



LUIZ GUSTAVO PERON MARTINS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE INTERNAÇÕES EM
IDOSOS NO MUNICÍPIO DE DRACENA-SP, NO
PERÍODO DE 2002 A 2004.**

Bauru - 2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



LUIZ GUSTAVO PERON MARTINS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO
DE DRACENA-SP, NO PERÍODO DE 2002 A 2004.**

Dissertação apresentada à Pró-reitoria de Pós-graduação como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia, Área de Concentração: Saúde Coletiva, sob orientação do Prof. Dr. Ruy Laurenti.

Bauru - 2007

Dedico este trabalho primeiramente a
Deus, que é vida e luz do meu caminho.

Aos meus pais, *Eunny* e *Arnaldo* (“*in memoriam*”), pelo apoio, incentivo e por acreditarem em meus sonhos.

A minha esposa *Cláudia* e ao meu filho *Matheus*. Vidas de minha vida, pelo amor, paciência e incentivo no decorrer deste trabalho.

“Quando quis tirar a máscara, estava pregada à cara.
Quando a tirei e me vi ao espelho, já tinha envelhecido”.
(Fernando Pessoa)

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Ruy Laurenti pela sua orientação, sua experiência de vida, pelo ser humano que é e pelo seu indiscutível e grande mérito nesta dissertação;

À Prof. Dra. Maria Helena Capo Bianco, pela preciosa colaboração e pelo grande incentivo na realização deste trabalho.

À Prof. Polyana Moura, pela dedicação, amizade, apoio, compreensão e sugestões na realização deste trabalho.

Ao Prof. Márcio Andrei Guimarães, pela disponibilidade, amizade e pela colaboração na conclusão deste trabalho.

Ao Prof. Jeisson Ferrari pela ajuda, sugestões, correções e críticas que enriqueceram esta dissertação.

A amiga Dalva Pazzini e Cláudia Dalozzo pelo apoio constante durante esta jornada e pela amizade.

Aos Professores do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Sagrado Coração pelo incansável dedicação dispensada aos alunos.

A Universidade do Sagrado Coração pela oportunidade e acolhimento neste curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva;

Aos funcionários da Universidade do Sagrado Coração pela atenção sempre dispensada e auxílio em horas tão importantes;

Agradeço a todos que direta ou indiretamente me ajudaram a concluir minha dissertação de mestrado.

Muito Obrigado

Resumo

O Brasil é um país que envelhece a passos largos, resultado de um progressivo declínio nas suas taxas de mortalidade e fecundidade. Esta alteração no padrão de mortalidade ao longo do século é conhecida como transição demográfica. As mudanças no regime demográfico brasileiro levaram a um significativo aumento de indivíduos idosos na população total. O declínio da mortalidade, associado à queda da fecundidade ao longo dos últimos anos, produziu grande mudança na distribuição etária da população, com diminuição da participação das faixas mais jovens, aumento dos adultos e uma proporção crescente de idosos, assim como a elevação considerável da esperança de vida (Veras, 2003). Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 1998, o Brasil possuía cerca de 13.910.000 de idosos. Este contingente representou aproximadamente 8% da população brasileira. O processo de urbanização e a conseqüente modificação do mercado de trabalho aceleraram a redistribuição da população entre as zonas rural e urbana do país. A maioria dos idosos brasileiros, cerca de 80% reside no meio urbano e cerca de 20% reside no meio rural (Amaral, 2002). O envelhecimento populacional se ampliará em decorrência dos avanços nos conhecimentos da engenharia genética e da biotecnologia, alterando em um futuro próximo não apenas indicadores demográficos como a expectativa de vida, mas principalmente o próprio limite do tempo de vida, ou relógio biológico (Veras, 2003). O desafio que se apresenta é a elaboração de cenários em que os avanços da ciência e da tecnologia permitirão ao ser humano alcançar esses limites de forma independente, não fragilizado, livre de diversas doenças e com uma expectativa de vida que se aproxime do limite biológico máximo (Veras, 2003). Devido ao envelhecimento o perfil de saúde da população também sofre alteração, ou seja, temos um aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas frente a uma diminuição na incidência de doenças infecciosas e parasitárias. A saúde não é mais medida pela presença ou não de doenças, e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional. Neste contexto ocorrem rápidas modificações no perfil populacional (envelhecimento) e uma crescente demanda dos idosos por serviços de saúde. Frente a crescente demanda os idosos não encontram o amparo adequado às suas necessidades dentro sistema público de saúde e previdência. As desigualdades regionais e sociais, a feminização do envelhecimento e o envelhecimento do grupo etário idoso fazem com que esta população necessite de políticas sociais destinadas a garantir as condições mínimas de bem estar e qualidade de vida. Os idosos são responsáveis pela ocupação de um maior número de leitos e por um período de tempo maior que qualquer outra faixa etária, levando com isso ao aumento nos custos de internação. O presente trabalho propõe avaliar a taxa de utilização dos leitos hospitalares e os custos do Sistema Único de Saúde (SUS) com os idosos residentes no município de Dracena – SP, em um triênio 2002, 2003 e 2004. Os dados (secundários) serão obtidos através do site do Ministério da Saúde (DATASUS) e através de dados demográficos obtidos do site do IBGE.

Palavras-chaves: idoso, envelhecimento, população, morbidade.

Abstract

Brazil is a country that ages to wide steps, result of a progressive decline in your mortality rates and fecundity. This alteration in the mortality pattern along the century is known as demographic transition. The changes in the Brazilian demographic regime took to a significant increase of senior individuals in the total population. The decline of the mortality, associated to the fall of the fecundity along the last years, produced great change in the age distribution of the population, with decrease of the participation of the youngest strips, the adults' increase and a growing proportion of seniors, as well as the considerable elevation of the life hope (Veras, 2003). According to data of PNAD 1998, Brazil possessed about 13.910.000 of senior. This contingent represented 8% of the Brazilian population approximately. The urbanization process and the consequent modification of the job market accelerated the distribution of the population among the zones rural and urban of the country. Most of the Brazilian seniors, about 80% resides in the urban way and about 20% it resides in the rural way (Amaral, 2002). The population aging will be enlarged due to the progresses in the knowledge of the genetic engineering and of the biotechnology, not just altering in a close future demographic indicators as the life expectation, but mainly the own limit of the time of life, or biological clock (Veras, 2003). THE challenge that she present is the elaboration of sceneries in that the progresses of the science and of the technology they will allow to the human being to reach those limits in an independent way, non fragility, free from several diseases and with a life expectation that approaches of the maximum biological limit (you will See, 2003) .The aging the profile of health of the population also suffers alteration, in other words, we have an increase of the prevalence of diseases chronic-degenerative front to a decrease in the incidence of infectious diseases and you would sponge. The health is not more measured by the presence or not of diseases, but for the degree of preservation of the functional capacity. In this context they happen fast modifications in the population profile (aging) and a crescent dispute of the seniors for services of health. Front to crescent demands the seniors they don't find the appropriate help inside to your needs system I publish of health and precaution. The regional and social inequalities, the "*feminização*" of the aging and the aging of the senior age group do with that this age group needs social politics destined to guarantee the minimum conditions of well to be and life quality. The seniors are responsible for the occupation of a larger one I number of beds and for a period of larger time than any other age group, taking with that to the increase in the internment costs. The present work intends to evaluate the rate of use of the beds hospitalaries and the costs of the unique system of Health (SUS) with the resident seniors in the municipal district of Dracena - SP, in three years 2002, 2003 and 2004. The data (secondary) they will be obtained through the site of ministry of Health (DATASUS) and through obtained demographic data of the site of IBGE.

Keyword: senior, elderly, population, morbidity.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da população idosa da cidade de Dracena – SP, nos anos de 2002, 2003 e 2004, em relação à população total.	5 5
Tabela 2 – Distribuição da população idosa da cidade de Dracena – SP, do sexo masculino, nos anos de 2002, 2003 e 2004, em relação à população total.	5 7
Tabela 3 – Distribuição da população idosa da cidade de Dracena – SP, dos sexos masculino e feminino, nos anos de 2002, 2003 e 2004, em relação à população total.....	5 8
Tabela 4 – Número de internações na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.....	5 9
Tabela 5 – Número de internações da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.....	6 1
Tabela 6 – Dias de permanência de internação na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004...	6 3
Tabela 7 – Dias de permanência de internações da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.....	6 5
Tabela 8 – Média de permanência de internação na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004...	6 6
Tabela 9 – Média de dias de permanência de internações da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.....	6 8
Tabela 10 – Quantidade de AIH's pagas na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.....	6 9
Tabela 11 – Quantidade de AIH's pagas da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino,	

segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.....	7 0
---	--------

Tabela 12 – Valor total gasto com pagamento de AIH's na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004. Valor em reais.....	7 2
--	--------

Tabela 13– Valor total gasto com pagamento de AIH's da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004. Valores em reais....	7 4
--	--------

Lista de Ilustrações

Figura 1 – Brasil. Distribuição Etária em 2000 e 2030.....	2 2
Figura 2 – Distribuição da população idosa da cidade de Dracena – SP, nos anos de 2002, 2003 e 2004.....	5 6
Figura 3a – Distribuição da população idosa da cidade de Dracena – SP, do sexo masculino, nos anos de 2002, 2003 e 2004.....	5 8
Figura 3b – Distribuição da população idosa da cidade de Dracena – SP, do sexo feminino, nos anos de 2002, 2003 e 2004.....	5 8
Figura 4 – Número de internações na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.....	6 0
Figura 5a – Número de internações da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação ao sexo masculino, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.....	6 2
Figura 5b – Número de internações da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação ao sexo feminino, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.....	6 2
Figura 6 – Dias de permanência de internação na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.	6

Figura 7a – Dias de permanência de internações da população idosa do município de Dracena – SP, segundo sexo masculino, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.....

3

6

5

Figura 7b – Dias de permanência de internações da população idosa do município de Dracena – SP, segundo sexo feminino, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.....

6

5

Figura 8 – Média de permanência de internação na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

6

6

Figura 9a – Média de dias de permanência de internações da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação ao sexo masculino, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.....

6

8

Figura 9b – Média de dias de permanência de internações da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação ao sexo feminino, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.....

6

8

Figura 10 – Quantidade de AIH's pagas na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.....

6

9

Figura 11a – Quantidade de AIH's pagas da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação ao sexo masculino, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.....

7

1

Figura 11b – Quantidade de AIH's pagas da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação ao sexo feminino, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.....

7

1

Figura 12 – Valor total gasto com pagamento de AIH's na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004. Valor em reais.....

7

2

Lista de Quadros

Quadro 1 – Morbidade da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino, segundo idade, no ano de 2002.....	7
	6
Quadro 2 – Morbidade da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino, segundo idade, no ano de 2003.....	7
	8
Quadro 3 – Morbidade da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino, segundo idade, no ano de 2004.....	8
	0

Sumário

1. INTRODUÇÃO	16
2. REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 O que é velhice	18
2.2 Transição Demográfica.....	22
2.3 A Feminização da Velhice.....	25
2.4 Migração Rural e Urbanização.....	27
2.5 Mudanças na estrutura familiar.....	28
2.6 A institucionalização do Idoso.....	30
2.7 Aumento de idosos: os serviços de saúde estão preparados para essa nova realidade.....	31
2.8 Transição Epidemiológica.....	33
2.9 Principais causas de morbidade em Idosos.....	35
2.9.1 Compressão da morbidade.....	37
2.9.2 Informações sobre morbidade.....	39
2.9.3 Autorização de Internação Hospitalar (AIH).....	39
2.10 Impacto dos problemas de saúde em idosos quanto aos custos.....	42
2.11 Políticas de saúde voltadas ao idoso.....	46
3. OBJETIVOS	51
3.1 Objetivo Geral	51
3.2 Objetivo Específico	51
4. METODOLOGIA	52
4.1 Município objeto do estudo – Dracena/SP.....	52
4.2 Tipo de Estudo e Fonte.....	53
4.3 Análise Estatística	54
5. RESULTADOS	55
6. DISCUSSÃO	81
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	87

Martins, Luiz Gustavo Peron

M3865p

Perfil epidemiológico de internações em idosos no município de Dracena, no período de 2002 a 2004/ Luiz Gustavo Perón Martins --2007.

92f.

Orientador: Prof. Dr. Ruy Laurenti
Dissertação de Mestrado em Odontologia (Saúde coletiva)- Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP.

1.Idoso 2.Envelhecimento 3.População 4.Morbidade I.Martins, Luiz Gustavo Peron II.Título.

1.0 INTRODUÇÃO

Um dos fenômenos de maior impacto no início do século XXI é o do envelhecimento da população mundial, uma vez que no século passado consolidou-se uma tendência que vem se mostrando ininterrupta e que constitui o aumento de esperança de vida ao nascer, não só observado nos países desenvolvidos, mas também nos países em desenvolvimento (Brito e Litvoc, 2004).

O Brasil tem experimentado mudanças não só no que diz respeito à sua estrutura demográfica e epidemiológica como, também, nos aspectos financeiros e tecnológicos da assistência à saúde. O prolongamento da vida é resultado de modificações consideráveis que ocorreram e vem ocorrendo em termos de mortalidade, morbidade, migração e fecundidade. (Lebrão, 1999)

Os idosos, que representavam 4,2% da população em 1950, representam hoje um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (8,6% da população brasileira). Devido ao aumento do número absoluto e proporcional dos idosos na população há necessidade de desenvolver todas as alternativas possíveis e válidas não só para prevenir, como também para retardar o aparecimento de doenças crônicas e os conseqüentes agravos causados por elas. (Brito e Litvoc, 2004).

As doenças crônicas e suas complicações levam o idoso a utilizar por períodos mais longos os serviços de saúde elevando os custos. Quando comparados aos jovens, os idosos são hospitalizados com maior freqüência, apresentam tempo médio de permanência hospitalar maior e possuem um índice de reinternações mais elevado. (Cavalcanti & Saad, 1990)

O conhecimento das principais doenças responsáveis pelas internações em idosos é importante para o planejamento de ações em saúde como na promoção da

saúde, na prevenção, na assistência primária, secundária e terciária, no cuidado domiciliar do paciente idoso, na redução dos riscos e conseqüente compressão da morbidade. (Motta, 2001)

O desafio que se apresenta é a elaboração de cenários em que os avanços da ciência e da tecnologia permitirão ao ser humano alcançar a velhice de forma independente, não fragilizado, livre de diversas doenças e com uma expectativa de vida que se aproxime do limite biológico onde a saúde possa ser mensurada pela sua capacidade funcional. (Veras, 2003)

2.0. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. O que é velhice?

De acordo com Gomes & Ferreira (1985), no Egito no ano de 2500 a.C. já havia a preocupação com a velhice, onde se fazia a descrição do velho de modo nada favorável, focalizando apenas as perdas, principalmente as biológicas.

Para Beauvoir (1970) a condição de velho na Grécia, na Antiguidade, era ligada à idéia de honra. *Gera Geron*, as palavras que designam a idade avançada significam também o privilégio da idade, o direito da ancianidade.

Ao longo da história da humanidade o idoso tem sido alvo de diferentes posturas por parte das sociedades, ora sendo valorizado e acolhido, ora sendo menosprezado e rejeitado. Em Esparta, os idosos integravam o que hoje chamaríamos o Conselho Diretor com funções de planejamento, administrativas e jurídicas. Entre os itálicos encontramos a aposentadoria, privilégio daqueles que "envelheciam no serviço". (Assunção Filho, 1990) Entre os judeus, o jubileu, sinal maior de respeito e reconhecimento a uma vida de trabalho. Na China, o réu com 70 anos tinha caso condenado, sua pena transformada em multa. (Alves Garcia apud Assunção Filho, 1990) Vale ressaltar, porém, que os idosos mencionados eram apenas os da classe dominante.

Nem todas as sociedades respeitavam o idoso. Em algumas ilhas gregas, como a Ilha Ática de Keos, as pessoas, ao completarem 60 anos, costumavam suicidar-se, bebendo o suco da cicuta em cerimônias solenes. Esse tipo de suicídio também ocorria em algumas ilhas da Polinésia segundo Alves Garcia apud Assunção Filho, (1990).

Beauvoir (1970) assinala que o prestígio da velhice diminuiu muito e a sociedade tecnocrática não crê que, com o passar dos anos, o saber se acumule, mas sim que diminua ou pereça. A autora enfatiza que para a sociedade os

melhores valores sempre estão associados à juventude.

Ainda segundo a autora estabelecer critérios e parâmetros a partir dos quais a velhice possa ser definida é tarefa difícil no consenso de vários autores. Percebe-se a existência de uma série de fatores atuando durante toda a existência em que cada pessoa reage a estes fatores de maneira peculiar, o que possibilita que para alguns a velhice ocorra de forma mais breve e, para outros, mais lenta.

Haddad (1986) esclarece conceitos de envelhecimento afirmando a ausência de unanimidade sobre o que é ser velho. As posições a esse respeito são muitas, variando desde o ponto de vista segundo o qual o envelhecimento inicia-se imediatamente após a fecundação, até aquele que aponta o marco empírico da senectude em torno dos 65 anos. Conforme o autor, a velhice se caracteriza pela perda dos ideais da juventude, pelo desinteresse pelo cotidiano nacional e internacional, pelo humor irritadiço, pela desconfiança no futuro e pelo desamor ao trabalho.

Para Anzola Pérez (1993), o envelhecimento inicia-se entre 20 e 30 anos de idade, quando o organismo alcança seu grau máximo de maturidade e a ação do tempo começa a produzir modificações morfológicas e fisiológicas no indivíduo.

Salgado (1980) percebe a velhice como uma etapa de vida na qual, devido à idade cronológica, ocorrem modificações de ordem bio-psicossocial que afetam a relação do indivíduo com o meio e, segundo Waldon (1981) a velhice deve estar estreitamente relacionada ao tipo de personalidade e ao estilo de vida do indivíduo.

Kalache et al., (1987), para definir a velhice, colocam em segundo plano o critério cronológico, destacando a importância da capacidade funcional para manutenção da autonomia e da qualidade de vida.

Léger et al., (1994) concordam com Kalache et al., (1987) no sentido de que, para definir envelhecimento, a idade não é critério suficiente, pois cada indivíduo se comporta neste domínio de forma variável em função de fatores genéticos, mas também por consequência do peso do meio-ambiente. A longevidade de algumas

profissões (profissionais liberais, professores, etc.) em relação a outras (trabalhadores braçais e outros) testemunham-no largamente. O papel da alimentação e das condições de vida constitui um outro argumento para apoiar essa hipótese.

Outro autor que escreve sobre a dificuldade do estabelecimento de critérios para definir envelhecimento é Veras (1994, p.25).

Velhice é um termo impreciso e sua realidade difícil de perceber. Quando uma pessoa se torna velha? Aos 50, 60, 65 ou 70 anos? Nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social.

Segundo Veras (1994) do ponto de vista cultural a velhice é percebida de maneiras diferentes em lugares diferentes. Assim, ela deve ser percebida de modo distinto em um país com expectativa de 37 anos de vida ao nascer, tal como Serra Leoa, quando comparada à maneira pela qual é percebida em um país com uma expectativa de 78 anos de vida ao nascer, como no Japão.

Em 1974, a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), ao definir o idoso, levou em consideração, além do critério cronológico, o grau de desenvolvimento do país, propondo que, para os países em desenvolvimento, o idoso seja o indivíduo com 60 anos ou mais e, para os países desenvolvidos, com 65 anos ou mais.

Ferrari (1975) afirma que a velhice é uma fase da vida rica em perspectivas e vivenciada em fracassos. É preciso lembrar, porém, que a sabedoria, a maturidade e a tranqüilidade não aparecem de repente ao se entrar na velhice. Esta é um processo contínuo para a qual o indivíduo deve preparar-se desde o início de sua existência.

Skinner & Vaughan (1985) afirmam que a boa época para pensar sobre a velhice é na juventude, sendo possível, então, melhorar as chances de vir a vivê-la bem quando a mesma chegar. Fazem uma analogia interessante afirmando que, se pretendêssemos passar o restante de nossas vidas em outro país, deveríamos aprender o máximo sobre ele. Assim, deveríamos ler sobre seu clima, povo, história,

arquitetura e conversar com pessoas que lá viveram. Eles colocam que a velhice é, em parte, como um outro país, onde poderemos viver bem se nos prepararmos com antecedência.

