

Perfil de morbidade e custos hospitalares com idosos no estado de Pernambuco

Profile of morbidity and hospital costs with elderly in state of Pernambuco

Perfil de morbilidad y costos de internaciones hospitalarias con ancianos en el estado de Pernambuco

Alaine Santos Parente
Alanny Santos Parente
Michelle Christini Araújo Vieira

RESUMO: O objetivo deste estudo foi descrever o perfil de morbidade e custos de internações hospitalares com idosos no estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2008 a 2016. Trata-se de estudo descritivo, com recorte transversal e abordagem quantitativa, por meio do qual se pôde verificar, ao longo dos anos em análise, uma taxa crescente de gastos hospitalares, destacando-se como doenças que mais oneraram o sistema público as doenças do aparelho circulatório, respiratório e neoplasias. Tais resultados sugerem a necessidade de maiores esforços em prevenção para as principais morbidades que acometem essa população.

Palavras-chave: Hospitalização; Perfil de saúde; Saúde do idoso.

ABSTRACT: *The objective of this study was to describe the morbidity and costs profile of hospital admissions with elderly in the state of Pernambuco, Brazil, from 2008 to 2016. This is a descriptive study, with a cross-sectional and quantitative approach. Through this study it was possible to verify, over the years under analysis, an increasing rate of hospital expenses, highlighting as diseases that most burdened the public system diseases of circulatory, respiratory and neoplasias. These results suggest the need for greater prevention efforts for the main morbidities that affect this population.*

Keywords: *Hospitalization; Health profile; Health of elderly.*

RESUMEN: *El objetivo de este estudio fue describir el perfil de morbilidad y costos de internaciones hospitalarias con ancianos en el estado de Pernambuco, Brasil, en el período de 2008 a 2016. Se trata de un estudio descriptivo, con recorte transversal y abordaje cuantitativo, por medio del cual se comprobó, a lo largo de los años en análisis, una tasa creciente de gastos hospitalarios, destacándose como enfermedades que más oneraron el sistema público las enfermedades del aparato circulatorio, respiratorio y neoplasias. Estos resultados sugieren la necesidad de mayores esfuerzos en prevención para las principales morbilidad que afectan a esa población.*

Palabras clave: *Hospitalización; Perfil de salud; Salud del anciano.*

Introdução

A partir da segunda metade do século XX, ocorreram inúmeras transformações nos diversos setores da sociedade brasileira. Na saúde, foram observadas mudanças referentes ao aumento da esperança de vida ao nascer e redução das taxas de mortalidade infantil, com manutenção de níveis elevados de natalidade e fecundidade que resultaram nas taxas de crescimento populacional mais elevadas na história do país (Vasconcelos, & Gomes, 2012).

Na primeira fase da transição demográfica, observou-se pouco impacto na estrutura etária; a proporção de idosos ainda era muito pequena. Apenas na segunda fase da transição, justificando-se pela diminuição das taxas de mortalidade nas décadas de 1960 e 1970, pôde-se observar o início do processo de envelhecimento populacional e, só a partir de 1970, o país experimentou uma verdadeira revolução demográfica, com redução das taxas de natalidade, fecundidade e mortalidade, resultando em um expressivo crescimento populacional. Entre 1991 e 2010, os níveis de mortalidade e natalidade reduziram-se ainda mais, e esses indicadores refletiram na estrutura etária da população, levando a um notório envelhecimento populacional (Vasconcelos, & Gomes, 2012). Essa transição levou ao surgimento de novas demandas em saúde, especialmente o aumento das doenças crônicas, resultando em maior e mais prolongado uso dos serviços de saúde (Moraes, 2012).

No Brasil, o conceito de idoso ancora-se no indivíduo com 60 ou mais anos de idade e, considerando-se a configuração da transição demográfica que se deu no país, essa população tem crescido de forma acelerada e, dentro desse grupo, as pessoas com mais de 80 anos vêm aumentando progressivamente (Brasil, 2010).

A população idosa irá mais do que triplicar nas próximas quatro décadas, de menos de 20 milhões em 2010, para aproximadamente 65 milhões em 2050. Esse aumento expressivo resultará em maiores custos sobre os sistemas públicos de saúde e previdência. Sendo assim, a organização do sistema de saúde no Brasil precisa ser ajustada para esse grupo etário, pois a magnitude do aumento dos gastos em saúde com esse segmento populacional dependerá da melhoria da qualidade de vida, que impactará em anos saudáveis ou de enfermidades e dependência. Ou seja, a prevenção, o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da saúde, a independência e a autonomia serão os maiores desafios relacionados à saúde da população idosa (Veras, 2012).

O perfil epidemiológico caracteriza-se por tripla carga de doenças com forte predomínio das condições crônicas (Brasil, 2014), cuja incidência das doenças cardiorrespiratórias, neoplasias, entre outras, associada a longos períodos de internação, causam fortes impactos nos gastos com saúde (Oliveira, 2016).

Para atender a esses desafios, é necessário que os gestores conheçam o perfil de morbidade dessa população, e os custos que essas doenças ocasionam para o sistema de saúde e, nesse contexto, o sistema de informação em saúde torna-se instrumento fundamental para elaboração, planejamento e monitoramento das ações direcionadas para esse segmento populacional (Kernkamp, *et al.*, 2016), pois o conhecimento do perfil de causas de internações hospitalares é fundamental para o planejamento de ações eficazes e avaliação contínua dos serviços (Pilger, Lentsck, Vargas, & Baratieri, 2011).

Diversas pesquisas corroboram a afirmativa do impacto econômico das internações hospitalares com idosos e, mesmo sendo do conhecimento de todos, torna-se necessária a realização constante de estudos em todos os entes federados do país, que auxiliem os gestores e profissionais no planejamento de ações, no entendimento do perfil de hospitalizações em idosos, e quanto aos custos demandantes dessas internações, com vistas a se pensar e elaborar estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos.

