Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Ciências Médicas

Ana Carolina Lima Cavaletti

Internações de pessoas idosas no Brasil: iniquidades de gênero, de etnia e na distribuição regional

Rio de Janeiro
2022

Ana Carolina Lima Cavaletti

Internações de pessoas idosas no Brasil: iniquidades de gênero, de etnia e na distribuição regional

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.ª Dra. Célia Pereira Caldas

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

C377 Cavaletti, Ana Carolina Lima.
Internações de pessoas idosas no Brasil: iniquidades de gênero, de etnia e na distribuição regional / Ana Carolina Lima Cavaletti – 2022.
174f.

Orientadora: Prof.ª Dra. Célia Pereira Caldas

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Ciências Médicas.

1. Saúde do idoso - Teses. 2. Hospitalização. 3. Iniquidades em saúde. I. Caldas, Célia Pereira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 613.98 (815.3)

Bibliotecária: Ana Rachel Fonseca de Oliveira
CRB7/6382

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

_____ _____
Assinatura Data

Ana Carolina Lima Cavaletti

Internações de pessoas idosas no Brasil: inequidades de gênero, de etnia e na distribuição regional

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 26 de agosto de 2022.

Banca Examinadora:_____

Prof.ª Dra. Célia Pereira Caldas (Orientadora)

Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Stella Regina Taquette

Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Luciana Branco da Motta

Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ

_____

Prof. Dr. Daniel Groisman

Fundação Oswaldo Cruz

_____

Prof. Dr. Ronaldo dos Santos Travassos

Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2022

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todas as pessoas que durante a minha vida acreditaram no meu potencial e contribuíram para minha formação como pessoa.

AGRADECIMENTOS

A Deus e meus ancestrais, que orientam meus pensamentos, protegem a minha vida, guiam meus passos e me sustentam quando me faltam forças.

À minha mãe por suas palavras duras, mas que me convenceram de que a minha cor e condição social não me condicionavam à ignorância. Por me ensinar a resistir às adversidades da vida com coragem e generosidade.

Ao meu pai por me ensinar a observar e aprender com o funcionamento da natureza. Por cuidar de mim, dos meus filhos e confiar em mim quando precisa ser cuidado.

Ao padre Thomas Pieters, que enquanto vivo, me apresentou a leitura, o estudo e a cultura como meio de conhecer um mundo e alcançar os meus sonhos.

Ao Wayn Pieters, pelas longas conversas e reflexões sobre as injustiças que regem o funcionamento do mundo, da vida.

À minha orientadora Célia Pereira Caldas, por orientar e inspirar meus passos acadêmicos. Por me ajudar a compreender e significar os acontecimentos inesperados da minha vida, me apoiando nos momentos mais turbulentos.

Ao Fabio por apoiar meus estudos e por me ajudar a cuidar da minha família.

À minha filha Alice por me lembrar que seu futuro, e agora também de seus irmãos, depende da minha presença e exemplo hoje.

Aos meus filhos Ketlyn Vitória e Moisés que chegaram para completar a minha vida com muito amor e me dar força para concluir a tese.

Aos amigos que pacientemente compreenderam minha ausência e me incentivam a conquistar meus sonhos.

À Coordenação de aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por financiar a execução dessa pesquisa.

RESUMO

CAVALETTI, Ana Carolina Lima. *Internações de pessoas idosas no Brasil:* iniquidades de gênero, etnia e na distribuição regional. 2022. 174 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O processo de saúde e doença é determinado pela maneira que a sociedade organiza os aspectos sanitários de um dado território e em uma época específica. Esta organização está submetida às iniquidades (processo de concentração de poder) de classe, gênero e étnica, resultando na distribuição e acesso desigual à eventos promotores de saúde no território. Com o envelhecimento da população aumentam as necessidades de cuidados de longa duração, principalmente pela Atenção Primária a Saúde, mas em algum momento podem ser necessárias internações hospitalares. Assim, o objetivo desta pesquisa foi investigar as causas de internação hospitalar de pessoas idosas usuárias do Sistema Único de Saúde, analisando-os à luz do referencial teórico da determinação social em saúde. Para o desenvolvimento desta pesquisa, recorreu-se a um desenho ecológico, exploratório, de caráter transversal, utilizando as Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) geradas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) entre os anos 2008 a 2018, segundo os capítulos de causa da Classificação Internacional de Doenças em sua décima revisão (CID-10). Também foram verificadas as categorias da CID-10 e o perfil de internações de pessoas idosas por Condições Sensíveis a Atenção Primária. Por fim, uma matriz de dados foi elaborada, apontando os pontos críticos evidenciados na interpretação dos dados. Durante os anos 2008 a 2018 foram registradas 127.039.814 internações. Destas, 23,28% ocorreram em pessoas com 60 anos e mais. As principais causas de internação das pessoas com 60 anos ou mais foram: doenças do aparelho circulatório (24,40%); doenças do aparelho respiratório (15,06%); doenças do aparelho digestivo (10,10%); neoplasias (9,69%); algumas doenças infecciosas e parasitárias (7,54%); doenças do aparelho geniturinário (7,26%); lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (6,90%); e doenças endócrinas e metabólicas (4,53%). As populações com perfil de morbidade hospitalar mais crítico foram a negra (pretos e pardos) e indígenas nas diferentes regiões do país. O perfil de internação encontrado na Região Norte expressa menor investimento (tempo médio de internação e valor médio por internação) e um perfil de adoecimento relacionado a condições sanitárias precárias e baixo acesso a assistência à saúde (doenças infecciosas e parasitárias). Mesmo apresentando especificidades distintas nas causas de internação, o perfil de morbidade hospitalar de pessoas pretas e indígenas requer ações que contemplem as realidades territoriais e qualificação profissional para lidar com a diversidade nas relações de cuidado.

Palavras-chave: hospitalização; idoso; iniquidades em saúde.

ABSTRACT

CAVALETTI, Ana Carolina Lima. *Hospitalizations o folder people in Brazil:* inequities of gender, ethnicity and in the regional distribution. 2022. 174 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The health and illness process are determined by the way society organizes health units in a territory and at a specific time. This organization is subject to inequities (process of concentration of power) of class, gender and ethnicity, resulting in unequal distribution and access to health-promoting events in the territory. The aging of the population, the need for long-term care increases, mainly for Primary Health Care, but at some time hospital admissions may be necessary. Thus, the objective of this study was to investigate the causes of hospitalization of the older people in the Unified Health System, analyzing in the light of the theoretical framework of social determination in health. For the development of this research, an ecological, exploratory, transversal design were used, using the Hospitalization Authorizations (HAs) generated by the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) between the years 2008 to 2018, due to the causes chapters of the International Classification of Diseases in its tenth revision (ICD-10). The ICD-10 categories and the profile of hospitalizations of the older people due to Conditions Sensitive to Primary Care were also verified. Finally, a data matrix was elaborated, pointing out the critical points, evidenced in data interpretation. During the years 2008 to 2018, 127,039,814 hospitalizations were registered. Of these, 23.28% occurred in people aged 60 years or older. The main causes of hospitalization for people aged 60 and over were due to: diseases of the circulatory system (24.40%); diseases of the respiratory system (15.06%); diseases of the digestive system (10.10%); neoplasms (9.69%); some infectious and parasitic diseases (7.54%); diseases of the genitourinary system (7.26%); injuries from poisoning and some other consequences of external causes (6.90%); and endocrine and metabolic diseases (4.53%).The populations with the worst critical hospital morbidity profile were black (black and brown) and indigenous people in different regions of the country. The profile found in the North Region expresses lower investment (time and average cost per hospitalization) and illness profile related to precarious sanitary conditions and low access to health care (due to infectious and parasitic diseases). Despite presenting different specificities in the causes of hospitalization, the profile of hospital morbidity of black and indigenous people requires actions that address territorial realities and professional qualification to deal with the diversity in care relationships.

Keywords: hospitalization; aged; health inequities.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução da quantidade de internação de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 a 2018 no Brasil..... 64

Gráfico 2 – Proporção de internação hospitalar (PIH) de pessoas com 60 anos e mais financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018 no Brasil 66

Gráfico 3 – Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, de acordo com a Região de residência..... 70

Gráfico 4 – Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais residentes na Região Norte, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, segundo a faixa etária..... 74

Gráfico 5 – Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais residentes na Região Nordeste, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, segundo a faixa etária..... 75

Gráfico 6 – Proporção de internação hospitalar de pessoas idosas com 60 anos e mais residentes na Região Sul, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, segundo a faixa etária..... 76

Gráfico 7 – Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais residentes na Região Sudeste, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018 segundo a faixa etária..... 77

Gráfico 8 – Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais residentes na Região Centro Oeste, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018 segundo a faixa etária..... 78

Gráfico 9 – Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, de acordo com a Raça/Cor..... 79

Gráfico 10– Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, de acordo com a Raça/cor Branca, segundo a faixa etária..... 83

Gráfico 11– Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, de acordo com a

Raça/cor Preta, segundo a faixa etária..... 84
Gráfico 12– Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, de acordo com a Raça/cor Parda, segundo a faixa etária..... 85
Gráfico 13– Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, de acordo com a Raça/cor Amarela, segundo a faixa etária..... 86
Gráfico 14– Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, de acordo com a Raça/cor Indígena, segundo a faixa etária..... 87
Gráfico 15– Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, de acordo com a Raça/cor Sem informação, segundo a faixa etária..... 88
Gráfico 16– Proporção de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, segundo a faixa etária..... 91
Gráfico 17– Proporção de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, segundo o sexo..... 92
Gráfico 18– Proporção de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, segundo Raça/cor..... 93
Gráfico 19– Proporção de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, segundo a Região de residência..... 94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição dos Capítulos CID 10ª Revisão, correspondentes as variáveis dependentes sobre o perfil de internação em idosos no Brasil..... 58

Quadro 2 – Caracterização das variáveis independentes do estudo sobre perfil de internação de idosos no Brasil..... 59

Quadro 3 – Definição das variáveis independentes descritivas hospitalares do estudo sobre perfil de internação de idosos no Brasil..... 60

Quadro 4 – Sensíveis à Atenção Primária..... 96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade (n) e proporção de internações hospitalares (PIH) de pessoas com 60 anos e mais que ocorreram no período de 2008 a 2018 no Brasil financiadas pelo SUS, de acordo com os capítulos da CID-10 e segundo sexo e faixa etária..... 67

Tabela 2 – Quantidade e proporção de internação hospitalar (PIH) financiadas pelo SUS no período de 2008 a 2018 de pessoas com 60 anos e mais, de acordo com a Região de residência..... 72

Tabela 3 – Quantidade (n) e proporção de internações hospitalares (PIH) de pessoas com 60 anos e mais que ocorreram no período de 2008 a 2018 no Brasil financiadas pelo SUS, de acordo com os capítulos da CID-10 e segundo a Raça/cor declaradas na autorização de internação hospitalar..... 81

Tabela 4 – Distribuição das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária de pessoas com 60 anos e mais, valor médio, taxa de óbito, média de permanência e média de dias de acompanhante nas internações financiadas pelo SUS e ocorridas no período de 2008 a 2018 no Brasil..... 90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Acre
AIH	Autorizações de Internação Hospitalar
AM	Amazonas
AP	Amapá
APS	Atenção Primária à Saúde
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde em sua 10ª revisão
Condisi	Conselhos Distritais de Saúde Indígena
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FPCondisi	Fórum de Presidentes de Condisi
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
OMS	Organização Mundial da Saúde
PI	Piauí
PIH	Proporção de Internações Hospitalares
PIHd	Proporção de Internações Hospitalares por diagnóstico principal
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSPI	Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RO	Rondônia
RS	Rio Grande do Sul

SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UF	Unidade Federativa

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
R$	Reais

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	16
1	**OBJETIVOS**	21
1.1	**Geral**	21
1.2	**Específicos**	21
2	**REFERENCIAL TEÓRICO**	22
2.1	**Produção da saúde, da doença e do envelhecimento**	22
2.1.1	Determinação social da saúde	22
2.1.2	Iniquidades em saúde	35
2.2	**O protagonismo da APS na Rede de Atenção considerando a saúde da pessoa idosa**	43
2.2.1	A Atenção Primária à Saúde como modelo de atenção à saúde	43
2.2.2	Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária: conceito e fatores associados	46
2.2.3	Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa: trajetórias que levam a internações	49
3	**MATERIAL E MÉTODOS**	52
3.1	O modelo de estudo ecológico como ferramenta para análise da produção social da saúde	52
3.2	**Desenho do estudo**	52
3.3	**Caracterização da área estudada e suas regiões**	55
3.4	**População**	56
3.5	**Critérios de inclusão e critérios de exclusão**	56
3.6	**Considerações sobre os aspectos éticos**	61
4	**RESULTADOS**	62
4.1	**Perfil de internações de pessoas com 60 anos e mais financiadas pelo SIH/SUS**	62
4.2	**Internações de pessoas com 60 anos e mais devido a condições sensíveis a atenção primária**	89
4.3	**Matriz de dados sobre as internações de pessoas com 60 aos e mais considerando os capítulos da CID-10, Categorias da CID-10 e Condições Sensíveis a Atenção Primária**	95

5 **DISCUSSÃO** 100
5.1 **Discutindo o perfil de internação da população idosa negra**..... 104
5.2 **Discutindo o perfil de internação da população idosa indígena**..... 107
5.3 **Discutindo o perfil de internação da população idosa por Condições Sensíveis a Atenção Primária**..... 110
5.4 **Discutindo a Matriz de dados sobre a internação de pessoas idosas no Brasil**..... 112
5.5 **Limitações do estudo em relação ao referencial metodológico**..... 114
CONSIDERAÇÕES FINAIS 115
REFERÊNCIAS 116
ANEXO A - Comprovação de submissão do 1º artigo científico..... 128
ANEXO B - Comprovação de aceite do 1º artigo científico..... 129
ANEXO C - Formato final do 1º artigo científico submetido 130
ANEXO D - Comprovação de submissão do 2º artigo científico..... 154
ANEXO E - Formato final do 2º artigo científico submetido..... 155

INTRODUÇÃO

Os anos finais da graduação na área da saúde e os estágios em centros de reabilitação motivaram meu interesse pelo estudo e assistência à pessoa idosa. Meu interesse sempre foi maior pelas pessoas do que pelas doenças relatadas, e o trabalho na clínica médica e cirúrgica de um hospital geral me mostrou que os desfechos para a mesma causa de doença variavam muito de pessoa para pessoa.

Apesar do processo de trabalho ser extenuado pela escassez de recursos e insumos para a reabilitação e bem-estar no ambiente hospitalar da unidade onde eu estava alocada, era comum o relato de satisfação, agradecimento e elogios das pessoas idosas e seus cuidadores no momento da alta hospitalar. Esta observação levou ao meu interesse pela avaliação da qualidade da assistência e fatores que interferem nos desfechos de saúde. Continuando meus estudos, no mestrado, fiz um recorte das internações hospitalares das pessoas idosas internadas no estado do Rio de Janeiro, financiadas pelo SUS, analisando-as a partir da distribuição geográfica. A diferença nas taxas e causas de internação mostrou que iniquidades de acesso a bens de serviços e inclusão social interferiram no perfil de internação das pessoas idosas que no período de 2008 a 2014(LIMA CAVALETTI; CALDAS; DE LIMA, 2018).

Assim, a motivação do presente estudo realizado no doutorado, surgiu do seguinte questionamento: as iniquidades estariam também impactando nos perfis de internação das pessoas idosas no Brasil e seu extenso território?

Este estudo tem como objeto as “internações hospitalares de idosos usuários do SUS”. A maioria das pessoas idosas que vive no Brasil deposita no Sistema Único de Saúde (SUS) a expectativa de resolver seus problemas, uma vez que a constituição brasileira garante o direito de assistência à saúde para todos (BRASIL, 1988). Além disso, muitas vezes o único serviço de saúde disponível no município onde residem é o ofertado por esse sistema (MASSUDA et al., 2018).

Embora serviços de saúde privados estejam disponíveis, estes dependem do poder de compra das pessoas. Tal fato se expressa na cobertura estimada dos planos privados para pessoas com 60 anos ou mais, que em maio de 2019 era de apenas 31,3%. Essa cobertura ainda varia entre os estados brasileiros. Por exemplo, em São Paulo a cobertura era de 50,4% enquanto no Tocantins, era 7,1% no mesmo período (ANS, 2019). Soma-se a esta informação que a análise do uso de serviços de saúde a partir de inquéritos domiciliares realizados entre 1998 e 2013, aponta para um aumento do uso dos serviços públicos de saúde pela população brasileira,

em detrimento a pagamento por desembolso particular, incluindo internações hospitalares (VIACAVA; BELLIDO, 2016).

Uma vida longa e com melhor saúde está atrelada à disponibilidade de serviços de saúde para todos (CASTELLANOS, 1990; KRIEGER; WILLIAMS; MOSS, 1997), ao contexto social, cultural, econômico e; à qualidade dos serviços de saúde (SUCHECKA; URBANIAK, 2016). Neste tocante, a Saúde como responsabilidade do Estado foi afirmada no relatório de Alma-Ata (INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, 1978), sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) o modelo assistencial e de organização proposto para Sistemas Universais de Saúde garantirem assistência à saúde para todos. Esse modelo foi discutido em detalhes no relatório "The world health report 2008: primary health care now more than ever" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008), como um caminho para ofertar saúde para todos alinhado à sustentabilidade dos sistemas de saúde. O direito à saúde foi reafirmado pela Declaração de Astana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a). No entanto, a noção de "saúde para todos" perdeu sua força neste documento devido à incorporação do conceito de cobertura universal de saúde. Este conceito traz consigo o viés de seletividade populacional, pela incerteza do acesso para grupos populacionais com maior risco de empobrecimento e vulnerabilidade.

Muitas vezes as pessoas idosas precisam desembolsar recursos do próprio bolso para acessar serviços de saúde ou complementar suas necessidades (AGYEMANG-DUAH; PEPRAH; PEPRAH, 2019; DUAN et al., 2017). Posto isto, a declaração de Astana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a) reconhece o risco de empobrecimento das pessoas para obter assistência à saúde, reitera a necessidade de ofertar serviços de saúde acessíveis, integrados, seguros e de qualidade para a população, entretanto, anuindo a Cobertura Universal de Saúde.

Considerando o peso que os referidos gastos podem representar para as pessoas, os Sistemas Nacionais de Saúde (National Health System – NHS) disponibilizam serviços de saúde acessíveis à toda população, recaindo sobre seus sistemas de financiamento a maior parte dos gastos com saúde da população (RIDAO-LÓPEZ et al., 2018). Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere que a sustentabilidade financeira desses sistemas depende da eficiência e capacidade dos países responderem às demandas de saúde contornando o cenário econômico, disponibilizando recursos adequados de acordo com o contexto nacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b).

Com o envelhecimento populacional aumentam as necessidades de cuidados de longa duração com consequente aumento dos gastos com saúde, sendo maior para a assistência a

saúde das pessoas idosas(VAN DEN HEUVEL; OLAROIU, 2017). O perfil de morbidade do segmento populacional idoso requer acompanhamento longitudinal principalmente pela atenção primária e secundária (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b; YARNALL et al., 2017). Contudo, muitas pessoas idosas precisarão de hospitalização em algum momento, seja em decorrência de um incidente, da evolução de uma doença (MELO-SILVA et al., 2019), da complexidade associada à multimorbidade e fragilidade (AROKIASAMY et al., 2015; PALLADINO et al., 2016; VETRANO et al., 2019) ou ainda, exacerbadas pelas chamadas características socioeconômicas (AROKIASAMY et al., 2015; KIM et al., 2019; WANG et al., 2015).

Nesse sentido, o aumento dos gastos com saúde pelos sistemas de saúde tende a ser gradativo conforme a velocidade do envelhecimento populacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b). Apesar de, algumas vezes, ser associado ao aumento dos gastos com internação hospitalar de pessoas idosas (RIBEIRO; SANCHO; LAGO, 2015; ROSER, 2016; VAN DEN HEUVEL; OLAROIU, 2017), o envelhecimento da população e a maior expectativa de vida devem ser comemorados como resultado do desenvolvimento técnico e científico mundial (SUCHECKA; URBANIAK, 2016; WONG; RYAN; LIU, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

De acordo com o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, a diferença do gasto com saúde entre países varia de acordo com a qualidade de vida das pessoas que envelhecem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Assim, compreende-se que os gastos aumentam com o avançar da idade e proximidade com a morte, mas são influenciados pela disponibilidade de programas e serviços de saúde orientados para pessoas idosas, por características socioeconômicas e pelo sistema de saúde vigente em cada país (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015, 2018b).

Alguns estudos desenvolvidos no Brasil apontam maior taxa de internação e maiores gastos com a internação entre idosos (LOYOLA FILHO et al., 2004; PEIXOTO et al., 2004). Outros estudos revelam a coexistência de distintas demandas hospitalares de modo que, apesar das principais causas de internação de idosos no Sistema Único de Saúde (SUS) serem doenças crônicas não transmissíveis (GÓIS; VERAS, 2010; SILVEIRA et al., 2013), não houve redução das internações motivadas por doenças infecciosas e parasitárias (GÓIS; VERAS, 2010).

Entre os anos 2002 e 2011 as internações de idosos mais onerosas para o SUS foram em ordem decrescente, as doenças do aparelho circulatório, devido a causas externas, osteomusculares e do tecido conjuntivo, neoplasias e as internações devido doenças do aparelho digestivo (SILVEIRA et al., 2013). Cabe destacar que entre os anos 1998 e 2013 houve redução da morbidade hospitalar por doenças do aparelho circulatório, respiratório e endócrinas e nutricionais. Estas variações podem ser reflexo das políticas, programas e ações intersetoriais

implantadas no Brasil com o propósito de reduzir iniquidades de saúde no país (DE ANDRADE et al., 2015). Miranda, Mendes e Silva (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016) sugerem que tal redução pode ser consequência de melhorias na atenção básica e na qualidade de vida das pessoas idosas.

Quando se avalia a prevalência de internação de idosos no Brasil, estudos mostram que pessoas idosas com limitações funcionais estiveram mais propensas à hospitalização nos 12 meses que antecederam a pesquisa (MELO-SILVA et al., 2019; NUNES et al., 2017; SILVA et al., 2017). O estudo realizado com 1.593 pessoas idosas, residentes no município de Bagé, na região Sul do Brasil, encontrou uma prevalência de hospitalização geral de 17,7% (IC95% 15,8-19,6) e não cirúrgica de 10,6% (IC95% 79,3-83,3). Os principais motivos reportados foram problemas circulatórios (30,4%), digestivos (16,4%), respiratórios (10,7%) e urinários (7,2%), sendo as internações mais prevalentes entre as pessoas que possuíam duas ou mais morbidades (NUNES et al., 2017).

Na mesma direção, os resultados do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) indicam que a prevalência de hospitalização nos últimos 12 meses por adultos mais velhos foi de 10,2%, entre os 9.389 participantes da primeira onda do estudo (2015-2016). Esta prevalência teve associação estatisticamente significativa ($p<0,05$) com a presença de doenças crônicas e limitação para realizar atividades básicas de vida diária (MELO-SILVA et al., 2019), expressando a perda funcional como fator de risco para hospitalização. As principais causas de hospitalização nesse estudo compõem a lista brasileira de internações sensíveis a atenção primária, sendo elas o acidente vascular encefálico, doença cardiovascular, diabetes e hipertensão (MELO-SILVA et al., 2019).

Nesse tocante, a Atenção Primária à Saúde (APS) é protagonista na prevenção de internações de pessoas idosas por condições sensíveis à atenção primária (CSAP). Para uma assistência adequada à saúde da pessoa idosa é imprescindível a coordenação do cuidado, o reconhecimento do efeito cumulativo da abordagem precoce dos problemas de saúde, do enfoque na prevenção e do cuidado orientado para a família e comunidade (VAN LOENEN et al., 2014; YARNALL et al., 2017).

Mesmo cabendo à atenção primária acolher e responder a maioria das necessidades de saúde da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a), quando a internação é necessária os custos com a saúde aumentam (FISHER et al., 2016; LIOTTA et al., 2019). Os gastos com tais internações tendem a ser maiores devido ao tempo de internação e readmissões hospitalares (CUI et al., 2015; DUAN et al., 2017; HOOGERVORST-SCHILP et al., 2015).

O processo de saúde e doença é determinado pela maneira que a sociedade organiza os aspectos sanitários de um dado território e em uma época específica. Além dos fatores econômicos interferirem na saúde da população, a cultura e os valores também contribuem, principalmente pelo valor que se atribui à vida e ao reconhecimento do valor da cidadania (ROCHA; DAVID, 2015).

Pensando na sustentabilidade dos Sistemas Universais de Saúde, reforça-se a importância de conhecer a população, seus diferentes perfis de necessidades, possibilitando assim ofertar-lhes equitativamente serviços efetivos. Isto posto, o enfrentamento dos problemas de determinação social parece ser a grande estratégia, capaz de garantir a prevenção de doenças e a manutenção da saúde (COCKERHAM; HAMBY; OATES, 2017; SANTANA, 2014) e estudá-los pode revelar evidências para a organização dos serviços de saúde, formulação e aplicação de políticas públicas contextualizadas.

Assim, este estudo tem o propósito de contribuir para o debate sobre internações de pessoas idosas no Brasil. Para isso, é sustentado pelo referencial teórico da epidemiologia crítica sobre a determinação social em saúde de Jaime Breilh, que propôs a noção de "determinação" como a gênesis do processo de produção de saúde e da doença (BREILH, 2003)e analisa as informações sobre a população numa perspectiva metacrítica (BREILH, 2021)

As iniquidades (processo que possibilita a concentração de poder) de classe, gênero e étnica guardam relações entre si e formam a unidade de uma estrutura de poder, na qual sua gênese parte da acumulação e concentração de poder (BREILH, 2003)Essa iniquidade de classe, étnica e de gênero resulta na distribuição desigual de serviços e insumos voltados a assistência à saúde no território e influencia também o acesso das pessoas idosas a serviços promotores de saúde, devendo compor a base da análise metacrítica proposta por Breilh (BREILH, 2021).

Diante do exposto, esse estudo é norteado pela questão de pesquisa: as principais causas de internação de pessoas idosas podem ser discutidas a partir da iniquidade de gênero, de etnia e na distribuição regional?"

1 OBJETIVOS

1.1 Geral

Investigar as causas de internação hospitalar de pessoas idosas usuárias do Sistema Único de Saúde, analisando-os à luz do referencial teórico da determinação social em saúde.

1.2 Específicos

a) Analisar as principais causas de internação das pessoas idosas residentes no Brasil no período de 2008 à 2018;
b) Discutir iniquidade de gênero, de etnia e na distribuição regional das internações de pessoas idosas que ocorreram no período de 2008 a 2018.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo são apresentados os eixos conceituais que alicerçam a construção deste estudo e iluminam a discussão dos resultados. São eles: a compreensão sobre o processo de saúde e adoecimento da população (Produção Social da Saúde); e o protagonismo da Atenção Primária à Saúde (APS) na Rede de Atenção à Saúde (RAS) da pessoa idosa.

2.1 **Produção da saúde, da doença e do envelhecimento**

2.1.1 Determinação social da saúde

O desenvolvimento da epidemiologia crítica desde a década de 1970 até os dias atuais debruça-se sobre alguns paradigmas. Dois deles se posicionam no realismo crítico materialista do século XIX e são apresentados por Jaime Breilh e Asa Cristina Laurell. Outros dois são a etno-epidemiologia de Naomar de Almeida Filho e a eco-epidemiologia de Kriegger. Os três primeiros originaram contribuições distintas e inovadoras para compreensão filosófica e sobre a práxis no processo de saúde e doença.

Naomar de Almeida Filho considera o caráter histórico e social da doença e delimita o tema principal da investigação epidemiológica como a "distribuição desigual das doenças entre os diferentes grupos da sociedade" (ALMEIDA FILHO, 1989. Cap 2, p.13). Para o autor, estudar a determinação do processo saúde/doença é o objetivo da investigação epidemiológica de modo a refutar e corrigir a proposição de que a epidemiologia investiga associações causais entre doença e fatores de exposição.

O paradigma da epidemiologia eco-social de Krieger (KRIEGER, 1994, 2001; KRIEGER; DORLING; MCCARTNEY, 2012) faz uma leitura das categorias de submissão e da noção de metabolismo da sociedade-natureza. O paradigma eco-social resgata uma crítica dos modos de trabalho e submissão da sociedade, pela luta dos grupos sociais que trabalham por equidade social, de gênero e etno-cultural. Esse paradigma se propõe a chamar a atenção, mesmo que de modo utópico, da governança para as disputas, disparidades e iniquidades. Chama a sociedade para uma responsabilização, por exemplo, para exigir equidade nas relações de trabalho, de produção e remuneração(KRIEGER; WILLIAMS; MOSS, 1997). A autora

defende que uma vida longa, com melhor saúde está atrelada a possibilidade da saúde estar disponível para todos (KRIEGER; WILLIAMS; MOSS, 1997).

Apesar de suas diferenças no que diz respeito ao método de análise, os referidos paradigmas são fundamentados pela mesma filosofia que reconhece a estrutura de poder e a exploração da vida humana como condicionamentos danosos para a preservação da vida. Para este estudo foi escolhido utilizar o referencial da determinação social segundo Breilh(BREILH, 2003).

Breilh (2003) define a Epidemiologia crítica como uma disciplina que investiga o sofrimento humano e, a produção social da saúde-doença se refere aos processos de saúde e doença da população. Para o autor, a determinação se refere a gênesis do processo de produção de saúde e da doença. Assim, o conceito de determinação proposto compreende o modo de transformação, desde o espaço geográfico ao fato propriamente dito. A determinação social analisa de modo integral e articulado o movimento epidemiológico com os "processos do movimento social-biológico da saúde, utilizando-se do perfil epidemiológico (BREILH, 2003) e mais recentemente analisando-o sob uma lógica metacrítica(BREILH, 2021).

Todas as formas de exercer domínio e controlar socialmente a população estão relacionadas com o adoecimento e a morte, mas o aperfeiçoamento da "lógica econômica" e do "espírito capitalista" ampliam e aceleram a "catástrofe social" (BREILH, 2003). Sob essa lógica, Jaime Breilh (BREILH, 2003) destaca que a institucionalização da violência e do monopólio do poder, desfiguram a civilidade expondo a selvageria do poder. Foi nesse contexto que cientistas do campo da Saúde Coletiva, sustentados pela "consciência crítica", desenvolveram um modo humano, democrático e emancipador de fazer Epidemiologia. Uma epidemiologia crítica, desafiada a aprimorar uma "consciência objetiva" sobre problemas contemporâneos de uma realidade complexa e envolta numa crescente iniquidade, porém trabalhando simultaneamente por uma "consciência sobre a subjetividade". Esta última, utilizada como "ferramenta de impulso coletivo"(BREILH, 2003).

Assim, o autor pontua a necessidade de se incorporar o paradigma contra hegemônico na complexidade da realidade, nas relações de produção, propriedade e poder como condições objetivas da materialidade social que determina a saúde. Faz-se necessário também entender e trabalhar a subjetividade social como ponto chave para fortalecer o sujeito da ação e construir um poder simbólico alternativo e emancipador forte o suficiente para se sustentar (BREILH, 2003).

Breilh (BREILH, 2003) sugere a necessidade de, na contemporaneidade, se refletir sobre paradigmas da Saúde Pública e Epidemiologia, acrescentando definições como "teoria da

necessidade", "concepções sobre direitos humanos", "categorias e formas de interpretar qualidade de vida e seus determinantes", os "preceitos e mecanismos de seguridade humana", "a eticidade das operações preventivas e ações pela saúde", enfim, tudo que componha uma bioética integral.

Nesse sentido, a epidemiologia crítica apresenta-se também como um instrumento de recuperação ética e construção de um novo exercício político, ainda que mergulhado no processo neoliberal (BREILH, 2003). De acordo com Breilh (2003), a epidemiologia crítica vai coexistir nesse processo, analisá-lo e propor reflexões, transformações para o enfrentamento. Essa epidemiologia encarrega-se de pensar numa bioética referente tanto a cuidados individuais de bem-estar quanto aos processos sociais e coletivos, que Breilh chama de "ética do modo de vida". Esta epidemiologia considera também as formas de trabalho humano, direitos de consumidores, equidade étnica e de gênero e uso seguro do ambiente. Posteriormente essa noção de "ética do modo de vida" foi aprimorada e apresentada de modo categorizado como "os 4 s": ambientes sustentáveis; soberania (pessoal e coletiva dos bens vitais); solidariedade; e ambientes seguros à vida(BREILH, 2021). A epidemiologia crítica atenta-se e tem como desafio revelar as contradições que afetam a vida e a saúde considerando a história do território e de vida das pessoas individualmente e na coletividade (BREILH, 2003).

Inicialmente a epidemiologia crítica se estruturou sobre o tripé da iniquidade na determinação da saúde: a iniquidade de classe social, de gênero e étnica. Assim, sob uma nova objetividade, construiu uma crítica sobre a visão positivista da saúde e da noção de fatores de risco (conceito reducionista de exposição) (BREILH, 2003). O autor revisou criticamente a visão positivista e posteriormente apresentou um método meta crítico para análise epidemiológica (BREILH, 2003, 2021).

O desenvolvimento da epidemiologia crítica permitiu formular a categoria e conceito de perfil epidemiológico correspondente a complexidade do objeto, que se refere às contradições que determinam: o modo de definir a saúde; as dimensões da sociedade em geral; os modos de vida particulares das pessoas dos grupos situados em distintas posições da estrutura de poder (classes socio-econômica-social-étnico-cultural); os estilos de vida pessoais; os processos contraditórios que se expressam nas pessoas (processos fisiológicos, sensações de bem estar e suas decisões positivas/benéficas, por um lado, e o oposto, os processos fisiopatológicos, as sensações de mal-estar e fracasso pelo qual as pessoas vivenciam (BREILH, 2003).

Para uma ação política da epidemiologia crítica se faz necessário integrar uma visão epidemiológica baseada contraposição expressada entre equidade/iniquidade na vida das pessoas. Os estudos epidemiológicos requerem mais que uma descrição das desigualdades,

necessitam aprofundar-se a partir da compreensão sobre a tríplice iniquidade que compõem os fenômenos de classe (iniquidade social, de gênero e etnia) que atuam sobre o objeto em estudo (BREILH, 2003).

Para o autor, a saúde é sempre o movimento simultâneo da face "individual-subjetiva-contingente" com a "coletiva-objetiva-determinada". Essa relação concorrente de ambos processos individuais e coletivos gera e reproduz os processos de saúde (BREILH, 2003). Sendo assim, o autor completa:

> "[...] em termos de ordem social, não existe nem determinação absoluta nem libre arbítrio absoluto; como tampouco há uma autonomia – nem dependência – absoluta no processo de construção do discurso que forjam as coletividades sobre a saúde [...]." (Breilh, 2003; p.52)

A partir do referencial de Jaime Breilh, é possível entender que o estudo sobre os processos de saúde e as práticas nessa área devem considerar o movimento indissociável entre o individual e o coletivo, a capacidade individual de tomar decisões (perspectiva individual) e as influências externas. Pois não há uma determinação social coletiva que defina absolutamente a vida das pessoas, nem há decisão individual tomada em absoluta independência do seu contexto. Esta reflete as trocas sociais nos espaços físicos (trabalho, escola, transporte coletivo, religião, família, serviço de saúde) e virtuais através de dispositivos eletrônicos de comunicação – rádio, TV, computadores.

A capacidade de escolha e tomada de decisão individual contribuem para gerar um estilo de vida. Porém, Breilh (BREILH, 2003) faz uma crítica ao viés dado pelo sistema neoliberal que utiliza (manipula) essa capacidade individual e singular (livre arbítrio), transfigurando-a em uma cultura de livre escolha em prol da "aceitação" e perpetuação deste sistema. Sistema esse que promove, é alimentado e perpetua seu domínio sobre a populações através da exploração do trabalho indecente[1] e indigno, do consumismo, individualismo e o exercício do poder sob diversas formas – física, emocional, ideológica, etc.

A ênfase na individualidade, inclusive pelas práticas de saúde alinhadas à corrente neoliberal, é uma ferramenta de hegemonia e de controle da sociedade. A ordem social dominante tenta destruir a alma coletiva da população e dissolver seus recursos de organização

[1] O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 8 se refere ao trabalho decente e crescimento econômico, como um dos 17 fatores que precisam ser promovidos pelos países membros da ONU, no entanto é apenas a "ponta do iceberg" no que se refere as iniquidades na educação, trabalho e renda da população.

coletiva, de modo a obscurecer a consciência de classe dominada (grupos étnicos, de gênero). (BREILH, 2003).

Um indivíduo pode perceber-se equivocadamente no discurso de "minoria" como tendo características e necessidades individuais pouco frequentes, com menor importância que os outros e, portanto, aceitar ser rebaixado a uma categoria inferior por não se reconhecer parte do que está a sua volta. Sob o argumento de autogestão e autoconfiança individual (investidos astutamente por proprietários de corporações privativas que transformam a saúde em negócio), os indivíduos são motivados a carregar sua própria cruz, combate-la ou definhar no fracasso solitariamente, acusados de serem os únicos responsáveis pelo desfecho de suas vidas, seja qual for sua idade, cor, etnia, gênero ou contexto de vida. Neste caso, o individualismo atribuído pelo neoliberalismo é imperativo sobre a vida dessas pessoas.

Em contraponto, a consciência de fazer parte de um todo pode suscitar a ruptura com a estrutura de poder, permitindo emancipar-se enquanto cidadão e reivindicar necessidades compartilhadas. Permite tomar ciência de que pertence a um grupo visto como menos importante na estrutura de dominação – pelos que insistem permanecer em uma posição superior –, mas que na realidade são "maioria" ou tem poder e direito de reivindicar melhorias de vida, seja pela quantidade de pessoas que compartilham as mesmas condições ou necessidades, seja pelo impacto de suas condições para a vida em sociedade (ex. negros no Brasil, mulheres, moradores de favelas, ribeirinhos, indígenas, imigrantes), seja pela razão primordial: **seu direito humano de viver com dignidade**. Em todos os casos, passam a reconhecer o poder emancipatório de sua força política na coletividade. Breilh (BREILH, 2003) acrescenta que a autogestão e a autoconfiança pessoal são ferramentas de liberação e intervenção, porém somente funcionam em um sentido democrático se forem utilizados para a organização coletiva e não como substituto.

> "Quem pode negar a força da autogestão e a importância da autoconfiança pessoal como ferramentas de liberação e intervenção, mas estas operam em um sentido democrático somente quando as emprega como alimento da organização coletiva e não como substituto. (Breilh, 2003; p.54)

Por executar-se na construção intercultural, a epidemiologia crítica possibilita trabalhar o método de modo especializado nos campos das ciências exatas, naturais e sociais reconhecendo a igual importância de cada um desses na compreensão dos fenômenos e processos de saúde e doença. Ademais, a inovação do conhecimento em saúde e elaboração de uma perspectiva integral dependem da capacidade do pesquisador confrontar conhecimentos,

criando uma relação horizontal das culturas e dispondo a ciência como ferramenta de emancipação (BREILH, 2003).

A visão medicalizada da saúde dificulta pensá-la em uma perspectiva otimista, do mesmo modo que se resiste a dimensão coletiva da sociedade. Conforme o mercado avança em privatizações e desmantelamento de direitos sociais, inclusive nos espaços da saúde, mais se reduz as ações de promoção e prevenção. Ou ainda, perdem o sentido coletivo e são lançadas propostas de prevenção individual, responsabilização para hábitos saudáveis/nocivos, desvinculados do contexto social – aqui se inclui o acesso e a qualidade do que é oferecido em cada espaço geográfico.

Um exemplo seria pensar nas pessoas que podem pagar por planos ou seguros de saúde. Elas têm à disposição um cardápio de serviços, procedimentos e recursos tecnológicos contabilizáveis e podem ainda buscar individualmente atividades em áreas privativas para atividades de lazer e prática de exercícios físicos, coerente com a lógica do sistema de consumo na qual quem pode pagar mais tem mais opção para escolher. A maior renda familiar também influencia nas possibilidades de escolha e consumo de alimentos mais saudáveis, de itens de auto cuidado, uso de meios de transporte mais confortáveis, entre outros insumos favoráveis ao bem estar. Entretanto, para a maior parte da população, que não faz parte dessa classe econômica, o acesso para uma saúde positiva ainda é restrito, afetado pelo seu contexto de vida-trabalho-renda (BREILH, 2003).

O perfil epidemiológico é uma proposta de interpretação que considera a dialética nos processos de saúde, considerando o perfil como um sistema multidimensional de contradições. Diante da riqueza dos movimentos contraditórios, Breilh (BREILH, 2003) apresenta as categorias "valores de saúde" (que contribuem favoravelmente para a saúde – chamada de protetoras e promotoras de saúde), "contravalores" (que conspiram contra a saúde) e a categoria central de análise, a "reprodução social". Esta última revela o "movimento de produção e consumo que ocorre na base produtiva" (BREILH, 2003).

> "A categoria reprodução social nos permite estabelecer o movimento interdependente entre a dimensão econômica da vida e as dimensões da vida cultural, da vida organizativa-política e da vida ecológica dos grupos." (Breilh, 2003; p.72)

A categoria classe social e as desigualdades que dela se desenvolvem a partir dos seus extratos não esgota todas as questões que afetam o movimento epidemiológico, sejam protetoras ou destrutivas nas diversas dimensões de vida das pessoas (BREILH, 2003). Assim, Breilh propôs a noção de **"determinação"** para uma análise que integra e articula o movimento

epidemiológico com os “processos do movimento social-biológico da saúde” (BREILH, 2003). Para o autor, a investigação epidemiológica não pode se reduzir a identificar variáveis e buscar correlações isoladas entre elas pois isso reduz a realidade em apenas um plano de análise. O perfil epidemiológico então abarca a saúde em toda sua dimensão: fenômenos observáveis (sinais, sintomas, diagnósticos), saúde atual (modos de vida das classes sociais) e realidade completa da saúde (a relação dos dois anteriores com os determinantes gerais e determinações do passado que atuam sobre condicionantes genéticos) (BREILH, 2003).

No perfil epidemiológico traçado pela epidemiologia crítica não há um aspecto determinante ou mais importante que o outro na análise de um processo social. De acordo com Breilh (BREILH, 2003), não são as ações individuais ou as condições do seu contexto histórico, nem os conhecimentos do epidemiologista e o contexto do trabalho que determinarão o objeto. É imprescindível compreender como cada dimensão incide sobre a determinação e desse modo a epidemiologia crítica reconhece que as condições externas são importantes para o processo de produção da saúde, mas não exclusivas (BREILH, 2003).

Por ser uma disciplina que investiga os modos que geram o sofrimento humano, a epidemiologia crítica se torna uma oportuna ferramenta contra hegemônica (BREILH, 2003). A partir da necessidade de superar a noção do objeto epidemiológico, Breilh (2003) confere uma revisão dos chamados fatores de risco. Sob análise da Epidemiologia Crítica compreende-se que dentro do sistema desenvolvem-se modos de vida que determinam processos críticos de exposições (processos protetores ou destrutivos) compartilhados por pessoas de um mesmo grupo.

Dentre as formas de exposição, apresentam-se a **eventual** (pontual, por um fator não ligado ao modo de vida – ex. contato acidental com substância nociva), a **crônica ou permanente** (ocorre com frequência regular no cotidiano e assume um padrão recorrente no modo de vida de um grupo – ex. fumaça no ambiente do trabalho), e a exposição **inerente ou impositiva**. Esta última merece um olhar mais atento no planejamento estratégico de ações em saúde pois desconsiderá-la pode levar a ações pontuais ao fracasso (BREILH, 2003).

A exposição inerente se refere a uma condição em que a pessoa ou grupo está condenado a vivenciar, por exemplo as consequências de um subsalário atrelado a uma extensiva e extenuante jornada de trabalho. Tal situação impõe uma característica estrutural no modo de vida do grupo que compartilha a mesma situação, acarretando uma série **permanente** de processos destrutivos à vida dessas pessoas (desnutrição, falta de período de descanso, falta de lazer e de atividades físicas adequadas, impossibilidade de aperfeiçoar-se físico e intelectualmente) (BREILH, 2003).

Assim sendo, o mais adequado seria expandir a reflexão sobre o todo observado, sem fracionar a realidade para obter uma classificação de fenômenos da vida. Por isso a análise de perfil parte da descrição da totalidade, da inferência que o pesquisador é capaz de ter ao observar a realidade sem isolar os fatores partindo da totalidade (BREILH, 2003).

A seleção de variáveis, coleta e análise de correlações estatísticas são tarefas insuficientes para demonstrar e explicar o complexo movimento entre todas as dimensões envolvidas na compreensão do objeto saúde. Com igual certeza, pode-se afirmar que um questionário aplicado a uma amostra probabilística é insuficiente para pensar e construir o entendimento a cerca deste objeto.

Breilh (BREILH, 2003) defende que ao se ater a partes do fenômeno e assumir a noção de risco, se despreza a noção do modo de transformação. A consequência dessa separação é a nomeação de fatores de risco como culpados pela doença. Mesmo quando são identificados vários fatores de risco, eles são apresentados como concorrentes e não como participantes simultâneos do processo de saúde. Esta lógica orienta modificar fatores visíveis, evidenciados nas análises e que compõe a ponta do "iceberg", desconsiderando ações sobre os processos e modos de vida social (BREILH, 2003).

A epidemiologia crítica trabalha com os diferentes domínios da saúde e entende que há um movimento entre as dimensões mais geral (macro) e mais particular (micro) da vida numa relação hierárquica, mas que preserva a autonomia de cada uma. Dessa forma, a relação estabelecida é de junção configurando uma participação simultânea de todas as dimensões das questões da vida (BREILH, 2003). Articulam-se nesse movimento (práxis) os acontecimentos, o espaço onde ocorrem e o tempo, a historicidade do evento e da vida dos envolvidos (BREILH, 2003; SANTOS, 2008).

Para conceituar o Determinismo, considerou-se prudente citar as palavras de Breilh, garantindo a fidelidade dos conceitos sob a perspectiva desde autor.

> "Determinismo es la designación que se estabelece para la doctrina filosófica que sostiene que cualquier tipo de evento proviene directamente de una causa y que, dada la causa acepta el evento deriva invariablemente. Ese tipo de doctrina niega el papel determinante de elementos como la contingencia, la discontinuidad, y generalmente recurre a un monismo interpretativo en el que un solo tipo de 'causa' explica todos los procesos. Hay diversas expresiones del determinismo: determinismo biológico – biologicismo - ; determinismo histórico – historicismo - ; determinismo econômico – economicismo - , etc" (Breilh, 2003; p.125)

A determinação se refere a gênesis do processo de produção de saúde e da doença, como ela adquire suas propriedades e toma forma(BREILH, 2003). Esse modo possibilita lidar com a complexidade da realidade, que possui momentos de incerteza, pluridimensionalidade, desenvolvimento de sistemas dinâmicos irregulares e caóticos (BREILH, 2003). O conceito de determinação proposto incorpora diversas possibilidades, sem que nenhuma seja assumida como principal e absoluta causa (BREILH, 2003), pois compreende o modo de transformação, desde o espaço geográfico ao fato propriamente dito. No conceito de determinação proposto pelo autor, não cabem dicotomias como "individual *versus* social" ou "biológico *versus* ambiental" (BREILH, 2003).

Diante da carência de um princípio forte de coesão social no mundo contemporâneo, Breilh (BREILH, 2003) diz que o terreno se tornou propício para o sistema enfatizar o local como foco de ações descentralizadas, desvinculadas e individualista, fomentando o robustecimento da dominação política. Por conseguinte, o autor propõe um novo paradigma para a Saúde Pública, partindo da compreensão de que a natureza, a sociedade e seus problemas possuem relação intrínseca e sinérgica. A sociedade é um produto da natureza e as atividades da sociedade humana modelam sua geoecologia que, por sua vez, devolve seu efeito sobre as condições do ser humano (BREILH, 2003).

