

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CESUMAR - UNICESUMAR
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL: POLÍTICAS PÚBLICAS E
MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS**

CLARICE DA LUZ KERNKAMP
ORIENTADORA: PROF^a DR^a CÁSSIA KELLY FAVORETTO COSTA
CO-ORIENTADORA: PROF^a DR^a ELY MITIE MASSUDA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**MARINGÁ
2014**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CESUMAR - UNICESUMAR
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL: POLÍTICAS PÚBLICAS E
MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS**

Dissertação apresentada ao Centro
Universitário Cesumar (UniCesumar),
como requisito à obtenção do título de
Mestre em Promoção da Saúde.

MARINGÁ/PR
FEVEREIRO DE 2014

Kernkamp, Clarice da Luz
Envelhecimento populacional no Brasil: Políticas públicas e morbidade hospitalar do SUS

/Clarice da Luz Kernkamp.

Maringá, 2014

95p.33cm

Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário de Maringá.

Área de Concentração: Promoção da Saúde

Orientador: Prof.^a Dr^a. Cássia Kely Favoretto Costa e Co-orientadora: Prof.^a Dr^a. Ely Mitie Massuda.

1. Envelhecimento; 2. Políticas Públicas; 3. Morbidade Hospitalar, 4. SUS.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos amores de
minha vida: Rudi , Reggys e Adler.

AGRADECIMENTOS

À Deus por sua presença viva em todos os momentos de minha vida.

À minha família, razão do meu tudo.

Aos meus amigos (as) e companheiros (as) do corpo docente do serviço social da Unopar, que me apoiaram e tiveram juntos nestes últimos anos. Choramos e rimos juntos nestes dois anos, só tenho a dizer: “é a luta continua...”.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Cássia Kely Favoretto Costa, que com competência e muita paciência nunca me privou de ter acesso ao saber: eternamente grata.

À minha co-orientadora: Prof.^a Dra. Ely Mitie Massuda pelo comprometimento, dedicação e exemplo de profissionalismo, por compartilhar todo o seu saber e conhecimento com ética: obrigada.

À coordenação e a todos os professores do curso de pós-graduação *strictu sensu* em Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Cesumar (UniCesumar) deixo o meu respeito.

À todos os idosos, que convivi diretamente ou indiretamente, os quais sempre foram motivos de minhas inspirações a busca constante de resposta e indagações a estudar. Quero um dia aprender a ver as coisas invisíveis que os motivam a sorrir, com amor.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Agrupamentos de regionais de saúde.	64
---	----

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Esboço da matriz de dados socioeconômicos e demográficos utilizada para proceder à análise fatorial.58
- Figura 2.** Agrupamento de 22 regionais de saúde – Método de *Ward* – Distância Euclidiana Simples.63
- Figura 3.** Limites geográficos dos agrupamentos propostos para as de 22 regionais de saúde.65

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Autovalores e variância explicada para os três primeiros fatores retidos..59
- Tabela 2.** Cargas fatoriais (loadings) geradas para as 13 variáveis socioeconômicas e demográficas consideradas no estudo.....60
- Tabela 3.** Comunalidades (Communalities) para as 13 variáveis consideradas no estudo.60
- Tabela 4.** Scores fatoriais para as 22 regionais de saúde gerados a partir das 13 variáveis socioeconômicas e demográficas consideradas no estudo.61
- Tabela 5.** Distribuição do número de internações por grupos regionais, CID por sexo, Paraná - 2008 a 2012.70
- Tabela 6.** Distribuição dos dias de permanência de internações hospitalares por grupos regionais, CID e Gênero, Paraná - 2008 a 2012.71
- Tabela 7.** Distribuição dos gastos totais do SUS com morbidades hospitalares em idosos, por grupos regionais, CID e sexo, Paraná - 2008 a 2012.72
- Tabela 8.** Distribuição do número de óbitos de idosos por grupos regionais, CID e sexo, Paraná - 2008 a 2012.73

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
INTRODUÇÃO.....	11
ARTIGOS CIENTÍFICOS.....	16
Artigo 1. Envelhecimento populacional e as políticas públicas de saúde no Brasil.....	15
Artigo 2. Morbidade hospitalar em idosos no Paraná no período de 2008.....	52
CONCLUSÃO.....	84
REFERÊNCIAS.....	87

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é composta por uma introdução e dois artigos científicos, sendo que o artigo 1 refere-se à caracterização histórica das políticas de saúde no Brasil, enfatizando aquelas específicas aos idosos. Já no artigo 2, apresenta-se uma análise das morbidades hospitalares em idosos no Paraná, entre 2008 e 2012.

Primeiro artigo - Autor (es): Clarice da Luz Kernkamp, Cássia Kely Favoreto Costa e Ely Mitie Massuda. O título do artigo é “Envelhecimento populacional e as políticas públicas de saúde no Brasil” foi submetido à apreciação, visando publicação na Revista de Políticas Públicas – RPP.

Segundo artigo – Autor (es): Clarice da Luz Kernkamp, Cássia Kely Favoreto Costa e Ely Mitie Massuda. O artigo está intitulado por “ Morbidade Hospitalar em idosos no Paraná no período de 2008 a 2012”, o qual será submetido à Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde.

Em consonância com as regras do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, os artigos foram redigidos de acordo com as normas das Revista de Políticas Públicas – RPP e Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

Esta dissertação apresenta dois ensaios sobre o envelhecimento populacional, concentrando-se nos seguintes aspectos: i) políticas públicas de saúde no Brasil, com enfoque aos idosos (Artigo 1) e ii) morbidade hospitalar em idosos no estado do Paraná (Artigo 2).

O processo de envelhecimento populacional, no período recente, vem sofrendo significativas transformações a nível nacional e mundial. As mudanças estão relacionadas ao aumento da expectativa de vida, diminuição da taxa de natalidade e mortalidade, alterações no perfil demográfico e epidemiológico (JATENEJA, 1999; WHO, 2005).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010a; 2010b), Batista (2008) e Gomes (2009), entre os anos de 1940 e 1970, o número de idosos no Brasil cresceu. Em 1940, totalizavam 1,6 milhões; em 1970, 4,7 milhões e em 2000, 14,5 milhões. As projeções do IBGE indicam que, em 2020, esse número atingirá 30,9 milhões. Associado a esse fato está a expansão da expectativa de vida dos brasileiros. Em 1940, era de 47,74 anos e, para 1970, 52,67 anos. No ano 2000, esse panorama mudou, passando para 65,78 anos. Em 2010, subiu ainda mais para 73, 8 anos e, para 2020, a projeção é de 76,1 anos a expectativa de vida. Dessa forma, em 2050, o país pode apresentar uma composição etária semelhante à atual estrutura dos países desenvolvidos, por exemplo, do Japão, da França e dos Estados Unidos da América - EUA.

Na última década, a pirâmide demográfica brasileira sofreu alterações importantes. Indivíduos de até 4 anos de idade, em 2000, representavam 9,64% deste total e em 2010, esse percentual caiu para 7,17%. Aqueles com faixa etária entre 5 a 9 anos, correspondiam a 9,74% em 2000 e passaram para 7,79% em 2010. Os jovens de até 24 anos somavam 49,68% dos brasileiros e reduziu para 41, 95% no mesmo período (IBGE, 2010a; 2010b; 2010c). Esse fato associado à queda dos níveis de fecundidade; redução da taxa de natalidade; aumento da expectativa de vida e do número de idosos tem contribuído para a inversão dessa pirâmide, havendo um estreitamento na sua base e um alargamento do seu topo (KILSZTAJN, 2000; WHO, 2005).

O Brasil está atravessando um período de transição epidemiológica, no qual doenças infecto-parasitárias coexistem com a crescente prevalência de doenças crônicas degenerativas e aquelas causadas por fatores externos (violências, acidentes de trânsito, entre outros). Em 2010, as doenças crônicas foram responsáveis por 73,9% dos óbitos no país, dos quais 80,1% foram devido a doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica ou diabetes (DUARTE et al., 2012).

A expectativa de vida no estado do Paraná não difere da realidade brasileira, que em 2008 era de 74,4 anos para a população geral, e neste mesmo ano a esperança de vida para quem completava 60 anos era de viver mais 21,3 anos. Em 2010, as pessoas com mais de 60 anos correspondia 11,2% da população do estado, e foi responsável por 20% dos internamentos hospitalares atendidos pelos SUS, correspondendo a 24% dos gastos totais (COSEMS/PR, s/d).

O aumento da expectativa de vida e essa transição epidemiológica gerou mudanças significativas, sendo uma delas o gasto com a saúde. Uma pessoa com mais de 65 anos gasta em serviços e cuidados com a saúde seis vezes mais do que um indivíduo entre 35 e 40 anos. Isto porque os idosos demandam diversos serviços de saúde (medicamentos, consultas médicas, tratamentos; internações hospitalares de longa duração, entre outros) e isso gera elevados custos para o Sistema Único de Saúde – SUS (MONTANHOLI et al., 2006; VERAS, 2007; DUARTE et al., 2012; ARAUJO, 2012).

Além desse fatores, a incorporação tecnológica e as condições socioeconômicas dos pacientes também geram efeitos sobre os gastos com a saúde. Por um lado, tem-se o aumento das expectativas positivas da população e dos profissionais de saúde em relação às novas soluções sanitárias e pela adoção de novas tecnologias no setor. Por outro, as pessoas que pertencem a classe de renda baixa, tendem a procurar hospitais públicos para utilização de serviços de alto custo. Desse forma, o perfil de morbidade em qualquer região do país e essa estrutura de gastos variam com o grau de envelhecimento populacional, com as condições socioeconômicas e com o tipo de serviço ofertado (YAZBEK, 2012).

Nesse contexto, torna-se relevante o desenvolvimento de estudos que englobem as políticas públicas em saúde e as morbidades hospitalares em idosos, buscando mostrar e compreender a atual situação deles em termos de direitos constitucionais e qualidade de vida. Além disso, fornece subsídios aos gestores

públicos na realização de ações de prevenção e promoção da saúde dessa população de forma mais eficiente.

O objetivo do artigo 1 foi caracterizar, de forma histórica, econômica e constitucional, as políticas públicas de saúde no Brasil, com enfoque ao envelhecimento populacional. O período abordado foi desde antes de 1930 até os dias atuais. O artigo tratou de uma revisão bibliográfica desenvolvida a partir de livros, artigos científicos nacionais e internacionais sobre o tema, bem como uma apresentação dos avanços e possíveis desafios para essa categoria da população. As perguntas que se buscaram responder foram as seguintes: No contexto histórico e econômico, quais foram as ações de políticas públicas em saúde que ocorreram no Brasil, principalmente, àquelas direcionadas aos idosos? Como essas políticas vêm influenciando as ações de prevenção e promoção da saúde dos idosos no atual Sistema Único de Saúde?

No segundo artigo, buscou-se analisar a morbidade hospitalar em idosos no Paraná, entre 2008 e 2012. Como método empírico utilizou-se, em primeiro lugar, a análise fatorial e de cluster. Esta técnica foi aplicada para estabelecer grupos homogêneos de regionais de saúde do estado, em função do nível de desenvolvimento socioeconômico. Posteriormente, foi usada a distribuição de frequência relativa simples. A questão chave do artigo corresponde : quais são os principais casos de morbidades hospitalares das internações do SUS em idosos do Paraná, entre 2008 e 2012, dado as condições socioeconômicas?

A dissertação está estruturada em quatro capítulos, além dessa introdução (capítulo 1). O capítulo 2 (Artigo 1) refere-se à caracterização histórica das políticas de saúde no Brasil, enfatizando aquelas específicas aos idosos. No capítulo 3 (Artigo 2), apresenta-se uma análise das morbidades hospitalares em idosos no Paraná, entre 2008 e 2012. Por fim, no capítulo 4, está a conclusão geral da pesquisa desenvolvida a partir dos resultados dos capítulos anteriores e às sugestões de pesquisas futuras.

ARTIGO 1:

Título: Envelhecimento populacional e as políticas públicas de saúde no Brasil

Revista: Revista de Políticas Públicas – RPP

SITE: <http://www.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br/site/>

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

AGING POPULATION AND PUBLIC HEALTH POLICIES IN BRAZIL

Clarice da Luz Kernkamp¹

Cássia Kely Favoretto Costa²

Ely Mitie Massuda³

RESUMO

O objetivo do artigo foi caracterizar, de modo histórico, econômico e constitucional, as políticas públicas de saúde no Brasil, com enfoque no envelhecimento populacional. A abordagem temporal foi desde antes de 1930 até período atual. A pesquisa tratou de uma revisão bibliográfica, retrospectiva, descritiva e comparativa destas políticas. Verificou-se que, o aumento da expectativa de vida dos indivíduos, a redução do índice de natalidade e de mortalidade; a mudança do perfil demográfico e epidemiológico foram fatores que contribuíram para o crescimento da demanda por serviços de baixa, média e alta complexidade no setor de saúde. A partir da abordagem histórica e econômica, observou-se que diversas ações de prevenção e promoção da saúde foram adotadas, principalmente em termos da legislação, que após a Constituição de 1988, vem garantindo à proteção social aos idosos. No entanto, essas ações ainda não atendem por completo e de maneira eficiente a necessidade dessa classe da população, devido as diversidades culturais, econômicas e sociais. Assim, ainda existe no Brasil um desequilíbrio entre a oferta e a demanda por atendimentos direcionados ao estilo e a melhor qualidade de vida desses indivíduos.

Palavras-chave: Idosos. Políticas Governamentais. Economia da Saúde. SUS.

ABSTRACT

The purpose of the article was to characterize , historical , economic and constitutional order , public health policies in Brazil , focusing on population aging . The temporal approach was from before 1930 to the current period . The research treated a literature review , retrospective , descriptive and comparative these policies . It was found that the increase in life expectancy of individuals , the reduction in the birth rate and mortality, the changing demographic and epidemiological profiles were factors that contributed to the growth in demand for services of low , medium and high complexity in health sector. From the historical and economic approach , it was observed that several prevention and health promotion were adopted , especially in terms of legislation , that after the 1988 Constitution has guaranteed the elderly to social protection . However , these actions still do not meet completely and efficiently the needs of this class of the population , due to cultural, economic and social diversity . Thus , Brazil is still in an imbalance between supply and demand for calls directed to the style and quality of life of these individuals .

Keywords: Seniors. Governmental policies. Economics of Health. NHS.

¹ Aluna do Mestrado em Promoção da Saúde – PPGPS/Unicesumar. E-mail: clariceluzkernkamp@gmail.com

² Doutora em Economia Aplicada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Docente Permanente do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde – PPGPS/Unicesumar. E-mail: cfavoretto@hotmail.com

³ Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo – USP. E-mail: elymitie@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

O Brasil, desde os anos sessenta até os dias atuais, vem passando por um processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, com destaque para as seguintes mudanças: queda da taxa de mortalidade e de fecundidade da população; aumento da expectativa de vida; alterações do estilo de vida e crescimento da proporção de idosos em relação às demais faixas etárias (MALTA et al., 2006; BRASIL, 2009; LLIBRE, 2011; MENDES, 2012).

Segundo Batista (2008), Gonçalves et al. (2010) e Moraes (2012), o processo de envelhecimento pode estar associado à expansão de doenças crônicas (cardiovasculares, respiratória, neoplasias, do sistema nervoso, entre outras) em indivíduos com 60 anos ou mais de idade; ao aumento da dependência dessa população com relação aos familiares e/ou profissionais de saúde na realização de atividades básicas do cotidiano (por exemplo, compras; administração das finanças; alimentação; limpeza da casa; higiene pessoal; tomar remédios, levantar-se de qualquer lugar, entre outras) e à perda da capacidade funcional que gera, em muitos casos, maior fragilidade, piores condições de saúde e até mortalidade dos idosos. (MEDINA, 1998; KARSCH, 2003; SILVESTRE, 2003, WHO, 2005; GONÇALVES, 2010; MORAES, 2012; OLIVEIRA, 2013).

Assim, diante desse panorama, ocorre uma expansão da demanda por ações e investimentos públicos em profissionais qualificados para atender a população idosa no país, em infraestrutura, medicamentos, equipamentos e tecnologia, cujo o enfoque deve ser proporcionar uma melhor qualidade de vida a essa categoria.

Na história das políticas públicas de saúde no Brasil (antes de 1930 até 1987), ocorreram avanços nas ações governamentais no sentido de melhorar a qualidade de vida da população em todas as faixas etárias, mas com limitações na área sanitária e assistencial. A saúde, como direito universal e equitativo, somente foi efetivada em 1988 com a implantação da Constituição Federal do Brasil. A partir desse período, foram criadas diversas políticas específicas ao idoso com base na legislação constitucional, por exemplo a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) 8.080/1990, a Política Nacional do Idoso de 1994, o Estatuto do Idoso de 2003, o Pacto pela Vida de 2006 que converge na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 2006. Contudo, os serviços ofertados a essa categoria ainda são

ineficientes, devido às diversidades sociais, econômicas, regionais e culturais existentes no país (VERAS, 2007).

Diante disso, torna-se relevante o desenvolvimento de estudos que englobem e discutam as políticas públicas de saúde em geral, bem como os programas e as ações governamentais direcionadas a população idosa no Brasil. O propósito é garantir o acesso aos direitos constitucionais perante as necessidades, prioridades e de vida desses indivíduos.

Neste contexto, o objetivo dessa pesquisa foi caracterizar, de forma histórica, econômica e constitucional, as políticas de saúde no Brasil com enfoque no envelhecimento. O período de abrangência foi desde 1930 até os dias atuais. Buscou-se, a partir desse arcabouço de análise, compreender as políticas de saúde em geral, os direitos dos idosos, os avanços e possíveis desafios para essa população em termos de envelhecimento saudável, com melhor qualidade de vida e promoção da saúde.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Políticas de saúde no Brasil e população idosa

Nesta seção foi realizada uma caracterização histórica, econômica e constitucional das políticas de saúde pública no Brasil, em especial aos idosos, sendo dividida nos seguintes momentos: a) antes de 1930; b) 1930-1964; c) 1964-1985; d) 1985-1989 e e) 1989 – período atual.

2.2 Período antes de 1930

No período da chegada da família real portuguesa no Brasil (1500-1889), a economia era colonial, caracterizada pelas atividades de subsistência e exportação dos produtos naturais do país. Nessa época, teve início o processo de cuidados,

higienização e urbanização das cidades, para proporcionar uma qualidade de vida adequada à família real. A partir disso, houve uma mudança na preocupação com relação à saúde geral, buscando medidas de prevenir doenças contagiosas. Criou-se uma estrutura sanitária mínima no município do Rio de Janeiro e o controle de navios e portos (BUS, 1995; BATICHI, 2004; POLIGNANO, 2006). Dessa forma, observa-se que nesse período, as preocupações do governo estavam centradas apenas nas necessidades mínimas da corte e aos aspectos econômicos, deixando-se de lado a demanda por serviços de saúde da população em geral.

