análises comparativas e relacionando com os dados de renda média domiciliar per capita, dentre outros demográficos e socioeconômicos disponíveis nos bancos de dados públicos, já citados anteriormente.

As constatações referidas acima levam a pensar na necessidade de utilização protocolos de atendimentos clínicos e cirúrgicos, em prol da qualidade da assistência prestada em saúde e da equidade, aliadas à racionalização dos custos.

Por vezes, o excesso de informações noticiadas nos meios de comunicações pode levar as pessoas a uma falsa sensação de conhecimento ou mesmo a uma situação elevada de insegurança, que acaba por fortalecer uma possível 'hiperutilização' do sistema de saúde, sem respaldo de critérios técnicos. Paralelamente a isso, interesses financeiros, por parte dos serviços ou profissionais e/ou interesses políticos podem ser incentivadores da sua utilização inadequada, para mais ou para menos.

Salienta-se que a alta tecnologia existente para dar suporte ao diagnóstico e tratamento dos pacientes é algo que deve ser utilizado permanentemente. No entanto, deve ser usada apenas mediante critérios técnicos. Tratamentos invasivos, se utilizados em idosos sem os devidos critérios, podem ser prejudiciais, além de onerar o sistema.

Quanto à relação de custos em saúde com a renda média domiciliar per capita, pode-se dizer que Porto Alegre foi o município que apresentou a maior renda (R\$ 1.722,37) e o maior PIB per capita, Ivoti apresentou renda (R\$ 1.019,75) e PIB intermediários e Alvorada apresentou a renda significativamente menor (R\$ 587,84). Entretanto, apesar de Porto Alegre ter apresentado o maior custo per capita com as internações de seus munícipes (R\$ 31,78), empenhou apenas 0,10% de seu PIB para suprir estes custos. Enquanto o município de Alvorada, que apresentou o custo per capita de (R\$ 22,08), acabou por empenhar 0,29% de seu PIB per capita, no ano de 2011 para o suprimento dos custos. Ivoti apresentou o menor custo per capita (R\$ 18,94) para a cobertura de internações de seus idosos e também teve o menor consumo de seu PIB per capita com este objetivo (0,08%).

O fato de Porto Alegre ter apresentado os maiores custos per capita e, ainda assim isso representar um dos menores gastos do PIB per capita para a cobertura das internações hospitalares de idosos, dentre os municípios em análise, relaciona-se diretamente com as receitas arrecadadas. Ou seja, diante da atual legislação, os municípios mais ricos, com as melhores condições de produção e conseqüentemente, com as melhores situações socioeconômicas, são os municípios que acabam sendo privilegiados por receberem os mais elevados montantes de recursos.

Poder-se-ia entender que quanto maior a população, menor seria o custo per capita, o que não se caracterizou no resultado encontrado nesta pesquisa, referindo-se às internações hospitalares de idosos. O resultado demonstrou exatamente o contrário, pressupondo também que, quanto maior a população, maiores os riscos de exposição, maior a frequência de problemas de saúde, maiores as dificuldades de se oferecer serviços efetivos para o atendimento das reais necessidades individuais em saúde, e maiores os encaminhamentos por necessidades mais complexas em internações.

Compreende-se que essa situação evidencia a quebra da equidade na distribuição dos recursos, condição que deveria ser impreterível à oferta de saúde com qualidade para todos os cidadãos, bem como a quebra na garantia do bem estar, que deveria também, ser o pré-requisito de reversão dos impostos pagos pela população.

Como possíveis sugestões, após as análises realizadas ao longo do estudo, seguem as seguintes:

1. como complemento a essa pesquisa, que sejam realizados estudos, identificando os serviços hospitalares nos quais foram realizadas as internações hospitalares dos idosos procedentes de cada um dos municípios, pois a informação ficou como um viés ao longo do estudo e poderia ampliar possibilidades e gerar um novo 'leque' para análises e discussões;

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 providenciem preparação técnica dos profissionais responsáveis pelos lançamentos de dados nos sistemas públicos de informações;

4. que seja incentivada a utilização dos protocolos de atendimentos/tratamentos clínicos e cirúrgicos, em prol da melhor assistência aos usuários do SUS e da racionalização dos custos;

5. que sejam estimuladas as 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, seja por significativas diferenças de renda, como foi o caso do presente estudo; seja por diferenças de localidade, com semelhanças/diferenças entre suas realidades; ou seja por diferenças de morbimortalidade, cobertura vacinal, cobertura de atendimento e outros item a serem examinados, em diferentes períodos de tempo;

7. 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;

8. que sejam ampliadas as ações de atenção primária em saúde, com o objetivo de reduzir os fatores de risco e, conseqüentemente, reduzir hospitalizações por causas sensíveis à atenção básica;

9. que sejam analisadas possibilidades de criação de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para idosos no município de Porto Alegre, considerando o percentual de 15% de idosos (211.895 habitantes), dentro seu contexto global da população. A UPA para idosos poderia fornecer atendimento mais focado e especializado nas características e necessidades da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. Veras RP. Brazil is getting older: demographic changes and epidemiological challenges. *Rev Saude Publica*. 1991;25(6):476-88.
2. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saude Coletiva*. 2007;4(17):135-40.
3. Schramm JM, de Oliveira AF, Leite IL, Valente JG, Gadelha AM, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2004;9(4):897-908.
4. Nunes A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: Camarano AA, compiler. *Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
5. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
6. Souza LB. A importância da leitura para a formação de uma sociedade consciente. *Proceedings of the Encontro Nacional de Pesquisa e Ciência da Informação (VII CINFORM)*; 2007 Jun 4-6; Salvador, Brazil.
7. Brasil. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. In: *Legislação Federal e Estadual do Sistema Único de Saúde*. Porto Alegre: Conselho Estadual de Saúde; 2000. p. 22-41.
8. Schneider A, Peralta JA, Peruzzo NA, Both V. *O direito humano à saúde e o seu subfinanciamento*. Passo Fundo: IFIBE/CEAP; 2010.
9. 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]. Brasília: Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos; 2011 Apr 28. [cited 2012 Jun 27]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm.
10. Brasil, Presidência da República. 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]. Brasília: Presidência da República; 2011 Jun 29 [cited 2012 Jun 23]. Available from: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>.

11. 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 [cited 2011 Jun 26]. Available from: <http://www.conasems.org.br/files/dia27/Of2ConstruindoMinisterioSaude02.pdf>.

12. 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.

13. Brasil, Casa Civil. Lei Federal nº 8.689, de 29 de abril de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências [Internet]. Brasília: Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos; 1993 Jul 27 [cited 2012 Jun 23]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm.

14. 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]. Brasília: Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos; 2009 May 27 [cited 2012 Jun 23]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp131.htm.

15. 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.

16. 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]. Brasília: Casa Civil, Subchefia para

Assuntos Jurídicos; 2012 Jan 13 [cited: 2012 Mar 24]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm.

17. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2006 Dec 28 [cited 2012 Jun 27]. Available from: http://www.angra.rj.gov.br/manualdogestor/docs/legislacao/portaria_3332.pdf.

18. 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]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 Feb 22 [cited 2012 Jun 23]. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.

19. 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; 2006 Oct 19 [cited 2012 Jun 23]. Available from: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>.

20. Brasil, Senado Federal. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas; 2003 Oct 01 [cited Jun 27]. Available from: http://www.comprev.org.br/banco_imagens/estatutodoidoso.pdf.

21. 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 Jan 29 [cited 2012 Jun 23]. Available from: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20204.pdf>.

22. Brasil, Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2012 Jun 23]. Available from: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume3.pdf>.

23. Brasil, Departamento de Atenção Básica. Atenção básica: saúde da família [Internet]. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2012 [cited 2012 Jun 19]. Available from: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>.

24. 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 [cited 2013 Jun 30]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_marco12.pdf.
25. Brasil, Ministério da Saúde. Orientações acerca dos indicadores da pactuação de diretrizes, objetivos e metas 2012 (indicadores 18 e 29) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 Aug 03 [cited 2012 Jun 23]. Available from: http://portalweb04.saude.gov.br/sispecto/Instrutivo_Indicadores_2012.pdf.
26. Wikipédia. Ministério das Cidades [Internet]. 2012 [cited 2012 Jun 24]. Available from: http://pt.wikipedia.org/wiki/Minist%C3%A9rio_das_Cidades.
27. Barbosa RA. CGP Consultoria – Consultoria de Processos On-line, em 07 de outubro de 2009. A obrigatoriedade do estado no fornecimento de medicamentos [Internet]. [cited 2012 Jun 27]. Available from: <http://www.cgpconsultoria.com.br/blog/aobrigatoriedade-do-estado-no-fornecimento-de-medicamentos/>.
28. Aith F. Curso de direito sanitário. São Paulo: Quartier Latin, 2007.
29. Aranha M, compiler. Direito sanitário e saúde pública: coletânea de textos. Vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
30. 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 [cited 2012 Jun 23]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf p. 04.
31. 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.
32. Santana E. Controle Social: é dever do Cidadão [Internet]. Portal do Controle Social; 2011 Feb 23 [cited 2012 Jun 23]. Available from: <http://controlesocialdesarandi.com.br/controle-social/controle-social-e-dever-do-cidadao/>.

