

Mayara Marta Rodrigues

**HOSPITALIZAÇÕES DE IDOSOS POR CONDIÇÕES  
SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.  
Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Angela Maria Alvarez. Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Keila Cristina Rausch Pereira.

Florianópolis  
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rodrigues , Mayara Marta

Internações hospitalares de idosos por condições sensíveis a atenção primária / Mayara Marta Rodrigues ; orientadora, Angela Maria Alvarez ; coorientadora, Keila Cristina Rausch Pereira. - Florianópolis, SC, 2017. 117 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós Graduação Multidisciplinar em Saúde.

Inclui referências

1. Saúde. 2. Atenção Primária à saúde. 3. Idosos. 4. Enfermagem. 5. Hospitalização. I. Alvarez, Angela Maria . II. Pereira, Keila Cristina Rausch . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde. IV. Título.

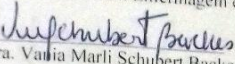
MAYARA MARTA RODRIGUES

HOSPITALIZAÇÕES DE IDOSOS POR CONDIÇÕES  
SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA

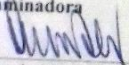
Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela banca  
examinadora para obtenção do título de:

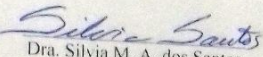
MESTRE EM ENFERMAGEM

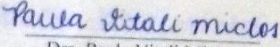
e aprovada em sua forma final no dia 13 de dezembro de 2016,  
atendendo as normas da Legislação vigente da Universidade Federal de  
Santa Catarina, programa de Pós-graduação de Enfermagem, área de  
concentração Filosofia e Cuidados em Enfermagem e Saúde.

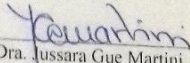
  
Dra. Valéria Marli Schubert Backes  
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora

  
Dra. Angela Maria Alvarez  
Presidente

  
Dra. Silvia M. A. dos Santos  
Membro

  
Dra. Paula Vitali Miclos  
Membro

  
Dra. Jussara Gue Martini  
Membro



Dedico este trabalho, com todo meu amor, aos meus pais (*in memoriam*).



## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, inicialmente pelo dom da vida, por suas infinitas bênçãos, pela oportunidade do novo amanhã.

Agradeço ao meu filho, meu menino, minha inspiração, motivo do meu sorriso! Obrigada filho por existir na vida da mamãe, por me permitir desfrutar desse amor puro e verdadeiro, por fazer meu coração transbordar de amor, por tornar minha vida mais leve. Sem dúvidas, você é a realização do maior sonho da minha vida.

Agradeço ao meu marido, eu nem sei como te agradecer por tanto companheirismo. Esses quase 10 anos de história só me faz ter a certeza que fiz a escolha certa. Eu amo muito você!

Agradeço a minha querida família por toda compreensão e estímulo nesse período, em especial meu irmão Helcio Rodrigues Neto, meus avós paternos e maternos.

Agradeço minha orientadora Angela Maria Alvarez e coorientadora Keila Cristina Rausch, vocês foram fundamentais nessa jornada. Obrigada! A arte de ensinar se torna ainda mais incrível com vocês.

Agradeço as minhas amigas, presentes que a vida me deu, que tanto me apoiaram, que todo o tempo me lembravam de que no final tudo iria dar certo.

Agradeço aos colegas, professoras e colaboradores do Programa de Pós-graduação de Enfermagem da UFSC, pela parceria, ensinamentos e troca de experiências.

E, por fim a todos aqueles que me auxiliaram neste período.





“Quando você cuida de alguém que realmente está precisando, você vira um herói. Porque o arquétipo de herói é a pessoa que, se precisar, enfrenta a escuridão com amor e coragem porque acredita que algo pode ser mudado para melhor”

Patch Adams.



RODRIGUES, Mayara Marta. **Hospitalizações de idosos por condições sensíveis a atenção primária.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. 117p.

## RESUMO

As condições sensíveis à atenção primária (CSAP) estão relacionadas àqueles problemas de saúde que, por meio de ações de cuidado, de prevenção, controle e tratamento promovem a saúde, impedindo a instalação de morbidades ou a complicação das mesmas. A pessoa idosa, em seu processo de viver envelhecendo, é requerente deste olhar, principalmente ao viver processos de cronicidade, adoecimento e comprometimento que a levem à necessidade de tratamentos mais complexos, como a hospitalização. Assim, o presente estudo tem como objetivo: Analisar a tendência temporal das internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária no Estado de Santa Catarina, Brasil, no período de 2008 a 2015. Trata-se de um estudo quantitativo, ecológico, de série temporal, com dados obtidos do Sistema de Informação Hospitalar do SUS referentes ao número de internações, causas, tempo de permanência e mortalidade a partir das autorizações de internação hospitalar (AIH) disponibilizada pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Informações populacionais foram coletadas através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, e realizadas a padronização das variáveis por idade através do método direto e a análise estatística por meio de regressão linear segmentada (joinpoint regression). A partir da inclinação estimada para cada segmento de reta (coeficiente de regressão), foi calculada a variação anual em porcentagem e sua significância estatística, estimada pelo método dos mínimos quadrados por um modelo linear generalizado, assumindo que as taxas seguem uma distribuição de Poisson. Com o estudo pode-se afirmar que as internações de idosos por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Santa Catarina sofreram redução, as quais representavam 41% do total de internações de idosos em 2008 e 32% em 2015. As causas mais prevalentes foram: insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças cerebrovasculares. Em relação à variação das causas: asma, doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca apresentaram queda de variação no período do estudo, já infecções de ouvido nariz e garganta, pneumonias bacterianas e angina obtiveram aumento. As taxas de mortalidade das internações por CSAP também

apresentaram redução, independente do sexo e na faixa etária até 80 anos, representando variação anual de menos 2,4%, 2,1% para os idosos e 2,7% para as idosas. Encontrou-se diminuição da variação do período de permanência hospitalar de até sete dias e aumento significativo do tempo de internação entre 15 e 30 dias. As doenças cerebrovasculares foram as principais responsáveis pelas internações com tempo de permanência acima de 15 dias, seguidas pela insuficiência cardíaca, angina e DPOC. Acredita-se que a queda das internações por condições evitáveis no Estado de Santa Catarina é um reflexo relacionado à implantação, manutenção e consolidação do SUS, bem como os avanços conquistados pela atenção primária. Os elementos associados ao aumento do tempo de permanência trazem implicações negativas na vida do idoso, haja vista o impacto em seu viver envelhecendo, as exigências de cuidado no adoecimento e as consequentes implicações para o sistema de saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à saúde. Idosos. Hospitalização. Promoção da saúde. Enfermagem. Epidemiologia. Estudo ecológico.

RODRIGUES, Mayara Marta. **Elderly persons hospitalizations for sensitive conditions to the primary attention.** Dissertation (Master in Nursing) - Nursing Graduate Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis 2017. 117p.

## ABSTRACT

The primary care-sensitive conditions (CSAP) are related to health problems that, through caregiving, prevention, control and treatment, promote good health, preventing the installation of morbidities or a complication of it. The elderly person, in their process of living in aging, is an applicant in this seing, mainly to live processes of chronicity, illness and impairment which take them to a more complex treatments such as a hospitalization. Thus, this study aims to: Analyze the temporal trend of the elderly practices by conditions sensitive to primary care in the State of Santa Catarina, Brazil, from 2008 to 2015. This is a quantitative, ecological, serial study and their data was obtained from the Hospital Information System of the SUS referring to the number of hospitalizations, causes, length of stay and mortality from hospital admission authorizations (IAH) made available by the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS). Population data were collected through the Brazilian Institute of Geography and Statistics, and the standardization of the variables by age was done through the direct method and the statistical analysis by means of a linear regression (joinpoint regression). From the estimated slope for each straight line (regression coefficient), the annual percentage change and its statistical significance were estimated by the least squares method using a generalized linear model, assuming that the rates following a Poisson distribution. It could stated that the hospitalizations of elderly people due to Primary Care Conditions in Santa Catarina suffered a reduction, which represented 41% of the total number of hospitalizations of elderly people in 2008 and 32% in 2015. The most prevalent causes were: Cardiac disease, chronic obstructive pulmonary disease and cerebrovascular diseases. Regarding to the variation of the causes: asthma, chronic obstructive pulmonary disease and heart failure, it has showed a decrease at variation in the period of the study Regarding to nose and throat ear infections, bacterial pneumonia and angina, it has increased. The mortality rates of hospitalizations for CSAP also showed a reduction, regardless of sex and in the age group up to 80 years, representing an annual variation of less than 2.4%, 2.1% for the elderly and 2.7% for the elderly. There was a decrease in the

variation of the period of hospital staying until seven days and a significant increase of the hospitalization time between 15 and 30 days. Cerebrovascular diseases were the main responsible for hospitalizations with over 15 days of staying, followed by heart failure, angina and COPD. It is believed that the drop in hospitalizations due to avoidable conditions in the State of Santa Catarina is a reflection related to the implantation, maintenance and consolidation of SUS, as well as the advances achieved by primary care. The elements associated with increased length of stay have negative implications in the elderly's life, given the impact on their aging lives, the demands of care in sickness and the consequent implications for the health system.

**Keywords:** Primary Health Care. Elderly. Hospitalization. Health promotion. Nursing. Epidemiology. Ecological study.

RODRIGUES, Mayara Marta. **Hospitalizaciones condiciones de edad sensible a la primaria.** Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. 117p.

## RESUMEN

Las condiciones sensibles a la atención primaria (ACSC) están relacionados con los problemas de salud a través de acciones de atención, prevención, control y tratamiento Promover la salud mediante la prevención de la morbilidad o complicaciones de instalación del mismo. El anciano, en el proceso de vivir más años, está solicitando este aspecto, sobre todo cuando se vive proceso de cronicidad, la enfermedad y el compromiso que conducen a la necesidad de tratamientos más complejos, como la hospitalización. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo analizar las tendencias temporales en la hospitalización de los ancianos por procesos sensibles a la atención primaria en el estado de Santa Catarina, Brasil, entre 2008 y 2015. Se trata de un estudio cuantitativo, ecológico, serie tiempo, con los datos del hospital de Sistema de Información de SUS en el número de hospitalizaciones, causas, duración de la estancia y la mortalidad de las autorizaciones de ingreso en el hospital (HAI) proporcionados por el Departamento del Sistema Único de Salud (DATASUS). datos de población fueron recogidos por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, y llevaron a cabo la estandarización de las variables de edad mediante el método directo y el análisis estadístico a través de regresión lineal segmentado (regresión de puntos de inflexión). A partir de la pendiente estimada para cada segmento de línea (coeficiente de regresión) se calculó el cambio anual en por ciento y su significación estadística, que se calcula por el método de mínimos cuadrados para un modelo lineal generalizado, asumiendo tasas siguen una distribución de Poisson. Con el estudio se puede decir que las admisiones de ancianos para Sensible Condiciones primaria en Santa Catarina se redujeron, lo que representó el 41% de las hospitalizaciones de edad avanzada en 2008 y 32% en 2015. Las causas más frecuentes fueron la insuficiencia corazón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la enfermedad cerebrovascular. En relación a la variación de las causas: asma, insuficiencia cardíaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica mostraron variación de caída durante el período de estudio, como la nariz y la garganta infecciones del oído, neumonía bacteriana y la angina tuvo aumento. de hospitalización por ACSC las tasas de mortalidad

también disminuyó, sin distinción de sexo y grupo de edad de hasta 80 años, lo que representa un crecimiento anual de menos de 2,4%, 2,1% para los ancianos y el 2,7% de las personas mayores. Encontrado una disminución en la variación de la estancia hospitalaria de hasta siete días y el aumento significativo en la duración de la estancia hospitalaria entre 15 y 30 días. Las enfermedades cerebrovasculares fueron la principal responsable de las admisiones y tiempo de estancia superior a 15 días, seguido de la insuficiencia cardíaca, angina de pecho y la EPOC. Se cree que la disminución de las hospitalizaciones por enfermedades prevenibles en el estado de Santa Catarina es una reflexión relacionados con la implementación, mantenimiento y consolidación del SUS, así como los progresos realizados por la atención primaria. Los elementos asociados con una mayor duración de la estancia tienen implicaciones negativas para la vida de las personas mayores, dado el impacto en su envejecimiento de estar, las necesidades de atención de la enfermedad y las consiguientes consecuencias para el sistema de salud.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud. Anciano. La hospitalización. Promoción de la salud. Enfermería. Epidemiología. Estudio ecológico.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmides etárias de Brasil e Santa Catarina em 2000, 2015 e 2030.....	31
Figura 2 – Distribuição espacial da população segundo as Macrorregiões de Saúde, Santa Catarina, 2010.....	33
Figura 3 - Procedimento para obtenção de dados no DATASUS .....	49