Kaplan e colaboradores (1997), afirmam que uma história familiar de longevidade é o melhor indicador de vida longa. Quase 50% dos pais de pessoas que vivem mais de oitenta anos também viveram além desta idade. O autor coloca que muitos fatores que levam a uma vida mais curta podem ser evitados, aliviados ou retardados; apenas a hereditariedade é um fator que foge ao controle da pessoa. Entre os indicadores de longevidade que estão sob controle do indivíduo, incluem-se exames médicos regulares, consumo mínimo, ou nenhum, de cafeína ou álcool, satisfação com o trabalho, um senso de si mesmo como sendo útil à sociedade, um papel altruísta enquanto cônjuge, professor, mentor, pai/mãe ou avô/avó. A dieta e os exercícios também estão associados à saúde e à longevidade. Favorecer meios para que a população tenha uma maior longevidade com qualidade de vida é fundamental visto que o número de idosos tem crescido rapidamente.

Existem, no envelhecimento, características gerais e outras que variam de acordo com a pessoa. Assim, Rozestraten (1987) mostra que, enquanto na infância se obedece a uma série de etapas geneticamente definidas que se seguem sistematicamente, na velhice não se constata isso. É possível se ter um conceito bastante claro e definido sobre o que um menino de sete anos sabe fazer, mas o mesmo não podemos dizer de um homem de 70 anos. Ele pode ser um presidente, um grande maestro ou um esclerosado sem memória. Não há também uma seqüência de decadências nos diversos órgãos que invariavelmente seguiriam determinadas fases. O que vai acontecer na velhice depende muito da maneira como a pessoa viveu enquanto adulto. Há ainda diferentes visões sobre o futuro. Em geral o idoso não estabelece mais alvo de realização - quem não se realizou como adulto dificilmente o fará como velho - embora exista exceções à regra. O autor coloca que, por suas limitações, o idoso tem uma consciência de estar mais perto da morte, o que para uns é motivo de paz e tranqüilidade (a fé de encontrar um outro mundo depois da morte) ou de pavor (a incerteza de um pulo no escuro).

Wagner (1996) coloca que no conceito da própria velhice se constata um

paradoxo. A velhice do outro é caracterizada por perdas e características indesejáveis, mas a própria será positiva, cuidada, independente, participante e integrada.

2.2. Transição Demográfica

O envelhecimento populacional não envolve apenas o aumento do tempo de vida médio do indivíduo, mas também, a capacidade reprodutiva da população, ou seja, há o aumento da proporção de pessoas com idade avançada em uma população com relação à diminuição de jovens nesta mesma população. (Ramos, 1993)

A partir da década de 70 o grupo etário de 60 ou mais anos vem apresentando taxas de crescimento progressivamente mais altas e sempre superiores à população total e jovem. (Ramos et al., 1987). Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 1998, o Brasil possuía cerca de 13.910.000 de idosos, aproximadamente 8% da população brasileira e alcançou 9,1% em 1999. De 1995 a 1999, o número de idosos aumentou em 1,8 milhão. A previsão do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são de que o país possa vir a contar com 36 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos em 2020. (Garrido e Menezes, 2002; Amaral et. al., 2004) Segundo Kalache et al. (1987), o Brasil terá em 2025 a sexta população mais idosa do mundo em termos absolutos.

O envelhecimento populacional pode ser observado na pirâmide populacional, que passa de um modelo piramidal (população em crescimento) para um modelo forma “em barril” ou retangularizada (população estabilizada) (Figura 1). (Kalache et al., 1987). Ficam nítidas as tendências a um estreitamento da base da pirâmide, devido à menor entrada de recém-nascidos na população, e um alargamento das porções médias e superiores, significando um maior contingente de pessoa atingindo idades mais avançadas (Fundação IBGE, 1981). (Ramos et al., 1987)

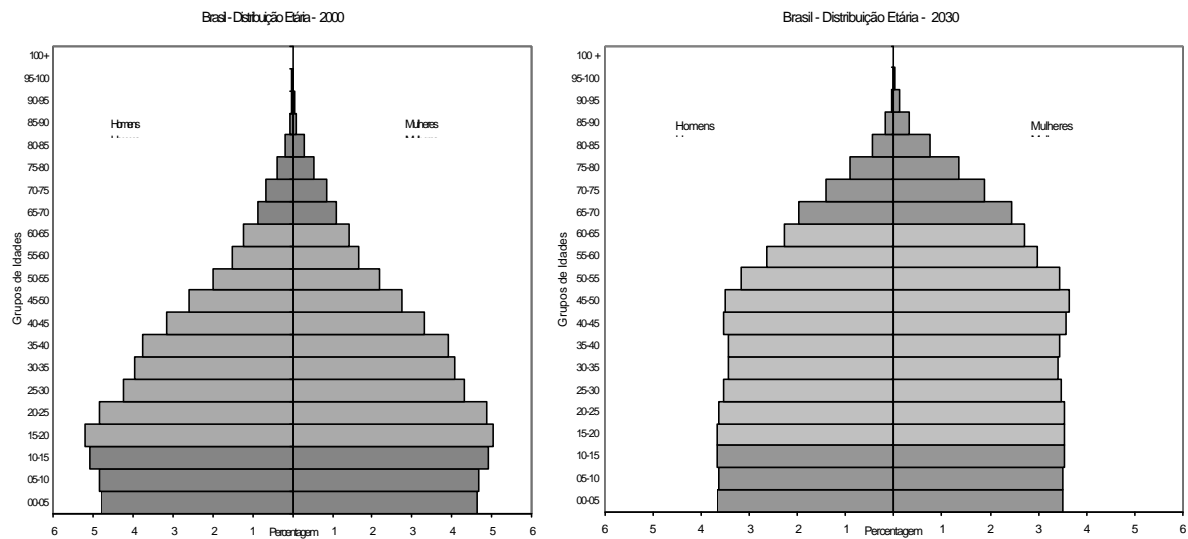


FIGURA 1 - Brasil. Distribuição Etária em 2000 e 2030.

Para Veras (1994), a principal característica demográfica do processo de envelhecimento de uma população não é o prolongamento do período de vida de seus indivíduos em decorrência da mortalidade, mas a diminuição de suas taxas de fecundidade.

Segundo Silva (2005), no Brasil, conforme dados do IBGE, 44% das mulheres em idade reprodutiva têm menos de dois filhos. Só existe fecundidade maior (mais de 4 filhos por mulher) nos “bolsões de miséria”, mas isso corresponde somente a 6,2% do total. Tendo em vista a continuidade da queda dessa taxa, o país terá que estimular a reprodução, como tem sido feito em muitos países desenvolvidos, seja incentivando as mulheres em idade fértil a ter mais filhos, seja ajudando aquelas com problemas de infertilidade.

Para Chaimowicz (1997), a transição demográfica foi determinada mais pela ação médico-sanitária do Estado através de políticas urbanas de saúde pública como a vacinação, higiene pública e outras campanhas sanitárias que por transformações estruturais pudessem se traduzir em melhoria da qualidade de vida da população. Dentre estas ações, no final da década de 40 e início dos anos 50, foram introduzidos os exames radiográficos, a vacina BCG e uma série de drogas potentes no sentido de diminuir a incidência da tuberculose. (Kalache et al., 1987)

Segundo Gomes & Ferreira (1985), Berquó & Leite (1988), Ramos et al., (1987) houve, nos últimos anos, um aumento mundial no número de idosos atribuídos às melhores condições sanitárias, à profilaxia de doenças, ao surgimento de novas drogas e ao planejamento familiar.

Segundo Laurenti (1990), a transição demográfica, ocorreu de maneira lenta e gradual nos países industrializados da Europa e EUA. No entanto, para o Brasil e países da América Latina, a queda acelerada da mortalidade a partir da década de 40, vêm contribuindo para a acumulação progressiva de idosos nestas populações.

Não há dúvidas de que a transição demográfica no Brasil possui dimensões complexas, sobretudo no que diz respeito à velocidade com a qual o mesmo vem ocorrendo. Para evidenciar melhor a dimensão do processo de envelhecimento no Brasil, tomemos como parâmetro, a França, onde foram necessários 120 anos para que o número de idosos passasse de 7% do total dos habitantes do país para 14%. (Silva, 2005)

Nas primeiras décadas do século XX, a expectativa de vida ao nascimento era de 33,7 anos, tendo atingido 43,2 anos em 1950. No decorrer da década imediatamente posterior, a expectativa de vida aumentou, passando para 55,9 anos. Na década de setenta, a expectativa de vida ao nascimento passou a 57,1 e, em 1980, ela atingiu 63,5 anos. Segundo relatos do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), esse índice em 2001 correspondia há 67,8 anos. (Silva, 2005)

Segundo Veras (1994) existem, porém, no Brasil, grandes diferenças regionais quanto à expectativa de vida ao nascer, pois o país possui áreas de pobreza absoluta e regiões industrializadas bastante desenvolvidas. Nenhum país é homogêneo, mas as discrepâncias entre as áreas não são geralmente tão gigantescas quanto no Brasil. Enquanto na região nordeste é de 51 anos, na região sul é de 67 anos. (Fundação IBGE, 1991). Todavia, o Brasil apresentava em 2001, uma expectativa de vida inferior a outros países da América Latina, como é o caso do Uruguai com 75,1; Argentina 73,9; Colômbia 71,8 e Paraguai 70,5. (Silva, 2005).

O prolongamento da vida é mais elevado nas camadas sociais privilegiadas, chegando com uma esperança de vida de 70 a 80 anos. Há entre os idosos um aumento do número e da proporção dos muito idosos ou aqueles que estão acima dos 80 anos, às vezes chamados “os velhos mais velhos”. (Camarano, 2004) Atualmente em países do primeiro mundo já se usa o termo quarta idade para designar pessoas que estão na faixa etária acima de 80 anos, porém acreditamos que daqui alguns anos essa idade também possa ser estendida. Silva (2005)

2.3. A Feminização da Velhice

Segundo Camarano (2004), o envelhecimento também é uma questão de gênero. Considerando a população idosa como um todo, observa-se que 55% é formada por mulheres que apresentam uma esperança de vida superior à dos homens. Segundo Berquó & Leite (1988), em 1970, no grupo de 60 anos havia 5,4% mais mulheres que homens; este percentual cresce para 16,9% com a faixa etária de 70 anos, atingindo 44,9% para os muitos idosos, ou seja, pessoa de 80 ou mais anos de idade.

Em 2000, havia 63 milhões a mais de mulheres que de homens com 60 anos e mais e, nas idades mais avançadas, há de duas a cinco vezes mais mulheres que homens ¹.

Assim, pode-se dizer que essa diferença acentua-se com a idade: a razão de sexo é de 118 mulheres para cada 100 homens na faixa etária de 65-69 anos e de 141 para cada 100 homens no grupo de 80 anos ou mais. A expectativa de vida ao atingir 60 anos também acompanha o sexo, com mais 19,3 anos de vida, em média, para as mulheres contra 16,8 anos para os homens. (Garrido e Menezes, 2002)

Ao lado de diferenças biológicas - como, por exemplo, o fator de proteção conferido por hormônios femininos em relação à isquemia coronariana – há várias explicações para tais diferenças: (Veras, 1987,1994).

¹ Disponível em <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>. Acesso em 25 ago. 2006.

- 1) Diferença de exposição às causas de risco de trabalho, bem como, entre as mortes por causas externas onde os homens morrem quatro vezes mais que as mulheres.
- 2) Diferenças no consumo de tabaco e álcool
- 3) Diferenças de atitude em relação às doenças e incapacidades – as mulheres, em geral, são mais atentas ao aparecimento de sintomas, têm um conhecimento melhor das doenças e utilizam mais os serviços de saúde do que o homem. Além disso, em geral, a mulher se sente com mais liberdade para expressar seus problemas físicos do que o homem.
- 4) Assistência médico-obstétrica – fez com que houvesse diminuição nos índices de mortalidade materna.

Ainda segundo Veras et al (1987), os fatores de risco que afligem os homens em breve poderão se estender à mulher devido à sua crescente luta pela defesa de igualdade de oportunidades e pela ampliação do seu espaço no mundo contemporâneo. Um exemplo característico é o consumo de cigarros, maior participação da mulher na força de trabalho a fim de contribuir financeiramente com o orçamento doméstico.

Ainda segundo Veras e colaboradores (1987), com o aumento no tempo de vida das mulheres, ocorre também o aumento do número de mulheres viúvas, o resultado é um período mais extenso de solidão entre as mulheres viúvas (ou divorciadas) em relação ao homem. Além disso, as taxas de segundo casamento em todas as idades são maiores entre os viúvos do que entre as viúvas. Uma outra consequência dessa maior longevidade da mulher em relação ao homem é a maior frequência, neste sexo, dos longos períodos de doenças crônicas.

Uma vez que as mulheres predominam entre os muito idosos e os que têm pouca saúde, diz-se, com frequência, que os problemas de pobreza, na velhice, são e continuarão sendo em grande parte, um problema das mulheres. (Sobral et al. 1995)

2.4. Migração Rural e Urbanização

Tem-se observado que, ao mesmo tempo em que ocorrem mudanças nas faixas etárias da população, outras transformações também acontecem como as culturais sociais e econômicas. No Brasil, há 35 anos, dois terços de uma população de 50 milhões de habitantes viviam em zonas rurais. Atualmente, quase três quartos dos 130 milhões vivem em áreas urbanas, metade dos quais em aglomerados urbanos de mais de um milhão de pessoas (Kalache et al., 1987).

A sociedade brasileira é predominantemente urbana e experimenta nessas áreas um intenso processo de envelhecimento populacional. A maioria dos idosos brasileiros, cerca de 80% reside no meio urbano e cerca de 20% reside no meio rural. (Veras et al, 1987).

Segundo Veras (1994), o movimento migratório em nosso país deveu-se a várias causas como: desemprego rural, diferença salarial campo/cidade, concentração de serviços públicos nas cidades, influência da mídia que criou e continua criando uma falsa idéia sobre a vida nas grandes cidades, etc. Os movimentos migratórios acompanharam o processo de expansão das fronteiras econômicas. Nesse contexto, tivemos nos últimos 40 anos, particularmente após a década de 50, um intenso processo de concentração urbana da população brasileira.

No processo de migração, o idoso permanece no local de origem e, os jovens migram para os grandes centros, em busca de trabalho e melhores condições de vida. Desta forma, o idoso fica só e enfrenta dificuldades para se manter financeiramente. Portanto, essas regiões do País (regiões menos desenvolvidas), apresentam uma maior proporção de idosos com relação aos jovens. (Garrido e Menezes, 2002).

Caso o migrante leve consigo a sua família e, com isso o idoso também migrar, esta nova situação pode acentuar diversos problemas, tais como dificuldades financeiras, deterioração das condições de saúde, solidão e exposição a violências,

principalmente aos relacionamentos inter-geracionais².

2.5. Mudanças na estrutura familiar

Os principais cuidadores dos idosos são familiares na sua maioria mulheres, que, geralmente, residem no mesmo domicílio e se tornam as cuidadoras de seus maridos, pais e até mesmo filhos. Por causas predominantemente culturais, o papel da mulher cuidadora, no Brasil, ainda é uma atribuição esperada pela sociedade (Néri, 1993). Mesmo morando com os seus pais, a atual geração de mulheres integra desde cedo o mercado de trabalho. Para as mais jovens a vida profissional representa as fundações de seu futuro, em torno do qual irão organizar como puderem os futuros acontecimentos familiares. (Karsch, 2003).

Uma importante decorrência dessa maior participação da mulher na força de trabalho é a ausência, na família, de alguém que cuide do idoso em caso de doença e /ou incapacidade física. Essas funções, tradicionalmente ligadas à mulher, estão exigindo novas soluções nas grandes cidades brasileiras. (Veras et al, 1987).

Com o envelhecimento ocorrem modificações na estrutura familiar, anteriormente o pai, considerado o chefe de família, trabalhava para o sustento da esposa e filhos e a esposa e mãe cuidava do lar, da educação dos filhos e dos cuidados com algum idoso da família. Hoje, na grande maioria das famílias, marido e mulher exercem atividades profissionais, além dos cuidados do lar. Os filhos ficam entregues as "babás", creches ou escolas e, pelo mesmo motivo, além da falta de espaço físico, não há mais possibilidade de se cuidar dos idosos, principalmente se estes são dependentes nas atividades da vida diária (vestir-se, alimentar-se, locomover-se), havendo em algumas situações, necessidade de se institucionalizar o idoso. (Cohen & Louzã, 1990)

Segundo Veras et al. (1987), o aumento do número de divórcios e separações, também contribui para a redução do apoio familiar ao idoso, bem como dos sistemas informais de ajuda dos parentes, vizinhos ou amigos. Assim, ocorre

² Disponível em www.saúdeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_print.asp?cod_noticia=91. Acesso em 10 out. 2006.

uma maior proporção das pequenas famílias (nucleares) em detrimento de um padrão de família extensa e, os idosos acabaram ficando sozinhos e desamparados.

Para o idoso que por toda a sua vida teve uma grande família, que se caracterizava por uma marcada solidariedade sócio-cultural, com um suporte provido pelos mais jovens, rodeados de muitas crianças, esta mudança pode ser muito complicada, causando desmotivação, sensação de desamparo e sintomas depressivos³.

Apesar do aumento na longevidade trazer para muitos uma grande satisfação, surgem problemas a serem resolvidos, pois a estrutura sócio-econômica, cultural e familiar, sofreu, nos últimos cinquenta anos, grandes transformações. Uma nova forma de convívio está aparecendo: a “intimidade à distância”, segundo a qual as pessoas não moram na mesma casa, mas se visitam, telefonam e trocam favores. Como fica este convívio à distância no momento em que um idoso da família se torna dependente? (Karsch, 2003)

Por outro lado, segundo os dados do IBGE, referentes ao ano de 2002, quase seis milhões de idosos têm filhos e outros parentes sob sua responsabilidade. Este dado é fundamental para desmistificar a imagem negativa do idoso como dependente de seus parentes, e pode-se perceber que o mesmo desempenha um papel sócio-econômico de fundamental importância na família. Este fato pode contribuir para o rompimento de preconceitos e da falta de solidariedade com essa parcela da população, muitas vezes associada à carga e inutilidade social. (Silva, 2005)

Segundo o mesmo autor, um outro fenômeno é o crescimento do número de netos e bisnetos que vivem sob custódia dos avós, sendo, na maioria das vezes, cuidados e sustentados por eles. Em 1991, eram 2,5 milhões de netos e bisnetos, passando para 4,2 milhões em 2000. Tal fenômeno pode contribuir positivamente no que concerne ao diálogo e a solidariedade entre as gerações, desde que o idoso

³ Disponível em www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_print.asp?cod_noticia=91. Acesso em 10 out. 2006.

não seja explorado e assuma a mera posição de responsável, mas seja visto como sujeito com uma contribuição social a oferecer.

2.6. A Institucionalização do Idoso

Muitas vezes, a instabilidade econômica e a dependência física trazem o idoso para mais próximos de seus familiares que, nem sempre, aceitam a função de cuidadores. A institucionalização aparece, então, como uma opção bastante procurada. O idoso institucionalizado é obrigado a adaptar-se a uma rotina de horários, a dividir seu ambiente com desconhecidos e a distanciar da família. A individualidade e o poder de escolha são substituídos pelo sentimento de ser apenas mais um dentro daquela coletividade. (Porcu et al., 2002)

Segundo Silvestre e Costa Neto (2003), a internação dos idosos em serviços de longa permanência representa um modelo excludente e que causa uma importante deterioração na capacidade funcional e autonomia.

Segundo Louzã Neto et al., (1986), os institucionalizados desenvolvem um sentimento de que o tempo passado na instituição é perdido ou tirado de suas vidas, devendo ser "apagado" e/ou o sentimento de que esta situação é o início do fim, a confirmação de que a vida realmente já terminou e que estariam esperando o desenlace final. Os autores acreditam que a instituição tira a identidade do idoso, vindo a ser quase sempre o único suporte que o idoso possui um apoio, um local "agradável" de viver, sendo que, estando no mundo externo, a qualquer dificuldade encontrada ele tem a tentação de voltar. Os autores fazem uma crítica afirmando que o idoso internado torna-se hostil a qualquer mudança do meio externo, sendo modelado pela instituição em seus atos, usos e costumes.

Sager et al. (1996) demonstraram que, comparando a capacidade de realização de atividades básicas da vida diária que o idoso possuía antes da internação, em um leito de pacientes agudos por curto prazo de tempo, em relação à do momento da alta, levou a uma significativa queda desta capacidade.

Sobre os motivos alegados pelos idosos para irem para a instituição, Ferrari

(1975) realizou um estudo em 71 entidades de São Paulo e verificou que o desajustamento familiar foi à causa da procura da instituição em 52,8% dos casos, o desajustamento social em 28,5%, a falta de recursos em 14,2% e outras causas, incluindo a assistência médica, em 4,5%.