33. Bobbio N. O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo. 6th ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
34. Ferreira AB. Minidicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 3rd ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1993. Custo; p. 159.
35. Moderno dicionário de língua portuguesa Michaelis.[Internet]. Editora Melhoramentos; 2009. Custo [cited 2012 Jun 17]. Available from: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=CUSTO>.
36. Brasil. Manual técnico operacional do sistema de informações hospitalares. Módulo I: orientações técnicas. Versão 01.2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
37. 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.
38. Veras CM, Martins MS. A confiabilidade dos dados nos formulários de autorização de internação hospitalar (AIH). *Cad Saude Publica*. 1994;10(3):339-55.
39. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 280, de 07 de abril de 1999 [Internet]. Brasília; Ministério da Saúde; 1999 Apr 07 [cited 2012 Mar 24]. Available from: sna.saude.gov.br/legisla/legisla/acomp/GM_P280_99acomp.doc.
40. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 247, de 14 de julho de 2000 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 Jul 14 [cited 2012 Mar 24]. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/PT-247.htm>.
41. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 12 de abril de 2002 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 Apr 12 [cited 2012 Mar 24]. Available form: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria_702.pdf.
42. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 Oct 27 [cited 2012 Mar 16]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html.
43. Bloom D. 7 Billion and counting. *Science*, 2011;333(6042):562-69.

44. Rechel B, Doyle Y, Grundy E, McKee M. How can health systems respond to population ageing? n. 10. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies; 2009.
45. 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 [cited 2013 Oct 13]. Available from: www.iess.org.br/envelhecimentopop2013.pdf.
46. Kaye HS, LaPlante MP, Harrington, C. Do noninstitutional long-term care services reduce Medicaid spending? *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(1):262-72.
47. Brasil, Casa Civil. 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]. Brasília: Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos; 2002 Apr 15 [cited 2013 Oct 13]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm.
48. 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]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 Aug 24 [cited 2013 Oct 13]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt2029_24_08_2011.html.
49. Brasil, Casa Civil. Decreto nº 7.530, de 21 de julho de 2011 [Internet]. Brasília: Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos; 2011 Jul 21 [cited 2012 Jun 23]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7530.htm.
50. Brasil, Ministério da Saúde. Dados DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [cited 2013 Jun 30]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>.
51. Brasil, Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Total leitos Alvorada – Consulta Leitos [Internet]. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde [cited 2013 Oct 13]. Available from: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=43&VMun=430060.

52. Brasil, Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta Hospitais [Internet]. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde [cited 2013 Oct 13]. Available from: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=43&VMun=00.
53. Brasil, Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta Leitos Ivoti [Internet]. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde [cited 2013 Oct 29]. Available from: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=43&VMun=431080.
54. Brasil, Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta Leitos Porto Alegre [Internet]. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde [cited 2013 Oct 29]. Available from: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=43&VMun=431490.
55. Brasil, Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta Hospitais de Ensino Porto Alegre [Internet]. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde [cited 2013 Oct 29]. Available from: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes_Listar.asp?VTipo=5001&VListar=1&VEstado=43&VMun=431490&VComp=&VContador=7&VTitulo=E.
56. Teixeira C. Os princípios do Sistema Único de Saúde [Internet]. 2011 [cited 2012 Jun 12]. Available from: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf.
57. 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 [cited 2013 Jun 02]. Available from: <http://www1.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=24077>
58. 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]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 Mar 28 [cited 2012 Nov 08]. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>.
59. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 117, de 10 de abril de 2000 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 Apr 10 [cited 2013 May 12]. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/PT-117.html>.

60. Brasil, Departamento de Informática do SUS. Dados das internações hospitalares dos idosos pelo SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [cited 2012 May 19]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0701>.
61. Brasil, Departamento de Informática do SUS. Renda média domiciliar per capita - Rio Grande do Sul [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [cited 2012 Mar 29]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/censo/cnv/rendars.def>.
62. Brasil, Ministério da Saúde. Demonstrativo da despesa com saúde, conforme o Anexo XVI do Relatório Resumido de Execução Orçamentária / RREO [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [cited 2013 Jun 30]. Available from: <http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal.php?S=225&UF=12;&Municipio=120001;&Ano=2011&Periodo=14>.
63. Brasil, Departamento de Informática do SUS. População residente- Rio Grande do Sul [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [cited 2012 Mar 29]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popprs.def>.
64. 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.
65. Brasil. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde – Tabnet. Demográficas e Socioeconômicas. Taxa de analfabetismo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2013 Oct 13]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/alfrs.def>.
66. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Informações em Saúde Suplementar. Tabnet. Beneficiários por município [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2013 Oct 13]. Available from: http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_02.DEF.
67. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2003 [cited 2013 Jun 12]. Available from: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/temas.php?codmun=430060&idtema=19&search=rio-grande-do-sul|alvorada|mapa-de-pobreza-e-desigualdade-municipios-brasileiros-2003_

68. Brasil. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações de Saúde – Tabnet. Demográficas e Socioeconômicas. Proporção de pessoas com baixa renda [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [cited 2013 Jul 21]. Available from:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/censo/cnv/pobrezars.def>.
69. Gonzato M. Saúde no Divã: Erros e acertos na gestão do SUS. *Jornal Zero Hora*, 2013 Apr 28, page 22.
70. Gonzato M. Saúde no Divã: Erros e acertos na gestão do SUS [Internet]. *Jornal Zero Hora*, 2013 Apr 28 [cited 2013 Jun 12]. Available from:
http://www.cremepe.org.br/leitorClipping.php?cd_clipping=57027.
71. Brasil. Melhor em Casa dá mais qualidade de vida ao Idoso [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 Oct 02 [cited 2013 Sep 20]. Available from:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1639.
72. Universidade Federal de Minas Gerais. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Avaliação do impacto das ações do programa de saúde da família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica em adultos e idosos [Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012 [cited 2013 Sep 20]. Available from:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3261.pdf>.
73. Alvorada lidera ranking de homicídios no Rio Grande do Sul [Internet]. *Jornal Zero Hora*, 2012 Dec 14 [cited 2013 Oct 13]. Available from:
<http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/geral/noticia/2011/12/alvorada-lidera-ranking-de-homicidios-no-rio-grande-do-sul-3596732.html>.
74. Gerard ML, Bernard FC. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.
75. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
76. Gois AL, Veras RP. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil [Internet]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010. [cited 2012 Jun 13];15(6): [about 10 p.]. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600023>.

77. Castro MS, Cláudia CA. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Ciênc Saúde Col.* 2002; 7(4):795-811.
78. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [cited 2012 Jul 12]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf.
79. Nubila HB, Buchalla CM. O papel das classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(2):324-35.
80. Ribeiro RA, Mello RG, Melchior R, Dill JC, Hohmann CB; Lucchese AM, et al. Custo anual do manejo da cardiopatia isquêmica crônica no Brasil: perspectiva pública e privada [Internet]. *Arq Bras Cardiol.* Jul 2005 [cited 2012 Jun 08]. 85;1 [about 5 p.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2005001400002>.
81. Laurenti R, Buchalla CM, Caratin CV. Doença isquêmica do coração. Internações, tempo de permanência e gastos. Brasil, 1993 a 1997 [Internet]. *Arq Bras Cardiol.* 2000 [cited 2013 May 26]; 74(6): [about 4 p.]. Available from: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2000/7406/74060001.pdf>.
82. Peixoto SV, Giatti L, Afradique ME, Lima-Costa MF. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. *Epidemiol Serv Saúde.* 2004 Dec [cited 2013 Jun 02]; 13(4): [about 7 p.]. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000400006&lng=pt.
83. Ganzoni F, Braga LL, Guimarães HP, Lopes RD. Hipertensão sistólica no idoso [Internet]. *Rev Bras Hipertens.* 2009 [cited 2013 Jun 02];16(1): [about 3 p.]. Available from: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/10-hipertensao.pdf>.
84. Brasil, Departamento de Informática do SUS. Pacto pela saúde – 2010/2011 – Rio Grande do Sul [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [cited 2014 Mar 20]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?pacto/2010/cnv/pactrs.def>.
85. Loyola Filho A, Matos DL, Giatti L, Afradique ME, Peixoto SV, Lima-Costa, MF. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do

Sistema Único de Saúde [Internet]. Epidemiol Serv Saúde. 2004 Dec [cited 2013 Jul 01]; 13(4): [about 9 p.]. Available from:
http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000400005&lng=pt.

86. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009 [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [cited 2013 Jun 30]. Available from:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf.

87. Carvalho Filho ET, Curiati JA. Insuficiência cardíaca no idoso [Internet]. [cited 2013 Ago 12]. Available from:
http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1382&fase=imprime.