A respeito das necessidades individuais, Breilh (BREILH, 2003) discorre que são historicamente produzidas mediante a relação do indivíduo em seu contexto, e não geradas pelos sujeitos isoladamente. As necessidades correspondem ao movimento das opções disponíveis e as possibilidades individuais em meio ao movimento determinante do coletivo, estabelecendo uma relação social da produção. Esta constatação de Breilh assemelha-se ao descrito por Milton Santos quando afirma que: "Se o universo é definido como um conjunto de possibilidades, [...] são teoricamente alcançáveis [...], desde que as condições estejam presentes"(SANTOS, 1994; p.44). Assim, a produção econômica dos bens e a distribuição pelo Estado são ações importantes para satisfazer necessidades preexistentes (BREILH, 2003).

É necessário observar o modo de vida e a lógica que rege a formação social correspondente ao espaço para saber quais as facetas do processo de produção social da saúde e da doença que se expressam em maior intensidade no perfil epidemiológico (BREILH, 2003). Breilh recomenda que, na investigação utilizando-se da epidemiologia crítica, sejam destacados os processos do perfil epidemiológico com maior importância estratégica para a ação, ou seja, os processos críticos (BREILH, 2003). Esses processos críticos podem compor uma matriz de dados que os destaque(BREILH, 2021).

No entanto, como em toda contradição, o fato de não se notar um ou outro polo em determinada observação empírica, não quer dizer que não esteja presente, mas sim que no momento em que o fenômeno se desenvolveu ou é observado, está "atenuado ou dominado". Assim, a observação epidemiológica vai procurar pelos **processos críticos** e a partir da sua análise propor estratégias que impliquem no movimento da situação, mas sem ignorar as demais dimensões. Deve se ter cuidado para não se deixar influenciar pela lógica clínica ou assistencial, pois pode levar ao descuido de ações com maior "transcendência" ou obscurecer aspectos mais importantes da saúde (com relevante impacto protetor ou destrutivo), não notados porque o olhar do pesquisador estava voltado para a realidade em apenas um plano e não conseguiu observar os processos geradores que estavam subjacentes (BREILH, 2003). Assim, uma constante análise e reanálise crítica a respeito do objeto estudado pelo pesquisador.

Ao assumir a observação por apenas um plano de análise, fracionando a realidade, o epidemiologista fica impedido de conhecer o movimento da determinação e sua conexão com os processos da vida social em conjunto. Como proposta alternativa à análise linear, para atuar no planejamento em saúde, Breilh (BREILH, 2003) incentiva a articulação entre a Epidemiologia Crítica com o planejamento estratégico, e nesse terreno, a categoria do processo crítico. Em nota o autor aprimora a definição de processo crítico como objeto dinâmico de uma gestão de saúde que se especifica a partir da confluência de um território ou espaço social, dimensões destacadas no perfil epidemiológico, aplicado a "grupos sociais chaves". Esse processo crítico implica direcionar atenção para alguns processos particulares (BREILH, 2003).

Sobre a determinação epidemiológica e a iniquidade, Breilh (BREILH, 2003) discorre que as relações de poder estabelecem uma discriminação entre os modos e estilos de vida de pessoas que se encontram em situação ou grupo social distinto. Essas relações de poder também estabelecem a capacidade de produção e negociação dos participantes do grupo para definirem a repetição dos acontecimentos da sua vida nas condições determinadas. Assim, a iniquidade gera uma determinação epidemiológica.

Neste ponto, cabe um adendo para esclarecer os conceitos das palavras diversidade, desigualdade e iniquidade que são elementos diferentes, mas interligados e amplamente utilizados na epidemiologia (BREILH, 2003). A diversidade dos atributos humanos, sejam eles naturais ou sociais, é uma qualidade distintiva fundamental da vida que ajuda a explicar o modo de definir ou a origem da variação das características (BREILH, 2003). Breilh (BREILH, 2003) diz ainda que essa diversidade se concretiza, por exemplo, em processos de diferenciação de gênero, etnias, culturas, nos distintos grupos etários estabelecidos pela idade biológica, nos quais ocorrem as construções culturais e de relações de poder. Numa sociedade equitativa, o

diverso é uma característica enriquecedora pois as relações intergênero, interétnicas e intergeracionais são solidárias e cooperativas, vez que não existe uma estrutura de poder que rompa e alimente tais relações (BREILH, 2003).

O movimento de interação da realidade, o vínculo e a interdependência só ocorrem porque existem diferenças, heterogeneidades que interagem dinamicamente e conformam um princípio que faz parte da essência humana (BREILH, 2003).

> "Pero cuando aparece historicamente la *inequidade*, es decir la apropiación de poder y la concentración del mismo en determinadas classes, en uno de los géneros y en algunas etnias, entonces la diversidade, en lugar de ser fuente de avance humano, pasa a ser un vehículo de explotación y subordinación.
>
> La inequidad no se refiere a la justicia en el reparto y acceso, sino al proceso intrínseco que la genera. La inequidad alude al carácter y modo de devenir de una sociedad que determina el reparto y acceso desiguales (desigualdade social) que es su consecuencia. Esta distinción es muy importante porque si nuestro análisis estratégico se queda en el nivel de la desigualdad, estaríamos reduciendo o desviando nuestra mirada a los efectos, en lugar de enfocar sus determinantes. La *desigualdad*, como queda explicado, es más bien una expressión observable típica y grupal de la inequidade. Expressa un contraste – de una característica o medida – producida por la inequidad. Es el caso de la desigualdad de salario entre classes sociales o entre géneros, que corresponde a la inequidad en el proceso de producción y distribución econômica; o es el caso de la desigualdad de acceso a un servicio de salud apropriado entre dichas clases, entre grupos etno-nacionales o entre los varones y mujeres, que corresponde a la inequidad del mercado o del comportamiento distributivo del Estado. Entonces, la categoria *desigualdad* es la expresión observable de una inequidad social.
>
> La *inequidad* es una categoría analítica que da cuenta de la esencia del problema, mientras que la *desigualdad* es una evidencia empírica que se hace ostensible en los agregados estadísticos (...)" (Breilh, 2003; p. 216)

É preciso reconhecer que o movimento dialético entre poder econômico e poder simbólico (incluem-se aqui os status) também se manifesta na relação entre a estrutura de classes e as relações de poder étnico ou de gênero. Nem sempre essas relações estão claramente visíveis pois podem estar encobertas por relações culturais estruturantes na sociedade ou grupo, reforçando que o poder econômico se concentra em certas classes sociais, expressando-se numa

estrutura de classes que, utilizam-se de relações culturais e estrutura simbólica apropriada para manter a hegemonia de um grupo sobre o outro (BREILH, 2003).

Em uma perspectiva de análise epidemiológica, não se trata de escolher um dos processos de iniquidade (classe, gênero ou etnia) para destoar no sistema de análises, mas compreender o movimento e as relações que existem entre elas dentro de uma estrutura de poder (BREILH, 2003).

A Epidemiologia crítica disponibiliza seus recursos conceituais e práticos à serviço das pessoas que vivem em condições de subalternidade e exploradas pelo sistema de classe, étnico e gênero, para emponderá-las em seus planos, arranjos organizativos e culturais em resposta aos seus anseios históricos. Tal enfoque, sobre e para essas pessoas, parte do entendimento de que compõem a maior parte da população e por esse motivo tem maior possibilidade de inferir sobre sua realidade e transformá-la. Diariamente são levados a conhecer profundamente sua realidade a fim de transformar uma situação que as afeta e garantir sua sobrevivência, saberes preciosos e vantajosos se utilizados como estratégia de transformação e desenvolvimento, para serem protagonistas das mudanças na sua coletividade.

Breilh apresenta a determinação social da saúde como uma das três categorias centrais da epidemiología crítica (BREILH, 2013), juntamente com as categorias “valores de saúde” e “contravalores” explicadas anteriormente (BREILH, 2003). Ele sugere que estudos epidemiológicos que possuem uma politicidade implícita nas análises, que seguem interesses estratégicos de um setor social, demonstram transparência ética e rigor metodológico. Deste modo, se o objeto de estudo for um elemento sensível para avaliar um projeto social de governo, o estudo epidemiológico pode conferir um diagnóstico situacional para definir a imagem sanitária da sociedade sob análise. Neste caso, o estudo epidemiológico torna-se útil para avaliar o sucesso ou fracasso das políticas e sustenta-la, oferecendo evidências dos impactos gerados pela produção e viver social (BREILH, 2013).

O arsenal estatístico disponível à epidemiologia empírica parece subutilizado quando o estudo se delimita a sustentar um modelo civilizatório dito saudável, sem alcançar a gênese, sem apreender a relação entre o sistema social, os modos de vida e a saúde (BREILH, 2013). O modelo empregado na ecologia empírico-funcional reproduz a visão positivista que separa o sujeito dos objetos que o rodeiam, convertendo as relações existentes entre sociedade-natureza e sociedade-biológico em fatores ou variáveis externas que se conectam apartadas da historicidade dos elementos, falsamente relacionadas em uma realidade estanque (BREILH,

2013). Esse modelo de análise consegue observar fragmentos da realidade, mas não alcança o plano da determinação social.

Designado para testar hipóteses formuladas à priori, o modelo empírico-funcional é incapaz de aprofundar-se sobre as causas das variáveis no processo de interação entre aquelas que se associam e que não se associam estatisticamente, mas que possuem relação real (BREILH, 2013). A determinação social é apresentada como uma forma de superar o causalismo e, ao utiliza-la como categoria de análise, pode ser aplicada ao estudo do objeto, à construção de conceitos e à prática (BREILH, 2013).

A distribuição populacional das condições de saúde se sobrepõe ao uso da classe social como categoria de operacionalização epidemiológica. Deste modo, o perfil epidemiológico sintetiza os dois eixos de complexidade de análise considerados pela epidemiologia crítica: geral e particular (singular). Contempla também a antítese que envolve as categorias "valores de saúde" (processos saudáveis, protetores ou de aprimoramento) e os "contravalores" da saúde (processos insalubres, perigosos e deteriorantes ou vulnerabilizadores) (BREILH, 2013).

Além das três categorias centrais da epidemiologia crítica (determinação social, valores e contravalores de saúde), Breilh (BREILH, 2013) apresenta quatro categorias de análise à serem empregadas no estudo epidemiológico, a saber:

a) ordem – concepção sobre o que move o objeto em estudo, ou seja, a ordem social e suas relações de hierarquia;
b) caráter do movimento – visão de como ocorrem os movimentos do objeto, a gênese e reprodução;
c) temporalidade - Concepção da temporalidade do objeto, seus elementos e historicidade;
d) espaço social e elementos – se refere ao espaço social de determinação e a espacialidade do objeto (dimensões, conexão histórica dos elementos).

Breilh (BREILH, 2013) também apresenta algumas diferenças metodológicas entre os determinantes sociais e a determinação social. Enquanto os primeiros são definidos pelo autor como sendo um esquema de articulação formal entre variáveis, o método de análise dos determinantes sociais contempla um modelo de categoria transrelacionada. Propõe que este método seja capaz de interpretar o sistema social do mercado considerando sua estrutura de propriedade, seus processos de geração e reprodução da exploração humana. Segundo o autor, a determinação social é também capaz de identificar as hierarquias de submissão entre o sistema

social, os modos de vida compartilhados por grupos estruturalmente constituídos e os estilos de vida das pessoas com suas famílias (BREILH, 2013). Ele ratifica que chamar a determinação social de causa da causa simplifica de modo equivocado o "ecossistema" do ser vivo na vida, expressando-o em variável (BREILH, 2013).

O paradigma mais amplo da determinação social (BREILH, 2013) possui objetivo investigativo filosófico para alcançar transformação social que extrapole metas pontuais (medidas de qualidade de vida, de acesso, educação e saúde). Pretende emancipar a sociedade e alcançar plena transformação social em quatro áreas cruciais para obter uma vida saudável: sustentabilidade, soberania, solidariedade e segurança da vida (BREILH, 2013, 2021). Cinco domínios da vida social afetam diretamente essas quatro áreas. São eles o trabalho, o consumo e o modo de vida no ambiente doméstico, a organização e apoio social, a cultura e a construção da identidade, e por último a relação metabólica da vida social com a natureza.

Devido a capacidade dos processos cibernéticos (meios virtuais) em difundir e manipular informações e ações, os princípios e dimensões elencados por Jaime Breilh (BREILH, 2015) estão condicionados a esses processos. Para o autor, o principal desafio que se apresenta ao paradigma da determinação social é o enfrentamento das ideias e métodos da epidemiologia linear, de modo a não confundir a determinação com o determinismo (linear) e substituir o pensamento linear pelo pensamento complexo (BREILH, 2013), sendo essa a contribuição essencial do autor para compreender e explicar a determinação social sob a perspectiva da epidemiologia crítica.

2.1.2 Envelhecimento e territorialidade na produção da saúde e da doença

No processo de envelhecimento há uma complexidade de fatos que diferenciam o processo da velhice propriamente dita (MORAGAS, 1997), bem como o viver, adoecer e morrer. É possível observar modos de viver e adoecer experimentados de modos diferentes, consequentes dos distintos contextos de vida, das desigualdades apresentadas no território.

O crescimento demográfico mundial ocorreu de maneira diferente entre os continentes e dentro dos seus países, em consequência observa-se as diferentes taxas de envelhecimento. Milton Santos (SANTOS, 2008) chama a atenção para as diferenças qualitativas da exploração e uso do território, urbano ou rural, a velocidade e intensidade de recursos técnicos para a transformação do espaço e sua sociedade.

As migrações que ocorreram entre as regiões do país, especialmente do território rural para o meio urbano impulsionou a formação de grandes cidades, mas as desigualdades foram reproduzidas devido a permanência das iniquidades social, de gênero e étnica na sociedade. O desenvolvimento tecnológico e científico empregado no meio rural permitiu ampliar a produção em porções de terras menores e com menor quantidade de recurso humano. Contudo, a paisagem urbana foi intensamente alterada, substituindo por paisagem cultural, artificialmente transformada (SANTOS, 2008). Isso se deu dissociado de distribuição equânime de condições ambientais salubres, tendo como consequência agravos à saúde física e mental das populações (SANTOS, 2008).

O espaço globalizado, com produção regionalmente especializada não garante homogeneidade na distribuição dos recursos, oportunidades e desenvolvimento, mas pauta-se nas iniquidades e as reforça para o sustento do sistema de poder dominante. Assim, o perfil de saúde, por considerar a distribuição regional, reflete os diferentes meios de produção e consequências dos modos de vida nas diferentes regiões.

Há um contínuo processo de mudança, na qual uma situação nunca é permanente e, portanto, a leitura do pesquisador sobre um espaço deve contemplar as variáveis internas e externas do lugar. Num espaço em constante modificação, o envelhecimento é uma consequência e objeto contemporâneo. Nascidos em períodos diferentes, as pessoas experimentaram cada mudança de seu tempo, guardando saberes adquiridos e conceitos reformulados a cada mudança temporal. Também armazenam os efeitos das exposições eventuais, crônicas e inerente (BREILH, 2003) que adquiriram ao longo da vida.

O impacto, é a própria velhice e a forma como está sendo vivida, mais ou menos saudável, com ou sem suporte social, a própria percepção do envelhecimento, a sua representação e amparo na sociedade local. O curso da vida ocorre em qualquer espaço que seja habitado, e o uso de conhecimentos técnicos científicos para adequar ou transformar o ambiente podem modular o processo.

Uma sociedade sem acesso ao conhecimento é penalizada pela estagnação do seu desenvolvimento enquanto aquelas que se desenvolvem e detém mais conhecimento exercem o poder sobre as menos desenvolvidas. Nos territórios se desenvolvem modos de vida utilizando-se dos recursos sociais, culturais, dos modos de produção e econômicos que a sociedade dispõe. Incluem-se também as relações desenvolvidas ante as disputas de poder das classes, de gênero e étnicas intrínsecas e indissociáveis, que implicam nos modos de vida das pessoas (numa perspectiva coletiva, não somente dos indivíduos, mas entre eles).

Considerando a vinculação da saúde com o território (envolvendo o ecossistema da determinação social - inclusive a estrutura e os modos de funcionamento dos serviços de assistência), cabe questionar o que existe e propor reflexões sobre novas possibilidades de melhoria de qualidade de vida comunitária e assistência à saúde e doença da população. Para quem envelhece no mesmo espaço, acompanha a transformação da paisagem, do ambiente natural e do modificado pelo homem, a velocidade em que ocorrem e as consequências desta mudança.

Nesse sentido, Milton Santos (SANTOS, 1994) fala sobre o tempo que leva para o progresso tecnológico chegar a diferentes lugares. Segundo o autor, o conhecimento técnico-científico não chega ao mesmo tempo nem na mesma intensidade a todos os lugares, e onde chega, é usado pela sociedade de modo a reforçar as hierarquias sociais. Assim, o lugar onde há maior desenvolvimento tecnológico e humano controla ou influencia o desenvolvimento dos locais menos desenvolvidos. O autor cita o exemplo do Brasil, onde o meio técnico-científico é mais intenso nas regiões sudeste e sul, mas as repercussões alcançam todo o país, ditando práticas econômicas, comportamentos sociais e políticos (SANTOS, 1994).

O critério da competitividade aplicado para julgar as cidades quanto sua atratividade mercantil e industrial, encontra-se em um sistema de relações hierárquicas que orienta as organizações e são reflexo da desigualdade entre as regiões (SANTOS, 1994). Este critério interfere na quantidade de investimento nas condições de vida e saúde das pessoas que ali vivem, portanto, pode se inferir que as regiões do país guardam o efeito acumulado de desigualdades, sendo uma importante categoria de análise das iniquidades no país.

O lugar, definido por Santos (SANTOS, 1994), é constituído pela área territorial e normas culturais, econômicas, sociais que regem os acontecimentos do lugar. Já o espaço é tido como a localização das escolas, hospitais, indústrias, residências, praças públicas (chamadas de objetos fixos, pelo autor) e dos movimentos das pessoas e suas produções - insumos, recursos e serviços (chamados de fluxos). Ao mesmo tempo que o lugar recebe as novidades, sejam elas tecnológicas ou informacionais que modificam o espaço, ele resiste a algumas mudanças em detrimento de normas ou características geográficas da área territorial.

No espaço reformulado, os objetos e ações são moldados pela informação, e a especialização depende mais das condições técnicas e sociais que dos recursos naturais do local. Cabe aqui uma ressalva às intervenções impostas verticalmente sem a participação, sem o envolvimento da comunidade. Essa participação social se faz necessária para que a transformação e desenvolvimento não se restrinjam à técnica e tecnologia, mas também

contemplem as necessidades locais reconhecidas por quem vive no território e desenvolvimento de soluções partindo deles.

A complexidade das ações que ocorrem sobre o território, a velocidade acelerada dos fazeres (manifestação da consciência social, movimentos sociais) e os diferentes eventos, redefinem o lugar reforçando a importância da região. Ou seja, o movimento das pessoas sobre o território expande ou controla a "região", ultrapassando os marcos estáticos e limítrofes do território (SANTOS, 1994). Assim, observa-se uma vinculação entre os acontecimentos e desfechos de saúde e doença na vida de populações que compartilham relação de vizinhança ou transitam pelo mesmo espaço.

Em relação a estrutura de poder e da iniquidade expressada na desigualdade, possível de ser medida através de variáveis que fragmentam a realidade, Santos (SANTOS, 1994) ressalta a falta de controle (individual ou do grupo) sobre as coisas. Uma vez que são criadas e estão subordinadas ao controle distante (sob influência ou administração externa), torna-se fundamental conhecer os objetos e seus processos para intervir na construção do futuro sob uma perspectiva social(SANTOS, 1994).

Os conhecimentos científicos e o aperfeiçoamento de técnicas chegam de maneira desigual à população (SANTOS, 1994), assim, temos territórios habitados sem adequada transformação e expondo os indivíduos a agentes contaminantes (vala de esgoto à céu aberto, por exemplo) ou mesmo áreas impróprias para moradia (aterros sanitários, pântano, mangue, áreas de segurança de industrias, áreas de extração mineral, entre outras), vulneráveis a desastres ambientais.

O trabalho realizado em determinado local depende das infraestruturas ali existentes e do processo de divisão do trabalho preconizado para o nível nacional (incentivos de mercado e relações socioculturais). Esse processo orienta a repartição de recursos, de oportunidades para o desenvolvimento e sustentabilidade, e de competências administrativas, reforçando as iniquidades. Todos submissos às hierarquias de norteiam as relações no nível interno ou local (municipal, por exemplo) e externo (regional, nacional e internacional) (SANTOS, 2006). Desse modo, compreende-se que a sociedade local é responsável, principalmente, pelos aspectos técnicos do trabalho local, no entanto, o autor reconhece que o controle se dá em outras instâncias, superiores e distantes (SANTOS, 2006).

2.1.3 Iniquidades em saúde

Como pressuposto conceitual para este estudo, cabe distinguir o conceito de iniquidade do conceito de desigualdade. Segundo Breilh (BREILH, 2003), iniquidade é processo que possibilita a concentração de poder e desigualdade é a manifestação resultante da iniquidade.

De acordo com Breilh (BREILH, 2003), a fonte primária de toda e qualquer iniquidade é a apropriação de poder, na qual inclui-se a apropriação da riqueza privada, do poder patriarcado e do poder implicado por parte de grupos étnicos que historicamente estão em vantagem estratégica sobre outros grupos (BREILH, 2003).

É possível observar que onde existe um processo de distribuição desigual de poder, a sociedade não é equitativa. Esse poder não se restringe ao controle de propriedades e uso de riquezas materiais, mas também ao poder que permite definir e expandir a noção de identidade construída sobre si e ao grupo que a pessoa está inserida, os projetos e expectativas individuais e coletivas (BREILH, 2003).

A distribuição desigual de serviços e insumos voltados a assistência da saúde no território pode ser entendida como resultado da iniquidade de classe, étnica e de gênero que permeia quem oferta a assistência, onde se oferta e para quem o recurso estará acessível. Esta iniquidade passa por quem detém o poder de indicar e planejar onde o recurso será ofertado, para quem se destinará, como e o que será ofertado. Também passa por quem efetiva a ação em todas as etapas (construção da estrutura física, manutenção, acolhimento, atendimento e dispensação de insumos). Para quem recebe a ação, diante do contexto de classe, étnico e de gênero, a iniquidade influencia o acesso a determinados serviços promotores de saúde.

Há diferenças na cobertura, no acesso e na oferta de cuidados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) entre os municípios brasileiros. Parte dessas diferenças se referem a mecanismos de gestão e desigualdades sociais do país, que podem ser observadas regionalmente (FAUSTO et al., 2014; MALTA et al., 2016).

Travassos e Martins (TRAVASSOS; MARTINS, 2004) revisaram os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde e concluíram que este último não depende apenas da oferta pelos sistemas de saúde. Fatores individuais, contextuais e a qualidade do cuidado interferem diferentemente no uso dos serviços de saúde.

Sob as perspectivas geográfica, econômica e social, identificadas por Donabedian (DONABEDIAN, 1988), pesa que o acesso seja influenciado pela percepção da pessoa para uma necessidade de cuidado e reconhecimento de um determinado local para receber esse

cuidado; disponibilidade e oportunidade para acessar/entrar no serviço. No processo, dentro da unidade de saúde, existe ainda o acesso ao cuidado (e por que não a qualidade do cuidado) relacionado ao gênero, cor, fatores culturais e continuidade do cuidado (ADAY; ANDERSEN, 1974).

O acesso contempla também a disponibilidade do serviço, acessibilidade geográfica, acolhimento e adequação (accomodation), capacidade de compra e aceitabilidade (PENCHANSKY; THOMAS, 1981). Sob essa perspectiva é possível compreender como o aumento da cobertura e da distribuição geográfica das unidades básicas de saúde que adotam a ESF promove o acesso da população e aumenta a capacidade de respostas às necessidades das pessoas.

A oferta de uma assistência em saúde que desconsidera o cuidado que ocorre no ambiente domiciliar e transfere a responsabilidade do cuidado para a unidade de saúde reforça a cultura da medicalização, do cuidado em saúde estrito aos serviços. Por outro lado, como as influências são diversas, cabe destinar a atenção para a cultura expressada pelas pessoas. Existe uma influência da mídia e do acesso disponível (se as unidades de saúde só oferecem remédio, aumentará a demanda por remédio, por exemplo).

Ao comparar dados de 1998 a 2013, Viacava e Bellido (VIACAVA; BELLIDO, 2016) encontraram aumento da prevalência de relato de diabetes, hipertensão e da proporção de pessoas que avaliaram seu estado de saúde como ruim ou muito ruim, principalmente na região Nordeste onde a cobertura pela ESF foi ampliada. Por outro lado, nesse período, em todas as regiões do país, diminuiu o percentual de pessoas que relataram restrição de atividades por problemas de saúde. Esses resultados podem ser explicados pelo maior acesso a informação sobre saúde e aos serviços de saúde, oportunizando diagnóstico e tratamento de doenças subnotificadas.

A Estratégia Saúde da Família vem sendo implementada como estratégia de reduzir iniquidades. Prioriza inicialmente populações que vivem em situação de maior vulnerabilidade e que teriam maior dificuldade de ter suas necessidades de saúde atendidas, se não fosse o serviço de saúde público(MALTA et al., 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Comparando a cobertura da Estratégia Saúde da Família estimada pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 com dados administrativos e coberturas anteriores avaliadas pela Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) de 2008, Malta et.al (MALTA et al., 2016) encontraram uma proporção de 53,4% (IC95%: 52,1-54,6) domicílios cadastrados em unidade de saúde da família no Brasil. Nesse estudo, foi encontrada diferença significativa também entre as áreas urbana e rural, com proporção de cobertura de 50,6% e 70,9%,

respectivamente. Acrescenta-se que a região Nordeste apresentou o maior percentual, com 64,7%, seguida da região Sul (56,2%) e o Sudeste teve o menor valor com 46,0% de cobertura pela ESF.

Esse estudo sobre a cobertura da ESF (MALTA et al., 2016)apontou que além da ampliação da cobertura das equipes de saúde da família no Brasil, houve priorização de serviços, como maior proporção de cadastro de domicílios onde vivem pessoas com menor escolaridade, além de visitas domiciliares em famílias mais vulneráveis, visando à inclusão e a redução da iniquidade em saúde. Estes dados sinalizam que a diretriz do SUS em priorizar a cobertura para populações vulneráveis tem sido alcançada.

No Brasil, na maior parte dos municípios, os serviços de APS, especialmente a ESF, estão em locais onde a maioria das pessoas tem condições socioeconômicas desfavoráveis, contribuindo para maior equidade em saúde (MENDONÇA; NEDEL; BATISTA, 2018). Ademais, Mendonça (MENDONÇA, 2016) inferiu uma relação estreita entre a vulnerabilidade socioeconômica e internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), destacando a importância da APS na redução de iniquidades de saúde, principalmente na população idosa e socialmente vulnerável.

No cenário nacional, foi verificada a evolução do impacto do (Programa de Saúde da Família) PSF[2] sobre a mortalidade infantil, no período de 1990 a 2002, de modo que houve uma redução da taxa de mortalidade infantil de 49,7 para 28,9 óbitos para 1000 nascidos vivos (MACINKO; GUANAIS; MARINHO DE SOUZA, 2006). No período avaliado a cobertura da população pelo PSF alcançou 36%, e um acréscimo de 10% da cobertura esteve associado a uma redução de 4,6% da taxa de mortalidade infantil, controlados por outros determinantes de saúde.

A ampliação da cobertura da população em 1622 municípios no período de 2000 a 2012 foi associado a redução no número de óbitos devido a condições sensíveis a atenção primária,

---

[2] O Programa Saúde da Família (PSF) foi assumido pelo Ministério da Saúde em 1994 como o eixo de reorientação do modelo assistencial com vistas a responder a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença (hospitalocêntrica, individualista e de baixa resolutividade), mas, na promoção da qualidade de vida. Anos depois o PSF foi reconhecido como serviço de base estruturante no SUS e, em 2006, apresentado como Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) por meio da Portaria nº GM/648, visando a reorganização da atenção básica no Brasil.
Programa Saúde da Família. Informes Técnicos Institucionais. Rev. Saúde Pública 34 (3). Jun 2000. doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018 Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/WmH6wLKd4vXgSC9gnfFkMXG/?lang=pt Acesso em 20 julho de 2022.
Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciênc. saúde colet. 23 (6). Jun 2018. doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018 Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/?lang=pt Acesso em 20 julho de 2022.

com diferenças importantes entre população de pretos/pardos e brancos (HONE et al., 2017). Houve redução de 15,4% (RR: 0,846; IC 95%: 0,796 - 0.899) no número de óbitos de pretos/pardos devido CSAP, passando de 93,3 para 57,9 óbitos por 100,000 habitantes com essa cor/raça. Entre brancos, a redução foi de 6,8% (RR: 0,932; IC 95%: 0.892 - 0.974), passando de 75,7 para 49,2 óbitos por 100,000 habitantes com essa cor/raça. Esse resultado mostra que a expansão da atenção primária no Brasil, através da ESF, colaborou para a redução de iniquidades de saúde devido a cor, reduzindo a diferença entre a taxa de óbito de pessoas negras e pessoas brancas (HONE et al., 2017).

No estado do Espírito Santo, entre 2000 a 2014, houve redução das taxas de ICSAP associada à ampliação da taxa de cobertura da Estratégia Saúde da Família (RR: 0,60; IC 95%: 0,56-0,66). A redução também foi associada ao aumento na proporção de médicos por 1.000 habitantes (0,90, IC: 0,84-0,96), ao percentual de pretos e pardos (0,88, IC: 0,83-0,93) e de pessoas com ensino médio (0,87, IC: 0,76-0,99), enquanto houve acréscimo dessas hospitalizações a cada aumento do produto interno bruto per capita (PAZÓ et al., 2017).

Em relação a proporção de médicos por habitantes, há de se considerar que essa variável encobre os vazios de profissionais em alguns locais dentro dos municípios e estado. Outro ponto a ser considerado é que o provimento (haver profissional) é distinto de fixação do profissional, necessidade que requer estratégias a médio e longo prazo.

Um estudo realizado no estado de Minas gerais (ANDRADE et al., 2015) entrevistou moradores de 6.797 residências localizadas em áreas de abrangência da ESF em todo o estado. Os resultados apontaram maiores taxas de visitação por profissionais da equipe de saúde da família em residências onde vivia ao menos uma mulher com idade entre 25 e 59 anos, pincipalmente com diabetes, onde vive ao menos uma criança (< 5 anos), principalmente se possui doença crônica, onde vive pessoa com 60 anos ou mais, principalmente que possui diabetes ou hipertensão. A maior taxa de visitação pela ESF (87%) foi relatada por pessoas idosas. Ressalta-se que essa taxa também variou quanto ao nível econômico dos entrevistados, de modo que moradores de 75% dos domicílios das classes A-B e 88% das classes D-E declararam ter recebido pelo menos uma visita dos profissionais da ESF nos 12 meses anteriores à pesquisa (ANDRADE et al., 2015).

Ao avaliar os efeitos da implementação da ESF no período de 1998 a 2017, Pinto e Giovanella(PINTO; GIOVANELLA, 2018) encontraram redução nas taxas de internação no período, principalmente das causadas por condições sensíveis a atenção primária (redução de 45% versus 22% para não- ICSAP). Os autores evidenciaram uma tendência a declínio na taxa de internação por condição sensível a atenção primária associada à cobertura das ESF no

período de 2001 a 2016. Eles ressaltam que a melhoria de indicadores de saúde da população no período avaliado decorre do resultado sinérgico de um conjunto de políticas sociais implementadas pelos governos desse período, mas é plausível compreender que as ICSAP reduziram conforme a cobertura da ESF avançou (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

2.2 **O protagonismo da APS na Rede de Atenção considerando a saúde da pessoa idosa**[3]

Ao pensar nas internações das pessoas idosas como desfechos de saúde que não puderam ser resolvidos nos serviços ambulatoriais (CAVALETTI; CALDAS; DE LIMA, 2018; MARQUES et al., 2014), é importante destacar que a Estratégia Saúde da Família (ESF) oferece o serviço de saúde mais próximo da população. O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) se baseia em atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (orientação familiar, orientação comunitária, competência cultural) (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005), sendo representado no Brasil pela ESF (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A coordenação do cuidado, imprescindível para o cuidado adequado à pessoa idosa, também está sob responsabilidade da ESF(ALMEIDA et al., 2018; CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Sendo assim, é importante compreender o papel da APS no Brasil considerando a atenção integral à saúde da pessoa idosa.

2.2.1 A Atenção Primária à Saúde como modelo de atenção à saúde

O modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) possui quatro dimensões: é o ponto de primeiro contato da população com a rede de atenção à saúde, a cada nova necessidade; deve responder integralmente à maioria das necessidades de saúde; espera-se que coordene o cuidado quando a pessoa precisa de atendimento em outro ponto da rede e; ofereça cuidados de longo

[3]O conteúdo deste capítulo da Tese foi publicado no artigo LIMA CAVALETTI, A. C.; CALDAS, C. P. Condições sensíveis à Atenção Primária: o protagonismo da Estratégia Saúde da Família na prevenção de internações de pessoas idosas. JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750, *[S. l.]*, v. 13, p. e010, 2021. DOI: 10.14295/jmphc.v13.1030. Disponível em: https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1030. Acesso em: 28 jun. 2022.

prazo orientado para as pessoas (não para as doenças), a partir de suas famílias e comunidade (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Starfield, Shi e Macinko (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005)defendem que quando as quatro dimensões são atendidas, pode-se avaliar a APS como 'boa' e que uma ênfase maior do sistema de saúde neste nível de assistência reduz custos de atendimento. Por conseguinte, melhorias na cobertura da atenção primária podem ser uma oportunidade custo-efetiva na redução de gastos devido hospitalização, principalmente de pessoas com morbidades (HA et al., 2019).

As quatro dimensões da APS, sejam elas aplicadas de modo isolado ou combinadas, podem ser responsáveis pelo impacto positivo deste modelo de atenção na saúde da população. Como exemplo pode-se mencionar o melhor acesso aos serviços de saúde, a qualidade do atendimento, o enfoque na prevenção, a oportunidade de tratar precocemente problemas de saúde, a redução de cuidados especializados desnecessários e potencialmente prejudiciais e o efeito cumulativo dessas características sobre a saúde das pessoas (GIBSON; SEGAL; MCDERMOTT, 2013; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; VAN LOENEN et al., 2014).

Starfield, Shi e Macinko (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005) discorrem que sistemas de saúde com APS bem estruturadas e consolidadas estão associados a melhores resultados de saúde, como menores taxas de mortalidade por qualquer causa (por exemplo câncer, doença cardiovascular, doenças respiratórias, mortalidade prematura e infantil) e consequente aumento da expectativa de vida, além de melhoria na autopercepção de saúde dos usuários. A magnitude desta melhoria se sobressalta em áreas onde vivem pessoas com menor renda, escolaridade e socialmente excluídas (raça/etnias), sendo um resultado da redução de iniquidades em saúde (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

No Brasil, os níveis de atenção e assistência à saúde (primário, secundário e terciário) são estabelecidos pela Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. Na referida Portaria, a RAS "é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado". Esta Portaria define a APS como primeiro nível de atenção, com papel de coordenar o cuidado em saúde e ordenar a RAS. Assim, devem ser formadas relações horizontais entre os pontos de atendimento e a APS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Os pontos de atendimento compreendem os três níveis de atenção: a) o nível primário compreende as unidades básicas de saúde (UBS) e os locais em que os profissionais vinculados

a estas unidades atuam; b) no nível secundário são ofertados serviços especializados de média complexidade, compreendendo as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros; c) no nível terciário são ofertados serviços especializados de alta complexidade, compreendendo os hospitais, no que se refere às internações e Unidade de Terapia Intensiva (UTI)(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica já havia estabelecido a Atenção Primária a Saúde como base estruturante do SUS, tendo como princípios orientadores a universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, o vínculo e continuidade, a integralidade, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. Assim, apresentou a Estratégia Saúde da Família como modelo a ser expandido para todo o território brasileiro. Dez anos depois, o teto dos gastos público ratificado através da Emenda Constitucional 95 (EC95/2016), impactou diretamente no financiamento da APS, conforme publicado na Portaria N 2436 de 21 de setembro de 2017 que revisou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

As mudanças no financiamento, na composição das equipes, funções dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), flexibilização da coexistência de modelos de Atenção Básica e de Atenção Primária, reformulados e publicadas na PNAB 2017 não passaram despercebidos (DE ALMEIDA et al., 2018; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020; MAÍRA MATHIAS, 2017; MELO et al., 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; SILVA et al., 2020). Entretanto, permaneceu o proposto na referida PNAB, com impactos ainda em avaliação devido ao impacto a longo prazo para a assistência ofertada à população e no financiamento dos serviços pelos municípios.

2.2.2 Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária: conceito e fatores associados

As Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) constituem uma medida de uso hospitalar, desenvolvida para medir indiretamente a efetividade de serviços ofertados na APS (BUSBY; PURDY; HOLLINGWORTH, 2015; MENDONÇA, NEDEL, BATISTA, 2018). Esse indicador é formado por condições que levam a hospitalizações que poderiam ser evitadas se as pessoas recebessem, no momento adequado, assistência com qualidade por meio da prevenção, do controle do episódio agudo e de uma gestão efetiva nos casos de doenças crônicas (BUSBY; PURDY; HOLLINGWORTH, 2015; MENDONÇA; NEDEL; BATISTA; MEDINA, 2018; PURDY et al., 2009).

O estudo da relação entre as hospitalizações e a qualidade do funcionamento da APS tem indicado que altas taxas de ICSAP podem revelar uma baixa qualidade nesse modelo de assistência. Ressalta-se que o acesso oportuno e a continuidade de cuidado (relacionamento de longo prazo com um profissional da atenção primária) são os atributos da APS mais importantes para a redução de hospitalizações evitáveis(VAN LOENEN et al., 2014)

Uma revisão sistemática sobre a relação entre hospitalizações evitáveis e acesso a atenção primária encontrou que, independentemente do sistema de saúde vigente no país, quanto maior a presença da atenção primária, menor a taxa de ICSAP (ROSANO et al., 2013). A continuidade do cuidado tem sido adotada como medida de qualidade da APS, satisfação do usuário (VAN LOENEN et al., 2014) e tem importância especial para a população idosa devido sua necessidade de acompanhamento de saúde para doenças crônicas (VERAS et al., 2014; YARNALL et al., 2017). Entretanto, muitos fatores influenciam as internações hospitalares e devem ser considerados ao se analisar as ICSAP.

Em relação ao processo de trabalho, a maior oferta de profissionais (médicos e enfermeiros) na APS e sua menor carga de trabalho são associados a menores taxas de ICSAP, principalmente aquelas devido a doenças crônicas (GIBSON; SEGAL; MCDERMOTT, 2013; LAY-FLURRIE et al., 2019; VAN LOENEN et al., 2014). O tamanho da lista de pacientes por profissional, o tipo de prática de cuidado (uso de tecnologias de gestão clínica e de continuidade do cuidado) e a colaboração interprofissional (atendimento multiprofissional na APS) também tem efeitos sobre essas internações (GIBSON; SEGAL; MCDERMOTT, 2013; LAY-FLURRIE et al., 2019; VAN LOENEN et al., 2014).

Por outro lado, quando a APS é ofertada sob uma lógica de mercado, onde o serviço e os profissionais envolvidos possuem vinculo organizacional e financeiro com o hospital, pode haver uma indução da demanda para os serviços hospitalares. Esta é uma teoria que justifica uma redução mais discreta de ICSAP nos Estados Unidos da América, onde os serviços da atenção primária são ofertados por profissionais vinculados ao hospital, o que não ocorre em outros países como Inglaterra e Holanda. Esse fato expõe que o modo como os cuidados primários são organizados em cada país implica diferentemente na magnitude dos desfechos de saúde de sua população (VAN LOENEN et al., 2014).

Ainda falando sobre diferenças regionais, um estudo revisou possíveis causas de variação das taxas de ICSAP entre países membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) relatadas até 2013. Os autores observaram que um fácil acesso a atenção secundária (principalmente a disponibilidade de leitos hospitalares) e a

qualidade do cuidado ou acesso inadequados na atenção primária conduziram a variação entre as taxas de internações evitáveis(BUSBY; PURDY; HOLLINGWORTH, 2015).

Na mesma direção, Kim et al. (KIM et al., 2019) constataram que a expansão da cobertura e alta densidade de médicos na atenção primária levaram a redução de internações evitáveis. Os autores também relataram que níveis elevados de privação socioeconômica foram associados a maiores taxas de internações. Além disso, regiões com grande quantidade de hospitais com até 300 leitos (considerados pelos autores como pequeno e médio porte) foram associadas a maiores taxas de ICSAP. Os autores justificam esse resultado com a possibilidade irrestrita do usuário acessar todos os níveis de assistência, sem que a atenção primária funcione como porta de entrada preferencial no sistema, além de desigualdades na distribuição dos serviços de saúde, especialmente de cuidados primários no país (Coreia do Sul).

Internações sempre irão ocorrer, mas taxas de ICSAP elevadas podem indicar a necessidade revisar as estratégias utilizadas para conduzir problemas de saúde de pessoas que vivem com morbidades (LAY-FLURRIE et al., 2019; MENDONÇA; NEDEL; BATISTA; MEDINA, 2018). Acrescenta-se que a interferência política nos sistemas é frequentemente influenciada pela tradição e cultura do país ou região. Além disso, medidas que funcionam em um país podem não funcionar em outras, bem como diferentes estratégias de abordagem podem ser necessárias para pessoas com diferentes condições ou especificidades de saúde (crianças, adultos, idosos, segmento populacional socialmente excluído) (VAN LOENEN et al., 2014).

Na Inglaterra, onde a APS está consolidada são fatores associados a maiores taxas de internação hospitalar o maior percentual de pessoas com mais de 64 anos, moradores de área urbana e pertencentes ao menor quintil de renda assistidos pela equipe da atenção primária. Em contrapartida, a facilidade para conseguir ser consultado (medido pelo número de consultas anuais), a qualidade do cuidado e a satisfação dos usuários com os serviços da APS são associados a menos internações (LAY-FLURRIE et al., 2019).

A ICSAP, enquanto indicador da atividade hospitalar, depende das fontes de dados hospitalares, e das taxas de internação mais expressivas de agravos específicos que sugerem padrões de prestação inadequada dos serviços ou ainda falhas no sistema de saúde (PURDY et al., 2009). Assim, as listas variam entre países e diferentes contextos, sendo elaboradas a partir de estudos anteriores, observando a importância da condição clínica, se a internação poderia ser realmente evitada, e a confiabilidade dos dados (MENDONÇA; NEDEL; BATISTA; MEDINA, 2018).

Alguns estudos (GIBSON; SEGAL; MCDERMOTT, 2013; ROSANO et al., 2013; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; VAN LOENEN et al., 2014) mostram que a força do

sistema de cuidados primários de um país está associada a melhores resultados de saúde da população, impactando em todas as causas de mortalidade e mortalidade prematura devido a causas específicas como as doenças respiratórias e cardiovasculares. Essa força do sistema é alcançada quando a atenção primária é o primeiro contato da pessoa com o serviço de saúde quando necessita, garante cuidado continuado, integral e bem coordenado à população (VAN LOENEN et al., 2014).

No Brasil, alguns estudos demonstram redução das hospitalizações por causas evitáveis associados a ampliação da atenção primária à saúde no país (LENTSCK; MATHIAS, 2015; MAIA et al., 2019; NUNES et al., 2017; PAZÓ et al., 2017; PINTO et al., 2018; PREVIATO et al., 2017). Outros estudos não encontraram associação significativa entre a redução com a cobertura da Estratégia Saúde da Família (GONÇALVES et al., 2016; MORIMOTO; DA COSTA, 2017; RODRIGUES-BASTOS et al., 2014), ou ainda, relatam aumento das ICSAP em algumas regiões de saúde (MAIA et al., 2019).

Maior prevalência de hospitalização de idosos no Brasil foi associada à diagnóstico prévio de doença crônica, limitação para realizar atividades básicas de vida diária, residir em zona rural e nas regiões Norte e Centro Oeste do país (MELO-SILVA et al., 2019). Apesar da idade e a presença de morbidade (≥ 2) estarem associadas a maiores percentuais de hospitalização de idosos, seja por causa geral ou não cirúrgica, residir em locais com cobertura pela ESF foi associada a menor prevalência de internação naqueles que não possuem plano de saúde privado em Bagé, RS (NUNES et al., 2017).

Outros fatores da dimensão individual e de acesso ao sistema podem também interferir na busca de idosos por atendimento em unidade de pronto atendimento (entendida como unidade de emergência) devido a condições sensíveis a atenção primária. Os resultados de estudo realizado no noroeste do Paraná em 2015, com 191 pessoas idosas, indicaram que aqueles que possuíam diagnóstico de doença crônica tinham mais chance de buscar atendimento de emergência (OR: 1,42; IC 95%: 1,08 – 5,42; p <0,001). A ausência de médicos na unidade de atenção primária no momento em que a pessoa buscou assistência também foi associada à busca de atendimento na unidade de emergência (OR: 1,36; IC 95%: 1,03 – 5,38; p< 0,001) (RÊGO et al., 2017).

Há de se considerar a existência de modos variados de organização da atenção primária no país (DE SÁ et al., 2016). Ao avaliar a qualidade da atenção primária a partir da entrevista de 314 pessoas (26,4% assistidas pela ESF e 73,6% por unidade de APS tradicional), a dimensão do índice de APS pior avaliado foi o acesso, sem diferença entre os usuários das modalidades de organização da APS. Porém, as dimensões acompanhamento longitudinal

(cuidado continuado) e orientação com foco na família e comunidade foram melhor avaliadas pelos usuários da ESF (DE SÁ et al., 2016).

Gonçalves et al. (GONÇALVES et al., 2016) verificaram a relação entre a qualidade da APS e as ICSAP em uma amostra de 1200 pessoas residentes em Porto Alegre. Os autores constataram que durante 2006 e 2011, anos iniciais de implantação da ESF nos locais do estudo, a qualidade da APS ofertada pelas unidades avaliadas não foi associada às ICSAP ocorridas na amostra. Entretanto, ter 60 anos ou mais idade, baixa escolaridade, ser de etnia não branca e fisicamente inativo foram associados às ICSAP de 277 (23%) pessoas, totalizando 513 internações no período.

Afonso et al. (AFONSO et al., 2017) avaliaram a presença de médico com especialização em medicina de família, em 109 unidades de atenção básica em Curitiba (64 unidades de ESF e 44 unidades tradicionais de APS) e sua relação com ICSAP. Nesse estudo, o percentual de alfabetização dos moradores com 10 anos ou mais idade esteve associado com menor taxa de ICSAP na população assistida, bem como a presença de médico com a referida especialização atuando na unidade de ESF. A presença de médicos com especialização em outras áreas não foi associada a redução de ICSAP nesse estudo. Os autores sugerem que a ESF como modelo de APS é efetiva para reduzir custos financeiros (relacionados a internações evitáveis) e sofrimento da população, diante da expectativa de aumento do percentual de pessoas vivendo com doenças crônicas no país (AFONSO et al., 2017).

2.2.3 Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa: trajetórias que levam a internações

A coordenação do cuidado pela APS e as redes de atenção à saúde são elementos imprescindíveis quando se trata da atenção à saúde da pessoa idosa. Assim, é importante refletir sobre o percurso dos usuários para terem suas demandas de saúde resolvidas, utilizando ou não a rede do SUS.