E, nessa lógica da produção do conhecimento, é preciso questionar de qual maneira o poder público está contribuindo para promover um envelhecimento ativo e saudável, e se as políticas direcionadas para os idosos estão sendo efetivas. Para tentar responder a essas perguntas, é essencial aos gestores públicos o conhecimento de informações sobre as principais doenças que acometem a população idosa, de forma a subsidiar os processos decisórios no setor saúde.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil de morbidade e custos de internações hospitalares com idosos no estado de Pernambuco.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, com recorte transversal e abordagem quantitativa, sobre as internações hospitalares de indivíduos com 60 ou mais anos de idade no estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2008 a 2016. A pesquisa foi realizada a partir de dados secundários do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), disponibilizados pelo departamento de informática do SUS (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>).

O estado de Pernambuco possui uma população, estimada em 2017, de 9.473.266 habitantes, e é formado por 185 municípios (IBGE, 2017). De acordo com o plano diretor de regionalização (PDR), o estado está dividido em quatro macrorregiões e 12 regiões de saúde, com sede nas seguintes cidades: I Geres (Recife); II (Limoeiro); III (Palmares); IV (Caruaru); V (Garanhuns); VI (Arcoverde); VII (Salgueiro); VIII (Petrolina); IX (Ouricuri); X (Afogados da Ingazeira); XI (Serra Talhada) e XII (Goiana). A IV Macrorregião corresponde ao Vale do São Francisco e Araripe, e é composta pelas regionais VII, VIII e IX (Pernambuco, 2011).

As variáveis selecionadas para o estudo foram: número de internações hospitalares, sexo, faixa etária, causas de internação hospitalar segundo capítulos da classificação internacional de doenças (CID 10), taxa de mortalidade, gasto médio, gasto total de internações, e média de permanência hospitalar.

Foram considerados os grandes grupos de causas hospitalares: doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho digestório; doenças infecciosas e parasitárias; doenças do aparelho geniturinário; causas externas; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; doenças do sistema nervoso; transtornos mentais e comportamentais; neoplasias; doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; dentre outras doenças.

Foram incluídas todas as internações de idosos, segundo o local de residência no período de 2008 a 2016, correspondente aos anos completos disponíveis para acesso no período de coleta de dados que foi até novembro de 2017.

Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva simples, através da exposição de números absolutos e percentuais das variáveis pesquisadas, utilizando-se o Microsoft Excel® versão 2010. A partir da descrição, foi realizada a discussão dos dados à luz da literatura existente, comparando-se as informações encontradas com internações em outros estados da federação. Por tratar-se de estudo que se valeu de dados secundários, disponibilizados em meio eletrônico pelo Ministério da Saúde, sendo essas informações de domínio público, não foi necessária a submissão deste projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, por não se tratar de estudo com seres humanos.

Resultados

Entre os anos considerados neste estudo, registraram-se 994.434 internações hospitalares em idosos no âmbito do SUS. Observa-se que ocorreu um aumento no número de internações ao longo dos anos, e que a maior ocorrência de internações foi registrada nas regionais de Recife (488.006) e Caruaru (120.804). A maior frequência de internações nessas regionais ocorre pelo fato de que, nessas localidades, estão concentrados grandes estabelecimentos hospitalares que recebem pacientes de outras regionais, e de municípios do interior, como exemplo a regional de Recife (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de internações hospitalares em idosos por regionais de saúde do estado de Pernambuco, nos anos 2008 a 2016

Região de Saúde	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Afogados da										
Ingazeira	3100	3503	4095	4021	3553	3283	3209	3334	3684	31782
Arcoverde	3349	3318	3890	4253	4043	4123	4334	4387	4227	35924
Caruaru	11914	12434	12867	12884	13374	13974	13872	14525	14960	120804
Garanhuns	3561	3909	4600	4802	4658	5097	5129	5153	5713	42622
Goiana	2799	2771	3040	3500	3615	3764	3796	4122	4090	31497
Limoeiro	6560	6705	7126	7829	8012	8314	8094	8944	9109	70693
Ouricuri	3002	3644	3813	4130	3817	3555	3794	3738	4010	33503
Palmares	6096	6981	6900	6799	6335	6656	6532	6535	6804	59638
Petrolina	2075	2782	2940	3215	3336	3645	3445	3279	3445	28162
Recife	41001	41962	46760	52444	55349	60483	63090	61930	64987	488006
Salgueiro	1571	1609	1792	1784	1784	1926	2093	2365	2398	17322
Serra Talhada	3538	3717	4401	4200	3920	3821	3710	3704	3470	34481
Total	88566	93335	102224	109861	111796	118641	121098	122016	126897	994434

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar

Do total de internações, 521.082 (52%) são do sexo feminino e 473.352 (48%), do sexo masculino. A faixa etária com maior percentual de internações para ambos os sexos corresponde à idade de 60 a 69 anos (41%) (tabela 2).

Tabela 2 - Internações hospitalares por sexo e faixa etária no estado de Pernambuco, 2008-2016

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
60 a 69 anos	203928	21%	202901	20%	406829	41%
70 a 79 anos	163130	16%	180138	18%	343268	35%
80 anos e mais	106294	11%	138043	14%	244337	25%
Total	473352	48%	521082	52%	994434	100%

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar

As cinco principais causas de internação hospitalar em idosos foram: doenças do aparelho circulatório (23,42%), doenças do aparelho respiratório (12,39%), doenças do aparelho digestivo (9,98%), algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,86%) e neoplasias (9,25%). Dessa forma, observa-se um padrão de morbidade marcado por doenças crônicas e doenças infecciosas e parasitárias. As doenças do aparelho circulatório e respiratório apresentaram o maior percentual em ambos os sexos (11,24% e 12,17%, respectivamente). A 3ª principal causa de internação no sexo masculino correspondeu a doenças do aparelho digestivo (5,21%) e, no sexo feminino, as doenças infecciosas e parasitárias (Tabela 3).