Louzã Neto et al. (1986), colocam que as internações, tanto em enfermarias de geriatria como em instituições totais, podem ocorrer por razões sociais e familiares.

2.7. Aumento de Idosos: Os Serviços de Saúde estão preparados para essa nova realidade

Segundo Porcu et al. (2002), o idoso na maioria das vezes, é um freqüentador assíduo dos serviços de saúde, seja pela gama de situações médicas características da idade ou pelas muitas queixas taxadas de psicossomáticas e, frequentemente, subestimadas pelos profissionais de saúde.

Para Porcu e colaboradores (2002), a abordagem médica tradicional, focada em uma queixa principal, e o hábito médico de reunir as queixas e os sinais em um único diagnóstico, pode ser adequada ao adulto jovem, mas não ao idoso. Sabe-se que o idoso apresenta peculiaridades distintas das demais faixas etárias, e que sua avaliação de saúde deve ser feita objetivando a identificação de problemas subjacentes à queixa principal, incluindo as avaliações funcionais, cognitivas, psíquicas, nutricionais e sociais, que interferem diretamente na sua saúde, grau de autonomia e independência.

Pelo fato de lidarmos com um grupo etário que tem crescido rapidamente em pouco tempo, existe uma enorme carência de profissionais treinados, com formação específica e cursos reconhecidos pela qualidade acadêmica. Há uma inadequação do setor saúde, no que tange a recursos humanos, materiais, tecnológicos e alternativos para lidar com as características do envelhecimento. (Feliciano et al., 2004)

Segundo Saad (1990), deve-se considerar a existência de um consenso na área médica quanto à necessidade de estratégias diferenciadas para a atenção à saúde do idoso, o que por si só representa uma demanda específica por maiores recursos humanos especializados.

Os modelos a serem propostos para assistência ao idoso devem estar baseados na falta de profissionais geriatras, ou seja, a assistência deverá ser exercida pelo médico clínico, que necessitará de instrumentos, particularmente aqueles que permitam a identificação mais correta possível dos distúrbios, a fim de que ele seja capaz de saber como tratar e quando encaminhar para o profissional com treinamento específico em envelhecimento humano. (Veras, 2003)

O setor saúde necessita modernizar-se e para tal é necessário que haja investimentos na capacitação profissional e em tecnologia da informação a fim de permitir ao médico e aos demais profissionais de saúde um acesso ágil às informações epidemiológicas dos seus pacientes para que a partir desses dados possam tomar uma decisão tecnicamente mais qualificada e que a relação custo/efetividade seja a mais eficiente (Veras, 2002).

As principais causas de internação entre idosos correspondem a doenças cuja ocorrência de agravos pode ser minimizada quando devidamente orientados a respeito da adoção individual de novos hábitos de vida – redução do tabagismo e do consumo excessivo de álcool; dieta com baixo teor de gordura; prática rotineira de atividade física – e/ou por intervenções dos serviços de saúde – atividades educativas; campanhas de vacinação contra gripe, atendimento domiciliar, entre outras. (Loyola Filho et al., 2004).

Para Gordilho et al. (2001) a capacitação de recursos humanos especializados deve merecer atenção especial, sobretudo no tocante ao que define a Lei nº 8080/90, em seu Art. 14 e parágrafo único, nos quais está estabelecido que a formação e a educação continuada contemplarão ação intersetorial articulada. A lei estabelece como mecanismo fundamental, a criação de comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de “propor prioridades, métodos e estratégias”.

Ainda segundo Gordilho et al (2001), no âmbito da execução de ações, de forma mais específica, a capacitação buscará preparar os recursos humanos para a operacionalização de um elenco básico de atividades, que incluirá, entre outras, a prevenção de perdas, a manutenção e a recuperação da capacidade funcional da população idosa e o controle dos fatores que interferem no estado de saúde desta população.

Segundo Costa Neto e Silvestre (1999), é de fundamental importância que novas técnicas de avaliação e identificação de idosos no âmbito hospitalar proporcionem o correto diagnóstico e a instituição de abordagens terapêuticas apropriadas, voltadas para reabilitação precoce e retorno à sociedade desse idoso com sua capacidade funcional preservada sempre que possível. (Motta, 2001)

2.8. Transição Epidemiológica

Omran e outros autores descreveram este processo como a evolução de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para um outro onde predomina os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas (Omran, 1971, 1996; Prata, 1992; Barreto & Carmo, 1995).

Segundo Schramm e colaboradores (2004), a transição epidemiológica refere-se às modificações em longo prazo e ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. O processo engloba três mudanças básicas: 1) substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; 2) deslocamento da maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e 3) transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade é dominante. Modifica-se o perfil de saúde da população; ao invés de processos agudos que “se resolvem” rapidamente através da cura ou do óbito, tornam-se predominantes às doenças crônicas e suas complicações, que implicam em décadas de utilização dos serviços de saúde.

Segundo Mathias e Soboll (1996), os padrões de morbidade na população humana estão em constante modificação. Observam-se mudanças na incidência e prevalência das doenças, bem como nas principais causas de morte. Ao invés de processos agudos, tornam-se predominantes às doenças crônicas e suas complicações, que implicam em décadas de utilização dos serviços de saúde. (Chaimowicz, 1997). Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um quadro caracterizado por enfermidades complexas e onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas (Veras, 2003; Gordilho, et al. 2001).

De acordo com Chaimowicz (1997), existe uma correlação direta entre os processos de transição epidemiológica e demográfica. A princípio, o declínio da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e tende a beneficiar os grupos mais jovens da população, que passam a conviver com fatores de risco associados às doenças crônico-degenerativas e, na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida, as doenças não-transmissíveis tornam-se mais freqüentes.

No Brasil, a transição epidemiológica não tem ocorrido de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países industrializados. Há uma superposição entre as etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; a reintrodução de doenças como dengue e cólera ou o recrudescimento de outras como a malária, hanseníase e leishmanioses indicam uma natureza não-unidirecional denominada *contra-transição*; o processo não se resolve de maneira clara, criando uma situação em que a morbi-mortalidade persiste elevada para ambos os padrões, caracterizando uma transição prolongada; as situações epidemiológicas de diferentes regiões em um mesmo país tornam-se contrastantes (*polarização epidemiológica*). (Schramm et al., 2004)

Segundo Veras (1988), deve ser assinalado também que as características sociais do envelhecimento dos países da Europa e daqueles do Terceiro Mundo diferem quanto ao ritmo e à época em que ocorreu este processo. Assim, o aumento percentual de idosos em relação às demais faixas etárias ocorreu nos primeiros em época na qual o poderio econômico permitia-lhes fazer frente aos investimentos

necessários, visando criar infra-estrutura adequada para poder fazer frente a doenças limitantes, crônico-degenerativas, comuns em idosos. Essas, à época, já começavam a assumir papel de relevância entre os indivíduos dessa faixa etária, deslocando para um segundo plano as afecções infecto-contagiosas.

Assim, gradualmente se estabelece uma competição por recursos: de um lado, problemas prementes, tais como desnutrição, diarreia, sarampo; de outro, um número crescente de casos de diabetes, acidentes vasculares cerebrais ou demência senil. Portanto, ao lado de doenças infecciosas e parasitárias, as doenças crônicas, sobretudo nas principais cidades brasileiras, estão se tornando progressivamente mais expressivas e, que para o cuidado adequado dependem de intervenções custosas, envolvendo tecnologia complexa. (Veras, 1988)

2.9. Principais Causas de Morbidade em Idosos

O conceito de doenças crônico-degenerativas envolve as patologias com longo período de latência, assintomáticas, curso clínico lento onde as pessoas somente procuram ajuda quando os sintomas já são insuportáveis para elas ou já se sentem muito doentes e, com múltiplos e complexos fatores de risco. (Lessa, 1998)

São consideradas doenças crônicas: as doenças cardiovasculares, o diabetes, a hipertensão arterial, vários tipos de cânceres, as doenças auto-imunes entre outros. Atualmente foram acrescentados, todos os agravos não-transmissíveis, como as lesões causadas por violência e os acidentes, sendo denominadas de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT). Muitas doenças deste grupo têm fatores de risco comuns e, demandam por assistência continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta de envelhecimento dos indivíduos e da população. (Achutti e Azambuja, 2004).

Na instrução normativa que instituiu o Subsistema Nacional de Vigilância das DANT, publicada pelo Ministério da Saúde, foram definidos como pertinentes a esse campo de atuação: (a) fatores de risco dessas doenças, quais sejam sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, hábitos alimentares irregulares, obesidade, hipertensão arterial e os decorrentes de atividades ocupacionais; e (b)

morbi-mortalidade por doenças do cérebro e cardiovasculares, diabetes mellitus, câncer, doenças mentais e agravos decorrentes de causas externas. Como estratégias de monitoramento estão previstas e/ou em desenvolvimento a realização de inquéritos e pesquisas, bem como a utilização de dados secundários, provenientes de sistemas de informação. (Brasil, 2002)

Mundialmente, a carga de doença relacionada aos agravos não-transmissíveis tem se elevado rapidamente e sua prevenção tem sido o maior desafio para a saúde pública. A inatividade física juntamente com as dietas chamadas “não saudáveis” tem elevado à incidência das doenças não-transmissíveis, incluindo as doenças cardiovasculares, diabetes do tipo 2 e certos tipos de câncer, explicando assim a importância destas doenças nas estimativas da carga global de doença. (Schramm et al, 2004).

Ramos e colaboradores (1993), em um estudo epidemiológico realizado na cidade de São Paulo com 1.602 idosos de 60 anos e mais de idade, mostraram que 86% dos entrevistados disseram ser portadores de pelo menos uma das seguintes doenças crônicas: reumatismo, asma, hipertensão, má circulação, diabetes, lesão de pele, prisão de ventre e insônia.

Progressivamente os indicadores de mortalidade, sozinhos, não informam adequadamente sobre a situação de saúde de uma comunidade. Faz-se, então, premente uma maior utilização dos dados de morbidade, sob a perspectiva epidemiológica, tendo em vista a crescente possibilidade de adoecer sem morrer e a necessidade de expansão e avaliação dos serviços de saúde. (Mathias, 1996)

Segundo Laurenti (2000), assim como os estudos de mortalidade permitem ações específicas de prevenção, a análise da frequência desse grupo de doenças, constituído pela morbidade hospitalar, resulta em uma fonte maior de informações. A análise das internações por causas permite que se avalie a frequência de cada uma, o tempo de permanência no hospital, os valores gastos com cada doença, entre outros.

O idoso, segundo Gutierrez Gambaro (1987), requer com frequência a

hospitalização basicamente por patologias degenerativas (cardiovascular, acidente vascular cerebral, demências e afecções neoplásicas), patologias agudas (infecções respiratórias, como broncopneumonia, infecções do trato urinário, etc.), e por problemas traumáticos (fraturas em geral).

Os idosos além de apresentar altos índices de internação, permanecem por mais tempo hospitalizados; a assistência oferecida no ambiente hospitalar embora emergencial e prioritária, cria dependência que dificulta o retorno ao lar. Tem-se registrado que muitos pacientes idosos têm enfrentado inúmeras dificuldades após alta hospitalar e apresentado alto potencial para readmissão. (Walters, 1987)

A hospitalização por longos períodos é desagradável para o idoso, pois há alterações nos hábitos de vida, afastamento dos familiares e amigos, afastamento dos objetos pessoais, receio quanto ao prognóstico, medo da morte, dependência e dificuldades de adaptação a novas situações. Acredita-se que a alta taxa de reinternação deve-se a inúmeros fatores como a vulnerabilidade física, a falta de recursos familiar e comunitário e a falta de preparo dos familiares para lidar com as especificidades dessa faixa etária. (Oliveiras, 1983)

Segundo Porcu et al (2002), a doença na terceira idade tem significados especiais trazendo consigo o receio da dependência física, a desesperança em obter melhoras e a percepção do inexorável destino que se aproxima a morte. A irreversibilidade de suas fraquezas é, para o idoso, um forte motivo para uma descompensação funcional no plano psicológico. A hospitalização na velhice aproxima ainda mais essa realidade.

2.9.1. Compressão da Morbidade

Segundo Achutti e Azambuja (2004), em reunião realizada no Rio de Janeiro em novembro de 2003, com representantes do Ministério da Saúde, da OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), OMS (Organização Mundial de Saúde), foi dito que este conjunto de doenças (Doenças Crônicas Não-Transmissíveis – DCNT) é responsável por 60% das mortes e incapacidade em todo o mundo, numa escala progressiva, podendo chegar a 73% de todas as mortes em 2020.

Ainda segundo o autor algumas premissas são citadas em documento resultante da reunião do Rio de Janeiro como alerta para esta possível epidemia, entre elas:

1. As DCNT são decorrentes do estilo de vida ocidental;
2. A adoção deste estilo de vida por populações em vias de desenvolvimento determina uma modificação de seu perfil de morbidade, aumentando a importância das DCNT (Transição epidemiológica);
3. Estes fatores de risco são os mesmos ao longo do tempo e no espaço;
4. Seus efeitos são modificáveis por intervenção sanitária;
5. A redução na mortalidade por DCNT verificada nos EUA e em outros países semelhantes deve-se à intervenção sanitária sobre os fatores de riscos.

A intervenção sobre os fatores de risco, como ocorreu nos EUA, faz com que ocorra um atraso no aparecimento das doenças (Compressão da morbidade). A hipótese de compressão da morbidade proposta por Fries (1989) postula que, com a expectativa de vida adulta se aproximando de seu limite biológico, se a incidência de doenças incapacitantes puder ser retardada para idades posteriores, então a morbidade será comprimida para um período mais curto de vida. Esta é a concepção que justificaria a intervenção sanitária precoce e continuada preconizada pelas organizações internacionais (promoção da saúde, prevenção primária e secundária). (Achutti e Azambuja, 2004; Fries, 2005).

O que se almeja é aumentar o tempo de vida, se possível até o limite biológico, com qualidade e autonomia. A tese de Fries transfere para o indivíduo esta “opção” de se aproximar do limite biológico⁴. Ao sugerir a compressão da morbidade, ele está dizendo que a informações epidemiológicas disponíveis já estão bem consolidadas e permitem transferir para cada um a sua escolha. Em outras palavras, se um indivíduo faz uso de tabaco, de álcool, leva uma vida estressada,

⁴ Nos dias atuais, o relógio biológico da espécie humana atinge os 90 a 95 anos, estes valores são aceitos por vários estudiosos.

ingere grande quantidade de gordura animal, consome açúcar em excesso, não faz atividade física, ou seja, não leva uma vida definida como saudável, ele, individualmente, está optando em reduzir anos de vida. (Veras, 2002)

2.9.2. Informações sobre Morbidade

O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) constitui-se em um banco de dados administrativo, cuja principal finalidade é o pagamento da atenção hospitalar coberta pelo SUS. Esse sistema possibilita a geração de informações importantes relativas à morbidade, definida em termos das causas principais de internação, quanto à descrição da assistência e do uso de recursos hospitalares (ex.: tempo de permanência, uso de UTI, procedimentos diagnósticos ou procedimentos de alta complexidade, valores pagos) quanto à função da causa principal de internação, variáveis demográficas, geográficas e relativas à natureza e complexidade do hospital. (Loyola Filho et al., 2004)

O SIH/SUS foi concebido para operar o sistema de mapeamento de internação dos hospitais contratados e tem apresentado melhoras gradativas ao longo de sua existência. Sua abrangência limita-se às internações no âmbito SUS, excluindo, portanto, as que são custeadas diretamente ou cobertas por seguro-saúde. Segundo estimativas, esse sistema reúne informações sobre cerca de 70% das internações hospitalares do país. Outra limitação é aquela relativa ao fato de que reinternações ou transferências do mesmo paciente para outros hospitais não são identificadas, o que pode resultar em contagens cumulativas (Jorge, 2004).

2.9.3. Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

A unidade de observação do SIH/SUS é a autorização de internação hospitalar (AIH), que pode corresponder a uma internação de caráter agudo/curta permanência ou a um período delimitado de uma internação de longa permanência. Nos procedimentos de longa duração, emite-se inicialmente uma AIH do tipo 1 com determinado número, que deve cobrir 45 dias de internação. A partir dos 45 dias, podem ser emitidas até duas AIH's do tipo 5 com o mesmo número da primeira e

validade de trinta e um dias cada uma. Se a internação tem continuidade, emite-se uma nova AIH do tipo 1 com outro número. (Portela, M.C. et al., 1997)

A AIH habilita a internação do paciente e gera valores para pagamento. Deve ser preenchida pelo estabelecimento hospitalar prestador do serviço e enviada ao gestor municipal/estadual para o processamento e demais cumprimentos de suas finalidades. Os dados disponíveis para análise são: dados cadastrais da unidade de atendimento; identificação do paciente; dados sobre o diagnóstico principal e secundário codificados pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10); procedimentos realizados e valores pagos (Jorge, 2004).

O estabelecimento hospitalar envia as informações das AIH's para os gestores municipais ou estaduais, que a utilizam para o acompanhamento dos procedimentos realizados durante a internação do paciente e para o pagamento dos prestadores. Essas informações são processadas pelo DATASUS, gerando os créditos referentes aos serviços prestados e formando a base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH – SUS). O SIH é considerado uma valiosa fonte de informações, tanto para pesquisas epidemiológicas quanto para fiscalização e auditoria do Ministério da Saúde (MS).

Os tipos de AIH's existentes atualmente são:

- AIH-1, identificação da internação, que é de emissão exclusiva do gestor do SUS;
- AIH-5, complementar, para ser usada nos casos de cobrança por permanência prolongada.

As AIH's são pagas de acordo com o procedimento realizado, o que faz com que o campo de procedimentos tenda a ser relativamente bem preenchido, sendo esta variável a mais utilizada para pesquisas de custos de internação (DATASUS).

Trabalhos utilizando dados do SIH-SUS, bem como outros bancos de dados secundários, apresentam algumas limitações, sobretudo em virtude da qualidade e abrangência das informações existentes. Os seguintes pontos devem ser considerados: em primeiro lugar, esses dados são referentes às internações pagas

pelo Sistema Único de Saúde, cuja finalidade é o reembolso do procedimento médico realizado; e, em segundo lugar, a possibilidade de emissão de duas ou mais AIH's para um mesmo indivíduo (fracionamento de internações longas, reinternações). Além disso, cabe lembrar que os custos de hospitalizações estão subestimados quando se consideram somente informações existentes no SIH-SUS, uma vez que elas se referem, exclusivamente, às internações reembolsadas pelo SUS. Sabe-se que 29,6% dos idosos brasileiros possuem plano privado de saúde e, portanto, não foram considerados na contabilidade dos custos das internações hospitalares públicas. (Peixoto et al., 2004)

Para Loyola Filho e colaboradores, além das duas condições acima outras distorções podem ocorrer como: estruturação do sistema, que remunera os serviços hospitalares privilegiando a lógica financeira e não a epidemiológica; a característica da oferta dos serviços (a maior ou menor visibilidade de certas doenças pode ser devida à presença, ou não, de serviços voltados especialmente para elas); qualidade do preenchimento da AIH.

Entretanto, vários fatores apontam para a pertinência da realização de estudos com base em dados do SIH-SUS. Um deles diz respeito às elevadas taxas de cobertura do sistema para internações no Brasil, que permitem supor que o quadro real de morbidade hospitalar brasileira se aproxime daquele evidenciado pelo SIH-SUS.

A utilização do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) permite determinar o perfil de hospitalizações da população idosa no âmbito SUS, bem como os custos correspondentes. Apesar de suas limitações, os dados produzidos por este sistema são de fácil acesso e abrange informações de todo o país. (Peixoto et al., 2004)

O documento da AIH possui as seguintes funções:

- Controla a autorização para internação de acordo com a hipótese diagnosticada;
- Identifica o usuário e os serviços a ele prestados; e.

- Possibilita o repasse de recursos para as unidades hospitalares e profissionais contratados, após o controle e avaliação dos procedimentos realizados.

O valor de cada AIH resulta da soma de vários serviços utilizados pelo paciente, tais como: serviços hospitalares, serviços profissionais, serviços auxiliares de diagnose e terapia, cuidados com recém nato, colocação de órteses e próteses, utilização de sangue, tomografias e ressonância magnética nucleares, transplantes entre outros.