### **Manuscrito 1**

Figura 1 - Taxas de internação de idosos por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Santa Catarina, 2008-2015. Florianópolis, 2016.....	62
--	----

### **Manuscrito 2**

Figura 1 - Tempo de permanência por grupo de causas de idosos, internados por CSAPs em Santa Catarina, 2008 - 2015. Florianópolis, 2016.....	78
--	----



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis do estudo - Taxas .....	47
Quadro 2 – Variáveis do estudo - Proporções .....	48
Quadro 3 – Filtros utilizados na coleta de dados.....	50



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do gasto médio, custo/dia e média de permanência das hospitalizações dos idosos no Brasil, 2002-2011 .....	40
Tabela 2 - Proporção de idosos, por sexo e faixa etária, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015.....	55

### Manuscrito 1

Tabela 1 – Taxas brutas e ajustadas e números brutos de internações em idosos, por sexo e grupo etário, por CSAP em Santa Catarina, 2008 - 2015. Florianópolis, 2016.....	61
---	----

Tabela 2 – Variação anual das taxas de internação em idosos, por grupo etário, geral e por CSAP em Santa Catarina, 2008 - 2015. Florianópolis, 2016.....	63
--	----

Tabela 3 – Proporção das principais causas de internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária. Santa Catarina, 2008 e 2015. Florianópolis, 2016.....	64
---	----

Tabela 4 – Variação anual das taxas de mortalidade em idosos, por sexo e grupo etário, por CSAB em Santa Catarina, 2008 - 2015. Florianópolis, 2016.....	64
--	----

### Manuscrito 2

Tabela 1 – Variação anual das causas de internações em idosos por CSAPs, em Santa Catarina, 2008 - 2015. Florianópolis, 2016.....	76
---	----

Tabela 2 – Percentual da variação anual do tempo de permanência de idosos, internados por CSAPs em Santa Catarina, 2008 - 2015. Florianópolis, 2016.....	77
--	----



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de internação hospitalar
APS	Atenção primária em saúde
AVE	Acidente vascular encefálico
CID	Classificação Internacional de Doenças
CSAP	Condições Sensíveis a Atenção Primária
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNTCSAP	Doenças Crônicas Não Transmissíveis Sensíveis a Atenção Primária
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária
MS	Ministério da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RJ	Sigla do Estado da Federação do Rio de Janeiro
RS	Sigla do Estado da Federação do Rio Grande do Sul
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SC	Sigla do Estado da Federação Santa Catarina
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SP	Sigla do Estado da Federação de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidades de Pronto Atendimento





## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>25</b>
1.1	OBJETIVOS.....	27
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>29</b>
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL E EM SANTA CATARINA.....	29
2.2	HOSPITALIZAÇÕES DE IDOSOS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....	33
2.3	HOSPITALIZAÇÕES DE IDOSOS E A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM.....	36
2.4	CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	39
<b>3</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>45</b>
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	45
3.2	AMOSTRA.....	45
3.3	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	46
3.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	47
<b>3.4.1</b>	<b>Taxas.....</b>	<b>47</b>
<b>3.4.2</b>	<b>Proporções.....</b>	<b>48</b>
3.5	COLETA DOS DADOS.....	48
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	51
3.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	53
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>55</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA NO ESTADO DE SANTA CATARINA NO PERÍODO DO ESTUDO.....	55
<b>4.1.1</b>	<b>Manuscrito 1.....</b>	<b>57</b>
<b>4.1.2</b>	<b>Manuscrito 2.....</b>	<b>72</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>88</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>90</b>
	<b>ANEXO 1 – Lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária.....</b>	<b>101</b>

<b>ANEXO 2 – População padrão mundial .....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO 3 – Taxa de mortalidade, taxa de mortalidade padronizada por idade e média móvel da taxa padronizada de mortalidade das internações de idosos por CSAP, por sexo e por faixa etária em Santa Catarina no período de 2008 a 2015 .....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO 4 - Taxa de internação, taxa de internação padronizada por idade e média móvel da taxa padronizada de internação de idosos por CSAP, por sexo e por faixa etária em Santa Catarina no período de 2008 a 2015.....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXO 5 - Proporção, proporção padronizada por idade e média móvel da proporção padronizada do tempo de permanência de internação de idosos por CSAP, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015 .....</b>	<b>111</b>
<b>ANEXO 6 - Proporção, proporção padronizada por idade e média móvel da proporção padronizada dos grupos de causas de internação de idosos por CSAP, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015.....</b>	<b>113</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade no Brasil e no mundo. Ao longo das últimas décadas vivenciamos um processo de transição demográfica, o que tem impulsionado diversos estudos. Os esforços têm se direcionado ao desenvolvimento de práticas e políticas públicas voltadas a esse novo panorama, uma vez que esse processo não traz desafios somente para o sistema de saúde, mas para vários setores da sociedade, demandando medidas que possam incorporar as necessidades da população idosa, no sentido de possibilitar um envelhecimento digno para todos.

A partir do século XX, a transformação da pirâmide etária do Brasil pode ser evidenciada pela queda das taxas de mortalidade geral e a brusca diminuição do número de filhos em mulheres em idade reprodutiva. Aliado a esse fenômeno, a expectativa de vida ao nascer saltou de 43,3 em 1950 para 75,44 anos em 2015, segundo projeções (IBGE, 2013a). De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil apresentava 8,21% da população com idade igual ou superior a 60 anos em 2000, em 2015 esse número aproxima-se de 12%. E, pensando a longo prazo, em 2060, mais do que um terço da população brasileira será constituída por pessoas com 60 anos ou mais (33,7%) (IBGE, 2013a).

A longevidade, sem dúvidas é uma conquista da humanidade, porém, implica em dificuldades relacionadas ao processo degenerativo ao qual todos os seres humanos são susceptíveis. Com o aumento da idade surgem os problemas funcionais, enfraquecimento do sistema imunológico e outras importantes alterações tornam os idosos mais vulneráveis às patologias (VIEIRA; ALVAREZ; GIRONDI, 2011).

Sabe-se que a pessoa idosa demanda mais dos serviços de saúde quando comparada a outras faixas etárias (IZAIAS et al., 2014; PIOVESAM et al., 2015; SANTOS, 2012). Esse grupo etário enfrenta riscos quando se submete às internações hospitalares, já que, se, por um lado, em determinadas condições, a hospitalização é a única alternativa para o tratamento do idoso, por outro, traz consigo consequências relacionadas à diminuição da capacidade funcional, recuperação mais lenta e prolongada e o uso de tecnologias de alto custo (PAGOTTO; SILVEIRA; VELASCO, 2013).

Nesse sentido, estudos revelam íntima relação entre o idoso hospitalizado e condições de vulnerabilidade e dependência, fatores limitantes do exercício da sua autonomia e o subsequente declínio cognitivo (BORGES et al., 2015; CARRETA et al., 2013; WILSON et

al., 2012). O estudo de Wilson et al. (2012) concluiu que o funcionamento cognitivo diminui substancialmente após a hospitalização em idosos, mesmo depois de controlar a gravidade da doença, sendo que a gravidade da doença, tempo de internação hospitalar, e idade avançada foram, associados com declínio cognitivo mais rápido após a hospitalização.

Góis e Veras (2010) referem a preocupação de pesquisas recentes com o período de pós-hospitalização, posto que normalmente o idoso não consegue retornar às suas atividades habituais anteriores à internação. Portanto, além de gastos elevados, evidencia-se que as hospitalizações implicam diretamente na qualidade de vida do idoso.

Durante o período de internação, os profissionais de enfermagem estão envolvidos diretamente no cuidado à pessoa idosa, sendo os únicos profissionais a manterem-se de forma ininterrupta acompanhando esse processo, desde o acolhimento, até a sua saída por alta, transferência ou óbito. Logo, a enfermagem conhece, por experiência, as variadas condições enfrentadas diariamente para o gerenciamento do cuidado, a fim de proporcionar um atendimento que as pessoas idosas merecem (SOUZA et al., 2013). Sousa et al. (2010) refere que a atuação preventiva da enfermagem, com foco na identificação de riscos potenciais, pode contribuir para a autonomia e independência, para a redução de complicações, futuras internações e/ou diminuição do tempo de hospitalização

Sabendo dos elevados custos que as internações de idosos acarretam ao sistema de saúde e seu efeito sobre a capacidade funcional dos mesmos, as internações deveriam ocorrer apenas quando os recursos dos demais níveis de assistência à saúde estivessem esgotados. No entanto, esta não é a realidade no Brasil, já que encontramos elevado número de internações por problemas que poderiam ser solucionados ou minimizados na atenção primária e secundária.

As internações por problemas de saúde que poderiam ser atendidos por ações típicas da atenção primária conceituam-se como: Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) (ALFRADITE et al., 2009). O conjunto destes problemas de saúde foi agrupado, no Brasil, através da Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária, criada pelo Ministério da Saúde mediante a Portaria número 221, de 17 de abril de 2008, para ser utilizada como indicador de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada na avaliação de desempenho nos âmbitos nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2008).

Observa-se no Brasil, através de estudos já realizados sobre ICSAP, uma tendência de diminuição de internações por estas condições. Tais estudos demonstram em seus resultados a redução, mas estas internações são responsáveis ainda por cerca um terço das hospitalizações no SUS. Entre os idosos, as principais causas de ICSAP são aquelas relacionadas ao sistema circulatório e respiratório (CECCONI; MENEGHEL; VIECIL, 2014; RODRIGUES-BASTOS et al., 2014; BOING et al., 2012; REHEM, EGRY, 2011).

Além disso, explorar as causas e os elementos associados às hospitalizações é um tema de relevância para a atenção à saúde, pois auxilia para a elaboração de políticas de saúde que fortaleçam tanto a atenção terciária como a primária, no sentido de identificar idosos em risco e assim diminuir hospitalizações desnecessárias (PAGOTTO; SILVEIRA; VELASCO, 2013).