Existe a legislação, a expectativa dos gestores em relação ao fluxo dos pacientes na Região de saúde e a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Porém, o percurso do paciente para conseguir assistência especializada ou a ausência de cuidados transicionais/comunicação entre a assistência especializada e a equipe da APS, mostra uma trajetória diferente do esperado. No estudo de Bousquat et al. (BOUSQUAT et al., 2017), os autores revelam uma segmentação dos serviços e busca de usuários por serviços público e privado em uma região com a RAS

estruturada e ofertada por instituições filantrópicas (financiadas pelo SUS). Cabe questionar se tal busca ativa e segmentada demonstra fragilidade na integração entre os serviços, descaracterizando o que deveria ser uma RAS.

A população idosa, em geral, convive com doenças crônicas que precisam de cuidado continuado. Eventualmente precisam de consulta com especialistas e espera-se que retornem ao médico da ESF. No entanto, características reais de unidades básicas de saúde expõem algumas limitações estruturais para que a atenção primária atue como elemento central da coordenação do cuidado do usuário, principalmente em relação com outros níveis de assistência (CECILIO et al., 2012).

A partir de valores simbólicos e expectativas do usuário à respeito da unidade de atenção primária, Cecílio et al. (CECILIO et al., 2012) resumem-na como um posto avançado (para realizar alguns exames e acompanhamento de diabetes, por exemplo), ao mesmo tempo em que é um lugar onde se obtém recursos simples (remédios considerados baratos, receita e encaminhamento para especialistas ou procedimentos de média e alta tecnologia). Os usuários também reconhecem a impotência dos profissionais da equipe de saúde, principalmente quando se espera por recursos de complexidade tecnológica disponíveis em outros níveis do sistema ou quando avaliam necessitar de atendimento urgente.

A integração entre os serviços também depende da confiança e expectativas que os usuários depositam no sistema de saúde. A esse respeito, Cecílio et al (CECILIO et al., 2012) apontam possíveis distorções, criando-se de 'falsas necessidades' devido a uma reprodução ideológica que a medicina tecnológica e o complexo médico-industrial embutem incessantemente na cultura. Portanto, deve-se reconhecer que os usuários da vida real são estimulados a desejar adquirir tais bens de consumo.

Alinhado a essa preocupação com as condições materiais (tecnológicas, operacionais e organizacionais) da APS para exercer a coordenação do cuidado (CECILIO et al., 2012), Bousquat et al. (BOUSQUAT et al., 2017) apontam distintas trajetórias e itinerários terapêuticos percorridos por usuários da RAS de uma região com alto grau de desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços. Apesar das unidades da APS serem públicas próprias, nesta região a oferta de assistência especializada (especialidades médicas, serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios bioquímicos) era predominantemente organizada, gerenciada e estava sob a governança de uma entidade filantrópica.

A partir da análise dos discursos de gestores sobre as condições materiais da RAS local e do relato de pacientes, Bousquat et al. (BOUSQUAT et al., 2017) exemplificam desafios que comprometem o papel da APS como elemento central na RAS. Entre os relatos dos pacientes

se destaca o desembolso para pagamento de exame em unidade particular durante hospitalização financiada pelo SUS e o fato de todos os encaminhamentos pós alta terem sido direcionados à serviços especializados público ou privado – nenhum para APS. Nesse estudo os usuários também reconhecem as unidades da APS como 'local de coisas simples' que somados ao perfil dos serviços e insuficiência na oferta de serviços especializados vinculados de fato à APS, fragilizam sua capacidade de coordenar o cuidado (BOUSQUAT et al., 2017).

Diante deste cenário, comum em regiões de saúde com importante dependência do setor privado (ALMEIDA et al., 2016; BOUSQUAT et al., 2017), surge uma questão que ainda não foi respondida: os municípios com mais dependência dos serviços privados/filantrópicos têm mais internação de idosos?

Não é suficiente a existência da APS. Esta precisa estar inserida em uma RAS eficiente, na qual todos os pontos de atenção estejam atuando na lógica da integralidade. Portanto, adicionalmente, cabe questionar se: na ausência de uma assistência com a perspectiva gerontológica e existindo serviços especializados disponíveis (e acessíveis), os moradores do local preferem usar o hospital, unidades de emergência e consultas com médicos especialistas?

Ademais, será que a assistência especializada retém para si, a gestão do cuidado que deveria ser da APS? É sabido que múltiplas abordagens por especialistas distintos, sem uma coordenação do cuidado, são um risco para pessoas idosas, tendo como consequência iatrogenia, sintomas com maior gravidade e necessidade de internação (VERAS et al., 2014). Assim, questiona-se se os municípios com mais dependência de serviços privados têm taxas mais altas de internações de pessoas idosas que os municípios com menos dependência desse setor.

O município é responsável pela organização dos serviços de saúde do SUS e a APS/ESF como coordenadora do cuidado, ou seja, ponto de entrada e retorno do paciente dentro da RAS. A conformação e as ações esperadas da APS ofertada na ESF tem como objetivos e impacto, a redução do número de internações, principalmente aquelas causadas por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). Portanto, as internações dos idosos podem ser consideradas como desfecho de saúde, mediante ao contexto dos municípios.

3. **MATERIAL E MÉTODOS**

Para o desenvolvimento desta pesquisa, recorreu-se a um desenho ecológico, exploratório, de caráter transversal, utilizando dados secundários disponibilizados pelo Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Os dados correspondem às Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) geradas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) entre os anos 2008 a 2018. Como os dados sobre internação hospitalar são provenientes de um mesmo período, acumulados, atende à referência temporal transversal.

O desenho de estudo do tipo ecológico possibilita investigar áreas geográficas ou grupos populacionais e analisar comparativamente indicadores globais. Nestes desenhos, a área geográfica sintetiza um vasto conjunto de variáveis que aproxima mais esse tipo de estudo da realidade, permitindo uma visão mais global por parte do pesquisador (ALMEIDA FILHO, 1989). Sendo assim o modelo de estudo ecológico se mostrou como o mais adequado para discutir iniquidade de gênero, de etnia e na distribuição regional das internações de idosos.

Na perspectiva teórica da determinação social, o perfil epidemiológico é utilizado como representação dos "processos do movimento social-biológico da saúde" (Breilh, 2003). Sendo assim, o referencial teórico metodológico deste estudo foi construído a partir de uma compreensão ecológica na perspectiva da determinação social da saúde. Este construto metodológico permitiu analisar metacriticamente as iniquidades de gênero e de etnia na distribuição regional evidenciadas nos perfis de internação. As iniquidades de classe social não foram analisadas neste estudo devido a indisponibilidade destes dados no SIH/SUS.

As discussões a respeito da classificação de raça no Brasil refletem a história do país (RAFAEL GUERREIRO OSÓRIO, 2003). Neste estudo, para coleta de dados, optou-se por utilizar a classificação de cor ou raça do IBGE, pois é a classificação utilizada nos bancos de dados do SIH/SUS, mas buscou-se acompanhar a discussão étnica relacionada a tal classificação e sua contribuição no processo de saúde e doença da população.

3.1 O modelo de estudo ecológico como ferramenta para análise da produção social da saúde

O método epidemiológico tradicional diferencia os propósitos e meios investigativos entre a Epidemiologia descritiva da Epidemiologia analítica. Apesar da primeira, muitas vezes ser utilizada com objetivo exploratório estrito e desacompanhada de um quadro teórico, Almeida Filho (1989) critica esta demarcação que restringe ou ignora a análise desenvolvida a partir de resultados descritivos. Ele acrescenta que:

> "A ligação entre objeto e método de uma dada ciência expressa-se na forma como esse campo científico representa o nexo entre o objeto e seu determinante. O causalismo não é o único, sequer o mais importante, modo de pensar as relações entre eventos da natureza e na sociedade." (Almeida Filho, 1989; cap. 4, p. 28).

Assim como privilegia um tipo particular de determinação, a Epidemiologia tradicional hierarquiza desenhos de estudo, valorizando mais aqueles conduzidos sob rígido controle, sugerindo-os como padrão de cientificidade. Como exemplo, os estudos experimentais e quase experimentais são ranqueados como melhores que os de coorte, e numa sequência decrescente, os estudos caso-controle, inquéritos transversais e ecológicos. Segundo o autor, isto limita o desenvolvimento do conhecimento epidemiológico, principalmente no que se refere aos dois campos de intersecção da Epidemiologia mais importantes, a clínica e as Ciências Sociais. (Almeida Filho, 1989)

Tendo esclarecido a crítica ao modelo tradicional, Naomar de Almeida Filho (1989) propõe um modelo que classifica os desenhos conforme sua capacidade de exprimir profundidade (caracterizados por menor controle, análise aprofundada da realidade e apreensão do objeto da pesquisa) ou com tendência à generalidade (caracterizado por maior controle do desenho, artificialismo – implicando na redução da realidade a variáveis e análises causais – e elaboração generalizável sobre o objeto científico). Sobre esse modelo, o autor refere que cada tipo de estudo incorpora qualidades de um ou outro polo com tendência a profundidade ou tendência a generalidade, e que nenhuma pesquisa é totalmente aberta ou controlada, pois ou não poderia ser considerada Ciência ou não acrescentaria utilidade prática para o conhecimento científico. (Almeida Filho, 1989)

De acordo com esse modelo de avaliação dos estudos que os avalia quanto profundidade ou generalidade, a história de vida é a que permite maior profundidade de conhecimento a respeito da pessoa e seu processo de saúde e adoecimento. (Almeida Filho, 1989) Numa sequência decrescente de profundidade, o autor nos apresenta os Estudo de casos (clínicos), Estudo de grupos ou subgrupos (casuísticos), Estudo ecológico e Estudo de corte transversal, que vão permitindo maior generalização e menos aprofundamento das questões próprias e individuais da saúde das pessoas. (Almeida Filho, 1989)

Os desenhos Estudo de casos-controle, Estudo de coorte, Experimentação, Simulação ou Modelagem permitem obter resultados com maior generalidade. Complementarmente, à medida que perdem em aprofundamento, todos esses estudos ganham em controle metodológico, artificialidade a partir da seleção de variáveis com o objetivo de reduzir o

contexto, que permite um olhar fragmentado da realidade. Essas características vão tornando gradativamente o desenho mais fechado. (Almeida Filho, 1989; p.32)

Os estudos ecológicos, inquéritos tipo corte transversal, estudos de casos-controle e estudos de coorte correspondem à parte central do modelo proposto, equilibrados entre os extremos de profundidade e generalidade. Os estudos ecológicos investigam áreas geográficas ou grupos populacionais, analisando comparativamente indicadores globais. Geralmente investigam correlações entre indicadores ambientais ou socioeconômicos e indicadores de saúde. Nestes estudos, a área geográfica sintetiza um vasto conjunto de variáveis que aproxima mais esse tipo de estudo da realidade. O autor defende que este estudo se destina a uma abordagem macro, que permite uma observação mais "totalizada, aberta, real e descontrolada" que os outros. (Almeida Filho, 1989)

Nos estudos ecológicos, os coeficientes de uma área correspondem à médias referentes à população total. Tem-se como principal problema, supor que os mesmos indivíduos são simultaneamente portadores do problema de saúde e do atributo associado. Além disso, os padrões encontrados no nível de agregados não podem ser reduzidos para o nível individual, pois incorreríamos em um erro de análise chamado falácia ecológica. Para melhorar o aprofundamento deste desenho, deve-se escolher agregados com o menor tamanho possível (setor censitário, distritos, municípios) e com relativa homogeneidade interna(ALMEIDA FILHO, 1989).

Portanto, o desenho do estudo será construído considerando: a) a epidemiologia crítica; b) a perspectiva de Almeida Filho sobre o estudo ecológico como uma alternativa coerente ao referencial da produção social da saúde e doença (Jaime Breilh e Kriegger) e; c) o foco na territorialidade, a partir do referencial de Milton santos. Assim, trata-se de um estudo ecológico com análise geoespacial do perfil de internação de pessoas idosas segundo as causas de internação.

3.2 **Desenho do estudo**

Em consonância com o referencial teórico adotado neste estudo, entendemos que desenvolver um modelo empírico-funcional à priori poderia direcionar nossa perspectiva de análise para as variáveis previamente selecionadas, obscurecendo outras que poderiam apresentar-se conforme examinamos os dados. Assim, optamos por iniciar nossa análise exploratória dos dados pelo total de internações hospitalares ocorridas entre 2008 a 2018

financiadas pelo SUS, e aprofundar gradativamente a descrição das internações de pessoas idosas neste recorte, desenhando o perfil dessas internações no Brasil. Os resultados foram interpretados à luz do referencial teórico da epidemiologia crítica.

3.3 **Caracterização da área estudada e suas regiões**

O território brasileiro é dividido politicamente em cinco regiões e 27 unidades federativas (UF), sendo 26 Estados e um Distrito Federal. As estimativas da população residente para os 5.570 municípios produzidas pelo IBGE referentes ao ano de 2012 somaram 193.976.530. Com aumento crescente, em 2018 essa quantidade estimada foi de 208.494.900 pessoas residindo no Brasil. A quantidade de habitantes varia entre regiões, unidades federativas e municípios, de modo que cerca de 42% da população residia na Região Sudeste, 28% no Nordeste, 14% no Sul, 8,4% na Região Norte e 7,4% no Centro Oeste (DATASUS - Estimativas da população residente para o Tribunal de Contas da União (TCU) disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptuf.def).

Ainda segundo dados do IBGE, em 2012, no Brasil residiam 20.889.849 pessoas com 60 anos ou mais idade, representando 10,01% de toda a população residente. Destas, 2.975.964 pessoas possuíam 80 anos ou mais, representando 14,24% do total de idosos residentes no país. A projeção para o ano de 2018 era 209.186.802 residentes, sendo 27.034.163 (12,92%) pessoas com 60 anos ou mais (DATASUS, 2018).

Quanto a assistência à saúde pela Atenção Primária, no final de 2012, a Estratégia Saúde da Família (ESF) estava implantada em 5.297 municípios brasileiros, apresentando uma proporção de cobertura populacional estimada em 54,84%, porém, as proporções são diferentes entre os municípios. No final do ano de 2018, a ESF estava implantada em 5.409 municípios, cobrindo aproximadamente 63,70% da população. Cerca de 79% da população com 60 anos ou mais idade não possuía plano de saúde privado (assistência ambulatorial e hospitalar) no final de 2012. Em maio de 2019 esse percentual era de 69%, apresentando variações entre os estados brasileiros, de modo que nos estados da Regiões Norte e Nordeste, mais de 70% da população com 60 anos e mais dependia exclusivamente do SUS.

3.4 **População**

Os dados referem-se à população de idosos residentes no Brasil, que obtiveram Autorização de Internação Hospitalar (AIH) geradas pelo SUS durante os anos 2008 a 2018.

3.5 **Critérios de inclusão e critérios de exclusão**

As variáveis do estudo são dados agrupados coletados em nível dos municípios brasileiros. As variáveis dependentes são provenientes das internações de acordo com o diagnóstico principal, em indivíduos com idade compreendida nas faixas etárias de 60 ou mais idade, segundo local de residência. As causas de diagnóstico principal consideradas são os capítulos da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde em sua 10ª revisão (CID – 10ª Revisão) descritos no Quadro 1, tendo sido excluídos os capítulos XV (Gravidez, parto e puerpério) e XVI (Algumas afecções originadas no período perinatal) por não serem consideradas condições reais de internação de idosos.

Quanto aos dados de internação, foram consideradas todas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) do tipo 1[4] (referentes ao internamento inicial) e AIH do tipo 5[5] (referentes as AIH geradas quando o internamento ultrapassa os 30 dias), geradas para idosos de ambos os sexos, segundo o município de residência e validadas pelo Ministério da Saúde (MS) durante o período definido (AIH aprovadas). As informações sobre as internações

---

[4] A internação do tipo 1 superestima a quantidade de internações por ser gerada uma nova AIH em casos de transferências e reinternação. Procedimentos Hospitalares do SUS por gestor – Notas Técnicas. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/qgdescr.htm

[5] De acordo com o Manual Técnico do Sistema de Informação Hospitalar (Brasil, 2014), os motivos para emissão de uma nova AIH para um mesmo paciente (no que se refere à pessoas idosas) são: realização de outra cirurgia em ato anestésico diferente durante a mesma internação, incluindo reoperação; transferência de clínica médica para cirúrgica ou vice-versa; paciente sob cuidados prolongados, psiquiatria, reabilitação, aids e tuberculose; intercorrências pós-transplante, ultrapassados os 30 dias de vigência da AIH; paciente clínico reinternado devido a mesma patologia até três dias após alta ou por outro motivo antes ou após esse prazo; paciente politraumatizado / cirurgia múltipla quando no campo de procedimentos especiais houver mais de cinco procedimentos. Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2014 SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema. Disponível em: http://hcp.org.br/images/publicacoes-oficiais/HCP/MANUAL_SIH_janeiro_2015.pdf

coletadas não foram discriminadas quanto ao caráter do atendimento (emergência, eletivo, transferência, outros).

A escolha do ano de 2008 como ponto de corte inicial para o estudo ocorreu a partir de observação prévia dos dados preenchidos a partir de 2006, ainda com discreto impacto da Portaria Nº 399 de fevereiro de 2006 que divulgou o Pacto pela Saúde e aprovou Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, e da Portaria Nº 2.527 de 19 de outubro de 2006 que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Ambas implicaram gradativamente no melhor preenchimento das informações contidas nas AIH, especialmente as informações sobre o sexo, cor e raça de pessoas idosas.

Considerou-se neste estudo avaliar as internações ocorridas até 2020, no entanto, ao executar a tabulação dos arquivos referentes aos dados dos anos 2019 e 2020, foi observado que se encontravam desatualizados, apresentando maioria das informações provenientes de internações ocorridas ainda em 2018. Foram verificados os arquivos desses dois anos para as seguintes UF: Acre, Alagoas, Amazonas, Amapá, Bahia, Ceará, Goiás, Distrito Federal, Espírito Santo, Maranhão, Minas Gerais e Rio de Janeiro. A consulta para verificação dos dados listou a frequência de internação de acordo com o mês de internação, segundo o município de internação e posteriormente segundo o município de residência. A falta de dados sobre as internações ocorridas no ano 2019 sugere menor investimento na transparência das informações e na qualidade dos dados no referido ano, sendo decidido não os utilizar.

O arquivo de dados .dbc referente ao mês de setembro de 2009 do Acre (RDAC0909.dbc; 3KB) encontrava-se corrompido no sistema e não permitiu a tabulação. Para evitar perdas de informação sobre esse arquivo, foram realizadas consultas complementares no serviço de consultas online TABNET/DATASUS.

Os dados das internações ocorridas nos anos 2020 e 2021 foram excluídas por corresponder ao período da Pandemia de Covid-19. Devido a magnitude dos impactos na saúde da população e no sistema de saúde, os dados desse período requerem uma análise separada.

Quadro 1 – Descrição dos Capítulos CID 10ª Revisão, correspondentes as variáveis dependentes sobre o perfil de internação em idosos no Brasil. Rio de Janeiro – RJ, 2021

Capítulo	Descrição
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias
II	Neoplasmas (tumores)
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
V	Transtornos mentais e comportamentais
VI	Doenças do Sistema nervoso
VII	Doenças do olho e anexos
VIII	Doenças do ouvido e apófise mastoide
IX	Doenças do aparelho circulatório
X	Doenças do aparelho respiratório
XI	Doenças do aparelho digestivo
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
XIV	Doenças do aparelho geniturinário
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
XVIII	Sintomas sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificado em outra parte
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e contatos com os serviços de saúde

Fonte: Classificação Internacional de Doenças, 10. ed., 2003.

O número e a proporção de internações hospitalares por grupo de causas (capítulos da CID 10) são variáveis que foram utilizadas para descrever a população do estudo. A proporção de Internações Hospitalares por diagnóstico principal (PIHd) é um indicador de morbidade usado para medir a participação dos grupos de causas de internação hospitalar em relação ao total de internações financiadas pelo SUS. Essa variável reflete a demanda hospitalar, que por sua vez, é condicionada pelos serviços do SUS disponíveis em uma região. Trata-se de uma variável que, na análise descritiva, permite identificar as principais causas de internação, segundo o município, e que nesse estudo, corresponde ao grupo de indivíduos nas faixas etárias de 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais, nos anos 2008 a 2018. Desse modo, torna-se possível desenhar o perfil de internação da população idosa de acordo com a faixa etária, sexo e raça/cor.

A concentração de internações em determinados grupos de causas indica correlações com os contextos econômicos e sociais, justificando sua escolha para analisar as variações em grupos populacionais e áreas geográficas delimitadas. A PIHd é calculada a partir da razão entre quantidade de internações devido a um grupo de causas y e o número total de internações dos

residentes da área referida, durante o período estudado. Neste caso, os anos de 2008 a 2018 acumulados, multiplicado por 100.

$$PIHd = \frac{\text{Nº de internações hospitalares devido diagnóstico y, na área A, no período P}}{\text{Nº total de internação hospitalar de residentes idosos}} \times 100$$

Algumas variáveis referentes as Internações Hospitalares foram utilizadas exclusivamente a fim de se obter a caracterização da população estudada. As mesmas estão descritas no quadro 2.

Quadro 2 - Caracterização das variáveis independentes do estudo sobre perfil de internação de idosos no Brasil. Rio de Janeiro – RJ, 2021

Nome da variável	Definição	Escala de medida
Sexo	Conjunto de características biológicas que permitem distinguir o sistema reprodutor de seres vivos quanto a serem fêmeas ou machos.	Feminino Masculino
Cor/raça	Característica declarada pelas pessoas de acordo com a cor da pele.	Branca Preta Parda Amarela Indígena
Região de residência	Local de residência do paciente conforme informado pela unidade hospitalar.	Norte Nordeste Centro-oeste Sudeste Sul

Fonte: SIH/SUS, 2022.

As variáveis descritas no quadro 3 se referem as Internações Hospitalares e foram utilizadas para caracterizá-las.

Quadro 3 - Definição das variáveis independentes descritivas hospitalares do estudo sobre perfil de internação de idosos no Brasil. Rio de Janeiro – RJ, 2021

Nome da variável	Definição
Internações	Quantidade de AIH aprovadas no período considerando as de prorrogação. Este é um valor aproximado, pois as transferências e reinternações estão aqui computadas.
Valor médio da internação	Valor Total dividido pela quantidade de Internações.
Média de permanência	Média de permanência das internações referentes às AIH aprovadas, computadas como internações, no período. É a razão entre os dias de internação e a frequência de internação, no período, multiplicada por 100.
Quantidade de óbito	Quantidade de internações que tiveram alta por óbito, nas AIH aprovadas no período.
Taxa de mortalidade	Razão entre a quantidade de óbitos e o número de AIH aprovadas, computadas como internações, no período, multiplicada por 100.

Fonte: SIH/SUS, 2022.

Este estudo foi iniciado com a análise dos dados de internações financiadas pelo SUS de pessoas residentes no Brasil, posteriormente seguimos para análise das internações das pessoas com 60 anos e mais, identificando quais as principais causas de internação segundo os capítulos da CID-10. Como os capítulos abarcam diversas doenças, houve necessidade de verificar quais as principais causas segundo as categorias da CID-10**.** Entendemos, conforme exposto na introdução e referencial, que parte das questões de saúde e doença das pessoas podem ser acompanhadas no nível comunitário, especialmente no caso das doenças mais prevalentes nas pessoas com 60 anos e mais que precisam de acompanhamento longitudinal. Assim, neste estudo também foram analisadas as ICSAP.

Conforme disposto anteriormente no subcapítulo 2.2.2, as Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) constituem um indicador desenvolvido para medir indiretamente a efetividade de serviços ofertados na APS. A lista de ICSAP possui variações entre países que utilizam esse indicador, devido a características epidemiológicas específicas da população de cada país (PURDY et al., 2009; BUSBY, PURDY, HOLLINGWORTH, 2015;).

Inicialmente, quando a lista brasileira de Condições Sensíveis a Atenção Primária foi elaborada, havia 20 grupos na lista de ICSAP (ALFRADIQUE et al., 2009), porém, houveram atualizações na lista das ICSAP de 2008, de modo que os grupos 1 e 2 da primeira lista, agora formam o grupo 1. Assim a lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção

Primária, publicada em 2008 está organizada de acordo com 19 grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2008). Neste estudo, para a análise das ICSAP por pessoas com 60 anos ou mais, as informações sobre o grupo 19 foram excluídas dos resultados por ser relacionado ao pré-natal e parto.

Os dados foram coletados no dia 08 de agosto de 2021, no diretório do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS – http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php), através do Serviço de Transferência e Download de arquivos dissemináveis para tabulação do Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Os arquivos são disponibilizados no formato .dbc, tendo sido coletados dados de AIH reduzidas para posterior extração utilizando-se o programa *Tab* para *Windows – TabWin,* desenvolvido e disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde brasileiro. Este programa incorpora recursos em relação ao *Tab para DOS*, facilitando o trabalho de tabulação e tratamento dos dados, além de possibilitar a exportação das consultas para posterior análise. Os dados coletados foram apresentados e analisados descritivamente.

3.6 **Considerações sobre os aspectos éticos**

Por se tratar de pesquisa envolvendo somente dados de domínio público que não identifica os participantes da pesquisa, não há necessidade de registro nem avaliação por parte do Sistema CEP-CONEP (Resolução 466/12 e Resolução 510 CNS, 2016).

4 **RESULTADOS**

Este capítulo foi organizado de modo a apresentar no subcapítulo 4.1 os resultados sobre as internações ocorridas por pessoas com 60 anos e mais idade, segundo os capítulos da CID-10 e, no subcapítulo 4.2, sobre as internações devido as Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP). Ao final, no subcapítulo 4.3, é apresentada uma matriz de dados sobre o perfil de internação de pessoas com 60 anos e mais considerando os capítulos e categorias da CID-10 e devido as CSAP.

4.1 **Perfil de internações de pessoas com 60 anos e mais financiadas pelo SIH/SUS**

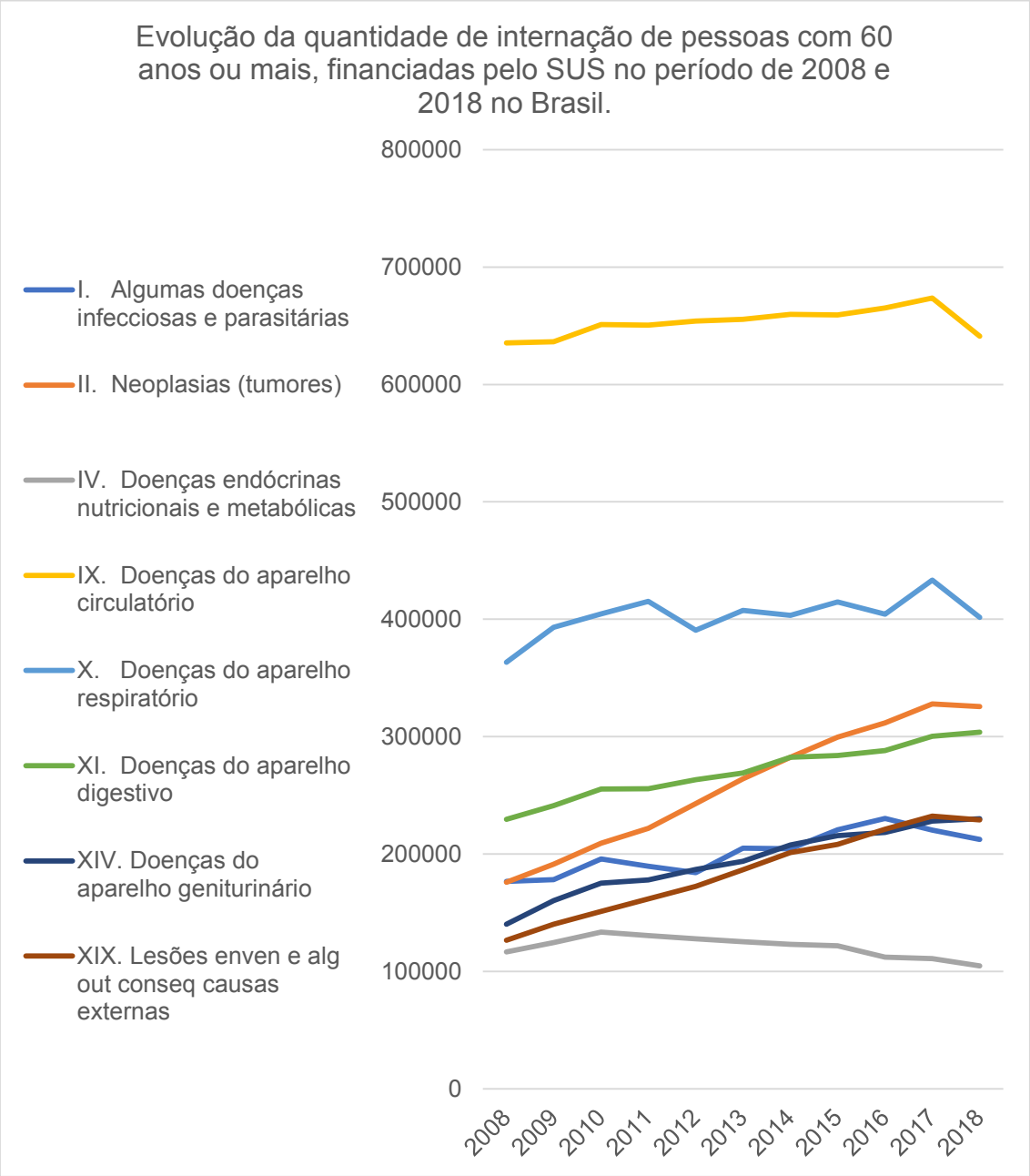
Durante os anos 2008 a 2018 foram registradas 127.039.814 internações no Brasil, financiadas pelo SIH/SUS. A internação de pessoas com 60 anos e mais correspondeu a 23,28% de todas as internações ocorridas no período. Ao fazer o recorte para as causas das internações realizadas por pessoas nessa faixa etária para o Brasil no período de 2008 a 2018, financiadas pelo SUS, foram excluídas as internações devido aos capítulos da CID-10 XV. Gravidez e XVI. Parto e Puerpério (14.450 registros no total). De acordo com as AIH autorizadas no período, ocorreu um total de 29.429.063 internações, sendo as principais causas: Doenças do aparelho circulatório (24,40%), do aparelho respiratório (15,06%), do aparelho digestivo (10,10%), Neoplasias (9,69%), Algumas doenças infecciosas e parasitárias (7,54%), Doenças do aparelho geniturinário (7,26%), Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (6,90%) e Doenças endócrinas e metabólicas (4,53%).

A quantidade de internações prolongadas (AIH 5) contribuiu com 714.193 (2,43%) das internações de pessoas com 60 anos e mais analisadas. As principais causas das AIH 5 no período do estudo foram: Transtornos mentais e comportamentais (474.174; 66,40%), Doenças do aparelho circulatório (99.892; 13,98%), Doenças do sistema nervoso (73.846; 10,34%), Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (35.141; 4,92%) e Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (9.254; 1,29%).

A quantidade de AIH devido a Causas externas de morbidade e de mortalidade gradativamente reduziu concomitante com o aumento na quantidade de internações devido Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, ao longo do

período. Ao analisar as categorias de causas da CID-10 relativas a lesões auto intencionais ou auto provocadas (X60 a X84), observou-se que no período de 2008 a 2018 ocorreram 82 internações devido as referidas causas. As principais causas foram X84 - Lesão autoprovocada intencional por meios não especificados (n=18), X65 - Auto intoxicação voluntária por álcool (n=12), X78 - Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante penetrante (n=8), X73 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de maior calibre (n=7), e X64 – Auto intoxicação por exposição intencional a outras drogas, medicamentos e substancias biológicas e às não especificadas (n=6).

Gráfico 1. Evolução da quantidade de internação de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 a 2018 no Brasil. Rio de Janeiro, 2022.



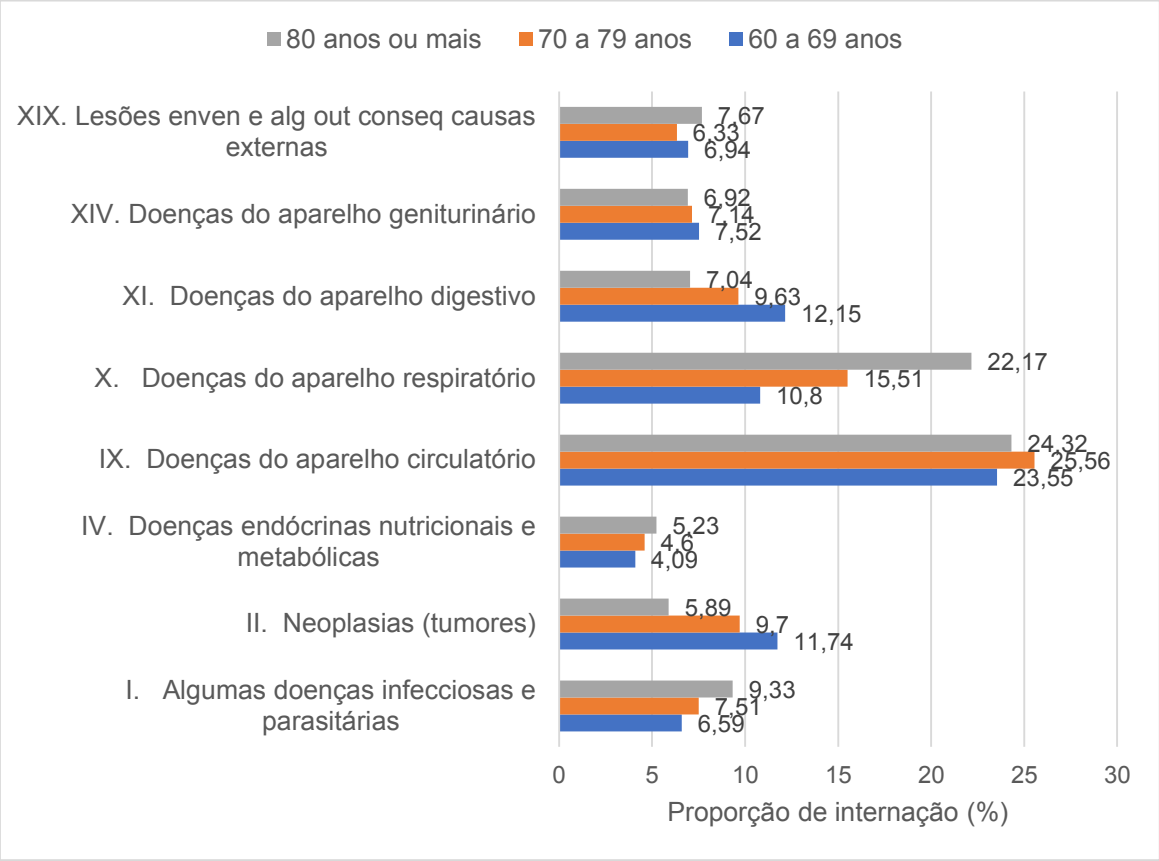
O gráfico 1 mostra uma estabilização seguida por tendencia de queda a partir de 2010 na quantidade de internações devido a Cap IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, e Cap.IX doenças do aparelho circulatório. Mostra ainda oscilação com tendência a estabilização das internações devido aos Cap.I Algumas doenças infecciosas e parasitárias e Cap.X Doenças do aparelho respiratório. Destaca-se a tendencia a estabilização ou queda das oito principais causas de internação a partir do ano 2017.

Apesar de não constar entre as principais causas de internação, a evolução na quantidade de internações devido alguns outros capítulos de causa chamaram a atenção na análise. É o caso da queda abrupta na quantidade de internações devido Transtornos mentais e comportamentais de 2008 para 2009, mantendo-se nos anos seguintes. Outro dado que se destaca é o aumento na quantidade de internações devido a Doenças do olho e anexos, Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários e Doenças da pele e do tecido subcutâneo. Estas últimas com tendência a estabilização.

As principais causas de internação hospitalar de pessoas idosas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018 no Brasil, foram apresentadas no Gráfico 2. Comparando a proporção de internação hospitalar (PIH) segundo a faixa etária, é possível observar que a prevalência de internação devido a Doenças do aparelho digestivo, Neoplasias e Doenças do aparelho geniturinário é maior na faixa etária de 60 a 69 anos.

A diferença da proporção de internações devido a doenças do aparelho circulatório ocorridas por pessoas na faixa etária de 70 a 79 anos foi 1,24% e 2,01% maior que nas faixas etárias de 80 anos e mais e 60 a 69 anos, respectivamente. Já nas internações que ocorreram com pessoas com idade igual ou superior a 80 anos, as causas mais prevalentes foram Doenças do aparelho respiratório, Algumas doenças infecciosas e parasitárias, Lesões envenenamento e algumas consequências de causas externas e devido a Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. A discriminação sobre as causas de internação segundo o sexo e por faixa etária foi apresentada na Tabela 1.

Gráfico 2 – Proporção de internação hospitalar (PIH) de pessoas com 60 anos e mais financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018 no Brasil. Rio de Janeiro, 2022.



As causas de internação que ocorreram em homens e mulheres com idade entre 60 e 69 anos diferiu menos de 1%. Na faixa etária de 70 a 79 anos, a proporção de internações devido a Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (XIX capítulo da CID-10) foi 1,9% maior para as mulheres. Essa diferença aumenta para 3,54% na faixa etária de 80 anos ou mais, para as mulheres. Ainda falando sobre as internações ocorridas em pessoas de 70 a 79 anos, a diferença da PIH entre homens e mulheres, devido neoplasias, foi 1,68% maior para os homens, assim como as internações devido doenças do aparelho digestivo (1,23%).

Entre as causas de internação que ocorreram em pessoas com 80 anos ou mais, se destaca a maior proporção de internações em pessoas do sexo masculino devido Doenças do aparelho Geniturinário (2,27%), Doenças do aparelho digestivo (3,45%), Doenças do aparelho respiratório (1,84%) e Neoplasias (1,79%). Em relação as outras causas de internação, a diferença entre homens e mulheres nessa faixa etária foi menor que 1%.

Tabela 1. Quantidade (n) e proporção de internações hospitalares (PIH) de pessoas com 60 anos e mais que ocorreram no período de 2008 a 2018 no Brasil financiadas pelo SUS, de acordo com os capítulos da CID-10 e segundo sexo e faixa etária. Rio de janeiro, 2022. (Continua)

Diagnóstico CID10 (capítulo)	Faixa etária 60 a 69 anos				Faixa etária 70 a 79 anos				Faixa etária 80 anos e mais			
	Homem		Mulher		Homem		Mulher		Homem		Mulher	
	n	PIH (%)	n	PIH (%)	n	PIH (%)	n	PIH (%)	n	PIH (%)	n	PIH (%)
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	427.495	6,38	400.798	6,83	365.050	7,08	397.842	7,96	271.954	8,98	367.227	9,62
II. Neoplasmas (tumores)	775.176	11,57	699.932	11,93	542.812	10,53	442.393	8,85	208.617	6,89	194.782	5,10
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	57.527	0,86	55.159	0,94	58.633	1,14	59.854	1,20	45.581	1,50	55.875	1,46
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	246.289	3,68	267.566	4,56	208472	4,04	258.433	5,17	145.388	4,80	213.187	5,58
V. Transtornos mentais e comportamentais	260.618	3,89	184.071	3,14	93.059	1,80	84.380	1,69	28.790	0,95	41.331	1,08
VI. Doenças do Sistema nervoso	138.355	2,08	126.719	2,16	101.783	1,97	101.815	2,04	55.184	1,82	80.929	2,12
VII. Doenças do olho e anexos	118.390	1,77	144.557	2,46	104.261	2,02	142.659	2,85	35.337	1,17	51.621	1,35
VIII. Doenças do ouvido e apófise mastoide	4.106	0,06	4.765	0,08	2.027	0,04	2.220	0,04	973	0,03	1.190	0,03
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.631.192	24,35	1.327.735	22,63	1.322.521	25,65	1.273.187	25,47	724.357	23,91	941.857	24,67
X. Doenças do aparelho respiratório	719.287	10,74	638.690	10,89	818.443	15,87	756.717	15,14	703.001	23,21	815.775	21,37
XI. Doenças do aparelho digestivo	844.698	12,61	681.480	11,62	527.837	10,24	450.452	9,01	222.654	10,24	259.347	6,79
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	147.682	2,21	126.056	2,15	95.197	1,85	94.732	1,89	49.004	1,62	68.217	1,79
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	137.612	2,05	163.402	2,79	74.333	1,44	106.971	2,14	29.087	0,96	50.613	1,33

Nota: PIH expresso em percentual (%).

Elaborado pelas autoras.
Fonte: SIH/SUS.

Tabela 1. Quantidade (n) e proporção de internações hospitalares (PIH) de pessoas com 60 anos e mais que ocorreram no período de 2008 a 2018 no Brasil financiadas pelo SUS, de acordo com os capítulos da CID-10 e segundo sexo e faixa etária. Rio de janeiro, 2022. (Conclusão)

Diagnóstico CID10 (capítulo)	Faixa etária 60 a 69 anos				Faixa etária 70 a 79 anos				Faixa etária 80 anos e mais			
	Homem		Mulher		Homem		Mulher		Homem		Mulher	
	n	PIH (%)	n	PIH (%)	n	PIH (%)	n	PIH (%)	n	PIH (%)	n	PIH (%)
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	476.453	7,11	468.096	7,98	405.069	7,86	319.842	6,40	248.141	8,19	226.111	5,92
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	8.933	0,13	11.016	0,19	5.150	0,10	5.445	0,11	2.140	0,07	2.249	0,06
XVIII. Sintomas sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificado em outra parte	136.817	2,04	103.583	1,77	108.177	2,10	84.549	1,69	65.435	2,16	62.254	1,63
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	487.711	7,28	384.198	6,55	278.102	5,39	364.420	7,29	172.646	5,70	352.803	9,24
XX. Causas externas de morbidade e de mortalidade	1.527	0,02	1.068	0,02	870	0,02	942	0,02	659	0,02	814	0,02
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e contatos com os serviços de saúde	77.580	1,16	77.413	1,32	44.341	0,86	52.308	1,05	20.484	0,68	30.834	0,81

Nota: PIH expresso em percentual (%).

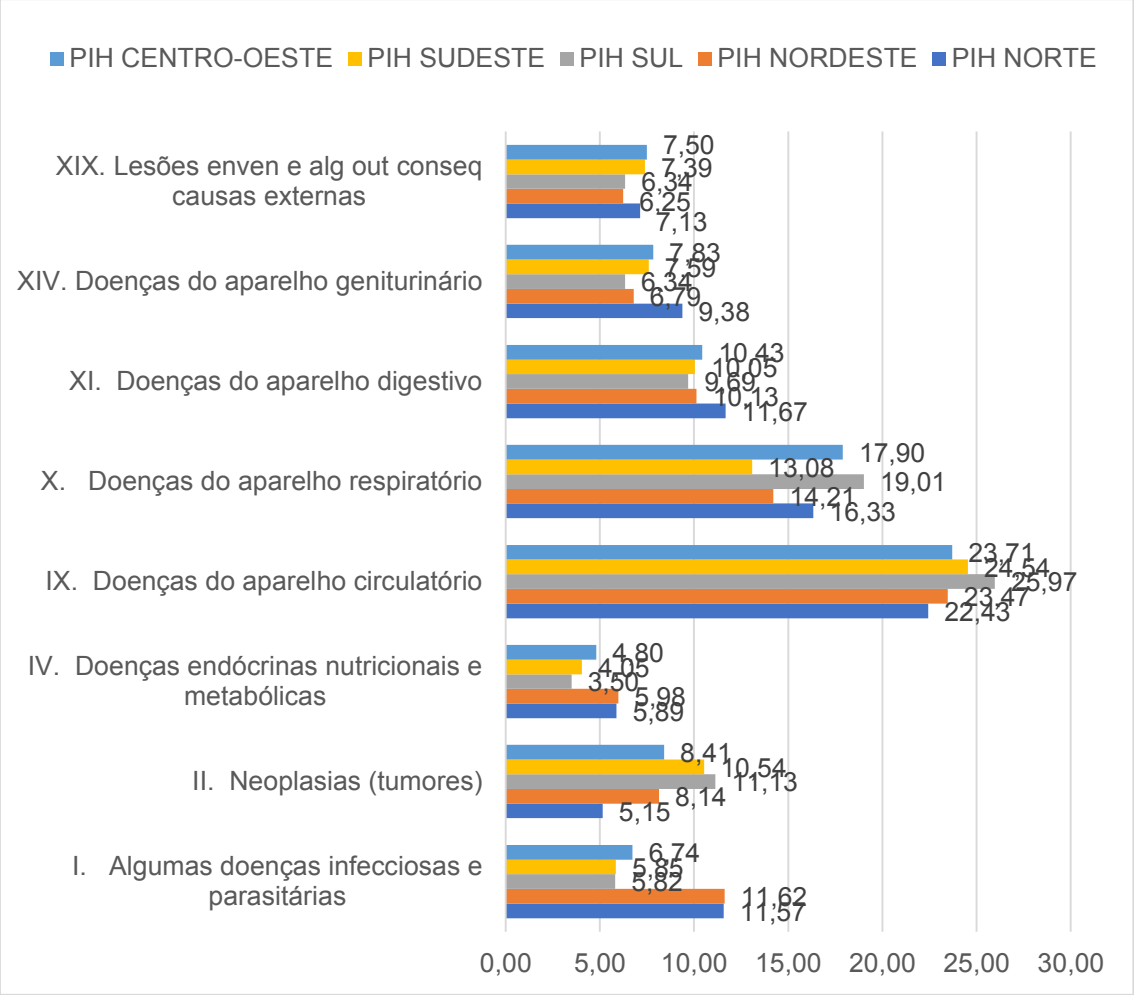
Elaborado pelas autoras.
Fonte: SIH/SUS.

Ao analisar a Proporção de Internação Hospitalar (PIH) segundo as Regiões do Brasil (Gráfico 3), encontramos que as principais causas de internação são semelhantes, com algumas diferenças nas proporções. Apesar de ser a principal causa de internação nas cinco regiões do país, as internações devido a Doenças do aparelho circulatório foram mais prevalentes para pessoas idosas residentes nas Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, nesta sequência.

A proporção de internações devido a Doenças do aparelho geniturinário foi maior nas realizadas por pessoas que residem na Região Norte, com uma diferença variando de 1,55% (comparado à Região Centro-Oeste) a 3,04% a mais (quando comparado à Região Sul). As Regiões com proporção de internação maior devido a Doenças do aparelho respiratório foram, nesta ordem, o Sul, Centro-Oeste e Norte. Já as internações devido a Neoplasias foram mais prevalentes nas regiões Sul e Sudeste com uma diferença maior de 2% em comparação à proporção de internação das regiões Centro-Oeste e Nordeste e de 5% em comparação com a região Norte.

As internações devido a doenças endócrinas nutricionais e metabólicas e Algumas doenças infecciosas e parasitárias foram mais prevalentes nas pessoas idosas que residiam nas regiões Nordeste e Norte. Chama atenção a proporção maior de 4% das internações devido as doenças infecciosas e parasitárias nessas duas regiões em comparação com as outras.

Gráfico 3 – Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, de acordo com a Região de residência. Rio de Janeiro, 2022.



A tabela 2 apresenta a quantidade e a proporção de internação hospitalar (PIH) financiadas pelo SUS no período de 2008 a 2018 de pessoas com 60 anos e mais, de acordo com a Região de residência. Nos Gráfico 5 a 9 são apresentadas as principais causas de internação por faixa etária, de acordo com a Região do país, separadamente.

Analisando o perfil de internação das pessoas idosas da região Norte, aquelas devido à Lesões envenenamento e outras causas externas, Neoplasias, Doenças do aparelho geniturinário e digestivo foram mais prevalentes em pessoas com 60 a 69 anos de idade. As internações devido à Algumas doenças infecciosas e parasitárias Doenças do aparelho circulatório e respiratório, foram mais prevalentes em pessoas com 80 anos e mais. Sendo a última 6,37% mais prevalente que na faixa dos 70 a 79 anos e 11,02% que na faixa de 60 a 69 anos (Gráfico 4). As PIH de outras causas de internação foram suprimidas do gráfico por representar menos de 2% das causas de internação na região Norte.