Na Primeira República (1889-1930), a economia era baseada na agricultura, no qual o principal produto era o café. A atividade econômica estava direcionada ao mercado externo, sendo necessários os cuidados cabíveis nos portos (controles de doenças ou pestes), com o propósito de não haver prejuízo ou colocar em risco as exportações. Assim, as companhias de navegações esquivavam-se dos portos brasileiros devido às epidemias, causando prejuízos à economia do país, dependente, principalmente, das exportações de café (NUNES, 2000; SANTOS, 2008).

A assistência individualizada, como a hospitalar pública, tinha um caráter social desenvolvido pelas entidades beneficentes e filantrópicas, com o compromisso de benevolência diante dos casos de tuberculose, hanseníase e psicose que ocorriam na Primeira República. Não haviam investimentos governamentais para o tratamento dessas doenças e os indivíduos doentes eram atendidos por interesses particulares ou por irmandades. Nesse período, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal, sendo que para ter acesso aos atendimentos era necessário buscar a caridade ou dispor de recursos financeiros para pagar por esse atendimento (NUNES, 2000; BRAVO, 2011). Percebe-se assim a ausência da preocupação com as políticas de saúde por parte do governo da época, o que gerou ao longo da história uma escassez da oferta de serviços públicos à população brasileira.

Outro grande desafio em termos de saúde no Brasil, entre 1889 e 1930, foi a erradicação da febre amarela. Para atingir esse objetivo o presidente Rodrigues Alves nomeou o médico Oswaldo Cruz como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, o qual adotou um modelo Sanitário Campanhista. Nesse sistema trabalhou-se com ações de saúde, como: registro demográfico; introdução do laboratório para auxílio em diagnóstico e a fabricação de produtos profiláticos para

uso em massa. Foi criada também uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e o instituto soroterápico federal (posteriormente, transformado no Instituto Oswaldo Cruz). Outra ação de destaque no setor de saúde foi o projeto de vacinação obrigatória à população contra varíola (Lei nº 1.261, de 31 de outubro de 1904), o qual gerou o movimento Revolta da Vacina (POLIGNANO, 2006).

Segundo Bravo (2008) e Caputo (2009), no final do século XIX, ocorreu o início do processo de industrialização no país, houve uma acumulação capitalista advinda do comércio exterior com um crescimento da urbanização e o uso, especialmente, da mão de obra de imigrantes europeus experientes (italianos, portugueses, entre outros) nas indústrias. Esses operários não possuíam garantias trabalhistas (férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria) e viviam no país em péssimas condições de vida e trabalho. Esse fato levou o movimento operário a organizar duas greves gerais no país, ocorridas em 1917 e 1919, que tinha como objetivo a melhoria nos serviços ofertados a eles (BRASIL, 2006).

Em virtude da organização, mobilizações e reivindicações dos trabalhadores, em 24 de janeiro de 1923, o governo criou a Lei Elói Chaves que estabeleceu que as empresas da rede ferroviária precisavam, obrigatoriamente, implantar a Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP) para os trabalhadores das ferrovias. O principal propósito era a concessão de benefícios como aposentadorias, pensões e prestação de serviços de assistência médica e farmacêutica. Essa lei foi o marco inicial da previdência social no Brasil. Essa conquista abriu precedentes para outras categorias de trabalhadores se mobilizarem também, o que levou ao processo de consolidação das CAP's (BATICH, 2004; POLIGNANO, 2006; BRAVO, 2011).

De 1922 a 1930, a economia brasileira era agroexportadora, baseada na monocultura do café. Os estados de São Paulo e Minas Gerais dominavam o poder econômico e político por meio da política do “Café com Leite”, ou seja, elegiam sucessivamente o presidente da república. Contudo, as crises econômicas internacionais (quebra da Bolsa de *New York*, em 1929; Revolução de 30) e a do café, levaram a queda do poder oligárquico agrário do período (FINKELMAN, 2002; SIMÕES, 2009).

Assim, pode-se constatar que, desde a vinda da família real até os anos 30, existiu uma relação direta das políticas de saúde e o contexto econômico. Os principais desafios do período foram a erradicação das epidemias, principalmente,

nas áreas portuárias e a oferta de serviços de saúde de qualidade aos trabalhadores brasileiros e os imigrantes, devido ao processo de industrialização e ao crescimento urbano. Esses fatos provocavam impactos negativos na economia, pois esta era voltada para o comércio exterior.

2.3 Período de 1930 até 1964

A crise do modelo agroexportador baseado no café incentivou o aprofundamento da industrialização brasileira, cujas origens remontavam às décadas finais do século XIX. Ocorreu o deslocamento do polo dinâmico da economia da agricultura para a indústria. Essa mudança aconteceu por meio de um processo chamado de substituição de importações, o qual se consolidou com a produção interna de produtos que antes eram importados (LACERDA et al., 2003).

Na era Vargas (1930 a 1945) houve o deslocamento do polo econômico do setor agrário para empreendimentos nas indústrias das regiões do centro-sul do país. Com isso surgiu um novo foco de estrutura da sociedade brasileira, formado por trabalhadores assalariados, principalmente do setor de transporte e da indústria (BARROS, 1996; CAPUTO, 2009).

Entre 1930 e 1945, houve a estruturação do estado brasileiro sob a égide da centralização do poder, marcado pelo período ditatorial, conhecido como Estado Novo. Foram criados nesse período o Ministério do Trabalho, da Indústria e Comércio e o Ministério da Educação e Saúde, onde as ações de saúde estavam vinculadas ao Ministério da Educação (BRAVO, 2008).

Em 1934, foi criada uma constituição que incorporou a saúde como uma área de âmbito estatal, estabelecendo sua estrutura e locais de atuação. Contudo, havia ainda a falta de um modelo sanitário para combater os problemas de epidemias (varíola, malária, febre amarela e, posteriormente, peste), os quais já existiam no Brasil desde antes de 1930 (BARROS, 1996; POLIGNANO, 2006).

Nesse mesmo ano (1934), ocorreu o processo de substituição das CAPs pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), os quais eram importantes mecanismos de controle social e de captação de poupança forçada no desenvolvimento econômico. Este formato de organização garantia as mínimas

condições para a proteção social dos trabalhadores e atendia apenas aqueles que eram associados. A principal diferença entre as CAP's (1923) e os IAP's está no fato que, o segundo passou a incorporar os trabalhadores enquanto categoria e o primeiro era por empresa. A partir desta mudança, houve a ampliação dos benefícios ofertados aos trabalhadores (POLIGNANO, 2006; ARAUJO, 2010).

A Constituição Federal de 1934 reforçou o autoritarismo, marcando o governo de Vargas, o qual estabeleceu a ditadura governamental. No entanto, essa constituição foi regida por um regime democrático, estabelecido na reforma política brasileira. Trouxe conquistas aos trabalhadores e mudanças progressistas em relação a legislação trabalhista como a criação do salário mínimo e a redução da carga horária de trabalho (repouso remunerado) e a proibição do trabalho de jovens menores de 14 anos (POLIGNANO, 2006).

Já no primeiro governo de Getúlio Vargas (1937), as conferências nacionais de educação e de saúde passaram a ser constituídas como mecanismo de articulação e conhecimento das ações nesses setores. Em 1941, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujo enfoque foi debater ações estaduais e municipais de saúde no combate a hanseníase (Lepra) e tuberculose, no desenvolvimento do saneamento básico e na assistência social com proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 2009).

No início da década de 1940 ocorreram ações públicas que contribuíram para a melhoria do setor de saúde, sendo elas: a) orientações sobre a assistência sanitária e hospitalar; b) criação de órgãos executivos para combater as endemias (malária, febre amarela e peste); c) fortalecimento do Instituto Osvaldo Cruz com referência a descentralizações de controle endêmicos regionalizados; d) programas de abastecimento de água e esgotos; e) criação de serviços especializados, por exemplo, formação do Instituto Nacional do Câncer (FINKELMAN, 2002).

Em 1943, foi homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), e houve o decreto do salário mínimo e o surgimento das políticas de atenção aos trabalhadores. Antes dessas políticas, apenas os associados às CAP's e aos IAP's (trabalhadores formais) poderiam acessar os benefícios das políticas sociais. Os trabalhadores rurais, os autônomos e aqueles que por diversos motivos não tinham condições de trabalhar estavam excluídos desta proteção. Esse período foi marcado por reivindicações dos movimentos de trabalhadores que exigiam melhores condições de trabalho e de vida, tais como garantia de aposentadoria, redução da

jornada de trabalho, regulamentação do trabalho da mulher e de crianças. Com relação à saúde, foi mantida a prática de campanhas de serviços ao combate às endemias (BATICH, 2004; CAPUTO, 2009).

Nessa linha do tempo, a II Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorreu somente dez anos após a I CNS, no final do governo Dutra, em 1950. O tema central desta conferência foi a erradicação da malária no país, a qual já era classificada como um problema de saúde pública no país há vários anos. Houve nesse evento a fundamentação da legislação referente à higiene e segurança do trabalho, com condições de prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes (BRASIL, 2009).

A década de 1950 foi conhecida como período desenvolvimentista, de modernização acelerada por meio do Plano de Metas, promovida por Juscelino Kubitschek (JK). Em 1953, a Lei n.º 1.920, de 25 de julho de 1953, desdobrou o Ministério da Educação e Saúde em dois eixos: Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde. Isso foi importante para a questão dos problemas sanitários do país. Em 1956, foi criado o departamento de endemias rurais com o propósito de combater a malária, leishmaniose, doença de Chagas, pestes, brucelose, febre amarela e outras endemias existentes no país (LACERDA et al., 2003; POLIGNANO, 2006; BRASIL, 2009). No entanto, com o desenvolvimento industrial, houve a formação da classe operária e com esta os problemas sociais, tornando-se necessária a definição de ações públicas para a política social de saúde.

A assistência, entre 1945 a 1964, verifica-se que a saúde no Brasil apresentou alguns avanços no quesito qualidade de vida da população; contudo, o grande desafio desse período foi enfrentar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias que não foi eliminado e as elevadas taxas de morbidades e mortalidade da população geral e infantil.

O período que se segue foi marcado por conturbações de ordem política e econômica. A renúncia precoce do presidente eleito Jânio Quadros sucedido por João Goulart e queda no ritmo de crescimento da economia provocou grande instabilidade, resultando na instauração de regime militar no país (LACERDA et al., 2003).

2.4 Período de 1964 até 1985

Antes do início do período militar no Brasil, a realidade do momento era caracterizada pelos seguintes fatos: a) fim do governo Juscelino; b) aumento da dívida externa; c) eleição de Jânio Quadros; d) renúncia de Jânio Quadros e posse de João Goulart com suas ideias e medidas contrárias aos interesses econômicos vigentes (isso levou à sua deposição como presidente da república).

Nesse contexto, o período da ditadura militar (1964-1985) foi marcado pelo desemprego, miséria, pobreza, desigualdades sociais, surgindo assim grandes conflitos entre a burguesia e o proletariado, florescendo os partidos políticos e as revoluções socialistas. Esses fatos agravaram as condições sociais no Brasil (BARROCO, 2008).

Foi nesse período também que ocorreu o “milagre econômico” (1968-1973) caracterizado por intenso crescimento econômico e da produção industrial. Aparentemente contraditório, as questões sociais presentes nesse processo agravaram-se em decorrência do aumento da concentração de renda e da não melhoria dos indicadores sociais. O resultado dessa política pode ser condensada na deterioração das condições de saúde da população, ocorrendo o crescimento das taxas de mortalidade infantil e de epidemias de meningite. Para adequada apreensão das condições sociais geradas nesse período, é necessário considerar a política de archoamento salarial adotada como elemento principal de controle à inflação, queda na produção de alimentos e matérias-primas direcionadas ao mercado interno, provocando pressão sobre os preços, associados ao contexto de regime autoritário (CAMARO, 2003, LACERDA et al., 2003).

Ao primeiro choque do petróleo ocorrido em 1973, a desaceleração da economia mundial e aos limites impostos pelo modelo de crescimento alicerçado no mercado financeiro internacional, o governo militar respondeu com a implantação do II Plano Nacional de Desenvolvimento que pretendia uma “fuga para frente” em alusão à proposta de aumentar ainda mais os déficits comerciais e a dívida externa. Houve crescimento da economia, embora tenha sido inferior ao período anterior. Mas, o segundo choque do petróleo, a nova desaceleração da economia mundial e a alta nas taxas de juros no mercado financeiro internacional levaram a um novo ajuste. O contexto leva ao fim de um ciclo cuja estratégia de desenvolvimento foi baseado na substituição das importações (CAMARO, 2003, LACERDA et al., 2003).

A ditadura no Brasil foi caracterizada por transições de governos, sendo eles: governo de Castello Branco e Costa e Silva (1964-1968), de Médici (1969-1974), de Geisel (1974-1979), de Figueiredo (1979-1985), e início do governo Sarney (CODATO, 2005).

Com relação à saúde geral, ocorreu em 1963 a III Conferência Nacional de Saúde, na cidade do Rio de Janeiro, onde foi analisada a situação sanitária e a reorganização do sistema de saúde no país, com propostas de redefinição dos papéis das esferas de governo, além da proposição de um plano nacional de saúde. Houve o início da proposta da descentralização da saúde, com direções de ações de responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2009).

Para Mota (2008) e Polo (2008), nesta época, a assistência à saúde ligada a previdência era representada pelas instituições denominadas de Santa Casa de Misericórdia, as quais ofereciam assistência a mendigos, idosos e pessoas carentes de recursos financeiros.

Já em 1967, foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi a questão dos recursos humanos nas atividades de saúde. Nessa conferência foi analisado as necessidades dos recursos humanos e as responsabilidades do Ministério da Saúde e das instituições de ensino superior na capacitação técnica desses profissionais (BRASIL, 2009).

Em 1975 foi realizada a V Conferência Nacional de Saúde, durante o governo de Ernesto Geisel. Nesse período, foi implementada a Lei nº 6.229 que criou o Sistema Nacional de Saúde e distribuídas atribuições entre o Ministério da Saúde (responsável pelas ações coletivas de saúde pública) e sistema de assistência médica previdenciária (que desenvolve ações de assistência à saúde individual). Apresentou como temática as estratégias e mecanismos de implementação do Programa de Saúde Materno-Infantil, do Programa de Controle de Grandes Endemias e do Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais, além da implantação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2009).

Entre 1968 a 1975, evidenciam-se as demandas sociais por consultas médicas decorrentes das graves condições de saúde. O estado deveria intervir no hiato da sequela do desequilíbrio das relações entre trabalhadores e mercado, defendendo a acumulação em detrimento da realização das necessidades básicas

dos trabalhadores. Esse período foi marcado pela criação de inúmeras clínicas e hospitais privados com financiamento da Previdência Social (LUZ, 1991).

Em 1977, realizou-se a VI CNS, também no governo de Ernesto Geisel, cuja temática, consistiu na avaliação e análise de estratégias de implantação de programas governamentais, como: a) situação atual do controle das grandes endemias; b) operacionalização dos novos diplomas legais básicos dos currículos dos profissionais da saúde, aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; c) interiorização dos serviços de saúde e d) política nacional de saúde (BRASIL, 2009).

Cabe destacar que, em 1978, ocorreu a Conferência de Alma-Ata, a qual apresentou o conceito de saúde não somente como ausência de doença, mas como o conjunto de bem estar físico, mental e social. Além disso, salientou-se as diferenças dos países com relação ao desenvolvimento social e econômico. A saúde foi firmada como direito de todos, responsabilizando aos governos por esta condição. Por fim, enfatizaram-se os cuidados primários da saúde em termos de políticas públicas (FIOCRUZ, 2012).

A partir de 1980, o esforço do governo brasileiro está concentrado na gestão da dívida externa com o Fundo Monetário Internacional (FMI). Além disso, o crescimento econômico que ocorreu na década anterior (abertura do capital estrangeiro) criou as oportunidades da construção de rede de rodovias, de ferrovias, portos e implantações das primeiras empresas multinacionais. Contudo, esse crescimento não contribuiu para redução da desigualdade social no país (BRAVO, 2008).

Em 1980, ocorreu a VII CNS (governo de João Batista Figueiredo), cujo tema abordado foi relacionado a extensão das ações de saúde através dos serviços básicos, contemplando a articulação intersetorial, os recursos humanos, o financiamento, participação comunitária, entre outros. O eixo dos debates foi a formulação e implantação de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que propunha a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde à população, com a criação de uma rede básica de saúde de cobertura universal (BRASIL, 2009).

Assim, verifica-se o desencadeamento do movimento sanitário que se iniciou na década de 1970 enfocando a importância da proposta da Reforma Sanitária. Na sequência, houve o enfoque da política social que percorreu a década de 1980 e foi se efetivar com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2009).

Outro ponto de destaque nesse período foi o surgimento do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) que sintetizou a proposta da Carta de Alma Ata – 1978. Isso marcou o movimento sanitário, o qual representou a forma de oposição ou alternativa ao sistema de saúde vigente no período e, posteriormente, à implantação institucional do SUS (ANDRADE, 2001; TEIXEIRA, 2009).

Bravo (2008), Teixeira (2009) e Silva (2011) destacam que as principais questões debatidas no movimento de reforma sanitária foram as seguintes: universalização do acesso à saúde; a cidadania que expressa à universalização dos direitos; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde (SUS); reordenamento setorial com enfoque sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização de processo decisório para esfera estatal e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local como mecanismo de gestão nos Conselhos de Saúde.

A década de 1980 ficou conhecida como “década perdida” devido as baixas taxas de crescimento da economia, problemas aliados a dívida externa e interna e os choques heterodoxos nas tentativas de redução da escalada inflacionária presente em quase todo o período (LACERDA et al., 2003; PIRES, 2010).

Essa década significou para o país total redirecionamento em sua estratégia econômica, devido as dificuldades impostas pelo sistema financeiro internacional para a renovação de empréstimos e a necessidade de assegurar o pagamento relativos à dívida externa. O mercado externo passa a ter prioridade quando até então, a produção voltava-se para o mercado interno (LACERDA et al., 2003; PIRES, 2010). Entretanto, a década de 80 inicia expressando as crises instaladas nas décadas anteriores, provocadas pela repressão da ditadura militar, pela prolongada crise econômica que resultou no aumento dos problemas sociais. Portanto, é neste contexto que inicia o processo de democratização política, a transição e superação do regime ditatorial instalado em 64.

2.5 Período de 1985 até 1989

Na década de 1980, ocorreram movimentos proeminentes como das “Diretas Já” (1985), que culminou com o fim do regime militar com as eleições de Tancredo

Neves. Isso desencadeou diversos movimentos sociais envolvendo os profissionais que trabalhavam em contato com a população, como os médicos, enfermeiros, jornalistas, advogados, entre outros, porém com ênfase na participação dos envolvidos na saúde, sindicatos e movimentos sociais da sociedade organizadas. Nas eleições do Congresso e da Assembleia Legislativa alguns deputados estaduais e federais se elegeram com plataformas políticas centrada nas questões de saúde (LUZ, 1991; BRAVO, 2008; BRASIL, 2009).

No ano de 1986, ocorreu a VIII CNS, abordando os seguintes temas: a) saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade; b) reformulação do Sistema Nacional de Saúde e c) financiamento do setor de saúde (ANDRADE, 2001; MOTA, 2008; TEIXEIRA, 2009).