2.10. Impacto dos problemas de saúde em Idosos quanto aos custos

Segundo Veras (2002), o envelhecimento e as despesas andam juntos. Para o autor as estimativas oficiais indicam que em trinta anos os países desenvolvidos terão de gastar, pelo menos, de 9% a 16% a mais do Produto Interno Bruto (PIB) simplesmente para cumprir seus compromissos antigos em termos de benefícios de aposentadoria.

Os problemas de saúde nos idosos, acarretam em grandes perdas econômicas que sobrecarregam o Estado já deficiente de recursos através de infinitos atendimentos, dificultando assim, novos investimentos em hospitais e melhoria na folha de pagamentos de médicos e funcionários. Nos Estados Unidos os gastos com a saúde atingiram cerca de 10% do produto interno bruto americano em 1987. Na Grã-Bretanha, entre 1981 e 1986, os gastos aumentaram aproximadamente 48%. (Almeida, 2002). Os custos do sistema de saúde tornam-se pesados mesmo para os países industrializados, especialmente na medida em que aumentam a uma taxa anual de 3,8% ,a fração “muito velha” da população idosa, ou seja, indivíduos acima de 80 anos que consomem recursos desproporcionalmente maiores. (Chaimowicz, 1997)

Os custos atuais com atendimento à saúde da pessoa idosa e, principalmente, as projeções dos mesmos para um futuro não tão remoto, demonstram a preocupação dos países do Primeiro Mundo com a necessidade de investimentos para atender à demanda sempre crescente de recursos. Estima-se que cerca de 50% dos gastos com saúde em nosso país são utilizados pelo setor

público e igual parcela pelo setor privado (Vilar, 2000).

Com o aumento da população idosa, aumentam a preocupação e o interesse pelas medidas que possam avaliar o valor despendido pelo Estado na manutenção da parcela improdutiva (em termos econômicos) da população. A cada ano que passa mais 650 mil idosos são incorporados à população brasileira. Em decorrência do envelhecimento da população e da variação do nível da renda do país até meados do século XXI, a demanda por serviços de saúde para consultas médicas deverá crescer 55%, exames 88%, tratamento 112% e internações 29%. (Kilsztajn et al., 2002)

De acordo com os dados fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em 2002, 18,6% do total de internações apuradas pelas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH's) foram registradas na faixa etária de 60 anos ou mais de idade, para uma população de idosos de apenas 8,5%, em comparação com 20,9% de internações na faixa de zero a 14 anos para uma população de 29,6% e 60,5% de internações na faixa de 15 a 59 anos (61,8% da população total). Assim os idosos exercem maior pressão sobre vários aspectos dos custos de internações hospitalares. (Lourenço et al., 2005)

Segundo Veras (1994), as DANT, geram internações mais caras devido a um complexo aparato tecnológico. Como o perfil de morbidade difere de acordo com a idade e há uma concentração de tecnologia em idades mais avançadas, o envelhecimento provoca uma acentuação do efeito tecnológico.

Para Coelho Filho (2000), o cuidado do idoso é por definição abrangente, envolvendo intervenções em diferentes níveis de atenção e espaços institucionais, incluindo unidades de internação, hospital-dia e centros para cuidado prolongado.

Na medida em que mais pessoas vivem até idade bem avançada, aumenta a prevalência de doenças em que idade é fator de risco, como por exemplo, as doenças cardiovasculares (DVC), tornando necessário melhor conhecimento específico das mesmas e sua apresentação clínica, nessa faixa etária. (Taddei, et

al.,1997). As doenças cardiovasculares que em 1950, eram responsáveis por 12% das mortes, atualmente representam 40% (Gordilho et al., 2001).

Sem querer justificar, pois não há justificativa para a locação aviltante de recursos para os serviços de saúde, é óbvio que as mudanças ocorridas no perfil das doenças mais comuns têm sua parcela de responsabilidade na situação atual. Até 1950 o Brasil apresentava uma estrutura essencialmente agrária e, desde então, transformou-se de forma rapidíssima e, por isso mesmo, caótica em um país urbano e industrializado. O reflexo disto é que em 1930 quase 50% dos óbitos eram causados por doenças infecciosas e parasitárias, enquanto que, em 1980, essas enfermidades foram responsáveis por apenas 10% de número de mortes.

Além disso, a presença de patologias múltiplas, particularmente crônicas, exige um número de exames complementares, a nível laboratorial ou de diagnóstico por imagens o que torna os serviços de assistência médica cada vez mais cara. (Pereira, 2003)

Os gastos com as internações de câncer, doenças cardiovasculares e diabetes, na rede conveniada pelo SUS, atingiram, no ano de 1985, 135 milhões de dólares, significando mais de 1/3 dos custos de todas as internações. (Veras et al, 1987).

Os idosos apresentam maiores taxas de internação hospitalar e permanência no hospital quando comparada a outros grupos etários. Existe uma crescente utilização de leitos hospitalares pelos idosos, este aumento na demanda requer um conhecimento das unidades de hospitalização para que haja racionalização e otimização no atendimento as estes pacientes. (Guillén Llera, 1994)

Segundo Gordilho et al. (2001), o aumento das despesas com saúde é um desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que tange à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados.

O nosso país tem pela frente hoje o impacto e o desafio enfrentado pelos países da Europa há várias décadas, com uma diferença - e para pior - o ritmo de

crescimento da população idosa entre nós é muito mais intenso do que o então presenciado por aquelas nações. Como decorrência disto, cresce de maneira acentuada a demanda por serviços por parte de pessoas desse grupo etário.

A baixa resolutividade do modelo em curso, a precariedade dos serviços ambulatoriais, a escassez dos serviços domiciliares, a falta de instâncias intermediárias (como os hospitais-dia e centros de convivência), fazem com que o primeiro atendimento ocorra em estágio avançado, dentro do hospital, o que não só aumenta os custos como diminui as chances de um prognóstico favorável. (Veras, 2003)

Ainda segundo Veras (2003), ocorre o “paradoxo tecnológico” onde a incorporação de novas tecnologias no setor saúde, aumenta os custos de produtos e serviços, sem que necessariamente melhore a qualidade do processo.

Em artigo recente, Josier Vilar apresenta um dado impactante: dos US\$ 42 bilhões gastos com saúde em nosso país anualmente, 5% são consumidos com investigação diagnóstica. Acredita-se que dos cerca de 40% dos exames complementares realizados em nosso país os resultados sequer são retirados dos laboratórios. (Vilar, 2000)

Esta situação tem nítida intenção de alerta: ruim hoje, dramática num futuro bem próximo. Os problemas relacionados à manutenção da saúde, associados à grave condição socioeconômica, exigem medidas urgentes. Considerar o idoso como um ser não mais produtivo e, em conseqüência, não lhes reconhecer o direito à cidadania é imoral. Independentemente deste aspecto ético, há de se pensar que o idoso hoje, e com muito mais razão no futuro, consumirá grande parte dos recursos destinados à saúde e ao bem-estar. (Veras, 2003)

Um outro aspecto, que mostra a inadequação do mercado de saúde, pode ser observado com a atual ampliação do número de hospitais. O problema é que essa expansão da oferta de leitos hospitalares choca-se com uma tendência mundial, cada vez mais marcante, de desospitalização. Nos Estados Unidos de 1994 para 1999 os leitos ocupados despencaram de 1,2 milhões para 425 mil (Matos, 2000).

Utilizando-se dos indicadores para o dimensionamento das necessidades de leitos hospitalares estima-se a necessidade de 80 milhões de diárias por ano e a nossa atual capacidade instalada é de 180 milhões de acomodações. (Veras, 2002) ⁵.

Ainda segundo Veras (2002), existe no Brasil, uma desigualdade na distribuição geográfica de hospitais de acordo com as necessidades da população. Isto quer dizer que faltam leitos em algumas localidades e existe um absurdo excesso em outras, particularmente nas grandes capitais.

Nunes (apud Camarano, 2004) mostra que, no Brasil, não há aumento nos custos médios dos procedimentos utilizados em idades mais avançadas, onde a elevação nos custos com saúde é resultado de uma maior freqüência de internações que ocorrem nestas faixas etárias devido à morbidade elevada. É interessante observar, ainda com relação ao uso da rede hospitalar, que os idosos que se valeram do sistema previdenciário estiveram mais sujeitas às reinternações, o tempo médio de permanência nos hospitais foi mais elevado, o que reforça o impacto que se fará sentir sobre o sistema de atendimento médico da previdência com o crescimento acelerado da parcela mais idosa da população. (Saad, 1990)

De um modo geral, os idosos de maior renda experimentaram maior chance de usar serviços de saúde que os idosos mais pobres. O efeito da renda familiar *per capita* sobre o consumo de serviços de saúde foi maior para os idosos residentes nas áreas de pior padrão de vida, reduzindo assim as oportunidades de uso dos serviços de saúde. (Pinheiro & Travassos, 1999)

2.11. Políticas de Saúde voltadas ao Idoso

Segundo Saad (1990), a área da saúde está, sem dúvida, entre aquelas que se ressentem mais rápida e intensamente do envelhecimento progressivo da população.

⁵ Espera-se que no ano, dez em cada cem habitantes venham a se internar em um hospital. A população brasileira, portanto, demandará 16 milhões de internações. Se cada um permanecer cinco dias internado serão 80 milhões de diárias por ano. O país conta com 500 mil leitos; multiplique-se por 360 dias e se obterá a capacidade de 180 milhões de acomodações.

Segundo Silvestre e Costa Neto (2003), no Brasil, em dezembro de 1999, o Senhor Ministro da Saúde, considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso, resolveu aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso e determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde (MS), cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta “como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem exercendo de forma independente suas funções na sociedade” (Silvestre e Costa Neto, 2003).

Em outubro de 2003, foi sancionado pelo governo brasileiro o Estatuto do Idoso a fim de direcionar ações com vistas a garantir às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos proteção à vida e à saúde. O referido documento contém disposições sobre os direitos atribuídos aos idosos, dentre elas destaca-se o artigo 3º do Estatuto do Idoso “É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, uma vez que apresenta a integralidade das ações estabelecidas”. De acordo com mesmo estatuto em seu artigo 18 “as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação aos cuidadores e familiares e grupos de auto-ajuda” (Marziale, 2003).

Em 19 de outubro de 2006, o Ministério da Saúde no uso de suas atribuições regulamentou a Portaria 2528 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Essa portaria tem por finalidade primordial recuperar, manter e promover a

autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Segundo Silva (2005), uma política voltada para o idoso é mais do que uma política de cuidado (care) ou uma política de sistemas de aposentadorias e sim a política do estar saudável.

Ainda segundo Silva, as políticas desenvolvidas para o idoso até 1970, eram de caráter paliativo, fragmentado e desenvolvido especialmente por ordens religiosas ou entidades leigas filantrópicas.

Em países como China, Japão, países da Europa e da América do Norte já convivem há muito tempo com um grande contingente de idosos e com todos os problemas associados ao envelhecimento, como aposentadorias e doenças próprias da terceira idade. Isto tem como consequência altos custos para o Estado, e, portanto, requer políticas sérias e consistentes a respeito. Países em desenvolvimento como o Brasil e México, vêm aumentando rapidamente seu contingente de idosos e necessitam urgentemente de políticas racionais para lidar com as consequências sociais, econômicas e de saúde do envelhecimento populacional. (Garrido, 2002)

O sistema de atenção à saúde no Brasil é precário e desorganizado e não cria as condições para que os recursos sejam utilizados adequadamente. Não que os gastos em saúde com os idosos sejam mais elevados nos países mais desenvolvidos e sim, que são aplicados de forma mais judiciosa e com maior resolutividade. (Veras, 2003). Porém, grandes gastos não garantem um trabalho voltado para a melhoria de qualidade de vida dos idosos. (Motta, 2001)

Segundo Coelho Filho (2000), a estruturação de serviços e de programas de saúde no Brasil tem sido predominantemente orientada para problemas materno-infantis, cujas características são bem diferentes daquelas apresentadas pela população idosa. Os primeiros são geralmente de caráter agudo, de natureza infecciosa e carencial, e com desfechos que frequentemente oscilam entre

recuperação (ou cura) e morte. Entre idosos, prevalecem tanto condições crônicas progressivas – com múltiplos fatores determinantes e associados à incapacidade e perda de autonomia – como agudas, com deterioração rápida se não prontamente tratadas. Há necessidade de se reformular os serviços de saúde, para que possam responder às demandas emergentes com o novo perfil epidemiológico do País.

Nunes (apud Almeida, 2002) propõe melhorias na qualidade dos serviços de saúde, bem como programas preventivos domiciliares de saúde, que não implicariam necessariamente na elevação das despesas públicas com saúde.

Com relação aos programas domiciliares, o Ministério da Saúde no uso de suas atribuições regulamentou a Portaria 2529 de 19 de Outubro de 2006 que Institui a Internação Domiciliar no âmbito SUS.

São necessários meios para: incorporar os idosos em nossa sociedade, mudar conceitos já enraizados e utilizar novas tecnologias, com inovação e sabedoria, a fim de alcançar de forma justa e democrática a equidade na distribuição dos serviços e facilidades para o grupo populacional que mais cresce em nosso país. (Lima-Costa & Veras, 2003).

O avanço tecnológico das últimas décadas permitiu a miniaturização e automação de equipamentos de alta tecnologia, tais como respiradores mecânicos, as bombas de infusão, as máquinas de diálise e os equipamentos de administração de medicamentos, permitindo que eles pudessem ser mais usual, simples e de mais baixo custo. Pode-se, portanto transferir parte da parafernália hospitalar para o interior da residência do doente. Estes fatores levam a uma menor utilização do hospital e a conseqüente ampliação dos procedimentos realizados no lar (*Home Care*) Sempre iremos necessitar de bons hospitais, além do mais nem todos os pacientes e residências são elegíveis para o tratamento domiciliar (Veras, 2002).

Com a ampliação da população idosa, a modalidade do cuidado domiciliar tende a acompanhar esse crescimento. O idoso, com suas múltiplas patologias e preferência em ter uma vida menos conturbada, na imensa maioria das vezes opta pelo tratamento em casa (Mendes, 2001).

Um dos objetivos atuais das políticas de saúde de alguns países é a redução das desigualdades no adoecer e no acesso aos serviços de saúde. Para o planejamento das ações voltadas para redução dessas desigualdades e avaliação da política adotada, é importante conhecer-se o padrão de utilização de serviços de saúde dos indivíduos em relação ao perfil de necessidade dos diversos grupos sociais. Mesmo em alguns países desenvolvidos que oferecem cobertura universal de serviços de saúde, diferenças sociais no consumo desses serviços ainda persistem. Indivíduos nos extremos da cadeia etária usam mais serviços, pela maior ocorrência de doenças e maior necessidade de prevenção nessas faixas de idade, em comparação como o restante da população. (Pinheiro & Travassos, 1999)

O desafio maior para este século será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com nível socioeconômico e educacional baixos e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. A principal fonte de suporte para essa população de idosos ainda é a família.

3.0. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil epidemiológico de internações em idosos residentes no município de Dracena-SP no triênio 2002-2004.

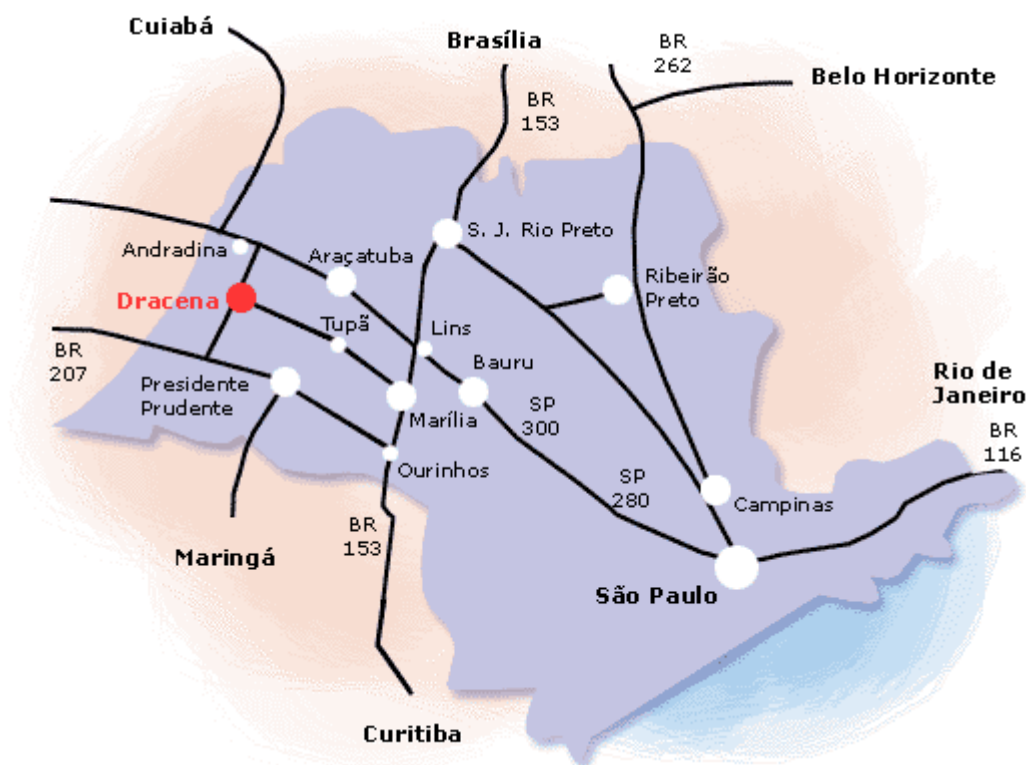
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrição da morbidade entre idosos hospitalizados.

Descrição dos custos e tempo de permanência hospitalar entre idosos.

4.0. METODOLOGIA

4.1. Município Objeto do Estudo – Dracena /SP



Mapa com a localização do Município de Dracena/SP

Fonte: Disponível em: http://www.universia.com.br/html/mateira/materia_ebfb.html. Acesso em 20 set. 2006

O município de Dracena foi criado pela Lei Estadual n.º 233, de 24 de dezembro de 1948, por intermédio de um projeto de Lei apresentado pelo então Deputado Estadual Dr. Ulisses Guimarães e foi instalado em 04 de abril de 1949, com a posse do primeiro Prefeito Municipal, Sr. Írio Spinardi e da primeira câmara de Vereadores tendo como seu primeiro Presidente o Vereador Messias Ferreira da Palma.

O município de Dracena está localizado no extremo oeste paulista, possui uma extensão de 488 km², faz parte da microrregião de Presidente Prudente e está distante 647 km da cidade de São Paulo.

A População Total do Município era de 40.500 de habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2000). Dos quais 19711 eram homens e 20789 eram mulheres. A população urbana (91,74%) em 2000 era formada por 19163 mulheres (51,58%) e por 17990 são homens (48,42%) perfazendo um total de 37153 pessoas, enquanto que na zona rural (8,26%) tínhamos 1626 mulheres (48,58%) para 1721 homens (51,42%) perfazendo um total de 3347 pessoas.

Os idosos para o mesmo ano eram 5577 (13,77%), dos quais 2956 (53%) eram mulheres e 2621 (47%) eram homens.

A expectativa de vida em Dracena é de 70,18 anos, possui índice IDH-M Longevidade de 0,753; a taxa de fecundidade é de 2,34 filhos por mulher.

O município tem taxa de alfabetização de 91,03% e o seu índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,800

4.1.1. Sistema de Saúde de Dracena/SP

O Sistema de saúde de Dracena é constituído basicamente por:

- 01 Hospital com 153 leitos, dos quais 118 são destinados aos pacientes do SUS.
- 05 Unidades Básicas de Saúde
- 01 Empresa Municipal de Saúde que contempla procedimentos de diagnóstico. Esta equipada com tomógrafo, mamógrafo e aparelho para litotripsia.

4.2. Tipo de estudo e fonte

O material utilizado foi retirado do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), referente às internações de idosos ocorridas no triênio 2002 – 2004 no município de Dracena e os dados populacionais foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os dados foram obtidos através do site do Ministério da Saúde: www.datasus.gov.br, iniciando pelo acesso ao link “**Informações de Saúde**”, onde se escolheu a opção: **Epidemiológicas e Morbidade**.

Logo em seguida, em uma nova tela, no item Morbidade Hospitalar selecionou-se a opção: **Geral, por local de internação - desde 1984** e em **Abrangências Geográficas** o Estado Brasileiro desejado.

Uma nova tela se abriu e, através da opção **Conteúdo** foram obtidos informes de morbidade referentes às estatísticas hospitalares:

- Internações,
- AIH's Pagas,
- Valor Total AIH,
- Valor Médio AIH,
- Valor Médio Internação,
- Dias de Permanência e
- Média de Permanência.