Tabela 3 - Causas de internação hospitalar em idosos por capítulo CID 10 no estado de Pernambuco, 2008-2016

Capítulo CID-10	Masc		Fem		Total	
	N	%	N	%	N	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	43808	4,41%	54242	5,45%	98050	9,86%
II. Neoplasias (tumores)	44943	4,52%	47088	4,74%	92031	9,25%
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. imunitár.	4083	0,41%	4766	0,48%	8849	0,89%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	23066	2,32%	31691	3,19%	54757	5,51%
V. Transtornos mentais e comportamentais	3433	0,35%	2458	0,25%	5891	0,59%
VI. Doenças do sistema nervoso	9219	0,93%	9457	0,95%	18676	1,88%
VII. Doenças do olho e anexos	4425	0,44%	5767	0,58%	10192	1,02%
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	140	0,01%	185	0,02%	325	0,03%

IX. Doenças do aparelho circulatório	111823	11,24%	121035	12,17%	232858	23,42%
X. Doenças do aparelho respiratório	56469	5,68%	66710	6,71%	123179	12,39%
XI. Doenças do aparelho digestivo	51841	5,21%	47428	4,77%	99269	9,98%
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	27291	2,74%	31980	3,22%	59271	5,96%
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	6431	0,65%	8442	0,85%	14873	1,50%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	37970	3,82%	31876	3,21%	69846	7,02%
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0,00%	170	0,02%	170	0,02%
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	228	0,02%	159	0,02%	387	0,04%
XVII. Malf. cong. deformid. e anomalias cromossômicas	823	0,08%	1004	0,10%	1827	0,18%
XVIII. Sint. sinais e achad. anorm. Ex. clín. e laborat	14844	1,49%	15031	1,51%	29875	3,00%
XIX. Lesões enven. e alg. Out. conseq. causas externas	28407	2,86%	36913	3,71%	65320	6,57%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	145	0,01%	121	0,01%	266	0,03%
XXI. Contatos com serviços de saúde	3963	0,40%	4559	0,46%	8522	0,86%
Total	473352	48%	521082	52%	994434	100,00%

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar

As doenças que mais oneraram o sistema público de saúde foram as doenças do aparelho circulatório (R\$ 457.957.406,50), neoplasias (201.381.086,10), e as doenças do aparelho respiratório (186.741.794,80). Esse padrão de morbidade de doenças crônicas, principalmente as doenças do aparelho circulatório, gerou altos custos para a atenção hospitalar; doenças que poderiam ser evitadas com ações de promoção e prevenção de saúde realizadas na atenção primária. Em relação ao valor médio das internações, observou-se um maior valor para os transtornos mentais e comportamentais (6.038,72), doenças do ouvido e apófise mastoide (6500,13) (Tabela 4).

Tabela 4 - Gastos hospitalares com idosos por capítulo CID 10, no estado de Pernambuco, 2008-2016

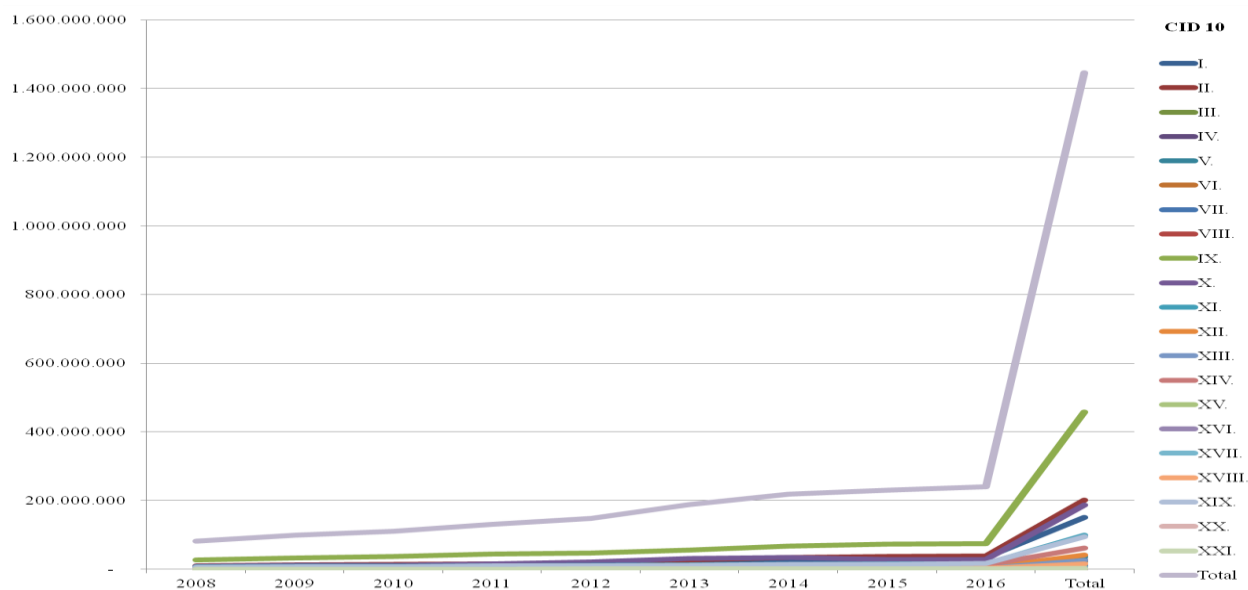
Capítulo CID-10	Valor_total	Valor_médio
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	150.438.696,40	1534,31
II. Neoplasias (tumores)	201.381.086,10	2188,19
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. imunitár.	4.183.902,81	472,81
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	26.641.057,13	486,53
V. Transtornos mentais e comportamentais	35.574.119,62	6038,72
VI. Doenças do sistema nervoso	22.950.804,14	1228,89
VII. Doenças do olho e anexos	11.225.045,63	1101,36
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	2.112.542,55	6500,13
IX. Doenças do aparelho circulatório	457.957.406,50	1966,68
X. Doenças do aparelho respiratório	186.741.794,80	1516,02

XI. Doenças do aparelho digestivo	98.832.180,60	995,6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	40.518.556,76	683,62
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	25.720.326,29	1729,33
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	61.980.016,22	887,38
XV. Gravidez parto e puerpério	66.461,61	390,95
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	467.275,71	1207,43
XVII. Malf. cong. deformid. e anomalias cromossômicas	5.690.124,63	3114,46
XVIII. Sint. sinais e achad. anorm. ex. clín. e laborat.	15.096.295,57	505,32
XIX. Lesões enven. e alg. out. conseq. causas externas	94.724.372,84	1450,16
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	200.024,69	751,97
XXI. Contatos com serviços de saúde	2.908.544,23	341,3
Total	1.445.410.635,00	1453,5

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar

Analisando-se os gastos hospitalares entre os anos 2008-2016, observou-se um aumento dos custos ao longo desse período por todos os grupos de causas, principalmente nas doenças do aparelho circulatório. Esses dados evidenciam que existe a necessidade de se intervir de forma preventiva nesse grupo de causas, evitando-se, assim, que esses idosos apresentem condições que demandem assistência hospitalar.