Considerada um divisor da história da política de saúde no Brasil, a proposta da VIII CNS apresentou-se no texto da Constituição Federal do Brasil de 1988, bem como nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080 e nº 8.142 de 1990. Esses documentos foram direcionados com base nas discussões da VIII CNS e abordando os seguintes aspectos: a construção social da cidadania; a educação médica e a reforma sanitária; a formação do enfermeiro frente à reforma sanitária; a participação da mulher no setor saúde; a cidadania, direitos sociais e o estado; direito à saúde, cidadania e estado; emprego em saúde na conjuntura; recente direções para reforma sanitária; financiamento do setor; o estado, os serviços públicos e a administração; o poder municipal no rumo do SUS; a participação social em saúde; a reforma do SUS; a reorganização do SUS; a saúde como direito de todos e dever do estado; a proposta pedagógica do setor da Saúde; relatório final; e os anais da conferência (BRASIL, 2009).

Já em 1988, tem-se a implantação da Constituição Federal do Brasil no qual o acesso à assistência médica-sanitária passa a ser direito do cidadão e dever do Estado. Além disso, destaca-se a relevância pública das ações e serviços de saúde bem como a universalidade da cobertura e do atendimento (BRAVO, 2008; MOTA, 2011)

A Constituição Federal do Brasil de 1988, apresenta-se como marco na conquista dos direitos sociais no Brasil, introduz o conceito de Seguridade Social, com o tripé da Previdência social, Saúde e Assistência Social, rompendo com o sistema de proteção social construído no longo período do regime ditatória (1964-1985) (BRAVO, 2008; MOTA, 2011). Entende-se como importante avanço, o fato da

política de saúde compor a seguridade social, ampliando o conceito de proteção social, bem como as responsabilidades estatais.

Os principais pontos apresentados na Constituição Federal de 1988 em relação à saúde foram os seguintes: i) equidade da assistência; ii) descentralização da gestão administrativa com garantia de participação comunitária; iii) integração da rede pública de serviços num sistema único; iv) possibilidade de participação complementar do setor privado de serviços no sistema público de saúde; v) cofinanciamento dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; vi) direção única nas esferas de governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) e vii) saúde como resultante de políticas sociais e econômicas e de fatores que determinam e condicionam o estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo (BRASIL, 1986; BRAVO, 2011).

A Constituição Federal de 1988, no capítulo da ordem social, definiu no artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Além disso, os artigos de 196 a 200 da Constituição regulamentaram a participação, a equidade, a descentralização, a integridade e a universalização da saúde pública como condições elementares para a efetivação desse direito a todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 1988; FINKELMAN, 2002).

Antes de 1988, não se evidenciaram diretamente políticas públicas de proteção aos idosos. O que existiam eram atendimentos em hospitais considerados como asilo de velhos (POLO, 2008). Já a partir da Constituição Federal de 1988, os direitos dos idosos foram inseridos, tornando-se um marco na trajetória das políticas direcionadas a essa categoria da população.

No artigo 202 da Constituição Federal de 1988, garantiu-se a aposentadoria aos sessenta e cinco anos de idade para o homem, e aos sessenta, para a mulher, reduzido em cinco anos o limite de idade para os trabalhadores rurais de ambos os sexos e também para os que exercem suas atividades em regime de economia familiar (neste incluídos o produtor rural, o garimpeiro e o pescador artesanal). Além disso, no Art. 203, mostrou-se a garantia de um salário mínimo de benefício mensal ao idoso que comprove não possuir formas de sobrevivência ou de tê-la provida por sua família (BRASIL, 1988; FINKELMAN, 2002).

Assim, na Constituição Federal de 1988, estão inseridos os direitos aos idosos, sendo eles: o salário mínimo da Previdência Social, a Previdência Social Rural e a renda vitalícia, a qual se efetivou legalmente com a Lei Orgânica de

Assistência Social (LOAS/1993) e com o Benefício de Prestação Continuada (BPC) - essa lei garante o direito de um salário mínimo aos idosos e a deficientes.

Ressalta-se que a Constituição Federal de 1988, no artigo 226, reconhece como dever da família, da sociedade e do Estado a proteção às pessoas idosas. A legislação, porém não deixa claro onde começa ou termina o papel de cada instituição responsável na proteção social da pessoa idosa (BRASIL, 1988; GIACOMIN, 2011).

2.6 Período de 1989 até os dias atuais

A economia brasileira sofre intensas mudanças a partir da década de 1990; a renegociação da dívida externa; abertura comercial; e estabilização da moeda após quadro de hiperinflação desde a década de 1980 até 1994. Durante essa década, observou-se também a deterioração da distribuição de renda no país, apesar da queda da inflação que poderia ter provocado melhora no poder aquisitivo da população mais pobre (PAULINO, 2010; LACERDA et al., 2003).

Os anos 2000 foram demarcados pelas crises financeiras internacionais cujos efeitos repercutia sobre o Brasil devido a queda do dinamismo do comércio internacional, apesar do desempenho econômico da China nesse contexto. Por outro lado, a dinâmica do mercado interno assegurou o conforto à citada crise. Na última década, o aumento de renda das camadas de renda mais pobre viabilizou sua entrada ao mercado de consumo, cuja demanda foi essencial para o desempenho da economia (CRUZ et al., 2013).

Muitas famílias ascenderam à classe média no Brasil entre os anos 2002-2012, sendo incorporado ao mercado de consumo. A força dessa massa de demanda foi fundamental para o enfrentamento da crise financeira de 2007-2008 e certamente permanecerá como vetor importante de crescimento. Esse aumento de renda dos extratos sociais mais pobres viabilizou a migração de milhões de famílias de classes D e E para a classe C, engrossando a nova classe média brasileira (SOUZA, 2012).

Em 19 de setembro de 1990, por meio da Lei nº 8.080 - LOS foi regulamentado o SUS. Essa lei definiu o modelo operacional do SUS, propondo sua

forma de organização e de funcionamento. Tem-se também a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (BRASIL, 1990; ANDRADE, 2001).

A LOS/1990, no artigo 2, mostrou o dever do Estado de promover condições efetivas de garantias de seu pleno exercício. Isso evidencia a necessidade de investimentos em políticas públicas de saúde de acordo com as demandas dos cidadãos - alimentação, habitação, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, entre outros (BRASIL, 1993, GONTIJO, 2011).

No ano de 1992, ocorreu a IX CNS que determinou a descentralização, municipalização e a participação social, proposta na conferência de saúde anterior. Tal encaminhamento requisitou do Ministério da Saúde, ações consonantes aos estabelecimentos, direcionamento para gestão municipal, a criação de comissões intergestores bipartites nos estados, tripartite em nível federal (BRASIL, 2013).

Por sua vez, a LOAS, de 07 de dezembro de 1993, no Art. 1, a assistência social é apresentada como uma política de seguridade social não contributiva, ou seja, prevê o mínimo social perante a um conjunto integrado de ações diante das necessidades básicas direcionadas à população, representando a ação de proteção social. Nessa lei é realmente efetivado o direito de um salário mínimo aos idosos com 65 anos ou mais e ao deficiente, que demonstrem não ter condições e nem sua família de prover seu sustento (BRASIL, 1993; GOMES, 2002; GONTIJO, 2011).

A LOAS/93 propõe condições de efetivação das políticas de saúde vinculadas a promoção, a proteção e ao funcionamento dos serviços relacionados a esse setor (SIMÕES, 2009). No art. 4 apresentam-se os princípios: supremacia do atendimento as necessidades sociais; universalização dos direitos sociais; respeito e dignidade do cidadão, à autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade; igualdade de direitos no acesso ao atendimento; e a divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais (BRASIL, 1993).

A Política Nacional do Idoso (PNI) ou Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 apresenta características específicas dos atendimentos aos idosos, com objetivo principal de proteger os direitos deles. Essa lei propõe a criação de condições para promover a autonomia, a integração e a participação efetiva dessa categoria na sociedade (BRASIL, 1994; NERI, 2005).

No Art. 3 da PNI/1994, têm-se como responsabilidade de proteção social assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida, a qual é de responsabilidade da família, do estado e da sociedade fornecer. Além disso, elimina-se a discriminação de qualquer parte aos idosos, principalmente em relação as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil (BRASIL, 1994).

Na área de promoção e assistência social, PNI, no Art. 10, afirma que a proteção social básica dos idosos deve ser feita por meio da participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais. Para isso é necessária à criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, tais como: centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas de trabalho, atendimentos domiciliares, entre outros. É importante também oportunizar a participação e promoção desta política pública em simpósios, seminários e encontros específicos; bem como proporcionar a capacitação de recursos para atendimento ao idoso (BRASIL, 1994, NERI, 2005).

Assim, a PNI/1994 apresenta as seguintes ações na área da saúde, entre as quais se destacam: a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS; b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do SUS; d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares; e) desenvolver formas de cooperação entre secretarias de saúde dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e entre os Centros de Referências em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipe multidisciplinar; f) incluir geriatria como especialidade clínica; g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vista a prevenção, tratamento e reabilitação, e h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso (BRASIL, 1994).

Em 1996, ocorreu a X CNS, a qual aborda com tema central a questão da construção de modelo de atenção à saúde, neste mesmo ano foi criada a NOB- SUS 96- Norma de Operação Básica (NOB) do SUS (BRASIL, 2003).

A NOB - SUS 96, propõe o aperfeiçoamento do SUS diante do modelo de atenção de saúde, como definição: a) os papéis de cada esfera de governo; instrumentalizar os municípios e estados para superar o papel de exclusivo

prestador de serviços e assumir o papel de gestores do SUS; c) articular mecanismos e fluxos de financiamentos com ampliação das transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em promoções ascendentes, pactuadas e integradas; d) evidencia a prática e acompanhamento do controle social como mecanismos de avaliação do SUS, corrobora com resultados dos programas epidemiológicos e desempenho com qualidade; e) os serviços vinculados aos usuários, com foco no núcleo familiar e comunitário (BRASIL, 1996).

Em 2000, ocorreu a XI CNS, com ênfase no processo de implementação do SUS com destaque na Humanização do SUS, diante do documento “a efetivação do SUS só é possível com controle social”. Esse documento evidencia o mecanismo do controle social na saúde, com a preocupação com o acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde efetivando o controle social, o que demonstrou o nível de debates e percepção de representantes de usuários, prestadores de serviços, profissionais e gestores do SUS (BRASIL, 2001).

No ano de 2003, ocorreu a XII CNS com ênfase na participação da população nas instâncias municipais, estaduais e nacional, com propósito central de reafirmar o direito à saúde, com os temas: a) direito à saúde; b) a seguridade social e a saúde; c) a intersetorialidade das ações de saúde; d) as três esferas de governos e a construção do SUS; e) a organização da atenção à saúde; f) controle social e gestão participativa; g) o trabalho na saúde; h) ciência e tecnologia e a saúde; i) o financiamento da saúde; j) comunicação e informação em saúde (BRASIL, 2003).

A lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003, designada como Estatuto do Idoso, é implementada para regular a política de direitos dos idosos, como o lazer, a cultura; o esporte; o transporte; a previdência; a assistência; a justiça; a saúde; a educação e a habitação (BRASIL, 2003; JUSTO, 2010; GONTIJO, 2011).

Além disso, no Art. 15 do Estatuto do Idoso garante-lhe o acesso universal e igualitário à saúde, por intermédio do SUS. Em conjunto, têm-se os serviços articulados e contínuos das ações e serviços direcionados à prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003; JUSTO, 2010; GONTIJO, 2011).

As ações de prevenção e a manutenção da saúde do idoso, conforme o Estatuto somente é efetivado considerando os seguintes itens: I) existência do cadastro da pessoa idosa em base territorial; II) atendimento geriátrico e

gerontológico em ambulatório; III) atendimento ao idoso em unidades geriátricas de referência, com pessoal especializados nas áreas de geriatria e gerontologia social; IV) atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessita e esteja impossibilitada de locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos em instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e, eventualmente, conveniadas com o poder público, nos meios urbanos e rurais; v) reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia aos idosos, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde dos mesmos (BRASIL, 2003; JUSTO, 2010; GONTIJO, 2011).

Cabe destacar que, segundo o Estatuto do Idoso, os idosos ao serem atendidos nos hospitais e serviços de saúde do SUS, têm prioridade no atendimento e o direito de um acompanhante; bem como o recebimento gratuito de remédios de uso continuado, de próteses e outros recursos para tratamento e reabilitação do paciente (BRASIL, 2003; NERI, 2005; JUSTO, 2010; GONTIJO, 2011).

O art. 20 do Estatuto do Idoso garante de direito aos idosos de acesso para, pelo menos, 50% em eventos pertinentes, com propósito de programação educativa a essa categoria e com horários especiais. Eles têm direito ainda à educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade. Esse estatuto exige também que os currículos escolares insiram questões que proporcionem aos alunos a oportunidade de estudarem conteúdos sobre o processo de envelhecimento, com o propósito de prevenir preconceitos e oportunizar informações pertinentes ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2003; JUSTO, 2010; GONTIJO, 2011).

No capítulo VII, art. 29º, do Estatuto do Idoso, afirma-se que os aposentados e pensionistas dessa categoria tem o direito de reajuste dos benefícios na mesma data do reajuste do salário mínimo (BRASIL, 2003; JUSTO, 2010; GONTIJO, 2011). Uma das principais conquistas do Estatuto do Idoso, confirmado na Política Nacional da Assistência Social (PNAS, 2004), o qual já era garantido pela LOAS de 1990, corresponde à ampliação do acesso ao Benefício de Prestação Continuada – BPC. Esse item faz parte dos direitos daqueles idosos que não possuem meios de prover sua subsistência, onde um dos cônjuges e ou companheira(o) que já receba o BPC, poderá requerer também este benefício (BRASIL, 1990; BRASIL, 2003; BRASIL, 2004; NERI, 2005).

O Estatuto do Idoso prevê o direito do idoso em ter prioridade à casa própria nos programas de habitação. Exige-se a reserva de 3% das unidades para essa categoria, e o financiamento deverá ser compatível com os rendimentos do aposentado ou pensionista. Além disso, deve ser eliminado qualquer tipo de barreira arquitetônica e urbanista para que o acesso do idoso seja garantido (BRASIL, 2003; NERI, 2005; JUSTO, 2010; GONTIJO, 2011).

Destaca-se também que o Estatuto do Idoso assegura o transporte para os idosos que não tenham como comprovar renda individual igual ou inferior a dois salários mínimos. Eles têm o direito ao acesso ao transporte em todo território nacional, o que exige das empresas disponibilizarem dois assentos nos ônibus interestaduais. Quando não houver mais vagas disponíveis, o idoso pode adquirir a passagem com 50% de desconto (BRASIL, 2003; NERI, 2005; JUSTO, 2010; GONTIJO, 2011).

Já no capítulo II, artigo 44º do Estatuto do Idoso são apresentadas medidas específicas de proteção ao idoso, entre as quais se destacam: a) encaminhamento do idoso à família ou curador, mediante termo de responsabilidade; b) orientação, apoio e acompanhamento temporário; c) requisição para tratamento de sua saúde, em regime ambulatorial, hospitalar ou domiciliar; d) inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento á usuários dependentes de drogas lícitas ou ilícitas, ao próprio idoso ou à pessoa de sua convivência que lhe cause perturbação; e) abrigo em entidade, e f) abrigo temporário. Essas medidas podem ser exigidas pelo Ministério Público ou o Poder Judiciário, no sentido de garantir a proteção e qualidade de vida dessa idosos (BRASIL, 2003; NERI, 2005; JUSTO, 2010; GONTIJO, 2011).

Diante dos processos na Justiça, o Estatuto do Idoso ainda garante atendimento preferencial na tramitação dos processos judiciais. São considerados crimes previstos contra os idosos: I) abandoná-lo; II) expô-lo ao perigo; comprometendo a integridade e a saúde, física ou psíquica dele; III) deixar de cumprir, retardar ou frustrar, sem justo motivo, a execução de ordem judicial expedida nas ações em que for parte ou interveniente a ele; IV) apropriar-se de ou desviar bens; V) negar o acolhimento ou a permanência do idoso, como abrigado, por recusa deste em outorgar procuração à entidade de atendimento (BRASIL, 2003).

Na sequência do marco regulatório tem-se a PNAS de 2004, que considera três vertentes de proteção social: a) as pessoas; b) as circunstâncias; c) o núcleo de apoio, isto é, a família (BRASIL, 2004).

A PNAS (2004) prevê o processo de implantação e implementação de um Sistema Único de Assistência Social (SUAS) provém desempenhar os princípios, diretrizes e objetivos da Constituição Federal de 1988, ou seja, o Estado deve assumir a responsabilidade pela construção e implantação das ações da Política de Assistência Social, com caráter de Política Pública, direito do cidadão; descentralização político-administrativa; participação popular; centralidade na família, além de definir as funções da Política, níveis de proteção social e os serviços. É reafirmada a primazia do Estado (BRASIL, 2004; COUTO, 2010).

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) prediz sobre o sistema de proteção social ao idoso, estando articulada tanto com as determinações da LOAS e do Estatuto do Idoso quanto com a intersetorialidade das políticas públicas sociais do SUS, do Sistema Único de Assistência Social/SUAS e das demais políticas sociais (BRASIL, 2004).

A PNAS destina-se a população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outros). Além disso, ela reforça a garantia do item Benefício de Prestação Continuada/BPC (destinado aos idosos) já destacada na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica de Assistência Social de 1993 e no Estatuto dos Idosos de 2003 (BRASIL, 2004).

A PNAS classifica seu atendimento como proteção social básica e especial, a qual tem uma subclassificação como serviços de proteção social especial de média e alta complexidade (BRASIL, 2004; JACCOUD, 2011)

Segundo Gomes (2009) e Jaccoud (2011), a proteção social básica para os idosos configura-se como um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social elaborado para atender pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social decorrente de pobreza, apartação da sociedade, ausência de renda, fragilidade dos vínculos familiares e/ou comunitários, discriminação, entre outros. A proteção social básica tem como foco principal a prevenção ao isolamento e ao abrigo dos idosos em situação de

vulnerabilidade, que acordo com a Pesquisa Nacional por Amostragem no Domicílio - PNAD de 2005 a Elaboração: Disoc/lpea, o número de idosos em situação de pobreza chegava a 11%, sendo que dois em cada 100 idosos podem ser considerados indigentes e 11 em cada 100, encontram-se abaixo da linha de pobreza (BATISTA, 2008).

De acordo com Brasil (2004); Gomes (2009) e Jaccoud (2011), os serviços de proteção social especial de média complexidade atendem as famílias, seus membros e indivíduos com direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Abordam também aqueles que necessitam de estrutura que permita atenção especializada e/ou acompanhamento sistemático e monitorado. Já os de alta complexidade garantem a proteção integral (moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido) e estão direcionados às famílias, seus membros e indivíduos que se encontram sem referência e/ou ameaçados e necessitam ser retirados de seu núcleo familiar e comunitário.