Diante do exposto, evidencia-se que as hospitalizações trazem sérias implicações na vida do ser idoso e sobrecarregam o sistema de saúde. Por isso emergiu a necessidade de estudar mais profundamente essa realidade, para contribuir com o trabalho dos profissionais de enfermagem na gestão do cuidado, a partir das possibilidades de prevenção de doenças e promoção de saúde das pessoas em seu processo de envelhecer. Dessa forma, explorar a dinâmica das internações dos idosos no Estado de Santa Catarina contribuirá para uma reflexão necessária e atual sobre a gestão do cuidado às pessoas idosas. Para tanto, propõe-se para o presente estudo a seguinte questão de pesquisa: Quais as características das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária de idosos no Sistema Único de Saúde (SUS) em Santa Catarina, Brasil, entre 2008 e 2015?

## 1.1 OBJETIVOS

### **Objetivo geral:**

Analisar a tendência temporal das ICSAPs em idosos no Estado de Santa Catarina (SC) no período entre 2008 e 2015.

### **Objetivos específicos:**

- a) Analisar as taxas de ICSAP em idosos no Estado de SC no período entre 2008 e 2015.
- b) Analisar as causas de ICSAP em idosos no Estado de SC no período entre 2008 e 2015.
- c) Analisar a mortalidade de ICSAP em idosos no Estado de SC no período entre 2008 e 2015.

d) Analisar o tempo de permanência de ICSAP em idosos no Estado de SC no período entre 2008 e 2015.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Para compor os fundamentos da presente revisão de literatura optou-se por uma revisão narrativa. Inicialmente, uma visão geral sobre o Envelhecimento e transição epidemiológica no Brasil e em Santa Catarina. E, a seguir, três temas foram aprofundados à luz da literatura: Hospitalizações de idosos no sistema de saúde, hospitalizações de idosos e a contribuição da enfermagem e Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. A base de dados utilizada foi a Biblioteca Virtual de Saúde, durante o período de 15/04/2015 a 15/05/2015, com a busca de artigos científicos dos últimos cinco anos, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol. Houve uma atualização da revisão de literatura no mês setembro de 2016, a partir da mesma base de dados. Os descritores utilizados foram: hospitalização, idoso, atenção primária à saúde e enfermagem. Estudos fora desse período também foram utilizados, assim como livros sobre a temática, com intuito de ampliar a fundamentação teórica, considerando que as hospitalizações especificamente em idosos ainda é um tema pouco explorado na literatura.

### 2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL E EM SANTA CATARINA

A longevidade não é algo que acontecerá no futuro, ela já é realidade, e a sociedade precisa compreender isso e preparar-se para lidar com essa geração idosa. Vale ressaltar que o Brasil é um país que pouco escreve sobre os idosos, dificultando a compreensão da melhor maneira de atender essa parcela da população. Quanto mais elevado for o número de informações, estudos e quanto mais o assunto é explorado, mais os profissionais, de todas as áreas, aproximam-se e ingressam em um processo de compreensão e ajustamento para com esse longo (MACIEL, 2014).

O envelhecimento precisa ser compreendido como um processo biológico, inevitável, caracterizado por redução progressiva das funções sensoriais e motoras, aumentando consequentemente a vulnerabilidade às doenças, as quais podem prejudicar a funcionalidade, a mobilidade e a independência, impossibilitando o idoso de um envelhecimento saudável e autônomo (LOBO; SANTOS; GOMES, 2014).

Entre os anos 1940 e 1960, o Brasil apresentava uma população jovem e com rápido crescimento. Realidade ocorrida devido ao declínio significativo da mortalidade, porém, a fecundidade permanência em

níveis bastante altos. A partir do final da década de 60, inicialmente nas regiões mais desenvolvidas e depois com uma generalização rápida em todas as regiões e classes sociais, as taxas de fecundidade começaram a reduzir, desencadeando o processo de transição da estrutura etária do país (ARAUJO, 2012).

Atualmente, o Brasil encontra-se em uma fase de mudança da estrutura etária da sua população. Pela primeira vez na história recente, a maior parcela da população do país é predominantemente adulta e em idade produtiva. Sob o ponto de vista demográfico, o envelhecimento populacional é resultado de dois fatores principais: o primeiro é a elevada diminuição da taxa de fecundidade, que reduziu de 6,2 filhos por mulher em 1960 para 1,8 filhos em 2012; o segundo é a redução da mortalidade infantil, que variou de 121 em 1960 para 15,7 em 2012. Concomitantemente, ocorreu o aumento da expectativa de vida de 62,7 anos em 1980, estimando-se que em 2015 aproxima-se a 75 anos (DOLL; RAMOS; BUAES, 2015; IBGE, 2013b; ARAUJO, 2012).

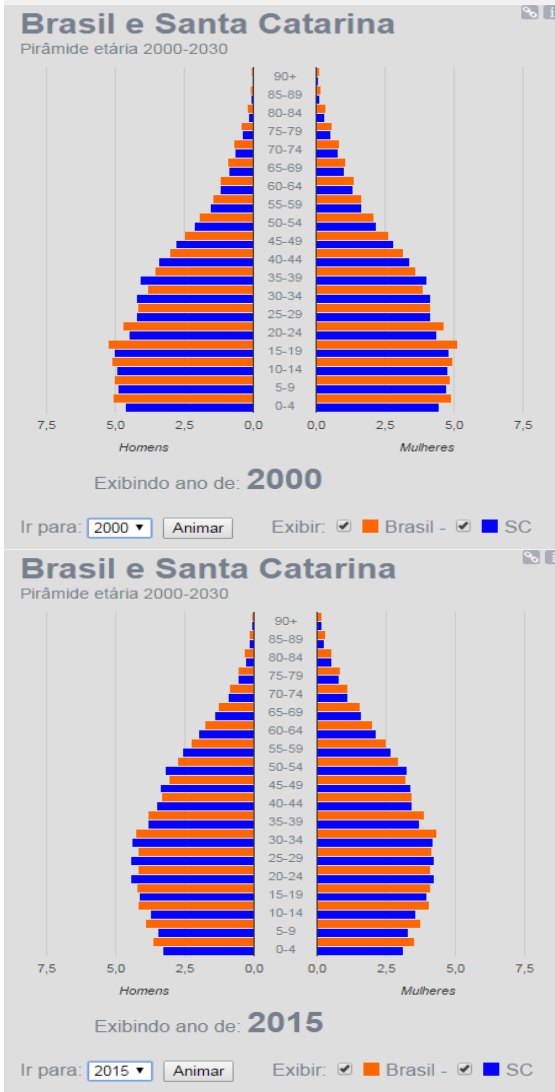
Tais fatores foram impulsionados por diversas mudanças nos campos da saúde, social, educacional, entre outros, como a descoberta dos antibióticos, a origem das unidades de terapia intensiva e das vacinas, na metade do século passado, e as mudanças no estilo de vida, nos anos 1960 (DOLL; RAMOS; BUAES, 2015). Projeções do IBGE (2013b) apontam que, a partir de 2030, o grupo dos idosos será maior que o grupo de crianças com até 14 anos.

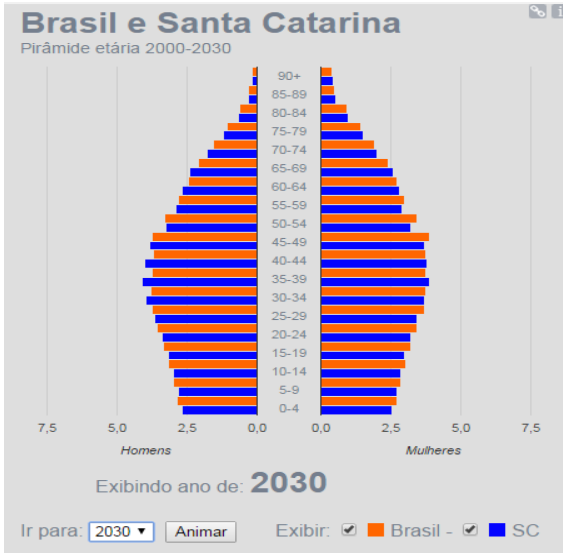
Acompanhando a tendência vivenciada no restante do país, porém com um ritmo mais acelerado que a maioria dos estados, Santa Catarina (SC) apresenta redução nas taxas de fecundidade e natalidade com diminuição do crescimento da população e aumento da esperança de vida, com sucessivo envelhecimento da populacional.

O estado apresenta a maior expectativa de vida entre as unidades federativas brasileiras, com média estimada de 78,74 anos em 2015, 75,44 para homens e 82,10 para mulheres, segundo projeções do IBGE. A proporção de idosos na população passou de 6,7% em 1990, para 8% em 2000, e em 2010 alcançou 10,5%. Por outro lado, a proporção de crianças menores de cinco anos diminuiu, passando de 11,2 % em 1990 para 8,9 % em 2000 e 6,5% em 2010 (2013b).



Figura 1 – Pirâmides etárias de Brasil e Santa Catarina em 2000, 2015 e 2030





Fonte: IBGE (2016).

As pirâmides etárias ilustradas acima evidenciam as mudanças ocorridas no Brasil e em Santa Catarina que resultaram no achatamento da base da pirâmide e alargamento do topo, onde se encontra os idosos.

A organização espacial dos serviços assistenciais do estado agrupa os municípios em oito macrorregiões de saúde (Figura 2). No litoral encontra-se a maior concentração populacional. Juntas, as macrorregiões da Grande Florianópolis, Sul, Nordeste e Vale do Itajaí abrigam aproximadamente 60% da população do estado. Em contrapartida, o Planalto Serrano e o Planalto Norte apresentam baixa densidade demográfica, com menos de 20 hab./km<sup>2</sup> (SANTA CATARINA, 2011).

Figura 2 – Distribuição espacial da população segundo as Macrorregiões de Saúde, Santa Catarina, 2010



Fonte: Santa Catarina (2016).

Em relação à estrutura hospitalar Catarinense, o estado é composto por 213 hospitais vinculados ao SUS. Destes, 22 são públicos, 190, privados, um, universitário, e estão distribuídos nas macrorregiões. O estado administra 14 hospitais públicos e cinco encontram-se com administração terceirizada (SANTA CATARINA, 2011).

Na realidade catarinense, a situação da atenção hospitalar mostra que os hospitais públicos e os privados contratados têm sido uma preocupação constante do governo, absorvendo quase 70% dos recursos públicos da saúde em Santa Catarina. Observa-se que a ampliação da estrutura ambulatorial do estado através das policlínicas e UPAs vem alterando os encaminhamentos à rede hospitalar e, como dificuldade, traz a má distribuição da divisão dos leitos pelo estado e a falta de aspectos culturais, epidemiológicos e sociais que direcionem seu crescimento a partir das demandas potenciais e de suas possibilidades no contexto local e regional (SANTA CATARINA, 2011).

## 2.2 HOSPITALIZAÇÕES DE IDOSOS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Importantes mudanças ocorreram desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 80. O modelo médico-assistencial e hospitalocêntrico estabelecido até então foi perdendo espaço, motivado

pelo movimento da Reforma Sanitária brasileira, que priorizava condições e acesso aos serviços de saúde de forma igualitária, universal e com ações voltadas à atenção primária (CECCONI; MENEGHEL; VIECIL, 2014).