Tabela 2 – Quantidade e proporção de internação hospitalar (PIH) financiadas pelo SUS no período de 2008 a 2018 de pessoas com 60 anos e mais, de acordo com a Região de residência. Rio de janeiro, 2022. (Continua)

Tabela 2 – Quantidade e proporção de internação hospitalar (PIH) financiadas pelo SUS no período de 2008 a 2018 de pessoas com 60 anos e mais, de acordo com a Região de residência. Rio de janeiro, 2022. (Continua)

Diagnóstico CID10 (capítulo)	Região				
	Norte n (PIH)	Nordeste n (PIH)	Sul n (PIH)	Sudeste n (PIH)	Centro-Oeste n (PIH)
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	172.034(11,57)	804.124(11,62)	354.305(5,82)	764.572(5,85)	135.331(6,74)
II. Neoplasmas (tumores)	76.636(5,15)	562.796(8,14)	678.045(11,13)	1.377.266(10,54)	168.969(8,41)
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	16.803(1,13)	69.964(1,01)	76.731(1,26)	149.147(1,14)	19.984(0,99)
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	87.526(5,89)	413.323(5,98)	213.078(3,50)	528.936(4,05)	96.472(4,80)
V. Transtornos mentais e comportamentais	6581(0,44)	98.215(1,42)	89.025(1,46)	472.899(3,62)	25.529(1,27)
VI. Doenças do Sistema nervoso	22.788(1,53)	109.878(1,59)	143.097(2,35)	287.789(2,20)	41.233(2,05)
VII. Doenças do olho e anexos	14.438(0,97)	139.673(2,02)	58.406(0,96)	346.124(2,65)	38.184(1,90)
VIII. Doenças do ouvido e apófise mastoide	700(0,05)	2.438(0,04)	2.945(0,05)	7.820(0,06)	1.378(0,07)
IX. Doenças do aparelho circulatório	333.455(22,43)	1.623.206(23,47)	1.581.901(25,97)	3.205.974(24,54)	476.313(23,71)
X. Doenças do aparelho respiratório	242.841(16,33)	983.029(14,21)	1.158.046(19,01)	1.708.420(13,08)	359.577(17,90)
XI. Doenças do aparelho digestivo	173.503(11,67)	701.006(10,13)	590.062(9,69)	1.312.415(10,05)	209.482(10,43)
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	31.909(2,15)	206.192(2,98)	76.253(1,25)	240.220(1,84)	26.314(1,31)
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	20.833(1,40)	94.630(1,37)	130.269(2,14)	279.552(2,14)	36.734(1,83)

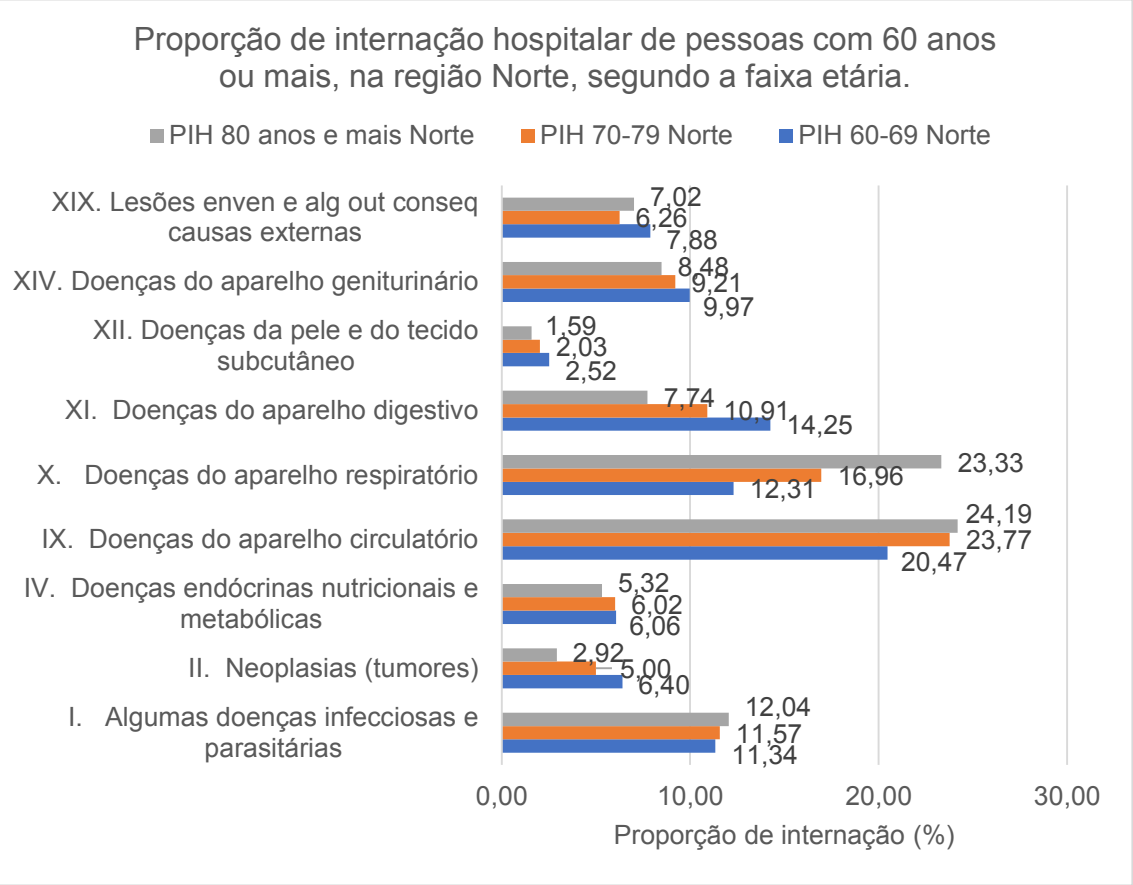
Tabela 2 – Quantidade e proporção de internação hospitalar (PIH) financiadas pelo SUS no período de 2008 a 2018 de pessoas com 60 anos e mais, de acordo com a Região de residência. Rio de janeiro, 2022. (Conclusão)

	Região de residência				
Diagnóstico CID10 (capítulo)	Norte n (PIH)	Nordeste n (PIH)	Sul n (PIH)	Sudeste n (PIH)	Centro-Oeste n (PIH)
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	139.460(9,38)	469808(6,79)	385892(6,34)	991251(7,59)	157301(7,83)
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1.207(0,08)	8539(0,12)	7631(0,13)	15158(0,12)	2398(0,12)
XVIII. Sintomas sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificado em outra parte	23.950(1,61)	140715(2,03)	96549(1,59)	263918(2,02)	35683(1,78)
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	106.023(7,13)	432018(6,25)	386263(6,34)	964912(7,39)	150664(7,50)
XX. Causas externas de morbidade e de mortalidade	167(0,01)	892(0,01)	1177(0,02)	3246(0,02)	398(0,02)
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e contatos com os serviços de saúde	15.812(1,06)	57000(0,82)	60841(1,00)	142248(1,09)	27059(1,35)

Nota: PIH expresso em percentual (%).

Elaborado pelas autoras.
Fonte: SIH/SUS.

Gráfico 4 – Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais residentes na Região Norte, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, segundo a faixa etária. Rio de Janeiro, 2022.



Nas internações ocorridas por pessoas residentes na região Nordeste, aquelas devido à Neoplasias, Doenças do aparelho geniturinário e digestivo foram mais prevalentes em pessoas com 60 a 69 anos de idade. As internações devido à Algumas doenças infecciosas e parasitárias e Doenças do aparelho respiratório, foram mais prevalentes em pessoas com 80 anos e mais. Chama atenção o fato da PIH devido a doenças respiratórias na faixa etária dos longevos ser 6,43% (quase um terço) mais prevalente que na faixa dos 70 a 79 anos e 10,36%, quase o dobro que na faixa de 60 a 69 anos (Gráfico 5). Destacam-se ainda a PIH de 2,58% de internações de pessoas com 60 a 69 anos de idade devido a transtornos mentais e comportamentais, a PIH em torno de 2% devido à Sintomas sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais de pessoas nas três faixas etárias avaliadas, Doenças da pele e tecido subcutâneo principalmente em pessoas com 60 a 69 anos, e Doenças do olho e anexos nas faixas etárias 60 a 69 e 70 a 79 anos.

Gráfico 5 – Proporção de internação hospitalar de pessoas idosas com 60 anos e mais residentes na Região Nordeste, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, segundo a faixa etária. Rio de Janeiro, 2022.

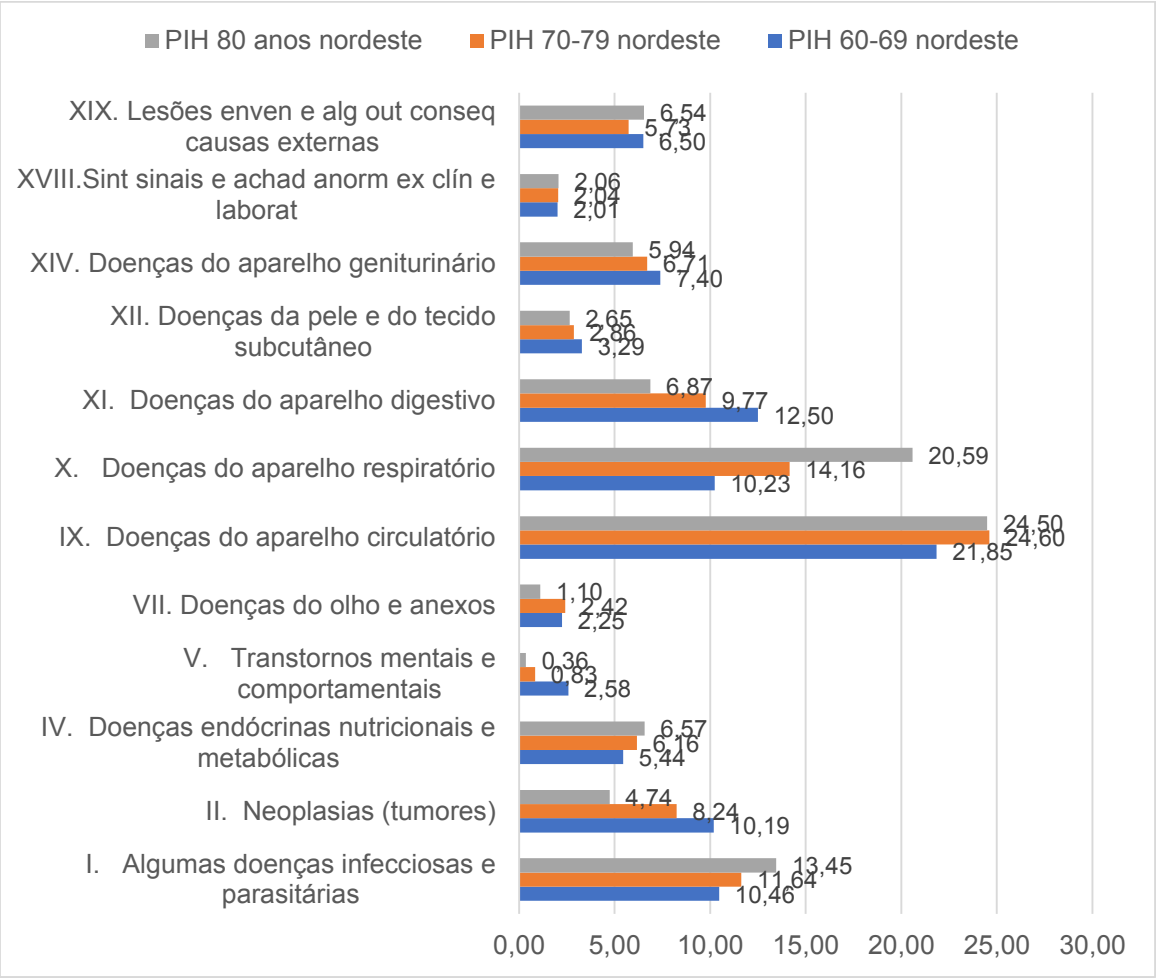
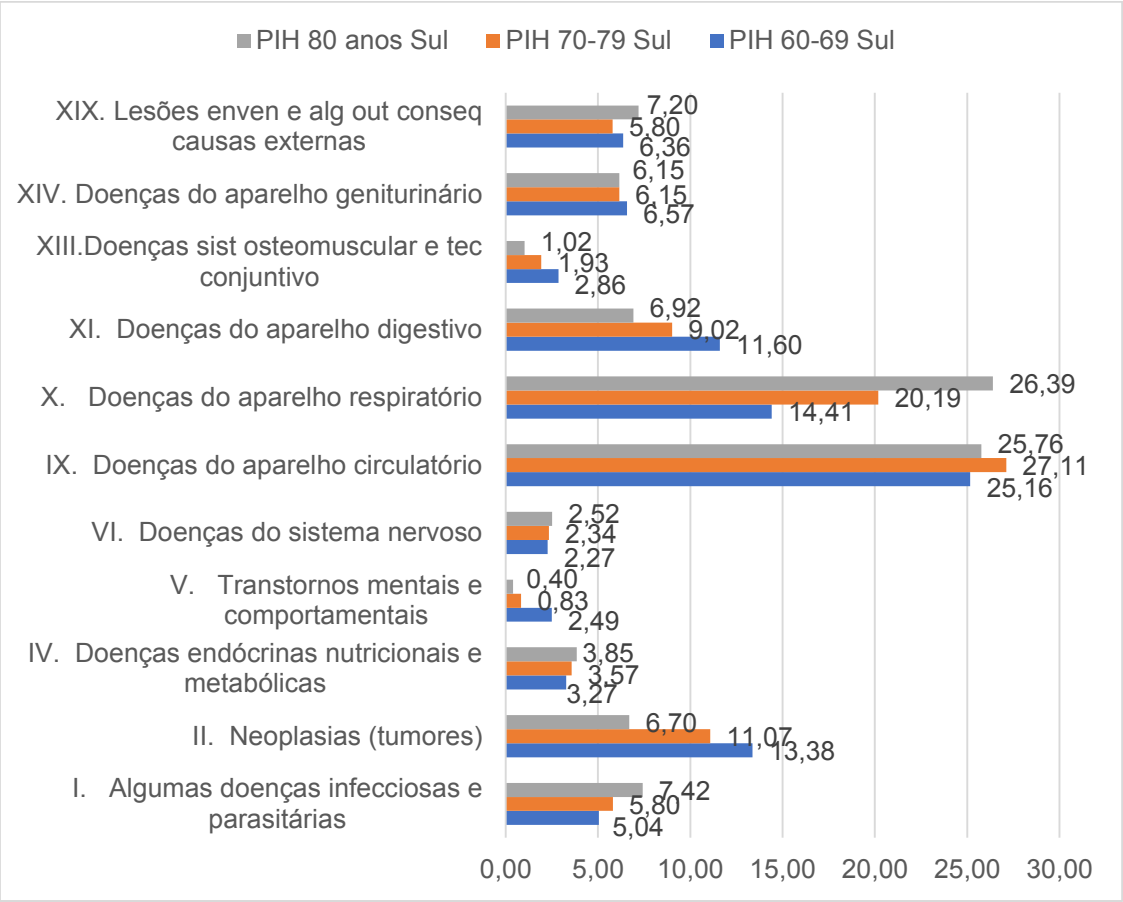
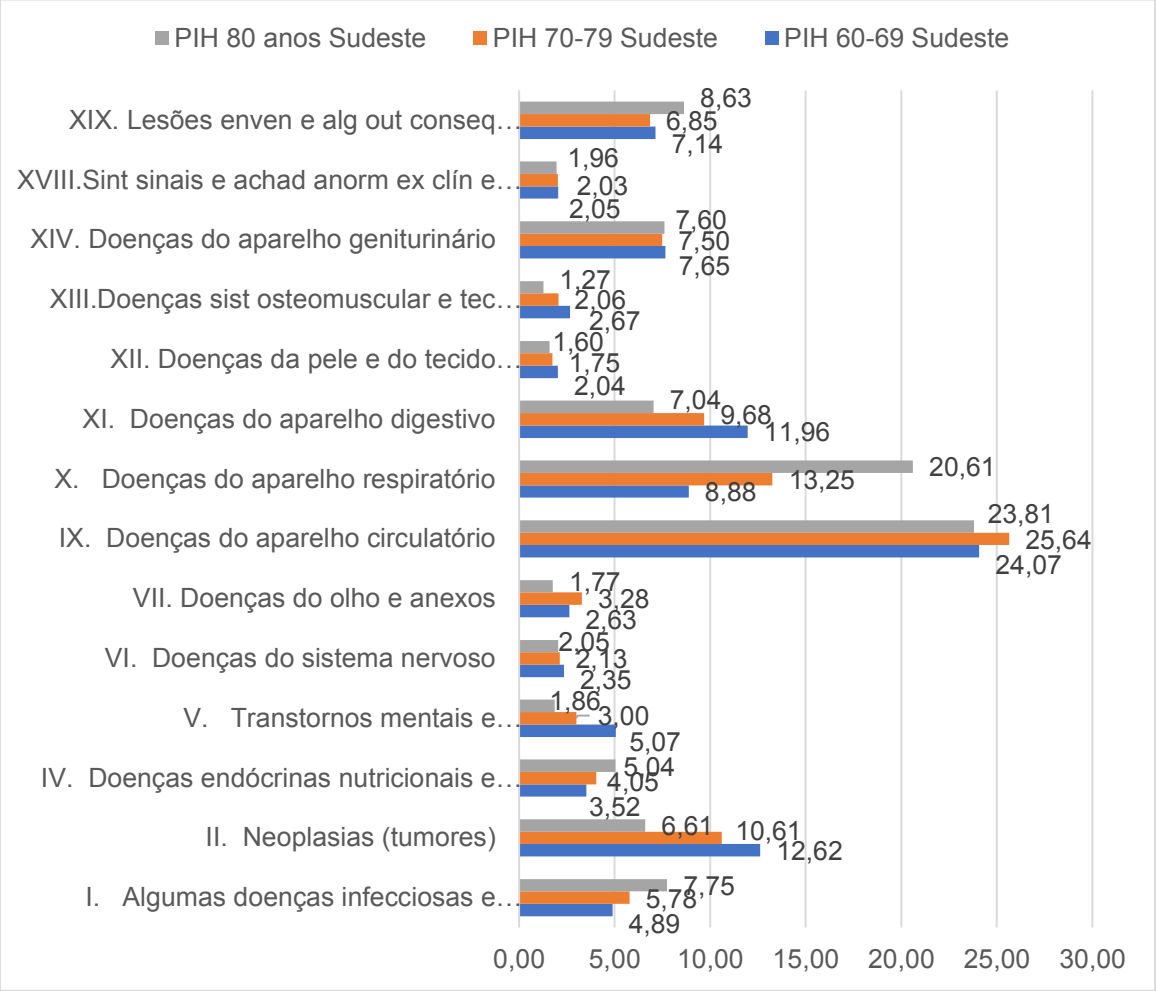


Gráfico 6 – Proporção de internação hospitalar de pessoas idosas com 60 anos e mais residentes na Região Sul, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, segundo a faixa etária. Rio de Janeiro, 2022.



Ao observar as principais PIH de pessoas com 60 anos e mais, residentes na Região Sul, chama atenção a causa de internação Doenças do Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo permanecer no gráfico, sendo a diferença de quase 1% entre as faixas etárias, maior nas pessoas com 60 a 69 nos. A proporção de internação hospitalar devido a Doenças do aparelho digestivo, Transtornos mentais e comportamentais e Neoplasias também foi maior nas internações de pessoas com 60 a 69 anos.

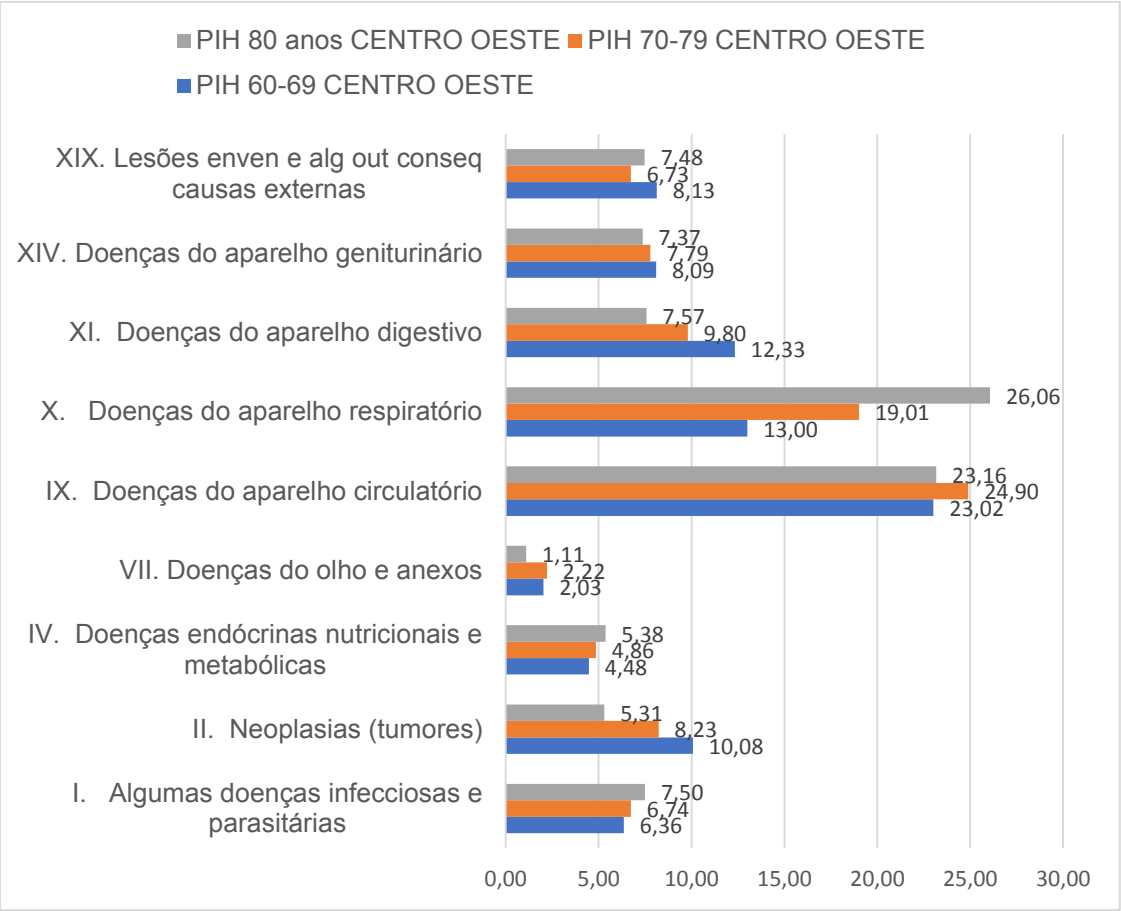
Gráfico 7 – Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais residentes na Região Sudeste, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018 segundo a faixa etária. Rio de Janeiro, 2022.



Na Região Sudeste, chama a atenção uma maior variedade de causas de internação de pessoas com 60 anos e mais com prevalência maior que 2%. As internações devido a Doenças do Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo a Sintomas, do aparelho digestivo, Transtornos mentais e comportamentais e Neoplasias apresenta proporções decrescente em relação a faixa etária, sendo mais prevalente a internação de pessoas com 60 a 69 anos e menos prevalente em longevos.

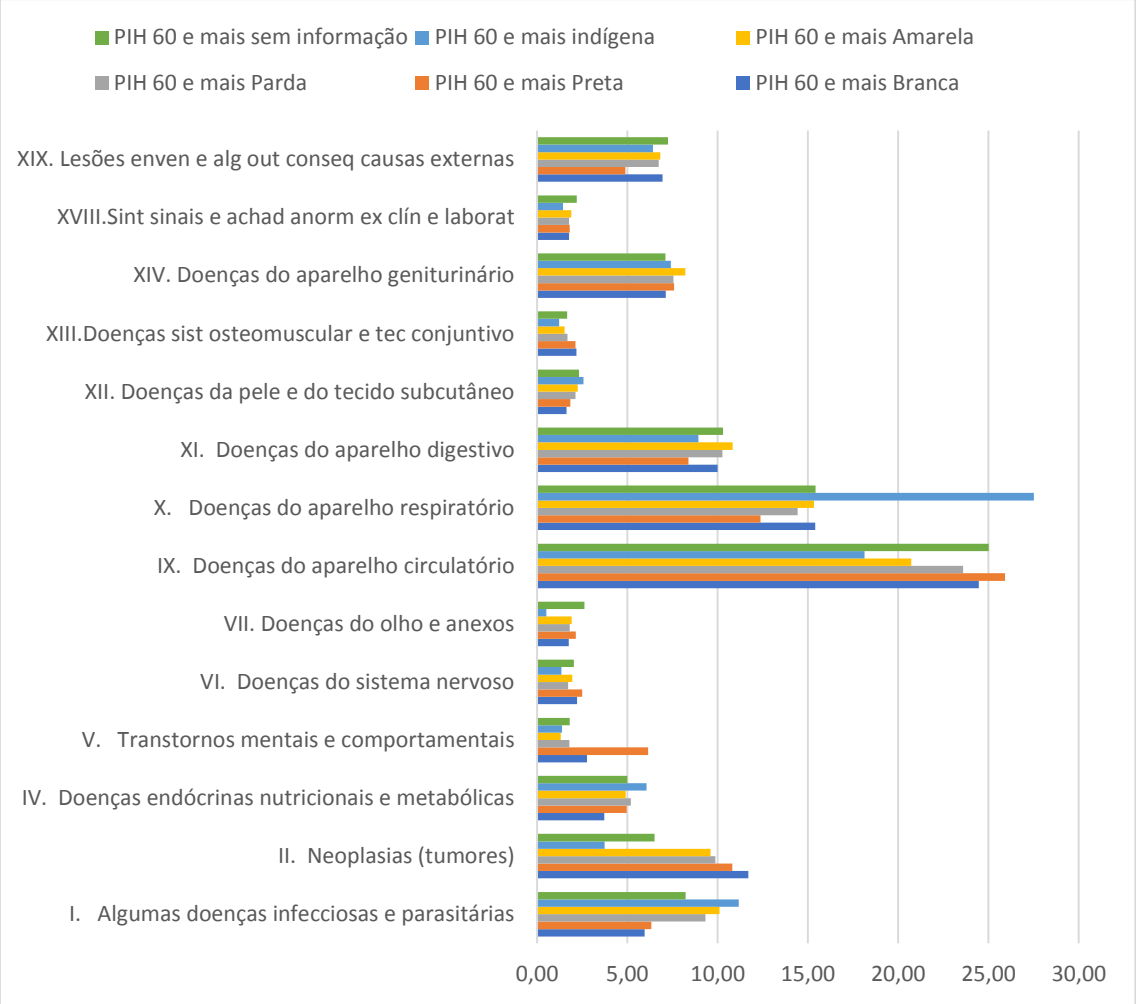
As internações devido a Lesões envenenamento e algumas outras causas externas, devido a Doenças do aparelho respiratório, endócrinas nutricionais e metabólicas e devido a Algumas doenças infecciosas e parasitárias forma mais prevalentes em pessoas com 80 anos e mais.

Gráfico 8 – Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais residentes na Região Centro Oeste, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018 segundo a faixa etária Rio de Janeiro, 2022.



Assim como na Região Norte, chama atenção a maior PIH devido a Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas em pessoas com idade na faixa etária de 60 a 69 anos. Diferente do que foi encontrado nas outras regiões, onde a maior PIH devido essas causas ocorreu em pessoas com 80 anos e mais. A PIH devido a Doenças do aparelho geniturinário, digestivo e Neoplasias se apresentou decrescente em relação a idade, sendo maior para pessoas com 60 a 69 anos de idade. A PIH devido a Transtornos mentais e comportamentais representou 2,15% das causas de internações de pessoas com 60 a 69 anos que residiam na Região Centro-Oeste e gradativamente menor nas demais faixas etárias (0,72% para 70 a 79 anos e 0,38% para longevos).

Gráfico 9 – Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, de acordo com a Raça/Cor. Rio de Janeiro, 2022.



Ao observar a representatividade das causas de internação hospitalar financiadas pelo SUS de pessoas com 60 anos e mais de acordo com a Raça/cor, se destaca a PIH de pessoas declaradas com a Raça/cor indígena devido a Doenças do aparelho respiratório (27,51%, cerca de 7% a mais que pessoas declaradas tendo a cor Branca ou sem a informação de Raça/cor preenchida), Algumas doenças infecciosas e parasitárias, Doenças endócrinas e metabólicas, e Doenças da pele e tecidos subcutâneo. Chama atenção também a menor PIH devido a Neoplasias e Doenças do olho e anexos em pessoas com 60 anos e mais declaradas como tendo essa Raça/cor (Gráfico 9).

Destaca-se também a maior PIH devido a Doenças do aparelho geniturinário e digestivo por pessoas declaradas como tendo a Raça/cor Amarela, devido a Doenças do aparelho

circulatório e Transtornos mentais e comportamentais por pessoas declaradas tendo Raça/cor branca (Gráfico 9). Esta última causa representou 6,15% das internações de pessoas declaradas com a Raça/cor Preta, enquanto representou 2,76% das internações de pessoas Brancas e menos de 2% para as pessoas declaradas tendo outra Raça/cor à internação.

Na Tabela 3 são apresentados a quantidade e a proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais devido todas as causas de internação e de acordo com a Raça/cor declaradas. Os gráficos 10 a 15 mostram as proporções de internação hospitalar financiadas pelo SUS no período de 2008 a 2018 por pessoas com 60 anos e mais, segundo a faixa etária e de acordo com cada Raça/cor declarada na AIH. Nos gráficos é possível verificar semelhança na representatividade das causas de internação, segundo a faixa etária, relatadas nas análises já apresentadas. A PIH devido a Doenças do aparelho digestivo, Transtornos mentais e comportamentais e neoplasias sendo mais prevalente em pessoas na faixa etária de 60 a 69 anos. Internações devido a Doenças do aparelho respiratório foram mais prevalentes para pessoas com 80 anos e mais independente da Raça/cor declaradas.

Tabela 3 - Quantidade (n) e proporção de internações hospitalares (PIH) de pessoas com 60 anos e mais que ocorreram no período de 2008 a 2018 no Brasil financiadas pelo SUS, de acordo com os capítulos da CID-10 e segundo a Raça/cor declaradas na autorização de internação hospitalar. Rio de janeiro, 2022. (Continua)

Tabela 3 - Quantidade (n) e proporção de internações hospitalares (PIH) de pessoas com 60 anos e mais que ocorreram no período de 2008 a 2018 no Brasil financiadas pelo SUS, de acordo com os capítulos da CID-10 e segundo a Raça/cor declaradas na autorização de internação hospitalar. Rio de janeiro, 2022. (Continua)

Diagnóstico CID10 (capítulo)	Raça/Cor					
	Branca n (PIH)	Preta n (PIH)	Parda n (PIH)	Amarela n (PIH)	Indígena n (PIH)	Sem informação n (PIH)
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	715.584(5,95)	66.206(6,32)	721.192(9,33)	29.459(10,11)	3.514(11,17)	682.920(8,23)
II. Neoplasmas (tumores)	1.406.887(11,70)	113.304(10,82)	763.503(9,87)	27.993(9,61)	1.177(3,74)	540021(6,51)
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	140.097(1,16)	12.089(1,15)	79.972(1,03)	3.418(1,17)	372(1,18)	95.326(1,15)
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	448.544(3,73)	51.894(4,96)	401.233(5,19)	14.290(4,90)	1.907(6,06)	414.464(4,99)
V. Transtornos mentais e comportamentais	332.724(2,77)	64.426(6,15)	138.097(1,79)	3.828(1,31)	433(1,38)	150245(1,81)
VI. Doenças do Sistema nervoso	266.967(2,22)	26.119(2,49)	132.469(1,71)	5.708(1,96)	423(1,34)	169.919(2,05)
VII. Doenças do olho e anexos	210.458(1,75)	22.542(2,15)	139.447(1,80)	5.593(1,92)	161(0,51)	217.783(2,62)
VIII. Doenças do ouvido e apófise mastoide	7.781(0,06)	486(0,05)	3.442(0,04)	177(0,06)	22(0,07)	3.354(0,04)
IX. Doenças do aparelho circulatório	2.943.611(24,47)	271.376(25,92)	1.823.961(23,59)	60.380(20,72)	5.706(18,14)	2.076.432(25,02)
X. Doenças do aparelho respiratório	1.852.243(15,40)	129.650(12,38)	1.115.990(14,43)	44.692(15,34)	8.654(27,51)	1.280.348(15,43)
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.202.832(10,00)	87.879(8,39)	794.215(10,27)	31.568(10,84)	2.812(8,94)	854.131(10,29)
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	195.953(1,63)	19.396(1,85)	164.338(2,13)	6.538(2,24)	810(2,58)	192.278(2,32)
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	263.440(2,19)	22.332(2,13)	129.960(1,68)	4.461(1,53)	384(1,22)	138.387(1,67)

Nota: PIH expresso em percentual (%).

Elaborado pelas autoras.
Fonte: SIH/SUS.

Tabela 3 - Quantidade (n) e proporção de internações hospitalares (PIH) de pessoas com 60 anos e mais que ocorreram no período de 2008 a 2018 no Brasil financiadas pelo SUS, de acordo com os capítulos da CID-10 e segundo a Raça/cor declaradas na autorização de internação hospitalar. Rio de janeiro, 2022. (Conclusão)

	Raça/Cor					
Diagnóstico CID10 (capítulo)	Branca n (PIH)	Preta n (PIH)	Parda n (PIH)	Amarela n (PIH)	Indígena n (PIH)	Sem informação n (PIH)
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	857.010(7,12)	79.479(7,59)	583.316(7,54)	23.892(8,20)	2.332(7,41)	589.605(7,11)
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	14.597(0,12)	1.102(0,11)	8.382(0,11)	302(0,10)	11(0,03)	10.295(0,12)
XVIII. Sintomas sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificado em outra parte	212.929(1,77)	18.980(1,81)	137.545(1,78)	5.550(1,90)	451(1,43)	182.730(2,20)
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	835.916(6,95)	51.186(4,89)	521.166(6,74)	19.888(6,83)	2.021(6,43)	601.244(7,25)
XX. Causas externas de morbidade e de mortalidade	2.289(0,02)	129(0,01)	1.605(0,02)	31(0,01)	3(0,01)	1.772(0,02)
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e contatos com os serviços de saúde	119.412(0,99)	8.569(0,82)	71.977(0,93)	3.580(1,23)	262(0,83)	96.775(1,17)

Nota: PIH expresso em percentual (%).

Elaborado pelas autoras.
Fonte: SIH/SUS.

Gráfico 10 – Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, de acordo com a Raça/cor Branca, segundo a faixa etária. Rio de Janeiro, 2022.

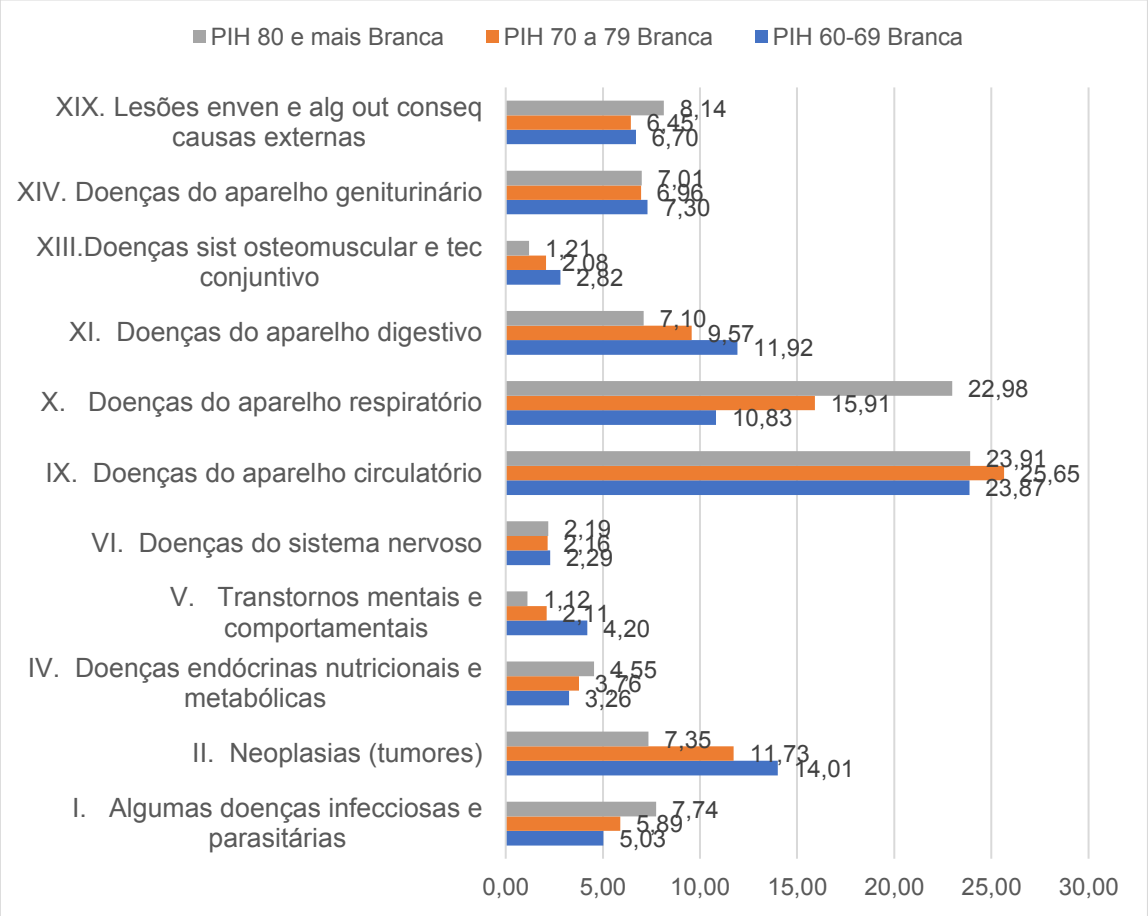


Gráfico 11 – Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, de acordo com a Raça/cor Preta, segundo a faixa etária. Rio de Janeiro, 2022.

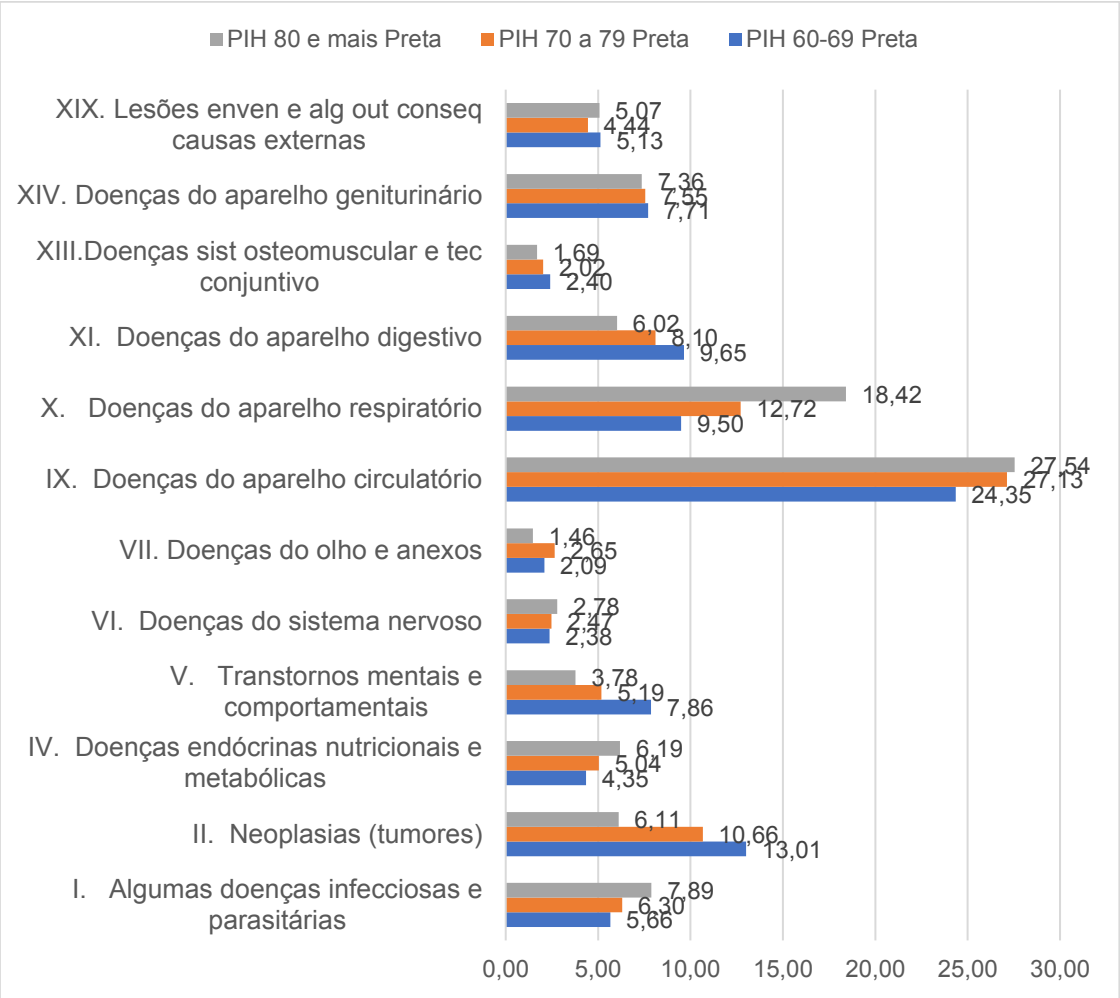


Gráfico 12 – Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, de acordo com a Raça/cor Parda, segundo a faixa etária. Rio de Janeiro, 2022.

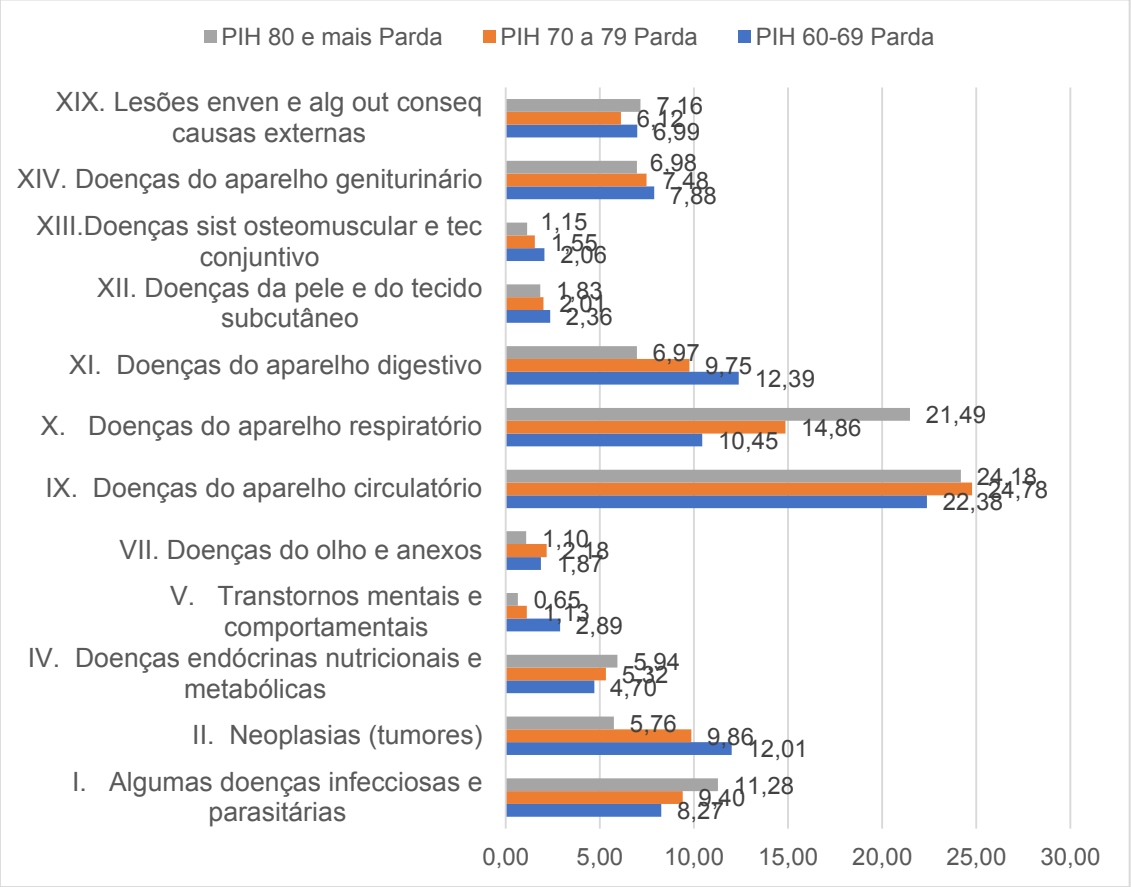


Gráfico 13 – Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, de acordo com a Raça/cor Amarela, segundo a faixa etária. Rio de Janeiro, 2022.

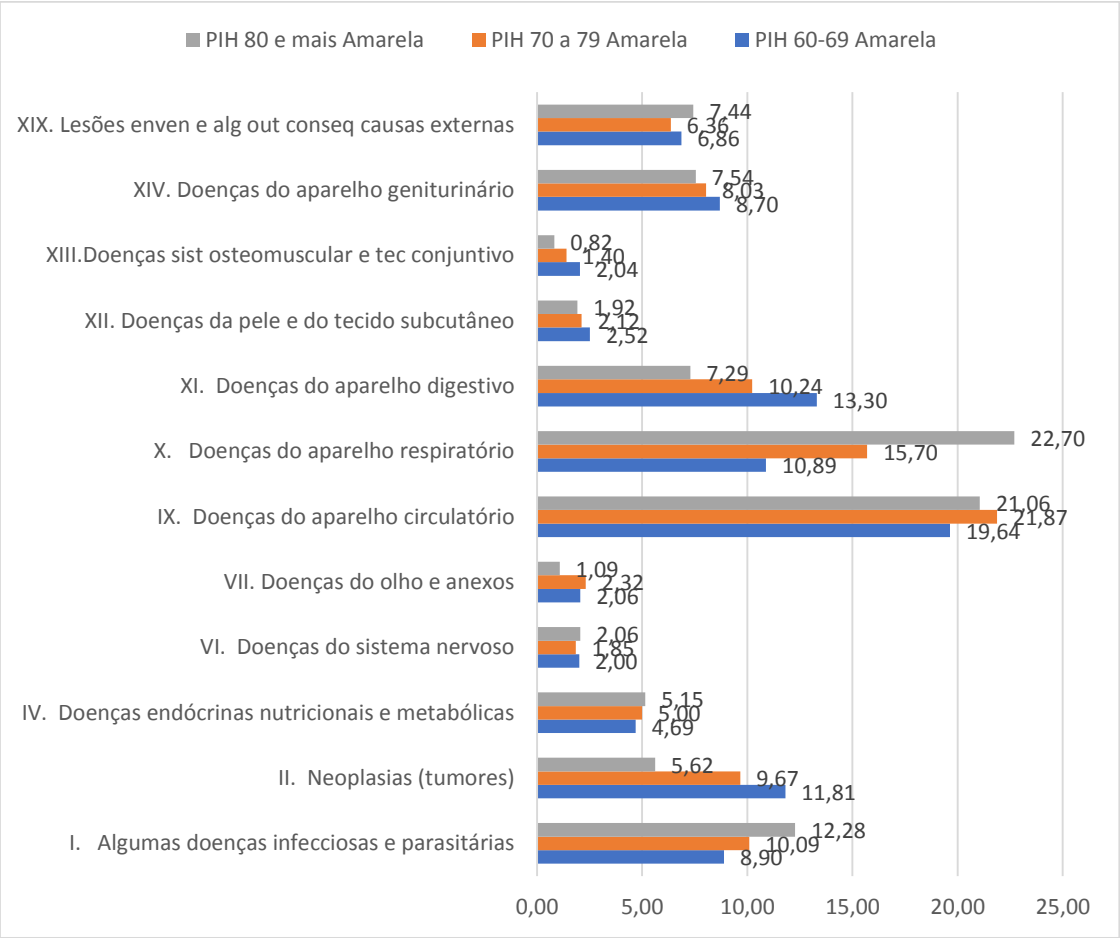


Gráfico 14 – Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, de acordo com a Raça/cor Indígena, segundo a faixa etária. Rio de Janeiro, 2022.