88. Zaslavsky C, Gus I. Idoso. Doença cardíaca e comorbidades. Arq Bras Cardiol. 2002;79(6):635-9.

89. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). Cad Saúde Pública 2009 Jun;25(6):1337-49.

90. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 Apr 17 [cited 2014 Mar 20]. Available from:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>.

91. Rezende EM, Sampaio IB, Ishitani LH, Martins EF, Vilella LC. [Mortality of malnourished elderly in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: a multidimensional analysis focusing on multiple causes of death] [Internet]. Cad Saúde Pública. 2010 Jun [cited 2013 Jun 09]; 26(6) [about 11 p.]. Available from:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600005&lng=en&nrm=iso>.

92. Santo AH. Causas múltiplas de morte: formas de apresentação e métodos de análise [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1988.

93. Mello JM, Cascão AM, Reis AC, Laurenti Ruy. Em busca de melhores informações sobre a causa básica do óbito por meio de linkage: um recorte sobre as causas externas em idosos - Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2006. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2012 Sep [cited 2013 Jun 09] ; 21(3): 407-418. Available from:

http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000300006&lng=pt.

94. Cultura Japonesa [Internet]. s/l; 2013 [cited 2013 Jun 09]. Available from: <http://www.japones.net.br/cultura-japonesa/>.

95. Lima e Costa MF, Guerra Henrique L., Barreto Sandhi M., Guimarães Renato Maia. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas [Internet]. *Inf Epidemiol Sus*. 2000 Mar [cited 2013 Jun 10]; 9(1): 43-50. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732000000100003&lng=pt.

96. Blakman DK, Kamimoto LA, Smith SM. Overview: surveillance for selected public health indicators affecting older adults- United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 199; 48:1-6.

97. Organização Pan-Americana da Saúde. Prevenção e controle de enfermidades genéticas e os defeitos congênitos: relatório de um grupo de consulta. Washington DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 1984 (Scientific Publication 460).

98. Horovitz DD, Llerena Jr JC, Mattos RA. [Birth defects and health strategies in Brazil: an overview] [Internet]. *Cad. Saúde Pública*. Aug 2005 [cited 2013 Jun 15] 21;4 [about 9 p.]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400008&lng=en&nrm=iso.

99. Brasil. Resolução RDC n° 344, de 13 de dezembro de 2002. Aprova o regulamento técnico para a fortificação das farinhas de trigo e das farinhas de milho com ferro e ácido fólico [Internet]. Brasília: Agência de Vigilância Sanitária; 2002 Dec 13 [cited 2013 Jul 13]. Available from: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f851a500474580668c83dc3fbc4c6735/RDC_344_2002.pdf?MOD=AJPERES.

100. Ramos AP, Oliveira MN, Cardoso JP. Prevalence of congenital malformation in newborns of the public hospital. *Revista Saúde Com*. 2008; 4(1): 27-42.

101. Souza EA, Scochi MJ, Maraschin MS. Estudo da morbidade em uma população idosa. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2011 Jun [cited 2013 Jun 16]; 15(2): [about 8p.]. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200022&lng=en.

102. Lopes AB, Gazzola JM, Lemos ND, Riccid NA. Independência funcional e os fatores que a influenciam no âmbito de assistência domiciliar ao idoso
Independência funcional na assistência domiciliar ao idoso [Internet]. Rev Bras Geriatr Gerontol 2007 [cited 2013 Jun 16];10(3): [about 5 p.]. Available from: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300003&lng=pt.

103. Pinto RB, Bastos LC. [Approach to research in epidemiology applied to gerontology in Brazil: literature review of papers published between 1995 and 2005]. Rev Bras Epidemiol 2007;10(3):361-369.

104. Wright JT. A Saúde no Brasil e na América Latina. Fundação Instituto de Administração (FIA). São Paulo; 2008.

ANEXOS

ANEXO A Renda média domiciliar per capita dos 24 municípios da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde – Secretaria Estadual de Saúde/RS

Entrada (1.004) - simon x IBGE - Cidades@ TabNet Win32 3.0: Ren: x

tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/crw/trends.def

orkut - Página de ... CAIXA - Loterias New Tab IBGE - Cidades@ Plataforma Brasil Zero Hora - Jornal... COSEMS/RS - CO... Saúde baseada e...

Renda média domiciliar per capita - Rio Grande do Sul

Renda média domic. per capita por Ano segundo Município
 Município: Alvorada, Aracá, Cachoeirinha, Campo Bom, Canoas, Dois Irmãos, Estância Velha, Esteio, Glorinha, Gravatal, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Novo Hamburgo, Portão, Porto Alegre, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, São Leopoldo, Sapiranga, Sapucaia do Sul, Viamão
 Período: 2010

Município	2010	Total
TOTAL	1.172,95	1.172,95
430000 Alvorada	597,84	597,84
430087 Aracá	597,10	597,10
430310 Cachoeirinha	822,49	822,49
430399 Campo Bom	874,47	874,47
430460 Canoas	931,85	931,85
430640 Dois Irmãos	917,55	917,55
430760 Estância Velha	842,70	842,70
430778 Esteio	942,65	942,65
430905 Glorinha	675,67	675,67
430920 Gravatal	714,39	714,39
431088 Ivoti	1.019,75	1.019,75
431162 Lindolfo Collor	667,68	667,68
431242 Morro Reuter	756,11	756,11
431306 Nova Hartz	588,27	588,27
431337 Nova Santa Rita	668,99	668,99
431348 Novo Hamburgo	992,70	992,70
431488 Portão	707,72	707,72
431490 Porto Alegre	1.722,37	1.722,37
431514 Presidente Lucena	729,98	729,98
431695 Santa Maria do Herval	686,40	686,40
431870 São Leopoldo	925,45	925,45
431999 Sapiranga	706,48	706,48
432008 Sapucaia do Sul	717,97	717,97
432300 Viamão	694,09	694,09

Fonte: IBGE - Censos Demográficos
 NÓDUS:

1. O salário mínimo do último ano para o qual a série está sendo calculada toma-se a referência para toda a série. Esse valor é corrigido para todos com base no INPC de julho de 2010, alterando o valor da linha de pobreza e consequentemente a proporção de pobres. Nesta tabela, o valor de referência, salário mínimo de 2010, é de R\$ 510,00.
 Consulte o site da [Secretaria Estadual de Saúde](#) e do [IBGE](#) para mais informações.

Legenda:

Iniciar TabNet Wi... Calculadora PROJETO DE... Wi constatações... 2 Java(TM) ... 4 Microsoft ... 16:07

Fonte: Brasil⁶¹.

ANEXO B Aprovação do Protocolo de Pesquisa pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia



PUCRS

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
COMISSÃO CIENTÍFICA

Porto Alegre, 09 de agosto de 2012.

Senhor (a) Pesquisador (a) SIMONE STOCHERO KUMMER,

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa "UMA ANÁLISE COMPARATIVA DOS CUSTOS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE IDOSOS PELO SUS, DE MUNICÍPIOS COM DIFERENTES REALIDADES DE RENDA PER CAPTA".

Solicitamos que providencie os documentos necessários para o encaminhamento do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Salientamos que somente após a aprovação deste Comitê o projeto deverá ser iniciado.

Atenciosamente,


Prof. Carla Helena Augustin Schwanke
Coordenadora da CC/IGG

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - P. 60 - CEP: 90.610-000
Fone: (51) 3336 8153 - Fax (51) 3320 3862
E-mail: igg@puccrs.br
www.puccrs.br/igg

ANEXO C Listagem de procedimentos que compõe o 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
I200 - Angina instável	
I201 - Angina pectoris com espasmo documentado	
I208 - Outras formas de angina pectoris	
I209 - Angina pectoris, não especificada	
03.03.06.004-2	TRATAMENTO DE CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA
I209 - Angina pectoris, não especificada	
03.03.06.028-0	TRATAMENTO DE SINDROME CORONARIANA AGUDA
I200 - Angina instável	
I201 - Angina pectoris com espasmo documentado	
I208 - Outras formas de angina pectoris	
I209 - Angina pectoris, não especificada	
04.06.01.081-1	PLASTICA VALVAR C/ REVASCULARIZACAO MIOCARDICA
I200 - Angina instável	
I208 - Outras formas de angina pectoris	
I209 - Angina pectoris, não especificada	
04.06.01.092-7	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA C/ USO DE EXTRACORPOREA
I200 - Angina instável	
I208 - Outras formas de angina pectoris	
I209 - Angina pectoris, não especificada	
04.06.01.093-5	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA C/ USO DE EXTRACORPOREA (C/ 2 OU MAIS
I200 - Angina instável	
I208 - Outras formas de angina pectoris	
I209 - Angina pectoris, não especificada	
04.06.01.094-3	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA S/ USO DE EXTRACORPOREA
I200 - Angina instável	
I208 - Outras formas de angina pectoris	
I209 - Angina pectoris, não especificada	
04.06.01.095-1	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA S/ USO DE EXTRACORPOREA (C/ 2 OU MAIS
I200 - Angina instável	
I208 - Outras formas de angina pectoris	
I209 - Angina pectoris, não especificada	
04.06.01.120-6	TROCA VALVAR C/ REVASCULARIZACAO MIOCARDICA
I200 - Angina instável	
I201 - Angina pectoris com espasmo documentado	
I208 - Outras formas de angina pectoris	
I209 - 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 D Seleção individual dos procedimentos que compõe o código CID10 I20 – Angina Pectoris