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade, para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

No Brasil, a consolidação da atenção primária à saúde foi mediada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), porta prioritária de entrada do sistema de saúde, a qual tem estabelecido entre os seus princípios e diretrizes a estratégia de organização de redes de atenção regionalizada, contínua e sistematizada para a maior parte das necessidades.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a principal estratégia de atenção e é formada por equipes fixas, compostas de, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, nas unidades de saúde em territórios definidos. Apresenta o intuito de ofertar aos usuários assistência integral e permanente, atividades promoção da saúde e prevenção de agravos, além atuar sobre fatores de risco a que as comunidades estejam expostas. Nos demais níveis de assistência estão a atenção secundária referente a serviços ambulatoriais e de apoio diagnóstico e a atenção terciária, que engloba os hospitais, que, devido, muitas vezes, à deficiência na rede de atenção, ficam sobrecarregados (BRASIL, 2009).

Na problemática da sobrecarga dos hospitais é preciso refletir sobre formas de operacionalização para conectar o hospital à rede de serviços de saúde de maneira efetiva, sendo este percebido como um espaço de transição que faria a referência para outros serviços (MOTTA; HANSEL; SILVA, 2010).

A população idosa tem muito para beneficiar-se com a organização de serviços em rede, com fluxos de cuidados integrais, que englobem tudo o que a pessoa idosa necessita, com atenção integral e humanizada, transcorrendo pelos serviços necessários (MOTTA; HANSEL; SILVA, 2010). Aproximadamente 70% dos idosos dependem dos serviços do SUS, desde ambulatoriais até hospitalares, para satisfazerem suas necessidades de atenção em saúde (TAVARES; GUIDETI; SAÚDE, 2008).

Através da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que teve como finalidade “Recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” o Ministério da Saúde (MS) traz importantes desafios que precisam ser ajustados em relação ao cuidado com o idoso (BRASIL, 2006).

Assim as diretrizes que norteiam a PNSPI: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006). Tais diretrizes vieram ao encontro do que já foi discutido em relação à deficiência da atenção em rede e dos desafios mencionados, já há uma década atrás, pelo MS como: a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso; o número inadequado de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil contemplado no Estatuto do Idoso; a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS; ou seja, estruturas de suporte qualificadas para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio; e, por fim, a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

A PNSPI está embasada no paradigma da capacidade funcional, que é abordada de maneira multidimensional, traduzida pela autonomia, que se refere à capacidade de gerir a própria vida e de tomar decisões, e pela independência, definida como a capacidade de realizar atividades cotidianas sem auxílio. Seu efeito prático ainda não foi sentido, pois o peso da assistência tradicional é preponderante (VERAS, 2012; MORAES, 2012).

## 2.3 HOSPITALIZAÇÕES DE IDOSOS E A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM

Como consequência do aumento da população idosa, a geração de problemas sociais, políticos e econômicos é inevitável. Os idosos utilizam os serviços relacionados a essas demandas em uma proporção expressivamente maior do que pessoas das demais faixas etárias, portanto, elevam os custos financeiros do sistema de saúde, aumentando os custos e gastos médicos/sociais, hospitalizações, criando maior necessidade de suporte familiar e comunitário e expressiva probabilidade de cuidados de longa duração associados às doenças crônicas degenerativas com consequentes incapacidades (SANTOS, 2012).

As pessoas mais velhas possuem necessidades específicas, advindas das características clínico-funcionais e sociofamiliares peculiares a esse grupo. Os modelos de atenção a esse segmento populacional precisam ser centrados na pessoa, considerando tais características (VERAS et al., 2014).

A internação hospitalar para idosos engloba um cenário específico, rigoroso, limitado, tornando-os mais vulneráveis, dependentes e fragilizados à situação vivenciada (CARRETA et al., 2013). Embora necessária, a hospitalização representa alto risco para a saúde, especialmente para idosos. Nessa faixa etária as hospitalizações estão estreitamente relacionadas a riscos de imobilidade, incontinência, desnutrição, depressão, desenvolvimento de comorbidades, declínio cognitivo, deterioração da capacidade funcional e até mesmo de óbito (MARQUES et al., 2014). A condição funcional do idoso é considerada pelos estudos como um dos parâmetros mais importantes da avaliação geriátrica (PROCHET; SILVA, 2012).

Durante a hospitalização, a autonomia do idoso pode ficar mais restrita em decorrência das normas e rotinas que regem a realização do cuidado no contexto hospitalar. A situação de vulnerabilidade e fragilidade, associada ao ambiente hospitalar altamente tecnológico, à insegurança diante do processo da doença, restringe o idoso em suas atividades, reduzindo ainda mais sua capacidade de decisão, podendo gerar a perda da individualidade, dificultando ainda mais o exercício da autonomia e da tomada de decisão sobre o seu cuidado e o seu tratamento (CARRETA et al., 2013).

A internação hospitalar em qualquer faixa etária causa impacto na vida das pessoas. Na velhice assume contextos mais complexos, uma

vez que o envelhecimento enfraquece diversos mecanismos fisiológicos protetores, entre outros fatores importantes.

Profissionais de enfermagem, por meio do cuidado de enfermagem no ambiente hospitalar, podem contribuir significativamente para a construção da autonomia e participação das pessoas idosas na tomada de decisão sobre suas necessidades de atenção ou cuidado à sua saúde (CARRETTA; BETTINELLI; ERDMANN, 2011). Considerando que o enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo acompanha o idoso no contexto hospitalar (CARVALHAIS; SOUSA, 2007).

A independência e a autonomia, estendidas pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa, visto que a dependência é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função de toda a equipe de saúde, em todos os níveis (VERAS, 2014; MORAES, 2012).

Eliopoulos (2005) defende que na prática da enfermagem gerontogeriatrica devemos compreender que o envelhecimento é um processo natural comum a todos os organismos vivos, que são vários os fatores que influenciam no processo de envelhecimento, dados e conhecimentos específicos são usados na aplicação do processo de enfermagem para a população idosa, e que os idosos compartilham exigências universais de vida similares às dos outros seres humanos. A enfermagem gerontogeriatrica busca ajudar o idoso a atingir níveis ideais de saúde física, psicológica social e espiritual, para que ele possa alcançar sua integralidade (ELIOPOULOS, 2005).

Assim, a implementação do cuidado de enfermagem dirigido ao idoso exige do profissional as seguintes qualidades: capacidade de estabelecer relação terapêutica, habilidades para reconhecer os atributos e as características pessoais do idoso, conhecimento das alterações físicas e psicossociais decorrentes do envelhecimento, competência clínica e técnica para cuidar do idoso doente, capacidade de comunicação e disposição para trabalhar com pessoas idosas e outras relacionadas à capacidade de estabelecer vínculos e uma relação de confiança. (SANTOS et al., 2013).

Porém, essa capacidade pode estar restrita, pois é limitada a preparação dos enfermeiros para compreender o envelhecimento, já que, como diversos estudos indicam, a geriatria/gerontologia ainda não atendem ao preconizado para a formação dos profissionais de saúde para o cuidado à pessoa idosa. Geralmente encontramos a formação precedendo a experiência profissional, mas, no caso da população idosa, a experiência profissional dos enfermeiros tem precedido a formação

(SOUSA; RIBEIRO, 2013). Estas limitações encontradas na formação, certamente, geram inconvenientes, como a confusão de alguns profissionais em relação à portaria ministerial nº 280 (BRASIL, 1999) Que assegura ao idoso a presença de acompanhante nas unidades hospitalares no Brasil, delegando funções intrínsecas da equipe de enfermagem para familiares e cuidadores, fato que acontece, por vezes, pelo número expressivo de idosos hospitalizados, acompanhando o envelhecimento populacional, assim como o número insuficiente de profissionais.

Pena e Diogo (2005) ressaltam que a presença do familiar no decorrer da hospitalização do idoso e seu envolvimento no cuidado não devem ser vistos como delegação de responsabilidades, ou como complementação de recursos humanos para a assistência de enfermagem. Na realidade, o papel da equipe é de parceria com o cuidador na busca da melhoria do cuidado do idoso.

Assim, emergem duas discussões no âmbito da enfermagem referentes a esse acompanhamento: o papel do acompanhante, sobre o qual, por vezes, a equipe de enfermagem não tem tido esclarecimentos suficientes, e as amplas possibilidades de atuação da enfermagem junto ao binômio paciente e família. A atuação da enfermagem na equipe multidisciplinar no processo educativo com o idoso e seus familiares é indispensável e visa a estabelecer a sua independência funcional, prevenir complicações secundárias e colaborar para a adaptação do idoso e da família à nova situação (GONÇALVES et al., 2012). O estudo de Vieira, Alvavez e Gonçalves (2009) constatou a importância do enfermeiro como intermediador com a equipe multiprofissional no cuidado prestado aos acompanhantes de idosos dependentes, o qual, com ações simples durante a internação, pode amenizar os efeitos desse evento e preparar o familiar acompanhante para reproduzir os cuidados em domicílio, com o apoio da rede básica de saúde.

Entretanto, apesar das limitações existentes, os estudos são seguros em demonstrar os benefícios da enfermagem com o idoso em circunstâncias relacionadas à hospitalização. Caldas et al. (2013), com intuito de analisar criticamente as experiências com a utilização de instrumentos de rastreio de perda funcional em idosos, encontrou como resultado que a principal intervenção executada após o rastreio foi o acompanhamento do idoso por um serviço de enfermagem especializado que, quando necessário, referenciou-o ao serviço médico. Esta abordagem resultou na redução da perda funcional, do número de admissões hospitalares, do número de óbitos, redução de gastos com saúde e ainda uma satisfação maior do usuário.



Corroborando com a importância da prática de enfermagem na internação das pessoas idosas, o estudo de Andrada et al. (2015) trouxe que o cuidado fundamentado na Sistematização da Assistência de Enfermagem possibilita planejamento das ações de cuidado de enfermagem, repercutindo na redução do tempo de internação e melhor recuperação da população idosa.

## 2.4 CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA

O Plano Estadual de Saúde de SC referente ao quadriênio 2012-2015 traz importantes informações para esta pesquisa. Identifica que causas sensíveis à atenção básica e de tratamentos ambulatoriais são motivos relevantes de internação no estado. Apesar de ter sido detectada que, no período de 2006 a 2009, houve uma redução de 11,0% das ICSAPs em Santa Catarina, esta redução foi inferior à redução observada na Região Sul (11,9%) e à observada no Brasil (13,0%). Na faixa etária acima de 60 anos, identificou-se o aumento de óbito e das internações relacionadas às doenças do aparelho respiratório, especialmente as crônicas, e elevada taxa de sequelas evitáveis por doenças crônicas degenerativas na população idosa (SANTA CATARINA, 2011).

Foram encontrados poucos estudos na literatura acerca da hospitalização específica de idosos, seja em relação às internações gerais ou ICSAPs. Observou-se nos estudos que a maioria delimitam um município ou um estado para a análise. Assim, esta revisão abordará inicialmente os estudos que consideram as causas gerais de internação seguido das internações seguido das ICSAPs.

O estudo de Silveria et al. (2013) foi utilizado como base para breve discussão juntamente com demais estudos, por ser abrangente, de nível nacional, que traz informações relativas ao número, valor médio, custo/dia e média de permanência das hospitalizações de idosos, conforme pode ser observado na tabela abaixo.