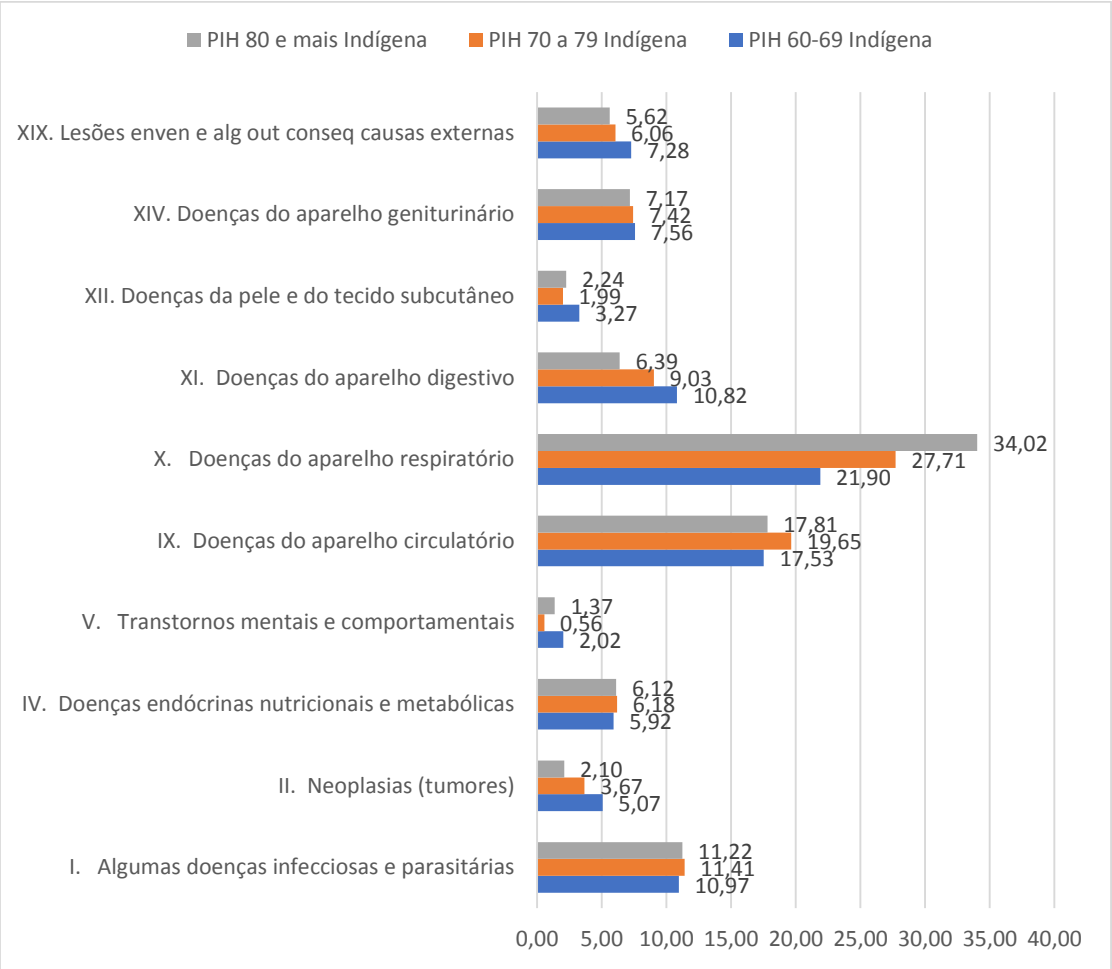
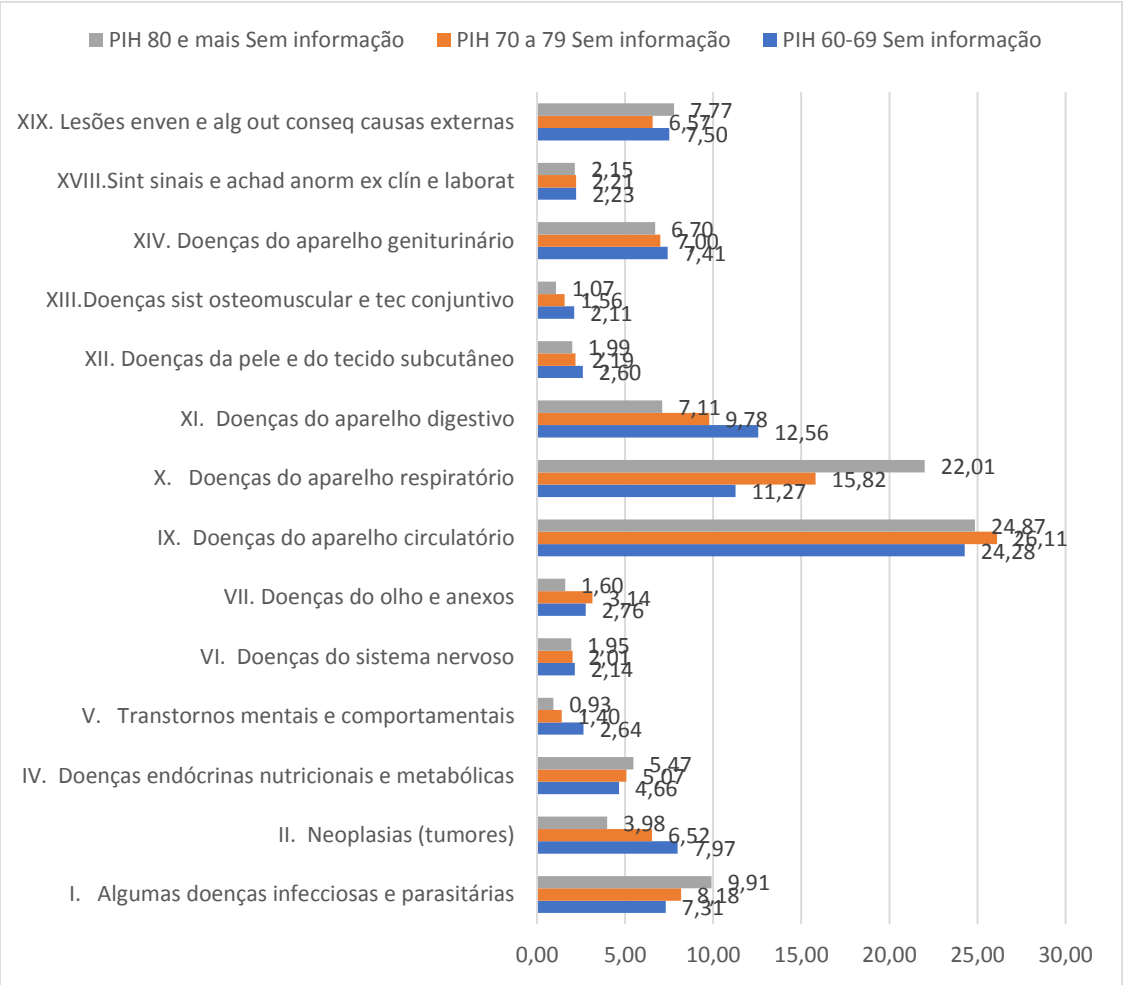


Gráfico 15 – Proporção de internação hospitalar de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, de acordo com a Raça/cor Sem informação, segundo a faixa etária. Rio de Janeiro, 2022.



4.2 **Internações de pessoas com 60 anos e mais devido a condições sensíveis a atenção primária**

As internações de pessoas com 60 anos e mais devido a Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) financiadas pelo SUS corresponderam a 9.916.713 (33,70%) das internações para essa faixa etária, no período avaliado. As ICSAP mais frequentes foram a Insuficiência cardíaca, Doenças cerebrovasculares, Doenças pulmonares, Diabetes Mellitus, Gastroenterites infeciosas e complicações, Infecção no rim e trato urinário, Angina e Hipertensão.

As internações devido a Angina, Doenças preveníveis por imunização, Doenças cerebrovasculares, Insuficiência cardíaca e Pneumonias bacterinas apresentam os valores médios mais altos por internação. As quatro últimas são as causas que demandam maior tempo de internação, junto com as Infeções da pele e tecido subcutâneo (Quadro 4).

Chama atenção a taxa de óbito das ICSAP devido Deficiências nutricionais, Pneumonias bacterianas, Doença cerebrovascular, Úlcera gastrointestinal e devido a Doenças preveníveis. De modo geral, a média de dias de acompanhantes representou em torno da metade do tempo médio das internações, exceto nas ICSAP devido a Doenças preveníveis e Hipertensão, que representaram cerca de um terço desse tempo.

Tabela 4 – Distribuição das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária de pessoas com 60 anos e mais, valor médio, taxa de óbito, média de permanência e média de dias de acompanhante nas internações financiadas pelo SUS e ocorridas no período de 2008 a 2018 no Brasil. Rio de Janeiro, 2022.

Tabela 4 – Distribuição das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária de pessoas com 60 anos e mais, valor médio, taxa de óbito, média de permanência e média de dias de acompanhante nas internações financiadas pelo SUS e ocorridas no período de 2008 a 2018 no Brasil. Rio de Janeiro, 2022.

Grupo de CSAP	60 a 69 anos n (%)	70 a 79 anos n (%)	80 anos e mais n (%)	Valor médio	Taxa de óbito	Dias de permanência	Dias de acompanhante
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	29.711(0,83)	16.197 (0,45)	7.267 (0,27)	1.297,07	11,20	11,69	3,75
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	261.706 (7,27)	267.836 (7,48)	241.872 (8,84)	342,82	3,94	3,53	2,00
3. Anemia	18.612 (0,52)	21.781 (0,61)	20.211(0,74)	366,02	7,04	5,31	3,22
4. Deficiências nutricionais	73.368 (2,04)	88.369 (2,47)	106.194 (3,88)	561,13	18,14	6,61	4,07
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	11.455 (0,32)	10.297 (0,29)	9.021(0,33)	346,81	4,20	3,84	2,03
6. Pneumonias bacterianas	143.123 (3,98)	181.832 (5,08)	211.657 (7,74)	1.101,31	16,48	7,14	3,94
7. Asma	87.720 (2,44)	83.819 (2,34)	56.869 (2,08)	561,16	2,38	3,66	1,94
8. Doenças pulmonares	326.800 (9,08)	386.434 (10,79)	278.664 (10,19)	789,20	8,24	6,21	3,21
9. Hipertensão	228.868 (6,36)	210.285 (5,87)	134.198 (4,91)	355,98	2,13	4,79	1,66
10. Angina	383.702 (10,66)	254.769 (7,11)	87.097 (3,18)	3.999,70	3,13	5,84	2,74
11. Insuficiência cardíaca	650.286 (18,07)	730.067 (20,38)	586.384 (21,44)	1.261,54	11,47	6,66	3,56
12. Doenças cerebrovasculares	524.748 (14,58)	559.764 (15,63)	423.384 (15,48)	1.291,87	16,05	8,47	3,86
13. Diabetes Mellitus	362.923 (10,08)	296.060 (8,27)	158.705 (5,80)	576,11	6,26	6,08	3,42
14. Epilepsias	38.110 (1,06)	277.32 (0,77)	17.314 (0,63)	541,73	5,74	5,36	2,49
15. Infecção no rim e trato urinário	232.688 (6,46)	259.415 (7,24)	260.866 (9,54)	404,00	5,90	5,67	3,25
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo (inclui A46 Erisipela)	135.003 (7,35)	110.765 (3,09)	77.197 (2,82)	646,20	3,97	7,20	4,08
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	6.942 (0,19)	3.357(0,09)	1.501 (0,05)	520,50	2,59	4,17	2,12
18. Úlcera gastrointestinal	83.405 (2,32)	73.114 (2,04)	56.844 (2,08)	846,91	13,67	5,86	3,12

Importante observar a proporção de internação devido a Infecção no rim e trato urinário, Pneumonias bacterianas e Deficiências nutricionais devido ao incremento progressivo com o aumento da idade (Gráfico 16). Internações devido a Diabetes Mellitus, Hipertensão e Gastroenterites foram mais prevalentes em mulheres (Gráfico 17). Ao analisar a frequência de ICSAP de acordo com a Raça/cor, as Gastroenterites infeciosas e complicações, Doenças pulmonares e Insuficiência cardíaca são, nesta ordem, as causas mais frequentes de internação para pessoas declaradas indígenas. Para esta população, destaca-se também as ICSAP devido Asma, Pneumonia bacteriana e Doenças preveníveis por imunização e outras condições sensíveis a atenção primária (Gráfico 18). Ainda no gráfico 19 foi possível observar a alta prevalência de ICSAP devido a quase todos os grupos de CSAP por pessoas com mais de 60 anos declaradas com Raça/cor Amarela.

Gráfico 16 – Proporção de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, segundo a faixa etária. Rio de Janeiro, 2022.

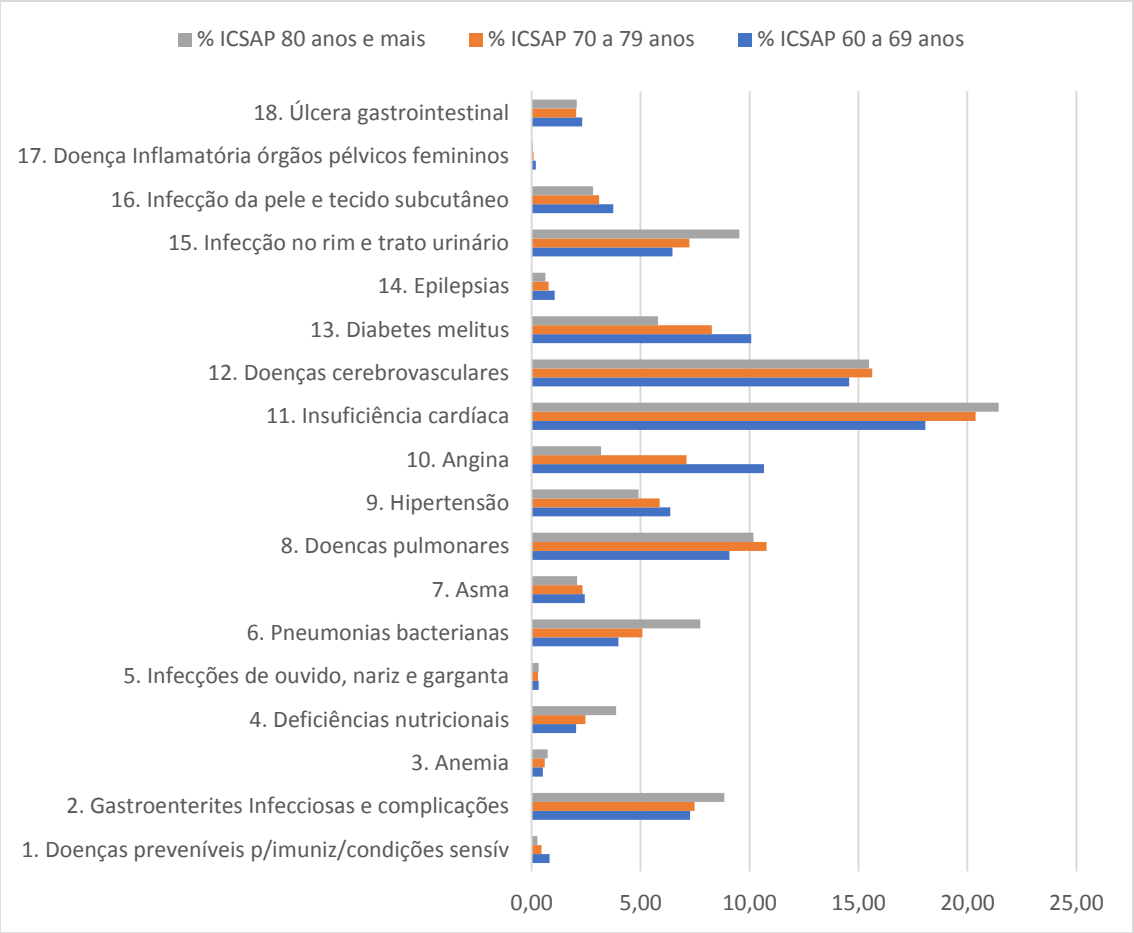


Gráfico 17 – Proporção de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, segundo o sexo. Rio de Janeiro, 2022.

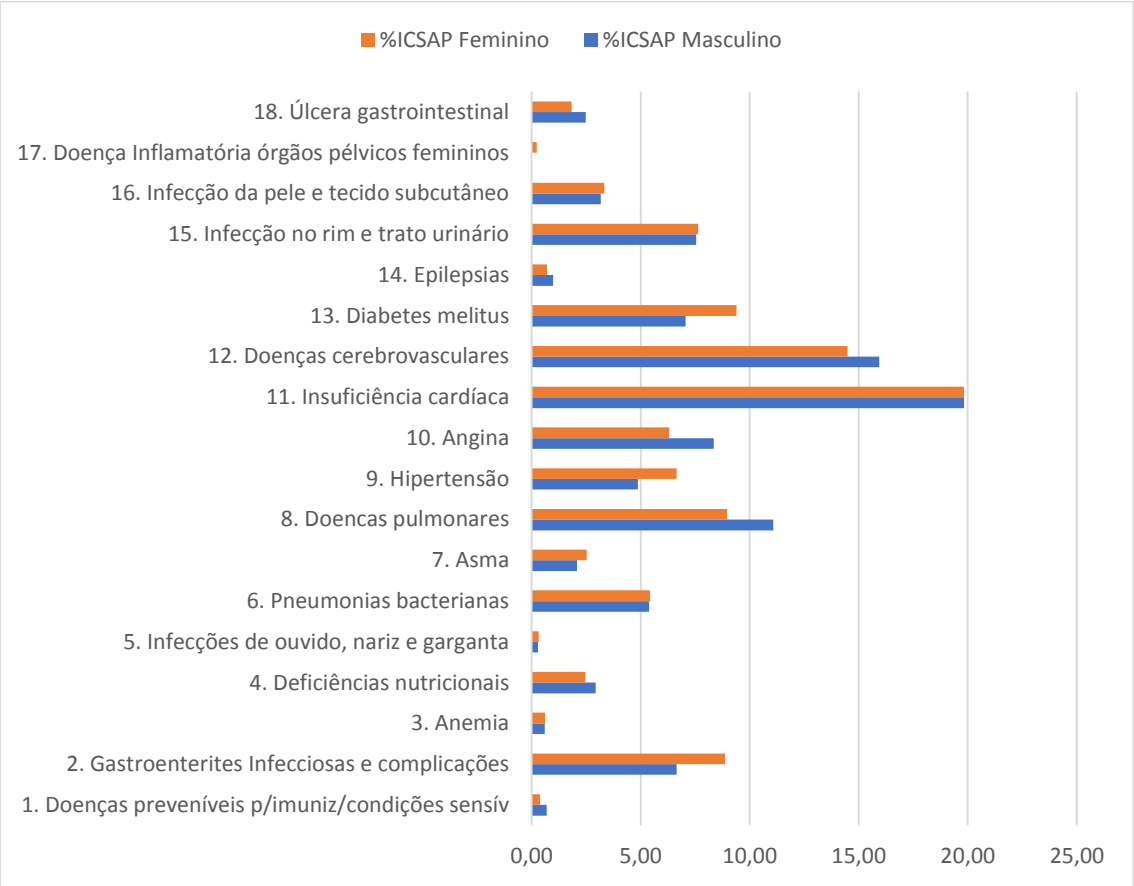
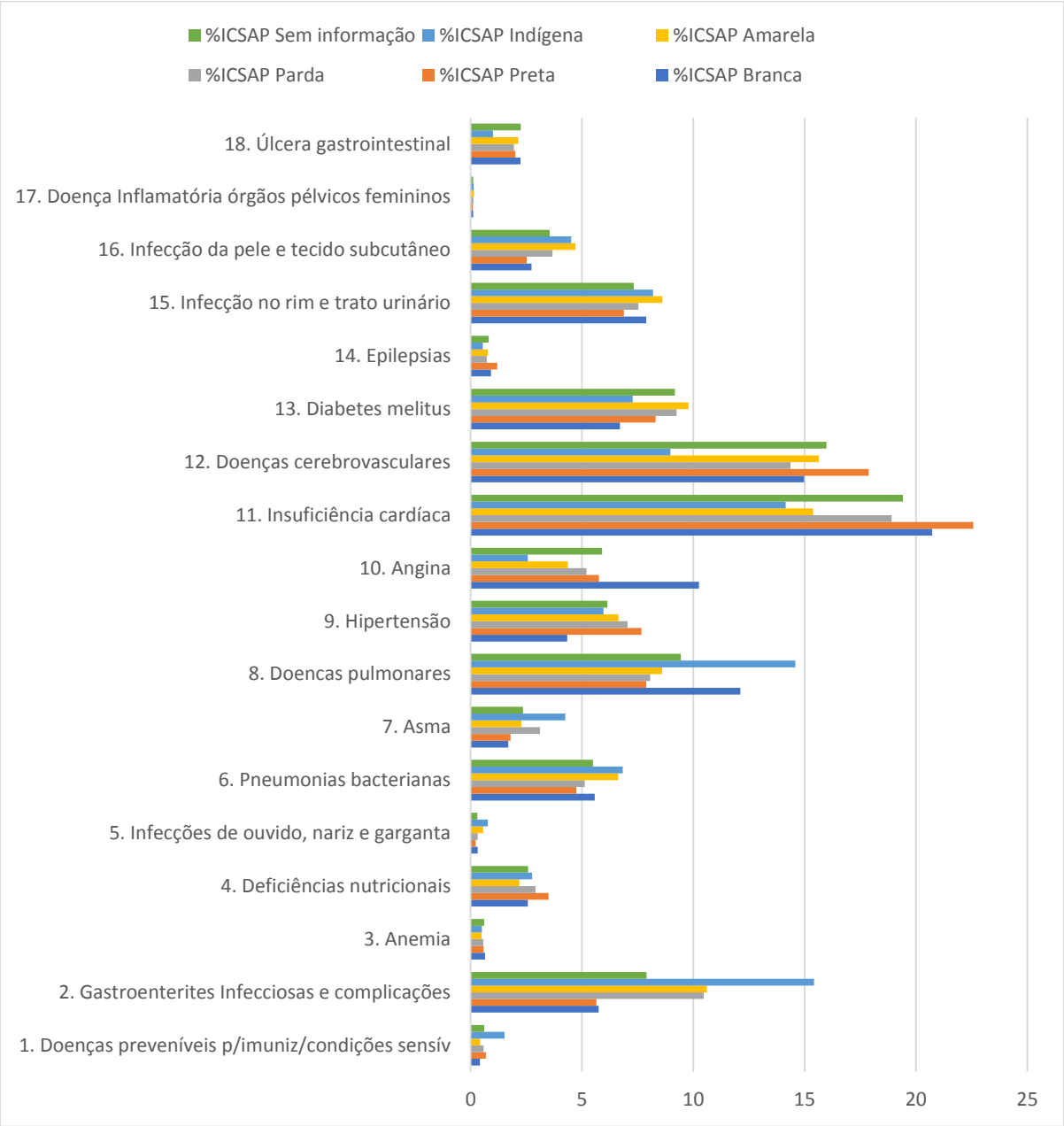


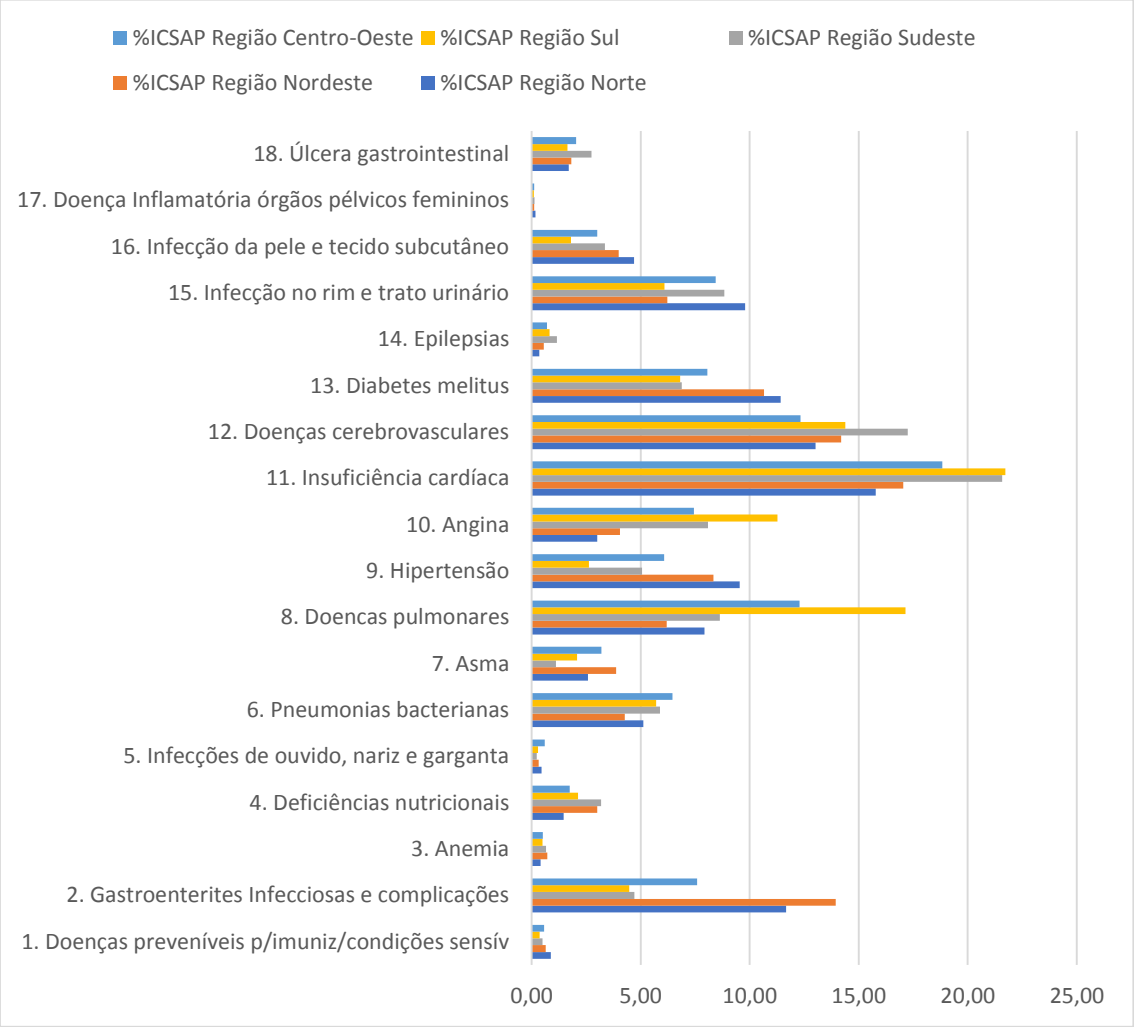
Gráfico 18 – Proporção de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, segundo Raça/cor. Rio de Janeiro, 2022.



Ao observar a frequência de ICSAP por Região de residência foi possível notar um perfil parecido das regiões Norte e Nordeste, sendo as principais ICSAP a Insuficiência cardíaca, Doença cerebrovascular, Gastroenterites infeciosas e complicações e Diabetes Mellitus. A prevalência de ICSAP para a maioria das causas foi maior nas internações ocorridas por pessoas que residiam na Região Norte que na Região Nordeste. As internações ocorridas por residentes na Região Centro-Oeste apresentam um perfil de ICSAP parecido com quem residia na região

Sul, sendo as ICSAP mais frequentes devido a Insuficiência cardíaca, Doenças pulmonares, Doenças cerebrovasculares, Angina e Diabetes Mellitus. Destacando-se ainda as ICSAP devido Gastroenterites infecciosas, Hipertensão, Infecção no rim e trato urinário e Infecção da pele e tecido subcutâneo.

Gráfico 19 – Proporção de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária de pessoas com 60 anos e mais, financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018, segundo a Região de residência. Rio de Janeiro, 2022.



4.3 **Matriz de dados sobre as internações de pessoas com 60 anos e mais considerando os capítulos da CID-10, Categorias da CID-10 e Condições Sensíveis a Atenção Primária**

A partir da leitura dos resultados descritivos deste estudo, foi elaborada uma tabela onde apresentamos as principais causas de ICSAP e categoria da CID-10, de acordo com os Capítulos da Cid-10. Os percentuais apresentados para os capítulos e categorias da CID se referem ao total de internações de pessoas com 60 anos e mais devido todas as causas. Já os percentuais das internações por ICSAP se referem ao total de internações de pessoas com 60 anos devido ICSAP, no período analisado (Quadro 4). As proporções referentes ao sexo, raça/cor e região de residência foram apresentadas anteriormente, sendo possível projetar à análise da matriz de dados. As Observações sobre ICSAP apresentadas na última coluna do Quadro 4 se referem ao sexo, faixa etária, etnia, e a Região de residência onde a prevalência da causa de internação foi maior, sinalizando os pontos críticos para análise e ação.

Na leitura do Quadro 4, foi possível observar que no capítulo IX referente à Doenças do aparelho circulatório, compreende a maior proporção de internações sejam elas observadas por categoria de internação ou ICSAP. Em seguida, o Capítulo X referente à Doenças do aparelho respiratório.

Quadro 4 – Distribuição das principais causas de internação de pessoas com 60 anos e mais no período de 2008 a 2018, financiadas pelo SUS, segundo os Capítulos da CID-10, Categoria da CID-10 e Grupo de Condições Sensíveis à Atenção Primária. Rio de Janeiro, 2022. (Continua)

Quadro 4 – Distribuição das principais causas de internação de pessoas com 60 anos e mais no período de 2008 a 2018, financiadas pelo SUS, segundo os Capítulos da CID-10, Categoria da CID-10 e Grupo de Condições Sensíveis à Atenção Primária. Rio de Janeiro, 2022. (Continua)

Capítulos da CID-10	N (%)		Categoria da CID-10	N (%)	Grupo de CSAP	N (%)	População mais afetada
I-Algumas doenças infecciosas parasitárias	2.230.366 (7,54%)	A09	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	319.040 (1,08)	1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	53.175 (0,54)	Homens; 60 a 69 anos; Indígena; Norte, Nordeste e Centro Oeste.
		A41	Outras septicemias	474.402 (1,60)			
		A46	Erisipela	191.464 (0,65)	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações (inclui E86 Depleção de volume, cap. IV)	771.414 (7,78)	Mulheres; 80 anos e mais; Indígena, Norte e Nordeste.
		A49	Infecção bacteriana de localização NE	330.524 (1,12)			
II-Neoplasias	2.863.712 (9,69%),	C18	Neoplasia maligna do cólon	192.035(0,65)			
		C44	Outras neoplasias malignas da pele	201.193 (0,68)			
		C50	Neoplasia maligna da mama	203.138 (0,69)			
		C61	Neoplasia maligna da próstata	236.747 (0,80)			
IV-Doenças endócrinas e metabólicas	1.339.335 (4,53%)	E10	Diabetes mellitus insulinodependente	424.967 (0,83)	4. Deficiências nutricionais	267.931 (2,70)	80 anos e mais; Preta; Nordeste e Sudeste.
		E14	Diabetes mellitus NE	309.939 (1,44)	13. Diabetes mellitus	817.688 (8,25)	Mulheres; 60 a69 anos; Parda e Amarela Norte e Nordeste.

Quadro 4 – Distribuição das principais causas de internação de pessoas com 60 anos e mais no período de 2008 a 2018, financiadas pelo SUS, segundo os Capítulos da CID-10, Categoria da CID-10 e Grupo de Condições Sensíveis à Atenção Primária. Rio de Janeiro, 2022. (Continuação)

IX-Doenças do aparelho circulatório	7.220.849 (24,40%)	I10	Hipertensão essencial	502.342 (1,70)	9. Hipertensão	573.351 (5,78)	60 a 60 anos; Preta e Parda;.
		I20	Angina pectoris	725.568 (2,45)	10. Angina	725568 (7,32)	Homens; 60 a 69 anos; Branca; Sul.
		I21	Infarto agudo do miocárdio	567.112 (1,92)			
		I50	Insuficiência cardíaca	1.857.596 (6,28)	11. Insuficiência cardíaca (inclui J81 Edema pulmonar NE de outr form, cap.X)	1.966.737 (19,83)	80 anos e mais; Preta e Branca; Sul e Sudeste.
		I64	Acidente vascular cerebral NE como hemorrágico e isquêmico	1.031.891 (3,49)	12.Doenças cerebrovasculares (inclui G45* e G46**, cap.VI)	1.507.896 (15,21)	70 a 79 e 80 anos e mais; Preta e Sem informação; Sudeste.
		I83	Varizes dos membros inferiores	205.846 (0,70)			
X-Doenças do aparelho respiratório	4.451.913 (15,06%)	J15	Pneumonia bacteriana NCOP	508.771 (1,72)	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta (inclui H66 Otite media supurativa e as NE, cap.VIII)	30.773 (0,31)	
		J18	Pneumonia por microrganismo NE	1.708.003 (5,77)	6. Pneumonias bacterianas	536.612 (5,41)	80 anos e mais; Indígena e Amarela; Centro Oeste.
		J44	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	851.079 (2,88)	7. Asma	228.408 (2,30)	Indígena; Nordeste.
		J45	Asma	207.010 (0,70)	8. Doenças pulmonares	991.898 (10,00)	Homens; 70 a 79 anos; Branca e Indígena; Sul e Centro-Oeste

Quadro 4 – Distribuição das principais causas de internação de pessoas com 60 anos e mais no período de 2008 a 2018, financiadas pelo SUS, segundo os Capítulos da CID-10, Categoria da CID-10 e Grupo de Condições Sensíveis à Atenção Primária. Rio de Janeiro, 2022. (Continuação)

		J96	Insuficiência respiratória NCOP	276104 (0,93)			
XI-Doenças do aparelho digestivo	2.986.468 (10,10%)	K40	Hernia inguinal	436.832 (1,48)	18. Úlcera gastrointestinal	213.363 (2,15)	Homens; 70 a 79 anos; Sudeste.
		K80	Colelitíase	398.393 (1,35)			
		K81	Colecistite	253.573 (0,86)			
		K92	Outras doenças do aparelho digestivo	3.751.93(1,27)			
XIV-Doenças do aparelho geniturinário	(7,26%)	N18	Insuficiência renal crônica	357.965 (1,21)	15. Infecção no rim e trato urinário	752.969 (7,59)	80 anos e mais; Amarela e Indígena.
		N39	Outros transtornos do trato urinário	535.815 (1,81)	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	11.800 (0,12)	
XIX-Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	2.039.880 (6,90%)	S06	Traum intracraniano	213.909 (0,72)			
		S52	Fratura do antebraço	192.445 (0,65)			
		S72	Fratura do fêmur	479.483 (1,62)			
Outros Cap. da CID-10							
V – Transtornos mentais e comportamentais	692.249 (2,34)	F20	Esquizofrenia	309.939(1,05)			
VI- Doenças do sistema nervoso	604.785(2, 04)	G45	Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas	194136(0,66)	14. Epilepsias	83.156 (0,84)	60 a 69 anos; Preta e Branca; Sudeste.

Quadro 4 – Distribuição das principais causas de internação de pessoas com 60 anos e mais no período de 2008 a 2018, financiadas pelo SUS, segundo os Capítulos da CID-10, Categoria da CID-10 e Grupo de Condições Sensíveis à Atenção Primária. Rio de Janeiro, 2022. (Conclusão)

VII- Doenças do olho e anexos	596.825 (2,01)	H25	Catarata senil	273476 (0,92)			
III – Doenças do Sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	332.629 (1,12)				3. Anemia	60.604(0,61)	Nordeste e Sudeste.
XII- Doenças da pele e tecido subcutâneo	580.888 (1,96)				16. Infecção da pele e tecido subcutâneo (inclui A46 Erisipela)	322.965 (3,26)	60 a 69 anos; Amarela e Indígena; Norte e Nordeste.

Elaborado pelas autoras.
Fonte: SIH/SUS.
*G45 Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas.
**G46 Síndromes vasculares cerebrais que ocorrem em doenças cerebrovasculares.

5 DISCUSSÃO

A perspectiva da epidemiologia crítica utilizada neste estudo propõe entender o sentido recíproco da realidade dos acontecimentos considerando também a subjetividade das manifestações da vida social no movimento dialético da vida (BREILH, 2003). Nesse movimento simultâneo dos processos de produção social da saúde e doença, a investigação é complexa, requisitando várias observações e análises não lineares, de modo que além de contemplar os dados da realidade, contemple informações da subjetividade contextual. As investigações não se restringem a hipóteses lineares (causa→ efeito) a partir da correlação de variáveis selecionadas para reduzir a realidade à quantificação de partes de um objeto, mas expande a reflexão sobre as partes possíveis de serem observadas e sobre o todo observado (BREILH, 2003).

Analisados a partir dessa perspectiva epidemiológica, as desigualdades encontradas no perfil de morbidade hospitalar expressam as iniquidades e vulnerabilidades preexistentes e mantidas no país, especialmente em relação a vida da população indígena e negra. Essas desigualdades são evidenciadas ao se observar as diferenças de perfil entre as Regiões do país. O perfil de internação de residentes na Região Norte expressa menor investimento (tempo e valor médio por internação) e um perfil de adoecimento relacionado a condições sanitárias precárias e baixo acesso a assistência à saúde (doenças infecciosas e parasitárias).

Em comparação com outras Regiões do país as regiões Nordeste e Norte apresentam maior proporção de internações de pessoas idosas por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e por algumas doenças infecciosas e parasitárias. Tal resultado aponta para a hipótese de existirem dificuldades de acesso ao cuidado qualificado na APS e piores condições de vida.

Chama atenção a maior proporção de internação hospitalar (PIH) de pessoas com idade entre 60 e 69 anos devido a lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas na Região Norte, enquanto nas outras Regiões esta causa teve maior prevalência entre longevos (pessoas com 80 anos e mais) sugerindo distintas exposições e vulnerabilidades a eventos externos que requerem internação hospitalar.

A maior prevalência de internação de mulheres com 80 anos e mais quando comparado as internações dos homens na mesma faixa etária expressa a maior longevidade das mulheres, associada a questões de gênero. Devido ao papel reprodutor, as mulheres tem mais necessidades de acessar serviços de saúde recebendo assistência e orientações quanto a promoção da saúde e

prevenção de agravos, sendo momento oportuno para diagnóstico e início de tratamento de doenças mais precocemente que seus pares do sexo masculino (PINHEIRO et al., 2002).

A contribuição de internações de longa permanência no período estudado, tendo como principal causa o cap V. transtornos mentais e comportamentais retrata a quantidade de pessoas que ainda hoje são internadas por esta causa, apesar do processo de desinstitucionalização e criação de serviços de cuidados em saúde mental em meio aberto. A distribuição dessa prevalência principalmente em pessoas do sexo masculino merece atenção, pois pode ser entendido como resultado dos obstáculos para cuidado integral e comunitário dessas pessoas em sofrimento mental requerendo um olhar compreensivo sobre as iniquidades que vivenciam antes da internação e a vulnerabilidade a qual estão expostos na internação em hospitais psiquiátricos (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2022; SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

Ao considerar a maior proporção de habitantes na região Sudeste, bem como concentração de unidades hospitalares, é esperado que ocorram mais internações nesta região. O tempo de permanência das internações nesta Região também pode ser influenciado pelas causas de internação, gravidade e ainda desafios para alta hospitalar.

De modo geral, ao analisar o tempo de internação e as internações de longa permanência, há de se considerar o impacto da ausência da garantia de continuidade dos cuidados no número de internações: ausência de programas de preparação para alta e garantia de continuidade dos cuidados domiciliar. Além do impacto das internações preveníveis através do acompanhamento na atenção básica (BERTAGNOLI et al., 2021; NASCIMENTO; SILVA, 2020; NOVAIS et al., 2021; SOUZA et al., 2020).

A concentração de internações em determinados grupos de causas indica correlações com os contextos econômicos e sociais, justificando sua escolha para analisar as variações em grupos populacionais e áreas geográficas delimitadas.

A queda nas internações devido Transtornos mentais e comportamentais entre 2008 e 2009, mantendo-se nos anos seguintes pode ser explicada pelo processo de fechamento de hospitais psiquiátricos alinhado a programas de cuidados em saúde mental em meio aberto (FRANCO; STRALEN, 2015; SALLES, 2013). No entanto, a PIH de 2,58% de internações de pessoas com 60 a 69 anos de idade devido a transtornos mentais e comportamentais sugere que o processo de transição de cuidado ao sofrimento mental está incompleto e apresentando inclusive diferenças regionais (Sudeste, Nordeste e Sul com proporções de 3%, 2,58% e 2,49%

de internações de pessoas com 60 a 69 anos, respectivamente) que indicam iniquidades na assistência à essas pessoas.

Já o aumento de internações devido a Doenças do olho e anexos, que pode ser justificado por ações de políticas públicas para cirurgias de catarata que ocorreram no período (ALMANÇA; JARDIM; DUARTE, 2018; KARA-JUNIOR et al., 2017) e o fato dessas intervenções cirúrgicas serem realizadas nos hospitais, unidades de referência ao atendimento especializado.

Isso pode ser verificado no perfil de morbidade hospitalar de pessoas com 60 anos e mais declaradas com a raça/cor indígena, no qual se observam altas proporções de internação devido a doenças do aparelho respiratório, Doenças endócrinas e metabólicas e da pele e tecido subcutâneo. Estas causas de internação podem ser a expressão de mudanças de hábito a partir do contato com não indígenas e também de condições de vida precárias. A menor PIH devido a Neoplasias e Doenças do olho e anexos pode refletir o menor acesso a serviços especializados e também a menor sobrevida desta população, uma vez que são causas de doença prevalentes em pessoas com 60 anos e mais idade.

O estudo de Freitas (FREITAS et al., 2021) sinaliza o isolamento territorial, a qualidade do serviço ofertado, a falta de acesso a serviços hospitalares, além de aspectos etnoculturais como questões que permeiam a situação de saúde da população indígena e processo de trabalho de profissionais de saúde junto a essa população. De acordo com o estudo de (ALVES et al., 2021) as desigualdades em saúde e piores indicadores socioeconômicos comprometem a sobrevivência de povos indígenas. Tais questões apontadas por Freitas et al. (2021) e Alves et al. (2021) podem justificar o perfil de morbidade hospitalar, menor tempo médio de internação e consequente valor médio das internações das pessoas declaradas como tendo raça/cor indígena em todas as faixas etárias.

Assim, análise sobre as internações da população brasileira financiadas pelo SUS demonstra a manutenção de desigualdades em relação a raça/cor, expressão das iniquidades e de vulnerabilidades que a população indígena e negra (raça/cor preta e parda) vivencia no país (ALVES et al., 2021; CALDAS; SANTOS; CARDOSO, 2022; FARIAS et al., 2019; MARINHO; CALDAS; SANTOS, 2017; REIS et al., 2022).

O maior valor médio das internações ocorridas nas regiões Sul e Sudeste em comparação com as outras Regiões e independente da faixa etária, podem refletir o maior investimento na saúde e expressam maior valoração da vida nestas Regiões. Em estudo publicado em 2022, que avaliou recursos de saúde pública destinados às capitais dos estados brasileiros foi constatado diferenças discrepantes no financiamento dos serviços públicos de saúde, no qual o maior

repasse federal foi para Belo Horizonte (MG), Terezina (PI), Cuiabá (MT) e Porto Alegre (RS). E os menores repasses federais foram para Rio Branco (AC), Manaus (AM), Macapá (AP), Porto velho (RO), todos na região Norte do Brasil. Os locais que receberam menos recursos também são os locais com menor arrecadação municipal por habitante, ou seja, há menos recursos municipais para serem investidos na área da saúde, mantendo a disponibilização, acesso e qualidade de serviços de saúde comprometidos. Como as capitais centralizam a maioria dos recursos de alta complexidade e especialidade nos hospitais, tal fato pode impactar no perfil de internação e desfechos de saúde da população local (OLIVEIRA et al., 2022).

As internações de pessoas na faixa etária de 60 a 69 anos tiveram o maior valor médio. Nesta faixa etária as principais causas de internação foram devido ao cap. IX doenças do aparelho circulatório (23,54%), XI doenças do aparelho digestivo e II Neoplasias que são causas de adoecimento com custo elevado de tratamento (JUSTO; FERNANDES; SOBRA & SIQUEIRA, 2013).

As desigualdades entre as Regiões do país refletem os caminhos percorridos durante os processos de colonização em diferentes momentos da história do Brasil. Desta forma, maiores investimentos se concentraram nas regiões do litoral, Sudeste, Sul e mais recentemente parte do Centro Oeste. Com isso, o desenvolvimento técnico científico do país e a distribuição dos recursos necessários ao desenvolvimento se deram de acordo com interesses da exploração colonialista (PEREGALLI, 1997; SANTOS, 1994). As populações locais, bem como as que migraram no momento inicial de exploração do território padeceram pelo e com o processo de exploração do território e trabalho, com impactos que trazem consequências ainda hoje para a população residente, impactando na sua longevidade. As iniquidades de raça/cor, gênero e classe social são indissociáveis do processo de exploração do território e da diversidade de populações/ força de trabalho utilizadas no desenvolvimento do país, considerando a menos valia da vida dos povos indígenas e negros ante a dos brancos.

A formulação do SUS levou em consideração as iniquidades vigentes no país e a distribuição da APS tem sido ofertada desde o início de sua implantação a populações em território de maior vulnerabilidade social e econômica (JAMES MACINKO, 2018; LIMA-COSTA et al., 2012; MACINKO; GUANAIS; MARINHO DE SOUZA, 2006; PINTO; GIOVANELLA, 2018b). A Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNSPI) e Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foram desenvolvidas para serem integradas ao SUS. Porém, em 30 anos de SUS, 20 anos de PNSPI e 16 anos de PNSIPN observa-se na prática dos serviços, no cotidiano, nas notícias e pesquisas científicas desenvolvidas sobre a população brasileira que permanecem iniquidades que expõem uma

grande parcela da população a ambientes pouco sustentáveis, inseguros à vida, e com barreiras para conseguir transformarem sozinhos suas vidas, como defende o neoliberalismo (BREILH, 2021).

Não há como analisar os processos de adoecimento ao longo dos anos sem pensar nos processos e mudanças políticas pelos quais o Brasil passou, além das crises econômicas, sociais e políticas (GIOVANELLA et al., 2021; GODOY VIEIRA; MENDES; CARNUT, 2019; PINTO; GIOVANELLA, 2018b; SOUZA JÚNIOR; MENDES, 2020). O perfil de morbidade da população exprime o contexto em que vivem, retratando as desigualdades e as possibilidades de viver com qualidade. Reforça-se, portanto, a necessidade de o Estado assumir sua parcela de responsabilidade, com investimentos e ações de políticas públicas intersetoriais concernentes a cada território.

Apesar do tempo de internação e valor médio terem sido maiores para as internações de pessoas declaradas de raça/cor negra (preta e pardas) quando comparadas com as internações de pessoas declaradas de raça/cor indígenas, as três principais causas de internação no período foram semelhantes para ambos grupos. A quantidade reflete o tamanho da população, mas a proporção de internação hospitalar segundo a causa reflete a demanda hospitalar, que por sua vez, é condicionada pelos serviços do SUS disponíveis em uma região (RIPSA, 2010).