Ministério da Saúde

Informações de Saúde

DATASUS
Tecnologia da Informação a serviço do SUS

Ajuda **Notas técnicas**

Procedimentos hospitalares do SUS - por local de residência - Rio Grande do Sul

Internações por Subgrupo proced. segundo Município
Município: Alvorada, Ivoti, Porto Alegre
Procedimento: 0303060042 TRATAMENTO DE CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA, 0303060280 TRATAMENTO DE SINDROME CORONARIANA AGUDA, 0406010811 PLASTICA VALVAR C/ REVASCULARIZACAO MIOCARDICA, 0406010927 REVASCULARIZACAO MIOCARDICA C/ USO DE EXTRACORPOREA, 0406010935 REVASCULARIZACAO MIOCARDICA C/ USO DE EXTRACORPOREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS), 0406010943 REVASCULARIZACAO MIOCARDICA S/ USO DE EXTRACORPOREA, 0406010951 REVASCULARIZACAO MIOCARDICA S/ USO DE EXTRACORPOREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS), 0406011206 TROCA VALVAR C/ REVASCULARIZACAO MIOCARDICA, 0406030014 ANGIOPLASTIA CORONARIANA, 0406030022 ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS, 0406030030 ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE STENT, 0406030065 ANGIOPLASTIA EM ENXERTO CORONARIANO, 0406030073 ANGIOPLASTIA EM ENXERTO CORONARIANO (C/ IMPLANTE DE stent)
Período: 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:

- Situação da base de dados nacional em 28/03/2013.
- Dados de 2012 (até dezembro) e 2013 (até fevereiro) sujeitos a retificação.
- 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: Brasil¹⁰⁴.

ANEXO E Tabela: Frequência, valor total e valor médio das Internações de Idosos, em Alvorada

Grupos Diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças - CID 10	Frequência Total	Valor Total (R\$)	Valor Médio Internações (R\$)
A00 - B99 - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	203	483.760,26	2.383,06
C00 - D48 - Neoplasmas (tumores)	309	429.815,24	1.390,99
D50 - D89 - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	13	6.368,41	489,88
E00 - E90 - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	91	41.932,31	460,79
F00 - F99 - Transtornos mentais e comportamentais	15	16.037,67	1.069,18
G00 - G99 - Doenças do sistema nervoso	41	89.660,84	2.186,85
H00 - H59 - Doenças do olho e anexos	27	35.652,89	2.473,34
I00 - I99 - Doenças do aparelho circulatório	846	1.502.709,23	1.776,25
J00 - J99 - Doenças do aparelho respiratório	490	643.708,84	1.313,69
K00 - K93 - Doenças do aparelho digestivo	291	403.003,57	1.384,89
L00 - L99 - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	37	23.981,60	648,15
M00 - M99 - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	27	47.914,70	1.774,62
N00 - N99 - Doenças do aparelho genitourinário	233	210.496,72	903,42
Q00 - Q99 - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1	15.131,70	15.131,70
R00 - R99 - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	61	101.597,57	1.665,53
S00 - T98 - Lesões, envenenamentos e algumas consequências de causas externas	198	261.420,81	1.320,31
V01 - Y98 - Causas externas de morbidade e mortalidade	2	589,19	294,60
Z00 - Z99 - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	27	6.627,96	245,48
Total Geral	2912	4.320.409,51	1.483,66

Fonte: Brasil⁶⁰.

Anexo F Tabela: Frequência, valor total e valor médio das Internações de Idosos, em Ivoti

Grupos Diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças - CID 10	Frequência Total	Valor Total (R\$)	Valor Médio Internações (R\$)
A00 - B99 - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	16	15.256,75	953,55
C00 - D48 - Neoplasmas (tumores)	14	30.173,62	2.155,26
D50 - D89 - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	5	2.866,88	573,38
E00 - E90 - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	28	14.457,57	516,34
F00 - F99 - Transtornos mentais e comportamentais	4	2.170,25	542,56
G00 - G99 - Doenças do sistema nervoso	13	6.643,08	511,01
H00 - H59 - Doenças do olho e anexos	1	2.624,14	2.624,14
I00 - I99 - Doenças do aparelho circulatório	89	141.959,46	1.595,05
J00 - J99 - Doenças do aparelho respiratório	104	70.962,29	682,33
K00 - K93 - Doenças do aparelho digestivo	41	21.628,92	527,53
L00 - L99 - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	1.023,88	511,94
M00 - M99 - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	7	33.570,45	4.795,78
N00 - N99 - Doenças do aparelho genitourinário	24	8.509,24	354,55
R00 - R99 - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	2	1.448,95	724,48
S00 - T98 - Lesões, envenenamentos e algumas consequências de causas externas	26	23.119,51	889,21
Total Geral	376	376.414,99	1.001,10

CID: Classificação Internacional de Doenças.

Fonte: Brasil⁶⁰.

Anexo G Tabela: Frequência, valor total e valor médio das Internações de Idosos, em Porto Alegre

Grupos Diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças - CID 10	Frequência Total	VLR Total (R\$)	Valor Médio Internações (R\$)
A00 - B99 - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1353	2.822.383,61	2.086,02
C00 - D48 - Neoplasmas (tumores)	2643	4.464.970,89	1.689,36
D50 - D89 - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	117	76.978,72	657,94
E00 - E90 - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	610	409.928,41	672,01
F00 - F99 - Transtornos mentais e comportamentais	271	277.211,92	1.022,92
G00 - G99 - Doenças do sistema nervoso	659	688.783,03	1.045,19
H00 - H59 - Doenças do olho e anexos	327	377.082,38	1.153,16
I00 - I99 - Doenças do aparelho circulatório	6488	19.209.428,32	2.960,76
J00 - J99 - Doenças do aparelho respiratório	4057	6.572.930,53	1.620,15
K00 - K93 - Doenças do aparelho digestivo	2080	3.270.012,38	1.572,12
L00 - L99 - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	346	301.251,11	870,67
M00 - M99 - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	326	848.925,63	2.604,07
N00 - N99 - Doenças do aparelho geniturinário	1729	1.867.233,10	1.079,95
P00 - P96 - Algumas afecções originadas no período perinatal	4	16.747,23	4.186,81
Q00 - Q99 - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	24	122.029,67	5.084,57
R00 - R99 - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	417	535.222,99	1.283,51
S00 - T98 - Lesões, envenenamentos e algumas consequências de causas externas	1833	2.807.206,27	1.531,48
V01 - Y98 - Causas externas de morbidade e mortalidade	6	11.330,16	1.888,36
Z00 - Z99 - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	331	110.249,31	333,08
Total Geral	23621	44.789.905,66	1.896,19

Fonte: Brasil⁶⁰.

ANEXO H Tabela: Da tabela original, foram extraídos os dados de frequência, valor total e valor médio das internações por Angina Pectoris (I20), por faixa etária; por representar o maior valor total no custo com informações hospitalares de Ivoti e Porto Alegre e o segundo colocado no ranking de maiores gastos em internações hospitalares de Alvorada

CID	Frequência das Internações					Frequência Total	Valor Total das Internações		
	60-64a	65-69a	70-74a	75-79a	80e+a		60-64a	65-69a	70-74a
Alvorada									
A41 Outras septicemias	12	13	18	21	18	82	69.308,85	20.606,13	72.502,71
I20 Angina pectoris	23	12	12	10	5	62	67.559,32	73.626,13	52.465,70
Ivoti									
I20 Angina pectoris	2	0	1	2	1	6	17.966,18	0,00	5.217,32
Porto Alegre									
I20 Angina pectoris	285	225	185	142	133	970	1.302.011,85	1.012.596,71	967.736,87

Fonte: Brasil⁶⁰.

A tabela 6 continua para a direita.

ANEXO I Artigo submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva

CUSTOS DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE IDOSOS RESIDENTES EM TRÊS MUNICÍPIOS COM DIFERENTES RENDAS MÉDIAS DOMICILIARES PER CAPITA

HOSPITALIZATION COSTS OF ELDERLY RESIDENTS IN THREE CITIES WITH DIFFERENT AVERAGE DOMESTIC INCOME PER CAPITA

Simone Stochero Kummer¹, Fátima Isabel Dornelles Farias², Gustavo Nunes Pereira², Geraldo Attílio De Carli³, Irênio Gomes³, Claus Dieter Stobäus³

- 1- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Instituto de Geriatria e Gerontologia, Porto Alegre, RS, Brasil. Mestranda em Gerontologia Biomédica.
- 2- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Instituto de Geriatria e Gerontologia, Porto Alegre, RS, Brasil. Doutorando(a) em Gerontologia Biomédica.
- 3- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Instituto de Geriatria e Gerontologia, Porto Alegre, RS, Brasil. Professor de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica.