Gráfico 1- Gasto com internações hospitalares em idosos por capítulo CID 10, no estado de Pernambuco, 2008-2016



Fonte: Sistema de Informação Hospitalar

Em relação à taxa de mortalidade hospitalar em idosos entre os anos 2008-2016, observou-se que foram maiores nas regionais de Goiana (12,72), Caruaru e Petrolina (12,09).

Também se observou que houve um aumento da taxa de mortalidade ao longo dos anos: em 2008, a taxa de mortalidade era de apenas 9,64, passando a 12,99 no ano de 2016. Em 2010 foi registrada a menor taxa de mortalidade (9,45).

As regionais que apresentam a menor taxa correspondem a Afogados da Ingazeira (5,42) e Serra Talhada (5,63) (Tabela 5).

Tabela 5 - Taxa de mortalidade hospitalar em idosos no estado de Pernambuco, 2008-2016

Região de Saúde	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Afogados da Ingazeira	3,94	4,37	4,4	4,7	5,24	5,03	6,36	7,05	7,87	5,42
Arcoverde	6,9	6,96	6,27	6,72	7,42	7,52	6,51	8,89	10,88	7,61
Caruaru	10,01	10,66	10,93	10,63	10,76	12,09	12,87	14,52	15,3	12,09
Garanhuns	9,32	9,75	8,33	9,45	9,25	12,07	13,24	14,85	15,88	11,61
Goiana	11,15	12,31	11,12	12,26	12,92	12,54	11,88	12,86	16,31	12,72
Limoeiro	7,71	9,08	9,56	10,41	9,97	11,02	12,21	12,02	13,11	10,73
Ouricuri	4,3	4,88	4,41	5,28	5,92	6,53	6,98	8,29	8,98	6,23
Palmares	8,76	8,84	9,09	10,35	10,29	12,62	12,78	13,8	15,65	11,36
Petrolina	11,42	15,96	13,1	12,38	12,02	12,4	10,8	10,89	10,45	12,09
Recife	11,46	11,62	10,62	10,75	10,72	11,06	11	11,87	12,69	11,34
Salgueiro	5,67	6,71	6,03	6,05	8,02	8,62	10,65	9,18	10,97	8,23
Serra Talhada	4,3	4,71	4,02	4,05	3,78	5,31	6,66	7,86	10,89	5,63
Total	9,64	10,11	9,45	9,81	9,95	10,75	10,96	11,91	12,99	10,72

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar

No que se refere ao tempo de internação, observa-se uma maior média de permanência hospitalar, e de forma bastante expressiva, referente a transtornos mentais e comportamentais (139 dias), sendo que o sexo feminino apresenta uma maior média de permanência (144 dias), do que o sexo masculino (135 dias). Em segundo lugar, como maior média de permanência, estão as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (12 dias), sendo mais expressiva no sexo masculino (aproximadamente 14 dias), do que no sexo feminino (11 dias) (Tabela 6).

Tabela 6 - Média de Permanência hospitalar em idosos por capítulo CID 10 e sexo no estado de Pernambuco, 2008-2016

Capítulo CID-10	Masc	Fem	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8	7,1	7,5
II. Neoplasias (tumores)	7,1	6,5	6,8
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. Imunitár.	6,8	6,8	6,8
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6,1	5,8	5,9
V. Transtornos mentais e comportamentais	135,7	144,7	139,5
VI. Doenças do sistema nervoso	9,3	8,4	8,8
VII. Doenças do olho e anexos	0,6	0,5	0,6
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	6,2	4,6	5,3
IX. Doenças do aparelho circulatório	8,1	7,7	7,9
X. Doenças do aparelho respiratório	7,6	7,5	7,5
XI. Doenças do aparelho digestivo	4,8	5,2	5
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3,7	3,5	3,6
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	13,9	11	12,2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6,3	5,5	5,9
XV. Gravidez parto e puerpério	...	3,2	3,2
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	6,3	4,9	5,7
XVII. Malf. cong. Deformid. e anomalias cromossômicas	6,8	6,5	6,7
XVIII. Sint. sinais e achad. anorm. ex. clín. e laborat.	3,7	3,3	3,5
XIX. Lesões enven. e alg. out. conseq. causas externas	8,4	7,6	7,9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	7,6	6,6	7,2
XXI. Contatos com serviços de saúde	1,3	1,5	1,4
Total	7,8	7,2	7,5

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar

Discussão

O desenvolvimento de políticas públicas para os idosos tem sido destaque na agenda das organizações internacionais, com a proposição de diretrizes para implantar programas sociais e assistenciais que atendam às necessidades emergentes do segmento populacional idoso (Fernandes, & Soares, 2012).

No Brasil, com o intuito de orientar as ações no campo do envelhecimento, o Ministério da Saúde elaborou e publicou alguns atos normativos. Em 1996, foi regulamentada a Política Nacional do Idoso, a qual prevê a garantia de direitos sociais à pessoa idosa. Em 2003, com a publicação do Estatuto do Idoso, foram reafirmados os direitos desse segmento populacional, cabendo à saúde garantir atenção integral por intermédio do SUS.

Três anos depois, o Ministério da Saúde anunciou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Em 2006, a política foi revisada cuja finalidade é recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos idosos (Brasil, 2014). As propostas dessa política estão delineadas, porém cabe aos gestores debater as prioridades de atenção e fomentar o trabalho em rede (Fernandes, & Soares, 2012).

Muito embora as orientações previstas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa continuem atuais e adequadas, ainda existem lacunas entre as ofertas das redes prioritárias de atenção e as demandas dessa população, exigindo um esforço maior para ampliar o acesso, e potencializar o cuidado integral, considerando-se as especificidades dessa população (Pernambuco, 2016). Há uma necessidade urgente em desenvolver políticas públicas relacionadas ao envelhecimento. Exige-se uma transformação no modelo de atenção à saúde curativo baseado na doença, para a prestação de cuidados integrais (Wachholz, & Boas, 2016).