Neste estudo, a menor quantidade de pretos e indígenas que tiveram acesso à internação bem como as causas da internação segundo o CID-10 refletem as desigualdades de oportunidade e na qualidade de assistência à saúde recebida quando necessitaram no período de 2008 e 2018.

5.1 Discutindo o perfil de internação da população idosa negra

As desigualdades encontradas nas proporções de internação entre pessoas autodeclaradas pretas ou pardas e de raça/cor brancas expressam o cenário de maior vulnerabilidade em que vivem as pessoas pretas em comparação com pardos e brancos. O processo de branqueamento ocorrido no país coloca as pessoas pardas em uma posição diferenciada das pessoas pretas, mas ainda está sujeita a mais discriminação que brancos.

A discriminação pode ser mais frequente a depender da Região em que as pessoas vivem (se tem maioria branca ou não branca), de acordo com a classe socioeconômica a qual

pertencem, em que classe social estão inseridas em relação ao poder econômico e escolaridade (BURGARD et al., 2017; CHOR; STERN; SANTOS, 2017; MARINHO et al., 2019). A desigualdade no perfil de internação de acordo com a Raça/cor carece de estudos com desenhos de pesquisa mais próximos da população, com objetivo de compreender como ocorre o processo de transição epidemiológica de cada grupo populacional.

Nos estudos que envolvem seres humanos, a categoria "raça" exprime um conceito com grande impacto na vida cotidiana das pessoas, na qual refletem iniquidades históricas inerentes a regimes de opressão, hierarquização e exclusão social e política, base do colonialismo durante séculos (SANTOS et al., 2022). Alguns autores conceituam a categoria raça/cor como sendo um sistema de classificação e experiência vivida (CHOR; STERN; SANTOS, 2017), importante no desvelar das desigualdades raciais em saúde e na construção de políticas públicas (BATISTA; BARROS, 2017). Para realizar estudos sobre raça no Brasil é necessário grande esforço devido à influência de concepções que negam que exista racismo no Brasil, por exemplo o conceito de Democracia racial (DOMINGUES, 2005) e a fluidez na classificação dessa categoria que varia de acordo com a região geográfica e ao longo do tempo. Independente desta variação, desigualdades étnico-raciais têm sido evidenciadas, demonstrando desvantagens vividas no âmbito da saúde por pretos, indígenas e pardos (BURGARD et al., 2017; CHOR; STERN; SANTOS, 2017), assim como no presente estudo.

Um estudo comparando a discriminação por cor relatada por brasileiros e estadunidenses, utilizou dados do ELSA-Brasil onde pouco mais da metade dos entrevistados brasileiros se identificaram como brancos, 29% como pardos e 17% como negros. No estudo foi confirmado o que pessoas pretas e pardas no Brasil experimentam no seu dia a dia, uma prevalência maior de situações de discriminação quando comparada aos seus pares não negros. A prevalência de discriminação foi maior entre homens pretos (50,4%; n=877) e pardos (40,1%; n=1842), comparado as mulheres pretas (46,4%; n=1360) e pardas (35,1%; n=1989). Enquanto a prevalência de discriminação relatada por mulheres e homens que se autodeclararam brancos foi de 33,3% (n= 7,179). Foi constatada uma diferença maior na discriminação sofrida por homens e mulheres autodeclarados de cor/raça parda em comparação com brancos, especialmente entre os mais escolarizados (BURGARD et al., 2017) podendo indicar que apesar das políticas históricas orientadas para "embranquecer" a população brasileira, a mudança na tonalidade da cor não diminuiu a discriminação racial.

O relato de discriminação se refere a tê-la sofrido alguma vez no trabalho (admissão, promoção ou demissão por exemplo), pela polícia, em locais públicos (incluindo em bancos, lojas, hospitais), ou na escola/faculdade. Algumas evidências dos Estados Unidos da América

sugerem que aqueles com mais educação percebem mais discriminação sendo prudente destacar que os entrevistados brasileiros tinham uma escolaridade mais alta que a população em geral pois a amostra do estudo provem de funcionários públicos. Somente 14% tinham escolaridade inferior ao ensino médio completo e mais da metade tinha concluído ao menos bacharelado(BURGARD et al., 2017).

A raça, gradativamente vem se tornando um critério orientador de políticas públicas, a partir da constatação de desigualdades na distribuição de recursos entre grupos de Raça/cor. A classificação sobre a cor de uma pessoa pode diferir considerando-se algumas razões, em relação ao contexto social/econômico onde está ou a quem vai responder (por se identificar com a cor e traços do entrevistador ou intimidar, por exemplo) ou o propósito da pergunta (induzida para conseguir algum benefício ou por medo de sofrer alguma discriminação a mais); pode variar ao longo do tempo, de acordo com a situação e local onde a pessoa está inserida; pode variar por influência espacial/regional (onde tem mais brancos na composição da população local os pardos tendem a se classificar como brancos, onde tem mais proporção de pretos na população geral, tendem a se classificar como pretos; pode variar de acordo com o procedimento da coleta (autodeclaração, classificação por terceiro, classificado de acordo com o ascendente direto de cor mais escura); e ainda a variabilidade estatística encontrada no intervalo de confiança nas análises das amostras (MUNIZ; BASTOS, 2017).

A informação sobre raça/cor (quesito cor) se faz importante no desvelar das desigualdades raciais em saúde e na construção de políticas públicas. Em um estudo em que foi discutido o enfrentamento do racismo nos serviços de saúde (BATISTA; BARROS, 2017) os autores partem do pressuposto que raça/cor, a classe social, gênero e geração são estruturantes em nossa sociedade, interferindo nos desfechos da saúde-doença e morte, e que uma das estratégias para enfrentar estas iniquidades é avançar nas políticas de promoção da equidade.

A lei No 7.716 de Janeiro de 1989, estabelece punições aos crimes relacionados ao racismo, resultantes de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional. Entre os atos de discriminação estão o tratamento diferenciado no ambiente de trabalho; recusar, impedir, negar acesso a transporte, estabelecimento de ensino, comércio e saúde e a prestação de serviços nesses estabelecimentos público ou privado por causa da cor, etnia, religião ou procedência nacional (BRASIL, 1989). A injúria racial é crime estabelecido no código penal brasileiro (Artigo 140). São exemplos a utilização de elementos referentes a raça, cor, etnia, religião, origem ou a condição de pessoa idosa ou portadora de deficiência que gere constrangimento, humilhação, vergonha, medo ou exponha a pessoa indevidademente.

Mesmo o racismo sendo crime no país, ocorre com frequência no dia a dia, inclusive dentro dos estabelecimentos de assistência à saúde da população. O racismo institucional se caracteriza por práticas, ações e comportamentos de discriminação e diferença de tratamento por parte de instituições (LÓPEZ, 2012). O racismo institucional pode ser observado nas diferenças entre os itinerários terapêuticos de pessoas brancas e negras quando necessitam de atendimento especializado à saúde (SANTOS FERREIRA et al., 2020) e também quando os profissionais que atuam junto a população indígena defendem a extinção dessa população e o seu meio de vida (FREITAS et al., 2021).

Se tratando à saúde da população negra brasileira, como estratégias de enfrentamento (BATISTA; BARROS, 2017) destacam a importância do compromisso de gestores e técnicos na coordenação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) para alcançar uma efetiva coordenação, incluir a política nos instrumentos de gestão e definir indicadores para monitoramento e avaliação da PNSIPN, sendo imprescindível o apoio do movimento social na gestão. O caminho para alcançar um sistema de saúde equitativo depende de um grande esforço de gestores, trabalhadores da saúde e sociedade civil (BATISTA; BARROS, 2017).

5.2 Discutindo o perfil de internação da população idosa indígena

No que se refere as internações de indígenas, o perfil de internação expressa as condições de vida e transição mediante uma relação intercultural pautada na exploração, disputas de terras, uso de insumos e serviços como moeda de troca e demonstração de poder (BRASIL, 2002; FARIAS et al., 2019; FREITAS et al., 2021; IBGE, 2022).

As condições de vida de pessoas indígenas que residem nas regiões urbanas não são adequadas para sobrevivência com qualidade de vida e desfavorece a manutenção dos seus hábitos étnico culturais relacionados ao uso da terra e meio ambiente. Isso os expõe a condições de vida insalubres em territórios de periferia urbana, historicamente de menor interesse e investimento pelo Estado (MARINHO et al., 2021; RAUPP et al., 2017, 2020).

Recusando-se a assumir uma postura higienista ao discutir as condições de moradia de Indígenas, principalmente aquelas instaladas em áreas não urbanas, é importante falar sobre as condições de vida dos que residem nas regiões urbanas do país. O estudo sobre Saneamento básico em domicílios indígenas de áreas urbanas no território da Amazônia Legal refere uma

prevalência de saneamento não adequado maior que das moradias de não indígenas (MARINHO et al., 2021). A precariedade nas condições de moradia mesmo em áreas urbanas, nesse território, expressa a extrema desigualdade em relação ao restante do território brasileiro (ESCOBAR et al., 2015; MARINHO et al., 2021).

O território da Amazonia Legal compreende 60% do território brasileiro, abrangendo toda Região Norte, parte do Maranhão (Nordeste) e do Mato Grosso (Centro-Oeste). No entanto, somente 40,9% dos domicílios possuem sistema de esgoto sanitário adequado enquanto no restante do país quase 80% dos domicílios o possui (MARINHO et al., 2021).

As relações interculturais dos indígenas com não indígenas devem respeitar as expressões culturais das diversas etnias, como a relação com o corpo e desequilíbrios orgânicos, com a terra, com o tempo, as relações interpessoais dentro da etnia e entre etnias (BRASIL, 2002; CORRÊA et al., 2021). Mesmo com as diretrizes da PNSPI de orientação para as ações de saúde para populações Indígenas, as ações ofertadas ainda são insuficientes para atender suas as especificidades.

De acordo com o censo de 2010, residiam no Brasil 813.075 pessoas indígenas distribuídas no território brasileiro da seguinte forma: Norte, 302.071; Nordeste, 207.303; Sudeste, 100.249; Sul, 74.460; e Centro-oeste, 128.991. Neste mesmo ano, o Norte rural concentrava cerca de 50% da população indígena, com o Nordeste e o Centro-oeste apresentando proporções de 20% cada, perfazendo cerca de 90% do total de indígenas vivendo em situação rural no país. Entre indígenas que vivem em áreas rurais o censo de 2010 mostrou mais pessoas que não concluíram o ensino fundamental (entre 89,1% e 95,6%), do que os que vivem em áreas urbanas (61,7% e 70,9%) (BASTOS et al., 2017).

As terras indígenas no Brasil correspondem a 11,6% do território nacional, porém nem todas são adequadas para garantir a sobrevida com qualidade. Além disso, aquelas que possuem potencial produtivo são alvos de disputa por posseiros, garimpeiros e outros produtores rurais. O impacto dos conflitos e ações dos invasores levam a degradação ambiental do território indígena, comprometendo a sobrevivência e a qualidade de vida das pessoas que ali habitam (IBGE, 2022; MAGGI, 2014).

A menor escolarização (BASTOS et al., 2017), acesso a assistência à saúde com qualidade e em momento oportuno (FREITAS et al., 2021) e piores condições de vida (BASTOS et al., 2017; ESCOBAR et al., 2015; MARINHO et al., 2021; MARINHO; CALDAS; SANTOS, 2017; RAUPP et al., 2017, 2020) da população indígena culminam no fato de que em 2018 apenas metade dos indígenas atingiu os 50 anos. Essas informações evidenciam a persistência das desigualdades nas condições de vida dos povos indígenas. Alves

et al (2021) observaram também mudanças correspondentes ao processo de transição epidemiológica, demográfica e nutricional, na qual o perfil de morbidade da população indígena, apresenta predominância de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), concomitantemente às doenças infecciosas e parasitárias, somadas ao aumento das causas externas (ALVES et al., 2021).

Até 1999 a responsabilidade pela assistência à saúde indígena era da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). A partir daquele ano, o modelo de atenção à saúde indígena passou a ser orientado pelos mesmos princípios, diretrizes e estratégias do SUS, sendo as ações de saúde ofertadas pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SasiSUS). No ano seguinte, foi criado o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), com a finalidade de subsidiar os órgãos gestores e de controle social com informações estratégicas para planejamento e avaliação das ações do SasiSUS.

Em um estudo de avaliação do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e suas implicações para apoiar a gestão em saúde no nível local, Reis et al. (2022) constataram que a capacidade de utilização desse sistema difere entre os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), decorrente de problemas de infraestrutura e a fragmentação das informações. Destaca-se como problemas de infraestrutura em DSEI na Região Norte a falta de acesso à energia elétrica, a precariedade da rede de conectividade e problemas de deslocamento para as áreas de difícil acesso geográfico.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi conquistado mediante muita mobilização dos povos originários. O subsistema foi estruturado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas e desde o início foram organizadas instâncias de participação: os Conselhos Locais, os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi) e o Fórum de Presidentes de Condisi (FPCondisi) (SCALCO; NUNES; LOUVISON, 2020).

Apesar dos vários caminhos de participação dos indígenas na política de saúde, as relações, interlocuções e expectativas de participação de indígenas no controle social fica comprometido por seguir uma lógica não indígena, no qual muitas vezes o tempo entre uma consulta e o prazo para uma resposta não é suficiente para consulta comunitária. Assim percebe-se também a manutenção do poder do estado na tomada de decisões a respeito da comunidade, direitos e saúde indígena. Perpetua a desigualdade e reduzida oportunidade de tomar decisões e consequentemente de implantar ações equitativas para a população. (SCALCO; NUNES; LOUVISON, 2020).

Dentre os desafios relatados no estudo sobre os primeiros meses de atuação de médicos do Programa Mais Médicos na região Yanomami (cerca de 320 comunidades nos estados de

Roraima e Amazonas) em 2019, elencam-se: dificuldades no processo de trabalho; relação intercultural; dificuldade com o idioma falado; necessidade de compreender a cultura indígena e lidar com práticas de cuidado étnicas específicas e a coexistência com práticas biomédicas; preconceitos e disputas pelo poder indígena/médico; lidar com autonomia e experiência do cuidado de enfermagem tradicionalmente inserido no contexto indígena; falta de insumos e recursos para agir em casos de urgência (frequentes), bem como limitação do transporte aéreo para transferência de pacientes para unidade especializada (gestão superior coíbe e restringe o uso devido ao alto custo deste serviço); necessidade de internação improvisada na unidade da APS para garantia de uso de medicamento no horário correto; limitações quanto a percepção do tempo interferindo na compreensão da história do adoecimento (tempo contado por luas), etc. (FREITAS et al., 2021).

Importante acrescentar que os dados sobre as internações dos indígenas podem não expressar a realidade, devido à falta de acesso, podendo o desfecho ser o óbito antes de alcançar o serviço de saúde. Ressalta-se aqui a menor quantidade de internação de indígenas com 60 anos ou mais, que pode ser explicada pela menor sobrevida dos indígenas no país (ALVES et al., 2021).

5.3 Discutindo o perfil de internação da população idosa por Condições Sensíveis a Atenção Primária

A taxa de óbito de pessoas com 60 anos e mais devido as ICSAP Deficiências nutricionais e Pneumonias bacterianas, Doença cerebrovascular, Úlcera gastrointestinal e devido a Doenças preveníveis sugerem a necessidade de análises separadas, para cada território. As ICSAP devido essas causas apresentaram desigualdades Regionais, na qual as internações devido a Deficiências nutricionais foram mais prevalentes em residentes na Região Sudeste e Nordeste; Pneumonias bacterianas na região Centro-Oeste, Doença cerebrovascular no Sudeste e Sul; Úlcera gastrointestinal no Sudeste; e Doenças preveníveis na Região Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

A média de dias de acompanhante menor que o tempo de internação pode refletir a indisponibilidade e complexidade relacionada ao exercício dessa atividade de cuidado dentro do ambiente hospitalar (CHERNICHARO; FERREIRA, 2015; REIS; MENEZES; SENA, 2017), o tempo em que a pessoa idosa ficou em unidade em que comumente não é permitido

acompanhante (unidade de terapia intensiva, por exemplo) ou ainda questões institucionais que impedem que o direito ao acompanhante seja garantido.

Ao analisar as proporções de ICSAP de pessoas com 60 anos segundo a raça/cor declarada, chama atenção a alta prevalência por pessoas de cor/raça amarela. Diante a alta prevalência para a maioria das CSAP nessa população, sugere-se estudos específicos para conhecer os processos de cuidado e acesso a serviços de APS no Brasil.

De acordo com o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, a diferença do gasto com saúde entre países varia de acordo com a qualidade de vida das pessoas que envelhecem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015), o que inclui política públicas e dispositivos de apoio ao cuidado das pessoas idosas. Assim, compreende-se que os gastos aumentam com o avançar da idade e proximidade com a morte, mas são influenciados pela disponibilidade de programas e serviços de saúde orientados para pessoas idosas, por características socioeconômicas e pelo sistema de saúde vigente em cada país (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015, 2018b).

A lógica cartesiana observa fatores e evidências empíricas que tangem a “ponta de um iceberg” (doença, desnutrição, intoxicação) e, por conseguinte, suas ações propõem agir sobre eles. Incorre, portanto, a necessidade de reparar a saúde e a ciência em relação aos métodos, os conceitos e práticas, assumindo o paradigma crítico da ciência e o princípio da determinação social da saúde (parte submersa de um iceberg) (Breilh, 2021).

Ao se analisar os processos promotores de saúde e processos promotores de adoecimento ou mal estar, Breilh (2004, p.210) recomenda na investigação epidemiológica destacar processos do perfil epidemiológico com maior importância estratégica de ação – denominados processos críticos. Para encontra-los a metodologia empregada na epidemiologia crítica de Breilh não estabelece uma hipótese ou hipóteses formuladas antes de iniciar as análises. Isso porque a investigação vai sendo aprofundada a partir de uma visão macro, olhando o todo, até encontrar uma resposta que satisfaça a pergunta do pesquisador. Devido a visão do todo, as respostas são alcançadas identificando-se pontos críticos. Os pontos críticos por vezes podem ser medidas, porém devem contemplar seus significados para a população estudada, para o território da qual a população foi "selecionada" (neste estudo, as pessoas idosas que residem no Brasil e utilizaram o serviço de internação hospitalar financiado pelo SUS no período de 2008 a 2018).

5.4 Discutindo a Matriz de dados sobre a internação de pessoas idosas no Brasil

A matriz para análise metacrítica proposta por Breilh (2021) deve ser composta por três pilares analíticos: a) um projeto estratégico de incidência sobre processos críticos; b) os sujeitos sociais afetados e envolvidos com suas organizações (participação soberana-social, acadêmico e institucional); c) capacidade técnica cientifica real ou potencial do conjunto de sujeitos envolvidos (construção interativa e intelectual). Essa matriz com os três pilares forma o triangulo de ação transformadora proposta pelo autor (Breilh, 2021).

Como resultado neste estudo, a matriz de dados ofereceu uma estratégia de observação em que se considerou os processos críticos, as populações mais afetadas e regiões de residência, permitindo uma análise embasada no referencial teórico das determinações sociais dos processos de saúde e adoecimento da população. Concatena informações que expressam as indissociáveis tensões, relações e estruturas de poder que culminam nas desigualdades de gênero, étnica e na distribuição regional das internações das pessoas com 60 anos e mais financiadas pelo SUS no período de 2008 a 2018.

As principais causas de internação (Capítulo IX referente à Doenças do aparelho circulatório e Capítulo X referente à Doenças do aparelho respiratório compreendem problemas de saúde que requerem, em sua maioria, cuidados continuados de longo prazo envolvendo assistência à saúde (serviços e medicamentos) e cuidado diário no contexto domiciliar. Podem ser consequências das possibilidades de acesso e uso de ambientes e recursos protetores à saúde.

Neste sentido, o presente estudo oportunizou uma análise das iniquidades expressadas nas desigualdades encontradas no perfil de internação da população Brasileira assistida pelo Sistema único de saúde no período de 10 anos (2008 a 2018). Carecendo de estudo com desenhos de pesquisa mais próximos da população com objetivo de compreender como se dá o processo de transição epidemiológica de cada grupo populacional. As populações identificadas neste estudo com perfil de morbidade hospitalar mais crítico são as Indígenas e a população negra nas diferentes Regiões do país. Os resultados sobre as internações de pessoas que residem na Região Norte expressam tanto as piores condições de vida que a população está exposta, quanto o menor investimento na saúde, em comparação com as demais Regiões.

Recorrendo à analogia de um iceberg, a enfermidade de uma dada população e algumas de suas causas etiológicas (fatores relacionados) poderiam ser observados na parte emersa do imenso bloco de gelo. Por outro lado, a determinação social da referida enfermidade se estabelece na parte submersa do iceberg, onde encontramos o impacto do sistema econômico,

dos monopólios, das privatizações, supressão da soberania individual e coletiva sobre sua força de trabalho, produção e possibilidades de escolha/decisão.

O letramento racial da sociedade, o fortalecimento da identidade racial e valorização da história e da cultura afro-brasileira e indígena desde o ensino fundamental e médio em escolas públicas e privadas (obrigatórias a partir das leis 10.639/2003 e 11.645/2008) são algumas estratégias de ação que vem sendo implantadas timidamente nos últimos 20 anos. Com expectativa de obter efeito a longo prazo, ações direcionadas ao reconhecimento das iniquidades e especificidades étnicas enfrentam obstáculos a partir das políticas de austeridade, coercitivas e discriminatórias (BATISTA; BARROS, 2017; FARIAS et al., 2019; SANTOS et al., 2022; SCALCO; NUNES; LOUVISON, 2020).

Como exemplo de políticas de austeridade temos a Emenda Constitucional Nº 95 de 15 de dezembro de 2016 (BRASIL, 2016) instituiu um novo regime fiscal que limitou investimentos em despesas primárias, inclusive o percentual de investimento nas áreas de saúde e educação. Na sequência, a mudança na Política Nacional de Atenção Básica (2017) permitiu a redução do tamanho das equipes de atenção primária à saúde, principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde que tem por característica, no seu processo de trabalho, atuar junto das realidades territoriais.

As iniquidades em saúde da população indígena e negra que vive no Brasil foram expostas em alguns estudos anteriores sobre o itinerário terapêutico de pessoas quando necessitam de serviços especializados (BOUSQUAT et al., 2017; SANTOS FERREIRA et al., 2020; SIQUEIRA; JESUS; CAMARGO, 2016). As desigualdades nos itinerários terapêuticos da população não branca em relação a população branca, sugere que além da necessidade de conhecer e aprimorar os fluxos na Rede de Atenção à Saúde (RAS), para desenvolver estratégias que garantam o acesso integral e facilitado aos serviços de saúde especializado é preciso reconhecer as iniquidades de gênero, étnicas e regionais. Reforça-se, portanto a necessidade de investimento na APS através da ESF, ampliada e coordenadora do cuidado quando se pretende efetivar uma rede de atenção à saúde.

5.5 **Limitações do estudo em relação ao referencial metodológico**

Os resultados apresentados neste estudo requerem ser analisados e apreendidos com cautela, visto que as observações provenientes de dados secundários podem ser insuficientes para captar as determinações sociais em profundidade. Sem a pretensão de defender uma verdade absoluta, as interpretações dos resultados encontrados são observações possibilitadas

a partir de algumas perspectivas de análise, mas não de todas. Assim, sugerimos usar com ressalvas tais informações. Se possível, as ações de políticas públicas devem ser elaboradas envolvendo a participação das pessoas do território, desenvolvendo ações atinentes as necessidades loco-regionais, considerando as particularidades dos grupos populacionais.

Compreende-se que uma análise considerando dados (técnica de coleta e análise dos dados estatísticos), somado a técnica de coleta de dados considerando sujeitos, acrescido de discussão envolvendo o referencial metodológico, mais o olhar do pesquisador, promoveria uma análise mais profunda sobre o objeto em estudo e mais próxima à realidade da população investigada. Porém, a ausência da interlocução com os sujeitos neste estudo não diminuiu a validade ou precisão da tese e dos resultados apresentados uma vez que foi alcançado o objetivo.

O presente estudo permitiu uma análise das internações ocorridas no Brasil, sendo possível identificar os pontos críticos e a discussão abordou todos os resultados observados nos diferentes perfis. No entanto, o recorte e desenho escolhidos não permitiram aprofundamento a respeito dos sujeitos internados no período avaliado. Talvez, uma das dificuldades ao estudar iniquidade considerando a população do Brasil inteiro seja a própria extensão territorial e distintas características geográficas, culturais, sociais e econômica. Recomenda-se aprofundar cada um dos pontos críticos por meio de estudos específicos, utilizando-se de desenho que permita maior aprofundamento, com envolvimento dos sujeitos envolvidos para construir propostas adequadas às suas realidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu discutir as iniquidades a partir dos dados sobre internação, sinalizando para necessidade de investigações sobre o processo das pessoas em busca desse recurso e quais são as dificuldades e possibilidades disponíveis para elas considerando seu gênero, raça/cor e território de residência. Diante de situações de desencorajamento inerente as iniquidades vivenciadas no dia a dia se fazem importante conhecer e compreender quais são as possibilidades que as pessoas que estão em condição desigual (inferior) de acesso tem para decidir qual percurso terapêutico seguir e por onde começam, ou se esperam que esse percurso seja definido pelos profissionais de saúde que os atende, pelo sistema de saúde.

A matriz de dados sinalizou pontos críticos para ação. A clara desvantagem da população residente no Norte e Nordeste do país em comparação as demais Regiões, permanece indicando necessidades de ampliação de acesso a ambientes e serviços promotores de saúde (ambientes sustentáveis, soberania pessoal e coletiva dos bens vitais, solidariedade, e ambientes seguros à vida). O perfil de morbidade hospitalar de pessoas indígenas e pretas, com suas especificidades nas causas de internação requerem ações que contemplem as realidades territoriais e qualificação profissional para lidar com a diversidade nas relações de cuidado.

A alta prevalência de internação de pessoas com raça/cor Amarela, aponta para a necessidade de conhecer os processos de cuidado e acesso a serviços de APS no Brasil dessa população.

Para que as ações sobre os pontos críticos sejam sustentáveis é imprescindível que mobilizem uma transformação no território. Assim, para o reconhecimento das necessidades territoriais, planejamento e controle, recomenda-se o envolvimento de atores políticos, profissionais da assistência, sociedade civil, pessoas idosas e seus cuidadores nos processos de ação.

Considera-se ainda recorrer a desenhos de estudo que utilizem técnica de investigação que inclua sujeitos de pesquisa, afim de analisar não só os serviços de saúde (processos de trabalho e profissionais), mas as ações de Políticas Públicas voltadas para o cuidado de pessoas idosas disponíveis no território e a capacidade das famílias e comunidade de lidarem com a complexidade do adoecimento de uma pessoa idosa: prestar o suporte, cuidar, intervir no percurso terapêutico, e assistir no cuidado individual considerando as disponibilidades de recursos (físico, estrutura da moradia, disponibilidade de insumos que podem facilitar ou dificultar o ato do cuidado, a possibilidade de manutenção da sua autonomia e independência).

REFERÊNCIAS

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health services research**, v. 9, n. 3, p. 208–20, 1974.

AFONSO, M. P. D. et al. Association between hospitalisation for ambulatory care-sensitive conditions and primary health care physician specialisation: a cross-sectional ecological study in Curitiba (Brazil). **BMJ Open**, v. 7, n. 12, p. e015322, 4 dez. 2017.

AGYEMANG-DUAH, W.; PEPRAH, C.; PEPRAH, P. "Let's talk about money": How do poor older people finance their healthcare in rural Ghana? A qualitative study. **International Journal for Equity in Health**, v. 18, n. 1, p. 1–12, 2019.
ALDA MARIA JUSTO, FLÁVIA EMÍLIA CAVALCANTE VALENÇA FERNANDES, PRISCYLLA HELENA ALENCAR FALCÃO SOBRA, VITÓRIA DE BARROS SIQUEIRA, E. DE A. N. Custos das internações hospitalares entre idosos usuários do sistema único de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE onl ine**, v. 7, n. 10, p. 6013–6018, 2013.

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1337–1349, jun. 2009.

ALMANÇA, A. C. D.; JARDIM, S. P.; DUARTE, S. R. M. P. Epidemiological profile of the patient undergoing cataract surgery. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 77, n. 5, 2018.

ALMEIDA, P. F. DE et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 320–335, jun. 2016.

ALMEIDA, P. F. DE et al. Coordination of care and Primary Health Care in the Unified Health System. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 244–260, set. 2018.

ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica**. [s.l.] Campus, 1989.

ALVES, F. T. A. et al. Mortalidade proporcional nos povos indígenas no Brasil nos anos 2000, 2010 e 2018. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 691–706, set. 2021.

ANDRADE, M. V. et al. A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 31, n. 6, p. 1175–1187, 2015.
ANS. **Informações em Saúde Suplementar**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_tx.def>. Acesso em: 25 jul. 2019.

AROKIASAMY, P. et al. The impact of multimorbidity on adult physical and mental health in low- and middle-income countries: What does the study on global ageing and adult health (SAGE) reveal? **BMC Medicine**, v. 13, n. 1, p. 1–16, 2015.

BASTOS, J. L. et al. Características sociodemográficas de indígenas en los censos Brasileños de 2000 y 2010: Un enfoque comparativo. **Cadernos de Saude Publica**, v. 33, 2017.

BATISTA, L. E.; BARROS, S. **Enfrentando o racismo nos serviços de saúde**. **Cadernos de Saude Publica**Fundacao Oswaldo Cruz, , 2017.

BERTAGNOLI, M. S. F. F. et al. Challenges to the shared care management concept between caregivers and professionals of the Brazilian Home Care Service. **Physis**, v. 31, n. 1, 2021.

BOUSQUAT, A. et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141–1154, abr. 2017.

BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Motivos e mecanismos de internação de crianças e adolescentes em hospital psiquiátrico: o circuito do controle. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, 2022.
BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. , 1988.

BRASIL. **Lei N 7.716, de 5 de Janeiro de 1989**. **Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos.**Brasil, jan. 1989. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7716.htm>. Acesso em: 28 jul. 2022

BRASIL. **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS**. **Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde**Brasília, mar. 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2022

BRASIL. **EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016** . Brasília: [s.n.].

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Portaria N 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008**. BrasilPortaria 221, , 17 mar. 2008. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html>. Acesso em: 27 jul. 2022

BREILH, J. **Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad**. 1a. ed. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina: Lugar Editorial, 2003.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia**, v. 31, n. 0, p. 19, 2013.

BREILH, J. Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 972–982, dez. 2015.

BREILH, J. **Critical Epidemiology and the People's Health**. [s.l.] Oxford University Press, 2021.

BURGARD, S. et al. Relatos diferenciados de experiências com discriminação no Brasil e Estados Unidos. **Cadernos de Saude Publica**, v. 33, 2017.

BUSBY, J.; PURDY, S.; HOLLINGWORTH, W. A systematic review of the magnitude and cause of geographic variation in unplanned hospital admission rates and length of stay for ambulatory care sensitive conditions. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 1, 2015.

CALDAS, A. D. R.; SANTOS, R. V.; CARDOSO, A. M. Ethnic and racial iniquities in infant mortality: implications of changes in recording color/race in national health information systems in Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 38, n. 4, 2022.

CASTELLANOS, P. L. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. **Boletin Epidemiologico: Organicazción Panamericana de la Salud**, v. 10, n. 4, p. 1–16, 1990.

CECILIO, L. C. DE O. et al. Primary healthcare and the construction of thematic health networks: what role can they play? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2893–2902, nov. 2012.

CHERNICHARO, I. DE M.; FERREIRA, M. DE A. Meanings of care for the hospitalized elderly from the perspective of caregivers. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2015.

CHOR, D.; STERN, A. M.; SANTOS, R. V. **Raça, saúde e discriminação: Perspectivas históricas e contemporâneas no Brasil e Estados Unidos**. **Cadernos de Saude Publica**Fundacao Oswaldo Cruz, , 2017.

CHUN, S.-Y.; KIM, W.; PARK, E.-C. Disparities in avoidable hospitalization by income in South Korea: data from the National Health Insurance cohort. **European Journal of Public Health**, v. 29, n. 2, p. 225–231, 1 abr. 2019.

MENDONÇA, C. S.; NEDEL, F. B.; BATISTA, S. R.. A utilização do indicador internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil. In: MARIA HELENA MAGALHÃES

DE MENDONÇA ET AL. (Ed.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 527–568.

COCKERHAM, W. C.; HAMBY, B. W.; OATES, G. R. The Social Determinants of Chronic Disease. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 52, n. 1, p. S5–S12, jan. 2017.

CORRÊA, P. K. V. et al. Prevalence of hypertension and diabetes mellitus among indigenous peoples. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 2021.

CUI, Y. et al. Geographical variation analysis of all-cause hospital readmission cases in Winnipeg, Canada Organization, structure and delivery of healthcare. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 1, p. 1–7, 2015.

CUNHA, E. M. DA; GIOVANELLA, L. Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables to the evaluation of Primary Health Care in the context of the Brazilian public health system. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. suppl 1, p. 1029–1042, 2011.

DATASUS. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade simples**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>. Acesso em: 21 mar. 2024.

DE ALMEIDA, E. R. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018.

DE ANDRADE, L. O. M. et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: Case studies from Latin American countries. **The Lancet**, v. 385, n. 9975, p. 1343–1351, 2015.
DE SÁ, F. DOS S. et al. Assessment of primary health care from the perspective of patients hospitalized for ambulatory care sensitive conditions. **Family Practice**, v. 33, n. 3, p. 243–248, 2016.
DOMINGUES, P. O MITO DA DEMOCRACIA RACIAL E A MESTIÇAGEM NO BRASIL (1889-1930). **Diálogos Latinoamericanos**, n. 010, p. 1–17, 2005.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 23 set. 1988.

DUAN, W. et al. How great is the medical burden of disease on the aged? Research based on "System of Health Account 2011." **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 15, n. 1, p. 1–10, 2017.

ESCOBAR, A. L. et al. Diarrhea and health inequity among Indigenous children in Brazil: Results from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, 12 dez. 2015.

FARIAS, Y. N. et al. Ethnic and racial inequalities in hospital admissions due to avoidable causes in under-five brazilian children, 2009-2014. **Cadernos de Saude Publica**, v. 35, 1 jan. 2019.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014.

FISHER, K. et al. Comorbidity and its relationship with health service use and cost in community-living older adults with diabetes: A population-based study in Ontario, Canada. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 122, p. 113–123, 2016.

FRANCO, R. F.; STRALEN, C. J. VAN. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA: DO CONFINAMENTO AO HABITAR NA CIDADE DE BELO HORIZONTE. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 312–321, ago. 2015.

FREITAS, F. P. DE P. et al. Experiences of brazilian doctors in their first months of primary health care in the Yanomami indigenous land. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 25, p. NA, 2021.

GIBSON, O. R.; SEGAL, L.; MCDERMOTT, R. A. A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive

conditions and primary health care resourcing. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 1, 2013.

GIOVANELLA, L. et al. The family health strategy coverage in brazil: What reveal the 2013 and 2019 national health surveys. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, p. 2543–2556, 2021.

GODOY VIEIRA, A.; MENDES, Á.; CARNUT, L. Economia brasileira e saúde: percepção de alunos de saúde pública sobre as contrarreformas e seus efeitos no sistema único de saúde (SUS) a partir de um processo de educação emancipatória. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 11, 12 dez. 2019.

GÓIS, A. L. B. DE; VERAS, R. P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2859–2869, set. 2010.

GONÇALVES, M. R. et al. Primary health care quality and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in the public health system in Porto Alegre, Brazil. **Family Practice**, v. 33, n. 3, p. 238–242, 2016.

GOMES, C. B. E S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1327–1338, abr. 2020.

HA, N. T. et al. A time-duration measure of continuity of care to optimise utilisation of primary health care: a threshold effects approach among people with diabetes. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. 276, 2 dez. 2019.

HONE, T. et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLoS Medicine**, v. 14, n. 5, p. 1–19, 2017.

HOOGERVORST-SCHILP, J. et al. Excess length of stay and economic consequences of adverse events in Dutch hospital patients. **BMC Health Services Research**, p. 1–7, 2015.
IBGE. **As terras indígenas são legalmente destinadas à posse permanente das comunidades que as ocupam**. Disponível em: <https://brasil500anos.ibge.gov.br/territorio-brasileiro-e-povoamento/historia-indigena/terras-indigenas.html>. Acesso em: 25 jul. 2022.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE. **Declaration of Alma-Ata International**. Alma-Ata: [s.n.].

JAMES MACINKO, C. S. M. The Family Health Strategy, a strong model of Primary Health Care that delivers results. **Saúde em Debate**, v. 42, n. especial(1), p. 18–37, 2018.

KARA-JUNIOR, N. et al. Consequences of cataract surgery public policies run by private contractors. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 80, n. 1, 2017.

KIM, A. M. et al. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions as an indicator of access to primary care and excess of bed supply. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. 1–7, 2019.

KRIEGER, N. Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? **Social Science & Medicine**, v. 39, n. 7, p. 887–903, out. 1994.

KRIEGER, N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. **International Journal of Epidemiology**, v. 30, n. 4, p. 668–677, ago. 2001.

KRIEGER, N.; DORLING, D.; MCCARTNEY, G. Mapping injustice, visualizing equity: Why theory, metaphors and images matter in tackling inequalities. **Public Health**, v. 126, n. 3, p. 256–258, mar. 2012.

KRIEGER, N.; WILLIAMS, D. R.; MOSS, N. E. Measuring Social Class in US Public Health Research. **Annual Review of Public Health**, v. 18, n. 16, p. 341–378, 1997.

LAY-FLURRIE, S. et al. Patient consultation rate and clinical and NHS outcomes: A cross-sectional analysis of English primary care data from 2.7 million patients in 238 practices. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. 1–7, 2019.

LEAL, M. DO C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 1, 2017.

LENTSCK, M. H.; MATHIAS, T. A. DE F. Hospitalizations for cardiovascular diseases and the coverage by the family health strategy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 611–619, ago. 2015.

LIMA CAVALETTI, A. C.; CALDAS, C. P.; DE LIMA, K. C. Social Context and Geographic Space: An Ecological Study about Hospitalizations of Older Persons. **Value in Health Regional Issues**, v. 17, p. 8–13, dez. 2018.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Changes in ten years of social inequalities in health among elderly brazilians (1998-2008) [Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saýde dos idosos brasileiros (1998-2008)]. **Revista de Saude Publica**, v. 46, n. SUPPL.1, p. 100–107, 2012.

LIOTTA, G. et al. Cost of hospital care for the older adults according to their level of frailty. A cohort study in the Lazio region, Italy. **PLoS ONE**, v. 14, n. 6, p. 1–13, 2019.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 121–134, 20 mar. 2012.

LOYOLA FILHO, A. I. DE et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 4, p. 229–238, 2004.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; MARINHO DE SOUZA, M. D. F. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13–19, 2006.

MAGGI, R. S. A saúde indígena no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 14, n. 1, p. 13–14, mar. 2014.

MAIA, L. G. et al. Hospitalizations due to primary care sensitive conditions: An ecological study. **Revista de Saude Publica**, v. 53, n. 1, p. 2, 29 jan. 2019.

MAÍRA MATHIAS. **A crise por trás da nova PNAB - Como as controversas mudanças na atenção básica se ligam ao contexto econômico e político do país**. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/a-crise-por-tras-da-nova-pnab>. Acesso em: 1 mar. 2024.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327–338, 2016.

MARINHO, G. L. et al. Classification of color/race in children from indigenous households in Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 35, 1 jan. 2019.

MARINHO, G. L. et al. Saneamento básico em domicílios indígenas de áreas urbanas da Amazônia Legal, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. spe, p. 177–186, 2021.

MARINHO, G. L.; CALDAS, A. D. R.; SANTOS, R. V. Indígenas residentes em domicílios: "Improvisados" segundo o censo demográfico 2010. **Physis**, v. 27, n. 1, p. 79–102, 1 jan. 2017.

MARQUES, A. P. et al. Hospitalization of older adults due to ambulatory care sensitive conditions. **Revista de Saude Publica**, v. 48, n. 5, p. 817–826, 2014.

MASSUDA, A. et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, v. 3, n. 4, p. e000829, 3 jul. 2018.

MELO-SILVA, A. M. DE et al. Hospitalizations among older adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. Suppl 2, p. 3s, 24 jan. 2019.

MENDONÇA, C. S. **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e qualidade da Saúde da Família em Belo Horizonte Brasil**. [s.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

MENDONÇA; NEDEL; BATISTA; MEDINA. A utilização do indicador internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil. Em: MARIA HELENA MAGALHÃES DE

MENDONÇA ET AL. (Ed.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, praticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 527–568.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS**. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**Brasil, 30 dez. 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 28 fev. 2024

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**Brasil, 21 set. 2017.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. DA C. G.; SILVA, A. L. A. DA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507–519, jun. 2016.

MORIMOTO, T.; DA COSTA, J. S. D. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e estratégia saúde da família: Uma análise de tendência. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 891–900, 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. National Policy of Primary Healthcare 2017: setbacks and risks to the Unified Health System. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, jan. 2018.

MUNIZ, J. O.; BASTOS, J. L. Volatilidade classificatória e a (In)consistência da desigualdade racial. **Cadernos de Saude Publica**, v. 33, 2017.

NASCIMENTO, M. S.; SILVA, M. B. B. E. Desinstitucionalização em debate: uma etnografia em eventos de saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe3, p. 33–44, out. 2020.

NOVAIS, M. C. M. et al. Factors associated with de-hospitalization of children and adolescents with complex chronic condition. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 39, 2021.

NUNES, B. P. et al. Hospitalization in older adults: association with multimorbidity, primary health care and private health plan. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

OLIVEIRA, V. H. F. P. DE et al. Analysis of financial resources for public health in Brazilian capitals: a time trend ecological study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud**. Genebra: [s.n.].

PALLADINO, R. et al. Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: Evidence from 16 European countries. **Age and Ageing**, v. 45, n. 3, p. 431–435, 2016.

PAZÓ, R. G. et al. Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1–12, 2017.

PEIXOTO, S. V. et al. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 4, p. 239–246, dez. 2004.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical care**, v. 19, n. 2, p. 127–40, fev. 1981.

PEREGALLI, E. **Como o Brasil ficou assim?** 7a. ed. [s.l.] Global, 1997.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687–707, 2002.

PINTO, E. C. P. et al. A Estratégia de Saúde da Família e as internações por condições sensíveis à atenção primária no Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 1, n. 2, p. 35–47, 2018.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. The family health strategy: Expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903–1913, jun. 2018.

PREVIATO, G. F. et al. Diminuição de internações por condições sensíveis à atenção primária em idosos no estado do Paraná. **Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 18, n. 2, p. 15, 2017.

PURDY, S. et al. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. **Public Health**, v. 123, n. 2, p. 169–173, fev. 2009.

RAFAEL GUERREIRO OSÓRIO. **O sistema classificatório de cor ou raça do IBGE**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2958>. Acesso em: 21 mar. 2024.

RAUPP, L. et al. Condições de saneamento e desigualdades de cor/raça no Brasil urbano: Uma análise com foco na população indígena com base no Censo Demográfico de 2010. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p. 1–15, 2017.

RAUPP, L. et al. Sanitation conditions of indigenous and nonindigenous households in brazil according the 2000 and 2010 national censuses. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3753–3764, 1 out. 2020.

RÊGO, A. S. et al. Fatores associados ao atendimento a idosos por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 20, n. 6, p. 778–789, 2017.

REIS, A. C. et al. Study of the evaluability of the Information System on Indigenous Health: potentialities and challenges for supporting local health administration. **Cadernos de Saude Publica**, v. 38, n. 5, 2022.

REIS, C. C. A.; MENEZES, T. M. DE O.; SENA, E. L. DA S. Vivências de familiares no cuidado à pessoa idosa hospitalizada: do visível ao invisível. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 702–711, set. 2017.

RIBEIRO, M. G.; SANCHO, L. G.; LAGO, R. F. DO. Gastos com internação do idoso em serviços privados de terapia intensiva em três capitais da região sudeste: São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 394–401, dez. 2015.

RIDAO-LÓPEZ, M. et al. Evolution of public hospitals expenditure by healthcare area in the Spanish National Health System: the determinants to pay attention to. **BMC health services research**, v. 18, n. 1, p. 696, 2018.

RIPSA. **Proporção de internações hospitalares (SUS) por causas**. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2009/d-14/>. Acesso em: 29 abr. 2016.

ROCHA, P. R. DA; DAVID, H. M. S. L. Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 129–135, fev. 2015.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. et al. Hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions, Minas Gerais, Southeastern Brazil, 2000 and 2010. **Revista de Saude Publica**, v. 48, n. 6, p. 958–967, 2014.

ROSANO, A. et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: A systematic review. **European Journal of Public Health**, v. 23, n. 3, p. 356–360, 2013.

ROSER, M. The link between health spending and life expectancy: the US is an outlier. **Institute for New Economic THinking**, 2016.

SALLES, M. M. B. S. Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 97, p. 324–335, 2013.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Network of Psychosocial Care: Evaluation of the structure and process of mental healthcare linkage. **Cadernos de Saude Publica**, v. 37, n. 3, 1 abr. 2021.

SANTANA, P. **Introdução à geografia da saúde território, saúde e bem-estar**. [s.l.] Imprensa da Universidade de Coimbra, 2014.

SANTOS FERREIRA, R. B. et al. Implications of institutional racism in the therapeutic itinerary of people with chronic renal failure. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 38, n. 2, 10 jul. 2020.

SANTOS, M. **Técnica Espaço Tempo: globalização e meio técnico-científico informacional**. 2ª Edição ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 1994.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4ª Edição ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SANTOS, M. **Metamorfoses do Espaço Habitado: fundamentos Teóricos e metodológicos da geografia**. 6ª Edição ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

SANTOS, R. V. et al. **Should there be recommendations on the use of "race" in health publications? An emphatic "yes", especially because of the implications for antiracist practices**. **Cadernos de Saude Publica**Fundacao Oswaldo Cruz, , 2022.

SCALCO, N.; NUNES, J. A.; LOUVISON, M. Social control in the indigenous health care subsystem: A silenced structure. **Saude e Sociedade**, v. 29, n. 3, p. 1–14, 2020.

SILVA, A. M. DE M. et al. Use of health services by Brazilian older adults with and without functional limitation. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl 1, 2017.

SILVEIRA, R. E. DA et al. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Einstein (São Paulo)**, v. 11, n. 34, p. 514–520, 2013.

SIQUEIRA, S. M. C.; JESUS, V. S. DE; CAMARGO, C. L. DE. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 179–189, jan. 2016.

SOUZA, N. F. DE et al. Planning of hospital discharge for patients who underwent myocardial revascularization surgery: Challenges to nurses' performance. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, p. 1–11, 2020.

SOUZA JÚNIOR, M. A.; MENDES, A. Efeitos das políticas econômicas restritivas sobre a condição de saúde dos brasileiros. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 12, p. 1–32, 8 abr. 2020.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quaterly**, v. 83, n. 3, p. 457–502, 2005.

SUCHECKA, J.; URBANIAK, B. Determinants Of Healthy Ageing For Older People In European Countries – A Spatio-Temporal Approach. **Comparative Economic Research**, v. 19, n. 5, 1 jan. 2016.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. A review of concepts in health services access and utilization. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. suppl 2, p. S190–S198, 2004.

VAN DEN HEUVEL, W. J. A.; OLAROIU, M. How Important Are Health Care Expenditures for Life Expectancy? A Comparative, European Analysis. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 18, n. 3, p. 276.e9-276.e12, 1 mar. 2017.

VAN LOENEN, T. et al. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: A systematic review. **Family Practice**, v. 31, n. 5, p. 502–516, 2014.