Os serviços da proteção social básica aos idosos tem como enfoque o desenvolvimento de atividades que contribuam no processo de envelhecimento saudável, com o desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, fortalecimento dos vínculos familiares e do convívio comunitário e na prevenção de situações de risco social dos idosos. A intervenção social deve estar pautada nas características, interesses e demandas dessa faixa etária e deve-se considerar que a vivência em grupo, as experimentações artísticas, culturais, esportivas e de lazer e a valorização das experiências vividas constituem formas privilegiadas de expressão, interação e proteção social (BRASIL, 2009)

Esse é definido como um conjunto de ações e reformas institucionais pactuadas nas três esferas governamentais do SUS, tendo como meta prioritária a saúde da população idosa. Assim, esse pacto está comprometido com proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) na busca de qualificar a atenção à saúde dessa categoria, contribuindo para que apresentem maior expectativa de vida e melhor qualidade de vida (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010).

O Pacto pela Saúde coloca a atenção integral como item da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, mediante as seguintes diretrizes: a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; c) incentivos às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) implantação de serviços de atenção domiciliar; e) acolhimento preferencial em

unidades de saúde, respeitado o critério de risco; f) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; g) fortalecimento da participação social; h) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; i) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; j) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa, e k) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010).

O Pacto em Defesa do SUS manifesta os compromissos entre os gestores com a operacionalização da Reforma Sanitária Brasileira, bem como a articulação com as demais políticas sociais e a qualificação das ações que assegure o SUS como política pública. Para a operacionalização do Pacto pela Saúde em suas três dimensões é imprescindível e fundamental a articulação para obter financiamento necessário para o enfrentamento das situações e dificuldades vivenciadas ao longo de mais de duas décadas, após a constituição federal, por meio da implantação e implementação das propostas pactuadas entre a União, os Estados e Municípios.

O Ministério da Saúde, em 19 de outubro de 2006, por meio da Portaria nº 2.528, aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) com propósito de definir ações de saúde ao idoso com consonância aos princípios e diretrizes do SUS. Portanto, ela busca recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim (BRASIL, 2006).

Essa política tem como fundamento o Plano de Madri que coloca os seguintes pontos relevantes no que se refere aos idosos: participação ativa desses idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; fomento à saúde e bem-estar na velhice; promoção do envelhecimento saudável; criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento; escassez de recursos socioeducativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso (BRASIL, 2006). Destaca-se que as diretrizes da PNPI são as mesmas do Pacto da Saúde.

Com relação à Previdência social, a PNSPI tem como finalidade a realização de estudos e pesquisas de cunho epidemiológico junto aos segurados, relativos às doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária, sobretudo quanto aos seus impactos no indivíduo, na família, na sociedade, na previdência social e no setor

saúde; e a elaboração de programa de trabalho conjunto direcionado aos indivíduos idosos segurados, consoante às diretrizes fixadas nesta política (BRASIL, 2006).

Os principais desafios da PNSPI são os seguintes: a) escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS; b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso, (isso gera uma demanda junto à família - executora do cuidado ao idoso, tendo a atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família, um papel fundamental); c) escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e d) implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006).

Desse modo, a PNSPI apresenta como ações estratégicas relacionadas à área técnica de saúde do idoso, as seguintes propostas (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010): a) Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, cujo propósito é ser utilizada como ferramenta para os profissionais da saúde na identificação de situações de riscos. Com isso é possível direcionar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde do idoso; b) Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, o qual busca direcionar os técnicos da saúde, facilitando o atendimento à pessoa idosa; c) Curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, em que o objetivo é a capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais pelo Ministério da Saúde, mediante convênio com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Busca assim divulgar as especificidades da saúde do idoso e sobre a questão do envelhecimento; d) Curso de Gestão em Envelhecimento, Oficinas Estaduais de Prevenção da Osteoporose; Quedas e Fraturas em Pessoas Idosas, Ações desenvolvidas ou em desenvolvimento em parceria com outras áreas: tem com finalidade trabalhar com oficinas de treinamento tendo como meta a redução do número de internações por fratura de fêmur em pessoas idosas, proposta no Pacto pela Saúde, considerando que a questão das quedas nessa população é um problema de saúde pública; e e) o Programa de Estratégia Saúde da Família (ESF): tem como estratégia direcionar ações desenvolvidas por uma equipe multiprofissional com o propósito de acompanhar as famílias mediante ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doentes, com enfoque na família e na pessoa idosa.

O Pacto pela vida foi definido a partir da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, apresentando as seguintes prioridades: saúde do idoso; controle

de câncer de colo uterino e de mama; redução da mortalidade infantil e materna respostas as doenças emergentes e endemias, em especial a dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; saúde do trabalhador; saúde mental; atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; saúde do homem e promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica.

Em 2007, ocorreu a XIII CNS cujo enfoque central foi a “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”. Apresentou os seguintes eixos temáticos: a) desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; b) políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde e c) a participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde (BRASIL, 2007).

A Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, refere-se a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, que tem como meta a denominação e padronização dos serviços de assistência social e estabelecendo a responsabilidade do Estado na implantação dos equipamentos físicos do Sistema Único da Assistência –SUAS (BRASIL, 2009).

A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais expressa a organização dos serviços da política de assistência após um longo processo de discussão entre os trabalhadores desta política. Foi deliberada na VI Conferência Nacional de Assistência Social de 2007, onde constatou-se a necessidade de padronizar as terminologias dos serviços executados nos diversos municípios do país (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais apresenta os seguintes objetivos para atendimento ao idoso: a) contribuir para um processo de envelhecimento ativo, saudável e autônomo; b) assegurar espaço de encontro para os idosos e encontros intergeracionais de modo a promover a sua convivência familiar e comunitária; b) detectar necessidades e motivações e desenvolver potencialidades e capacidades para novos projetos de vida; e c) propiciar vivências que valorizam as experiências e que estimulem e potencializem a condição de escolher e decidir, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia e protagonismo social dos usuários. Com essas medidas, espera-se obter melhoria da condição de socialização dos idosos, a redução e prevenção de situação de isolamento e de institucionalização (BRASIL, 2009).

A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, no Art. 1º, define a organização dos serviços socioassistenciais em três classificações: I) Proteção Social Básica; II) Proteção Social Especial de Média complexidade III) Proteção Social Especial de Alta Complexidade (BRASIL,2009).

Nos serviços de Proteção Social Básica são apresentados serviços específicos aos idosos com enfoque em atividades que contribuam no processo de envelhecimento saudável, com autonomia e de sociabilidades, e mediante o fortalecimento dos vínculos familiares e do convívio comunitário com prevenção de situações de risco social (BRASIL, 2009). Dessa forma, esse programa refere-se a um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social estruturados para atender pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social (GOMES, 2009).

Nos serviços de proteção social especial de média complexidade é estabelecido um conjunto de serviços, programas e projetos com o propósito de prestar atendimento especializado a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, tais como abandono, violência física ou psicológica, abuso sexual ou negligencia, bem como a violação de direitos, visando ao fortalecimento de suas potencialidades e a sua proteção (BRASIL, 2009; GOMES, 2009).

Os serviços de proteção social especial de média complexidade para atendimentos aos idosos atendem as famílias, seus membros e indivíduos com direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Necessitam assim de estrutura que permita atenção especializada e/ou acompanhamento sistemático e monitorado (BRASIL, 2009; GOMES, 2009).

Por sua vez, os serviços de proteção social especial de alta complexidade para atendimentos aos idosos visa garantir a proteção integral: moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido. Estão focados nas famílias, seus membros e indivíduos que se encontram sem referência e/ou ameaçados, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e comunitário. Estes casos específicos condizem aos idosos em necessidade de proteção social especial de alta complexidade, abrigados nas Instituições de Longa Permanência (ILP), tais como casa lar, república, casa de passagem, albergue, família substituta e família acolhedora (BRASIL, 2009; GOMES, 2009).

Em 2011, foi realizada a XIV CNS, com o tema central “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro” (BRASIL,

2011). A questão central foi a questão do SUS ser um sistema para atender toda a população brasileira e todos tem direitos aos seus serviços ofertados.

Portanto, o desafio atual está na implantação de uma política de saúde que reconheça esse setor como parte integrante da questão social, como também a compreensão das dimensões sociais, políticas e econômicas da prática médica, abordando os aspectos legais apresentados pelo SUS.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que as políticas públicas de saúde acompanham a trajetória econômica vigente do país. Em muitos períodos, a assistência hospitalar pública tinha caráter de benevolência, sendo a população brasileira atendida pelas entidades beneficentes e filantrópicas, ou por quem apresentasse condições de custear os tratamentos.

Embora o percurso dos direitos alcançados tenham resultado de debates e conquistas consolidadas ao longo da história, somente na VIII CNS em 1986, fundamenta-se e amplia-se o debate acerca da saúde como direito universal. A proposta da VIII CNS está apresentada no texto da Constituição Federal do Brasil de 1988, bem como nas LOS – nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

A Constituição Federal brasileira de 1988 incorporou mudanças no papel do estado e alterou de forma significativa o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo. Instalou-se a discussão em torno de uma nova constituição com um conjunto de direitos sociais básicos, como a saúde, educação, assistência social, habitação, entre outros. É reconhecido os avanços nas políticas sociais quando se compara as estruturas do século passado, momento do seu surgimento.

No que tange a preocupação com a política de saúde antes de 1988 não se evidenciavam políticas públicas legais de proteção aos idosos. Os atendimentos que estavam direcionados a essa categoria ocorriam em hospitais que se assemelham aos de asilos de velhos.

No Brasil, o marco legal dos direitos dos idosos surgiu a partir da Constituição Federal de 1988, quando se verificou o envelhecimento da população no país, a

exemplo do que ocorre no mundo. A década de 90 e anos 2000 destacam-se pelas leis que amparam a pessoa idosa, tais como: a LOS – nº 8.080/1990, a LOAS / 1993; a Política Nacional da Assistência Social /2004; a Política Nacional do Idoso / 1994; o Estatuto do Idoso/2003; Pacto pela Vida / 2006; a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa/ 2006 e a resolução nomeada com Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais /2009.

Nesse contexto, os idosos necessitam de maior atenção às suas peculiaridades por parte do poder público, família e da sociedade. O processo de envelhecimento demanda a proposição de diversas estratégias, ações e serviços que respondam às necessidades de atenção, proteção e defesa dos seus direitos. Existe também a necessidade do desenvolvimento de técnicas e de metodologias de atendimento diferenciado para a população idosa; além disso, de políticas públicas mais adequadas e eficientes, principalmente no que se refere aos investimentos em ações de prevenção e/ou controle de doenças que podem ser prevenidas diante de suas complicações, causando limitações e dependência funcional.

4 REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. M. et al. **Base da Saúde Coletiva**. 9. ed. Londrina: Editora UEL, 2001.

ARAUJO, J. S. P. SILVA, A. M. S. A Palmeira Imperial: da introdução no Brasil – colônia às doenças e pragas no século XXI. **Ciência e Cultura**, v. 62, n.1, p. 26-28, jan. 2010.

BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **Perspec.**, v.18, n.3, p.33-40, jul./set. 2004.

BATISTA, A. S.; BARROS, L.; AQUINO, J. L. Envelhecimento e Dependência: Desafios para a Organização da proteção Social. **Coleção Previdência Social**. v. 28. Brasília : MPS, SPPS, 2008.

BARROCO, M. L. **Ética**: fundamentos sócio-históricos. v.4. São Paulo: Cortez, 2008.

BARROS, M. E.; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. **Texto para Discussão nº 401** - Política de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas. Brasília: Instituto de Pesquisa econômica Aplicada, 1996. 141p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde**: Evolução e perspectivas. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. **Lei n. 1261 – de 31 de outubro de 1904**. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=61058> >. Acesso em: 25 de jun. de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000**: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde**. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm >. Acesso em: 15 mai. 2013.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/L8662.pdf> >. Acesso em: 15 mai 2013.

BRASIL. **Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm >. Acesso em: 15 mai. 2013.

BRASIL. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/L8662.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS .** Brasília : CONASS, 2003.

BRASIL. **Portaria nº. 2.528 de 19 de outubro de 2006.** 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. > Acesso em: 15 mai. 2013.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004).** Brasília: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção a Saúde da Pessoa Idosa e o envelhecimento.** v.16. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico:** estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 325, de 22 de fevereiro de 2008.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-325.htm>>. Acesso em: 25 jun. 2013.

BRASIL. Tipificação nacional de serviços socioassistenciais. **Texto de resolução n.19,** de 11 de novembro de 2009. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaobasica/cras/documentos/Tipificacao>

%20Nacional%20de%20Servicos%20Socioassistenciais.pdf. > Acesso em: 06 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS** . Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **XIV Conferência Nacional de Saúde**. 2011. Disponível: <<http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/>>. Acesso em: 05 de jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferências da Saúde**. 2012 Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124 >. Acesso em: 10 de nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde**: Evolução e perspectivas. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS; 2009.

BRAVO, M. I. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, E. A.; BRAVO, M. I.; UCHOA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS; 2008.

BRAVO, M. I.; MENEZES, J. S. B. **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius; 2011. 76 p.

BUSS, P. M.; LABRA, M. E. **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995.

CAMARO, A. A. **Mulher idosa**: suporte familiar ou agente de mudança? Estudos Avançados, v.17, n.49, p.35-63, 2003.

CAPUTO, A. C. et al. A Industrialização Brasileira nos Anos de 1950: Uma Análise da Instrução 113 da SUMOC. **Est. Econ.**, v.39, n.3, p. 513-538, 2009.

CODATO, A. N. Uma história política da transição brasileira: da ditadura militar à democracia. **Rev. Sociol. Polít.**, v.25, n.3, p. 83-106, 2005.

COUTO, B. R.; YAZBEK, M. C.; RAICHELIS, R. A política nacional de assistência social e o SUAS: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: COUTO, B. R. et al. (Org.). **O sistema único de assistência social no Brasil**: uma realidade em movimento. São Paulo: Cortez, 2010. p. 32-65.

CRUZ, A. L. G.; AMBROZIO, A. M. H.; PUGA, F. P.; SOUSA, F. L.; NASCIMENTO, M. M. **Economia Brasileira**. Conquista dos últimos dez anos e perspectivas para o futuro. Rio de Janeiro: BNDES. 2013. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/livro60anos_perspectivas_setoriais/Setorial60anos_VOL1Economia Brasileira.pdf. > Acesso em: 12 dez. 2013.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revista e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.21, n.4, p.529-532, 2012.

FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Evolução da Mortalidade - 2000 – Brasil. Tábua de Vida. 2000.** Disponível em < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/evolucao_da_mortalidade.shtm >. Acesso em: 15 nov. 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados preliminares do Censo 2010-1, já revelam mudanças na pirâmide etária brasileira.** 2011. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/censo2010/index.html>. > Acesso em: 25 de mar. de 2013.

JACCOUD, L. B. Envelhecimento e políticas de Estado: pactuando caminhos intersetoriais. **Revista dos Direitos da Pessoa Idosa:** o compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos; 2011.

JUSTO, J. S.; ROZENDO, A. S. A velhice no Estatuto do Idoso. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.10, n.2, p.471-489, 2010.

GOMES, A. L. O Benefício da prestação continuada: uma trajetória de retrocessos e limites – construindo possibilidades de avanços? In: **Anais do Seminário Internacional:** mínimos de cidadania e benefícios a idosos e pessoas deficientes – Brasil, França e Portugal. São Paulo, v.1, p.60-79, 2002.

GOMES, S. et al. **Políticas públicas para a pessoa idosa:** marcos legais E REGULATORIO . São Paulo : Secretaria estadual de assistência e Desenvolvimento Social : Fundação Padre Anchieta, 2009.

GONÇALVES, H. T. A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem gerontogeriatrica. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.13, n.3, p. 507-518. out. 2010.

GIACOMIN, K. C. O papel do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso na elaboração e implementação de políticas públicas no Brasil. **Rev. Direitos da**

Pessoa Idosa: o compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil. Presidência da República; Secretaria de Direitos Humanos. Brasília/DF, 2011.

GONTIJO, E. E. L. et al. Políticas públicas voltadas ao idoso no Brasil. In: **Anais do XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação**. Vale do Paraíba, v.1, 1-5. 2011.

KARSCH, U. M. **Envelhecimento com dependência:** revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, 1998.

LACERDA, A. C.; BOCHI, J. H.; REGO, J. M.; BORGES, M. A.; MARQUES, R. M. A **Economia brasileira**. São Paulo: Saraiva, 2003.

LUZ, M. T. Nota sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **PHYSIS** – Rev. Saúde Coletiva, v.1, n.1, p.77-96, 1991.

LLIBRE, J.; Valhuerdi A.; Calvo, M.; García, R. M.; Guerra, M.; Laucerique, T. Dementia and Other Chronic Diseases in Older Adults in Havana and Matanzas: The 10/66 Study in Cuba. **MEDICC Review**, v. 13, n. 4, p.30-37, 2011.

MALTA, D.C.; CASTRO, A.M.; GOSCH, C.S.; CRUZ, D.K.A.; BRESSAN, A.; NOGUEIRA, J.D. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, v.18, p.65-78, 2009.

MEDINA, M. C. G.; SHIRASSU, M. M.; GOLDFEDER, M. C. Das incapacidades e do acidente cerebrovascular. In: KARSCH, U. M. (Org). **Envelhecimento com dependência:** revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1998. p.199-214.

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

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

MOTA, A. E. **Cultura da Crise e Seguridade Social**. São Paulo: Editora Cortez; 2011.

NERI, A. L. N. As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressas no estatuto do idoso. **A Terceira Idade (SESC)**, v. 16, n. 34, p.7-24, 2005.

NUNES, A. Os custos do tratamento da saúde dos idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA; 2000.

OLIVEIRA, C.; NERI, A. L.; D'ELBOUX, M. J. Variables related to the anticipated support for care in community- dwelling older adults. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.21, n.3, p.742-749; 2013.

PAULINO, L. F.; FERNANDES, W. R.; SIQUEIRA, V. G. Educação, saúde e velhice: articulações prevalentes em periódicos. **REMPEC - Ensino, Saúde e Ambiente**, v.3 n 2 p.87-97, 2010.

PIRES, M. C. O governo Figueiredo e a crise da dívida (1979-1985). In: **Economia Brasileira**. São Paulo: Saraiva. 2010. p. 219-239.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**. 2006. Disponível em: < www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226 >. Acesso em: 04 fev. 2013.

POLO, S. H. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.11, n.1, p.1-5, 2008.

SANTOS, L. A. C. As Origens da Reforma Sanitária e da Modernização Conservadora na Bahia durante a Primeira República. **Dados**, v. 41, n.3, p. 1-1, 2008.

GOMES, A. L. O Benefício da prestação continuada: uma trajetória de retrocessos e limites – construindo possibilidades de avanços? In: **Anais do Seminário Internacional: mínimos de cidadania e benefícios a idosos e pessoas deficientes – Brasil, França e Portugal**. São Paulo, v.1, p.60-79, 2002.

SILVA, A. X. A reforma sanitária brasileira em debate. In: **Anais da Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luis do Maranhão, v.1, p.1-11, 2011.