Outras estratégias também foram construídas ao longo dos anos. Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu a rede de atenção às doenças crônicas, visando a uma mudança no modelo assistencial, por meio da qualificação dos diversos pontos de atenção. Também foram implantados programas de promoção e prevenção em saúde, como o Programa Academia da Saúde e o Programa de Controle do Tabagismo, possibilitando o acesso do tratamento na atenção primária (Chueiri, Harzheim, Gauche, & Vasconcelos, 2014).

Apesar dessas iniciativas, neste estudo foi possível observar um aumento do número de internações em idosos ao longo dos anos analisados. Esse crescimento pode ser justificado tanto pelo aumento da população idosa, como pela maior incidência de doenças crônicas nessa população, o que gera fragilidade e, conseqüentemente, provoca a busca de assistência hospitalar para o tratamento dos agravos.

É crescente o número de idosos com doenças crônicas, com uso contínuo de medicamentos, maior risco de descompensações, ocasionando internamentos frequentes e aumento da mortalidade nesta faixa etária, causada por uma maior fragilidade, polipatologias e polifarmácia. Esse perfil provoca um impacto na procura por serviços de saúde em diversos níveis de complexidade (Pernambuco, 2016).

Com relação aos dados suscitados na presente investigação, predominaram as internações na faixa etária de 60 a 69 anos, principalmente no sexo feminino.

Corroborando esses achados, na pesquisa de Castro, *et al.* (2013) também foi encontrada uma maior frequência de internação hospitalar na faixa etária de 60 a 69 anos. Já no estudo de Justo, *et al.* (2013) foi encontrada maior frequência de internação na faixa etária de 80 anos ou mais. Entretanto, os maiores custos foram observados na faixa etária de 60 a 69 anos de idade.

Em relação ao perfil de internações por sexo, observou-se no presente estudo que o estado de Pernambuco apresentou uma maior frequência de internações hospitalares do sexo feminino (52%). Corroborando esses dados, outras pesquisas também apontaram maior frequência de internações de mulheres (Silveira, Santos, Souza, & Monteiro., 2013; Pilger, *et al.*, 2011; Justo, Fernandez, Sobral, Siqueira, & Nascimento, 2013). Já em estudo sobre o perfil de internações no estado do Paraná, foi encontrada uma maior frequência de internações do sexo masculino (50,3%) (Castro, *et al.*, 2013). Sobre essas diferenças entre gêneros, é importante considerar aspectos referentes à cultura da sociedade, quando o homem não possui o hábito de cuidar de sua saúde e procurar serviços assistenciais, ocasionando um aumento de doenças nessa população, que geralmente são diagnosticadas em fases mais tardias, necessitando de tratamentos mais complexos (Silveira, *et al.*, 2013).

Em relação ao perfil de morbidade, observou-se que as doenças do aparelho circulatório (28,7%) e do aparelho respiratório (21,3%) foram as mais frequentes entre os idosos. Dados semelhantes foram encontrados por outros autores, apontando para uma maior frequência de internações por doenças do aparelho circulatório (Pilger, *et al.*, 2011; Araújo, *et al.*, 2015; Marques, & Confortin, 2015; Freitas, Friestino, Pimenta, & Ferreira, 2016).

A maior frequência dessas doenças pode ser explicada tanto por fatores de risco modificáveis, como hábitos de vida não saudáveis; a exemplo, uma alimentação inadequada, o tabagismo e a ausência da prática de atividade física, além do consumo de bebida alcoólica (Brasil, 2011); por fatores relativos ao sistema de saúde, a exemplo de uma baixa efetividade das ações na atenção primária, as quais ocasionam a busca por serviços de assistência hospitalar. Marques e Confortin (2015) relataram que a adesão a hábitos saudáveis é fundamental para o controle dos fatores de risco e prevenção das doenças do aparelho circulatório.

Na pesquisa de Freitas, *et al.* (2016), também se observou uma elevada taxa de doenças cardiovasculares, indicando a ausência de políticas públicas de saúde, contrariando, de modo geral, as expectativas de ascensão das taxas de longevidade da população brasileira (Freitas, *et al.*, 2016).

As doenças crônicas são responsáveis por uma grande carga da morbimortalidade do Brasil, ocasionando elevados gastos e preocupações no cenário da saúde pública (Silva, J.V.F, Silva, E.C., Rodrigues, & Miyazawa, 2015). Esses dados corroboram os achados deste estudo, cujo elevado número de internações por doenças crônicas, ainda mais expressivo nas doenças cardiovasculares, ocasiona custos elevados para o sistema público de saúde. Tal situação demanda dos gestores a necessidade do fortalecimento das ações com vistas a prevenir essas morbidades.

Para reverter esse quadro, é fundamental o fortalecimento das ações na atenção primária, visando a prevenir essas internações hospitalares e reduzir os custos para o sistema público. Na pesquisa de Pedreira, *et al.* (2015), foi destacada uma importante contribuição da Estratégia de Saúde da Família na redução das internações por doenças do aparelho circulatório em idosos. Os resultados apontaram para uma possível efetividade da atenção primária, já que as ações nesse nível envolvem a prevenção de doenças, promoção da saúde e a minimização de danos. Nessa perspectiva, torna-se fundamental intensificar as ações na Estratégia de Saúde da Família, ampliando a cobertura nas diferentes regiões do país.

Mello, *et al.* (2017) também destacaram que determinadas causas de internações, a exemplo da hipertensão e diabetes, devem receber um olhar da atenção primária para minimizar as internações por doenças cerebrovasculares e insuficiência cardíaca. Nessa pesquisa, foi apontado que os esforços para ampliação da atenção primária no Estado do Paraná refletiram na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária, e no número médio de internações por doenças crônicas não transmissíveis.

A abordagem dessas doenças estende-se por todo o ciclo da vida, com ações que se iniciam durante a gravidez, promovendo-se os cuidados pré-natais e a nutrição adequada, passando pelo estímulo ao aleitamento materno, pela proteção à infância e à adolescência quanto à exposição aos fatores de risco (álcool, tabaco) e quanto ao estímulo aos fatores protetores (alimentação saudável, atividade física), e persistem na fase adulta, na velhice, enfim, durante todo o curso de vida (Brasil, 2011).