Correspondência: Simone Stochero Kummer, simone1974@gmail.com

Como citar: Kummer SS, Farias DFI, Pereira GN, De Carli, GA, Gomes I, Stobäus CD. Custos das internações hospitalares de idosos residentes em três municípios com diferentes rendas médias domiciliares per capita

Área Temática
Saúde do Idoso

Resumo

INTRODUÇÃO: As internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil são responsáveis por uma grande fatia dos gastos de recursos públicos destinados à saúde no país. O presente estudo visa analisar, de forma comparativa, as internações hospitalares com os maiores custos com idosos de três diferentes municípios que pertenciam à 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Estado do Rio Grande do Sul. **MÉTODOS:** Estudo transversal, realizado através 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, dos municípios de Porto Alegre, Ivoti e Alvorada. **RESULTADOS:** As doenças cardíacas e respiratórias são mais prevalentes e responsáveis pelo maior aporte financeiro gasto com internações hospitalares nos três municípios. **DISCUSSÃO:** O presente estudo permite uma análise detalhada de alguns dos diagnósticos relacionados a procedimentos de maior custo nas internações hospitalares de idosos para os três municípios

pesquisados, sendo que os resultados indicam que diferentes rendas médias domiciliares per capita igualmente impactam no uso de recursos para seu custeio. Entretanto, é relevante considerar que existe a possibilidade de interinfluências entre renda média domiciliar per capita e cuidados e autocuidados individuais, como elementos importantes para a manutenção da qualidade de vida, promoção da saúde e prevenção da doença.

Palavras-chave

Custos Hospitalares; Saúde Pública; Serviços de Saúde para Idosos; Renda

Abstract

BACKGROUND: Hospital admissions by the Unified Health System (SUS) in Brazil are responsible for a large chunk of the spending of public resources for health in the country. This study aims to analyze, in a comparative way, the hospital with the elderly with higher costs of three different municipalities in the 1st Regional Health (CRS) of the State of Rio Grande do Sul. METHODS: Cross-sectional study by collecting data from the website of the Department of Informatics of the Health System in Brazil - DATASUS on all hospital admissions of the elderly, the cities of Porto Alegre, Ivoti and Alvorada. RESULTS: The cardiac and respiratory diseases are more prevalent and responsible for the greatest financial support spent on hospitalizations in the three counties. DISCUSSION: This study provides a detailed analysis of some of the most cost diagnoses in hospital admissions of the elderly for the municipalities surveyed, and the results indicate that different average domestic income per capita impacts on the allocation of resources expended. However, it is important to consider that there is also the possibility of interinfluences between average domestic income per capita income in the individual care and self-care as elements to maintaining quality of life, health promotion and disease prevention.

Keywords

Hospital Costs; Public Health; Health Services for the Aged; Income

INTRODUÇÃO

As internações hospitalares pelo SUS no Brasil são responsáveis por uma grande fatia dos gastos de recursos públicos destinados à saúde no país. Os dispêndios do SUS serão consideravelmente ampliados nas próximas décadas com o aumento da população idosa e a maior frequência de doenças crônico-degenerativas. Em 2004, a taxa de hospitalização no SUS foi de 41,8 internações por 1.000 habitantes no ano para o segmento de 0 a 14 anos, de 61,2 para o segmento de 15 a 59 anos e de 143,3 para o grupo de 60 anos ou mais¹.

Um estudo de revisão identificou que 61,4% dos idosos necessitaram procurar os serviços de saúde em um período de seis meses e que 6,6% referiram pelo menos uma internação hospitalar. Dados também mostram que 78,1% dos idosos apresentam de uma a cinco doenças crônicas associadas, com prevalência de doenças crônico degenerativas, psiquiátricas e alterações físicas causadas pela imobilidade².

Paralelamente à percepção dos crescentes custos das internações hospitalares, faz-se relevante considerar que uma melhor distribuição da renda pode ter sido um dos determinantes do potencial de manutenção de padrões de saúde mais elevados, visto sua influência em facilitar o acesso a medicamentos, alimentação saudável, rotina de exercícios físicos e lazer, bem como a serviços de saúde, entre outros elementos³.

Acrescenta-se a isso, a ideia de também resultar em um maior nível educacional, coincidindo com menor taxa de analfabetismo. De acordo com os dados do DATASUS, no ano de 2010, Alvorada apresentou uma taxa de analfabetismo de 3,8%, Ivoti apresentou a taxa de 1,7% e Porto Alegre 2,2%. A taxa de analfabetismo representa a medida do percentual de pessoas com 15 anos ou mais de idade que não sabem ler e escrever sequer um bilhete simples, no idioma que conhecem, considerando a população total residente da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado⁴.

Nos dados do Ministério da Saúde verifica-se 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 complexidade⁵.

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, que vem sendo utilizada por mais de um século, primeiro como forma de responder à necessidade de conhecer as causas de morte, passando, na sequência, a ser alvo de crescente interesse e seu uso foi ampliado para codificar situações de pacientes hospitalizados, depois consultas de ambulatório e atenção primária, sendo seu uso sedimentado também para morbidade⁶. 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 de gestão pública em planejar o sistema, para dividir os recursos de modo equânime.

O presente estudo visa analisar, de forma comparativa, as internações hospitalares com os maiores custos, de idosos residentes em três diferentes municípios que pertenciam a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Estado do Rio Grande do Sul.

MÉTODOS

Estudo tipo levantamento, transversal, realizado através 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 Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Ivoti e Alvorada, que selecionados por representarem a maior disparidade de renda média domiciliar per capita, dentre os municípios que pertenciam à 1ª Coordenadoria Regional de Saúde - CRS, no ano de 2010. Este 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 classificados no procedimento principal no laudo da AIH, agruparam a maior despesa nos três municípios em questão.

Foi utilizada a ferramenta TABWIN, para processar as informações encontradas nos arquivos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS. Após, foram criadas planilhas para coletar os dados e poder realizar análise descritiva entre os valores totais das internações hospitalares de idosos e frequência em que as mesmas ocorreram, considerando a codificação principal da CID nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), referentes aos diagnósticos que foram geradores de procedimentos de maior custo de faturamento. Para a pesquisa, foi considerado o endereço de residência dos idosos que geraram as internações, independentemente do local em que as mesmas foram realizadas.

Para a realização da análise descritiva, foram reunidas as internações que tiveram suas AIHs

com a identificação de procedimentos sob os códigos da CID pertencentes ao mesmo grupo diagnóstico, tomando por base o código da CID principal, preenchido pelo médico, no próprio laudo de solicitação da AIH. Os parâmetros propostos para análise nas internações hospitalares de cada um dos municípios em estudo foram:

1. Valor total

A partir dos dados tabulados pelo TABWIN, foi selecionado o ‘valor total’ de cada uma das internações ocorridas entre os 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.

2. Frequência

A frequência refere-se ao número de internações de residentes dos três municípios de estudo, ocorridas em hospitais do Estado do Rio Grande do Sul, durante o ano de 2011.

3. Tempo de Permanência

Refere-se ao somatório do número de dias de cada uma das internações ocorridas, o que foi analisado em apenas alguns casos específicos.

O Instrumento utilizado para o armazenamento de dados foi o programa Windows for Excel®. As informações contidas nas planilhas referem-se aos procedimentos relacionados às AIHs, com identificação de códigos da CID principal, que determinam o fator gerador das internações, o valor total de todas as internações de idosos nos três municípios e sua frequência. A permanência foi analisada separadamente, para um caso específico. A planilha seleciona os dez códigos da CID que envolveram os procedimentos geradores dos maiores custos de internações hospitalares entre os idosos, no ano de 2011, considerando a codificação da CID principal.

A análise destes dados possibilita um maior entendimento dos custos e frequência das internações hospitalares nos municípios pesquisados.

É relevante considerar que, na forma como foi realizado este levantamento de dados nos sites, não houve a discriminação dos hospitais nos quais ocorreram as internações hospitalares, apenas códigos da CID associados aos procedimentos que geraram as internações nos três municípios, permitindo detectar possível caráter de morbidade entre seus idosos.

Os dados coletados para esta pesquisa 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. Mesmo assim, a pesquisa foi submetida ao CEP, que a aprovou em 05/10/2012, número CAAE 06897612.9.0000.5336.

RESULTADOS

O município de Alvorada contava em 2011 com 195.673 habitantes, dos quais 17.569 (9,0%) eram idosos. Neste município, 12,42% dos recursos investidos em saúde da população foram destinados ao pagamento dos custos de 2.912 internações de idosos.