SILVESTRE, A. S.; COSTA-NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 839-847, 2003.

SIMÕES, C. **Curso de direito do serviço social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

TEIXEIRA, S. M. F. T. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). **Rev. Adm. Empresa.**, v.49, n.4, p. 472-480, 2009.

VERAS, R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p.2463-66, 2007.

WHO. World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. World Health Organization. Trad. Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

YAZBEK, M. C. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Rev. Serviço Social e Sociedade**, v. 1, n.110, p.288-322, 2012.

ARTIGO 2:

Título: Morbidade hospitalar em idosos no Paraná no período de 2008 a 2012

Revista: Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde

SITE: <http://scielo.iec.pa.gov.br/revistas/ess/pinstruc.htm>

MORBIDADE HOSPITALAR EM IDOSOS NO PARANÁ NO PERÍODO DE 2008 A 2012

HOSPITAL MORBIDITY AMONG THE ELDERLY IN PARANÁ DURING THE PERIOD 2008 - 2012

Clarice da Luz Kernkamp¹, Cássia Kely Favoretto Costa², Ely Mitie Massuda³

RESUMO

O objetivo deste artigo foi analisar o perfil dos principais casos de morbidades hospitalares das internações do SUS em idosos no Paraná, entre 2008 e 2012. Foram utilizados dados secundários coletados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) do DATASUS. Os métodos empíricos utilizados foram a análise fatorial e de cluster e a estatística descritiva (distribuição de frequência simples e relativa). De acordo com os resultados, as principais causas de morbidade hospitalar em idosos no Paraná foram, no grupo I, tanto os homens como as mulheres apresentam uma alta participação de doenças do aparelho circulatório como principal causa de internações, sendo de 36,38% e 35,99%, respectivamente; no grupo II, prevalecem as doenças circulatórias nos homens (35,75%) e nas mulheres (37,09%); no grupo III, a participação das doenças circulatórias no número total de homens internados foi de 31,81% e de mulheres, 33,32%, também as doenças do aparelho respiratório foram predominantes; o grupo IV, 27,56% das causas de internações dos homens referem-se as doenças do sistema nervoso, já as mulheres, 73,73% das internações foram causadas por doenças do aparelho circulatório; no grupo V, sendo a participação de 34,87% no gênero masculino e de 34,10%, no feminino, que representa com principal causa de internações as doenças do aparelho circulatório, o Grupo VI apresentou as maiores frequências percentuais no número de pacientes homens (45,22%) e mulheres (42,03%). As doenças do aparelho circulatório, respiratório e do coração foram as que apresentaram as maiores participações nos gastos com saúde do SUS, no período analisado, na maioria dos grupos. Um resultado interessante a destacar foi a frequência relativa das neoplasias em mulheres do Grupo III. No período recente, a preocupação está nas doenças chamadas crônica degenerativas, que acometem os idosos no país e são classificadas como as que causam maior impacto no custo de hospitalização, permanência em hospitais e frequência de internações. Conclui-se que os idosos consomem mais serviços de saúde, internações mais frequentes e maior tempo de ocupação dos leitos, o que proporcionam relativamente maiores gastos e de maneira mais intensiva do que outros grupos etários ocasionando, a composição desse perfil epidemiológico reforçam a necessidade de ações de prevenção e promoção de saúde direcionadas à população idosa do Brasil

Palavras-chave: Envelhecimento. Morbidade Hospitalar do SUS. Regionais de Saúde do Paraná. Produção ambulatorial. Métodos Estatísticos Multivariados.

ABSTRACT

The purpose of this article was to analyze the major cases of hospital morbidity from SUS admissions among the elderly in Paraná, between 2008 and 2012. We used secondary data collected from the Hospital Information SUS (SIH -SUS) from DATASUL. Empirical methods were used to factor and cluster analysis and descriptive statistics (distribution of simple and relative frequency). According to the results, the main causes of morbidity in the elderly in Paraná were in group I, both men and women have a high share of circulatory diseases as the main cause of hospitalization, being 36.38% and 35.99%, respectively, in group II, prevalent cardiovascular diseases in men (35.75%) and women (37.09%). In group III, the participation of circulatory diseases in the total number of hospitalized men was 31.81% and women 33.32%, also respiratory diseases were prevalent, group IV, 27.56% of the causes of admissions of men refer to diseases of the nervous system, as women, 73.73% of hospitalizations were caused by circulatory diseases, in group V, with the participation of 34.87% in males and 34.10% in females, which is the main cause of intentions with diseases of the circulatory system, the group VI showed the highest percentage frequency in the number of male patients (45.22%) and women (42.03%). Diseases of the circulatory, respiratory and heart were the ones that had the highest participation in health spending SUS, in the analyzed period, in most groups. An interesting result was to highlight the relative frequency of cancers in women in the group III. No recent period, the concern is the disease called chronic degenerative diseases that affect the elderly in the country and are classified as those that cause the greatest impact on cost of hospitalization, stay in hospitals and frequency of hospitalizations. It is concluded that the elderly consume more health care, more frequent hospitalizations and longer bed occupancy rates, which provide relatively higher spending and more intensively than other age groups causing the composition of the epidemiological profile reinforce the need for actions with activity prevention and health promotion directed at the elderly population in Brazil.

Keywords: Aging. Hospital Morbidity SUS. Regional Health of Paraná. Outpatient services. Multivariate Statistical Methods.

1 INTRODUÇÃO

No período recente, vem ocorrendo um crescimento do número de idosos em relação à população jovem e adulta. Este fenômeno era uma característica somente dos países desenvolvidos e, tornou-se, um fator marcante nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Vivencia-se uma transição no perfil demográfico da população com um aumento na expectativa de vida e redução das taxas de mortalidade e natalidade.¹

No Brasil, atualmente, os idosos somam aproximadamente 21,7 milhões, representando 11% da população total, e as projeções para 2050 é de 23,6% da população, colocando o país entre os cinco maiores em contingente de idosos no mundo²⁻³. Segundo Michael et al.,⁴ o número de pessoas com 65 anos ou mais, vai mais que duplicar no mundo até 2030, e o número com 85 anos ou mais vai acrescentar em número de cinco vezes mais para 2050.

Os padrões epidemiológicos demonstram modificações nas taxas de morbidade e mortalidade. Conforme Barreto e Carmo⁵ e Moraes¹, as doenças cardiovasculares, são as primeiras causas de mortalidade e representam a segunda causa de internações, com destaque para as doenças crônico-degenerativas. Os procedimentos de maior frequência são a insuficiência cardíaca e coronariana, as doenças pulmonares e a crise hipertensiva.

Loyola⁶, Camaro⁷⁻⁸; Nunes,⁹; Santos e Barros,¹⁰ Gois e Veras¹¹ afirmam que os grupos com maior frequência de morbidades e de mortalidades nos idosos são as seguintes: a) as doenças do aparelho respiratório; b) as doenças do sistema nervoso; c) as doenças do sistema vasculares d) as doenças da oncologia; e) as doenças cardiovasculares, como a insuficiência cardíaca e coronariana, e diversos fatores que levam ao mau funcionamento do sistema cardíaco, correlacionados com as outras patologias. Estas doenças geram uma maior demanda por atendimentos especializados e investimentos por parte do SUS.⁹

De acordo com Nunes,⁹ Saad,¹² e Veras¹³ os idosos consomem mais serviços de saúde, internações mais frequentes e maior tempo de ocupação dos leitos, o que proporcionam relativamente maiores gastos públicos e de maneira mais intensiva do que outros grupos etários.

No estado do Paraná, o número de idosos também está crescendo. Segundo o Censo 2010, 1.316.554 da população paranaense consistia de pessoas com idade acima de 60 anos, ou seja, 11,2% da população total, correspondente à 10.444.526.²

Na literatura, pesquisas têm analisado a morbidade hospitalar em idosos do SUS, dentre eles: Barreto⁷ Loyola,⁹ Costa,¹⁴ Carmo¹⁵ e Peixoto¹⁶ a maioria destes estudos destacam que as doenças cardiovasculares podem ser consideradas como uma das principais causas de internações hospitalares do SUS, seguida pelas doenças do aparelho respiratório, neoplasias e doenças do sistema nervoso. Além disso, a rápida transição demográfica e epidemiológica vem se tornando um desafio para os gestores públicos, pois as novas demandas de saúde geram expansão dos custos do Sistema Único de Saúde/ SUS.

Por sua vez, a análise fatorial e de clusters é uma abordagem empírica que vem sendo aplicada na área da saúde, conforme os seguintes estudos encontrados na literatura: Costa,¹⁴ Possoli,¹⁷ Monteiro e Silva,¹⁸ Campanário e Maia,¹⁹ Esquarcini e Marques,²⁰ Oliveira e Amaral,²¹ Peluso e Blay,²² Freitas,²³ Rosado, Rossato e Lima,²⁵ Simberg e Ferrereira²⁶ e Marcelino e Gonçalves.²⁷ A partir destes trabalhos foi possível observar que essa metodologia está sendo aplicada com eficiência em diversos temas da área de saúde. De forma geral, esse instrumento é robusto para identificar características homogêneas entre grupos a partir de diferentes variáveis sociais, econômicas e demográficas usadas nas pesquisas analisadas.

Assim, abordar este tema, demonstra a preocupação com o envelhecimento populacional e a morbidade hospitalar, bem como o impacto deste segmento na demanda e nas estratégias governamentais. Portanto, entende-se que esse estudo

pode fornecer subsídios aos gestores no planejamento e desenvolvimento de ações que busquem a melhoria do atendimento e da qualidade de vida dos idosos.

Diante disso, o objetivo desse ensaio foi analisar as morbidades hospitalares das internações do SUS dos idosos no Paraná entre 2008 e 2012.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O estudo desenvolvido refere-se à uma pesquisa quantitativa, descritiva, analítica, exploratória, comparativa e retrospectiva.

A base de dados anuais sobre morbidades hospitalares do SUS em idosos foi coletada no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) do DATASUS (www.datasus.gov.br), para o período de 2008 até 2012. A forma de coleta foi feita considerando as seguintes informações: 1) local de residência; 2) gênero (masculino e feminino); 3) faixa etária de 60 anos ou mais; 4) ano e 5) capítulos de I a XX da Classificação Internacional de Doenças em sua 10ª revisão – CID 10 (capítulos II. Neoplasias (tumores); IX. Doenças do aparelho circulatório; X. Doenças do aparelho respiratório; VI. Doenças do sistema nervoso, e as Doenças Cardíacas, tais como: reumática crônica do coração, hipertensão essencial (primária), outras doenças hipertensivas, Infarto agudo do miocárdio, outras doenças isquêmicas do coração). A coleta de dados ocorreu entre junho e setembro de 2013.

A área de abrangência dos dados correspondeu às regionais de saúde do Paraná, sendo elas: Paranaguá; Metropolitana; Ponta Grossa; Irati; Guarapuava; União da Vitória; Pato Branco; Francisco Beltrão; Foz do Iguaçu; Cascavel; Campo

Mourão; Umuarama; Cianorte; Paranavaí; Maringá; Apucarana; Londrina; Cornélio Procópio; Jacarezinho; Toledo; Telêmaco Borba e Ivaiporã.

Em termos de variáveis selecionadas, coletou-se as seguintes relacionadas à morbidade hospitalar: a) número de internações, b) número de AIH (Autorização de Internações Hospitalares) pagas; c) valor total; d) valor dos serviços hospitalares; e) valor dos serviços profissionais; f) dias de permanência; g) número de óbitos e h) taxa de mortalidade. Os dados socioeconômicos corresponderam ao Produto Interno Bruto (PIB); Produto Interno Bruto per capita (PIB per capita); a população de cada regional de saúde e do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Os dados foram analisados por meio do software SAS (*Statistical Analysis Software*), versão 9.3, a partir de bases de dados geradas no aplicativo *Excel*. Com objetivo de se estabelecer grupos homogêneos de regionais de saúde, em função do nível de desenvolvimento socioeconômico, procedeu-se uma Análise Fatorial, seguida de uma Análise de Agrupamentos.

A análise fatorial define-se como uma técnica estatística multivariada, onde são analisadas as relações internas de um conjunto de variáveis, determinando quais variáveis devem ficar juntas, associando certos fatores comuns e ocultando os que geram correlações.²⁷

Para se proceder a análise fatorial, considerou-se *input* uma matriz de variáveis socioeconômicas e demográficas. A análise de agrupamentos foi realizada a partir da matriz de *scores* gerados pela análise fatorial. Após a determinação das áreas homogêneas de comportamento, foi realizada a caracterização da morbidade, para os respectivos agrupamentos de regionais de saúde estabelecidos, por meio de tabelas de frequências. Assim, a análise fatorial foi realizada a partir de uma matriz

composta de 22 linhas (regionais de saúde) e 13 colunas (variáveis socioeconômicas) (Figura 1).

Regional	V1	V2	...	V3	V10	V11	V12	V13
Paranaguá	32183,92	25585,57	...	32209,74	267664	269858	0,65	0,75
Metropolitana	22907,21	24175,43	...	29466,32	3255366	3285851	0,75	0,82
Ponta Grossa	15807,97	16045,8	...	18268,55	579815	584017	0,62	0,76
Irati	10118,86	9673,35	...	10948,68	161900	162804	0,63	0,73
Guarapuava	10961,88	11376,43	...	12891,18	441700	442299	0,66	0,73
União da Vitória	10868,35	10581,46	...	13020,6	166057	166788	0,72	0,74
Pato Branco	15898,5	16656,72	...	18666,84	250898	251960	0,68	0,78
Francisco Beltrão	11646,52	12873,05	...	14200,99	338927	340093	0,66	0,78
Foz do Iguaçu	17759,65	18837,78	...	22850,52	389522	390220	0,66	0,75
Cascavel	15124,93	16184,17	...	17828,25	510281	513071	0,69	0,78
Campo Mourão	14217,01	14329,88	...	15430,14	333177	332246	0,68	0,76
Umuarama	10138,03	11380,16	...	13886,27	265648	266174	0,68	0,76
Cianorte	12461,51	14715,87	...	17021,35	143758	145037	0,64	0,76
Paranavaí	9747,43	10789,53	...	12468,91	261462	262333	0,69	0,76
Maringá	13964,7	15986,55	...	17840,56	741222	748686	0,74	0,81
Apucarana	12785,92	14088,88	...	15557,19	349598	352126	0,67	0,75
Londrina	15014,52	16473,76	...	18141,2	877720	884039	0,72	0,79
Cornélio Procopio	10763,31	10807,83	...	12623,81	225335	224721	0,69	0,76
Jacarezinho	9310,6	10101,8	...	11995,67	278615	279093	0,64	0,74
Toledo	17735,86	17938,66	...	19917,99	361473	364184	0,69	0,77
Telêmaco Borba	12767,05	12736,92	...	15701,93	173974	174986	0,64	0,73
Ivaiporã	8653,97	8980,44	...	10043,63	138237	137169	0,62	0,73

Figura 1. Esboço da matriz de dados socioeconômicos e demográficos utilizada para proceder à análise fatorial.

Foram consideradas as seguintes variáveis: PIB per capita - 2008 (V₁), PIB per capita - 2009 (V₂), PIB per capita - 2010 (V₃), PIB -2008 (V₄), PIB -2009 (V₅), PIB -2010 (V₆), População do ano 2008 (V₇), População do ano 2009 (V₈), População do ano 2010 (V₉), População do ano 2011 (V₁₀), População do ano 2012 (V₁₁), IDH - 2000 (V₁₂) e IDH -2012 (V₁₃).

Os grupos homogêneos de regionais de saúde, em função das características socioeconômicas e demográficas, de suas respectivas áreas de abrangência, foram definidos a partir da Análise de Agrupamentos (*Cluster Analysis*). Neste passo consideraram-se como matriz de input os scores gerados pela análise fatorial.

A análise de agrupamentos detecta o comportamento das variáveis, por meio das semelhanças ou dissimilaridades entre elas.²⁸ Na formação dos agrupamentos foi utilizado o método de aglomeração de Ward com distância Euclidiana.

3 RESULTADOS

3.1 Análise Fatorial

Por meio da análise fatorial foram retidos apenas os fatores que apresentaram autovalores maiores que uma unidade. Adotando-se esse critério retiveram-se dois fatores, onde o primeiro autovalor ($\lambda_1 = 9,89$) explica 76,08% da variabilidade dos dados. O segundo autovalor ($\lambda_2 = 1,92$) explica 14,80%, totalizando 90,88% de variabilidade explicada para os dados (Tabela 1).

Tabela 1. Autovalores e variância explicada para os três primeiros fatores retidos.

Fatores retidos	Autovalores	Variância explicada (%)	Variância explicada acumulada (%)
1	9,890316	76,08	76,08
2	1,923973	14,80	90,88

Na Tabela 2, estão apresentados os valores das cargas fatoriais (*loadings*) e na Tabela 3, a parcela da variância explicada pelos fatores comuns (comunalidades). As communalidades podem variar de 0 a 1, sendo que valores próximos de 0 indicam que os fatores não explicam a variância e valores próximos a 1, indicam que todas as variâncias são explicadas pelos fatores comuns. Todas as communalidades (R^2 múltiplo) observadas estão acima de 0,8. Um bom ajuste para um modelo de análise deve apresentar valores altos para as communalidades, quanto mais próximos a 1 (ou 100%), melhor é o ajuste do modelo.²⁹

Tabela 2. Cargas fatoriais (*loadings*) geradas para as 13 variáveis socioeconômicas e demográficas consideradas no estudo

Variáveis	Fator 1	Fator 2
PIB per capita 2008	-0,566087	0,811840
PIB per capita 2009	-0,707818	0,694653
PIB per capita 2010	-0,699642	0,708190
PIB 2008	-0,980406	-0,109531
PIB 2009	-0,979521	-0,134309
PIB 2010	-0,978723	-0,129927
População 2008	-0,977222	-0,182357
População 2009	-0,977298	-0,181726
População 2010	-0,978144	-0,182769
População 2011	-0,978263	-0,182311
População 2012	-0,978373	-0,181874
IDH 2000	-0,605056	-0,256377
IDH 2012	-0,744078	-0,046559
Variância explicada	9,890316	1,923973
Proporção total	0,760794	0,147998

Tabela 3. Comunalidades (*Communalities*) para as 13 variáveis consideradas no estudo.

Variáveis	Fator 1	Fator 2	R² múltiplo
PIB per capita 2008	0,320454	0,979539	0,997268
PIB per capita 2009	0,501007	0,983549	0,998179
PIB per capita 2010	0,489499	0,991033	0,998876
PIB 2008	0,961196	0,973193	0,999979
PIB 2009	0,959462	0,977501	0,999986
PIB 2010	0,957898	0,974779	0,999999
População 2008	0,954963	0,988217	1,000000
População 2009	0,955111	0,988136	1,000000
População 2010	0,956765	0,99017	1,000000
População 2011	0,956999	0,990237	1,000000
População 2012	0,957214	0,990292	1,000000
IDH 2000	0,366093	0,431822	0,679923
IDH 2012	0,553653	0,55582	0,896488

O foco aqui, não é fazer a interpretação dos fatores retidos e sim utilizar a análise fatorial para obter os scores fatoriais a serem utilizados na análise de agrupamentos (Tabela 4). A vantagem de conjugar estas duas técnicas é que se obtêm ao final a variabilidade dos dados explicadas em termos de fatores ortogonais (não correlacionados). Caso a análise de agrupamento tivesse sido aplicada nos dados originais seria preciso contornar o problema da colinearidade entre as variáveis.