Tabela 1 - Distribuição do gasto médio, custo/dia e média de permanência das hospitalizações dos idosos no Brasil, 2002-2011

<b>CID 10</b>	<b>Número de internações</b>	<b>Valor médio de internação (R\$)</b>	<b>Custo dia (R\$)</b>	<b>Média de permanência (dias)</b>
Transtornos mentais e comportamentais	209.003	3.324,19	32,28	102,99
Doenças do Sistema Nervoso	423.209	1.109,34	90,51	12,26
Doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo	523.937	1.399,64	164,63	8,51
Causas externas	1.233.313	1.229,66	185,28	7,67
Neoplasias	1.841.718	1.120,31	161,85	6,92
Doenças do aparelho circulatório	6.414.549	1.346,05	197,39	6,82
Doenças infecciosas e parasitárias	1.703.416	717,33	107,31	6,68
Doenças do aparelho respiratório	4.025.822	667,19	109,09	6,12
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1.190.170	387,06	63,64	6,08
Doenças do aparelho genitourinário	1.448.201	520,36	94,84	5,49
Doenças do aparelho digestivo	2.329.760	615,25	121,57	5,06

Fonte: DATASUS (2012) e adaptado do estudo de Silveira et al. (2013).

No período estudado, os idosos foram responsáveis por 27,85% das internações, e as doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, neoplasias e doenças infectoparasitárias representam as principais causas de internação em ordem decrescente. Em relação aos recursos, 36,47% foram destinados à internação de idosos nas hospitalizações estudadas.

A razão da porcentagem por gastos com a internação revelou-se significativamente maior em homens (3,55) do que em mulheres (1,57). As doenças circulatórias são o sexto lugar em gastos, apesar da sua unanimidade como causa e custo/dia elevados.

Um estudo bastante semelhante, de nível nacional, comparando os anos de 1997, 1999 e 2001, de Peixoto et al. (2004), identificou também que doenças do aparelho circulatório e respiratório continuaram sendo as principais causas de internação nos idosos, e os principais gastos também eram destinados a essas doenças.

Os resultados de Silveira et al. (2013) demonstrados na Tabela 1 se assemelham aos encontrados anteriormente pelos autores acima. Em relação às causas e características de internações, na cidade de Goiânia, foram coletadas informações de 418 idosos a partir de um questionário padronizado. Como resultado, encontrou-se que 24,4% desses idosos já haviam sido hospitalizados e as causas mais frequentes eram: doenças do aparelho circulatório, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho digestivo. Em 2009, período da realização desse estudo, conforme o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), as quatro principais causas de hospitalizações entre os idosos foram as doenças do aparelho circulatório (28,4%), as neoplasias (12,9%), as doenças do aparelho respiratório (12,7%) e do digestivo (8,7%) (PAGOTTO; SILVEIRA; VELASCO, 2013).

Sabe-se que muitas das internações poderiam ser evitadas com medidas oportunas nos demais níveis de atenção. O conjunto de causas/condições evitáveis é definido como: Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP). Estas são demandas de saúde que poderiam ser atendidas pela atenção primária, porta de entrada e base do sistema de saúde brasileiro, cuja evolução, na falta de atenção efetiva, pode ocasionar a hospitalização (NEDEL et al., 2010). Através da Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) nº 221, de 17 de abril de 2008, criou-se no Brasil uma lista oficial de condições sensíveis à atenção primária, refletindo a realidade da saúde no território brasileiro. Definiu-se também que esta lista deve ser utilizada “como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal” (ALFRADIQUE et al., 2009). A lista é composta por 19 grupos de causas, com 74 diagnósticos classificados de acordo com a décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID10.

A construção desta lista de condições sensíveis à atenção primária (CSAPs) foi resultado de um longo trabalho de validação por consenso

entre especialistas brasileiros que utilizaram como marco conceitual o modelo proposto por Caminal-Homar & Casanova-Matutano adaptado ao cenário brasileiro. De acordo com esse modelo, entende-se que: “para algumas condições de saúde, a atenção primária oportuna e de boa qualidade pode evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência” (ALFRADIQUE et al., 2009, p. 1338). Isso representa que o cuidado deve ser resolutivo e abrangente, sendo a referência realizada apenas em casos raros e incomuns que não estejam contemplados na sua competência, ficando como dever da atenção primária a integração e a coordenação do cuidado daqueles que utilizarem serviços em outros níveis de atenção (ALFRADIQUE et al., 2009).

Representado como valioso instrumento para gestão, explorar as ICSAPs, auxilia na identificação as principais causas sensíveis à intervenção dos serviços de saúde, sinalizando, assim, quais ações são mais efetivas para a diminuição das internações e, portanto, contribuem para o aumento da qualidade de vida dos idosos (MARQUES et al., 2014).

A criação da lista desencadeou pesquisas da temática que mostram, em sua maioria, a população em geral, ou na fase adulta (20 a 59 anos) que apontam redução no contexto geral brasileiro e, apesar de mostrarem que nos idosos essas internações são proporcionalmente maiores (FERNANDES et al., 2009; RODRIGUES-BASTOS et al., 2013), foram encontrados poucos estudos de ICSAPs com idosos, sendo dois no Estado do Rio Grande do Sul e outro no Rio de Janeiro.

O primeiro estudo realizado no Rio Grande do Sul teve como análise a cidade de Caxias do Sul e comparou o comportamento dos coeficientes de ICSAPs em idosos antes e após a implementação da ESF. Observou-se a redução das internações em ambos os sexos e melhores resultados após a implementação da ESF, evidenciando assim a contribuição da ESF na redução de internações por CSAPs (MURARO et al., 2013).

Já o outro estudo encontrado no estado explorou apenas as doenças crônicas não transmissíveis por condições sensíveis à atenção primária (DCNTSAPs), ou seja, sete dos 19 grupos que compõem a lista, no período de 2000 a 2010. Encontrou que 43,99% das internações por todas as causas em idosos nos 13 municípios estudados. Destas, destacaram-se as pulmonares, responsáveis, em média, por quase 18% das internações e a Insuficiência Cardíaca com 12,28%. Referente à mortalidade hospitalar, encontrou tendência linear de aumento da DCNTCSAP, sendo o grupo das doenças cerebrovasculares o mais

prevalente. Sugere, assim, “urgentes reflexões” acerca do cuidado na atenção primária de idosos da região estudada (SANTOS et al., 2013).

No período entre 2000 e 2010, Marques et al. (2014) investigaram as ICSAPs em idosos com 60 a 74 anos, no Rio de Janeiro. Seus resultados demonstram decréscimo nas taxas, porém em 2010 ainda foram responsáveis por cerca de 30% das internações, e que as doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca e pulmonares obstrutivas crônicas acumulam 50% das internações estudadas, corroborando assim com demais estudos. A análise dos indicadores de acesso mostrou que, quanto maior a cobertura ESF e/ou número de consultas realizadas nos idosos na atenção primária, menor o número de ICSAPs.

Boing et al. (2012) realizaram um estudo referente às ICSAPs no Brasil, no período de 1998 a 2009, e encontraram redução em todas as unidades federativas, nelas compreendida SC, que obteve uma redução média anual de 7% no período. No entanto, algumas doenças apresentaram estabilidade ou acréscimo, necessitando atenção do setor de saúde. Das doenças encontradas como acréscimo ou estabilidade chamam a atenção, como o aumento da angina pectoris e a estabilidade das pneumonias bacterianas e hipertensão.

Na análise dos resultados das pesquisas de ICSAPs, grande parte, independente do grupo populacional, correlaciona a qualidade dos serviços de atenção primária a taxas mais baixas de internações por condições sensíveis (MARQUES et al., 2014; REHEM; EGRY, 2011; PERPÉTUO; WONG, 2006).

Resultados que corroboram com a revisão sistemática de literatura realizada por Nedel et al. (2010) referente às características da atenção primária e sua associação ao risco de internação por condições sensíveis. Segundo esse levantamento, enfatiza-se, de maneira crescente, a correlação inversa entre o acesso aos serviços ambulatoriais e internações hospitalares por condições sensíveis. Em diferentes trabalhos pesquisados, a continuidade da atenção, a existência de equipes multidisciplinares e, com menor destaque, o tamanho da população adscrita aos médicos, mostraram-se associados a uma probabilidade menor de internação por condições sensíveis. Concluiu, portanto, que os princípios fundamentais da atenção primária associaram-se a um menor risco de internar por CSAPs. Apenas uma pesquisa brasileira integrou-se aos critérios de elegibilidade da revisão e integrou-se a revisão supracitada.

Em suas considerações, a revisão sugere um algoritmo no SIH/SUS que relacionasse o endereço do paciente (informado na

internação) à unidade de saúde de referência de sua área de residência, possibilitando, assim, a vinculação dessas informações com bases de dados do SIAB, pois seriam de grande apoio à pesquisa e avaliação da atenção primária no Brasil, fornecendo informação de melhor qualidade para a gestão do SUS. Identificou, também, uma concentração de artigos sobre o assunto nos últimos anos, evidenciando crescente interesse pela utilização de indicadores de hospitalizações por condições sensíveis em todo o mundo (NEDEL et al., 2010).

### 3 MÉTODO

O presente capítulo destina-se à descrição do método empregado neste estudo, objetivando enfatizar a descrição da forma como a pesquisa foi realizada e discorrer sobre os motivos que levaram à definição da estratégia metodológica adotada.

#### 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A pesquisa, realizada sob o enfoque quantitativo, integra a área de conhecimentos da epidemiologia, por meio de um estudo ecológico do tipo série temporal, tendo como unidade de análise o Estado de Santa Catarina.

Nos estudos ecológicos, compara-se a ocorrência da doença/condição relacionada à saúde e a exposição de interesse entre grupo de pessoas, geralmente de áreas geográficas bem definidas (populações de países, regiões ou municípios, por exemplo) para verificar a possível existência de associação entre elas. Assim, este tipo de estudo não mede desfechos individuais, mas agregados populacionais, sendo estes os sujeitos dos estudos (ARAGÃO, 2011).

Estudos ecológicos apresentam um tipo de desfecho chamado de série temporal, que avalia uma série de indicadores da doença em determinada população geograficamente definida em momentos distintos do tempo, podendo ser utilizada para avaliar impacto de uma investigação populacional (MEDRONHO et al., 2003).

#### 3.2 AMOSTRA

A amostra foi composta por todos os municípios que compõem o Estado de SC, e que tinham informação no Sistema de Informação DATASUS referente às ICSAP em idosos no período de estudo (entre 2008 e 2015).

O Estado de SC é uma das 27 unidades federadas do Brasil, localizada na Região Sul, e está subdividida em 295 municípios. Possui extensão territorial de 95.703.487 quilômetros quadrados distribuídos com uma densidade demográfica de aproximadamente 65 hab./km<sup>2</sup>. A projeção da população estimada pelo IBGE em 2016 é de 6.910.553 habitantes, sendo 873.682 idosos, ou seja, aproximadamente 12,6% (IBGE, 2013a).

### 3.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Critérios de inclusão: Municípios de Santa Catarina com informações completas e disponíveis no SIH/DATASUS referente às ICSAPs em idosos, entre 2008 e 2015.

Critérios de exclusão: grupo de doenças com desfecho incompatível com a faixa etária estabelecida para o estudo. Não fizeram parte do estudo as internações do grupo 19 de ICAPS, ou seja, de doenças relacionadas ao pré-natal e parto (O23- infecção do trato urinário na gravidez; A50- sífilis congênita; P35- síndrome da rubéola congênita).

No decorrer do estudo foram considerados como idosos aqueles com idade igual ou superior a 60 anos, conforme estabelecido pelo Artigo 2º. da Lei 8.842 de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 1994).