Em seguida correlacionaram-se os dados referentes às estatísticas hospitalares:

- Ao período em estudo (opção períodos disponíveis), neste caso foram utilizados os períodos referentes aos meses de janeiro a dezembro do triênio 2002 a 2004,
- Ao Município desejado (opção Seleções Disponíveis – Município);
- Aos capítulos da Classificação Internacional de Doenças em sua 10^a edição (opção Seleções Disponíveis – Capítulo CID – 10);
- Às faixas etárias de pessoas acima de 60 anos divididas a cada 5 anos (opção Seleções Disponíveis – Faixa Etária 2) e
- Ao sexo (opção Seleções Disponíveis – Sexo).

Os vários cruzamentos de dados obtidos serão analisados estatisticamente.

4.3. Análise Estatística

Os resultados foram apresentados segundo proporções, taxas e coeficientes bem como tabelas e gráficos.

5.0. RESULTADOS

1 – Distribuição da população total do município de Dracena – SP, em relação à população de idosos, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

A tabela 1 mostra os dados referentes ao número de habitantes considerados idosos, na população de Dracena – SP, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

Nesta tabela observamos que no ano de 2002, o número total de idosos foi de 5.600 (cinco mil e seiscentos) habitantes, representado 13,76% da população total do município, neste ano. Para o ano de 2003, o total de idosos foi de 5.611 (cinco mil seiscentos e onze) habitantes, sendo 13,77% da população total. Já em 2004, encontramos 5.623 (cinco mil, seiscentos e vinte e três) idosos representando 13,77% da população total.

Para o triênio estudado verificamos uma maior proporção entre idosos na faixa etária de 60 a 64 anos (32%) e em ordem decrescente observou-se para as outras faixas etárias a seguinte proporção: 65 a 69 anos (24%), 70 a 74 anos (19%), 75 a 79 anos (12%) e para a faixa etária de 80 anos e mais de idade (12%).

Houve um aumento no número de idosos em termos absolutos entre 2002 e 2004, passando de 5600 idosos em 2002 para 5623 idosos em 2004.

Tabela 1 – Distribuição da população idosa da cidade de Dracena – SP. 2002-2004.

Ano	IDADE (anos)					Total de idosos	População total
	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 ou +		
2002	1.774	1.366	1.070	699	691	5.600	40.673
2003	1.778	1.368	1.073	700	692	5.611	40.748
2004	1.781	1.371	1.075	702	694	5.623	40.827

Fonte: SIH/SUS

A figura 2 ilustra os dados obtidos para a população idosa no triênio 2002-2004.

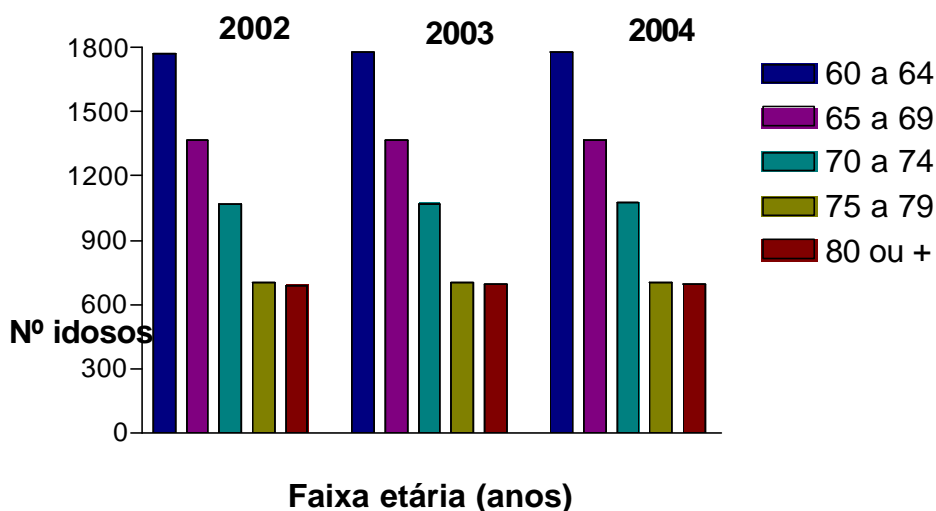


Figura 2 – Distribuição da população idosa da cidade de Dracena – SP. 2002-2004.

2 – Distribuição da população idosa do município de Dracena – SP, para o sexo masculino, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

A tabela 2 mostra e a figura 3a ilustra os dados referentes ao número de habitantes do sexo masculino, considerados idosos, na população de Dracena – SP, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

Nesta tabela podemos observar que no ano de 2002, o número total de idosos foi de 2.631 (dois mil, seiscentos e trinta e um) habitantes, representado 6,47% da população total do município, neste ano. Para o ano de 2003, o total de idosos do sexo masculino foi de 2.634 (dois mil, seiscentos e trinta e quatro) habitantes, sendo 6,46% da população total. Já em 2004 encontramos 2.640 (dois mil, seiscentos e quarenta) idosos representando 6,47% da população total.

Para o triênio estudado verificamos uma maior proporção entre idosos do sexo masculino na faixa etária de 60 a 64 anos (31%) e em ordem decrescente observou-se para as outras faixas etárias a seguinte proporção: 65 a 69 anos (25%), 70 a 74 anos (19%), 75 a 79 anos (13%) e para a faixa etária de 80 anos e mais de idade (12%).

Tabela 2 – Distribuição da população idosa da cidade de Dracena – SP. sexo masculino. 2002 -2004.

Ano	IDADE (anos)					Total de idosos	População total
	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 ou +		
2002	812	666	498	332	323	2.631	40.673
2003	814	666	499	332	323	2.634	40.748
2004	815	668	500	333	324	2.640	40.827

Fonte: SIH/SUS.

3 – Distribuições da população idosa do município de Dracena – SP, do sexo feminino, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

A tabela 3 mostra e as figuras 3a e 3b ilustram os dados referentes ao número de habitantes do sexo feminino, considerados idosos, na população de Dracena – SP, nos anos de 2002, 2003 e 2004. Nesta tabela podemos observar que no ano de 2002, o número total de mulheres idosas foi de 2.969 (dois mil, novecentos e sessenta e nove) habitantes, representado 7,30% da população total do município, neste ano. Para o ano de 2003, o total de idosas foi de 2.977 (dois mil, novecentos e setenta e sete) habitantes, sendo 7,30% da população total. Em 2004 encontramos 2.983 (dois mil, novecentos e oitenta e três) idosas representando 7,31% da população total.

Para o triênio estudado verificamos uma maior proporção entre idosos do sexo masculino na faixa etária de 60 a 64 anos (32%) e em ordem decrescente observou-se para as outras faixas etárias a seguinte proporção: 65 a 69 anos (23,5%), 70 a 74 anos (19%), 75 a 79 anos (12%) e para a faixa etária de 80 anos e mais de idade (12%).

Tabela 3 – Distribuição da população idosa da cidade de Dracena – SP. sexo feminino. 2002 - 2004.

Ano	IDADE (anos)					Total de idosos	População total
	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 ou +		
2002	962	700	572	367	368	2.969	40.673
2003	964	702	574	368	369	2.977	40.748
2004	966	703	575	369	370	2.983	40.827

Fonte: SIH/SUS.

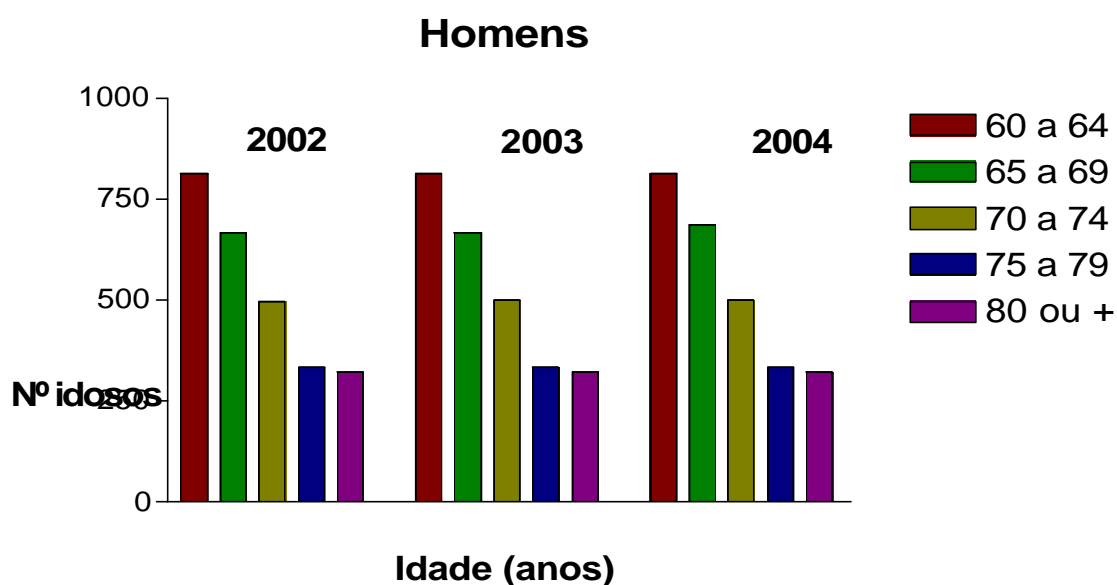


Figura 3a - Distribuição da população idosa da cidade de Dracena – SP, sexo masculino. 2002-2004.

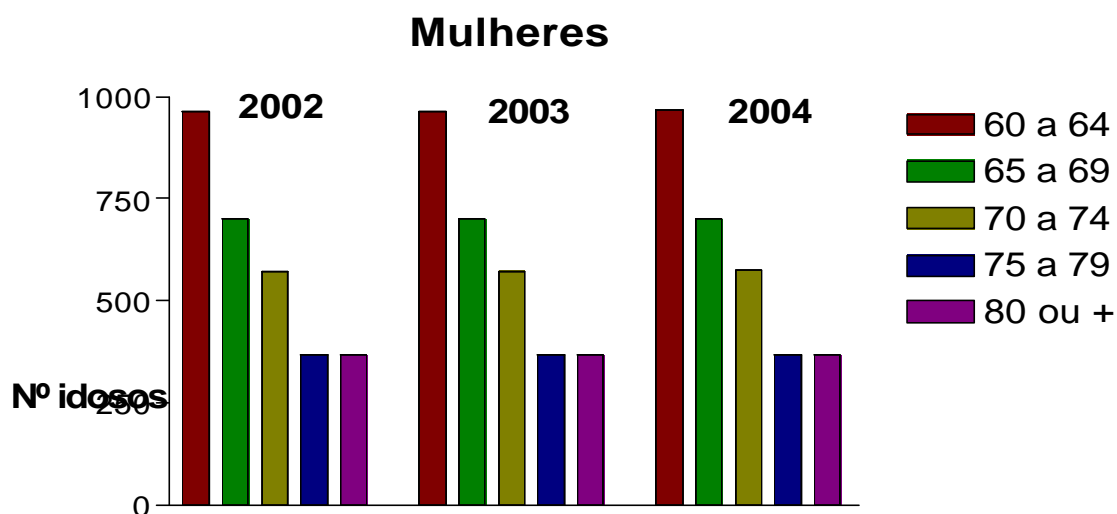


Figura 3b - Distribuição da população idosa da cidade de Dracena – SP, sexo feminino. 2002-2004.

4 – Número de internações na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

A tabela 4 mostra e a figura 4 ilustra os dados referentes ao número de internações na população de idosos, na cidade de Dracena – SP, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

Nesta tabela podemos observar que no ano de 2002, o número total de internações foi de 857 (oitocentos e cinqüenta e sete), destas 208 (24,1%) internações foram para a faixa etária de 65 a 69 anos.

Para o ano de 2003, o total de internações foi de 891 (oitocentos e noventa e um), onde houve um predomínio na faixa etária de 70 a 74 anos com 232 (26%) internações. Em 2004 encontramos 950 (novecentos e cinqüenta) internações, observamos um predomínio de internações na população com faixa etária de 80 anos ou mais com 207 (21,8%) internações.

Tabela 4 – Número de internações na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade. 2002 – 2004.

Ano	IDADE (anos)					Total
	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 ou +	
2002	165	208	198	129	163	863
2003	135	191	232	117	216	891
2004	181	189	198	175	207	950

Fonte: SIH/SUS.

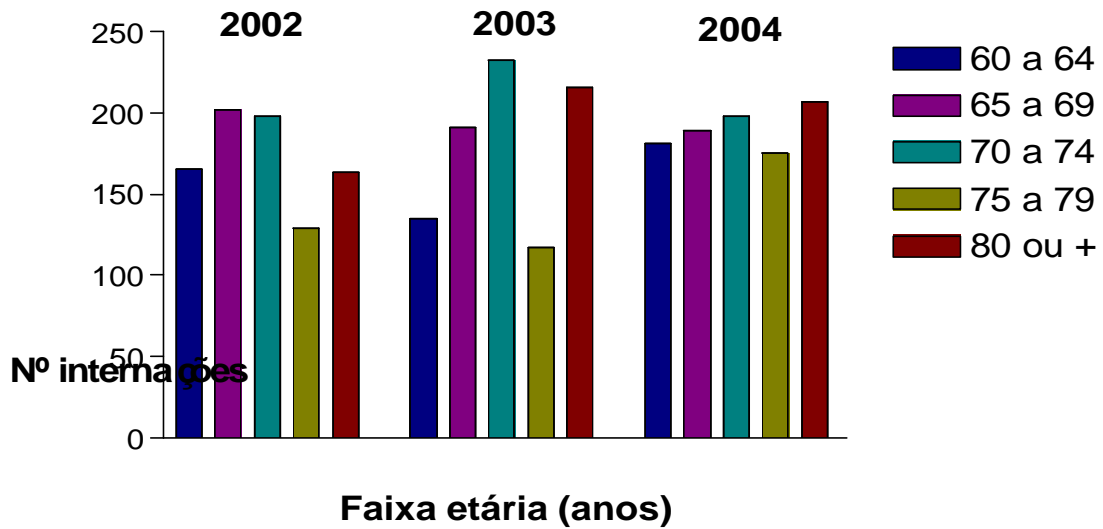


Figura 4 – Número de internações na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade. 2002 - 2004.

5 – Número de internações da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

A tabela 5 mostra e as figuras 5a e 5b ilustram os dados referentes ao número de internações da população idosa do município de Dracena – SP, dos sexos masculino e feminino, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

O número de internações em idosos observados para Dracena – SP em 2002 foi de 863 internações, sendo 419 (48,6%) para o sexo feminino e 444 (51,4%) para o sexo masculino, em 2003 foram de 891 internações, sendo 475 (53,3%) para o sexo masculino e 416 (46,7%) para o sexo feminino e em 2004 foram de 950 internações, sendo 502 (52,8%) para o sexo masculino e 448 (47,2%) para o sexo feminino.

Em 2002 o número maior de internações foi obtido para a faixa etária de 65 a 69 com 208 (24,1%), em 2003 foi obtido para a faixa etária de 70 a 74 anos com 232 (26%) e em 2004 o maior número de internações foi obtido para a faixa etária 80 anos ou mais de idade.

Os resultados obtidos demonstram que houve um número maior de internações para o sexo feminino em 2002 (444) e maior para o sexo masculino em 2003 e 2004, 475 e 502 internações respectivamente.

Em 2002, houve um menor número de internações para o sexo masculino (419) em relação ao número de internações para o sexo feminino (444), porém a

média de permanência por internação foi de 7,1 dias para os homens e de 5,3 dias para as mulheres.

Tabela 5 – Número de internações da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino, segundo idade. 2002-2004.

	IDADE (anos)					Total Sexo	Total
	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 ou +		
2002							
Homens	77	87	95	72	88	419	863
Mulheres	88	121	103	57	75	444	
2003							
Homens	74	98	137	54	112	475	891
Mulheres	61	93	95	63	104	416	
2004							
Homens	95	94	111	88	114	502	950
Mulheres	86	95	87	87	93	448	

Fonte: SIH/SUS.

O maior número de internações em 2002 foi de 95 (22,7%) internações para o sexo masculino na faixa etária de 70 a 74 anos e de 121 (27,2%) internações para o sexo feminino na faixa etária de 65 a 69 anos.

Em 2003, o maior número de internações foi de 137 (28,8%) internações para o sexo masculino na faixa etária de 70 a 74 anos e de 104 (25%) internações para o sexo feminino na faixa etária de 80 anos e mais de idade. Enquanto que, em 2004, o maior número de internações foi de 114 (22,7%) internações para o sexo masculino na faixa etária de 80 anos e mais de idade e de 95 (21,2%) internações para o sexo feminino na faixa etária de 65 a 69 anos. Os dados também mostraram que em 2004 o número de internações para o sexo masculino foram maiores que para as internações no sexo feminino em todas as faixas etárias.

O número total de internações no triênio foi maior para o sexo masculino (343) na faixa etária de 70 a 74 anos e para o sexo feminino (309) na faixa etária de 65 a 69 anos.

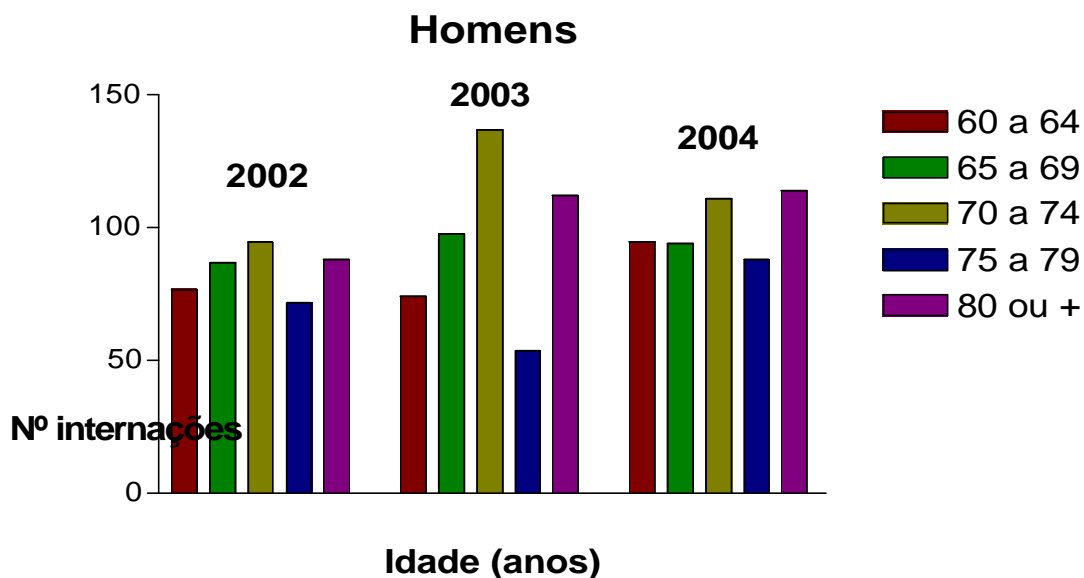


Figura 5a – Número de Internações na população idosa da cidade de Dracena – SP, sexo masculino. 2002-2004.

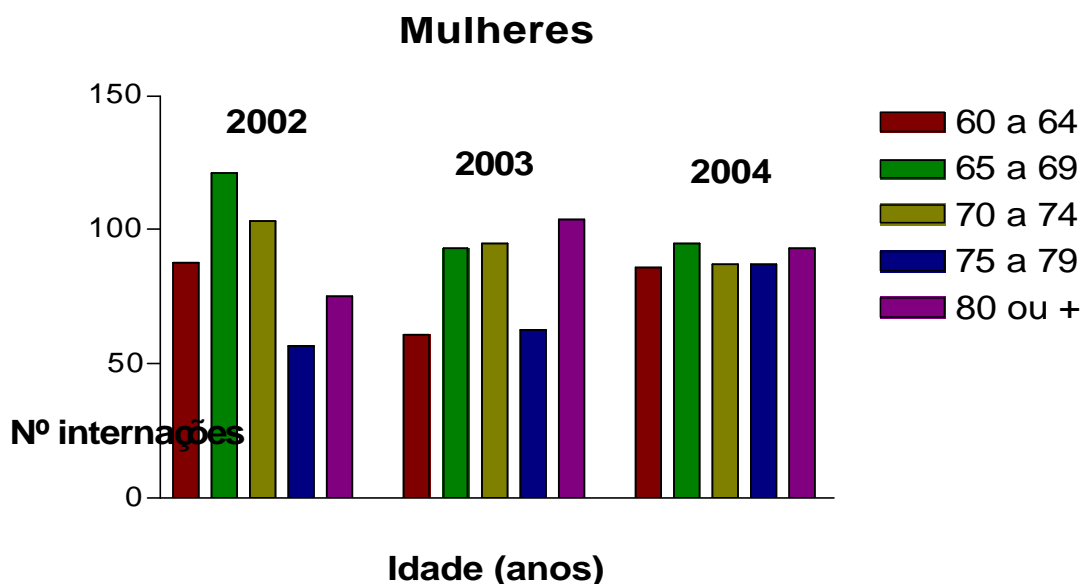


Figura 5b - Número de Internações na população idosa da cidade de Dracena – SP, sexo feminino. 2002-2004.