Tabela 4. Scores fatoriais para as 22 regionais de saúde gerados a partir das 13 variáveis socioeconômicas e demográficas consideradas no estudo

Regional de saúde	Código	Fator 1	Fator 2
Paranaguá	pn	-0,30592	3,660010
Metropolitana	mt	-4,14906	-0,891887
Ponta Grossa	pg	-0,05828	0,479051
Irati	ir	0,74031	-0,616632
Guarapuava	gu	0,33258	-0,644967
União da Vitória	uv	0,49622	-0,677677
Pato Branco	pb	0,09935	0,599112
Francisco Beltrão	fb	0,22594	-0,340034
Foz do Iguaçu	fi	-0,08069	1,143088
Cascavel	ca	-0,15901	0,172606
Campo Mourão	cm	0,20949	0,042862
Umuarama	um	0,38605	-0,579522
Cianorte	ci	0,46479	0,347847
Paranavaí	pa	0,39954	-0,793902
Maringá	ma	-0,51804	-0,329655
Apucarana	ap	0,25651	-0,060140
Londrina	lo	-0,60285	-0,216641
Cornélio Procopio	cp	0,43177	-0,659744
Jacarezinho	ja	0,54821	-0,733169
Toledo	to	-0,05698	0,802243
Telêmaco Borba	tb	0,53512	0,096536
Ivaiporã	iv	0,80496	-0,799385

As regionais de saúde são unidades de administração de serviços de saúde, que estão localizadas com as proximidades regionais, ou metropolitanas, são instituídas com o propósito de facilitar acesso a rede de saúde estadual. No Paraná, atualmente, são classificadas com 22 (vinte e duas) regionais de saúde, conforme Tabela 4.

Além disso, apresenta-se os resultados dos fatores 1 e 2, ao relacionar as 22 regionais de saúde e as variáveis socioeconômicas e demográficas abordadas nesse estudo.

3.2 Análise de Agrupamento

Retidos os *scores* fatoriais para as 22 regionais de saúde procederam-se a Análise de Agrupamentos considerando os *scores* da Tabela 4 como “variáveis inputs”. Ao conjugar os resultados da Análise fatorial com a de Agrupamentos foram obtidos seis grupos homogêneos de regionais de saúde que apresentam níveis semelhantes de comportamento, em relação às variáveis socioeconômicas e demográficas.

O Dendrograma obtido a partir da matriz de dados tendo como variáveis-inputs os *escores* dos dois primeiros fatores retidos, sugere-se a formação de seis grupos homogêneos, cada um refletindo um tipo de estrutura demográfica e nível de desenvolvimento socioeconômico (Figura 2). Estes grupos foram obtidos utilizando-se como medida de dissimilaridade a Distancia Euclidiana Simples e como algoritmo de aglomeração o método de Ward.

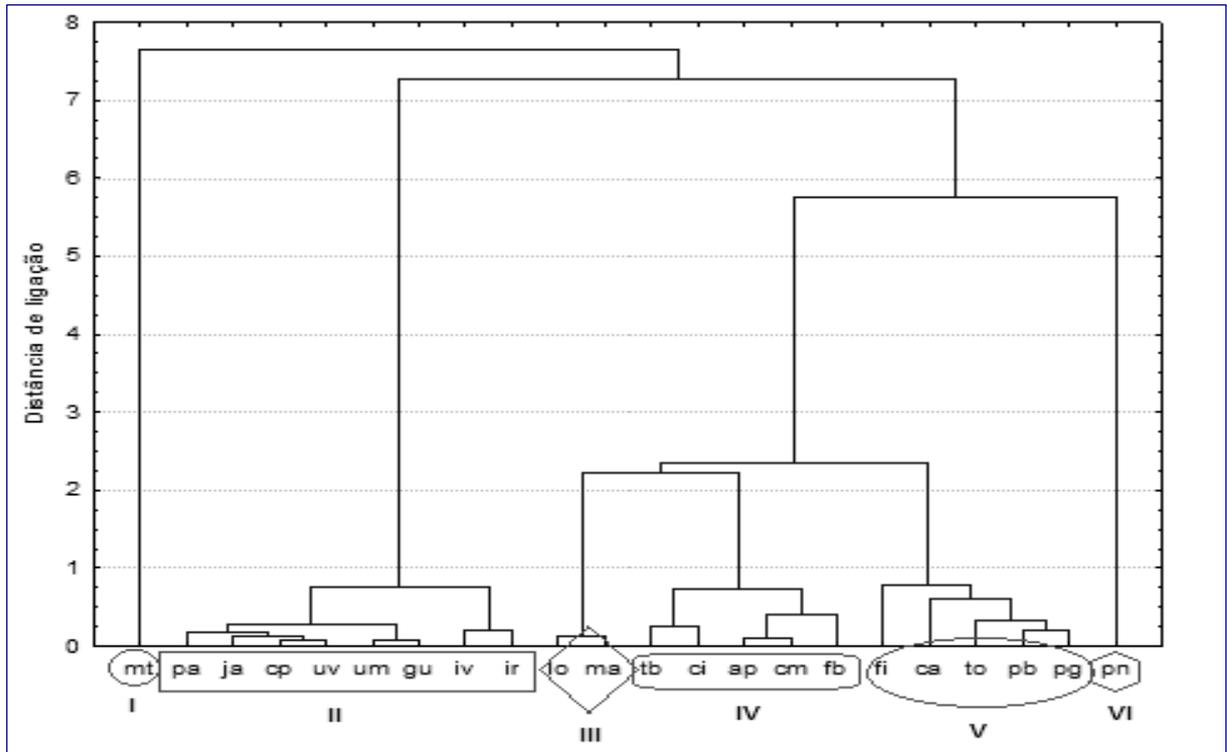


Figura 2. Agrupamento de 22 regionais de saúde – Método de *Ward* – Distância Euclidiana Simples.

O Grupo I (Região Metropolitana) apresenta o 2º maior PIB per capita do estado para o ano de 2010 e o maior IDH (0,82) para 2012 (Quadro 1). Já o Grupo II, (centro/norte/noroeste/sudeste) apresenta o menor PIB per capita para ano de 2010, entre R\$ 9.000,00 e R\$11.000,00. O agrupamento III (Norte Pioneiro) tem um PIB per capita na ordem de R\$ 18.000,00 e o 2º maior IDH do estado. O grupo IV (Região Central) demonstra níveis intermediários de PIB per capita, entre R\$ 14.000,00 e R\$ 17.000,00, porém índices de desenvolvimento humano satisfatórios (IDH =0,76 a 0,78), uma vez que valores de IDH próximo a 1 são os melhores em termos de classificação.

O Grupo V apresenta IDH's entre 0,75 e 0,78, todavia com bom nível de PIB per capita, entre R\$ 17.000,00 e R\$ 23.000,00. O último Grupo é formado apenas pela regional de saúde Paranaguá. Embora apresente o maior PIB per capita para o

estado no de 2010, poderia se afirmar que seu IDH (0,75), com base nos dados da pesquisa o Paraná deixa a desejar no que tange às políticas de saúde, principalmente aquelas com foco ao atendimento à pessoa idosa, sobretudo em indicadores de promoção e prevenção de saúde.

Desse modo, o Paraná foi subdividido em seis regiões, sendo a Região I – Região Metropolitana com a região de Curitiba; Região II – (centro/norte/noroeste/sudeste) com a Paranavaí, Jacarezinho, Cornélio Procópio, União Vitória, Umuarama, Guarapuava, Ivaiporã e Irati; Região III – (Norte Pioneiro) de Londrina e Maringá; Região IV (Região Central) com a região de Telêmaco Borba, Cianorte, Apucarana, Campo Mourão e Francisco Beltrão; região V (oeste/sudoeste) Foz do Iguaçu, Cascavel, Toledo, Pato Branco e Ponta Grossa e a Região VI – leste com Paranaguá, classificados de acordo com as regionais de saúde conforme legenda (Quadro1).

Quadro 1. Agrupamentos de regionais de saúde do Paraná

Grupos	Regionais de Saúde	IDH (2012)	PIB per capita 2010 (em reais)
Grupo I	Região Metropolitana	0,82	29.466,32
Grupo II	Paranavaí - Jacarezinho - Cornélio Procópio - União Vitória - Umuarama - Guarapuava - Ivaiporã - Irati	0,74 0,76	Mínimo: 8.980,44 - Jacarezinho Máximo: 11.380,16 - Umuarama
Grupo III	Londrina - Maringá	0,81 0,79	Mínimo: 17.840,56 - Maringá Máximo: 18.141,20 - Londrina
Grupo IV	Telêmaco Borba - Cianorte - Apucarana - Campo Mourão - Francisco Beltrão	0,78 0,76	Mínimo: 14.200,99 - Francisco Beltrão Máximo: 17.021,35 - Cianorte
Grupo V	Foz do Iguaçu - Cascavel - Toledo - Pato Branco - Ponta Grossa	0,78 0,75	Mínimo: 17.828,25 - Cascavel Máximo: 22.850,22 - Foz do Iguaçu
Grupo VI	Paranaguá	0,75	32.209,74

Na Figura 3, podem-se observar espacialmente os limites geográficos dos agrupamentos obtidos.

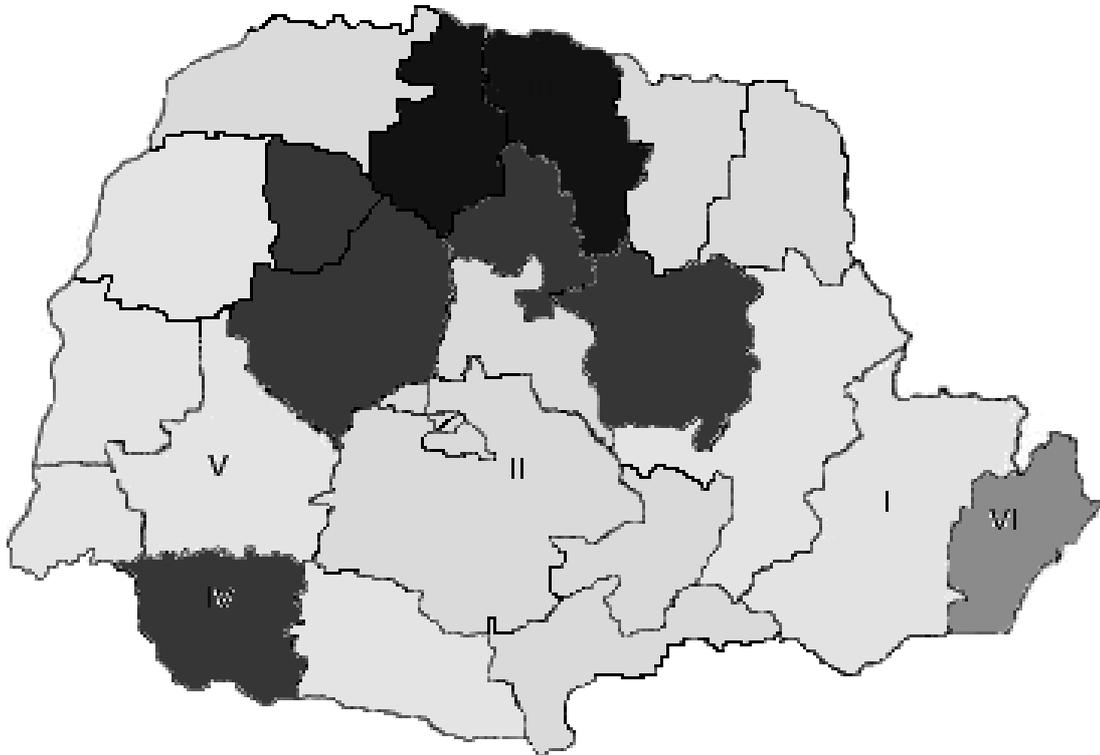


Figura 3. Limites geográficos dos agrupamentos propostos para as de 22 regionais de saúde

3.3 Perfil de Morbidade Hospitalar em Idosos

Na Tabela 5, está apresentada a distribuição do número de internações por grupos regionais do Paraná. No grupo I, tanto os homens como as mulheres apresentam uma alta participação de doenças do aparelho circulatório como principal causa de internações, sendo de 36,38% e 35,99%, respectivamente. Na sequência, vêm as doenças cardíacas, sendo o sexo masculino com 30,16 % e o sexo feminino com 29,10 %.

No grupo II, prevalecem as doenças circulatórias nos homens (35,75%) e nas mulheres (37,09%). As doenças do aparelho respiratório estão em segundo lugar

nos casos de morbidade hospitalares em homens (27,71%). No caso de mulheres idosas, destacam-se as doenças do coração, com 27,36%.

No grupo III, a participação das doenças circulatórias no número total de homens internados foi de 31,81% e de mulheres, 33,32%. Por sua vez, as doenças do aparelho respiratório estão em segundo lugar nesse grupo, com uma frequência relativa de 25,18% e 25,83%, respectivamente, para o sexo masculino e feminino.

No grupo IV, 27,56% das causas de internações dos homens referem-se as doenças do sistema nervoso. Em mulheres, 73,73% das internações foram causadas por doenças do aparelho circulatório.

As doenças do aparelho respiratório foram predominantes no grupo V, sendo a participação de 34,87% no sexo masculino e de 34,10%, no feminino. Na sequência estão as doenças do aparelho circulatório, com 28,13% e 25,68%, respectivamente.

No quesito doenças do aparelho circulatório, o Grupo VI apresentou as maiores frequências percentuais no número de pacientes do sexo masculino (45,22%) e feminino (42,03%) internados por este tipo de doença. A segunda causa neste grupo correspondeu às doenças do coração, com participação relativa de 25,47% e de 25,18% nos pacientes do sexo masculino e feminino, nesta ordem.

Na Tabela 6, observa-se que em todas as regiões (com exceção do grupo IV e V) os pacientes do sexo masculino e feminino e com doenças do aparelho circulatório permaneceram o maior número de dias internados, obtendo-se as seguintes frequências percentuais: a) grupo I – sexo masculino, 35,45% e feminino, 36,20%; b) grupo II – sexo masculino, 35,95% e feminino, 39,49%; c) grupo III – sexo masculino, 50,18% e feminino, 51,24%; c) grupo VI – sexo masculino, 45,85% e feminino, 42,27%.

Na região IV, as doenças que mais consomem dias de permanências nos hospitais são as do sistema nervoso para o sexo masculino, com participação de 28,06% e do aparelho circulatório para o sexo feminino (72,18%). Por sua vez, na região V, os pacientes com doenças do aparelho respiratório são aqueles que mais demandam dias de permanências nos hospitais, sendo 35 % do sexo masculino e 35,37% do feminino (Tabela 6).

Na Tabela 7, verificam-se os valores dos gastos totais do SUS com os principais casos de morbidade hospitalar analisados nesse estudo, considerando-se os seis grupos regionais do Paraná obtidos pela análise fatorial e de cluster. Este total é formado pelos gastos com serviços hospitalares e com serviços de profissionais de saúde.

No grupo I, observou-se que, para o sexo masculino, as maiores despesas do SUS ocorreram com as doenças do coração (42,01%) e do aparelho circulatório (40,40%). Para as mulheres, os percentuais de gastos de 40,61% para as doenças do aparelho circulatório e 38,72% para doenças do coração.

No grupo II, o SUS apresentou os maiores gastos com as doenças do aparelho circulatório e do coração, sendo distribuídos os percentuais da seguinte forma, por sexo: a) masculino - doenças do aparelho circulatório, 43,53% e do coração, 33,81% e b) feminino – doenças do aparelho circulatório, 43,37% e do coração, 32,95% (Tabela 7).

Os maiores gastos do SUS no grupo III (sexo masculino) ocorreram com as doenças do aparelho circulatório, correspondendo a 28,14% do total (Tabela 7). Em segundo lugar, estão as doenças do sistema nervoso, com 24,93%. Por sua vez, ao analisar o sexo feminino, observou-se que o SUS gastou 27,80% do total com neoplasias, seguido das doenças do aparelho respiratório (26,57%). Destaca-se que

esse foi o grupo regional que apresentou os maiores custos com neoplasias quando comparado aos demais desse estudo.

No grupo IV (Tabela 7), os maiores custos para o SUS (sexo masculino) foram decorrentes com as doenças do sistema nervoso, seguido das doenças do aparelho circulatório, sendo de 25,34% e 22,52%, respectivamente. Já as doenças do aparelho circulatório em mulheres tiveram uma participação de destaque, sendo de 62,89% do total de gastos para essa categoria.

As doenças do aparelho circulatório e do coração foram as que demandaram maiores gastos do SUS tanto no grupo V quanto no VI (Tabela 7). No grupo V (sexo masculino), essas doenças tiveram uma frequência relativa de 39,27% e 28,02% do total, respectivamente. Já para o sexo feminino, os percentuais foram de 33,83% e 24,30%, nesta ordem. No grupo VI (categoria dos homens), 52,95% e 32,88% dos gastos foram com doenças do aparelho circulatório e do coração. Em mulheres, esses valores foram de 51,83% e 32,05%, nesta sequência.

Com relação ao número de óbitos de idosos que estavam internados pelo SUS (Tabela 8), observou-se que, no grupo I, 29,58% dos homens e 31,32% das mulheres morreram por doenças do aparelho circulatório, seguido das doenças do aparelho respiratório, sendo de 27,24% e 27,81% do total, respectivamente, para cada sexo. Essa mesma característica foi identificada nos grupos II e III. No grupo II, têm-se os seguintes percentuais: a) doenças do aparelho circulatório – homens, 35,08% e mulheres, 38,59%; b) doenças do aparelho respiratório – homens, 28,95% e mulheres 25,38%. No grupo III, 28,29% dos homens e 31,49% das mulheres vieram a óbito em virtude de doenças do aparelho circulatório. No quesito, doenças do aparelho respiratório, as participações foram de 27,98% e 26,72%, respectivamente, para o sexo masculino e feminino respectivamente.

No grupo IV, 41,37% das mortes em homens com 60 anos ou mais de idade ocorreram por doenças do sistema nervoso. Já 70,50% dos óbitos de mulheres idosas foram devido a doenças do aparelho circulatório.

O grupo V apresentou como principal causa de morte as doenças do aparelho respiratório, sendo a participação em homens de 36,22% e em mulheres, de 34,14%. As doenças do aparelho circulatório estiveram em segundo lugar no percentual de mortes dos dois sexos. Por fim, no grupo VI, 35,68% e 36,97% dos óbitos ocorridos foram por doenças dos aparelhos circulatórios e com os sexos masculino e feminino, nesta ordem. As doenças respiratórias foram responsáveis por 31,18% e 31,83% do total das mortes de homens e mulheres, respectivamente.