Em relação aos custos hospitalares, observou-se um aumento ao longo dos anos, com maiores gastos com as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Já na pesquisa de Silveira, *et al.* (2013) foram encontrados custos mais elevados para as internações ocasionadas por transtornos mentais e comportamentais, seguidos pelas doenças osteomusculares e circulatórias.

Os autores descreveram que, apesar de ser encontrado um maior número de internações entre adultos, os idosos apresentaram um índice de gasto com hospitalização cerca de 8 vezes maior para as doenças do aparelho circulatório (Silveira, *et al.*, 2013).

No estudo de Justo, *et al.* (2013) também foi apontado um aumento dos custos hospitalares com idosos para as doenças do aparelho circulatório. Em pesquisa realizada no município de Recife, PE, também se destacou maior destinação de recursos para as doenças do aparelho circulatório, seguidas por transtornos mentais, doenças do aparelho respiratório, digestivo e neoplasias (Morosini, Marques, Leal, Marino, & Melo, 2011). Esses achados reforçam mais uma vez a necessidade do fortalecimento das ações na atenção primária, visando à prevenção de internações hospitalares com a redução de custos para o sistema público de saúde.

Os maiores custos de internação na população idosa podem ser explicados por possíveis falhas nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Para reduzir esses custos, é necessária a adoção de políticas mais abrangentes com maior investimento nas ações de promoção, prevenção e tratamento oportuno. A promoção e educação em saúde, a prevenção de agravos e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia, poderão assegurar maior qualidade de vida aos idosos (Silveira, *et al.*, 2013).

Em relação ao tempo de permanência hospitalar, observou-se, nesta pesquisa, uma maior média de permanência para os transtornos mentais e comportamentais (em torno de 139 dias). Na pesquisa de Silveira, *et al.* (2013) também foi expressivo o tempo de internação por transtornos mentais e comportamentais que chegou a 103 dias entre os idosos.

No Brasil, entre os anos 2008 a 2014, esses transtornos representaram 139.941 internações de idosos no país. Desse total de internações, predominaram aquelas por esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. Nessa perspectiva, existe a necessidade de mais atenção à promoção da saúde mental, com ampliação do acesso aos serviços de saúde mental extra-hospitalares, a exemplo da Estratégia Saúde da Família e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e aos equipamentos de saúde mental essenciais para o acompanhamento de idosos com transtornos mentais graves e persistentes (Santos, *et al.*, 2017).

Outra variável analisada neste estudo foi a taxa de mortalidade hospitalar, quando se verificou uma maior taxa de mortalidade em algumas regionais do estado de Pernambuco, a exemplo de Caruaru, Goiana e Petrolina.

Esse resultado pode ser reflexo de vários fatores, necessitando que sejam investigadas as causas dos óbitos desses idosos, a fim de verificar se poderiam ser evitadas, e proporcionar a tomada de decisões para a elaboração de estratégias que evitem a mortalidade dessa população, aumentando, por conseguinte, sua expectativa de vida. Entretanto, não se pode afirmar quais fatores estariam ocasionando esses óbitos, visto que esta pesquisa se valeu apenas de dados secundários puramente descritivos, sendo necessários estudos que avaliem o desempenho e a qualidade do cuidado da assistência hospitalar nas diferentes regiões do país.

Alguns autores utilizaram a mortalidade hospitalar como medida da qualidade do cuidado e do desempenho. Esses autores destacaram que é necessário envidar esforços para tornar o acesso à rede hospitalar e à qualidade do cuidado mais equânimes no país, baseando-se na necessidade de saúde da população (Machado, Martins, & Leite, 2016).

Apesar de todos esses achados, ressalta-se que, ao considerar dados secundários de sistemas de informação, podem ocorrer algumas limitações: falhas na codificação das internações, subregistros, preenchimento inadequado das autorizações de internações hospitalares e múltiplas internações por um mesmo indivíduo, que podem superestimar os dados de internação.

Outras considerações precisam ser realizadas: o número de internações é condicionada à oferta do serviço; podem haver distorções quanto à notificação da morbidade, tendo-se em vista que o sistema que notifica é o mesmo que remunera o prestador do serviço; e nem todos os idosos brasileiros são usuários exclusivos do SUS (Brasil, 2010).

Nessa perspectiva, faz-se necessário incentivar os profissionais para o preenchimento correto e envio dos dados com a periodicidade adequada. Inconsistências, não envios, ou envios intermitentes devem ser monitorados de forma contínua. Melhorar o preenchimento dessas informações pode contribuir com o aumento da potencialidade do seu uso, sendo essenciais para a análise do perfil de morbidade da população, subsidiando a tomada de decisões no SUS (Machado, Martins, & Leite, 2016).

No que se refere ao cuidado ao idoso, a partir dos resultados encontrados neste estudo, destaca-se que é preciso envidar maiores investimentos e esforços para reduzir o perfil de morbidade e mortalidade nessa população. O perfil de doenças crônicas requer a intensificação das ações de promoção à saúde, tais como: o incentivo a práticas de atividade física e adoção de hábitos alimentares saudáveis. Esses hábitos devem ser incentivados desde a infância visando a prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida da população.

Outras ações também precisam ser fortalecidas e monitoradas continuamente: cuidado ao idoso na atenção primária, através das ações de prevenção, tratamento e reabilitação, acompanhamento contínuo de hipertensos e diabéticos, acompanhamento regular do estado de saúde geral dessa população, garantia de acompanhamento ambulatorial especializado adequado às necessidades de cada idoso, com integração permanente da rede de serviços, visando à longitudinalidade e integralidade do cuidado.

Um modelo de atenção à saúde do idoso precisa reunir ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, cuidado precoce e reabilitação de agravos. Os gestores precisam buscar intervenções com vistas a reduzir o uso de instâncias avançadas de cuidado (entre elas, o hospital), ampliando a oferta de cuidados mais leves, em âmbito preventivo. Para formação dessa rede, é fundamental o conhecimento da carteira de serviços, o perfil e as necessidades, de modo a construir a melhor forma para prestação dos serviços (Veras, 2016).