6 – Dias de permanência na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

Na tabela 6 podemos observar que no ano de 2002, o número total de dias de permanência foi de 5.396 (cinco mil, trezentos e noventa e seis), com um predomínio de dias de permanência para faixa etária de 65 a 69 anos onde os idosos ficaram internados 1685 dias (31,2%). Para o ano de 2003, o total de dias de permanência foi de 5.869 (cinco mil, oitocentos e sessenta e nove) dias, com um predomínio na

faixa etária de 65 a 69 anos onde os idosos ficaram internados 1656 dias (28,2%). Em 2004 encontramos 5.733 (cinco mil, setecentos e trinta e três) dias de permanência, com predomínio da faixa etária de 65 a 69 anos onde os idosos ficaram internados 1369 dias (23,9%).

Tabela 6 – Dias de permanência de internação na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade. 2002-2004.

Ano	IDADE (anos)					Total
	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 ou +	
2002	833	1.685	1.131	702	1.045	5.396
2003	820	1.656	1.454	612	1.327	5.869
2004	963	1.369	1.325	953	1.123	5.733

Fonte: SIH/SUS.

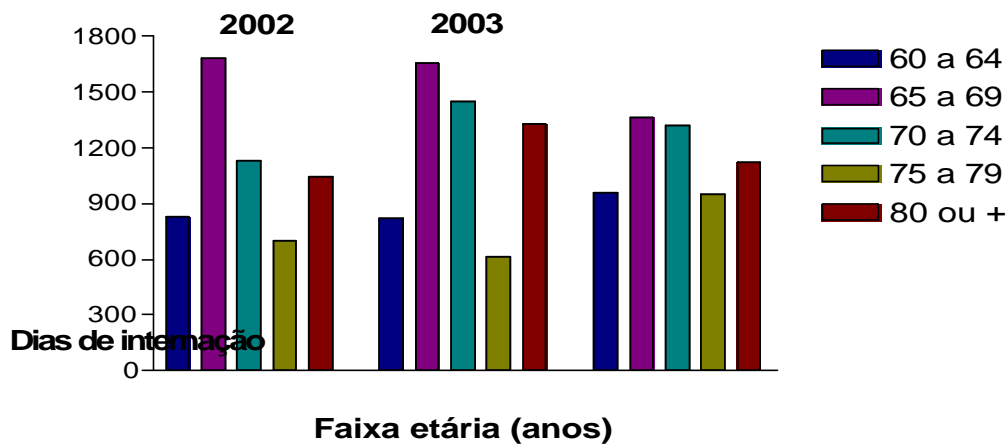


Figura 6 – Dias de permanência de internação na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade. 2002-2004.

7 - Dias de permanência de internações da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

A tabela 7 mostra que no ano de 2002, o número total de dias de permanência de internações foi de 5.396, sendo 2.975 dias (55%) de internação para homens e 2.421 dias (45%) de internação para mulheres. Neste ano houve um

número maior de dias de permanência em homens na faixa etária 65 a 69 anos correspondendo a 947 dias (31,8%) de internação e para as mulheres na mesma faixa etária encontramos 738 dias (30,5%) de internação.

Para o ano de 2003, o total de internações foi de 5.869, sendo 3.599 dias (61,3%) de internação para homens e 2.270 dias (38,7%) de internação para mulheres. Neste ano houve um número maior de dias de permanência de internação para homens internados do que mulheres, sendo que observamos um predomínio na faixa etária de 65 a 69 anos para os homens com 1099 dias (30,5%) de internação enquanto que para mulheres observamos uma maior permanência na faixa etária de 80 anos e mais de idade com 568 dias (25,0%) de internação.

Em 2004 encontramos 5.733 dias de permanência de internações, sendo 3.512 dias (61,2%) de internação para os homens e 2.221 dias (38,8%) de internação para as mulheres. Observamos um número maior de dias de permanência de internação para homens internados do que mulheres, sendo que observamos um predomínio na faixa etária de 65 a 69 anos para os homens com 914 dias (26%) de internação enquanto que para mulheres observamos uma maior permanência na faixa etária de 70 a 74 anos com 491 dias (22%) de internação. Observamos também para 2004 um predomínio no número de dias de internação para os homens em todas as faixas etárias.

A faixa etária de 65 a 69 anos foi a que apresentou o maior número de dias de permanência no triênio para ambos os sexos, sendo 2960 dias (29,3%) de permanência para o sexo masculino e 1750 dias (17,3%) de permanência para o sexo feminino.

Tabela 7 – Dias de permanência de internações da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos, segundo idade. 2002-2004

	IDADE (anos)					Total Sexo	Total
	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 ou +		
2002							
Homens	421	947	524	454	629	2.975	5396
Mulheres	412	738	607	248	416	2.421	
2003							
Homens	525	1099	903	313	759	3.599	5869
Mulheres	295	557	551	299	568	2.270	
2004							
Homens	557	914	834	494	713	3.512	5733
Mulheres	406	455	491	459	410	2.221	

Fonte: SIH/SUS

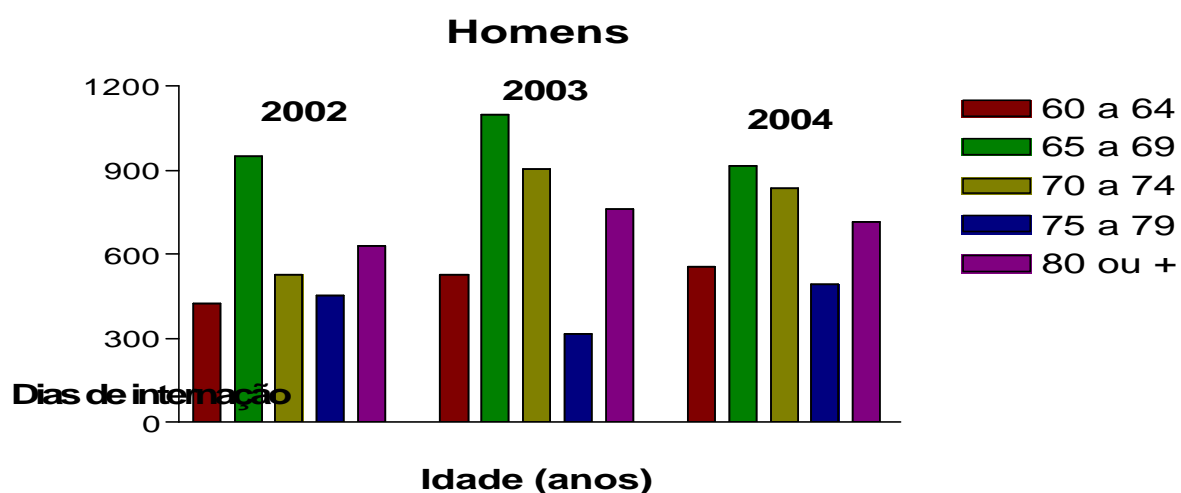


Figura 7a – Dias de Permanência de Internações na população idosa da cidade de Dracena – SP, sexo masculino. 2002-2004.

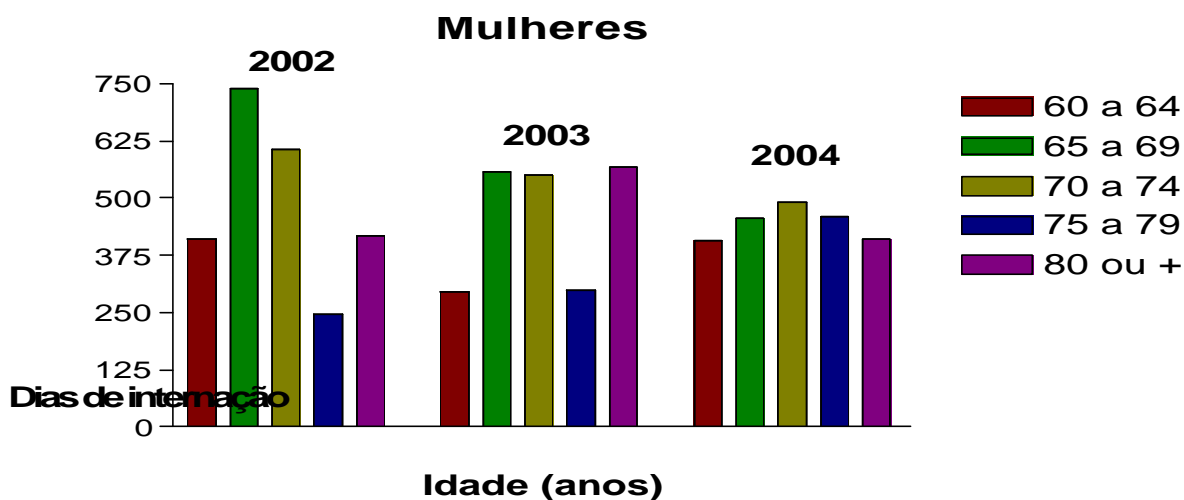


Figura 7b – Dias de Permanência de Internações na população idosa da cidade de Dracena – SP, sexo feminino. 2002-2004.

8 – Média de permanência das internações, na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

A tabela 8 mostra e a figura 8 ilustra os dados referentes à média de dias de permanência de internação na população de Dracena – SP, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

Observamos para 2002 uma maior média de permanência de internação de 8,5 dias para a faixa etária de 65 a 69 anos. Em 2003 a maior média também foi observada na faixa etária de 65 a 69 anos com 8,6 dias de internação. Para 2004 a maior média foi de 7,2 dias para a faixa etária de 65 a 69 anos.

Tabela 8 – Média de permanência de internação na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

Ano	IDADE (anos)					Total
	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 ou +	
2002	5.1	8.5	5.7	5.4	6.3	6.2
2003	6.0	8.6	6.2	5.3	6.2	6.5
2004	5.3	7.2	6.6	5.5	5.4	6.0

Fonte: SIH/SUS.

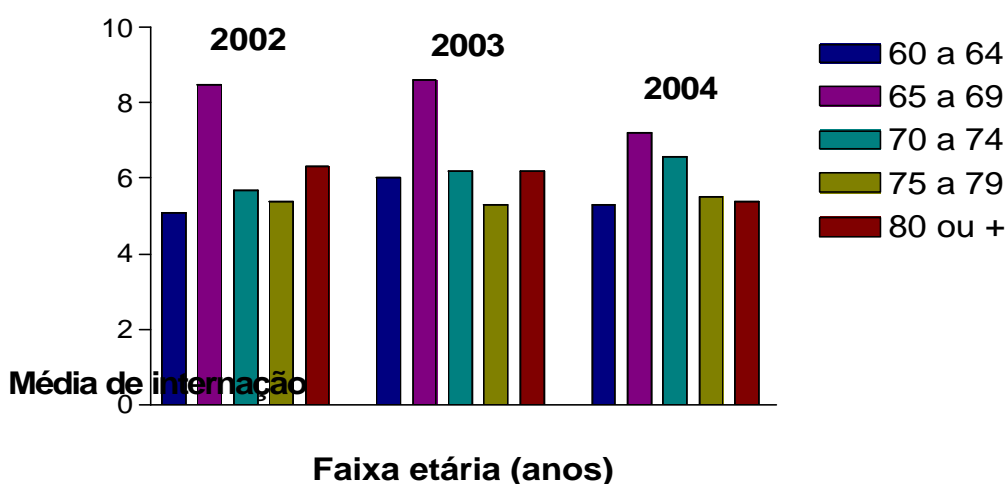


Figura 8 – Média de permanência de internação na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade. 2002-2004.

9 – Média de dias de permanência de internações da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

A tabela 9 mostra e as figuras 9a e 9b ilustram os dados referentes à média de dias de permanência de internação da população idosa do município de Dracena – SP, dos sexos masculino e feminino, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

Em 2002, a média de dias de permanência de internações foi de 6,2, sendo 7,1 para homens e 5,3 para mulheres. Neste ano houve uma média maior de dias de permanência tanto para homens (10,9) quanto para mulheres (6,1) na faixa etária 65 a 69 anos.

Para o ano de 2003, a média de dias de permanência foi de 6,5, sendo 7,5 para homens e 5,4 para mulheres. Neste ano, assim como no anterior, houve uma média maior de dias de permanência de internação tanto para homens (11,2) quanto para mulheres (6,0) na faixa etária de 65 a 69 anos.

Observamos para 2004 uma média de 6,0 dias de permanência de internações, sendo 7,0 para homens e 4,9 para mulheres, houve uma média maior de dias de permanência de internação para homens (9,7) na faixa etária de 65 a 69 anos e para mulheres (5,6) na faixa etária de 70 a 74 anos de idade. Houve também neste ano uma maior média de permanência para o sexo masculino com relação ao sexo feminino em todas as faixas etárias.

A média de dias de internação no triênio foi maior para o sexo masculino na faixa etária de 65 a 69 anos (10,6 dias) e para o sexo feminino na faixa etária de 70 a 74 anos (5,8 dias).

Tabela 9 – Média de dias de permanência de internações da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino, segundo idade. 2002-2004.

	IDADE (anos)					Média	Total
	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 ou +		
2002							
Homens	5,5	10,9	5,5	6,3	7,1	7,1	6,2
Mulheres	4,7	6,1	5,9	4,4	5,5	5,3	
2003							
Homens	7,1	11,2	6,6	5,9	6,8	7,5	6,5
Mulheres	4,8	6,0	5,8	4,7	5,5	5,4	
2004							
Homens	5,9	9,7	7,5	5,6	6,3	7,0	6,0
Mulheres	4,7	4,7	5,6	5,3	4,4	4,9	

Fonte: SIH/SUS.

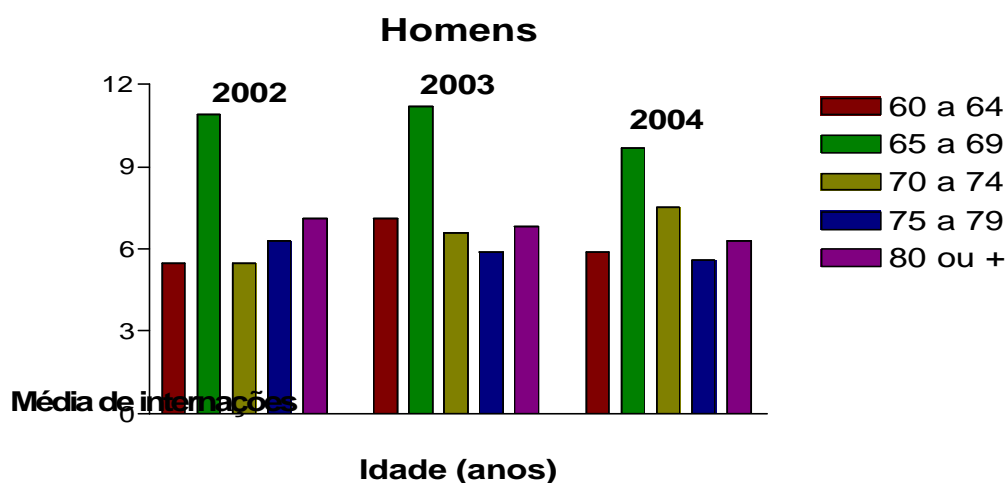


Figura 9a – Média de Permanência de Internações na população idosa da cidade de Dracena – SP, sexo masculino. 2002-2004.

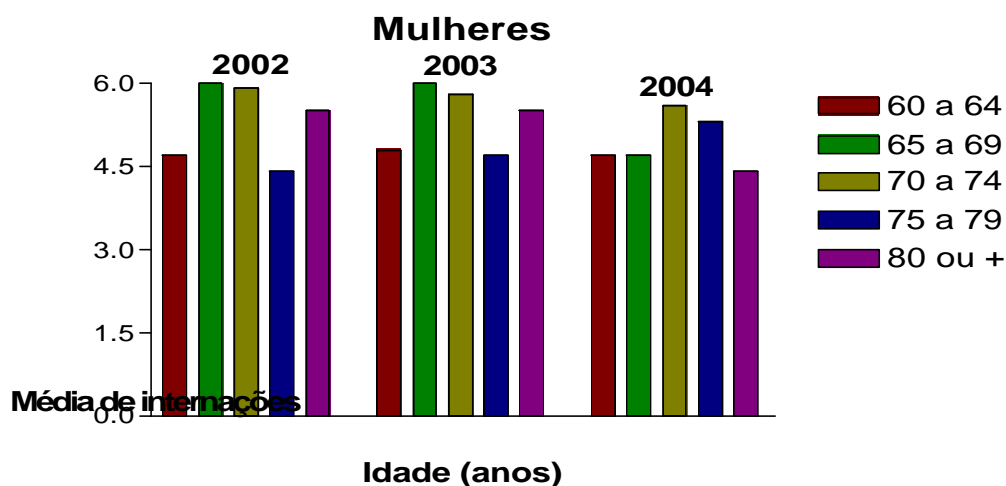


Figura 9b – Média de Permanência de Internações na população idosa da cidade de Dracena – SP, sexo feminino. 2002-2004.

10 – Número de AIH's pagas na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

A tabela 10 mostra e a figura 10 ilustra os dados referentes à quantidade de AIH's pagas na população idosa do município de Dracena – SP, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

Em 2002, o número total de AIH's pagas foi de 875 (oitocentos e setenta e cinco). Observamos para este que a maior quantidade de AIH's pagas foi de 220 AIH's (25%) para a faixa etária de 65 a 69 anos .

Para o ano de 2003, o total de AIH's pagas foi de 902 (novecentos e duas), com predomínio na faixa etária de 70 a 74 anos onde foram pagas 232 AIH's (25,7%).

Em 2004 encontramos 963 (novecentos e sessenta e três) AIH's pagas, sendo maior na faixa etária de 80 anos ou mais onde foram pagas 207 AIH's (21,5%).

Tabela 10 – Número de AIH's pagas na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade. 2002-2004.

Ano	IDADE (anos)					Total
	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 ou +	
2002	165	220	198	129	163	875
2003	135	202	232	117	216	902
2004	181	202	198	175	207	963

Fonte: SIH/SUS.

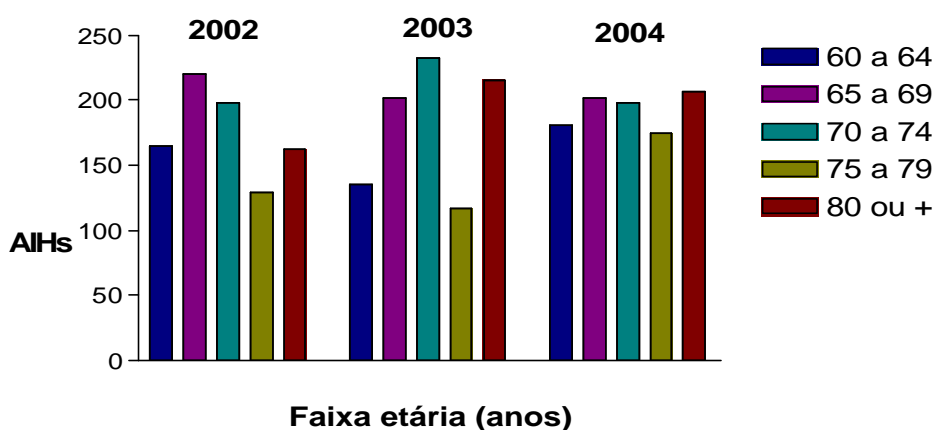


Figura 10 – Número de AIH's pagas na população idosa do município de Dracena – SP, segundo

idade. 2002-2004.

11 – Número de AIH's pagas da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

Na tabela 11 observamos que no ano de 2002, o número de AIH's pagas foi de 875, sendo 431 para homens e 444 para mulheres. Neste ano foram pagas 99 AIH's para o sexo masculino e 121 AIH's para o sexo feminino na faixa etária de 65 a 69 anos. Para o ano de 2003, a quantidade de AIH's pagas foi de 902, sendo 486 para homens e 416 para mulheres. Neste ano foram pagas 137 AIH's para o sexo masculino e 104 AIH's para o sexo feminino na faixa etária de 80 anos e mais de idade. Em 2004 encontramos um número de 963 AIH's pagas, sendo 514 para homens e 449 para mulheres. Neste ano foram pagas 114 AIH's para o sexo masculino na faixa etária de 80 anos e mais de idade e 96 AIH's para o sexo feminino. Observamos também para 2004 o pagamento de um número maior de AIH's para o sexo masculino em todas as faixas etárias.