Tabela 5. Distribuição do número de internações por grupos regionais, CID e sexo, Paraná - 2008 a 2012

INTERNAÇÕES	MASCULINO		FEMININO	
	Nº	%	Nº	%
Grupo I				
Aparelho circulatório	29.072	36,38	28.639	35,99
Aparelho respiratório	13.409	16,78	15.109	18,99
Doenças do coração	24.098	30,16	23.153	29,10
Neoplasias	11.981	14,99	11.340	14,25
Sistema nervoso	1.345	1,68	1.332	1,67
Total	79.905	100,00	79.573	100,00
Grupo II				
Aparelho circulatório	36.727	35,75	37.326	37,09
Aparelho respiratório	28.470	27,71	27.381	27,21
Doenças do coração	26.479	25,77	27.538	27,36
Neoplasias	8.203	7,98	6.175	6,14
Sistema nervoso	2.868	2,79	2.222	2,21
Total	102.747	100,00	100.642	100,00
Grupo III				
Aparelho circulatório	18.259	31,81	17.960	33,32
Aparelho respiratório	14.457	25,18	13.926	25,83
Doenças do coração	12.810	22,31	12.404	23,01
Neoplasias	9.562	16,66	7.581	14,06
Sistema nervoso	2.319	4,04	2.034	3,77
Total	57.407	100,00	53.905	100,00
Grupo IV				
Aparelho circulatório	19.036	21,36	122.685	73,73
Aparelho respiratório	15.280	17,14	12.578	7,56
Doenças do coração	16.552	18,57	12.659	7,61
Neoplasias	13.697	15,37	8.336	5,01
Sistema nervoso	24.560	27,56	10.138	6,09
Total	89.125	100,00	166.396	100,00
Grupo V				
Aparelho circulatório	18.587	28,13	17.928	25,68
Aparelho respiratório	23.038	34,87	23.803	34,10
Doenças do coração	13.790	20,87	13.595	19,47
Neoplasias	8.625	13,05	12.412	17,78
Sistema nervoso	2.033	3,08	2.073	2,97
Total	66.073	100,00	69.811	100,00
Grupo VI				
Aparelho circulatório	3.077	45,22	2.517	42,03
Aparelho respiratório	1.213	17,83	1.241	20,72
Doenças do coração	1.733	25,47	1.508	25,18
Neoplasias	684	10,05	564	9,42
Sistema nervoso	97	1,43	159	2,65
Total	6.804	100,00	5.989	100,00

Tabela 6. Distribuição dos dias de permanência de internações hospitalares por grupos regionais, CID e sexo, Paraná - 2008 a 2012.

PERMANÊNCIA (dias)	MASCULINO		FEMININO	
	Nº	%	Nº	%
Grupo I				
Aparelho circulatório	148.871	35,45	145.330	36,20
Aparelho respiratório	78.890	18,79	83.992	20,92
Doenças do coração	127.499	30,36	116.053	28,91
Neoplasias	55.846	13,30	48.638	12,11
Sistema nervoso	8.785	2,09	7.461	1,86
Total	419.891	100,00	401.474	100,00
Grupo II				
Aparelho circulatório	143.648	35,95	138.933	39,49
Aparelho respiratório	104.815	26,23	93.123	26,47
Doenças do coração	103.331	25,86	98.296	27,94
Neoplasias	26.635	6,67	20.126	5,72
Sistema nervoso	21.148	5,29	1.311	0,37
Total	399.577	100,00	351.789	100,00
Grupo III				
Aparelho circulatório	105.450	50,18	93485	51,24
Aparelho respiratório	79.066	37,63	72180	39,56
Doenças do coração	67.931	32,33	61690	33,81
Neoplasias	48.509	23,09	36300	19,90
Sistema nervoso	14.621	6,96	12270	6,73
Total	210.127	100,00	182.440	100,00
Grupo IV				
Aparelho circulatório	78.936	21,33	538.390	72,18
Aparelho respiratório	61.302	16,57	58.849	7,89
Doenças do coração	68.026	18,38	59.578	7,99
Neoplasias	57.926	15,65	40.813	5,47
Sistema nervoso	103.832	28,06	48.230	6,47
Total	370.022	100,00	745.860	100,00
Grupo V				
Aparelho circulatório	91.126	30,45	82.058	27,54
Aparelho respiratório	104.754	35,00	105.385	35,37
Doenças do coração	58.542	19,56	55.652	18,68
Neoplasias	34.601	11,56	45.137	15,15
Sistema nervoso	10.272	3,43	9.721	3,26
Total	299.295	100,00	297.953	100,00
Grupo VI				
Aparelho circulatório	16.436	45,85	12.853	42,27
Aparelho respiratório	7.382	20,59	7.480	24,60
Doenças do coração	8.520	23,77	7.106	23,37
Neoplasias	2.820	7,87	2.082	6,85
Sistema nervoso	693	1,93	889	2,92
Total	35.851	100,00	30.410	100,00

Tabela 7. Distribuição dos gastos totais do SUS com morbidades hospitalares em idosos, por grupos regionais, CID e sexo, Paraná - 2008 a 2012

GASTOS	MASCULINO		FEMININO	
	VALOR (EM R\$)	%	VALOR (EM R\$)	%
Grupo I				
Aparelho circulatório	95.189.630,00	40,40	77.348.082,00	40,61
Aparelho respiratório	21.310.081,00	9,05	21.820.184,00	11,46
Doenças do coração	98.974.932,00	42,01	73.751.874,00	38,72
Neoplasias	17.865.540,00	7,58	15.645.129,00	8,21
Sistema nervoso	2.253.012,00	0,96	1.890.340,00	0,99
Total	235.593.195,00	100,00	190.455.609,00	100,00
Grupo II				
Aparelho circulatório	70.366.855,00	43,53	56.486.034,00	43,37
Aparelho respiratório	22.140.386,00	13,70	18.631.258,00	14,31
Doenças do coração	54.655.440,00	33,81	42.913.314,00	32,95
Neoplasias	10.919.852,00	6,75	7.587.191,00	5,83
Sistema nervoso	3.581.230,00	2,22	4.614.784,00	3,54
Total	161.663.763,00	100,00	130.232.581,00	100,00
Grupo III				
Aparelho circulatório	30.558.851,00	28,14	218.950.719,00	16,77
Aparelho respiratório	16.890.391,00	15,55	346.870.775,00	26,57
Doenças do coração	21.556.424,00	19,85	206.499.676,00	15,82
Neoplasias	12.530.704,00	11,54	362.899.934,00	27,80
Sistema nervoso	27.073.064,00	24,93	170.185.938,00	13,04
Total	108.609.434,00	100,00	1.305.407.042,00	100,00
Grupo IV				
Aparelho circulatório	25.793.228,00	22,52	187.681.108,00	62,89
Aparelho respiratório	19.250.932,00	16,81	23.141.840,00	7,75
Doenças do coração	24.542.349,00	21,43	43.085.824,00	14,44
Neoplasias	15.928.791,00	13,91	17.139.473,00	5,74
Sistema nervoso	29.028.562,00	25,34	27.370.048,00	9,17
Total	114.543.862,00	100,00	298.418.293,00	100,00
Grupo V				
Aparelho circulatório	40.705.788,00	39,27	30.393.297,00	33,83
Aparelho respiratório	19.568.287,00	18,88	19.910.541,00	22,16
Doenças do coração	29.051.223,00	28,02	21.827.095,00	24,30
Neoplasias	11.839.985,00	11,42	15.540.301,00	17,30
Sistema nervoso	2.496.922,00	2,41	2.159.072,00	2,40
Total	103.662.205,00	100,00	89.830.306,00	100,00
Grupo VI				
Aparelho circulatório	7.914.205,00	52,95	8.489.768,00	51,83
Aparelho respiratório	997.242,00	6,67	1.662.191,00	10,15
Doenças do coração	4.913.859,00	32,88	5.249.893,00	32,05
Neoplasias	998.243,00	6,68	718.975,00	4,39
Sistema nervoso	123.472,00	0,83	259.305,00	1,58
Total	14.947.021,00	100,00	16.380.133,00	100,00

Tabela 8. Distribuição do número de óbitos de idosos por grupos regionais, CID e Sexo, Paraná - 2008 a 2012

ÓBITOS	MASCULINO		FEMININO	
	N ^o	%	N ^o	%
Grupo I				
Aparelho circulatório	2.099	29,58	2.141	31,32
Aparelho respiratório	1.933	27,24	1.901	27,81
Doenças do coração	1.428	20,12	1.390	20,33
Neoplasias	1.501	21,15	1.285	18,80
Sistema nervoso	135	1,90	119	1,74
Total	7.096	100,00	6.836	100,00
Grupo II				
Aparelho circulatório	2.353	35,08	2.255	38,59
Aparelho respiratório	1.942	28,95	1.483	25,38
Doenças do coração	1.458	21,74	1.399	23,94
Neoplasias	679	10,12	470	8,04
Sistema nervoso	276	4,11	237	4,06
Total	6.708	100,00	5.844	100,00
Grupo III				
Aparelho circulatório	1.562	28,29	1.566	31,49
Aparelho respiratório	1.545	27,98	1.329	26,72
Doenças do coração	956	17,31	950	19,10
Neoplasias	1.216	22,02	913	18,36
Sistema nervoso	243	4,40	215	4,32
Total	5.522	100,00	4.973	100,00
Grupo IV				
Aparelho circulatório	1.021	16,32	8.954	70,50
Aparelho respiratório	810	12,95	792	6,24
Doenças do coração	949	15,17	800	6,30
Neoplasias	887	14,18	831	6,54
Sistema nervoso	2.588	41,37	1.324	10,42
Total	6.255	100,00	12.701	100,00
Grupo V				
Aparelho circulatório	1.438	27,34	1.379	26,95
Aparelho respiratório	1.905	36,22	1.747	34,14
Doenças do coração	878	16,69	815	15,93
Neoplasias	835	15,87	987	19,29
Sistema nervoso	204	3,88	189	3,69
Total	5.260	100,00	5.117	100,00
Grupo VI				
Aparelho circulatório	249	35,67	237	36,97
Aparelho respiratório	219	31,38	204	31,83
Doenças do coração	129	18,48	126	19,66
Neoplasias	81	11,60	47	7,33
Sistema nervoso	20	2,87	27	4,21
Total	698	100,00	641	100,00

4 DISCUSSÃO

O processo de envelhecimento gera a demanda por diversos serviços na área de saúde, sendo uma delas a internação hospitalar. Conforme observado no estudo, o número de internações em cada grupo regional, por sexo e por tipo de doença, diante dos resultados apresentados na pesquisa apresenta-se significativo entre 2008 e 2012.

Segundo Saad,¹² existe a preocupação do impacto crescente da população idosa no setor de saúde, pois o uso dos serviços de média e alta complexidade ofertados e dos equipamentos do setor vem ocorrendo com maior intensidade e frequência por parte dessa categoria. Nesse contexto, quanto maior a demanda por esses serviços, maior a ocupação dos leitos hospitalares com esta categoria da população, e com longas e sucessivas internações. Esse fato pode ser consequência da falta de acompanhamentos regulares pela atenção primária e outros serviços de saúde preventivos.³⁰

De acordo com os resultados desta pesquisa, as doenças do aparelho circulatório foram as principais causas de internação na maior parte dos grupos regionais e para ambos os sexos (com exceção do grupo IV e V), seguida das doenças respiratórias e cardiovasculares. Destaca-se que as doenças do sistema nervoso foram identificadas em todos os grupos regionais (com exceção do sexo masculino no grupo IV) como a menor causa de internação para ambos os sexos.

Carmo¹⁵ destaca que a demanda dos idosos está centrada na utilização de serviços por doenças respiratórias e cardiovasculares. As patologias de base vêm associadas a outras complicações, o que aumenta o número de internações a este público vulneráveis às condições de saúde.

Caldas³ em seu estudo mostrou que quase metade dos idosos (48,9% do país) sofriam de mais de uma doenças crônica, sendo que o subgrupo de idosos com 75 anos ou mais de idade, ocupa mais da metade dos serviços de saúde.

A taxa de ocupação de permanência por dia de internação hospitalar de idosos acima de 60 anos concentra-se nas doenças crônico degenerativas e suas complicações, que requerem constante utilização de serviços de saúde pública. Os resultados dessa pesquisa confirmam isso, pois as doenças do aparelho circulatórios, respiratório e do coração foram as que tiveram as maiores participações em quase todos os grupos analisados.

As doenças do aparelho circulatório, respiratório e do coração foram as que apresentaram as maiores participações nos gastos com saúde do SUS, no período analisado, na maioria dos grupos. Um resultado interessante a destacar foi a frequência relativa das neoplasias em mulheres do Grupo III. O que cabe uma continuidade do estudo para identificar a causa deste dado.

Soares³⁰ mostrou que um dos aspectos preocupantes com o envelhecimento são as doenças crônicas não transmissíveis, entre elas se destaca as doenças oncológicas. O câncer esta presente em qualquer que seja a etiologia, independente de classe social, cultura ou religião. A incidência da doença é comum com o avanço da idade; além disso, acrescenta-se os fatores de riscos de tipos específicos de câncer, e em idosos com a menor eficácia dos mecanismos de reparação celular. Os pacientes idosos com câncer, geralmente apresentam comorbidades, reserva fisiológica restrita, limitações funcionais, incapacidade física e outros agravos da idade.

Cabe destacar que no setor de saúde ocorre o aumento dos gastos devido as deficiências e a precariedade dos serviços ofertados, ou seja, aos problemas de

gestão. Além disso, a utilização de recursos tecnológicos e de profissionais especializados encarece os atendimentos oferecidos.³⁰

Na sequência os grupos oscilam na mortalidade entre as doenças do coração e as do aparelho respiratório, o que ressalta a atenção que as doenças do aparelho circulatório tem predominância no número de intenções e dias de internações, porém não predominam na taxa de mortalidade na maioria das regiões analisadas no Paraná. Esse fato está em consonância com Barreto⁵. Esse autor afirma que as doenças cardiovasculares, representam a maior taxa de mortalidade no país, com 31% do óbitos ocorrido em 2005. Isso mostra que as doenças cardiovasculares estão diretamente relacionadas a insuficiência cardíaca e coronariana associadas com as doenças do aparelho circulatório e as respiratórias. Essas doenças crônicas remetem a patologia que poderiam ser controladas e prevenidas como a hipertensão arterial, diabetes, entre outras, as quais apresentam alertas de um distúrbio funcional de um mal funcionamento de qualquer uma dessas patologias de base, que poderia ser controladas ou mesmo prevenidas.

Assim, esta pesquisa evidencia e confirma os resultados encontrados em diversos estudos. No período atual, realmente está havendo uma alteração do perfil epidemiológico da população, com destaque para as doenças crônico-degenerativas. Duarte³¹ mostrou em sua pesquisa que as doenças crônicas representavam 73,9% dos óbitos, Carmo¹⁵ demonstrou que houve um aumento na proporção de óbitos por doenças respiratórias e diminuição por doenças cardiovasculares, para Barreto⁵ em sua pesquisa evidenciou que os grandes problemas de saúde enfrentados pela população idosa brasileira foram as doenças crônico-degenerativa, os acidentes e as diversas formas de violência. Para Peixoto¹⁶, a população idosa para o ano de 2001 no Brasil representava 14.3% da população

adulta, contribuíam com 33,5% das internações hospitalares no ano analisado e com 37,7% dos recursos pagos pelo SUS. Já Loyola⁶ mostra que as causas mais importantes de internações hospitalares entre idosos, para ambos os sexos, foram as insuficiência cardíacas, seguida de bronquites/enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas e pelas pneumonias.

Portanto, existe a necessidade de investimentos em políticas públicas de saúde, com acompanhamentos regulares dos gestores e maior enfoque de ações de prevenção e promoção da saúde direcionadas à população idosa.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estado do Paraná esta subdividido por regionais de saúde, porém o estudo oportunizou a caracterização do estado por 22 regionais de saúde e as variáveis socioeconômicas e demográficas abordadas nesse estudo, ao conjugar os resultados da Análise fatorial com a de Agrupamentos foram obtidos seis grupos homogêneos de regionais de saúde que apresentam níveis semelhantes de comportamento, em relação às variáveis socioeconômicas e demográficas.

De acordo com os resultados, constata-se que das causas de morbidade hospitalar em idosos no Paraná analisadas por seis grupos classificados por região, tem-se, em primeiro lugar, as doenças do aparelho circulatório; em segundo, do aparelho respiratório; em terceiro, do coração; em quarto, de neoplasias e em quinto lugar, as doenças do sistema nervoso. De acordo com os resultados, as principais causas de morbidade hospitalar em idosos no Paraná foram, no grupo I, tanto os homens como as mulheres apresentam uma alta participação de doenças do aparelho circulatório como principal causa de internações, sendo de 36,38% e

35,99%, respectivamente; no grupo II, prevalecem as doenças circulatórias nos homens (35,75%) e nas mulheres (37,09%). Do grupo III, a participação das doenças circulatórias no número total de homens internados foi de 31,81% e de mulheres, 33,32%, também as doenças do aparelho respiratório foram predominantes; o grupo IV, 27,56% das causas de internações dos homens referem-se as doenças do sistema nervoso, já as mulheres, 73,73% das internações foram causadas por doenças do aparelho circulatório; no grupo V, sendo a participação de 34,87% no gênero masculino e de 34,10%, no feminino, que representa a principal causa de internações as doenças do aparelho circulatório, o Grupo VI apresentou as maiores frequências percentuais no número de pacientes homens (45,22%) e mulheres (42,03%). As doenças do aparelho circulatório, respiratório e do coração foram as que apresentaram as maiores participações nos gastos com saúde do SUS, no período analisado, na maioria dos grupos.

No período recente, a preocupação está nas doenças chamadas crônica degenerativas, que acometem os idosos no país e são classificadas como as que causam maior impacto com custo de hospitalização, permanência em hospitais e frequência de internações. Conclui-se que os idosos consomem mais serviços de saúde, internações mais frequentes e maior tempo de ocupação dos leitos, o que proporcionam relativamente maiores gastos e de maneira mais intensiva do que outros grupos etários ocasionando, a composição desse perfil epidemiológico reforçam a necessidade de ações com atividade de prevenção e promoção de saúde direcionadas à população idosa do Brasil

Tais dados demonstram a efetivação da transição epidemiológica da morbidades e mortalidades nos idosos brasileiros, bem com a composição de

internação diferenciadas nos padrões de morbidades nos grupos de idade mais avançados.

Tal perfil apresentado na pesquisa reforça a necessidade de atividades de prevenção, controle e promoção de saúde. Portanto, no período recente, a preocupação dos governantes está nas doenças chamadas crônicas/degenerativas, que acometem os idosos em todos os estados brasileiros, inclusive no Paraná, e são classificadas como as que causam maior impacto no custo de hospitalização, permanência em hospitais e frequência de internações. Os idosos consomem mais serviços de saúde, internações mais frequentes e maior tempo de ocupação dos leitos, o que proporcionam relativamente maiores gastos e de maneira mais intensiva do que outros grupos etários.