O período entre 2008 e 2015 foi escolhido com base na criação do indicador ICAPS pelo sistema do TABWIN a partir do ano de 2008, proporcionando assim maior padronização dos dados e, também, por ser um período de tempo compatível com o desfecho de série temporal.

Para a definição das Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAPs), utilizou-se a relação oficial publicada pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, composta por 19 grupos de causas, com 74 diagnósticos classificados de acordo com a décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID10.

A lista de CSAPs é formada pelas seguintes causas: doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis (A15 a A19, A33 a A37, A51 a A53, A95, B05, B06, B16, B26, G00.0, B50 a B54 e I00 a I02), gastroenterites infecciosas e complicações (A00 a A09 e E86), anemia (D50), deficiências nutricionais (E40 a E46 e E50 a E64), infecções de ouvido, nariz e garganta (H66, J00 a J03, J06 e J31), pneumonias bacterianas (J13, J14, J15.3, J15.4, J15.8, J15.9 e J18.1), asma (J45 e J46), doenças pulmonares (J20 a J21, J40 a J44 e J47), hipertensão (I10 e I11), angina (I20), insuficiência cardíaca (I50 e J81), doenças cerebrovasculares (I63 a I67, I69, G45 e G46), diabetes mellitus (E10 a E14), epilepsia (G40 e G41), infecção no rim e trato urinário (N10 a N12, N30, N34 e N39.0), infecção da pele e tecido subcutâneo (A46, L01 a L04 e L08), doença inflamatória nos órgãos pélvicos femininos (N70 a N76) e úlcera gastrointestinal (K25 a K28, K92.0, K92.1 e K92.2), doenças relacionadas ao pré-natal e parto (O23; A50; P35). (Tabela completa nos anexos - ANEXO 1).



### 3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

#### 3.4.1 Taxas

Quadro 1 – Variáveis do estudo - Taxas

<b>Nome da variável</b>	<b>Forma de cálculo</b>	<b>Fonte de obtenção dos dados</b>
Taxa de ICSAP em idosos	$n^{\circ}$ ICSAP em pop. $\geq$ 60 anos / $n^{\circ}$ pop. com idade $\geq$ 60 anos X 10.000	Consulta <i>site</i> IBGE e SIH/SUS
Taxa de ICSAP em idosos até 79 anos	$n^{\circ}$ ICSAP pop. entre 60 e 79 anos / $n^{\circ}$ pop. com idade entre 60 anos e 79 anos X 10.000	Consulta <i>site</i> IBGE e SIH/SUS
Taxa de ICSAP em idosos com idade $\geq$ 80 anos	$n^{\circ}$ ICSAP em pop. com idade $\geq$ 80 anos / $n^{\circ}$ pop. com idade $\geq$ 80 anos X 10.000	Consulta <i>site</i> IBGE e SIH/SUS
Taxa de ICSAP pop. feminina $\geq$ 60 anos	$n^{\circ}$ ICSAP em pop. $\geq$ 60 anos feminina / $n^{\circ}$ pop. com idade $\geq$ 60 anos feminina X 10.000	Consulta <i>site</i> IBGE e SIH/SUS
Taxa de ICSAP em pop. masculina $\geq$ 60 anos	$n^{\circ}$ ICSAP em pop. $\geq$ 60 anos masculina / $n^{\circ}$ pop. com idade $\geq$ 60 anos masculina X 10.000	Consulta <i>site</i> IBGE e SIH/SUS
Taxa de ICSAP com óbito em pop. com idade $\geq$ 60 anos	$n^{\circ}$ ICSAP com óbito em pop. $\geq$ 60 anos / $n^{\circ}$ pop. com idade $\geq$ 60 anos X 10.000	Consulta <i>site</i> IBGE e SIH/SUS
Taxa de ICSAP com óbito em pop. feminina $\geq$ 60 anos	$n^{\circ}$ ICSAP com óbito em pop. $\geq$ 60 anos feminina / $n^{\circ}$ pop. com idade $\geq$ 60 anos feminina X 10.000	Consulta <i>site</i> IBGE e SIH/SUS
Taxa de ICSAP com óbito em pop. masculina $\geq$ 60 anos	$n^{\circ}$ ICSAP com óbito em pop. $\geq$ 60 anos masculina / $n^{\circ}$ pop. com idade $\geq$ 60 anos masculina X 10.000	Consulta <i>site</i> IBGE e SIH/SUS
Taxa de ICSAP com óbito em pop. entre 60 e 79 anos	$n^{\circ}$ ICSAP com óbito em pop. entre 60 e 79 anos / $n^{\circ}$ pop. com idade entre 60 e 79 anos X 10.000	Consulta <i>site</i> IBGE e SIH/SUS
Taxa de ICSAP com óbito em idosos com idade $\geq$ 80 anos	$n^{\circ}$ ICSAP com óbito em pop. $\geq$ 80 anos / $n^{\circ}$ pop. com X 10.000	Consulta <i>site</i> IBGE e SIH/SUS

Fonte: Elaborada pelo autor, 2016.

### 3.4. 2 Proporções

Quadro 2 – Variáveis do estudo - Proporções

Nome da variável	Forma de cálculo	Fonte de obtenção dos dados
Proporção de idosos(as)	$n^{\circ} \text{ pop.} \geq 60 \text{ anos} \times 100 / \text{pop. Geral}$	Consulta <i>site</i> IBGE
Proporção idosas	$n^{\circ} \text{ pop.} \geq 60 \text{ anos feminina} \times 100 / n^{\circ} \text{ pop. geral feminina}$	Consulta <i>site</i> IBGE
Proporção idosos	$n^{\circ} \text{ pop.} \geq 60 \text{ anos masculina} \times 100 / n^{\circ} \text{ pop. geral masculina}$	Consulta <i>site</i> IBGE
Proporção idosos(as) até 79 anos	$n^{\circ} \text{ pop. entre } 60 \text{ anos e } 79 \text{ anos} \times 100 / n^{\circ} \text{ pop.} \geq 60 \text{ anos}$	Consulta <i>site</i> IBGE
Proporção idosos(as) com 80 anos ou mais	$n^{\circ} \text{ pop. com idade } \geq 80 \text{ anos} \times 100 / n^{\circ} \text{ pop.} \geq 60 \text{ anos}$	Consulta <i>site</i> IBGE
Proporção de ICSAP por grupos de causas em idosos	$n^{\circ} \text{ ICSAP em pop.} \geq 60 \text{ anos por grupo causa} \times 100 / n^{\circ} \text{ ICSAP em pop.} \geq 60 \text{ anos}$	SIH/SUS
Proporção de ICSAPs por tempo de permanência	$n^{\circ} \text{ ICSAP por tempo de permanência (até sete dias, 8-14, 15-21, 22-28, 29 dias ou mais)} \times 100 / n^{\circ} \text{ ICSAP em pop.} \geq 60 \text{ anos}$	SIH/SUS

Fonte: Elaborada pelo autor, 2016.

### 3.5 COLETA DOS DADOS

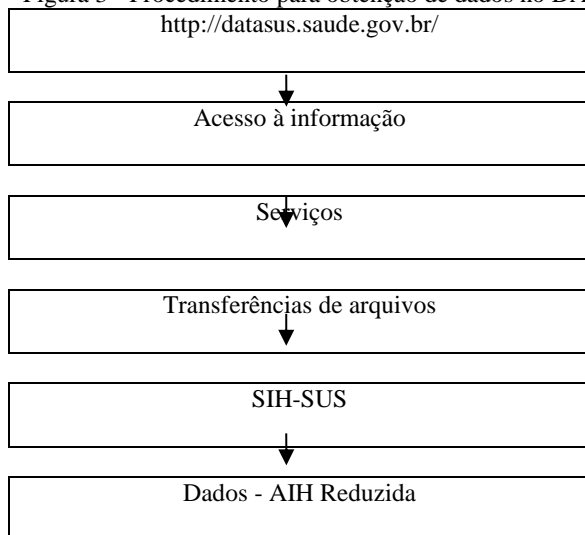
A coleta de dados foi realizada no período entre março e maio de 2016, utilizando as seguintes fontes de informações: o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O SIH/SUS é o sistema que processa as autorizações de internações hospitalares (AIHs), disponibilizando informações sobre recursos destinados a cada hospital que integra a rede do SUS, as causas de internações no Brasil, a relação dos procedimentos mais frequentes realizados mensalmente em cada hospital, município e estado, o tempo médio de permanência do paciente no hospital, entre outras informações. Suas informações facilitam as atividades de Controle e Avaliação e estão disponibilizadas via Internet por meio de produtos desenvolvidos pelo DATASUS. (Disponível na página: <<http://datasus.saude.gov.br>>).

A AIH é o documento hábil que identifica o paciente e os serviços prestados durante o regime de internação hospitalar e fornece informações para o gerenciamento do Sistema. Através deste

documento, hospitais, profissionais e serviços auxiliares se habilitam a receber recursos pelos serviços prestados.

Figura 3 - Procedimento para obtenção de dados no DATASUS



Fonte: Elaborada pelo autor, 2016.

Para a obtenção dos dados foram selecionados os seguintes itens no SIH/SUS: Modalidade de arquivo: dados, tipo de arquivo: AIH reduzida, ano: 2008 até 2015, Unidade de Federação: Santa Catarina, meses: janeiro a dezembro. Após a transferência dos arquivos, os mesmos foram tabulados por meio do programa TabWin.

O Tabwin, programa que incorpora uma série de recursos (disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/ferramentas/tabwin>>), permite que se importem tabulações efetuadas na Internet e realizem tabulações a partir das bases de dados dos sistemas de informação do SUS. É necessária a utilização de um arquivo de definição também disponível pelo Ministério da Saúde; nesta pesquisa o arquivo utilizado foi: Movimento de AIH – Arquivos reduzidos- Brasil- 2008.