VERAS, R. P. et al. Integration and continuity of care in health care network models for frail older adults. **REVISTA DE SAUDE PUBLICA**, v. 48, n. 2, p. 357–365, 2014.

VETRANO, D. L. et al. Frailty and multimorbidity: A systematic review and meta-analysis. **Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 74, n. 5, p. 659–666, 2019.

VIACAVA, F.; BELLIDO, J. G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 351–370, fev. 2016.

WANG, H. H. X. et al. Relationships of multimorbidity and income with hospital admissions in 3 health care systems. **Annals of Family Medicine**, v. 13, n. 2, p. 164–167, 2015.

WONG, K. S.; RYAN, D. P.; LIU, B. A. A system-wide analysis using a senior-friendly hospital framework identifies current practices and opportunities for improvement in the care of hospitalized older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 62, n. 11, p. 2163–2170, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2008: primary health care now more than ever**. Geneva: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**. Geneva, Switzerland: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaration of Astana. **Global Conference on Primary Health Care**, p. 12, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Economics of Healthy and Active Ageing Will - Will population ageing spell the end of the Welfare State? A review of evidence and policy options**. Copenhagen: [s.n.].

YARNALL, A. J. et al. New horizons in multimorbidity in older adults. **Age and Ageing**, v. 46, n. 6, p. 882–888, 2017.

ANEXO A - Comprovação de submissão do 1º artigo científico

[JMPHC] Agradecimento pela submissão Caixa de entrada ×

JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care revistajmphc@gmail.com por emnuvens.com.br ter., 18 de ago. de 2020 13:44
para mim

Ana Carolina Lima Cavaletti,

Agradecemos a submissão do trabalho "Condições sensíveis à atenção primária: o protagonismo da Estratégia Saúde da Família na prevenção de internações de pessoas idosas" para a revista JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750.
Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: https://www.jmphc.com.br/jmphc/authorDashboard/submission/1030
Login: carolinacavaletti

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care
JMPHC

ANEXO B - Comprovação de aceite do 1º artigo científico

[Revista JMPHC] Artigo aceito p/ publicação - taxa de publicação Caixa de entrada ×

Journal of Management and Primary Health Care JMPHC <revistajmphc@gmail.com> sáb., 10 de jul. de 2021 16:20
para mim

Prezada autora,

nós da JMPHC gostaríamos de convidá-lo para compor o próximo volume de publicação da revista com o seu artigo ACEITO: **ID 1030 - "Condições sensíveis à atenção primária: o protagonismo da Estratégia Saúde da Família na prevenção de internações de pessoas idosas".**

A revista JMPHC com o intuito de melhorar o serviço de publicação que vem prestando à comunidade científica, seguirá em 2021 com publicação no formato (*rolling pass*) para agilizarmos a divulgação dos trabalhos aprovados.
A JMPHC também tem realizado a atribuição do DOI em cada artigo publicado e nos seus últimos volumes tem publicado no formato XML. O nosso intuito com essas adequações é melhorar a qualidade dos artigos científicos e buscar a indexação em bases de dados reconhecidas, como Scielo, Lilacs e Redalyc.

Assim, informamos que a **taxa atual de publicação na revista tem o valor de R$ 450,00** que pode ser rateada entre os autores. Para mais informações acesse: http://www.jmphc.com.br/jmphc/about

Para a publicação do seu artigo, você deverá **realizar o pagamento da taxa de publicação e nos enviar o comprovante de pagamento para o e-mail da revista (revistajmphc@gmail.com)**. Aguardaremos o envio do comprovante até 16/07/21 para prosseguirmos na diagramação e publicação do artigo.
Segue as informações bancárias da Editora Executiva da Revista (Lúcia D S Guerra):

Banco do Brasil
LÚCIA D S GUERRA, CPF 755.938.582-68
ag: 5960-9
c/c: 7.213-3

Ativar o Windows
Acesse Configurações para ativar o Windows.

Agradecemos por sua colaboração. Ficamos à disposição para qualquer esclarecimento.

ANEXO C – Formato final do 1º artigo científico submetido

Condições sensíveis à atenção primária: o protagonismo da Estratégia Saúde da Família na prevenção de internações de pessoas idosas.

Primary Care Sensitive Conditions: the role of the Family Health Strategy in preventing hospitalizations for the older people.

Condiciones Sensibles a la Atención Primaria: el papel de la Estrategia Salud de la Familia en la prevención de hospitalizaciones de personas mayores.

Resumo:

Este ensaio crítico foi delineado tendo como objetivo discutir o protagonismo da Atenção Primária à Saúde (APS) para a prevenção de internações de pessoas idosas por condições sensíveis à atenção primária. Inicialmente é abordado o conceito de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) e fatores associados a tais internações. A seguir, a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) como medida para redução de iniquidades em saúde e a rede de atenção à saúde da pessoa idosa são discutidas. Por fim, uma reflexão sobre os desafios para a expansão da APS no país é apresentada. Como conclusão, ressalta-se que para que seu protagonismo seja real é necessário que a APS seja expandida para todo território nacional e, executada pela ESF, cumpra seu papel na redução de iniquidades em saúde. Portanto, o fortalecimento da APS é um caminho que precisa ser seguido para corresponder às expectativas dos usuários e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Hospitalização, Idoso, Sistemas de Saúde.

Abstract: This theoretical study was designed with the objective of discussing the protagonism of Primary Health Care (PHC) for the prevention of hospitalizations due to *Primary Care Sensitive Conditions* (PCSCs) of older people. Initially, is approached the concept of PCSCs and factors associated with such hospitalizations. The coverage of the Family Health Strategy (FHS) as a measure to reduce health inequities and the

health care network for the elderly are discussed below. Finally, a reflection on the challenges for PHC expansion in the country is presented. As a conclusion, it is emphasized that in order for its protagonism to be real, PHC must be expanded to the entire national territory and, performed by the ESF, fulfill its role in reducing health inequities. Therefore, strengthening PHC is a path that needs to be followed to meet the expectations of brazilian health system users and managers.

Keywords: Primary Health Care, Hospitalization, Aged, Health Systems.

Resumen:

Este estudio teórico fue diseñado con el objetivo de discutir el papel de la Atención Primaria de Salud (APS) para la prevención de hospitalizaciones de personas mayores por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria. Inicialmente se aborda el concepto de hospitalizaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria (CSAP) y los factores asociados con dichas hospitalizaciones. La cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) como una medida para reducir las inequidades en salud y la red de atención a la salud para los ancianos se discuten a continuación. Finalmente, hay una reflexión sobre los desafíos para la expansión de APS en el país. Como conclusión, se enfatiza que para que su papel sea real es necesario que la APS se expanda a todo el territorio nacional y, realizada por la ESF, cumpla su papel en la reducción de las inequidades en salud. Por lo tanto, fortalecer la APS es un camino que debe seguirse para cumplir con las expectativas de los usuarios y gerentes del Sistema Único de Salud (SUS).

Palabras-claves: Atención Primaria de Salud, Hospitalización, Anciano, Sistemas de Salud.

Introdução

A maioria das pessoas idosas que vive no Brasil deposita no Sistema Único de Saúde (SUS) a expectativa de resolver seus problemas, pois muitas vezes o único serviço de saúde do município onde residem é o ofertado por esse sistema.[1] Além

disso, a constituição brasileira garante o direito de assistência à saúde a todos[2] e embora serviços de saúde privados estejam disponíveis, estes dependem do poder de compra das pessoas. Tal fato se expressa na cobertura estimada dos planos privados para pessoas com 60 anos ou mais, que em maio de 2019 era de apenas 31,3%. Essa cobertura ainda varia entre os estados brasileiros. Por exemplo, em São Paulo a cobertura era de 50,4% enquanto no Tocantins, 7,1% no mesmo período.[3]

Ao pensar nas internações das pessoas idosas como desfechos de saúde que não puderam ser resolvidos nos serviços ambulatoriais,[4,5] é importante destacar que a Estratégia Saúde da Família (ESF) oferece o serviço de saúde mais próximo da população. O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) se baseia em atributos essenciais (aceso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (orientação familiar, orientação comunitária, competência cultural),[6] sendo representado no Brasil pela ESF.[7]

A coordenação do cuidado, imprescindível para o cuidado adequado à pessoa idosa, também está sob responsabilidade da ESF.[8] Sendo assim, é importante compreender o papel da APS no Brasil considerando a atenção integral à saúde da pessoa idosa. Assim, o objetivo deste ensaio é discutir o protagonismo da Atenção Primária à Saúde para a prevenção de internações de pessoas idosas por condições sensíveis à atenção primária.

Método

Este ensaio crítico foi delineado tendo em perspectiva as taxas de internações hospitalares de pessoas idosas financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e o contexto social, econômico, demográfico e de serviços de saúde dos municípios de residência dessas pessoas internadas.

Inicialmente é abordado o conceito de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) e fatores associados a tais internações. A seguir, a cobertura da ESF como medida para redução de iniquidades em saúde e a rede de atenção à

saúde da pessoa idosa são discutidas. Por fim, uma reflexão sobre os desafios para a expansão da APS no país é apresentada.

Devido à natureza reflexivo-teórica do presente estudo, é dispensada a avaliação por Comitê de ética em Pesquisa, em acordo com as normas estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510, de 07 de abril de 2016.

Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária: conceito e fatores associados

As Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) constituem uma medida de uso hospitalar, desenvolvida para medir indiretamente a efetividade de serviços ofertados na APS.[9,10] Esse indicador é formado por condições que levam a hospitalizações que poderiam ser evitadas se as pessoas recebessem, no momento adequado, assistência com qualidade por meio da prevenção, do controle do episódio agudo e de uma gestão efetiva nos casos de doenças crônicas.[9–11]

O estudo da relação entre as hospitalizações e a qualidade do funcionamento da APS tem indicado que altas taxas de ICSAP podem revelar uma baixa qualidade nesse modelo de assistência. Ressalta-se que o acesso oportuno e a continuidade de cuidado (relacionamento de longo prazo com um profissional da atenção primária) são os atributos da APS mais importantes para a redução de hospitalizações evitáveis.[12]

Uma revisão sistemática sobre a relação entre hospitalizações evitáveis e acesso a atenção primária encontrou que, independente do sistema de saúde vigente no país, quanto maior a presença da atenção primária, menor a taxa de ICSAP.[13] A continuidade do cuidado tem sido adotada como medida de qualidade da APS, satisfação do usuário[12] e tem importância especial para a população idosa devido sua necessidade de acompanhamento de saúde para doenças crônicas.[14,15] Entretanto, muitos fatores influenciam as internações hospitalares e devem ser considerados ao se analisar as ICSAP.

Em relação ao processo de trabalho, a maior oferta de profissionais (médicos e enfermeiros) na APS e sua menor carga de trabalho são associados a menores taxas de ICSAP, principalmente aquelas devido a doenças crônicas.[13,20] O tamanho da lista

de pacientes por profissional, o tipo de prática de cuidado (uso de tecnologias de gestão clínica e de continuidade do cuidado) e a colaboração interprofissional (atendimento multiprofissional na APS) também tem efeitos sobre essas internações.[12,16,17]

Por outro lado, quando a APS é ofertada sob uma lógica de mercado, onde o serviço e os profissionais envolvidos possuem vinculo organizacional e financeiro com o hospital, pode haver uma indução da demanda para os serviços hospitalares. Esta é uma teoria que justifica uma redução mais discreta de ICSAP nos EUA, onde os serviços da atenção primária são ofertados por profissionais vinculados ao hospital, o que não ocorre em outros países como Inglaterra e Holanda. Esse fato expõe que o modo como os cuidados primários são organizados em cada país implica diferentemente na magnitude dos desfechos de saúde de sua população.[12]

Ainda sobre diferenças regionais, um estudo revisou possíveis causas de variação das taxas de ICSAP entre países membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) relatadas até 2013. Os autores observaram que um fácil acesso a atenção secundária (principalmente a disponibilidade de leitos hospitalares) e a qualidade do cuidado ou acesso inadequados na atenção primária conduziram a variação entre as taxas de internações evitáveis.[9]

Na mesma direção, Kim et al.[18] constataram que a expansão da cobertura e alta densidade de médicos na atenção primária levaram a redução de internações evitáveis na Coreia. Os autores também relataram que níveis elevados de privação socioeconômica foram associados a maiores taxas de internações. Além disso, regiões com grande quantidade de hospitais com até 300 leitos (considerados pelos autores como pequeno e médio porte) foram associadas a maiores taxas de ICSAP. Os autores justificam esse resultado com a possibilidade irrestrita do usuário acessar todos os níveis de assistência, sem que a atenção primária funcione como porta de entrada preferencial no sistema, além de desigualdades na distribuição dos serviços de saúde, especialmente de cuidados primários no país.

Internações sempre irão ocorrer, mas taxas de ICSAP elevadas podem indicar a necessidade revisar as estratégias utilizadas para conduzir problemas de saúde de pessoas que vivem com morbidades.[10,17] Acrescenta-se que a interferência política nos sistemas é frequentemente influenciada pela tradição e cultura do país ou região. Além disso, medidas que funcionam em um país podem não funcionar em outras, bem como diferentes estratégias de abordagem podem ser necessárias para pessoas com diferentes condições ou especificidades de saúde (crianças, adultos, idosos, segmento populacional socialmente excluído).[12]

Na Inglaterra, onde APS está consolidada, o maior percentual de pessoas com mais de 64 anos, moradores de área urbana e pertencentes ao menor quintil de renda assistidos pela equipe da atenção primária são fatores associados a maiores taxas de internação hospitalar. Em contrapartida, a facilidade para conseguir ser consultado (medido pelo número de consultas anuais), a qualidade do cuidado e a satisfação dos usuários com os serviços da APS são associados a menos internações.[17]

Muitos estudos[6,12,13,16] mostram que a força do sistema de cuidados primários de um país está associada a melhores resultados de saúde da população, impactando em todas as causas de mortalidade e mortalidade prematura devido causas específicas como as doenças respiratórias e cardiovasculares. Essa força do sistema é alcançada quando a atenção primária é o primeiro contato da pessoa com o serviço de saúde quando necessita, garante cuidado continuado, integral e bem coordenado à população.[12]

No Brasil, alguns estudos demonstram redução das hospitalizações por causas evitáveis associados a ampliação da atenção primária à saúde no país.[19–24] Outros estudos não encontraram associação significativa entre a redução com a cobertura da ESF,[25–27] ou ainda, relatam aumento das ICSAP em algumas regiões de saúde.[23,50]

Maior prevalência de hospitalização de idosos no Brasil foi associada à diagnóstico prévio de doença crônica, limitação para realizar atividades básicas de vida diária, residir em zona rural e nas regiões Norte e centro oeste do país.[28] Apesar da

idade e a presença de morbidade (≥ 2) estarem associadas a maiores percentuais de hospitalização de idosos seja por causa geral ou não cirúrgica, residir em locais com cobertura pela ESF foi associada a menor prevalência de internação naqueles que não possuem plano de saúde privado em Bagé, RS.[24]

Outros fatores da dimensão individual e de acesso ao sistema podem também interferir na busca de idosos por atendimento em unidade de pronto atendimento (entendida como unidade de emergência) devido a condições sensíveis a atenção primária. Os resultados de estudo realizado no noroeste do Paraná em 2015, com 191 pessoas idosas, indicaram que aqueles que possuíam diagnóstico de doença crônica tinham mais chance de buscar atendimento de emergência (OR: 1,42; IC 95%: 1,08 – 5,42; p <0,001). A ausência de médicos na unidade de atenção primária no momento em que a pessoa buscou assistência também foi associada à busca de atendimento na unidade de emergência (OR: 1,36; IC 95%: 1,03 – 5,38; p< 0,001).[29]

Há de se considerar a existência de modos variados de organização da atenção primária no país. Ao avaliar a qualidade da atenção primária a partir da entrevista de 314 pessoas (26,4% assistidas pela ESF e 73,6% por unidade de APS tradicional), a dimensão do índice de APS pior avaliado foi o acesso, sem diferença entre os usuários das modalidades de organização da APS. Porém, as dimensões acompanhamento longitudinal (cuidado continuado) e orientação com foco na família e comunidade foram melhor avaliadas pelos usuários da ESF.[30]

Gonçalves e Hauser[26] verificaram a relação entre a qualidade da APS e as ICSAP em uma amostra de 1200 pessoas residentes em Porto Alegre. Os autores constataram que durante 2006 e 2011, anos iniciais de implantação da ESF nos locais do estudo, a qualidade da APS ofertada pelas unidades avaliadas não foi associada às ICSAP ocorridas na amostra. Entretanto, ter 60 anos ou mais idade, baixa escolaridade, ser de etnia não branca e fisicamente inativo foram associados às ICSAP de 277 (23%) pessoas, totalizando 513 internações no período.

Afonso et al.[31] avaliaram a presença de médico com especialização em medicina de família, em 109 unidades de atenção básica em Curitiba (64 unidades de ESF e 44 unidades tradicionais de APS) e sua relação com ICSAP. Nesse estudo, o percentual de alfabetização dos moradores com 10 anos ou mais idade esteve associado com menor taxa de ICSAP na população assistida, bem como a presença de médico com a referida especialização atuando na unidade de ESF. A presença de médicos com especialização em outras áreas não foi associada a redução de ICSAP nesse estudo. Os autores sugerem que a ESF como modelo de APS é efetiva para reduzir custos financeiros (relacionados a internações evitáveis) e sofrimento da população, diante da expectativa de aumento do percentual de pessoas vivendo com doenças crônicas no país. [31]

Cobertura pela Estratégia Saúde da Família e impacto sobre iniquidades em saúde

Há diferenças na cobertura, no acesso e na oferta de cuidados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) entre os municípios brasileiros. Parte dessas diferenças se referem a mecanismos de gestão e desigualdades sociais do país.[32,33]

Travassos e Martins[34] revisaram os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde e concluíram que este último não depende apenas da oferta pelos sistemas de saúde. Fatores individuais, contextuais e também a qualidade do cuidado interferem diferentemente no uso dos serviços de saúde.

Sob as perspectivas geográfica, econômica e social, identificadas por Donabedian (1988),[35] pesa que o acesso seja influenciado pela percepção da pessoa para uma necessidade de cuidado e reconhecimento de um determinado local para receber esse cuidado; disponibilidade e oportunidade para acessar o serviço. No processo, dentro da unidade de saúde, existe ainda o acesso ao cuidado (e por que não a qualidade do cuidado) relacionado ao gênero, cor, fatores culturais e continuidade do cuidado.[36]

O acesso contempla também a disponibilidade do serviço, acessibilidade geográfica, acolhimento e adequação (*accomodation*), capacidade de compra e aceitabilidade.[37] Sob essa perspectiva é possível compreender como o aumento da cobertura e da distribuição geográfica das unidades básicas de saúde que adotam a

ESF promove o acesso da população e aumenta a capacidade de respostas às necessidades das pessoas.

A oferta de uma assistência medicalizadora, transferindo a responsabilidade do 'cuidado familiar' para a unidade de saúde, reduz gradativamente sua autonomia e reforça a cultura da medicalização. Por outro lado, como as influências são diversas, cabe destinar a atenção para a cultura expressada pelas pessoas. Existe uma influência da mídia, do acesso disponível (se as unidades de saúde só oferecem remédio, aumentará a demanda por remédio, por exemplo).

Comparando a cobertura da Estratégia Saúde da Família estimada pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 com dados administrativos e coberturas anteriores avaliadas pela Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) de 2008, Malta et al.[32] encontraram uma proporção de 53,4% (IC95%: 52,1-54,6) domicílios cadastrados em unidade de saúde da família no Brasil. Nesse estudo, foi encontrada diferença significativa também entre as áreas urbana e rural, com proporção de cobertura de 50,6% e 70,9%, respectivamente. Acrescenta-se que a região Nordeste apresentou o maior percentual, com 64,7%, seguida da região Sul (56,2%) e o Sudeste teve o menor valor com 46,0% de cobertura pela ESF.

O referido estudo sobre a cobertura da ESF[32] apontou que além da ampliação da cobertura das equipes de saúde da família no Brasil, houve priorização de serviços, como maior proporção de cadastro de domicílios onde vivem pessoas com menor escolaridade, além de visitas domiciliares em famílias mais vulneráveis, visando à inclusão e a redução da iniquidade em saúde. Estes dados sinalizam que a diretriz do SUS em priorizar a cobertura para populações vulneráveis tem sido alcançada.

No Brasil, na maior parte dos municípios, os serviços de APS, especialmente a ESF, estão em locais onde a maioria das pessoas tem condições socioeconômicas desfavoráveis, contribuindo para maior equidade em saúde.[10] Ademais, Mendonça[38] inferiu uma relação estreita entre a vulnerabilidade socioeconômica e internações por

ICSAP, destacando a importância da APS na redução de iniquidades de saúde, principalmente na população idosa e socialmente vulnerável.

A ampliação da cobertura da população em 1622 municípios no período de 2000 a 2012 foi associado a redução no número de óbitos devido a condições sensíveis a atenção primária, com diferenças importantes entre população de pretos/pardos e brancos.[39] Houve redução de 15,4% (RR: 0,846; IC 95%: 0,796 - 0.899) no número de óbitos de pretos/pardos devido CSAP, passando de 93,3 para 57,9 óbitos por 100,000 habitantes com essa cor/raça. Entre brancos, a redução foi de 6,8% (RR: 0,932; IC 95%: 0.892 - 0.974), passando de 75,7 para 49,2 óbitos por 100,000 habitantes com essa cor/raça. Esse resultado mostra que a expansão da atenção primária no Brasil, através da ESF, colaborou para a redução de iniquidades de saúde devido a cor.[39]

No estado do Espírito Santo, entre 2000 a 2014, houve redução das taxas de ICSAP associada à ampliação da taxa de cobertura da Estratégia Saúde da Família (RR: 0,60; IC 95%: 0,56-0,66). A redução também foi associada ao aumento na proporção de médicos por 1.000 habitantes (0,90, IC: 0,84-0,96), ao percentual de pretos e pardos (0,88, IC: 0,83-0,93) e de pessoas com ensino médio (0,87, IC: 0,76-0,99), enquanto houve acréscimo dessas hospitalizações a cada aumento do produto interno bruto per capita.[21]

Em relação a proporção de médicos por habitantes, há de se considerar que essa variável encobre os vazios de profissionais em alguns locais dentro dos municípios e estado. Outro ponto a ser considerado é que o provimento (haver profissional) é distinto de fixação do profissional, necessidade que requer estratégias a médio e longo prazo.

A ESF vem sendo implementada como estratégia de reduzir iniquidades, sendo ofertada inicialmente a populações que vivem em situação de maior vulnerabilidade e que teriam maior dificuldade de ter suas necessidades de saúde atendidas, se não fosse o serviço de saúde público. Nesse sentido, um estudo realizado no estado de Minas gerais[40] entrevistou moradores de 6.797 residências localizadas em áreas de

abrangência da ESF em todo o estado. Entre os resultados destaca-se a maior taxa de visitação (87%) por profissionais da equipe de saúde da família em residências onde vivia pessoa com 60 anos ou mais, principalmente que possuía diabetes ou hipertensão. Ressalta-se que essa taxa também variou quanto ao nível econômico dos entrevistados, de modo que moradores de 75% dos domicílios das classes A-B e 88% das classes D-E declararam ter recebido pelo menos uma visita dos profissionais da ESF nos 12 meses anteriores à pesquisa.[40]

Ao avaliar os efeitos da implementação da ESF no período de 1998 a 2017, Pinto e Giovanella[7] encontraram redução nas taxas de internação no período, principalmente das causadas por condições sensíveis a atenção primária (redução de 45% versus 22% para não- ICSAP). Os autores evidenciaram uma tendência a declínio na taxa de internação por condição sensível a atenção primária associada à cobertura das ESF no período de 2001 a 2016. Eles ressaltam que a melhoria de indicadores de saúde da população no período avaliado decorre do resultado sinérgico de um conjunto de políticas sociais implementadas pelos governos desse período, mas é plausível compreender que as ICSAP reduziram conforme a cobertura da ESF avançou. [7]

Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa: trajetórias que levam a internações

A coordenação do cuidado pela APS e as redes de atenção à saúde são elementos imprescindíveis quando se trata da atenção à saúde da pessoa idosa. Assim, é importante refletir sobre o percurso dos usuários para terem suas demandas de saúde resolvidas, utilizando ou não a rede do SUS.

Existe a legislação, a expectativa dos gestores em relação ao fluxo dos pacientes na Região de saúde e a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Porém, o percurso do paciente para conseguir assistência especializada ou a ausência de cuidados transicionais/comunicação entre a assistência especializada e a equipe da APS, mostra uma trajetória diferente do esperado. No estudo de Bousquat et al.,[41] os autores revelam uma segmentação dos serviços e busca de usuários por serviços público e privado em uma região com a RAS estruturada e ofertada por instituições filantrópicas (financiadas pelo SUS). Cabe questionar se tal busca ativa e segmentada demonstra

fragilidade na integração entre os serviços, descaracterizando o que deveria ser uma RAS.

A população idosa, em geral, convive com doenças crônicas que precisam de cuidado continuado. Eventualmente precisam de consulta com especialistas e espera-se que retornem ao médico da ESF. No entanto, características reais de unidades básicas de saúde expõem algumas limitações estruturais para que a atenção primária atue como elemento central da coordenação do cuidado do usuário, principalmente em relação com outros níveis de assistência.[42]

A partir de valores simbólicos e expectativas do usuário à respeito da unidade de atenção primária, Cecílio et al.[42] resumem-na como um posto avançado (para realizar alguns exames e acompanhamento de diabetes, por exemplo), ao mesmo tempo em que é um lugar onde se obtém recursos simples (remédios considerados baratos, receita e encaminhamento para especialistas ou procedimentos de média e alta tecnologia). Os usuários também reconhecem a impotência dos profissionais da equipe de saúde, principalmente quando se espera por recursos de complexidade tecnológica disponíveis em outros níveis do sistema ou quando avaliam necessitar de atendimento urgente.

A integração entre os serviços também depende da confiança e expectativas que os usuários depositam no sistema de saúde. A esse respeito, Cecílio et al.[42] apontam possíveis distorções, criando-se 'falsas necessidades' devido a uma reprodução ideológica que a medicina tecnológica e o complexo médico-industrial embutem incessantemente na cultura. Portanto, deve-se reconhecer que os usuários da vida real são estimulados a desejar adquirir tais bens de consumo.

Alinhado a essa preocupação com as condições materiais (tecnológicas, operacionais e organizacionais) da APS para exercer a coordenação do cuidado,[42] Bousquat et al.[41] apontam distintas trajetórias e itinerários terapêuticos percorridos por usuários da RAS de uma região com alto grau de desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços. Apesar das unidades da APS serem públicas próprias, nesta

região a oferta de assistência especializada (especialidades médicas, serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios bioquímicos) era predominantemente organizada, gerenciada e estava sob a governança de uma entidade filantrópica.

A partir da análise dos discursos de gestores sobre as condições materiais da RAS local e do relato de pacientes, Bousquat et al.[41] exemplificam desafios que comprometem o papel da APS como elemento central na RAS. Entre os relatos dos pacientes se destaca o desembolso para pagamento de exame em uma unidade particular durante hospitalização financiada pelo SUS e o fato de todos os encaminhamentos pós alta terem sido direcionados à serviços especializados público ou privado – nenhum para APS. A percepção dos usuários de que as unidades da APS são um 'local de coisas simples', somada ao perfil dos serviços e insuficiência na oferta de serviços especializados vinculados de fato à APS, fragilizam sua capacidade de coordenar o cuidado.[41]

Não é suficiente a existência da APS. Esta precisa estar inserida em uma RAS eficiente, na qual todos os pontos de atenção estejam atuando na lógica da integralidade. É sabido que múltiplas abordagens por especialistas distintos, sem uma coordenação do cuidado, são um risco para pessoas idosas, tendo como consequência iatrogenia, sintomas com maior gravidade e necessidade de internação.[15] Portanto, cabe questionar se: na ausência de uma assistência com a perspectiva gerontológica e existindo serviços especializados disponíveis (e acessíveis), os moradores do local preferem usar o hospital, unidades de emergência e consultas com médicos especialistas?

Ademais, será que a assistência especializada retém para si a gestão do cuidado que deveria ser da APS? Diante deste cenário, comum em regiões de saúde com importante dependência do setor privado,[41,43] se questiona se os municípios com mais dependência de serviços privados/filantrópicos têm taxas mais altas de internações de pessoas idosas que os municípios com menos dependência desse setor.

O município é responsável pela organização dos serviços de saúde do SUS e a APS representada pela ESF pela coordenação do cuidado. Ou seja, espera-se que seja ponto de entrada e retorno do paciente dentro da RAS. A conformação e as ações esperadas da APS ofertada na ESF tem como objetivos e impacto, a redução do número de internações, principalmente aquelas causadas por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). Portanto, as internações dos idosos podem ser consideradas como desfecho de saúde, mediante ao contexto dos municípios.

Desafios para expansão da Atenção Primária à Saúde como garantia de direito à saúde

A composição do federalismo brasileiro em três esferas de governo (município, estado e governo federal) apresenta características que implicam na área da saúde.[7] As diversas tensões nos processos de pactuação (interesses, ideologias, capacidades de oferta, autossuficiência, benefícios, presença forte do setor privado e outros) entre gestores das três esferas (município, estado, União) expressam desafios na implementação da APS ofertada pela ESF.[8,44,45]

Observando a história da APS no Brasil no século XX, desde algumas experiências localizadas, até Estratégia Saúde da Família (ESF), nota-se que em 2018 muitos municípios brasileiros ainda possuíam um extensivo e intenso funcionamento do PACS sem que se conseguisse instalar unidades de atenção primária. Um dos motivos apresentados, se refere a dificuldade dos gestores municipais em conseguir profissionais para instalar a unidade e fixa-los na localidade de atuação.[46] No referido contexto, apresenta-se o desafio de diferenciar os dois modelos numa avaliação nacional. Eles poderiam ser identificados? Poderia se considerar que a população residente nos municípios que possuem somente o PACS está em situação de acesso limitado aos serviços de saúde?

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 foi construída com o propósito de responder a estes questionamentos. No entanto, em muitos aspectos a nova PNAB se contrapõe à de 2006. Dentre eles, reconhece a existência de outros modelos de Atenção Básica (por exemplo as unidades tradicionais), incentiva a

permanência destes e a configuração da ESF com variações, descaracterizando o modelo de APS exclusivamente ofertada pela ESF.[46]

Sobre o diagnóstico do território (sócio sanitário), tão importante para o trabalho intersetorial de acordo com a PNAB 2017, este é substituído pelo cadastro estrito, que pode ser adotado em conformidade a ideais políticos sociais e econômicos particulares à gestão de cada município.[46] Sendo os municípios os responsáveis pela gestão da APS, estes possuem elevado grau de responsabilidade e exigência técnica que nem sempre dispõem. Nesse sentido, entende-se que há uma diversidade de condições que influenciam a implementação de políticas públicas: população, densidade demográfica, vias de acesso, desenvolvimento social, econômico – inclusive arrecadação tributária – e político.[7]

Ao refletir sobre experiências municipais que inovaram a oferta de serviços de saúde no SUS,[47,48] cabe considerar na discussão dos resultados sobre internação de idosos que a cobertura é uma variável importante, mas outras variáveis precisam ser consideradas. São exemplos o contexto político; os processos regulatórios, de controle, vigilância e outras atribuições do responsável técnico da unidade de saúde; o conhecimento técnico dos membros da secretaria municipal de saúde (capacidade técnica); o perfil político municipal; a participação dos interesses privados; a lei de responsabilidade fiscal e o teto de gastos do município; a expansão da APS nos municípios e; a garantia de oferta de serviços de saúde (primária, secundária e ou terciária) dependente de contratos com Organizações Sociais e outras possibilidades de contratação de serviços privados pelos municípios.

Um dos fatores que impactam nos resultados de saúde da população é a capacidade de governança dos municípios. Hone et al.[49] observaram uma redução de 6,8% na taxa de óbitos devido CSAP associada a cobertura da ESF de 1622 municípios brasileiros no período de 2000 a 2012 (RR: 0,932; IC 95%: 0,908 – 0,957). Entretanto, a redução foi de 11% naqueles municípios com maior pontuação no índice de governança (OR: 0,890; IC 95%: 0,844 – 0,936). O índice foi baseado nas dimensões

recomendadas pela Organização Mundial da Saúde 'orientação política do governo, inteligência e supervisão, colaboração e construção de coalizões, regulação e prestação de contas', sendo incluídos indicadores relacionados à administração pública de saúde e responsabilidade local (conceito integrante da democracia brasileira).

É preciso reconhecer que o percurso/itinerário terapêutico[41] seguido pela população pode ser distinta, influenciada por uma dinâmica penosa que requer abordagem específica de pesquisa. Caberia, portanto, analisar os municípios de residência dos idosos e reconhecer o contexto social, econômico, demográfico, estrutura de saúde e processos de trabalho dos serviços de saúde sob uma perspectiva das políticas influenciadoras/orientadoras. Uma limitação ao pensar nas políticas de saúde, é que uma diretriz apenas documenta e formaliza um apoio, mas não se pode esperar que a prática seja modificada de um dia para o outro.

Existem questões estruturais, financeiras e negociações que antecedem a aplicação prática de uma diretriz ou política. Tais questões são desafios para expansão da Atenção Primária à Saúde como garantia de direito à saúde.

Considerações finais

Este ensaio crítico tem o propósito de contribuir para o debate sobre internações de idosos no Brasil. As considerações aqui discutidas estão imbricadas com os determinantes sociais que ensejam o processo de saúde - doença da população idosa brasileira.

Ao analisar as taxas de internação de idosos, estas podem ser consideradas como desfecho de saúde da população mediante ao contexto dos municípios. Nesse tocante, a Atenção Primária à Saúde é protagonista na prevenção de internações de pessoas idosas por condições sensíveis à atenção primária. Acrescenta-se que para um protagonismo efetivo é necessário que a APS seja expandida para todo território nacional e cumpra seu papel na redução de iniquidades em saúde.

Para uma assistência adequada à saúde da pessoa idosa é imprescindível a coordenação do cuidado. É importante o reconhecimento do efeito cumulativo da abordagem precoce dos problemas de saúde, do enfoque na prevenção e do cuidado

orientado para a família e comunidade. No entanto, existem limitações tecnológicas, operacionais e organizacionais nas unidades de atenção primária, e desafios (oferta de serviços, mercadológicos e políticos) que comprometem a capacidade da APS coordenar o cuidado. Ainda assim, o impacto da APS na prevenção de desfechos de saúde como a internação hospitalar e os óbitos de idosos no Brasil são positivos. Portanto, o fortalecimento da APS é um caminho que precisa ser seguido para corresponder às expectativas dos usuários e gestores do SUS.

Referências

1. Massuda A, Hone T, Leles FAG, de Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. BMJ Glob Heal [Internet]. 2018 Jul 3;3(4):e000829. Available from: http://gh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2018-000829

2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. 1988. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

3. Brasil. Informações em Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. TABNET. ANS. 2019.

4. Lima Cavaletti AC, Caldas CP, de Lima KC. Social Context and Geographic Space: An Ecological Study about Hospitalizations of Older Persons. Value Heal Reg Issues [Internet]. 2018 Dec;17:8–13. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212109918300049

5. Marques AP, Montilla DER, de Almeida W da S, de Andrade CLT. Hospitalization of older adults due to ambulatory care sensitive conditions. Rev Saude Publica. 2014;48(5):817–26.

6. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quaterly [Internet]. 2005;83(3):457–502. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/pdf/milq0083-0457.pdf

7. Pinto LF, Giovanella L. The Family Health Strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). Cien Saude Colet [Internet]. 2018 Jun;23(6):1903–14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=pt&tlng=pt

8. Almeida PF de, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM de. Coordination of care and Primary Health Care in the Unified Health System. Saúde em Debate [Internet]. 2018 Sep;42(spe1):244–60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500244&lng=pt&tlng=pt

9. Busby J, Purdy S, Hollingworth W. A systematic review of the magnitude and cause of geographic variation in unplanned hospital admission rates and length of stay for ambulatory care sensitive conditions. BMC Health Serv Res. 2015;15(1).

10. Claunara Schilling Mendonça; Fúlvio Boges Nedel; Sandro Rodrigues Batista; Maria Guadalupe Medina. A utilização do Indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil. In: Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, praticas e pesquisa. 2018. p. 527–68.

11. Purdy S, Griffin T, Salisbury C, Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. Public Health [Internet]. 2009 Feb;123(2):169–73. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19144363

12. van Loenen T, van den Berg MJ, Westert GP, Faber MJ. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: A systematic review. Fam Pract. 2014;31(5):502–16.

13. Rosano A, Loha CA, Falvo R, Van Der Zee J, Ricciardi W, Guasticchi G, et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: A systematic review. Eur J Public Health. 2013;23(3):356–60.

14. Arnall ALJY, Ayer AVANAS, Legg ANC, Ockwood KER, Arker STP, Indle JOHNVH. New horizons in multimorbidity in older adults. 2017;(September):882–8.

15. Veras RP, Caldas CP, da Motta LB, de Lima KC, Siqueira RC, Rodrigues RTSV, et al. Integration and continuity of care in health care network models for frail older adults. Rev Saude Publica. 2014;48(2).

16. Gibson OR, Segal L, McDermott RA. A systematic review of evidence on the association between hospitalization for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. BMC Health Serv Res [Internet]. 2013;13(1):1. Available from: BMC Health Services Research

17. Lay-Flurrie S, Mathieu E, Bankhead C, Nicholson BD, Perera-Salazar R, Holt T, et al. Patient consultation rate and clinical and NHS outcomes: A cross-sectional analysis of English primary care data from 2.7 million patients in 238 practices. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):1–7.

18. Kim AM, Park JH, Yoon TH, Kim Y. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions as an indicator of access to primary care and excess of bed supply. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):1–7.

19. Lentsck MH, Mathias TA de F. Hospitalizations for cardiovascular diseases and the coverage by the family health strategy. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2015 Aug;23(4):611–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400611&lng=en&tlng=en

20. Previato GF, Nogueira IS, Acorsi CRL, Baldissera VDA, Mathias TA de F. Diminuição de internações por condições sensíveis à atenção primária em idosos no estado do Paraná. Espaço para a Saúde - Rev Saúde Pública do Paraná. 2017;18(2):15.

21. Pazó RG, Frauches DDO, Molina MDCB, Cade NV. Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2017;12(39):1–12.

22. Pinto ECP, Sirtoli R, Da Silva LDL, Menolli PV da S. A Estratégia de Saúde da

Família e as internações por condições sensíveis à atenção primária no Paraná. Rev Saúde Pública do Paraná. 2018;1(2):35–47.
23. Maia LG, da Silva LA, Guimarães RA, Pelazza BB, Pereira ACS, Rezende WL, et al. Hospitalizations due to primary care sensitive conditions: An ecological study. Rev Saude Publica [Internet]. 2019 Jan 29;53(1):2. Available from: https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/154068
24. Nunes BP, Soares MU, Wachs LS, Volz PM, Saes M de O, Duro SMS, et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. Rev Saúde Pública [Internet]. 2017;51(43):1–10. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006646.pdf
25. Rodrigues-Bastos RM, Campos EMS, Ribeiro LC, Bastos-Filho MG, Bustamante-Teixeira MT. Hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions, Minas Gerais, Southeastern Brazil, 2000 and 2010. Rev Saude Publica. 2014;48(6):958–67.
26. Gonçalves MR, Hauser L, Prestes IV, Schmidt MI, Duncan BB, Harzheim E. Primary health care quality and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in the public health system in Porto Alegre, Brazil. Fam Pract. 2016;33(3):238–42.
27. Morimoto T, da Costa JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: Uma análise de tendência. Cienc e Saude Coletiva. 2017;22(3):891–900.
28. Melo-Silva AM de, Mambrini JV de M, Junior PRB de S, Andrade FB de, Maria Fernanda Lima-Costa. Hospitalizações entre adultos mais velhos: resultados do ELSI Brasil. Rev Saude Publica. 2018;52(2):1–11.
29. Rêgo AS, Rissardo LK, Scolari GAS, Sanches RCN, Carreira L, Radovanovic CAT. Fatores associados ao atendimento a idosos por condições sensíveis à Atenção Primária
à Saúde. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2017;20(6):778–89. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170120 Artigos
30. de Sá F dos S, Oliveira CDL, Fernandino D de M, de Pádua CAM, Cardoso CS.

Assessment of primary health care from the perspective of patients hospitalized for ambulatory care sensitive conditions. Fam Pract. 2016;33(3):243–8.

31. Afonso MPD, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, Ramalho WM, Afonso T. Association between hospitalisation for ambulatory care-sensitive conditions and primary health care physician specialisation: a cross-sectional ecological study in Curitiba (Brazil). BMJ Open [Internet]. 2017 Dec 4;7(12):e015322. Available from: http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2016-015322

32. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC dos. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Cien Saude Colet [Internet]. 2016;21(2):327–38. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=pt&tlng=pt

33. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM de, Fonseca HMS, Lima JG. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e
usuários participantes do PMAQ-AB 2012. Saúde em Debate [Internet]. 2014;38(special). Available from: http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S003

34. Travassos C, Martins M. A review of concepts in health services access and utilization. Cad Saude Publica [Internet]. 2004;20(suppl 2):S190–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=pt&tlng=pt

35. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA [Internet]. 1988 Sep 23;260(12):1743–8. Available from: http://jama.amaassn.org/cgi/doi/10.1001/jama.260.12.1743

36. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health Serv Res [Internet]. 1974;9(3):208–20. Available from:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4436074%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov
/articlerender.fcgi?artid=PMC1071804
37. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care [Internet]. 1981 Feb;19(2):127–40. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7206846
38. Mendonça CS. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e qualidade da Saúde da Família em Belo Horizonte Brasil [Internet]. PhD Thesis. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016. Available from: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/148133
39. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. PLoS Med [Internet]. 2017;14(5):1–19. Available from: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306
40. Andrade MV, Noronha K, Queiroz Barbosa AC, Hernandes Rocha TA, da Silva NC, Calazans JA, et al. A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. Cad Saude Publica. 2015;31(6):1175–87.
41. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF de, Martins CL, Mota PH dos S, et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. Cien Saude Colet [Internet]. 2017 Apr;22(4):1141–54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401141&lng=pt&tlng=pt
42. Cecilio LC de O, Andreazza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LA de, Andrade M da GG, et al. Primary healthcare and the construction of thematic health networks: what role can they play? Cien Saude Colet [Internet]. 2012 Nov;17(11):2893–902. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100006&lng=pt&tlng=pt

43. Almeida PF de, Santos AM dos, Santos V da P, Silveira Filho RM. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. Saúde e Soc [Internet]. 2016 Jun;25(2):320–35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200320&lng=pt&tlng=pt

44. Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Political obstacles to regionalization of the SUS: Perceptions of municipal health secretaries with seat in the bipartite interagency commissions. Cienc e Saude Coletiva. 2017;22(4):1097–108.

45. Sancho LG, Geremia DS, Dain S, Geremia F, Leão CJS. The health regionalization process from the perspective of the transation cost theory. Cienc e Saude Coletiva. 2017;22(4):1121–30.

56. Melo EA, Mendonça MHM de, Oliveira JR de, Andrade GCL de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde em Debate [Internet]. 2018 Sep;42(spe1):38–51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lng=pt&tlng=pt

47. Campos GW de S. A experiência de Campinas e Paidéia. In: Saúde e Paidéia. São Paulo: Editora HUCITEC; 2003. p. 151–66.

48. Sisson MC, Andrade SR de, Giovanella L, Almeida PF de, Fausto MCR, Souza CRP de. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. Saúde e Soc [Internet]. 2011 Dec;20(4):991–1004. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400016&lng=pt&tlng=pt

49. Hone T, Rasella D, Barreto M, Atun R, Majeed A, Millett C. Large Reductions In Amenable Mortality Associated With Brazil's Primary Care Expansion And Strong Health Governance. Health Aff [Internet]. 2017 Jan;36(1):149–58. Available from: http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2016.0966

50. Resende APG de L, Barbieri AR. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde Decorrentes das Doenças Cardiovasculares. Texto Context - Enferm [Internet]. 2017 Aug 17;26(3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300310&lng=pt&tlng=pt

ANEXO D – Comprovação de submissão do 2º artigo científico

Novo artigo (CSP_1393/22) Caixa de entrada ×

Cadernos de Saude Publica <cadernos@fiocruz.br> ter., 26 de jul. 22:53 (há 7 dias)
para mim

Prezado(a) Dr(a). Ana Carolina Lima Cavaletti:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Iniquidade de gênero, étnica e na distribuição regional das internações da população brasileira no período de 2008 a 2018" (CSP_1393/22) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página http://www.ensp.fiocruz.br/csp.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Profª. Marilia Sá Carvalho
Profª. Luciana Correia Alves
Profª. Luciana Dias de Lima
Editoras

CSP

Cadernos de Saúde Pública / *Reports in Public Health*
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões 1480
Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil
Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737
cadernos@ensp.fiocruz.br
http://www.ensp.fiocruz.br/csp

Cadernos de Saúde Públ
Escola Nacional de Saúde Púb
Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões 1480
Rio de Janeiro, RJ 21041-210,
Tel.: +55 (21) 2598-2511, 250
cadernos@ensp.fiocruz.br
http://www.ensp.fiocruz.br/c

Ativar o Windows
Acesse Configurações para ativar o Windows.

ANEXO E – Formato final do 2º artigo científico submetido

Iniquidade de gênero, étnica e na distribuição regional das internações da população brasileira no período de 2008 a 2018

Resumo

O objetivo deste estudo foi discutir iniquidade de gênero, de etnia e na distribuição regional, a partir do perfil das internações da população brasileira. Foi realizado um estudo descritivo sobre as internações hospitalares financiadas pelo SUS no período de 2008 a 2018. No período acumulado, foram registradas 127.039.814 internações no Brasil sendo realizadas principalmente por pessoas com idade entre 15 e 44 anos (44,85%), mulheres (58,57%), raça/cor branca (32,94%) e parda (31,86%), residiam nas regiões Sudeste (39,54%) e Nordeste (27,23%). O tempo médio de internação foi maior nas internações de homens, pessoas com raça/cor preta, e em residentes na Região Sudeste, com variações entre as faixas etárias. Apesar do maior tempo de internação de pessoas pretas, o valor médio das internações foi maior nas internações de pessoas de raça/cor branca. As internações ocorridas por pessoas indígenas e as que acometeram residentes da Região Norte duraram menos tempo, com menor valor médio e taxa de óbito hospitalar. As principais causas de internação foram relacionadas a gravidez, parto e puerpério, seguidas por Doenças Crônicas Não Transmissíveis, doenças infeciosas e parasitárias e lesões por causas externas. Este estudo oportunizou uma análise das iniquidades expressadas nas desigualdades encontradas no perfil de internação da população Brasileira assistida pelo Sistema único de saúde no período de 10 anos. O perfil de morbidade hospitalar sugere como pontos críticos a saúde dos povos indígenas e da população negra, ante a persistente iniquidade que compromete os processos de saúde e adoecimento dessas populações nas diferentes regiões do país.

Palavras-chave: Hospitalização; Iniquidades em Saúde; Epidemiologia.