Os procedimentos que demandaram maior despesa no município de Alvorada, possíveis de serem visualizados pelos dez códigos da CID (pela ordem decrescente dos custos) encontraram-se em cinco grupos diagnósticos (I, A, K, N e J) conforme tabela 1, a saber: Grupo I – Angina

Pectoris, Insuficiência cardíaca congestiva, Infarto agudo do miocárdio (IAM) e Doença isquêmica crônica do coração; Grupo A – Septicemias (por Anaeróbicos, não especificadas, por *Staphylococcus aureus*, por outros *Staphylococcus*, por *Haemophilus influenzae*.); Grupo K - Fibrose e Cirroses Hepáticas; Grupo N – Insuficiência Renal crônica; e, Grupo J – Insuficiência Respiratória (aguda, crônica e não especificada) e Pneumonia por Microrganismos não especificados.

Tabela 1 – Descrição dos dez códigos da CID geradores de procedimentos de maior custo financeiro, em 2011, no município de Alvorada/RS

Alvorada			
Dez códigos da CID	Custo das internações	Frequência de internações	Valor médio internações
A41 Outras septicemias	296.617,60	82	3.617,29
I20 Angina pectoris	248.286,40	62	4.004,62
I50 Insuficiência cardíaca	246.157,81	256	961,55
J96 Insuficiência respiratória	218.506,79	54	4.046,42
I21 Infarto agudo do miocárdio	205.775,12	71	2.898,24
J18 Pneumonia p/microorganismos não especificada	187.226,10	241	776,87
I25 Doença isquêmica crônica do coração	138.748,12	19	7.302,53
K74 Fibrose e cirrose hepáticas	103.329,46	20	5.166,47
N18 Insuficiência renal crônica	99.793,44	64	1.559,27
J44 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	80.697,40	92	877,15

Na tabela 1 são apresentados o custo, a frequência e o valor médio destinado às internações hospitalares dos idosos, munícipes de Alvorada, independente do local em que tenha ocorrido a internação. Observa-se que no município de Alvorada o maior quantitativo de recursos para internações foi utilizado no custeio de procedimentos, relacionados à AIHs com codificação da CID principal dentre as classificações diagnósticas do grupo I, seguido pelos grupos J, A, K e N, respectivamente.

Em Ivoti, a população era de 19.874 habitantes, sendo 2.029 (10,2%) idosos. Nesta cidade, 7,15% dos recursos investidos na saúde da população foram destinados ao pagamento dos custos de 376 internações de idosos.

Os dez códigos da CID geradores de procedimentos que demandaram maior despesa no município de Ivoti (pela ordem decrescente dos custos) encontram-se em cinco grupos de classificação diagnóstica (I, J, M, S e C) conforme tabela 2, a saber: Grupo I – Angina Pectoris, Insuficiência cardíaca congestiva, outros transtornos de condução, Bloqueio Atrioventricular e do Ramo Esquerdo; Grupo J – Outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (Asma Obstrutiva, Bronquite Obstrutiva Crônica, Enfisema, DPOC com infecção aguda do trato respiratório, DPOC não especificada); Grupo M – Outras espondilopatias (estenose caudal, hiperostose esquelética idiopática difusa, espondilopatia traumática, fratura de fadiga da vértebra, espondilopatia não especificada); Grupo S – Fratura de Fêmur; e, Grupo C – neoplasia maligna do rim, exceto pelve renal.

Pela tabela 2, que descreve o custo, a frequência e o valor médio destinado às internações hospitalares dos idosos munícipes de Ivoti, observa-se que a maior quantidade de recursos para internações foi utilizado com procedimentos relacionados às classificações diagnósticas do grupo I, seguido pelos grupos J, M, S e C, respectivamente.

Tabela 2 – Descrição dos dez códigos da CID geradores de procedimentos de maior custo financeiro, em 2011, no município de Ivoti/RS

Ivoti				
Dez códigos da CID	Custo das internações	Frequência de internações	Valor médio internações	
I20	Angina pectoris	48.402,44	6	8.067,07
I50	Insuficiência cardíaca	41.813,10	45	929,18
J44	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	35.839,45	54	663,69
J18	Pneumonia p/microorganismos não especificada	32.309,44	48	673,11
I45	Outros transtornos de condução	14.847,85	2	7.423,93
I44	Bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo	14.692,59	2	7.346,30
S72	Fratura do fêmur	14.535,60	10	1.453,56
M48	Outras espondilopatias	13.585,80	1	13.585,80
M43	Outras dorsopatias deformantes	9.530,27	1	9.530,27
C64	Neoplasia maligna do rim exceto pelve renal	9.394,79	1	9.394,79

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% foi destinado para internações de idosos.

Os dez códigos da CID que geraram os procedimentos de maior despesa entre os municípios de Porto Alegre (pela ordem decrescente dos custos) encontram-se em três classificações diagnósticas (I, J e A) conforme tabela 3, a saber: Grupo I – *Angina Pectoris*, Insuficiência cardíaca congestiva, Infarto agudo do miocárdio (IAM) e Doença isquêmica crônica do coração e Bloqueio Atrioventricular e do Ramo Esquerdo; Grupo J – Insuficiência Respiratória (aguda, crônica e não especificada), Pneumonia por Microrganismos não especificados e Outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (Asma Obstrutiva, Bronquite Obstrutiva Crônica, Enfisema, DPOC com infecção aguda do trato respiratório, DPOC não especificada); e, Grupo A – Septicemias (por Anaeróbicos, não especificadas, por *Staphylococcus aureus*, por outros *Staphylococcus*, por *Haemophilus influenzae*).

No município de Porto Alegre, conforme a tabela 3, o maior quantitativo de recursos demandado em internações hospitalares de idosos foi utilizado dentre procedimentos relacionados à AIHs codificadas sob o CID principal relacionado à classificações diagnósticas do grupo I, seguido pelos grupos J e A, respectivamente.

Tabela 3 – Descrição dos dez códigos da CID geradores de procedimentos de maior custo financeiro, em 2011, no município de Porto Alegre/RS

Porto Alegre			
Dez códigos da CID	Custo das internações	Frequência de internações	Valor médio internações
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 microorganismos 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 dissecção da aorta	920.058,65	86	10.698,36

A classificação diagnóstica do grupo I e do grupo J, relacionadas aos procedimentos geradores dos maiores custos, estiveram presentes nos três municípios, embora sem ocupar posições semelhantes na hierarquia de despesas financeiras destinadas pelas cidades. Os procedimentos relacionados ao grupo A, relacionado às septicemias, foi prevalente apenas nas cidades de Alvorada e Porto Alegre. Os demais procedimentos, relacionados às demais classificações diagnósticas diferiram entre os municípios das três cidades.

A tabela 4 refere-se à divisão dos custos, frequência e média de valor por internação em diferentes procedimentos, sob diferentes classificações diagnósticas, ocorridas entre os municípios de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre.

A análise dos dados permite a composição de um ranking dos dez códigos da CID, relacionados aos procedimentos mais frequentes nas internações hospitalares, entre os idosos dos municípios pesquisados, considerando-se o aporte de recursos despendidos. Analisando separadamente, as internações dos idosos de cada município, no período pesquisado, conclui-se que: em Ivoti, do total de 376 internações realizadas para pacientes idosos 45% (170 internações) estão codificadas nos dez grupos de classificação diagnóstica, relacionando-se a procedimentos geradores de maior custo hospitalar para este município; em Alvorada, do total de 2.912 internações realizadas para pacientes idosos 33% (961 internações) estão nos dez grupos diagnósticos, relacionados a procedimentos de maior custo hospitalar para este município; e, em Porto Alegre do total de 23.621 internações realizadas para idosos 29,5% (6.974 internações) estão nos dez grupos diagnósticos relacionados a procedimentos que desencadeiam o maior custo hospitalar para este município.

Mesmo considerando as diferenças apresentadas entre as internações dos idosos de cada um dos três municípios em estudo, os resultados apontam que, dentre as internações, os dez códigos da CID que envolvem os procedimentos de maior custo (grupos I, J, A, K, N, M, S e C) respondem em média por 40 a 62% do total de recursos despendidos. Desses dez códigos da CID que envolvem os procedimentos de maior custo, os grupos I e J, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias respectivamente, foram os mais incidentes (de acordo com a frequência das internações) e os 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 foram destinados ao custeio dos procedimentos relacionados a estes dois grupos de classificação diagnóstica. 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 municípios de Alvorada e Ivoti assemelham-se: em média R\$ 2.100,00 por internação. Já em Porto Alegre os custos para procedimentos do mesmo grupo são 43% maiores, considerando as internações individualmente.

Tabela 4 - Descrição do custo com procedimentos relacionados aos grupos diagnósticos da CID, frequência e valor médio destinado às internações hospitalares dos municípios.