No âmbito da atenção primária, é preciso a incorporação de uma visão ampliada do indivíduo, considerando-se aspectos cognitivos, de humor, mobilidade e comunicação como domínios essenciais à saúde, ampliando o escopo de ações para além das doenças crônicas. A efetivação do direito à saúde pela população idosa exige um melhor preparo dos profissionais e a realização de intervenções que preservem a funcionalidade e garantam a melhora na qualidade de vida (Medeiros, Júnior, Bousquat, & Medina, 2017).

Para enfrentar a multimorbidade e o processo de envelhecimento, é preciso remodelar o sistema de saúde, com superação da fragmentação do cuidado ainda vigente no SUS e explorar o potencial da atenção primária na gestão do cuidado dos idosos e organização das redes de atenção (Oliveira, Bozzetti, Hauser, Duncan, & Harzheim, 2013).

Considerações finais

Apesar das limitações deste estudo, apresentadas anteriormente, ressalta-se que o sistema de informação hospitalar representa uma importante fonte de dados para os gestores e profissionais, proporcionando o conhecimento do perfil de morbidade e mortalidade no SUS. Esses dados precisam ser continuamente monitorados, de forma a verificar as consistências e a qualidade dessas informações para que sejam utilizadas no planejamento e processos decisórios no setor saúde.

A partir dos dados desse sistema, observou-se um aumento no número de internações hospitalares em idosos, ao longo dos anos analisados, com maior frequência de internações do sexo feminino e da faixa etária de 60 a 69 anos. As cinco principais causas de internação hospitalar foram: doenças do aparelho circulatório, respiratório, digestivo, doenças infecciosas e parasitárias e neoplasias.

Esses resultados apontam para possíveis falhas na atenção primária, sugerindo a necessidade de maiores esforços dos gestores e profissionais da saúde para a prevenção das principais morbidades que acometem a população longeva.

Há a necessidade do fortalecimento das políticas públicas voltadas ao idoso, com maior investimento para as ações de promoção, prevenção e tratamento oportuno. Para redução dessas internações, torna-se imprescindível que esses idosos sejam assistidos de forma integral na atenção primária, com o estabelecimento de ações multiprofissionais, cuidado longitudinal e garantia de atendimento, conforme suas necessidades individuais.

Destaca-se também a necessidade da realização de novos estudos que averiguem a efetividade das ações na atenção primária e demais níveis de atenção no cuidado à população idosa. Além disso, torna-se primordial investigar os fatores condicionantes e determinantes das doenças nessa população, com a finalidade de estabelecer ações preventivas que promovam a redução dos diversos agravos que acometem a população idosa e, por decorrência, a diminuição no número de internações hospitalares.

A prevenção dessas morbidades é relevante, não só do ponto de vista econômico para o sistema público, mas também para a promoção de uma melhor qualidade de vida e maior longevidade da população longeva. As doenças crônicas podem representar uma maior fragilização nessa faixa etária, as quais podem ocasionar desde limitações para atividades de vida diária até incapacidades permanentes e óbitos. Portanto, é crucial o planejamento de ações que promovam anos mais saudáveis e ativos para os idosos.

De modo mais ampliado, o cuidado ao idoso requer o estabelecimento de ações intersetoriais e a adoção de políticas e ações que considerem a diversidade territorial no país. Os desafios são distintos em cada realidade, exigindo uma atuação articulada dos diversos entes governamentais para garantia da integralidade da atenção ao segmento idoso.

Referências

Araújo, A. P. S., Mincoff, R. C. L., Blanco, P. H. M., Lordani, T. V. A., Machado, E. S., Silva, P. D. N., & Oliveira, D. V. O. (2015). Análise da evolução temporal da morbidade hospitalar de idosos na região da Amusep entre os anos de 2000-2010. *Revista Saúde e Pesquisa*, 8(2), 307-316. Recuperado em 10 novembro, 2017, de: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3883>.

Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. (44 p.).

Brasil. (2011). Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. (160p.). Recuperado em 23 agosto, 2017, de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.

Brasil. (2014). Ministério da Saúde. *Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral*. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. (46p.).

Castro, V. C., Borghi, A. C., Mariano, P. P., Fernandes, C. A. M., Mathias, T. A. F., & Carreira, L. (2013). Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Rev Rene*, 14(4), 791-800. Recuperado em 10 novembro, 2017, de: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1269/pdf>.

Chueiri, P. S., Harzheim, E., Gauche, H., & Vasconcelos, L. L. C. (2014). Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, RJ: *Divulgação em saúde para debate*, 52, 114-124. Recuperado em 10 novembro, 2017, de: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/142570/000992554.pdf?sequence=1>.

Fernandes, M. T. O., & Soares, S. M. (2012). O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. São Paulo, SP: *Rev Esc Enferm USP*, 46(6), 1494-1502. Recuperado em 10 novembro, 2017, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600029.

Freitas, D. C. C. V., Friestino, J. K. O., Pimenta, M. E. F., & Ferreira, J. F. R. (2016). Distribuição espacial das internações hospitalares de idosos nas cinco regiões do Brasil. Passo Fundo, RS: *RBCEH*, 13(1), 09-24. Recuperado em 10 novembro, 2017, de: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/5167>.

IBGE. (2017). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2017*. Recuperado em 21 agosto, 2017, de: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pe>.

Justo, A. M., Fernandez, F. E. C., Sobral, P. H. A. F., Siqueira, V. B., & Nascimento, E. A. (2013). Custos das internações hospitalares entre idosos usuários do Sistema Único de Saúde. Recife, PE: *Rev Enferm UFPE on line*, 7(10), 6013-6018. Recuperado em 10 novembro, 2017, de: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3403/pdf_3663.

Kernkamp, C. L., Costa, C. K. F., Massuda, E. M., Silva, E. S., Yamaguchi, M. U., & Bernuci, M. P. (2016). Perfil de morbidade e gastos hospitalares com idosos no Paraná, Brasil, entre 2008 e 2012. Rio de Janeiro, RJ: *Cad. Saúde Pública*, 32(7). Recuperado em 21 agosto, 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n7/1678-4464-csp-32-07-e00044115.pdf>.

Machado, J. P., Martins, M., & Leite, I. C. (2016). Variação do desempenho hospitalar segundo fontes de pagamento nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, Brasil. Rio de Janeiro, RJ: *Cad. Saúde Pública*, 32(7). Recuperado em 10 novembro, 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n7/1678-4464-csp-32-07-e00114615.pdf>.