A coleta foi realizada através de filtros descritos abaixo:

Quadro 3 – Filtros utilizados na coleta de dados

*(continua)*

<b>VARIÁVEL</b>	<b>FILTROS</b>
ICSAP de idosos	<u>Linha:</u> Sensíveis At. Bas. 3 <u>Coluna:</u> Ano de processamento <u>Incremento:</u> Frequência <u>Seleções ativas:</u> Sensíveis At.Bas.3: Grupos de 1 – 18; 60-64a 65-69a 70-74a 75-79a 80e+a
ICSAP em pop. 60 anos por sexo	<u>Linha:</u> Sexo <u>Coluna:</u> Ano processamento <u>Incremento:</u> Frequência <u>Seleções ativas:</u> Sensíveis At.Bas.3: Grupos de 1 – 18; Faixa etária (18): 60-64a 65-69a 70-74a 75-79a 80e+a
ICSAP em idosos por faixa etária (60-79 anos e ≥ 80 anos)	<u>Linha:</u> faixa etária (18) <u>Coluna:</u> Ano processamento <u>Incremento:</u> Frequência <u>Seleções ativas:</u> Sensíveis At.Bas.3: Grupos de 1 – 18; Faixa etária (18): 60-64a 65-69a 70-74a 75-79a 80e+a
ICSAP com óbito de idosos	<u>Linha:</u> Óbito <u>Coluna:</u> Ano processamento <u>Incremento:</u> Frequência <u>Seleções ativas:</u> Sensíveis At.Bas.3: Grupos de 1 – 18; Faixa etária (18): 60-64a 65-69a 70-74a 75-79a 80e+a
ICSAP com óbito por sexo	<u>Linha:</u> Sexo <u>Coluna:</u> Ano processamento <u>Incremento:</u> Óbito <u>Seleções ativas:</u> Sensíveis At.Bas.3: Grupos de 1 – 18; Faixa etária (18): 60-64a 65-69a 70-74a 75-79a 80e+a
ICSAP com óbito por faixa etária	<u>Linha:</u> Faixa etária (18) <u>Coluna:</u> Ano processamento <u>Incremento:</u> Óbito <u>Seleções ativas:</u> Sensíveis At.Bas.3: Grupos de 1 – 18; Faixa etária (18): 60-64a 65-69a 70-74a 75-79a 80e+a

Quadro 3 – Filtros utilizados na coleta de dados

*(conclusão)*

<b>VARIÁVEL</b>	<b>FILTROS</b>
Causas de ICSAP de idosos	<u>Linha</u> : Sensíveis At. Bas. 3 <u>Coluna</u> : Ano de processamento <u>Incremento</u> : Frequência <u>Seleções ativas</u> : Sensíveis At.Bas.3: Grupos de 1 – 18; 60-64a 65-69a 70-74a 75-79a 80e+a
ICSAP com utilização de UTI de idosos	<u>Linha</u> : Teve diária UTI <u>Coluna</u> : Ano processamento <u>Incremento</u> : Frequência <u>Seleções ativas</u> : Sensíveis At.Bas.3: Grupos de 1 – 18; 60-64a 65-69a 70-74a 75-79a 80e+a
Tempo de permanência das ICSAPs de idosos	<u>Linha</u> : Tempo de permanência <u>Coluna</u> : Ano processamento <u>Incremento</u> : Frequência <u>Seleções ativas</u> : Sensíveis At.Bas.3: Grupos de 1 – 18; 60-64a 65-69a 70-74a 75-79a 80e+a
Custo ICSAP em idosos	<u>Linha</u> : UF <u>Coluna</u> : Ano processamento <u>Incremento</u> : valor total <u>Seleções ativas</u> : Sensíveis At.Bas.3: Grupos de 1 – 18; Faixa etária (18): 60-64a 65-69a 70-74a 75-79a 80e+a
Custo internações gerais em idosos	<u>Linha</u> : UF <u>Coluna</u> : Ano processamento <u>Incremento</u> : valor total <u>Seleções ativas</u> : Faixa etária (18): 60-64a 65-69a 70-74a 75-79a 80e+a

\*Para todos os dados foi selecionada a opção: suprimir linhas e colunas zeradas.

\*O filtro Sensíveis At. Bas. 3 organiza as ICSAP por grupos de causas.

Fonte: Elaborada pelo autor, 2016.

Após a coleta das variáveis descritas acima, os dados foram organizados em planilhas do software Excel para consolidação dos dados.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, foram calculadas as proporções e taxas brutas das variáveis descritas no item 3.4.

Em seguida, as proporções e taxas das variáveis selecionadas foram padronizadas por idade pelo método direto, sendo utilizada como

padrão a população padrão mundial. A taxa ajustada por idade foi calculada através da seguinte fórmula:

*Taxa ajustada por idade*

$$= \frac{\sum(\text{taxa específica por idade}) \times (\text{população padrão mundial na faixa etária})}{\sum \text{população padrão mundial}}$$

O ajuste dos dados permite eliminar (ou minimizar) o efeito de diferenças etárias entre populações (ou na mesma população em períodos distintos), a fim de que diferenças geográficas ou temporais não possam ser atribuídas a diferenças na estrutura etária. Encontra-se no anexo 2 a referência dos valores base utilizados para padronização.

As taxas e proporções calculadas foram utilizadas através da estimativa de modelos de regressão. Para suavizar a série histórica, em função da oscilação dos pontos, proveniente do pequeno número de casos em determinados estratos, foi calculada a média móvel centrada em três termos. Nesse processo, o coeficiente analisado do ano  $i$  ( $Y_{ai}$ ) corresponde à média aritmética dos coeficientes do ano anterior, do próprio ano ( $i$ ) e do ano seguinte, que corresponde à fórmula:

$$Y_{ai} = \frac{Y_{i-1} + Y_i + Y_{i+1}}{3}$$

Devido a este procedimento, os anos de análise correspondem ao período de 2009 a 2014, no entanto os anos 2008 e 2015 participaram da análise na composição da média.

Foi utilizado o programa Joinpoint, versão 4.3.1 (Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute, Estados Unidos), fornecido pelo Instituto Nacional de Câncer Norte-Americano para o cálculo da variação anual das taxas e proporções estudadas no período de 2008 a 2015. O uso do método joinpoint permite uma descrição detalhada e acurada das tendências, identificando as mudanças ocorridas de acordo com os anos. O programa executa uma regressão linear segmentada (joinpoint regression) para estimar a variação anual percentual e identificar pontos em que há modificação da tendência. Foram ajustados sucessivamente modelos em que se assume um número diferente de “pontos” de modificação de tendência, desde 0 (caso em que a tendência é representada por um único segmento de reta) até o número máximo de 5. O modelo escolhido foi aquele com o maior número de pontos, em que se manteve a significância estatística ( $p < 0,05$ ).

A partir da inclinação estimada para cada segmento de reta (coeficiente de regressão), foram calculadas a variação anual em porcentagem e sua significância estatística, estimada pelo método dos mínimos quadrados por um modelo linear generalizado, assumindo que as taxas seguem uma distribuição de Poisson, e que a variação das taxas não é constante ao longo do período. O modelo joinpoint usa critérios estatísticos para determinar quando e como ocorrem as mudanças das variações, e por quanto tempo.

Para cada segmento de reta, com inclinação estimada, foram calculados os limites do intervalo de 95% de confiança (IC95%).

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Mesmo a pesquisa sendo realizada somente com dados secundários, sem necessidade de avaliação de Comitê de Ética, obedeceu aos princípios e diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), que diz respeito à pesquisa com seres humanos, respeitando os princípios de autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visou garantir os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2013).





## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA NO ESTADO DE SANTA CATARINA NO PERÍODO DO ESTUDO

A população de Santa Catarina no ano de 2008 contabilizava 6.052.587 habitantes, destes, 10,5% eram idosos ao passo que em 2015 a população era de 6.819.190 habitantes. Destes 12, 1% eram pessoas com 60 anos ou mais e a representação das mulheres no total da população idosa variou de 55,1% para 54,6% no período de estudo, enquanto para os idosos aumentou a proporção, passando de 44,8% para 45,3. Em 2008, a população acima de 80 anos era de 70.190 idosos e em 2015 somavam 105.337, aumentando sua proporção de 12% para 12,6%, entre o total de idosos no período estudado, conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2 - Proporção de idosos, por sexo e faixa etária, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015

ANO	Idosos geral %	Idosos %	Idosas %	60-79 Anos %	80 anos ou mais %
2008	9,60	44,84	55,16	87,92	12,08
2009	9,97	44,89	55,11	87,75	12,25
2010	10,27	44,95	55,05	87,64	12,36
2011	10,69	45,02	54,98	87,56	12,44
2012	11,14	45,10	54,90	87,49	12,51
2013	11,29	45,19	54,81	87,44	12,56
2014	11,73	45,27	54,73	87,38	12,62
2015	12,18	45,35	54,65	87,32	12,68

Fonte: Elaborada pelo autor, 2016.

A análise e discussão dos resultados do estudo estão apresentados na forma de dois manuscritos, conforme Normativa n.10/PEN/2011, que regulamenta a apresentação dos trabalhos de conclusão dos cursos de Mestrado e Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 2011). Neste sentido, **o primeiro manuscrito aborda a tendência temporal das taxas de internação e de mortalidade de idosos por CSAP segundo sexo e faixa etária, bem como suas causas mais prevalentes no Estado de**

**Santa Catarina. O segundo manuscrito descreve o comportamento das causas e tempo de permanência hospitalar de idosos por ICSAP.**

Os resultados das taxas e proporções brutas, padronizadas por idade e médias móveis estão disponíveis nos anexos 3, 4, 5 e 6, desta dissertação.

### 4.1.1 Manuscrito 1

## TENDÊNCIA DAS INTERNAÇÕES E DA MORTALIDADE DE IDOSOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar a tendência das taxas de internação e de mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) no Estado de Santa Catarina, Brasil, no período de 2008 a 2015. **Método:** Estudo ecológico de série temporal, com dados do Sistema de Informação hospitalar do SUS, utilizando as autorizações de internações hospitalares como fonte de dados para obtenção das internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária, no período de 2008 a 2015, em Santa Catarina. Os dados foram analisados por sexo e idade estratificada em duas faixas etárias: 60 a 79 anos e 80 anos ou mais. Foi realizada a padronização das taxas por idade através do método direto e a análise estatística por meio de regressão linear segmentada (*joinpoint regression*). **Resultado:** As internações por CSAP representavam 41% do total de internações de idosos em 2008 e 32% em 2015. A variação anual da taxa comportou-se de maneira decrescente  $[-4,6^{\wedge} \text{ IC } (-5,7; -3,6)]$ . As causas mais prevalentes foram: insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças cerebrovasculares. As taxas de mortalidade das internações por CSAP também apresentaram redução, independente do sexo e na faixa etária até 80 anos, representando variação anual de menos 2,4%, 2,1% para os idosos e 2,7% para as idosas. **Considerações finais:** Através da análise do indicador CSAP, que avalia a qualidade da assistência e a efetividade dos cuidados prestados na Atenção Primária, os resultados desta pesquisa evidenciaram queda nas taxas de internação de idosos, independente do sexo e das faixas etária estabelecidas no estudo.

Palavras-Chave: Atenção Primária à saúde. Idoso. Hospitalização. Estudo ecológico. Epidemiologia.

### INTRODUÇÃO

A perspectiva atual de envelhecimento populacional vivenciada no Brasil e no mundo implica em desafios aos modelos de assistência à saúde. Assim, torna-se fundamental a incorporação de medidas voltadas

às necessidades da população idosa, no sentido de possibilitar um envelhecimento digno para todos (VERAS, 2015).

No Brasil, estima-se que em 2020 nos aproximaremos de 13 milhões de idosos (12,4%) e, se pensarmos em longo prazo, no ano de 2060, mais de um terço da população será constituída por pessoas com 60 anos ou mais (33,7%) (IBGE, 2013a), indicando sobrecarga no sistema de saúde, uma vez que os idosos utilizam os serviços de saúde em uma proporção expressivamente maior do que as demais faixas etárias.

Problemas de desempenho e acesso ao sistema de saúde estão relacionados a altas taxas de internações hospitalares, as quais possuem efeitos desfavoráveis à capacidade funcional dos idosos e oneram o sistema de saúde (SANTOS, 2012; SILVEIRA et al., 2013). Estudos revelam íntima relação entre o idoso hospitalizado e condições de vulnerabilidade, limitação do exercício da sua autonomia, e subsequente declínio cognitivo (BORGES et al., 2015; CARRETA et al., 2013; WILSON et al., 2012).

Uma forma de evitar esses transtornos na vida do idoso seria se a hospitalização ocorresse apenas quando os recursos dos demais níveis de assistência à saúde estivessem esgotados. Como ferramenta de planejamento, em 2008, o Ministério da Saúde criou a lista brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP).