O total de AIH's pagas no triênio foi maior para o sexo masculino na faixa etária de 70 a 74 anos e para o sexo feminino na faixa etária de 65 a 69 anos.

Tabela 11 - Número de AIH's pagas da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino, segundo idade. 2002-2004.

	IDADE (anos)					Total Sexo	Total
	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 ou +		
2002							
Homens	77	99	95	72	88	431	875
Mulheres	88	121	103	57	75	444	
2003							
Homens	74	109	137	54	112	486	902
Mulheres	61	93	95	63	104	416	
2004							
Homens	95	106	111	88	114	514	963
Mulheres	86	96	87	87	93	449	

Fonte: SIH/SUS.

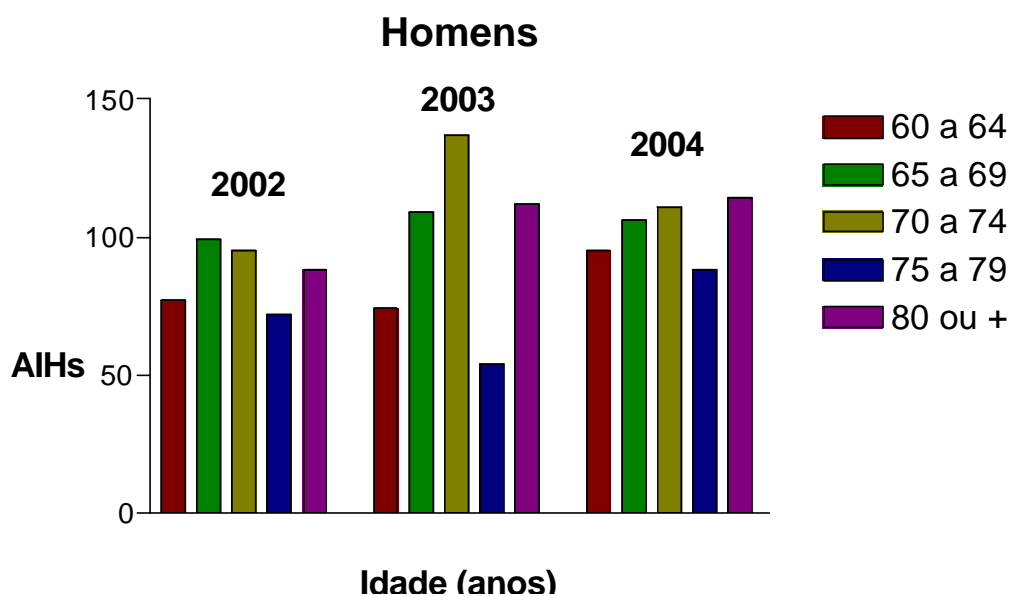


Figura 11 a – Número de AIH's pagas na população idosa da cidade de Dracena – SP, sexo masculino. 2002-2004.

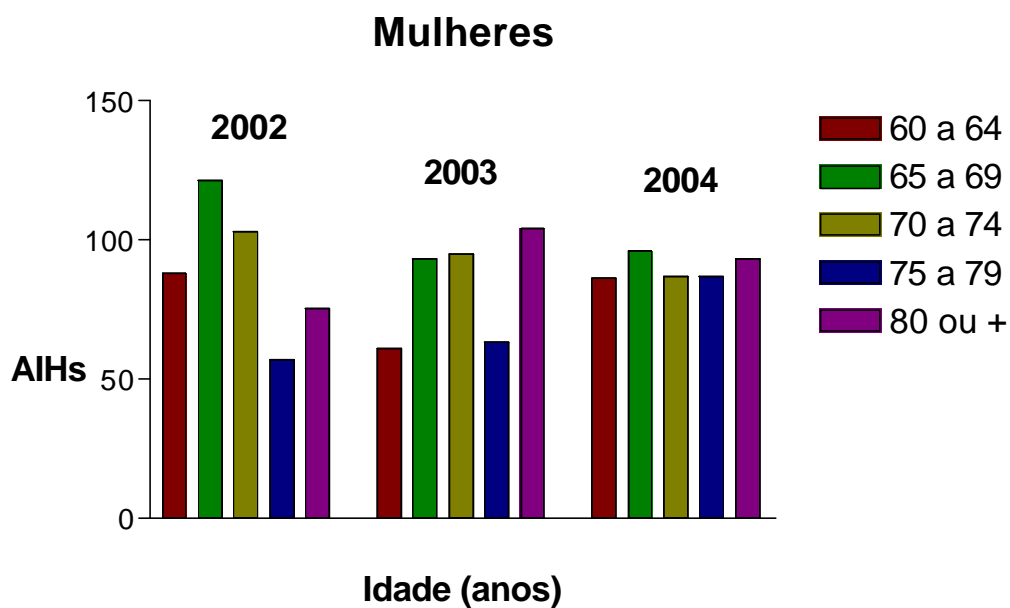


Figura 11 b – Número de AIH's pagas na população idosa da cidade de Dracena – SP, sexo feminino. 2002-2004.

12 – Valor total gasto com pagamento de AIH's na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

A tabela 12 mostra e a figura 12 ilustra os dados referentes ao valor total, em reais, da quantidade de AIH's pagas na população idosa do município de Dracena – SP, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

Nesta tabela podemos observar que no ano de 2002, o valor total de AIH's pagas foi de R\$ 560.815,35 (quinhentos e sessenta mil, oitocentos e quinze reais e trinta e cinco centavos), onde encontramos o maior valor pago para a faixa etária de 65 a 69 anos para um total de R\$ 144.134,71 (25,7%).

Para o ano de 2003, o valor total de AIH's pagas foi de R\$ 653.979,84 (seiscentos e cinquenta e três mil, novecentos e setenta e nove reais e oitenta e quatro centavos), com predomínio também na faixa etária de 70 a 74 anos para um total de R\$ 190.255,45 (29%).

Em 2004 o valor total de AIH's pagas foi de R\$ 710.569,18 (setecentos e dez mil, quinhentos e sessenta e nove reais e dezoito centavos), com predomínio na faixa etária de 70 a 74 anos para um total de R\$ 153.373,32 (21,6%).

Tabela 12 – Valor total gasto com pagamento de AIH's na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004. Valor em reais.

	IDADE (anos)					Total
	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 ou +	
2002	124.970,96	144.134,71	141.200,14	72.201,78	96.304,76	580.815,35
2003	120.783,06	131.201,70	190.255,45	93.421,14	136.320,04	653.979,84
2004	127.438,53	147.981,28	153.373,32	145.630,02	136.146,03	710.569,18

Fonte: SIH/SUS.

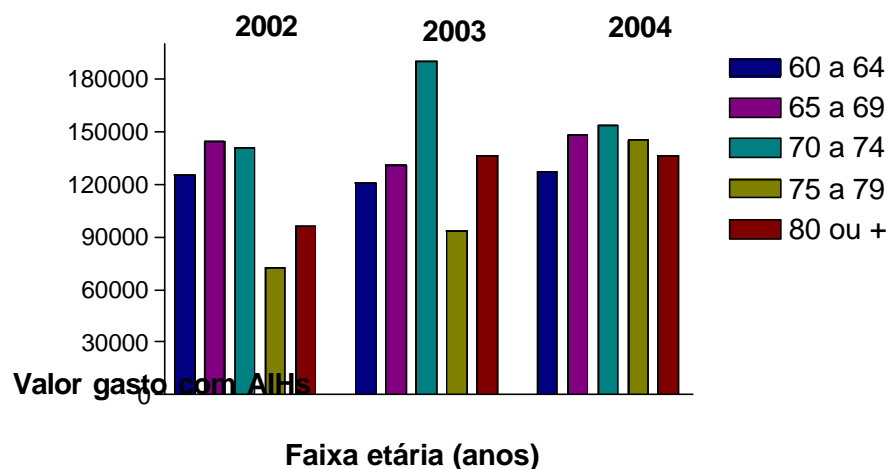


Figura 12 – Valor total gasto com pagamento de AIH's na população idosa do município de Dracena – SP, segundo idade. 2002-2004. Valor em reais.

13 – Valor total gasto com pagamento de AIH's da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino, segundo idade, nos anos de 2002, 2003 e 2004.

Na tabela 13 observamos que em 2002, o valor total de AIH's pagas foi de R\$ 560.815,35 (quinhentos e sessenta mil, oitocentos e quinze reais e trinta e cinco centavos), R\$ 70.433,53 (12,5%) para o sexo masculino na faixa etária de 65 a 69 anos e R\$ 77.127,76 (13,7%) para o sexo feminino na faixa etária de 70 a 74 anos.

Para o ano de 2003, o valor total de AIH's pagas foi de R\$ 653.979,84 (seiscentos e cinquenta e três mil, novecentos e setenta e nove reais e oitenta e quatro centavos), R\$ 113.949,00 (17,4%) para o sexo masculino na faixa etária de 70 a 74 anos de idade e R\$ 76.306,45 (11,7%) para o sexo feminino na faixa etária de 70 a 74 anos.

Em 2004, o valor pago foi de R\$ 710.569,18 (setecentos e dez mil, quinhentos e sessenta e nove reais e dezoito centavos), R\$ 94.183,87 (13,2%) para o sexo masculino na faixa etária de 70 a 74 anos e R\$ 63.334,95 (9,0%) para o sexo feminino na faixa etária de 65 a 69 anos. Em 2004 observamos um maior valor gasto com pagamento de AIH's para o sexo masculino superior ao sexo feminino em todas as faixas etárias.

O valor gasto com pagamento de AIH's foi maior para ambos os sexos na faixa etária compreendida entre 70 a 74 anos.

Tabela 13 – Valor total gasto com pagamento de AIH's da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos, segundo idade. 2002-2004. Valores em reais.

	IDADE (anos)					Total Sexo	Total
	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 ou +		
2002							
Homens	60.211,73	70.433,53	64.072,38	45.247,05	57.854,44	279.819,13	560.815,35
Mulheres	64.759,23	73.701,18	77.127,76	26.954,73	38.453,32	280.996,22	
2003							
Homens	74.341,08	70.566,55	113.949,00	49.501,73	76.575,98	384.934,34	653.979,84
Mulheres	28.441,98	60.635,15	76.306,45	43.919,86	59.744,06	269.045,50	
2004							
Homens	72.160,85	84.646,33	94.183,87	88.886,84	84.168,44	424.046,33	710.569,18
Mulheres	55.277,68	63.334,95	59.189,45	56.743,18	51.977,59	286.522,85	

Fonte: SIH/SUS.

14 – Morbidades da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino, segundo idade, para o ano de 2002.

O Quadro 1 mostra para o ano de 2002 que as principais causas de morbidade segundo Classificação Internacional de Doenças na sua décima revisão foram em ordem decrescente: Doenças do aparelho circulatório, seguida por Doenças do aparelho respiratório, Doenças do aparelho digestivo, Doenças do aparelho geniturinário e Neoplasias (Tumores).

Para 2002, os dados obtidos para morbidade da população de Dracena - SP mostram que as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de doença dessa população com 313 (30%) doentes, seguidas de doenças do aparelho respiratório com 151 (14,5%) doentes, doenças do aparelho digestivo com 115 (10,9%) doentes, doenças do aparelho geniturinário com 112 (10,7%) doentes e neoplasias 94 (9%) doentes.

As doenças do aparelho circulatório em 2002 para o sexo masculino acometeram mais idosos na faixa etária de 80 anos e mais de idade com 41 (13,1%) doentes e para o sexo feminino idosos na faixa etária de 80 anos e mais de idade com 44 (14,1%) doentes.

As doenças do aparelho respiratório foram maiores na faixa etária de 70 a 74 anos para ambos os sexos, masculino com 24 (15,9%) doentes e o feminino com 15 (9,9%) doentes.

As doenças do aparelho digestivo foram maiores para o sexo masculino na faixa etária de 70 a 74 anos com 22 (19,1%) doentes e maiores no sexo feminino para a faixa etária de 80 anos e mais de idade com 15 (13%) doentes.

As doenças do aparelho geniturinário foram maiores para o sexo masculino e na faixa etária de 80 anos e mais de idade com 21 (18,7%) doentes e maiores para o sexo feminino na faixa etária de 60 a 64 anos de idade com 21 (18,7%) doentes.

Para as neoplasias (tumores) encontramos um maior número de doentes na faixa etária de 65 a 69 anos com 21 doentes (22,3%) para o sexo masculino e 22 doentes (23,4%) para o sexo feminino.

Quadro 1 – Morbidade da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos, segundo idade, no ano de 2002.

Morbidade CID - 10	Idade (anos)										Total
	60 a 64		65 a 69		70 a 74		75 a 79		80 ou +		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
I- Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	2	0	3	3	5	3	4	8	0	28
II- Neoplasias (tumores)	15	4	21	22	4	9	9	3	6	1	94
III- Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitar	0	2	0	0	2	0	0	2	0	1	7
IV- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2	1	3	6	2	4	2	3	0	2	25
V- Transtornos mentais e comportamentais	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	01
VI- Doenças do sistema nervoso	6	2	2	2	9	3	5	2	0	0	31
VII- Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	01
VIII- Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00
IX- Doenças do aparelho circulatório	13	25	16	39	32	44	23	37	41	43	313
X- Doenças do aparelho respiratório	16	4	12	13	22	15	20	14	24	11	151
XI- Doenças do aparelho digestivo	9	11	9	8	22	9	13	6	13	15	115
XII- Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4	0	1	1	2	2	0	1	4	5	20
XIII- Doenças sist osteo-muscular e tec conjuntivo	2	7	5	7	9	9	2	3	3	7	52
XIV- Doenças do aparelho geniturinário	6	21	6	13	9	10	17	6	21	3	112
XV- Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00
XVI- Algumas afec originadas no período perinatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00
XVII- Malf. cong deformid e anomal cromossômicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00
XVIII- Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	1	4	1	4	3	5	0	6	2	27
XIX- Lesões env e alg out conseq causas externas	1	5	5	5	4	8	3	1	5	9	46
XX- Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	1	3	3	3	3	2	3	5	23
XXI- Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	01

Fonte: SIH/SUS.

15 – Morbidades da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino, segundo idade, no ano de 2003.

No Quadro 2 observamos que os dados obtidos em 2003 para morbidade da população de Dracena - SP mostram que as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de doença dessa população com 356 (32%) doentes, seguidas de doenças do aparelho respiratório com 251 (22,5%) doentes, doenças do aparelho digestivo com 104 (9,3%) doentes, doenças do aparelho geniturinário com 90 (8,1%) doentes e lesões por envenenamento e causas externas com 74 (6,7%) doentes.

As doenças do aparelho circulatório em 2003 acometeram mais idosos na faixa etária de 80 anos e mais de idade em ambos os sexos, o masculino com 53 (14,9%) doentes e o feminino com 53 (14,9%) doentes.

As doenças do aparelho respiratório foram maiores para o sexo masculino na faixa etária de 70 a 74 com 48 (19,1%) doentes e foram maiores para o sexo feminino na faixa etária de 80 anos e mais de idade com 31 (12,3%) doentes.

As doenças do aparelho digestivo foram maiores para o sexo masculino na faixa etária de 80 anos e mais de idade com 20 (19,2%) doentes e maiores para o sexo feminino na faixa etária de 70 a 74 anos com 15 (14,4%) doentes.

As doenças do aparelho geniturinário foram maiores para o sexo masculino na faixa etária de 70 a 74 anos de idade com 21 (23,3%) doentes e maiores para o sexo feminino na faixa etária de 60 a 64 anos com 09 (10%) doentes.

Para as lesões por envenenamento e causas externas observamos um maior número de 9 doentes (12%) para o sexo masculino e 20 doentes (27%) para o sexo feminino na faixa etária de 80 anos e mais de idade.

Quadro 2 – Morbidade da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino, segundo idade, no ano de 2003.

Morbidade segundo CID - 10	Idade (anos)										Total
	60 a 64		65 a 69		70 a 74		75 a 79		80 ou +		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
I- Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5	0	6	0	4	3	4	4	8	9	43
II- Neoplasias (tumores)	8	3	10	7	6	3	0	0	4	0	41
III- Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitar	0	0	0	1	0	1	1	1	1	2	07
IV- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	4	0	10	1	5	0	4	2	7	34
V- Transtornos mentais e comportamentais	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	05
VI- Doenças do sistema nervoso	0	2	3	1	2	2	3	1	2	3	19
VII- Doenças do olho e anexos	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	04
VIII- Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00
IX- Doenças do aparelho circulatório	23	17	22	34	24	47	36	30	53	53	356
X- Doenças do aparelho respiratório	11	13	19	19	48	22	26	17	45	31	251
XI- Doenças do aparelho digestivo	7	5	7	7	14	15	6	11	20	12	104
XII- Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5	3	6	2	5	6	1	4	11	3	46
XIII- Doenças sist osteo-muscular e tec conjuntivo	1	3	0	1	4	3	3	1	0	1	17
XIV- Doenças do aparelho geniturinário	5	9	7	4	21	6	16	6	14	2	90
XV- Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00
XVI- Algumas afec originadas no período perinatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00
XVII- Malf. cong deformid e anom al cromossômicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00
XVIII- Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	1	1	2	1	3	2	6	1	1	4	22
IX- Lesões env e alg out conseq causas externas	3	1	6	5	8	9	5	8	9	20	74
XX- Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00
XXI- Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00

Fonte: SIH/SUS.

16 – Morbidades da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino, segundo idade, no ano de 2004.

No Quadro 3 podemos observar que para 2004, os dados obtidos para morbididades da população de Dracena - SP mostram que as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de doença dessa população com 403 (32,8%) doentes, seguidas de doenças do aparelho respiratório com 240 (19,5%) doentes, doenças do aparelho digestivo com 139 (11,3%) doentes, doenças do aparelho geniturinário com 96 (7,8%) doentes e lesões por envenenamento e causas externas com 92 (7,5%) doentes.

As doenças do aparelho circulatório em 2004 acometeram mais idosos do sexo masculino na faixa etária de 80 anos e mais de idade com 58 (14,4%) doentes e maiores para o sexo feminino na faixa etária de 75 a 79 anos como 52 (12,9%) doentes.

As doenças do aparelho respiratório foram maiores para o sexo masculino na faixa etária de 70 a 74 anos com 40 (16,7%) doentes e maiores para o sexo feminino na faixa etária de 80 anos e mais de idade 35 (14,6%) doentes.

As doenças do aparelho digestivo foram maiores para o sexo masculino na faixa etária de 80 anos e mais de idade com 23 (16,5%) doentes e maiores para o sexo feminino na faixa etária de 65 a 69 anos com 16 (11,5%) doentes.

As doenças do aparelho geniturinário foram maiores na faixa etária de 70 a 74 anos de idade para ambos os sexos, o masculino apresentou com 21 (23,3%) doentes e o feminino com 11 (11,5%) doentes.

Para as lesões por envenenamento e causas externas observamos para o sexo masculino 11(12%) doentes e para o sexo feminino 23 (25%) doentes ambos para a faixa etária de 80 e mais anos de idade.

Quadro 3 – Morbidade da população idosa do município de Dracena – SP, distribuída em relação aos sexos masculino e feminino, segundo idade, no ano de 2004.

Morbidade segundo CID - 10	Idade (anos)										Total
	60 a 64		65 a 69		70 a 74		75 a 79		80 ou +		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
I- Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	2	2	3	5	3	5	3	5	4	32
II- Neoplasias (tumores)	17	8	14	7	6	4	9	0	2	2	69
III- Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitar	1	0	2	0	0	3	0	0	1	2	09
IV- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	5	1	6	2	7	3	4	4	7	40
V- Transtornos mentais e comportamentais	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	04
VI- Doenças do sistema nervoso	3	0	2	0	3	6	4	0	1	1	20
VII- Doenças do olho e anexos	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	04
VIII- Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00
IX- Doenças do aparelho circulatório	29	28	26	20	56	46	49	52	58	39	403
X- Doenças do aparelho respiratório	10	15	25	20	40	17	26	16	36	35	240
XI- Doenças do aparelho digestivo	19	10	1	16	19	14	13	13	23	11	139
XII- Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	3	3	4	4	6	6	5	5	3	41
XIII- Doenças sist osteo-muscular e tec conjuntivo	0	3	2	4	1	1	2	0	1	1	15
XIV- Doenças do aparelho genitourinário	7	7	5	6	21	11	8	5	18	8	96
XV- Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00
XVI- Algumas afec originadas no período perinatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00
XVII- Malf. cong deformid e anomal cromossômicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00
XVIII- Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	0	2	3	2	0	1	6	3	4	5	26
XIX- Lesões env e alg out conseq causas externas	3	3	5	7	6	15	3	16	11	23	92
XX- Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00
XXI- Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00

Fonte: SIH/SUS.