5 REFERÊNCIAS

1. Moraes EN. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados preliminares do Censo 2010-1, já revelam mudanças na pirâmide etária brasileira. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/censo2010/index.html>. > Acesso em 25 de mar. de 2013.
3. Caldas ER, Silva LC. Dossiê Pessoa Idosa 2011 (ano-base 2010). Instituto de Segurança Pública. 2012.
4. Michael JWP, Schluter-Brust KU, Eysel P. The epidemiology, etiology, diagnosis, and treatment of osteoarthritis of the knee. Dtsch Arztebl Int. 2010; 107(9):152-162.

5. Barreto ML, Carmo EH. Patterns of death and disease in the Brazilian population: renewed challenges for the National Health System (SUS). *Cienc. Saude Coletive* 2007; 12(1S):1779-1790.
6. Loyola AIF. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2004; 13(4):229-238.
7. Camaro AA. *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60*. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
8. Camaro, AA. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010.
9. Nunes A. O Envelhecimento Populacional e as Despesas do Sistema Único de Saúde 427. In: Camarano AA. *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60*. Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
10. Gois ALB, Veras RP. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(6):2859-2869.
11. Santos JS, Barros MDA. Idosos do Município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2008; 17(3): 177-186.
12. Saad PM. Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. Disponível em: www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/Demographicas3/demog...
13. Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(3):548-554.

14. Costa MF. Análise fatorial confirmatória dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático em adultos assistidos pelo Programa Médico de Família de Niterói. [Dissertação]: Universidade Federal Fluminense; 2010.
15. Carmo CN, Hacon SS, Souza S, Jacobson LSV, Mourão DS, Ignotti E. Mortality due to cardiorespiratory diseases in elderly people in Mato Grosso state, 1986 to 2006. Rev. Saúde Pública 2010; 44(6):1112-1119.
16. Peixoto SV, Giatti L, Afradique ME, Lima-Costa MF. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde 2004; 13(4):239-246.
17. Possoli S. Técnicas de análise multivariada para avaliação das condições de saúde dos municípios do Rio Grande do Sul – Brasil. Rev. Saúde Publica 1984; 18 (1):288 -300.
18. Monteiro C, Silva B. A Utilização de Técnicas Multivariadas na Análise do Posicionamento e Segmentação de Empresas do Sistema Suplementar de Saúde. Universidade Salvador – UNIFACS.1998. disponível em : http://www.aedb.br/seget/artigos07/1324_servicos_fatorial%20e%20cluster.pdf. Acesso em 14 dez 2013.
19. Campanário P, Maia PB. Metodologia de correção e ajuste da mortalidade com tábuas-modelo de vida atualizadas para o Brasil. Epidemiol. Serviços de Saúde 2004; 13(3) : 147-174.
20. Esquarcini R, Marques JM. Classificação dos municípios paranaenses segundo suas políticas setoriais pela análise multivariada. Revista da FAE 2006; 9(1):83-93.
21. Oliveira A, Amaral V. A análise factorial de correspondências na investigação em psicologia: Uma aplicação ao estudo das representações sociais do suicídio adolescente. Análise Psicológica 2007; 2 (25): 271-293.

22. Peluso ETP, Blay SL. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* 2008;42(1):41-8.
23. Freitas ED. Agrupamento de fatores de risco cardiovasculares em população rural, por meio da análise fatorial. [Dissertação] Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
24. Rosaldo LP, Rossato MV, Lima JE. Análise do Desenvolvimento Socioeconômico das Microrregiões de Minas Gerais. *Rev. Econômica do Nordeste* 2009; 40(2):298-310.
25. Simberg ARF. Cluster de sintomas em adolescentes com câncer. [dissertação] Guarulhos (SP): Universidade Guarulhos; 2011.
26. Marcelino D, Gonçalves SP. Perturbação pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C). *Rev. Portuguesa de Saúde Pública* 2012; 30(1):71–75.
27. IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social Tipologia dos municípios paranaenses segundo indicadores socioeconômicos e demográficos. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Curitiba: IPARDES; 2003.
28. REIS, E., 1997. Estatística Multivariada Aplicada. 2. ed. Lisboa: Edições Silabo;1997.
29. BARROSO, João. Organizaçao e regulacão dos ensinos básico e secundario em Portugal: Sentidos de uma evoluçao. *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 24, n. 82, p. 63-92, abril 2003
30. Alfradique MA, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS. et al. 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; 25(6): 1337-1349.

31. Soares LC, Santana MG, Muniz RM. O fenômeno do câncer na vida de idosos. *Ciênc. Cuid. Saúde* 2010; 9(4):660-667.

32. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a *Epidemiologia e Serviços de Saúde* revista e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2012; 21(4): 529-532.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou abordar o tema sobre o envelhecimento populacional no Brasil, considerando o histórico político, econômico e social das políticas públicas de saúde universal, com destaque sobre a atuação desta política ao segmento de idosos adotada no país, bem como a questão da morbidade hospitalar dessa categoria no SUS.

No primeiro Artigo, foi desenvolvida uma caracterização histórica das políticas de saúde no Brasil, enfatizando aquelas específicas aos idosos. Este ensaio trata-se de uma análise dessas políticas, compreendendo o período antes de 1930 até os dias atuais. Abordou uma revisão bibliográfica, histórica, retrospectiva, descritiva e comparativa destas políticas e dos cenários que as envolveram.

Verificou-se que, a partir do aumento significativo da expectativa de vida dos indivíduos, da redução do índice de natalidade, de mortalidade e a expansão da população idosa, existe uma demanda crescente por serviços e atendimentos de baixa, média e alta complexidade nos serviços de saúde ofertados pelo governo no país.

Finaliza que no contexto histórico, econômico e diante a legislação vigente no Brasil as políticas direcionadas a saúde proporcionaram aspecto vagaroso ao contemplar o acesso garantias legais até a Constituição Federal do Brasil de 1988, com alguns avanços do que tange o controle de doenças infecto contagiosas, não sendo suficientes para atender tais demandas. No que refere a políticas direcionadas aos idosos até a Constituição Federal de 1998 enfocava o atendimento em asilos, entidades filantrópicas e de benevolências.

No Brasil entre as décadas de 1980 a 1990 a população apresenta um aumento da expectativa de vida e a redução da natalidade e mortalidade. Estes avanços são devidos a melhoria da tecnologia, da ciência e a melhoria das condições sanitárias, sendo as principais responsáveis pela transição demográfica e epidemiológica.

O impacto rebate diretamente sobre o aumento absoluto e relativo da população idosa, mudanças no perfil demográfico e transição epidemiológica, as doenças infecto-parasitárias passam a ter um certo controle e remete a

preocupação com as doenças crônicas degenerativas, apresentam determinantes que remetem as demandas de saúde.

Após a Constituição Federal do Brasil de 1998, percebe-se avanço na garantia de proteção social a este segmento populacional, com adoção de diversas ações de prevenção e promoção de saúde, principalmente com as diretrizes constitucionais e do SUS com parâmetros da base constitucional, o que é regulamentado pelas LOS - Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990, bem com a efetivação de políticas específicas de proteção a pessoa idosa como exemplo a Lei LOAS de 1993; a Política Nacional do Idoso de 1994; o Estatuto do Idoso de 2003; a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 2006, entre outras que vem de forma direta ou indireta a garantia dos direitos dos idosos. Apesar disso, os serviços ofertados aos idosos ainda são ineficientes, devido às diversidades sociais, econômicas, regionais e culturais existentes no país.

Entretanto, conclui-se, que a falta de investimento demandou uma geração de idosos com problemas focalizados nas doenças crônicas degenerativa.

Assim, para continuidade deste estudo remete acompanhar a implantação e efetivação das propostas descritas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, sobretudo com mediante a promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doentes e com enfoque na família e na pessoa idosa.

No Artigo 2 buscou-se traçar o perfil dos principais casos de morbidades hospitalares do SUS em idosos do Paraná, entre 2008 e 2012. De acordo com os resultados, as doenças do aparelho circulatório e respiratório apareceram como as principais causas de morbidade em idosos, de ambos os gêneros, na maioria das regiões. Além disso, destaca-se também a identificação de que a pessoa com 60 anos ou mais consomem elevado gastos com diversos serviços de saúde (medicamentos, consultas médicas, tratamentos; internações hospitalares de longa duração, entre outros)

Diante da pesquisa demonstrou-se que o estado do Paraná, apresenta um perfil epidemiológico semelhante ao do país onde as principais causa de morbidades hospitalares estão concentradas nas doenças crônico degenerativas, conforme demonstra a pesquisa que as principais causas de morbidade hospitalar em idosos no Paraná foram, no grupo I, tanto os homens como as mulheres apresentam uma alta participação de doenças do aparelho circulatório como principal causa de internações, sendo de 36,38% e 35,99%, respectivamente; no grupo II, prevalecem

as doenças circulatórias nos homens (35,75%) e nas mulheres (37,09%). no grupo III, a participação das doenças circulatórias no número total de homens internados foi de 31,81% e de mulheres, 33,32%, também as doenças do aparelho respiratório foram predominantes; o grupo IV, 27,56% das causas de internações dos homens referem-se as doenças do sistema nervoso, já as mulheres, 73,73% das internações foram causadas por doenças do aparelho circulatório; no grupo V, sendo a participação de 34,87% no gênero masculino e de 34,10%, no feminino, que representa com principal causa de intenções as doenças do aparelho circulatório, o Grupo VI apresentou as maiores frequências percentuais no número de pacientes homens (45,22%) e mulheres (42,03%).

As doenças do aparelho circulatório, respiratório e do coração foram as que apresentaram as maiores participações nos gastos com saúde do SUS, no período analisado, na maioria dos grupos. Um resultado interessante a destacar foi a frequência relativa das neoplasias em mulheres do Grupo III. No período recente, a preocupação está nas doenças chamadas crônica degenerativas, que acometem os idosos no país e são classificadas com as que causam maior impacto com custo de hospitalização, permanência em hospitais e frequência de internações.

Este estudo corrobora com a necessidade de atividade de prevenção e promoção da saúde para a diminuição destas doenças diante do envelhecimento populacional, com desafios de políticas públicas direcionadas ao controle e prevenção, sendo que estas ações devem integrar as políticas econômicas e sociais.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, J. A. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.21, n.4, p. 533-538, out./dez. 2012.

BATISTA, A. S. et al. **Envelhecimento e dependência**: desafios para a organização da proteção social. Brasília: MPS, SPPS, 2008.160 p.

COSEMS/PR. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná . **Atenção à saúde do idoso.** (s/d). Disponível em: <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Conferencias/10%20CES/Teses/Saude_do_Idoso.pdf>. Acesso em: 17 de fev. 2014

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revista e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.21, n.4, p. 529-532, out./dez. 2012.

GOMES, S. **Políticas públicas para a pessoa idosa: marcos legais e regulatório.** São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009. 60p.

HARWOOD, C.; CUMMING, J.; FLECTHER, D. Motivational profiles and psychological skills use within elite youth sport. **J. Applied Sport Psychology**, v. 16, n. 4, p.318-332, dez. 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados preliminares do Censo 2010-a, já revelam mudanças na pirâmide etária brasileira.** 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/censo2010/index.html>>. Acesso em: 15 de nov. de 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese dos Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010.**

2010b. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Evolução demográfica de 1950 a 2010. Sinopse do Censo Demográfico.** 2010c. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000403.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2013.

JANETA, A. Novo modelo de saúde. **Estudos avançados**, v.13, n.35, p.51-64. Jun. 1999.

KILSZTAJN, S. et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.3, 303-310, ago. 2003.

MONTANHOLI, L. L. et al. Ensino sobre idoso e gerontologia: visão do discente de enfermagem no estado de Minas Gerais. **Texto & Contexto**, v.15, n.4, p.663-671, out. 2006.

VERAS, R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.10, p.2463-66, out. 2007.

WHO. *World Health Organization*. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

YAZBEK, M. C. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Rev. Serviço Social e Sociedade**, v. 1, n.110, p.288-322, abr./jun. 2012.

ANEXOS

Quadro 1a. Base de dados das regionais de saúde do Paraná – 2008-2012

Regional	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	
Paranaguá	32183,9 2	25585,5 7	32209,7 4	8212468	6573369, 1	8548208	255173	256917	265392	267664	269858	0,6 5	0,7 5	
Metropolitana	22907,2 1	24175,4 3	29466,3 2	75813579, 7	81173371	9499458	330959	335768	322383	325536	328585	0,7 5	0,8 2	
Ponta Grossa	15807,9 7	16045,8	18268,5 5	9153144,9	9381769, 8	1051287	4	579021	584687	575463	579815	584017	0,6 2	0,7 6
Irati	10118,8 6	9673,35	10948,6 8	1627355,2	1566377	1762322	160824	161927	160962	161900	162804	0,6 3	0,7 3	
Guarapuava	10961,8 8	11376,4 3	12891,1 8	5005894	5218154, 3	5685913	456664	458681	441070	441700	442299	0,6 6	0,7 3	
União da Vitória	10868,3 5	10581,4 6	13020,6	1840273,3	1805164, 7	2152293	169324	170597	165299	166057	166788	0,7 2	0,7 4	
Pato Branco	15898,5	16656,7 2	18666,8 4	3972287,6	4182620	4662846	249853	251107	249793	250898	251960	0,6 8	0,7 8	
Francisco Beltrão	11646,5 2	12873,0 5	14200,9 9	3897589,7	4320710, 5	4795716	334657	335640	337703	338927	340093	0,6 6	0,7 8	
Foz do Iguaçu	17759,6 5	18837,7 8	22850,5 2	7994792,6	8609410, 2	8884170	450166	457029	388795	389522	390220	0,6 6	0,7 5	
Cascavel	15124,9 3	16184,1 7	17828,2 5	7780084,7	8391509, 4	9045788	514388	518501	507385	510281	513071	0,6 9	0,7 8	
Campo Mourão	14217,0 1	14329,8 8	15430,1 4	4824129,6	4847140, 7	5155595	339321	338254	334125	333177	332246	0,6 8	0,7 6	
Umuarama	10138,0 3	11380,1 6	13886,2 7	2685127,6	3019395, 9	3681139	264857	265321	265092	265648	266174	0,6 8	0,7 6	
Cianorte	12461,5 1	14715,8 7	17021,3 5	1756200,5	2095995, 4	2424402	140930	142431	142433	143758	145037	0,6 4	0,7 6	
Paranavaí	9747,43	10789,5 3	12468,9 1	2528258,1	2807230, 3	3248699	259377	260181	260544	261462	262333	0,6 9	0,7 6	
Maringá	13964,7	15986,5 5	17840,5 6	9855835,5	11392384	1308433	5	705768	712623	733404	741222	748686	0,7 4	0,8 1
Apucarana	12785,9 2	14088,8 8	15557,1 9	4392025,7	4880065, 4	5397908	343505	346377	346972	349598	352126	0,6 7	0,7 5	
Londrina	15014,5 2	16473,7 6	18141,2	13008861, 3	14396384	1580583	2	866419	873898	871267	877720	884039	0,7 2	0,7 9
Cornélio Procopio	10763,3 1	10807,8 3	12623,8 1	2507926,7	2515014, 4	2852489	233007	232703	225961	225335	224721	0,6 9	0,7 6	
Jacarezinho	9310,6	10101,8	11995,6 7	2609407,3	2837726, 3	3336126	280262	280913	278111	278615	279093	0,6 4	0,7 4	
Toledo	17735,8 6	17938,6 6	19917,9 9	6279700,9	6404926, 9	7143785	354068	357046	358660	361473	364184	0,6 9	0,7 7	
Telêmaco Borba	12767,0 5	12736,9 2	15701,9 3	2244485,2	2258637, 8	2715209	175803	177330	172922	173974	174986	0,6 4	0,7 3	
Ivaiporã	8653,97	8980,44	10043,6 3	1273761,2	1314592, 2	1399449	147188	146384	139337	138237	137169	0,6 2	0,7 3	

Fonte: Resultados da Pesquisa (2014). Elaboração dos autores.



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PROMOÇÃO DA SAÚDE,
MESTRADO**

*Curso recomendado pela Capes, reconhecido pela Portaria MEC nº 978, de 26/07/2012.
Parecer CES/CNE nº 244/2011 – D.O.U. de 29/08/2011.*

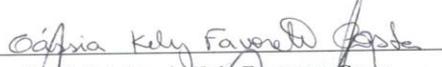
ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Aos vinte e oito dias do mês de fevereiro do ano de 2014, às dezessete horas no (a) UNICESUMAR realizou-se a prova de Defesa de Dissertação, intitulada *Envelhecimento Populacional no Brasil: Políticas Públicas e Morbidade Hospitalar dos SUS*, de autoria do(a) Candidato CLARICE DA LUZ KERNKAMP, aluno(a) do Programa/Curso de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, em nível de Mestrado. A Comissão Examinadora esteve constituída pelos professores: CASSIA KELLY FAVORETTO COSTA - PROFESSORA ORIENTADORA, Presidente, REGIO MARCIO TOESCA GIMENES- PRIMEIRO MEMBRO DA BANCA e SONIA SILVA MARCON- SEGUNDO MEMBRO DA BANCA. Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, a Comissão Examinadora considerou o(a) candidato(a):

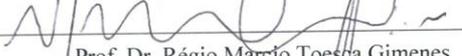
() Aprovado(a) sem alterações Aprovado(a) com alterações () Reprovado(a)

E, para constar, foi lavrada a presente ata, que vai assinada pelos membros da Comissão.

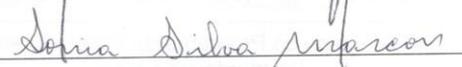
Orientador-Presidente:


Prof.ª. Dr.ª. Cassia Kely Favoretto Costa

1º Examinador:


Prof. Dr. Régio Márcio Toesca Gimenes

2º Examinador:


Prof.ª. Dr.ª. Sonia Silva Marcon

() Vide verso: Em caso de alterações solicitadas pela Comissão Examinadora



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PROMOÇÃO DA SAÚDE,
MESTRADO**

*Curso recomendado pela Capes, reconhecido pela Portaria MEC nº 978, de 26/07/2012.
Parecer CES/CNE nº 244/2011 – D.O.U. de 29/08/2011.*

**RELATÓRIO DA COMISSÃO EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO
DE MESTRADO**

Foi concedido prazo de (30) dias, para o(a) candidato(a) efetuar as correções sugeridas pela Comissão Examinadora e apresentar o trabalho em sua redação definitiva, sob pena de não expedição do Diploma. As modificações exigidas na dissertação de Mestrado do(a) candidato(a) foram as seguintes:

- Correções de ortografia, normas, análises.
- Correções conforme orientações dos membros da banca, sugeridas à conferência na entrega final do trabalho.

Presidente da banca: Cássia Kelly Favaretto Costa

Candidato(a): Glennio do S. K. K.

Atesto que as alterações exigidas foram / () não foram cumpridas.

Maringá, 25 de Março de 2014

Orientador(a): Cássia Kelly F. Costa

Colegiado do Programa de Mestrado em
Promoção da Saúde
ATA HOMOLOGADA EM REUNIÃO

Nº 02 DATA: 31/03/14

Sônia Cristina Soares Dias Vermelho
Prof.ª. Dr.ª. Sonia Cristina Soares Dias Vermelho