Marques, L. P., & Confortin, S. C. (2015). Doenças do Aparelho Circulatório: Principal Causa de Internações de Idosos no Brasil entre 2003 e 2012. *R. Bras Ci Saúde*, 19(2), 83-90. Recuperado em 10 novembro, 2017, de: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/23631>.

Medeiros, K. K. A., Júnior, E. P. P., Bousquat, A., & Medina, M. G. (2017). O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, RJ: *Saúde em Debate*, 41(Especial 3), 288-295. Recuperado em 10 novembro, 2017, de: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41nspe3/288-295/pt>.

Mello, J. M., Borges, P. K. O., Muller, E. V., Grden, C.R.B., Fabiane Karine Pinheiro, F. K., & Borges, W. S. (2017). Internações por doenças crônicas não transmissíveis do sistema circulatório, sensíveis à atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm*, 26(1). Recuperado em 10 novembro, 2017, de: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-e3390015.pdf.

Moraes, E. N. (2012). *Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais*. Brasília, DF. Recuperado em 23 agosto, 2017, de: <http://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>.

Morosini, S., Marques, A. P. O., Leal, M. C. C., Marino, J. G., & Melo, H. M. A. (2011). Custo e tempo de permanência hospitalar de idosos residentes em Recife, PE. *Geriatrics & Gerontology*, 5(2), 91-98. Recuperado em 10 novembro, 2017, de: <http://ggaging.com/details/250/pt-BR/costs-and-length-of-stay-of-hospitalization-for-elderly-residents-in-recife---pe>.

Oliveira, A. T. T. (2016). Envelhecimento populacional e políticas públicas: desafios para o Brasil no século XXI. *Revista Brasileira de Geografia Econômica*, 8. Recuperado em 24 agosto, 2017, de: <https://espacoeconomia.revues.org/2140>.

Oliveira, E. B., Bozzetti, M. C., Hauser, L., Duncan, B. B., & Harzheim, E. (2013). Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. Rio de Janeiro, RJ: *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 8(29), 264-273. Recuperado em 10 novembro, 2017, de: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/826/586>.

Pedreira, R. B. S., Lobo, M. L., Medeiros, A. C. M., Sampaio, P. C., Reis, M. C., & Pinto Júnior, E. P. (2015). Hospitalizações por doenças do aparelho circulatório em idosos e Estratégia Saúde da Família. *Arq. Ciênc.Saúde*, 22(3), 31-36. Recuperado em 10 novembro, 2017 de: www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/download/52/115/.

Pernambuco. (2011). Secretaria Estadual de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização*. Pernambuco. Recuperado em 21 agosto, 2017, de: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconassversao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf.

Pernambuco. (2016). Secretaria Estadual de Saúde (SES). *Plano Estadual de Saúde: 2016-2019*. Recife, PE: SES. (338p.)

Pilger, C., Lentsck, M. H., Vargas, G., & Baratieri, T. (2011). Causas de internação hospitalar de idosos residentes em um município do Paraná, uma análise dos últimos 5 anos. *R. Enferm. UFSM*, 1(3), 394-402. Recuperado em 21 agosto, 2017, de: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3186>.

Santos, V. C., Anjos, K. F., Boery, R. N. S. O., Moreira, R. M., Cruz, D. P., & Boery, E. N. (2017). Internação e mortalidade hospitalar de idosos por transtornos mentais e comportamentais no Brasil, 2008-2014. Brasília, DF: *Epidemiol. Serv. Saúde*, 26(1), 39-49. Recuperado em 10 novembro, 2017, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000100039&script=sci_abstract&tlng=pt.

Silva, J. V. F., Silva, E. C., Rodrigues, A. P. R. A., & Miyazawa, A. P. (2015). A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. Maceió, AL: *Ciências Biológicas e da Saúde*, 2(3), 91-100. Recuperado em 10 novembro, 2017, de: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/viewFile/2079/1268>.

Silveira, R. E., Santos, A. S., Souza, M. C., & Monteiro, T. S. A. (2013). Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. São Paulo, SP: *Einstein*, 11(4), 514-520. Recuperado em 10 novembro, 2017, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082013000400019.

Vasconcelos, A. M. N., & Gomes, M. M. F. (2012). Transição demográfica: a experiência brasileira. Brasília, DF: *Epidemiol. Serv. Saúde*, 21(4), 539-548. Recuperado em 22 agosto, 2017, de: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003.

Veras, R. (2016). Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. Rio de Janeiro, RJ: *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 19(6), 887-905. Recuperado em 10 novembro, 2017, de: http://sbogg.org.br/informativos/24-01-17/7_Linha_de_cuidado_para_o_idoso.pdf.

Veras, R. P. (2012). Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 231-238. Recuperado em 21 agosto, 2017, de: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n1/a25v17n1>.

Wachholz, P. A., & Boas, P. J. F. V. (2016). A saúde pública e os centenários: adequações necessárias e um futuro incerto. *Geriatr Gerontol Aging*, 10(1), 41-44. Recuperado em 10 novembro, 2017, de: <http://www.ggaging.com/details/72/en-US/a-saude-publica-e-os-centenarios--adequacoes-necessarias-e-um-futuro-incerto>.

Recebido em 11/03/2018

Aceito em 30/03/2018

Alaine Santos Parente - Fisioterapeuta; Residência em Saúde Coletiva, com ênfase em Gestão de Redes. Pós-Graduada em Gestão Pública, Universidade Federal do Vale do São Francisco, UNIVASF. Mestranda em Saúde Pública, Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz, PE. Petrolina, PE, Brasil.

E-mail: alainefisio@hotmail.com

Alanny Santos Parente - Graduada em Administração. Pós-graduanda em Gestão Pública, Universidade Federal do Vale do São Francisco, UNIVASF, Petrolina, PE, Brasil.

E-mail: lannyparente.adm@gmail.com

Michelle Christini Araújo Vieira - Enfermeira. Doutora em Saúde Pública, Instituto de Saúde Coletiva, ISC, Universidade Federal da Bahia, UFBA. Docente na Universidade Federal do Vale do São Francisco, UNIVASF, Petrolina, PE, Brasil.

E-mail: michelle.christini@univasf.edu.br