6.0. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como principal preocupação a assistência à saúde, prestada às pessoas idosas, na cidade de Dracena-SP. Considerou-se como idosa a pessoa com idade cronológica igual ou acima de 60 anos, no sentido de facilitar o confronto de dados obtidos com os existentes na literatura, tratando-se, também, de um parâmetro utilizado por vários autores e pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

O envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento no peso relativo das pessoas acima de 60 anos. Não só a população idosa está envelhecendo, mas a proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos ou mais de idade.

Os idosos no Brasil representam cerca de 9% da população geral. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 1997 observou que dois estados apresentavam uma população idosa maior que 9% de sua população total: Rio de Janeiro (11,2%) e Paraíba (10,6%). (Lima-Costa & Veras, 2003; Garrido, 2002).

No período, 2002 a 2004, os idosos de Dracena – SP correspondiam a 13,8% da população.

Segundo Camarano (2004), a população idosa é constituída segundo sexo de 55% de mulheres e 45% de homens.

Observamos em Dracena – SP no triênio estudado que 53% da população idosa pertenciam ao sexo feminino e 47% ao sexo masculino.

No ano de 2001, ocorreram 2.153.094 internações (AIH's do tipo 1) entre idosos brasileiros, no âmbito SUS. Dessas internações, 1.067.214 (49,6%)

correspondiam ao sexo masculino e 1.085.880 (50,4%) ao sexo feminino. (Peixoto et al., 2004)

Segundo Veras (1987,1994) há várias explicações para tais diferenças quanto às internações entre homens e mulheres:

- Diferenças de exposição às causas de risco de trabalho e causas externas;
- Diferenças no consumo de álcool e tabaco;
- Diferenças de atitude em relação às doenças e incapacidades. As mulheres são mais atentas ao aparecimento dos sintomas, tem um conhecimento melhor das doenças e utilizam mais os serviços de saúde a nível ambulatorial.

O número de internações em idosos observados para Dracena – SP em 2002 foi de 863 internações, sendo 419 (48,6%) para o sexo feminino e 444 (51,4%) para o sexo masculino, em 2003 foram de 891 internações, sendo 475 (53,3%) para o sexo masculino e 416 (46,7%) para o sexo feminino e em 2004 foram de 950 internações, sendo 502 (52,8%) para o sexo masculino e 448 (47,2%) para o sexo feminino.

Segundo Gordilho et al (2001), de acordo com dados obtidos do Sistema Único de Saúde (SUS) o tempo médio de permanência para a população de 60 anos e mais de idade para o ano de 1997 foi de 6,8 dias.

Em Dracena – SP o tempo médio de permanência para os anos de 2002, 2003 e 2004 foi respectivamente 6,2dias, 6,5 dias e 6,0 dias.

No ano de 2001, a soma de recursos pagos para todas as AIH's com idosos foi de R\$ 1.140.167.000,00. Desses recursos, R\$ 596.263.000,00 (52,3%) foram gastos com o sexo masculino e R\$ 543.904.000,00 (47,7%) foram gastos com o sexo feminino. (Peixoto et. al., 2004)

Em Dracena – SP observamos que a soma de recursos pagos para todas as AIH's com idosos foi de R\$ 1.925.364,37. Desses recursos, R\$ 1.088.799,80 (56%) foram gastos com o sexo masculino e R\$ 836.564,57 (44%) foram gastos com o sexo feminino.

Segundo dados do SUS, para a região Sudeste, o custo médio por AIH para o triênio 2002-2004 foi de R\$ 730,43.

Os dados obtidos para Dracena-SP mostram que: em 2002 para um total de 875 AIH's o valor total gasto com internações foi de R\$ 578.815,35 e o custo médio por AIH foi de R\$ 661,50.

Em 2003, o valor total gasto foi de R\$ 653.981,84 para um total de 902 AIH's e o custo médio por AIH foi de R\$ 752,04.

Em 2004, o valor total gasto com AIH's foi de R\$ 710.569,18 para um total de 963 AIH's e o custo médio por AIH foi de R\$ 737,87.

Outras correlações sobre o estudo podem ser feitas com relação ao número de AIH's e os valores totais pagos para estas AIH's no município de Dracena – SP. Em 2002, no sexo masculino para a faixa etária de 80 anos ou mais de idade foram pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 88 AIH's no valor total de R\$ 57.854,44, média de R\$ 657,44 por AIH. A mesma quantidade de AIH's (88) para o sexo masculino na faixa etária de 75 a 79 anos obtivemos um pagamento pelo SUS de R\$ 88.886,84, média de R\$ 1.010,07 por AIH.

Em 2003, no sexo feminino para a faixa etária de 65 a 69 anos de idade foram pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 93 AIH's no valor total de R\$ 60.635,15, média de R\$ 652,00 por AIH. Em 2004, a mesma quantidade de AIH's (93) para o sexo feminino na faixa etária de 80 anos e mais de idade obtivemos um pagamento pelo SUS de R\$ 51.977,59, média de R\$ 558,90 por AIH.

Estimativas oficiais indicam que em 30 anos os países desenvolvidos terão que gastar de 9 a 16 % a mais do Produto Interno Bruto (PIB) com o sistema de saúde e aposentadorias. (Chaimowicz, 1997)

São consideradas Doenças Crônico-Degenerativas as doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão arterial, vários tipos de câncer entre outras. (Achutti & Azambuja, 2004)

As doenças cardiovasculares que em 1950, eram responsáveis por 12% das mortes, atualmente representam 40%. A inatividade física juntamente com as dietas chamadas “não saudáveis”, consumo de álcool e tabaco, obesidade e pressão arterial elevada são fatores de riscos para doenças cardiovasculares. (Gordilho et al., 2001)

Os dados referentes ao diagnóstico principal das internações hospitalares (segundo capítulo CID 10) mostram entre as principais causas as doenças do aparelho circulatório (28,6% e 30,1% para homens e mulheres, respectivamente), as doenças do aparelho respiratório (20,4% e 18,7%, respectivamente) e as doenças do aparelho digestivo (11,0% e 9,7%, respectivamente). (Loyola Filho, 2004)

Os dados obtidos para morbidade da população de Dracena - SP, segundo sexos masculino e feminino, no período 2002 a 2004 mostram respectivamente que: as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de doença dessa população com 313 (30%), 356 (32%) e 403 (32,8%) doentes, seguidas de doenças do aparelho respiratório com 151 (14,5%), 251 (22,5%) e 240 (19,5%) doentes, doenças do aparelho digestivo com 115 (10,9%), 104 (9,3%) e 139 (11,3%) doentes e doenças do aparelho geniturinário com 112 (10,7%), 90 (8,1%) e 96 (7,8%) doentes.

Observamos no estudo que houve uma variação na quinta causa de morbidade. Em 2002 a quinta causa de morbidade foi neoplasias (tumores) enquanto que em 2003 e 2004 a quinta causa de morbidade foi lesões por envenenamento e causas externas.

As morbidades devido às lesões por envenenamento e causas externas vêm ganhando proporção ao longo dos anos devido às fragilidades próprias da idade como diminuição da audição e visão, levando aos atropelamentos, uso de medicação incorreta por não enxergar o que está escrito nas bulas ou caixas de medicamentos; perda da coordenação e firmeza dos movimentos facilitando as quedas que por vezes levam a fraturas.

Os dados obtidos ratificam o peso que o envelhecimento populacional exerce

sobre a área da saúde, quer no aspecto custo quanto no assistencial. Apesar dos resultados encontrados serem, grosso modo, bastante óbvios, a contribuição deste trabalho visa sensibilizar os gestores nos olhares e práticas assistenciais, bem como, uma mudança nos programas de saúde destinados ao idoso.

Os programas de saúde aos idosos devem ser conduzidos por profissionais conscientes de que os idosos apresentam peculiaridades distintas das demais faixas etárias, e que sua avaliação de saúde deve ser feita objetivando a identificação de problemas subjacentes à queixa principal, incluindo as avaliações funcionais, cognitivas, psíquicas, nutricionais e sociais, que interferem diretamente na sua saúde, grau de autonomia e independência.

Nosso interesse pela pessoa idosa não se justifica apenas no crescimento numérico desta população; estende-se a sua integração na sociedade, na contribuição social e nível de participação nos processos decisórios, relativos à qualidade de suas vidas.

Constitui um desafio aos governantes presentes e futuros em relação às demandas por serviços, benefícios e atenções a esta população (Berquó & Leite, 1988) e, se nada for feito, podemos antever uma deterioração do sistema de saúde, não apenas para os idosos, mas para toda a sociedade, conseqüência do gasto crescente na área da saúde.

Acreditamos que estudos desta natureza possam oferecer informações que subsidiarão a implementação de um programa de assistência à pessoa idosa, uma melhor qualidade de vida no cuidado e uma redução nos custos referentes a esta assistência.

7.0. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi observado que o percentual de idosos na população de Dracena-SP é maior que a proporção nacional.

Quanto às internações, média de permanência hospitalar, quantidade de AIH's e custos observamos que:

- Houve um aumento do número de internações em idosos nos anos de 2002 a 2004;
- As doenças do Aparelho Circulatório apresentaram um aumento proporcional no triênio, sendo a primeira causa de internação em Dracena; em seguida pôde-se constatar como principais causas de morbidade doenças do Aparelho Respiratório, doenças do Aparelho digestivo, doenças do Aparelho Geniturinário bem como uma modificação na quinta causa de morbidade que em 2002 era Neoplasias e em 2003 e 2004 era lesões por envenenamento e causas externas.
- No sexo masculino, o percentual e o número de internações foram maiores em relação às idosas.
- Quanto a media de permanência hospitalar o grupo etário 65 a 69 anos apresentou a maior;
- Os custos por AIH no triênio foram maiores entre os homens.
- O sexo masculino mostrou entre as variáveis estudadas média superior em relação ao sexo feminino.

Diante dos resultados, torna-se imprescindível que os serviços e programas de saúde estabeleçam políticas eficientes em saúde a fim de oferecer a essa clientela (idoso e sua família) um suporte que garanta a assistência integrada, satisfatória e de qualidade como de direito.

8.0. REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A. & AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social, **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4): 833-840, 2004.

ALMEIDA, M. F. de et al. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1988, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4): 743-756, 2002.

AMARAL, A. C. S. et al. Perfil da morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6): 1617-1626, nov-dez., 2004.

ANZOLA PÉREZ, E., ed. **Enfermaria gerontologica: conceptos para la practica**. Washington: OPAS, 1993. 79p. (Série Paltex para ejecutores de programas de salud, n.31).

ASSUNÇÃO FILHO, A. O normal e o patológico no idoso: como avaliar. **Neurobiologia**, v.53, n.1/2, p.5-12, 1990.

BARRETO, M.L.; CARMO, E.H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C.A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil. A evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: HUCITEC NUPENS/USP, 1995. P.17-30.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1970. 711 p.

BERQUÓ, E.S., LEITE, V. M. Algumas considerações sobre a demografia da população idosa no Brasil. **Ciênc. Cult**, v.40, n.7, p.679-688, 1988.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: Guia Operacional e Portarias relacionadas/Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 104 p.

CAMARANO, Ana Amélia. **Os Novos Idosos Brasileiros Muito Além dos 60?** Ed. Ipea. Brasília/DF. 2004.

CAVALCANTI, M.G.P.H., SAAD, P. M. Os idosos no contexto da saúde pública. In: SEADE – FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **O idoso na Grande São Paulo**. São Paulo: SEADE, 1990. p. 181-206

CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI:

problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública.** v.31, n.2, p.184-200, 1997.

COELHO FILHO, João Macedo. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 666-71, 2000.

COHEN, C., LOUZÃ, J.R. Escala de avaliação de depressão em idosos. **RBM Rev. Brás. Med.**, v.47, n.9, p.414-416, 1990.

COSTA NETO, M.M. & SILVESTRE, J.A., 1999. **Atenção à Saúde do Idoso - Instabilidade Postural e Queda.** Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde.

FELICIANO, Adriana Barbieri; MORAES, Suzana Alves de; FREITAS, Isabel Cristina Martins de. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6): 1575-1585, nov-dez., 2004.

FERRARI, M.A.C. **Geriatrics:** aspectos educacionais e de terapia ocupacional. São Paulo, 1975. 93p. Dissertação (Mestrado)Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

FRIES, J. F. The Compression of Morbidity. **The Milbank Quarterly.** Vol. 83, No. 4, (pp. 801-23), 2005.

GARRIDO, R. & MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 24 suppl. 1, p. 3-6, abr. 2002.

GOMES, F.A.A., FERREIRA, P.C.A. **Manual de geriatria e gerontologia** Rio de Janeiro: EBM, 1985. 361 p.

GORDILHO, A. et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. **Bahia Análise & Dados**, Salvador-BA, SE1, v. 10, n. 4, p. 138-153, março, 2001.

GUILLÉN LLERA, F., MOLINO MARTÍN, J.P. **Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico.** Barcelona: Masson, 1994.

GUTIERREZ GAMBARO, A. Atención y cuidado de enfermería em el paciente senescente. **Rev. Sanid. Def. Nac.** (Chile), v. 4, n. 4, p. 366-371, 1987.

HADDAD, E.G.M. **A ideologia da velhice.** São Paulo: Cortez, 1986, 134 p.

JORGE, Maria Helena de Mello. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, vol. 7, nº 2, 2004.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. Envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, v.21, n.3, p.200-210, 1987.

KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J., BREBB, J.A. Idade adulta tardia (velhice), In; ___.

Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p.73-84.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3): 861-866, mai-jun, 2003.

KILSZTAJN S., et al. Serviços de Saúde, Gastos e Envelhecimento da População Brasileira. **Revista Brasileira de Estudos de População**. Disponível em http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol20_n1_2003/vol20_n1_2003_8arti_go_p93a108.pdf [acesso em 17/7/2006].

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C.M.; CARATIN, C. V. de S. Doença Isquêmica do Coração. Internações, Tempo de Permanência e Gastos. Brasil, 1993 a 1997. **Arq Brás Cardiol**, volume 74 (nº 6), 483-487, 2000.

LAURENTI, R. Transição Demográfica e Transição Epidemiológica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1, Campinas, **Anais**. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1990.

LEBRÃO, Maria Lúcia. Determinantes da morbidade hospitalar em região do Estado de São Paulo (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 33(1): 55-63, 1999.

LÉGER, J.M, TESSIER, J.F, MOUTY, M.D. **Psicopatologia do envelhecimento:** assistência às pessoas idosas. Petrópolis: Vozes, 1994. 296p.

LESSA, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1998, 284p.

LIMA-COSTA, M. F. & VERAS, R. Saúde Pública e envelhecimento, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jun. 2003.

LITVOC, J & BRITO, F.C. Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde. São Paulo. Atheneu, 2004.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 13(4):229-238, Belo Horizonte/MG, 2004.

LOURENÇO, R. A. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, abr. 2005.

LOUZÂ NETO, M.R, LOUZÂ, S.P.R., COHEN, C., LOUZÃ, J.R. O idoso, as instituições totais e a institucionalização. **Rev. Paul. Hosp.**, v.34, n. 7/9, p. 135-142, 1986.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, 11(6): 701-2, novembro-dezembro, 2003.

MATHIAS, T. A. F. & SOBOLL, M. L. de M. S. Morbidade hospitalar em município da região sul do Brasil em 1992. **Rev. Saúde Pública**, 30(3):224-32, 1996.

MENDES, W. **Home Care: uma modalidade de assistência à saúde**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2001.

MOTTA, Luciana Branco da. Textos sobre Envelhecimento. V.3, n-3. **Levantamento do perfil de idosos internados em um hospital geral: análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica**. Rio de Janeiro, 2001.

OLIVEIRAS, C.G. **Análise do conceito de satisfação do usuário na obra de Donabedian**. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, 1992. 36p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 20).

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of epidemiology of population change. **Milkbank Memorial Fund Quarterly**, v. 49, n. 4, p. 509-38, 1971.

OMS. Comité de Expertos en Planificacion de los Servicios Geriatricos. **Planificación y organización de los servicios geriatricos**: informe de um comité de expertos. Ginebra, 1974. 51 p. (Série de informe técnicos, n.548).

PEIXOTO, Sergio V.; GIATTI, Luana; AFRADIQUE, Maria E.; LIMA-COSTA, Maria F. Epidemiologia e Serviços de Saúde 13(4): 239-246. **Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Belo Horizonte/MG, 2004.

PEREIRA, Mauricio Gomes. Revista Brasília Médica. **Envelhecimento da População Brasileira**. 40(1/4): 3-4. 2003.

PINHEIRO, R.S. & TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(3):487-496, 1999.

PORCU, M. et al. Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. **Acta Scientiarum**, Maringá, v.24, n.3, p. 713-717, 2002.

PORTELA, M. C. et al. Algoritmo para a composição de dados por internação a partir do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH-SUS): composição de dados por internação a partir do SIH - SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(4):771-774, 1997.

PRATA, P.R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 168-75, abr/jun. 1992.

RAMOS, L. R.; ROSA, T. E.C.; OLIVEIRA Z.M. et. al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo 27(2):87-94,1993.

RAMOS, L. R., VERAS, R. P., KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira, **Rev. Saúde Pública**, v.21, n.3, p.211-224, 1987.

ROZESTRATEN, R.J.A. Aprendizagem e comportamento no transito. Cap.7. In: WITTER e J.F.B. Lomônaco (orgs), Psicologia da aprendizagem. Áreas de aplicações. EPV., São Paulo (1987).

SAAD, Paulo. O envelhecimento populacional e seus reflexos na área da saúde. *Anais do VII Encontro de Estudos Populacionais*, Caxambu, 1990, v.3, p.353-370. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1990/t90v03a13.pdf> (25 maio 2002).

SAGER, M. A.; FRANKE, T, & INOUE, S. K., 1996. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older person. **Archives of Internal Medicine**, 156:645-652, 1996.

SALGADO, M.A. **Velhice: uma nova questão social**. São Paulo: SESC/CET, 1980. 134p.

SCHRAMM, J. M. de A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4): 897-908, 2004.

SILVA, Marina da Cruz. Textos sobre Envelhecimento. V. 8, n. 1. **O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro, 2005.

SILVESTRE, J.A. & COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):839-847, mai-jun, 2003.

SKINNER, B.F., VAUGHAN, M.E., **Viva bem a velhice: aprendendo a programar sua vida**. São Paulo: Sumus, 1985, 141 p.

SOBRAL, Benigno, LUZ, Madel, SAYEG, Mário *et al.* **Novos fatos e alguns pontos de vista sobre a terceira idade**. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, mar./jun. 1995, vol.2, no.1, p.135-148.

TADDEI, C. F. G. et al. Estudo multicentrico de idosos atendidos em ambulatórios de cardiologia e geriatria de instituições brasileiras. **Arq Bras Cardiol**, volume 69 (nº5), 327-333, 1997.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3): 705-715, mai-jun, 2003.

VERAS, R. **O Anacronismo dos Modelos Assistenciais na Área da Saúde: mudar e inovar, desafios para o setor público e o privado**. In: *Terceira Idade: Gestão Contemporânea em Saúde*.p. 163-188,Rio de Janeiro:Relume-Dumará: UnATI/UERJ, 2002.

VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 224p.

VERAS, SOUZA, C.A.M, CARDOSO, R.F, MILIOLI, R, SILVA, S D. Pesquisando populações idosas: a importância do instrumento e o treinamento da equipe: uma constituição metodológica. **Rev. Saúde Pública**, v.22, n.6, p.513-518, 1988.

VERAS, R.P, RAMOS, LR-, KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Pública**, v.21, n.3, p.225-233, 1987.

VILAR, J. M. A crise no setor saúde e o ranking da OMS. **Rev. Brasileira de Home Care**, v. 6, n. 63, p.22, jul. 2000.

WAGNER, E.C.A.M. Velhos e sociedade: um confronto entre visões recíprocas de moradores da cidade de São Paulo. **Gerontologia**, v.4, n.1, p. 19-26, 1996.

WALTERS,K.R. Discharge planning: in exploratoury study of the process of discharge planning on geriatric wards. **J.Adv. Nurs.**, v. 12, n. 1, p. 71-83, 1987.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)