Abstract

The objective of this study was to discuss gender, ethnicity and regional distribution inequality, based on the profile of hospitalizations in the Brazilian population. This descriptive study was carried out on hospital admissions funded by the SUS in the period from 2008 to 2018. In the accumulated period, 127,039,814 hospitalizations were recorded in Brazil, mainly performed by people aged between 15 and 44 years (44.85%), women (58.57%), white (32.94%) and

mixed race (31.86%), lived in the Southeast (39.54%) and Northeast (27.23%) regions. The average length of hospital stay was longer for men, people of black race/color, and for residents of the Southeast Region, with variations between age groups. Despite the longer hospitalization time of black people, the average value of hospitalizations was higher in hospitalizations of people of white race/color. The hospitalizations that occurred by indigenous people and residents of the North Region lasted shorter average length of stay, with a lower mean value and hospital death rate. The main causes of hospitalization were related to pregnancy, childbirth and the puerperium, Non-Communicable Chronic Diseases, infectious and parasitic diseases and injuries from external causes. This study provided an opportunity to analyze the inequities expressed in the inequalities found in the hospitalization profile of the Brazilian population assisted by the Unified Health System in a period of 10 years. The hospital morbidity profile suggests the health of indigenous peoples and the black population as critical points, given the persistent inequity that compromises the health and illness processes of these populations in different regions of the country.

Keywords: Hospitalization; Epidemiology; Health Inequities; Epidemiology.

Introdução

A sustentabilidade financeira dos Sistemas Nacionais de Saúde depende da eficiência e capacidade dos países responderem às demandas de saúde contornando o cenário econômico, disponibilizando recursos adequados de acordo com o contexto nacional [1]. Além dos fatores econômicos interferirem na saúde da população, a cultura e os valores também contribuem, principalmente pelo valor que se atribui à vida e ao reconhecimento do valor da cidadania [2]. Isto posto, o enfrentamento dos problemas de determinação social parece ser um caminho para a prevenção de doenças e a manutenção da saúde [3,4] e estudá-los pode revelar evidências para a organização dos serviços de saúde, formulação e aplicação de políticas públicas contextualizadas[5].

O processo de saúde e doença é determinado pela maneira que a sociedade organiza os aspectos sanitários de um dado território e em uma época específica. Neste cenário, a distribuição desigual de eventos promotores de saúde no território, incluindo serviços e insumos voltados a assistência da saúde, pode ser entendida como resultado da inequidade de classe, étnica e de gênero [5] vivenciada pela sociedade em questão e que define quem ofertará a assistência, onde será ofertada e para quem o recurso estará acessível. As iniquidades de classe,

gênero e étnica guardam relações entre si e formam a unidade de uma estrutura de poder, na qual sua gênese parte da acumulação e concentração de poder [6].

Nos Sistemas Universais de Saúde cabe à Atenção Primária a Saúde (APS) acolher e responder a maioria das necessidades de saúde da população (Declaração de Astana, 2018), evitando que as pessoas precisem desembolsar recursos do próprio bolso para acessar serviços de saúde ou complementar suas necessidades [7–9], o que elevaria seu risco de empobrecimento [10]. No entanto, quando a internação é necessária os custos com a assistência à saúde aumentam [11,12] tendendo ser maiores devido ao tempo de internação e readmissões hospitalares [7,13].

As internações podem ser necessárias em decorrência de um incidente, da evolução de uma doença [14], da complexidade associada à multimorbidade e fragilidade [15–17] ou ainda, exacerbadas pelo contexto sócio econômico cultural a qual as pessoas estão expostas [16,18,19]. Como os gastos com essas internações recaem sobre os Sistemas Universais de Saúde, reforça-se a importância de conhecer as iniquidades que se expressam nas desigualdades de saúde e seus diferentes perfis de necessidades, possibilitando assim ofertar-lhes equitativamente serviços efetivos.

Assim o objetivo deste estudo é discutir iniquidade de gênero, de etnia e na distribuição regional, a partir do perfil das internações da população brasileira financiadas pelo SUS no período de 2008 a 2018.

Método

Este estudo foi desenvolvido de acordo com o Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE Statement) para estudos transversais. Trata-se de um estudo descritivo sobre as internações hospitalares financiadas pelo SUS no período de 2008 a 2018, ocorridas em pessoas residentes no Brasil, de ambos os sexos e contemplando todas as faixas etárias disponíveis no SIH/SUS. Os dados referem-se à Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do tipo 1 (referentes ao internamento inicial) e AIH do tipo 5 (internação de longa permanência).

Os dados das internações ocorridas nos anos 2020 e 2021 foram excluídos por corresponder ao período da Pandemia de Covid-19. Devido a magnitude dos impactos na saúde da população e no sistema de saúde, os dados desse período requerem uma análise separada.

Os dados foram coletados no dia 08 de agosto de 2021, no diretório do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS – http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php), através do Serviço de Transferência e Download de arquivos dissemináveis para tabulação do Sistema de Informações Hospitalares

do SUS. Os arquivos são disponibilizados no formato .dbc, tendo sido coletados dados de AIH reduzidas para posterior extração utilizando-se o programa *Tab* para *Windows – TabWin,* desenvolvido e disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde brasileiro. Este programa incorpora recursos em relação ao *Tab para DOS*, facilitando o trabalho de tabulação e tratamento dos dados, além de possibilitar a exportação das consultas para posterior análise.

Para análise descritiva do estudo, algumas variáveis referentes as AIH foram utilizadas a fim de se obter a caracterização da população estudada: sexo, raça/cor e Região de residência. Outras variáveis disponíveis sobre as internações foram utilizadas para caracterizar o perfil das internações da população brasileira: internações (quantidade de AIH aprovada no período), valor médio da internação (razão entre o valor total e a quantidade de internações), média de permanência (razão entre os dias de internação e a frequência de internação no período, multiplicado por 100), taxa de mortalidade hospitalar (razão entre a quantidade de óbitos e o número de AIH aprovadas, computadas como internações, no período, multiplicada por 100). Essas informações foram agrupadas de acordo com as faixas etárias: menores de 5 anos, idade entre 5 e 14 anos, 15 a 44 anos, 45 a 59 anos, 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais idade.

A análise do perfil de internação da população brasileira foi realizada considerando todas as causas de internação segundo os capítulos de causas da Classificação Internacional de Doenças de 2010 (CID-10). O número de internação hospitalar e a proporção de internações hospitalares por grupo de causas (capítulos da CID 10) foram utilizadas para descrever a população do estudo. A proporção de Internações Hospitalares por diagnóstico principal (PIHd) foi utilizado como indicador de morbidade, para medir a participação dos grupos de causas de internação hospitalar em relação ao total de internações financiadas pelo SUS. Trata-se de uma variável que, na análise descritiva, permite identificar as principais causas de internação da população. A PIHd é calculada a partir da razão entre quantidade de internações devido a um grupo de causas y e o número total de internações dos residentes da área referida, durante o período estudado. Neste caso, os anos de 2008 a 2018 acumulados, multiplicado por 100.

Por se tratar de pesquisa envolvendo somente dados de domínio público que não identifica os participantes da pesquisa, não há necessidade de registro nem avaliação por parte do Sistema CEP-CONEP (Resolução 510 CNS, 2016).

Resultados

Durante os anos 2008 a 2018 foram registradas 127.039.814 internações no Brasil, financiadas pelo SIH/SUS. A quantidade de internação e a frequência relativa para cada faixa etária foi apresentada na Tabela 1. As dez principais causas de internação hospitalar no SUS no

período foram devido ao cap. XV Gravidez parto e puerpério (20,50%), cap. X Doenças do aparelho respiratório (11,32%), cap. IX Doenças do aparelho circulatório (9,92%), cap. XI Doenças do aparelho digestivo (9,12%), cap. XIX Lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (8,89%), cap. I Algumas doenças infecciosas e parasitárias (7,53%), cap. XIV Doenças do aparelho geniturinário (6,74%), cap. II Neoplasias (5,96%), cap. V Transtornos mentais e comportamentais (4,24%), e cap. IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas. No entanto, existem variações na Proporção de Internação Hospitalar (PIH) de acordo com a faixa etária (Figura 1).

A maioria das internações ocorridas no período (44,85%) foram de pessoas com idade entre 15 e 44 anos de idade, principalmente de pessoas do sexo feminino. O cap. XV gravidez, parto e puerpério foi a principal causa de internação das pessoas do sexo feminino nessa faixa etária que estiveram hospitalizadas no período (25.645.412; 62,76%), seguida por internações por cap. XIV doenças do aparelho Geniturinário (2837,775; 6,95%), cap. XI Doenças do aparelho digestivo (2.360.810; 5,78%) e cap. II Neoplasias (1.433.393; 3,51%).

As principais causas de internação das pessoas do sexo masculino na faixa etária de 15 a 44 anos foi por cap. XIX Lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (4.531.816; 28,13%), seguido por internações devido a cap. V Transtornos mentais e comportamentais (2.038.285;12,65%), cap. XI Doenças do aparelho digestivo (1.963.744;12,19%) e cap. I Algumas doenças infecciosas e parasitárias (1.298.649; 8,06%). Ao analisar as diferenças entre sexo, observa-se que as internações de pessoas do sexo feminino foram mais prevalentes em pessoas com idade entre 15 e 45 anos e com 80 anos ou mais. Em relação a Região de residência, ocorreram mais internações por pessoas que residiam na região Sudeste (50.231.298; 39,54%), seguido pelas regiões Nordeste (34.597.463; 27,23%), Sul (21.692.567; 17,08%), Norte (10.723.209; 8,44%) e Centro-Oeste (9.795.277; 7,71).

Destas internações, 123.732.405 foram do tipo AIH 1 (normal) e 3.307.409 AIH 5 (de longa permanência). A maioria das internações do tipo AIH5 foram realizadas por residentes na região Sudeste (2.163.933), principalmente do estado de São Paulo (1.330.177). As principais causas dessas internações de longa permanência, considerando todas as idades no período, foram devido aos Capítulos da CID-10: V- Transtornos mentais e comportamentais (2.582.976; 78,10%), VI – Doenças do sistema nervoso (424.492; 12,83%), IX – Doenças do aparelho circulatório (137.507; 4,16%), I Algumas doenças infecciosas e parasitárias (52,858; 1,60%), XII Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (49.542; 1,50%).

A média de permanência das internações ocorridas no período de 2008 a 2018 no Brasil foi de 5,48 (3,68 – 7,01) dias de internação, sendo esse tempo maior nas internações de pessoas

com 45 anos ou mais. Observa-se que a média de permanência das internações de menores de 5 anos diferiu menos de um dia segundo o sexo e raça/cor. A média de permanência das internações ocorridas por pessoas residentes na Região Sudeste foi maior para todas as faixas etárias (Tabela 2).

De modo geral, as internações ocorridas no período de 2008 a 2018 por pessoas do sexo masculino duraram 2,18 dias a mais que as internações de pessoas do sexo feminino. Esse tempo de internação foi maior nas internações de pessoas do sexo masculino nas faixas etárias de 15 a 44 anos (3,73 dias), 45 a 59 anos (1,94 dias) e 60 a 69 anos (0,9 dia). Nas outras faixas etárias a diferença do tempo médio de internação de pessoas do sexo masculino e feminino foi menor que um dia de internação.

Chama a atenção o menor tempo médio de internação das pessoas declaradas como tendo a raça/cor indígena e o maior tempo de internação das pessoas declaradas com a raça/cor preta (variando de 1,60 – 2,99 dias a mais de internação) quando comparado ao tempo médio de internação de pessoas declaradas com outra raça/cor. A média de permanência das internações ocorridas por pessoas com 45 anos ou mais e que tiveram o preenchimento da raça/cor sem informação também foi maior (7,00 – 7,17 dias de internação), sendo inferior somente que das internações das pessoas declaradas com raça/cor preta.

O tempo médio de internação ocorridas por pessoas indígenas na faixa etária de 5 a 14 anos foi um pouco maior que das pessoas com outra raça/cor declaradas. O tempo médio de internação foi menor para as pessoas declaradas indígenas nas outras faixas etárias quando comparada as internações de pessoas declaradas tendo outra raça/cor.

No período avaliado, ocorreram 10.929.118 (24,41%) internações de pessoas negras devido ao cap. XV Gravidez, parto e puerpério ao tempo que ocorreram 87.930 (28,35%) de internações por esta causa por pessoas declaradas indígenas; seguida por 4.819.306 (10,76%) internações de pessoas declaradas de raça/cor negra devido ao cap. X doenças do aparelho respiratório e 71.147 (22.94%) em pessoas indígenas; e 3.911.162(8,73%) devido a I Algumas doenças infecciosas e parasitárias por pessoas declaradas com raça/cor negra ao tempo que ocorreram 40.558(13,07%) de internações de indígenas pelo mesmo capítulo de causa. Outras causas de internação foram devido a cap. XI Doenças do aparelho digestivo, cap. IX doenças do aparelho circulatório e XIX Lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (quarta principal causa de internação entre indígenas).

O valor médio das internações ocorridas no SUS (Tabela 3), no período de 2008 a 2018, no Brasil foi de R$ 1064,68. Esse valor foi maior nas internações de pessoas que residiam na região Sul (R$ 1.268,43) e Sudeste (R$1.176,21). Comparando as internações segundo a faixa

etária, o valor médio mais baixo (R$ 676,70) foi das internações ocorridas por pessoas com idade entre 5 a 14 anos, faixa etária em que as internações duraram menos tempo (3,68 dias de internação). Já o valor mais alto (R$ 1.567,87) foi para as internações de pessoas com idade entre 60 e 69 anos.

Considerando as internações totais, o valor médio das internações de pessoas do sexo masculino foi R$337,03 mais caro que das pessoas do sexo feminino. Somente nas internações de meninas com até 14 anos o valor médio da internação foi maior que das internações dos meninos.

Ao observar o valor médio das internações segundo a raça/cor, chama atenção o fato de o valor médio das internações ocorridas por pessoas declaradas da cor/raça indígena ser menor que das internações de pessoas declaradas com outra raça/cor. Destaca-se que essas internações custaram menos da metade do valor médio das internações ocorridas por pessoas declaradas com a raça/cor branca (R$625,94 a menos).

A Taxa de óbito hospitalar foi 3.80 (0.47 – 16.49) óbitos a cada 100 internações ocorridas no período de 2008 e 2018 considerando todas as internações ocorridas no país. Essa taxa foi maior para as pessoas do sexo masculino, 4.97 (0,46 – 16.43) (Tabela 4). A taxa de óbito hospitalar das pessoas do sexo feminino foi ligeiramente maior que do sexo masculino nas faixas etárias até os 14 anos e 80 e mais idade. Excetuando na faixa etária de 5 a 14 anos, a taxa de óbito de pessoas declaradas da raça/cor indígena foi menor que a das pessoas com outra raça/cor declarada nas demais faixas etárias. As maiores taxas de óbito hospitalar ocorreram nas internações de pessoas residentes nas regiões Sudeste (4.62; 0.49 – 18.84) e Sul (4.10; 0.43 – 15.99), principalmente a partir dos 60 anos de idade. A menor taxa de óbito hospitalar ocorreu nas internações de pessoas que residiam na Região Norte (2.26; 0.48 – 13.02).

Discussão

O fato da maioria das internações ocorridas no período serem devido ao Cap. XV - Gravidez parto e puerpério e a maior prevalência de internação em mulheres com idade entre 15 e 44 anos reflete o período de reprodução feminina. Cerca de 98% dos partos registrados no período aconteceram em mulheres nessa faixa etária (dado não apresentado na tabela). Ressalta-se que as internações das mulheres nesta faixa etária duraram em média 3,38 dias com custo de 670,86 por internação e uma taxa de óbito de aproximadamente 1 óbito para cada 200 internações.

A maior prevalência de internação de mulheres com 80 anos e mais quando comparado as internações dos homens na mesma faixa etária expressa a maior

longevidade das mulheres, associada a questões de gênero devido ao papel reprodutor tem mais necessidades de acessar serviços de saúde recebendo assistência e orientações quanto a promoção da saúde e prevenção de agravos, sendo momento oportuno para diagnóstico e início de tratamento de doenças mais precocemente que seus pares do sexo masculino [20].

A contribuição de internações de longa permanência no período estudado, tendo como principal causa o cap V. transtornos mentais e comportamentais (78,10%) retrata a quantidade de pessoas que ainda hoje são internadas por esta causa, apesar do processo de desinstitucionalização e de consolidação dos cuidados em saúde mental em meio aberto. A distribuição dessa prevalência principalmente em pessoas do sexo masculino com idade nas faixas etárias de 15 a 59 anos merece atenção, pois pode ser entendido como resultado dos obstáculos para cuidado integral e comunitário dessas pessoas em sofrimento mental requerendo um olhar compreensivo sobre as inequidades que vivenciam antes da internação e a vulnerabilidade a qual estão expostos na internação em hospitais psiquiátricos [21,22].

Ao considerar a maior proporção de habitantes na região Sudeste, bem como concentração de unidades hospitalares, é esperado que ocorram mais internações nesta região. O tempo de permanência das internações nesta Região também pode ser influenciado pelas causas de internação, gravidade e ainda desafios para alta hospitalar. De modo geral, ao analisar o tempo de internação e as internações de longa permanência, há de se considerar o impacto da ausência da garantia de continuidade dos cuiados no número de internações: ausência de programas de preparação para alta e garantia de continuidade dos cuidados domiciliar. Além do impacto das internações preveníveis através do acompanhamento na atenção básica [23–26].

A concentração de internações em determinados grupos de causas indica correlações com os contextos econômicos e sociais, justificando sua escolha para analisar as variações em grupos populacionais e áreas geográficas delimitadas. O tempo de internação de pessoas do sexo masculino nas faixas etárias de 15 a 44 anos e maior valor médio por internação reflete as principais causas de internação e possível gravidade, uma vez que a taxa de óbito para esse grupo foi 4 vezes maior que das internações de pessoas do sexo feminino da mesma faixa etária.

Nos estudos que envolvem seres humanos, a categoria “raça” exprime um conceito com grande impacto na vida cotidiana das pessoas, na qual refletem iniquidades históricas inerentes a regimes de opressão, hierarquização e exclusão social e política, base do colonialismo durante séculos [27]. Alguns autores conceituam a categoria raça/cor como sendo um sistema de classificação e experiência vivida [28], importante no desvelar das desigualdades raciais em saúde e na construção de políticas públicas [29]. Para realizar estudos sobre raça no Brasil é necessário

grande esforço devido à influência de concepções que negam que exista racismo no Brasil (Democracia racial) e a fluidez na classificação dessa categoria que varia de acordo com a região geográfica e ao longo do tempo. Independente desta variação, desigualdades étnico-raciais têm sido evidenciadas, demonstrando desvantagens vividas no âmbito da saúde por pretos, indígenas e pardos, assim como no presente estudo[28,30].

A raça, gradativamente vem se tornando um critério orientador de políticas públicas, a partir da constatação de desigualdades na distribuição de recursos entre grupos de cor. A classificação sobre a cor de uma pessoa pode diferir considerando-se algumas razões, em relação ao contexto social/econômico onde está ou a quem vai responder (por se identificar com a cor e traços do entrevistador ou intimidar, por exemplo) ou o propósito da pergunta (induzida para conseguir algum benefício ou por medo de sofrer alguma discriminação a mais); pode variar ao longo do tempo, de acordo com a situação e local onde a pessoa está inserida; pode variar por influência espacial/regional (onde tem mais brancos na composição da população local os pardos tendem a se classificar como brancos, onde tem mais proporção de pretos na população geral, tendem a se classificar como pretos; pode variar de acordo com o procedimento da coleta (autodeclaração, classificação por terceiro, classificado de acordo com o ascendente direto de cor mais escura); e ainda a variabilidade estatística encontrada no intervalo de confiança nas análises das amostras [31].

De acordo com o censo de 2010, residiam no Brasil 813.075 pessoas indígenas distribuídas no território brasileiro da seguinte forma: Norte, 302.071; Nordeste, 207.303; Sudeste, 100.249; Sul, 74.460; e Centro-oeste, 128.991. Neste mesmo ano, o Norte rural concentrava cerca de 50% da população indígena, com o Nordeste e o Centro-oeste apresentando proporções de 20% cada, perfazendo cerca de 90% do total de indígenas vivendo em situação rural no país. Entre indígenas que vivem em áreas rurais o censo de 2010 mostrou mais pessoas que não concluíram o ensino fundamental (entre 89,1% e 95,6%), do que os que vivem em áreas urbanas (61,7% e 70,9%) ([32].

As terras indígenas no Brasil correspondem a 11,6% do território nacional, porém nem todas são adequadas para garantir a sobrevida com qualidade. Além disso, aquelas que possuem potencial produtivo são alvos de disputa por posseiros, garimpeiros e outros produtores rurais. O impacto dos conflitos e ações dos invasores levam a degradação ambiental do território indígena, comprometendo a sobrevivência e a qualidade de vida das pessoas que ali habitam [33,34].

A menor escolarização [32]acesso a assistência à saúde com qualidade e em momento oportuno [35] e piores condições de vida [32,36–40] da população indígena culmina no fato de que em

2018 apenas metade dos indígenas atingiu os 50 anos. Essas informações evidenciam a persistência das desigualdades nas condições de vida dos povos indígenas. Os autores observaram também mudanças correspondentes ao processo de transição epidemiológica, demográfica e nutricional, na qual o perfil de morbidade da população indígena, com predominância de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), concomitantemente às doenças infecciosas e parasitárias, somadas ao aumento das causas externas[41].

Apesar do tempo de internação e valor médio terem sido maiores para as internações de pessoas declaradas de raça/cor negra (preta e pardas) quando comparadas com as internações de pessoas declaradas de raça/cor indígenas, as três principais causas de internação no período foram semelhantes. A quantidade reflete o tamanho da população, mas a proporção de internação hospitalar segundo a causa reflete a demanda hospitalar, que por sua vez, é condicionada pelos serviços do SUS disponíveis em uma região [42].

A disponibilidade de serviços hospitalares e acesso da população indígenas, além de aspectos etnoculturais, qualidade do serviço ofertado e óbito hospitalar podem justificar o menor tempo médio de internação e consequente valor médio das internações das pessoas declaradas como tendo raça/cor indígena em todas as faixas etárias [35,41]. A análise sobre as internações da população brasileira financiadas pelo SUS demonstra a manutenção de desigualdades em relação a raça/cor, expressão das iniquidades e de vulnerabilidades que a população indígena e negra (raça/cor preta e parda) vivencia no país [36,41,43–45].

O maior valor médio das internações ocorridas nas regiões Sul e Sudeste em comparação com as outras Regiões e independente da faixa etária, podem refletir o maior investimento na saúde e expressam maior valoração da vida nestas Regiões. Em estudo publicado em 2022, que avaliou recursos de saúde pública destinados às capitais dos estados brasileiros foi constatado diferenças discrepantes no financiamento dos serviços públicos de saúde, no qual o maior repasse federal foi para Belo Horizonte (MG), Terezina (PI), Cuiabá (MT) e Porto Alegre (RS). E os menores repasses federais foram para Rio Branco (AC), Manaus (AM), Macapá (AP), Porto velho (RO), todos na região Norte do Brasil. Os locais que receberam menos recursos também são os locais com menor arrecadação municipal por habitante, ou seja, há menos recursos municipais para serem investidos na área da saúde, mantendo a disponibilização, acesso e qualidade de serviços de saúde comprometidos. Como as capitais centralizam a maioria dos recursos de alta complexidade e especialidade, nos hospitais, pode impactar no perfil de internação e desfechos de saúde da população local [46].

As internações de pessoas na faixa etária de 60 a 69 anos tiveram o maior valor médio. Nesta faixa etária as principais causas de internação foram devido ao cap. IX doenças do

aparelho circulatório (23,54%), XI doenças do aparelho digestivo e II Neoplasias que são causas de adoecimento com custo elevado de tratamento[47].

De acordo com o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, a diferença do gasto com saúde entre países varia de acordo com a qualidade de vida das pessoas que envelhecem [48]. Assim, compreende-se que os gastos aumentam com o avançar da idade e proximidade com a morte, mas são influenciados pela disponibilidade de programas e serviços de saúde orientados para pessoas idosas, por características socioeconômicas e pelo sistema de saúde vigente em cada país [1,48,49].

Nesse sentido, o aumento dos gastos com saúde pelos sistemas de saúde tende a ser gradativo conforme a velocidade do envelhecimento populacional [1]. Apesar de, algumas vezes, ser associado ao aumento dos gastos com internação hospitalar de pessoas idosas [50–52], o envelhecimento da população e a maior expectativa de vida devem ser comemorados como resultado do desenvolvimento técnico e científico mundial [53–55].

Uma vida longa e com melhor saúde está atrelada à disponibilidade de serviços de saúde para todos (CASTELLANOS, 1990; KRIEGER; WILLIAMS; MOSS, 1997); ao contexto social, cultural, econômico e; à qualidade dos serviços de saúde [53].

Os resultados apresentados neste estudo requerem ser analisados e apreendidos com cautela, visto que as observações provenientes de dados secundários podem ser insuficientes para captar as determinações sociais em profundidade. Sem a pretensão de defender uma verdade absoluta, as interpretações dos resultados encontrados são observações possibilitadas a partir de algumas perspectivas de análise, mas não de todas. Assim, sugerimos usar com ressalvas tais informações. Se possível, as ações de políticas públicas devem ser elaboradas envolvendo a participação das pessoas do território, desenvolvendo ações atinentes as necessidades loco-regionais, considerando as particularidades dos grupos populacionais.

Conclusão

Este estudo oportunizou uma análise das iniquidades expressadas nas desigualdades encontradas no perfil de internação da população Brasileira assistida pelo Sistema único de saúde no período de 10 anos (2008 a 2018). Carecendo de estudo com desenhos de pesquisa mais próximos da população com objetivo de compreender como se dá o processo de transição epidemiológica de cada grupo populacional. As populações identificadas neste estudo com perfil de morbidade hospitalar mais crítico são as Indígenas e a população negra nas diferentes Regiões do país.

Referências

1. World Health Organization. *The Economics of Healthy and Active Ageing Will - Will population ageing spell the end of the Welfare State? A review of evidence and policy options*. (2018).
2. Rocha, P. R. da & David, H. M. S. L. Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* **49**, 129–135 (2015).
3. Cockerham, W. C., Hamby, B. W. & Oates, G. R. The Social Determinants of Chronic Disease. *American Journal of Preventive Medicine* **52**, S5–S12 (2017).
4. Santana, P. *Introdução à geografia da saúde território, saúde e bem-estar*. (Imprensa da Universidade de Coimbra, 2014). doi:10.14195/978-989-26-0727-6.
5. Breilh, J. *Critical Epidemiology and the People's Health*. (Oxford University Press, 2021). doi:10.1093/med/9780190492786.001.0001.
6. Breilh, J. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. (Lugar Editorial, 2003).
7. Duan, W. *et al.* How great is the medical burden of disease on the aged? Research based on "System of Health Account 2011." *Health and Quality of Life Outcomes* **15**, 1–10 (2017).
8. Agyemang-Duah, W., Peprah, C. & Peprah, P. "Let's talk about money": How do poor older people finance their healthcare in rural Ghana? A qualitative study. *International Journal for Equity in Health* **18**, 1–12 (2019).
9. de Moraes, R. M., dos Santos, M. A. B., Werneck, H. F., de Paula, M. N. & de Almeida, R. T. Family expenditures on healthcare plans in Brazil and household budget commitment: an analysis of the Brazilian Household Budgets Survey (2017/2018). *Cadernos de Saude Publica* **38**, (2022).
10. World Health Organization. Declaration of Astana. *Global Conference on Primary Health Care* 12 (2018).
11. Fisher, K. *et al.* Comorbidity and its relationship with health service use and cost in community-living older adults with diabetes: A population-based study in Ontario, Canada. *Diabetes Research and Clinical Practice* **122**, 113–123 (2016).
12. Liotta, G. *et al.* Cost of hospital care for the older adults according to their level of frailty. A cohort study in the Lazio region, Italy. *PLoS ONE* **14**, 1–13 (2019).
13. Cui, Y. *et al.* Geographical variation analysis of all-cause hospital readmission cases in Winnipeg, Canada Organization, structure and delivery of healthcare. *BMC Health Services Research* **15**, 1–7 (2015).

14. Melo-Silva, A. M. de, Mambrini, J. V. de M., Souza Junior, P. R. B. de, Andrade, F. B. de & Lima-Costa, M. F. Hospitalizations among older adults. *Revista de Saúde Pública* **52**, 3s (2019).
15. Vetrano, D. L. *et al.* Frailty and multimorbidity: A systematic review and meta-analysis. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences* **74**, 659–666 (2019).
16. Arokiasamy, P. *et al.* The impact of multimorbidity on adult physical and mental health in low- and middle-income countries: What does the study on global ageing and adult health (SAGE) reveal? *BMC Medicine* **13**, 1–16 (2015).
17. Palladino, R., Lee, J. T., Ashworth, M., Triassi, M. & Millett, C. Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: Evidence from 16 European countries. *Age and Ageing* **45**, 431–435 (2016).
18. Wang, H. H. X. *et al.* Relationships of multimorbidity and income with hospital admissions in 3 health care systems. *Annals of Family Medicine* **13**, 164–167 (2015).
19. Chun, S.-Y., Kim, W. & Park, E.-C. Disparities in avoidable hospitalization by income in South Korea: data from the National Health Insurance cohort. *European Journal of Public Health* **29**, 225–231 (2019).
20. Pinheiro, R. S., Viacava, F., Travassos, C. & Brito, A. dos S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* **7**, 687–707 (2002).
21. Sampaio, M. L. & Bispo Júnior, J. P. Network of Psychosocial Care: Evaluation of the structure and process of mental healthcare linkage. *Cadernos de Saude Publica* **37**, (2021).
22. Braga, C. P. & d'Oliveira, A. F. P. L. Motivos e mecanismos de internação de crianças e adolescentes em hospital psiquiátrico: o circuito do controle. *Cadernos de Saúde Pública* **38**, (2022).
23. Bertagnoli, M. S. F. F., Melchior, M. I., Monti, R. G. & Kimura, R. A. Challenges to the shared care management concept between caregivers and professionals of the Brazilian Home Care Service. *Physis* **31**, (2021).
24. Nascimento, M. S. & Silva, M. B. B. e. Desinstitucionalização em debate: uma etnografia em eventos de saúde mental. *Saúde em Debate* **44**, 33–44 (2020).
25. Souza, N. F. de, Vilhena, A. O. de, Santos, M. N. D. A. & Monteiro, N. J. Planning of hospital discharge for patients who underwent myocardial revascularization surgery: Challenges to nurses' performance. *Cogitare Enfermagem* **25**, 1–11 (2020).
26. Novais, M. C. M. *et al.* Factors associated with de-hospitalization of children and adolescents with complex chronic condition. *Revista Paulista de Pediatria* **39**, (2021).

27. Santos, R. V., Bastos, J. L., Kaingang, J. D. & Batista, L. E. Should there be recommendations on the use of “race” in health publications? An emphatic “yes”, especially because of the implications for antiracist practices. *Cadernos de Saude Publica* vol. 38 Preprint at https://doi.org/10.1590/0102-311X00021922 (2022).
28. Chor, D., Stern, A. M. & Santos, R. V. Raça, saúde e discriminação: Perspectivas históricas e contemporâneas no Brasil e Estados Unidos. *Cadernos de Saude Publica* vol. 33 Preprint at https://doi.org/10.1590/0102-311X00044817 (2017).
29. Batista, L. E. & Barros, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Cadernos de Saude Publica* vol. 33 Preprint at https://doi.org/10.1590/0102-311X00090516 (2017).
30. Burgard, S. *et al.* Relatos diferenciados de experiências com discriminação no Brasil e Estados Unidos. *Cadernos de Saude Publica* **33**, (2017).
31. Muniz, J. O. & Bastos, J. L. Volatilidade classificatória e a (In)consistência da desigualdade racial. *Cadernos de Saude Publica* **33**, (2017).
32. Bastos, J. L., Santos, R. V., Cruz, O. G., de Barros Longo, L. A. F. & da Silva, L. O. Características sociodemográficas de indígenas en los censos Brasileños de 2000 y 2010: Un enfoque comparativo. *Cadernos de Saude Publica* **33**, (2017).
33. Maggi, R. S. A saúde indígena no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* **14**, 13–14 (2014).
34. IBGE. As terras indígenas são legalmente destinadas à posse permanente das comunidades que as ocupam. 1 https://brasil500anos.ibge.gov.br/territorio-brasileiro-e-povoamento/historia-indigena/terras-indigenas.html (2022).
35. Freitas, F. P. de P., Luna, W. F., Bastos, L. O. de A. & Ávila, B. T. Experiences of brazilian doctors in their first months of primary health care in the Yanomami indigenous land. *Interface: Communication, Health, Education* **25**, NA (2021).
36. Marinho, G. L., Caldas, A. D. R. & Santos, R. V. Indígenas residentes em domicílios: “Improvisados” segundo o censo demográfico 2010. *Physis* **27**, 79–102 (2017).
37. Marinho, G. L., Raupp, L., Lucena, J. R. M. de & Tavares, F. G. Saneamento básico em domicílios indígenas de áreas urbanas da Amazônia Legal, Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva* **29**, 177–186 (2021).
38. Escobar, A. L. *et al.* Diarrhea and health inequity among Indigenous children in Brazil: Results from the First National Survey of Indigenous People’s Health and Nutrition. *BMC Public Health* **15**, (2015).
39. Raupp, L., Fávaro, T. R., Cunha, G. M. & Santos, R. V. Condições de saneamento e desigualdades de cor/raça no Brasil urbano: Uma análise com foco na população indígena

com base no Censo Demográfico de 2010. *Revista Brasileira de Epidemiologia* **20**, 1–15 (2017).

40. Raupp, L., Cunha, G. M., Fávaro, T. R. & Santos, R. V. Sanitation conditions of indigenous and nonindigenous households in brazil according the 2000 and 2010 national censuses. *Ciencia e Saude Coletiva* **25**, 3753–3764 (2020).
41. Alves, F. T. A. *et al.* Mortalidade proporcional nos povos indígenas no Brasil nos anos 2000, 2010 e 2018. *Saúde em Debate* **45**, 691–706 (2021).
42. RIPSA. Proporção de internações hospitalares (SUS) por causas. 14–16 http://fichas.ripsa.org.br/2009/d-14/ (2010).
43. Caldas, A. D. R., Santos, R. V. & Cardoso, A. M. Ethnic and racial iniquities in infant mortality: implications of changes in recording color/race in national health information systems in Brazil. *Cadernos de Saude Publica* **38**, (2022).
44. Farias, Y. N., Leite, I. D. C., Siqueira, M. A. M. T. de & Cardoso, A. M. Ethnic and racial inequalities in hospital admissions due to avoidable causes in under-five brazilian children, 2009-2014. *Cadernos de Saude Publica* **35**, (2019).
45. Reis, A. C. *et al.* Study of the evaluability of the Information System on Indigenous Health: potentialities and challenges for supporting local health administration. *Cadernos de Saude Publica* **38**, (2022).
46. Oliveira, V. H. F. P. de, Oliveira, M. B., Blumenberg, C., Herval, Á. M. & Paranhos, L. R. Analysis of financial resources for public health in Brazilian capitals: a time trend ecological study. *Cadernos de Saúde Pública* **38**, (2022).
47. Alda Maria Justo, Flávia Emília CAvalcante Valença Fernandes, Priscylla Helena Alencar Falcão Sobra, Vitória de Barros Siqueira, E. de A. N. Custos das internações hospitalares entre idosos usuários do sistema único de saúde. *Revista de Enfermagem UFPE onl ine* **7**, 6013–6018 (2013).
48. World Health Organization. *World report on ageing and health*. (2015).
49. Malta, D. C. *et al.* Inequalities in the use of health services by adults and elderly people with and without noncommunicable diseases in Brazil, 2019 National Health Survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia* **24**, (2021).
50. van den Heuvel, W. J. A. & Olaroiu, M. How Important Are Health Care Expenditures for Life Expectancy? A Comparative, European Analysis. *J Am Med Dir Assoc* **18**, 276.e9-276.e12 (2017).
51. Roser, M. The link between health spending and life expectancy: the US is an outlier. *Institute for New Economic THinking* (2016).

52. Ribeiro, M. G., Sancho, L. G. & Lago, R. F. do. Gastos com internação do idoso em serviços privados de terapia intensiva em três capitais da região sudeste: São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. *Cadernos Saúde Coletiva* **23**, 394–401 (2015).

53. Suchecka, J. & Urbaniak, B. Determinants Of Healthy Ageing For Older People In European Countries – A Spatio-Temporal Approach. *Comparative Economic Research* **19**, (2016).

54. Wong, K. S., Ryan, D. P. & Liu, B. A. A system-wide analysis using a senior-friendly hospital framework identifies current practices and opportunities for improvement in the care of hospitalized older adults. *J Am Geriatr Soc* **62**, 2163–2170 (2014).

55. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. (2015).

Figura 1 – Proporção de internação hospitalar (PIH) financiadas pelo SUS no período de 2008 e 2018 no Brasil, segundo a faixa etária. Brasil, 2022.

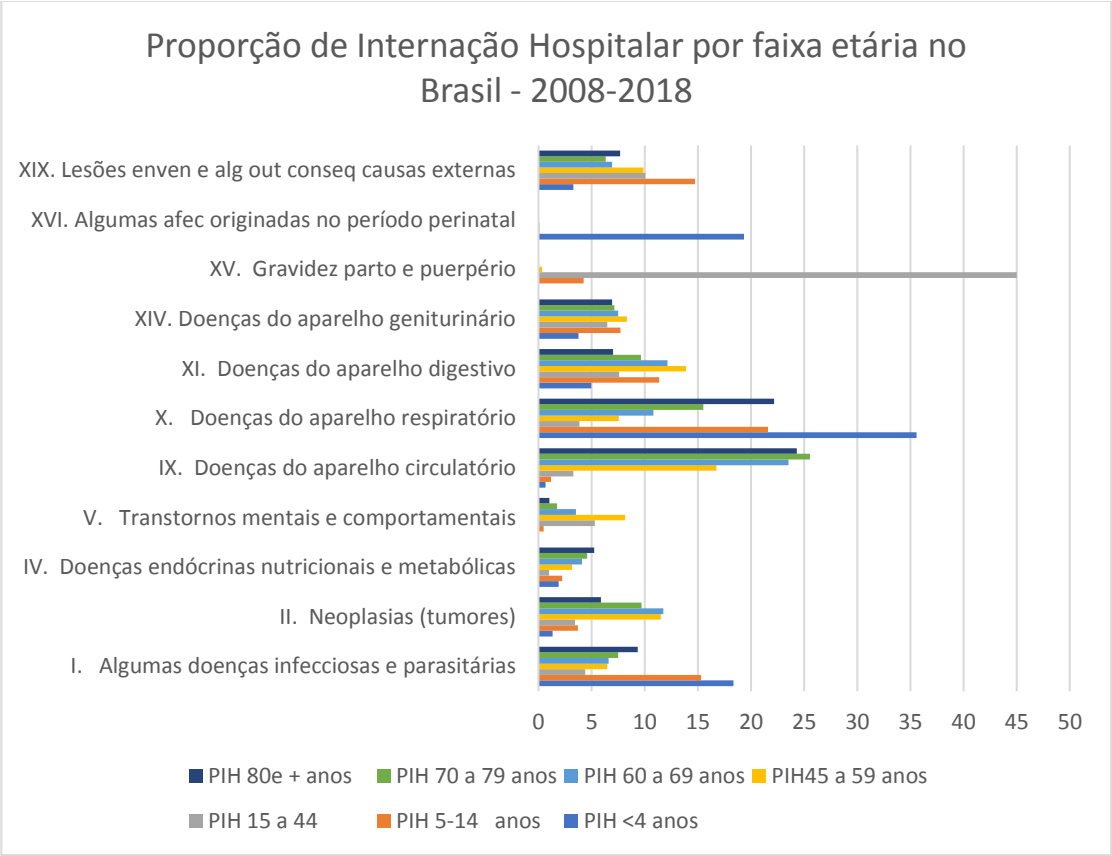


Tabela 1 - Distribuição das frequências absolutas e relativas das internações que ocorreram no período de 2008 a 2018 no Brasil

Variáveis	Frequência de internação por faixa etária						
	<5 anos n (%)	5 a <14 anos n (%)	15 a 44 anos n (%)	45 a 59 anos n (%)	60-69 anos n (%)	70-79 anos n (%)	>80 n (%)
Brasil	12.851.966(10,12)	7.665.639(6,03)	56.971.031(44,85)	19.970.918(15,72)	12.569.173(9,89)	10.160.327(8,00)	6.850.760(5,39)
Sexo							
Masculino	7.125.348(55,44)	4.342.989(56,65)	16.110.529(28,28)	10.167.603(50,91)	6.699.579(53,30)	5.158.513(50,77)	3031382(44,25)
Feminino	5.726.618(44,56)	3.322.650(43,35)	40.860.502(71,72)	9.803.315(49,09)	5.869.594(46,70)	5.001.814(49,23)	3819378(55,75)
Raça/cor							
Branca	3.558.284(27,69)	2.148.144 (28,02)	16.424.270(28,83)	7.621.946(38,16)	5.113.356(40,68)	4.179.999(41,14)	2797052(40,83)
Preta	213.600(1,66)	167.301(2,18)	2.022.759(3,55)	842.109(4,22)	486.769(3,87)	349.959(3,44)	214647(3,13)
Parda	4.331.510(33,70)	2.648.201(34,55)	20.013.193(35,13)	5.729.500(28,69)	3.371.801(26,82)	2.633.163(25,92)	1752601(25,58)
Amarela	54.207(0,42)	71.193 (0,93)	569.984(1,00)	186.490(0,93)	122.790(0,98)	100.142(0,99)	69083(1,01)
Indígena	88.854(0,69)	27.489(0,36)	140.760(0,25)	20.994(0,11)	12.150(0,10)	10.546(0,10)	9411(0,14)
Sem informação	4.605.511(35,84)	2.603.311 (33,96)	17.800.065(31,24)	5.569.879(27,89)	3.462.307(27,55)	2.886.518(28,41)	2007966(29,31)
Região							
Norte	1.493.387(11,62)	871.122(11,363)	5.738.315(10,07)	1.132.707(5,67)	646.853(5,15)	514.994(5,07)	325.831(4,76)
Nordeste	3.927.024(30,55)	2.442.498(31,862)	16.834.945(29,55)	4.472.721(22,40)	2.787.445(22,18)	2.376.896(23,39)	1.755.933(25,63)
Sudeste	4.552.909(35,43)	2.613.490(34,093)	21.173.152(37,16)	8.825.044(44,19)	5.609.005(44,62)	4.430.327(43,60)	3.027.371(44,19)
Sul	1.843.885(14,35)	1.137.897(14,844)	8.584.378(15,07)	4.031.474(20,19)	2.650.195(21,08)	2.132.195(20,99)	1.312.543(19,16)
Centro-oeste	1.034.760(8,05)	600.632(7,835)	4.640.241(8,15)	1.508.972(7,55)	875.675(6,97)	705.915(6,95)	429.082(6,26)

financiadas pelo SUS, segundo sexo, cor/raça e região de residências. Brasil, 2022.

Tabela 2 – Média de permanência durante as internações que ocorreram no período de 2008 a 2018 no Brasil financiadas pelo SUS, segundo sexo, cor/raça e Região de residência. Brasil, 2022

Variáveis	Média de permanência por faixa etária (dias)							
	<5 anos	5 a <14 anos	15 a 44 anos	45 a 59 anos	60-69 anos	70-79 anos	80 anos e mais	TOTAL
Brasil	5,80	3,68	4,44	7,01	6,83	6,77	6,78	5,48
Sexo								
Masculino	5,63	3,61	7,11	7,96	7,25	6,93	6,63	6,76
Feminino	6,02	3,78	3,38	6,02	6,35	6,61	6,91	4,58
Raça/cor								
Branca	5,86	3,45	4,73	6,94	6,65	6,56	6,57	5,70
Preta	5,86	3,85	6,09	9,41	8,80	8,73	8,70	7,30
Parda	5,47	3,68	4,15	6,79	6,59	6,47	6,47	5,09
Amarela	6,25	3,32	3,88	5,93	6,20	6,28	6,53	4,88
Indígena	5,41	4,40	3,06	5,78	6,03	5,50	5,63	4,31
Sem informação	6,08	3,87	4,33	7,00	7,09	7,12	7,17	5,48
Região								
Norte	5,09	3,77	3,44	5,70	6,15	6,21	6,12	4,31
Nordeste	5,48	3,74	4,11	6,66	6,42	6,25	6,26	5,01
Sudeste	6,36	3,78	4,94	7,84	7,63	7,61	7,57	6,21
Sul	5,86	3,26	4,56	6,23	5,97	5,99	6,08	5,31
Centro-oeste	5,50	3,71	4,31	6,21	6,15	6,03	6,11	5,06

Tabela 3 – Valor médio das internações que ocorreram no período de 2008 a 2018 no Brasil financiadas pelo SUS, segundo sexo,

Variáveis	Valor médio da internação por faixa etária (R$)						
	<5 anos	5 a <14 anos	15 a 44 anos	45 a 59 anos	60-69 anos	70-79 anos	>80
Brasil	1.278,27	676,70	777,44	1.326,72	1.567,87	1.458,38	1.215,83
Sexo							
Masculino	1.247,97	663,49	1047,77	1451,41	1689,21	1.538,32	1.242,65
Feminino	1.315,99	693,98	670,86	1197,40	1429,37	1.375,93	1.194,53
Raça/cor							
Branca	1.579,48	779,27	876,37	1.498,94	1.779,49	1.639,05	1.327,25
Preta	1.245,52	731,06	870,07	1.395,13	1.563,54	1.427,06	1.200,60
Parda	1.122,69	635,12	741,01	1.265,27	1.485,24	1.387,80	1.166,15
Amarela	1.524,94	580,88	726,48	1.204,72	1.411,22	1.339,23	1.149,56
Indígena	718,94	558,58	544,75	754,23	854,64	800,51	692,11
Sem informação	1.201,29	634,74	720,06	1.150,17	1.344,46	1.271,47	1.110,33
Região							
Norte	839,56	540,96	615,59	918,24	1.067,50	1.021,29	923,54
Nordeste	1.019,02	619,17	717,46	1.165,02	1.336,27	1.228,51	1.050,36
Sudeste	1.526,99	757,06	829,88	1.396,89	1.665,02	1.567,16	1.311,66
Sul	1.624,67	739,37	895,67	1.513,31	1.772,04	1.631,60	1.305.55
Centro-oeste	1.183,71	639,13	737,18	1.203,77	1.434,47	1.345,35	1.164,29

cor/raça e Região de residência. Brasil, 2022.

Tabela 4 – Taxa de óbito hospitalar durante as internações que ocorreram no período de 2008 a 2018 no Brasil financiadas pelo SUS, segundo sexo, raça/cor e Região de residência. Brasil, 2022

Variáveis	Taxa de mortalidade por faixa etária							
	<5 anos	5 a <14 anos	15 a 44 anos	45 a 59 anos	60-69 anos	70-79 anos	>80	TOTAL
Brasil	1.81	0.47	1.00	4.46	7.26	10.40	16.49	3.80
Sexo								
Masculino	1.76	0.46	2.21	5.17	7.85	10.97	16.43	4.97
Feminino	1.88	0.49	0.53	3.73	6.58	9.81	16.54	2.98
Raça/cor								
Branca	1.72	0.46	1.00	4.22	7.03	10.39	17.04	4.37
Preta	1.47	0.52	1.26	5.02	7.81	10.69	16.21	4.24
Parda	1.65	0.45	0.86	4.25	6.86	9.66	14.79	3.07
Amarela	2.11	0.41	0.93	4.26	6.94	9.83	15.63	3.73
Indígena	1.81	0.67	0.61	3.49	5.60	7.34	10.05	1.86
Sem informação	2.05	0.51	1.15	4.94	7.92	11.11	17.33	3.93
Região								
Norte	1.66	0.48	0.77	3.79	6.18	8.54	13.02	2.26
Nordeste	1.91	0.48	0.93	4.14	6.58	9.14	14.05	3.11
Sudeste	1.86	0.49	1.13	4.98	8.08	11.73	18.84	4.62
Sul	1.62	0.43	1.05	4.08	6.77	9.91	15.99	4.10
Centro-oeste	1.79	0.47	0.93	3.89	6.41	9.05	14.04	3.10