Custo das internações	Frequência de internações	Valor médio internações
-----------------------	---------------------------	-------------------------

Alvorada

Grupo I	838.967,45	408	2.056,29
Grupo J	486.430,29	387	1.256,93
Grupo A	296.617,60	82	3.617,29
Grupo Ka	103.329,46	20	5.166,47
Grupo N	99.793,44	64	1.559,27

Ivoti

Grupo I	119.755,98	55	2.177,38
Grupo J	68.148,89	102	668,13
Grupo M	23.116,07	2	11.558,04
Grupo S	14.535,60	10	1.453,56
Grupo C	9.394,79	1	9.394,79

Porto Alegre

Grupo I	12.026.860,80	3.218	3.737,37
Grupo J	4.525.503,61	3.086	1.466,46
Grupo A	1.539.261,25	490	3.141,35

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, por internação.

DISCUSSÃO

O presente estudo permite uma análise detalhada de diagnósticos de maior custo nas internações hospitalares de idosos para os três municípios pesquisados, sendo que os resultados indicam que diferentes rendas médias domiciliares per capita, impactam diferentemente quando da utilização dos recursos. Confirmando o que outros estudos demonstram, as doenças cardiovasculares e respiratórias são as mais prevalentes nas internações hospitalares de idosos e as que respondem pelos maiores custos hospitalares nesta população, em média 80%⁷. Em número de habitantes, a população de Alvorada e Ivoti correspondem a 14% e 1,4% da população de Porto Alegre, respectivamente, com 5% a mais de idosos neste último município, o que pode explicar porque os demais grupos diagnósticos (K, N, M, S e C) não

apareceram na amostra de internações de Porto Alegre.

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 outros⁷.

Conforme estudo, 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 associados⁸, podendo estar relacionados ao menor investimento na atenção básica, com reduzidas ações de caráter preventivo, ou mesmo à baixa adesão ao tratamento. Outro ponto a ser lembrado são as possibilidades de distorções que podem ocorrer em virtude de erros de codificação dos laudos geradores das AIHs, dentro dos hospitais, iniciando-se pelo fato de que esta pesquisa teve por base apenas o CID principal de cada AIH.

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 está associado à diminuição de internações hospitalares⁹.

Estudos futuros poderiam investigar como estão sendo utilizados os recursos frente aos diferentes níveis de Atenção à Saúde, indicando percentuais que são destinados à saúde preventiva e, desta forma colaborar para que os municípios possam repensar seus planos e investimentos na área da saúde, dedicando à população de idosos um olhar especial, com medidas mais eficientes para prevenção de doenças de alto custo. Considerando estes diagnósticos mais prevalentes, programas de combate ao uso do tabaco e à obesidade, entre outros, voltados para mudanças de hábitos de vida, com estímulo à atividade física, podem e devem ser (re)pensados pelos municípios.

Em virtude da grande diferença de valores apresentados entre os três municípios em estudo, como nos custos das internações para o tratamento da Angina Pectoris (I20), buscou-se, dentre os dados coletados, aqueles relacionados ao tempo de permanência destas internações dos munícipes de Ivoti. Os dados levantados levaram a pensar na ocorrência de uma distorção em virtude do reduzido número de internações. Do total de seis internações, duas delas tiveram o tempo de permanência de apenas um dia. Se calculado o tempo médio de permanência, na totalidade das seis internações, obtém-se uma média de seis dias de internação. Acredita-se que tenha ocorrido alguma complicação em uma ou mais internações, que acabou por gerar a necessidade de incremento de itens adicionais à conta hospitalar, como diárias em Unidades de Tratamento Intensivo, repetição de exames de apoio ao diagnóstico e tratamento, entre outros possíveis elementos a que não se tem acesso nas tabelas formatadas. E, em outra possibilidade, se poderia pressupor algum erro de faturamento pela instituição hospitalar prestadora de serviços no momento de preenchimento.

O tempo médio de permanência em internação por Angina entre os munícipes de Alvorada foi de oito dias e em Porto Alegre a média de permanência foi entre sete e oito dias. A literatura cita que, para angina, existe uma média de permanência de aproximadamente seis dias¹⁰.

Considerando o reduzido número de internações ocorridas entre os munícipes de Ivoti,

poderia-se pensar também em outras interpretações. Por exemplo, sabe-se, conforme já abordado por outro autor¹¹, que os idosos são particularmente suscetíveis a infecções nosocomiais, que consomem mais serviços de saúde e que suas internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que em outras faixas etárias.

Outra justificativa para a não utilização do parâmetro ‘tempo de permanência’ foi a inclusão integral das AIH pagas, sem diferenciar AIH 1 (AIH Principal) de AIH 5 (AIH de continuidade, usada de modo vinculado à AIH principal, para internações de longa permanência). Esta decisão favorece a visualização dos custos integrais em saúde pelos municípios. No entanto, restringe um pouco as análises que dependem do tempo de permanência.

Um fator que também pode desencadear eventuais distorções é a codificação da CID principal referente à internação, pois nem sempre os médicos informam a doença de base, registrando uma complicação da mesma, como por exemplo, a insuficiência cardíaca, especificada ou não como congestiva¹⁰. Esta possibilidade de ocorrência de distorções foi um dos motivos de se optar, no transcorrer das discussões do estudo, por não usar o tempo de permanência na internação como um dos parâmetros.

Sobretudo, é importante enfatizar que, apesar de algumas limitações, os dados providos pelo SIH/SUS são uma fonte adequada de informações. A diversidade de hospitais, de serviços que eles provêm 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 que podem acabar por interferir nos dados das internações hospitalares.

A coleta dos dados deste estudo teve por base o endereço de residência dos usuários SUS, buscando seus atendimentos em toda a rede do Estado do Rio Grande do Sul. Ou seja, é provável que os munícipes de Ivoti tenham internado tanto no hospital de Ivoti, que é um hospital de pequeno porte, quanto em hospitais situados nos municípios de Novo Hamburgo, São Leopoldo ou Canoas, que são as referências indicadas para atendimento, mas o detalhamento destes dados não foi contemplado no âmbito da presente pesquisa. Outro aspecto importante é que as referências servem para os casos eletivos e, quando ocorrem situações de urgência, são as Centrais de Regulação de Leitos de Porto Alegre ou Central de Regulação de Leitos do Estado que determinam o serviço para onde o paciente deve ser encaminhado, de acordo com as vagas disponíveis. Os munícipes de Alvorada internam no hospital de Alvorada, para seus atendimentos de média complexidade; já os atendimentos de alta complexidade são encaminhados aos hospitais de Porto Alegre^{12,13}.

Nesse sentido, compreende-se a cobertura integral e igualitária, em todos os níveis de complexidade da Atenção à Saúde aos usuários SUS, sem relação com seu município de residência, com suas diferenças de características locais e quantitativo populacional. No entanto, de acordo com os resultados da pesquisa, a maior disponibilidade de serviços de saúde, bem como a maior disponibilidade de tecnologias em saúde, parecem predispor à maior utilização de serviços e tecnologias. Então, mesmo seguindo os regramentos do SUS, sob os princípios da equidade e integralidade, admite-se que munícipes de Porto Alegre têm uma maior tendência à utilização do sistema de saúde, podendo este fato, se configurar em um viés nesta pesquisa, por ser um grande centro de referência para toda a região que atende esses municípios estudados.

Partindo da proposta principal deste estudo, faz-se relevante considerar que Alvorada é um município que, no ano de 2010, de acordo com o IBGE, apresentou uma renda média domiciliar per capita no valor de R\$ 587,84 e um PIB per capita de R\$ 7.528,20. Ivoti, no mesmo ano, apresentou um PIB per capita de R\$ 22.903,15 e a renda média domiciliar per capita no valor de R\$ 1.019,75. O município de Porto Alegre, por sua vez, ficou com uma

renda média domiciliar per capita no valor de R\$ 1.722,37 e um PIB per capita de R\$ 30.524,80^{14,15}.

Foram verificadas semelhanças entre os custos com as internações relacionadas ao grupo I (doenças cardiovasculares), nos municípios de Alvorada e Ivoti. Enquanto que o município de Porto Alegre apresentou um custo superior, na faixa de 43% maior, considerando as internações dos idosos.

Os custos com internações de idosos, relacionadas ao grupo diagnóstico J (doenças respiratórias) apresentaram-se semelhantes entre os municípios de Alvorada e Porto Alegre, sendo que Ivoti demonstrou um custo, em média, 50% menor, por internação.

Analisando os valores apresentados, 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^{12,13}. Como contraponto, salienta-se que foi o que realizou maior investimento per capita na Atenção Básica, durante o ano de 2011¹⁶.

Salienta-se a importância de pensar na formulação de Programas de Saúde que estejam proporcionando mais qualidade de vida à população atendida, considerando desde o incentivo ao estilo de vida saudável, com boas práticas dietéticas e de exercícios físicos, até as questões sociais, como segurança, cultura, lazer, interação social, entre outros¹⁷.

Nesse sentido, pode-se pensar que, quanto melhor a renda média domiciliar per capita, maiores as possibilidades para a população encontrar condições socioeconômicas que permitam, mais autonomamente, o desenvolvimento de ações indicadas para incremento e manutenção de uma melhor qualidade de vida. Questões como mais elevados níveis de escolaridade também podem contribuir para a valorização da inclusão destas ações e consequente possibilidade de mudanças no estilo de vida de uma população.

Ao mesmo tempo, o município que possui um maior PIB per capita, recebe mais recursos para investir em Educação e em Saúde para a promoção de saúde e prevenção da doença.

Outro ponto ainda a ser abordado, comparando o custo das internações hospitalares de mesmos grupos diagnósticos da CID, entre os três municípios em estudo, é que Porto Alegre tem os mais altos custos por internação, o que levanta à hipótese de pensar na influência exercida pela renda média domiciliar per capita, conjuntamente com fatores como saneamento e nível de escolaridade¹⁸, para modificar o padrão de necessidades na assistência em saúde.

Apesar de todos os programas criados por governo Federal, Estaduais e Municipais visar 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^{7,19,20}. 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 a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença²¹.

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 vida²¹.

Na intenção de aprofundar o entendimento acerca da situação socioeconômica dos municípios em análise, foi-se buscar dados complementares à renda média domiciliar per capita. Dados do IBGE, apesar da última atualização ser do ano de 2003, demonstram a incidência da pobreza no percentual de 37,68% em Alvorada, 25,83% em Ivoti e 23,74% em Porto Alegre²².

Junto com dados de renda e PIB per capita, percebe-se novamente que os municípios com a menor renda média domiciliar per capita, que desencadeiam a menor autonomia dos indivíduos para gerirem os custos de possíveis melhorias na qualidade de suas vidas, são também os municípios que geram menor quantidade de riquezas, recebendo menos recursos e, ao mesmo tempo, demonstram os maiores percentuais de pobreza em sua população.

Também conforme dados do IBGE, consultados através do site do DATASUS, foi possível verificar que, no ano de 2010, 25,3% da população de Alvorada (49.325 pessoas), apresentava renda inferior a ½ salário mínimo e 8,26% (16.113 pessoas) com renda inferior a ¼ do salário mínimo. Em Ivoti verificou-se 6,9% da população (1.364 pessoas) com renda inferior a ½ salário mínimo e 1,79% (353 pessoas) com renda inferior a ¼ do salário mínimo. Porto Alegre apresentou 14,76% da população (205.824 pessoas) com renda inferior a ½ salário mínimo e 5,75% (80.212 pessoas) com renda inferior a ¼ do salário mínimo²³.

Os números encontrados corroboram as demais informações já levantadas anteriormente para os municípios de Alvorada e Porto Alegre. No entanto, Ivoti demonstra uma situação melhor, com índices menores de proporção de pessoas com baixa renda.

Complementarmente, verificou-se a taxa de analfabetismo, na intenção perceber aproximações com o nível educacional, conforme já mencionado anteriormente, o que demonstrou que o município de Ivoti, que apresentou a menor taxa de analfabetismo, foi também o município que apresentou o maior número de internações, respeitando a proporcionalidade populacional. Porto Alegre foi o município que apresentou, proporcionalmente, o menor número de internações.

A ocorrência do menor quantitativo 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 através de planos privados.

Através do 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 ao sistema de saúde através de planos privados de assistência médica, que apenas 8,94% dos idosos de Alvorada mantinham o acesso através do sistema privado, 15,81% dos idosos de Ivoti e 43,85% dos idosos de Porto Alegre²⁴.

O levantamento deste dado 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 pela também utilização do sistema privado.

Entre os munícipes de Ivoti, percebeu-se uma frequência maior de internações dos idosos, especialmente aos grupos diagnósticos das doenças do aparelho respiratório (5,03% da população idosa), seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (2,71% da população idosa), em quantitativo superior ao apresentado entre os munícipes de Alvorada.

Esta informação também leva a pensar que os idosos que possuem uma melhor condição socioeconômica estão buscando a manutenção do sistema de saúde privado, talvez como

recurso para melhorar suas garantias de acesso à assistência em saúde. Estes dados podem ser identificados através da renda média domiciliar per capita, nos três municípios.

REFERÊNCIAS

1. Dutra MM, Moriguchi EH, Lampert MA. Figueiredo CEP. Validade preditiva de instrumento para identificação do idoso em risco de hospitalização. Rev. Saúde Pública 2011;45(1):106-12.
2. Pinto RBR, Bastos LC. Abordagem das pesquisas em Epidemiologia aplicada à Gerontologia no Brasil. Rev. Bras. Epidemiol 2007;10(3):361-369.
3. Wright JTC. A Saúde no Brasil e na América Latina. Fundação Instituto de Administração (FIA). São Paulo; 2008.
4. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde – Tabnet. Demográficas e Socioeconômicas. Taxa de analfabetismo. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/alfrs.def>
5. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares, arquivos reduzidos: Manual Técnico Operacional de Sistemas de Operações Hospitalares. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. Rev. bras. Epidemiol 2008;11(2):324-35.
7. Gerard MLF, Bernard FC. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular; 2009.
8. Zaslavdy C, Gus I. Idoso. Doença cardíaca e comorbidades. Arq. Bras. Cardiol. 2002; 79(6):635-9.
9. Mafra F. O Impacto da Atenção Básica em Saúde em Indicadores de Internação Hospitalar no Brasil [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
10. Laurenti R, Buchalla CM, Caratin, CVS. Doença isquêmica do coração. Internações, tempo de permanência e gastos. Brasil, 1993 a 1997. Arq. Bras. Cardiol. 2000;74(6):483-487.
11. Gois ALB, Veras RP. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010;15(6):2859-2869.
12. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul [site da gestão 2006-2010; acesso em 02 jun 2013]. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial - DAHA. Alta Complexidade em cardiologia e traumatologia. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=24077>.
13. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul [site da gestão 2006-2010; acesso em 02 jun 2013]. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial - DAHA. Alta Complexidade em Oncologia, Neurologia e Neurocirurgia. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=24077>.
14. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde – Tabnet. Demográficas e Socioeconômicas. Renda média domiciliar per capita. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/rendars.def>

15. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde – Tabnet. Demográficas e Socioeconômicas. PIB per capita municipal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/pibmunrs.def>
16. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos - SIOPS. Demonstrativo da despesa com saúde, conforme o anexo XVI do relatório resumido de execução orçamentária/RREO. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal.php?S=225&UF=43;&Ano=2011&Periodo=2>
17. Garbinato LR, et al. Prevalência de internação hospitalar e fatores associados: um estudo de base populacional em um centro urbano no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública 2007;23(1):217-224.
18. Castro MSMT, Cláudia CAM. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. Ciênc. saúde col 2002; 7(4):795-811.
19. KANSO, Solange; ROMERO, Dalia Elena; LEITE, Iuri da Costa and MARQUES, Aline. A evitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte. Cad. Saúde Pública [online]. 2013, vol.29, n.4, pp. 735-748. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400011>.
20. OMS- Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
21. 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
22. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/temas.php?codmun=430060&idtema=19&search=rio-grande-do-sul|alvorada|mapa-de-pobreza-e-desigualdade-municipios-brasileiros-2003>
23. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde – Tabnet. Demográficas e Socioeconômicas. Proporção de pessoas com baixa renda. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/censo/cnv/pobrezars.def>
24. 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/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_02.DEF

ANEXO J Comprovante de submissão à revista Ciência e Saúde Coletiva

26/11/13

Gmail - Revista Ciência & Saúde Coletiva - Confirmação de recebimento de artigo



Simone Simone <simone1974@gmail.com>

Revista Ciência & Saúde Coletiva - Confirmação de recebimento de artigo

Revista Ciência & Saúde Coletiva <cienciaisaudecoletiva@fiocruz.br> 5 de setembro de 2013 00:20
Responder a: Revista Ciência & Saúde Coletiva <cienciaisaudecoletiva@fiocruz.br>
Para: simone1974@gmail.com



Prezado(a) **Simone Stochero Kummer**

Informamos que o **Artigo / Tema Livre** abaixo foi submetido a Ciência & Saúde Coletiva, constando sua participação como autor.

Artigo: **1621/2013 - CUSTOS DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE IDOSOS RESIDENTES EM TRÊS MUNICÍPIOS COM DIFERENTES RENDAS MÉDIAS DOMICILIARES PER CAPITA**

Caso não concorde com a sua participação nesse artigo favor entrar em contato para que possamos tomar as ações necessárias.

Atenciosamente,
Maria Cecília de Souza Minayo e Romeu Gomes, Editores Chefes

Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Av. Brasil, 4036, sala 700 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ
(21) 388-29153 e (21) 2290-4893 - Todos os direitos reservados para ABRASCO.
Desenvolvido por ZANDA Multimídias da Informação.