As CSAPs são demandas de saúde que deveriam ser atendidas pela atenção primária, porta preferencial de entrada e base do sistema de saúde brasileiro, cujo desfecho, quando há falta de atenção efetiva, pode ocasionar a hospitalização (NEDEL et al., 2010). Isto representa que o cuidado deve ser resolutivo e abrangente, sendo a referência ao nível terciário realizado apenas em casos específicos que não estejam contemplados na sua competência (ALFRADIQUE et al., 2009).

Acredita-se que explorar os elementos associados às hospitalizações entendidas como evitáveis mostra-se um tema de relevância para a atenção à saúde, pois auxilia na elaboração de políticas públicas que fortaleçam tanto a atenção primária como a terciária (PAGOTTO; SILVEIRA; VELASCO, 2013). No caso da atenção à pessoa idosa, postergar sua internação significa zelar por sua qualidade de vida, autonomia e independência. Assim, o presente estudo teve como objetivo: Analisar a tendência das taxas de internação e de mortalidade de idosos CSAP no Estado de SC no período entre 2008 e 2015.

## MÉTODOS

Estudo ecológico referente às internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária no Estado de Santa Catarina (SC) no período de 2008 a 2015. Foram considerados idosos aqueles com idade igual ou superior a 60 anos, conforme estabelecido pelo Artigo 2º. da Lei 8.842 de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 1994).

Para a definição das Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), utilizou-se a relação oficial publicada pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, composta por 19 grupos de causas, com 74 diagnósticos classificados de acordo com a décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID10. Não fizeram parte do estudo as internações do grupo 19 de internações por CSAP, ou seja, de doenças relacionadas ao pré-natal e parto (O23-infecção do trato urinário na gravidez; A50- sífilis congênita; P35-síndrome da rubéola congênita), por representarem um desfecho incompatível com a faixa etária estabelecida.

As informações das internações foram obtidas pelas autorizações de internação hospitalar (AIHs), através do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), disponibilizadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), tabuladas com auxílio do programa Tabwin e exportadas para o Excel para consolidação dos dados. Informações populacionais foram coletadas através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A taxa bruta de internações por CSAP foi calculada através da razão entre o número de ICSAP em idosos e a população de referência para o período multiplicada por 10.000. Já a taxa bruta de mortalidade foi calculada com a razão entre o número de ICSAP com óbito e a população de referência para o período multiplicada por 10.000. Os dados também foram analisados por sexo e idade, esta estratificada em duas faixas etárias: 60 a 79 anos e 80 anos ou mais, utilizando a seguinte fórmula: razão de ICSAP/ ICSAP com óbito por faixa etária e sexo e a população de idosos para o período por sexo e faixa etária multiplicada por 10.000.

Em seguida, as taxas de internações e as taxas de mortalidade por CSAP de idosos foram padronizadas por idade pelo método direto, sendo utilizada como padrão a população padrão mundial (DOLL; PAYNE; WATERHOUSE, 1966). A taxa ajustada por idade calculada foi:  $\sum (\text{taxa específica por idade}) \times (\text{população padrão mundial na faixa etária}) / \sum \text{população padrão mundial}$ .

Para suavizar a série histórica, em função da oscilação dos pontos foi calculada a média móvel centrada em três termos. Nesse processo, o coeficiente analisado do ano corresponde à média aritmética dos coeficientes do ano anterior, do próprio ano e do ano seguinte. No entanto, a série histórica consta dos anos de 2009 a 2014, apesar de utilizar as informações de 2008 a 2015 para o cálculo.

A análise foi realizada através do programa Joinpoint, versão 4.3.1, utilizado para o cálculo da variação das taxas de internação de idosos por CSAP ajustadas por idade, no período 2008 a 2015. O uso do método joinpoint permite uma descrição detalhada das tendências, identificando as mudanças ocorridas ao longo dos anos. O programa executa regressão linear segmentada (*jointpont regression*) para estimar a variação anual percentual e identificar pontos em que há modificação da tendência.

A partir da inclinação estimada para cada segmento de reta (coeficiente de regressão) foi calculada a variação anual em porcentagem e sua significância estatística, estimada pelo método dos mínimos quadrados por um modelo linear generalizado, assumindo que as taxas seguem uma distribuição de Poisson, e que a variação das taxas não é constante ao longo do período. Para cada segmento de reta, com inclinação estimada, foram calculados os limites do intervalo de 95% de confiança (IC95%).

## **RESULTADOS**

Os resultados deste estudo demonstram que em Santa Catarina, o número de idosos passou de 6.052.587 (55,1% de mulheres e 44,9% de homens) em 2008 para 6.819.190 (54,6% de mulheres e 45,3% de homens) em 2015.

Foram contabilizadas no período do estudo (2008-2015) 842.682 internações de idosos, destas, 303.757 por CSAP, ou seja, 41% do total de internações de idosos em 2008 e 32% em 2015. As mulheres foram responsáveis por 51,4% das internações e os homens, por 48,6%. Já as taxas de internação variaram de 638 em 2008 para 486 em 2015 a cada 10.000 habitantes e mostraram-se maiores para homens do que para mulheres e maiores no grupo etário de 80 anos ou mais, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Taxas brutas e ajustadas e números brutos de internações em idosos, por sexo e grupo etário, por CSAP em Santa Catarina, 2008 - 2015. Florianópolis, 2016

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>ICSAP</b>								
Tx b	638	623	589	558	507	500	497	486
Tx aj	70	68	64	61	55	55	54	53
Nº b	37042	38003	37799	37714	36087	37460	39252	40400
<b>Fem</b>								
Tx b	601	588	548	522	472	468	463	455
Tx aj	66	65	60	58	52	52	51	50
Nº b	19284	19801	19376	19414	18444	19234	20023	20681
<b>Masc</b>								
Tx b	681	664	638	601	550	538	538	523
Tx aj	75	73	70	66	60	59	59	57
Nº b	17758	18202	18423	18300	17643	18226	19229	19719
<b>60-79</b>								
Tx b	554	539	503	478	431	423	418	409
Tx aj	61	59	55	53	47	46	46	45
Nº b	28282	28852	28293	28278	26808	27687	28816	29630
<b>80 ou +</b>								
Tx b	1248	1225	1199	1123	1043	1039	1048	1082
Tx aj	137	135	132	124	115	114	115	119
Nº b	8760	9151	9506	9436	9279	9773	10436	10770

\* ICSAP: Internações por condições sensíveis a atenção primária. - \*Tx b: taxa bruta

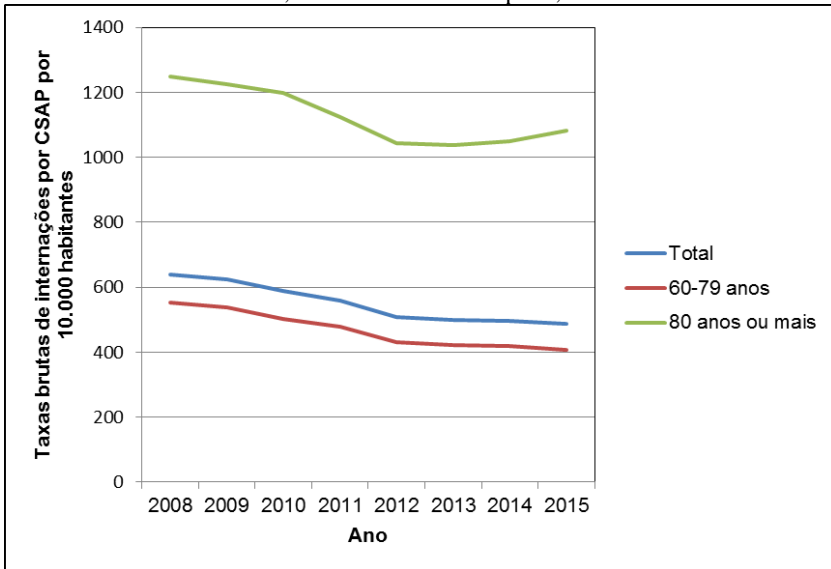
- \*Tx aj: Taxa ajustada

\*Nº b: número bruto

Fonte: Elaboração do autor, 2016.

As taxas de internações de idosos com 80 anos ou mais diminuíram entre os anos de 2008 e 2012, entretanto, após o ano de 2012 nota-se pequena elevação das taxas de hospitalização. Observa-se que as taxas de internação no grupo etário de 60 a 79 anos apresentavam diminuição mais acentuada até o ano de 2012 e, após, percebe-se menor variação da taxa, como pode ser observado na Figura 1.

Figura 1 - Taxas de internação de idosos por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Santa Catarina, 2008-2015. Florianópolis, 2016



Fonte: Elaboração do autor, 2016.

A variação anual da taxa de internação ilustrada na tabela 2 comportou-se de maneira decrescente para as internações por CSAP [-4,6<sup>^</sup> IC95% (-5,7; -3,6)]. As internações CSAPs obtiveram decréscimo (4,6%), resultado significativo estatisticamente. O grupo etário de 60 a 79 anos representa (87%) da população de idosos do Estado de Santa Catarina e apresentou diminuição mais acentuada do que quando comparado ao grupo etário de 80 anos ou mais. Verificou-se que a internação de mulheres e homens tem variação próxima, porém as mulheres ainda apresentam maior variação.



Tabela 2 – Variação anual das taxas de internação em idosos, por grupo etário, geral e por CSAP em Santa Catarina, 2008 - 2015. Florianópolis, 2016

Variáveis	Taxa de variação anual	
	2008-2015	IC95%
ICSAP	-4,6 <sup>^</sup>	(-5,7 ; -3,6)
ICSAP mulheres	-4,7 <sup>^</sup>	(-5,9 ; -3,6)
ICSAP homens	-4,5 <sup>^</sup>	(-5,5 ; -3,6)
ICSAP de 60 a 79 anos	-5,1 <sup>^</sup>	(-6,2 ; -4,0)
ICSAP acima de 80 anos	-3,6 <sup>^</sup>	(-4,9 ; -2,4)

Fonte: Elaboração do autor, 2016.

Os agravos em saúde mais expressivos de internações por CSAP em idosos foram: insuficiência cardíaca, doenças pulmonares (DPOCs), doenças cerebrovasculares. Sofreram redução, quando comparadas entre 2008 e 2015, gastroenterites infecciosas e complicações, asma, DPOC, hipertensão, insuficiência cardíaca, e diabetes mellitus. Já pneumonias bacterianas, angina, doenças cerebrovasculares e infecções do rim e trato urinário aumentaram ao longo dos anos conforme demonstrado na tabela 3. O grupo Outros é composto dos demais grupos de CSAP contemplados neste estudo (doenças preveníveis por imunização e condições evitáveis, anemia por deficiência de ferro, deficiências nutricionais, infecção da pele e tecido subcutâneo, doença inflamatória pélvica feminina e úlcera gastrointestinal com hemorragia).

Agrupadas as doenças relacionadas ao sistema cardiovascular (insuficiência cardíaca, HAS, angina e doenças cerebrovasculares), são responsáveis por 49,5 % das internações de idosos por CSAP, seguidas pelas doenças do sistema respiratório (pneumonias bacterianas, asma e DPOC), que totalizam 26,8%.

Tabela 3 – Proporção das principais causas de internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária. Santa Catarina, 2008 e 2015. Florianópolis, 2016

Grupos de causas CSAP	Proporção de internações de idosos por CSAP (%)	
	2008	2015
Gastroenterites Infecciosas e complicações	4,743	4,562
Pneumonias bacterianas	4,260	9,210
Asma	2,716	1,072
DPOC	22,121	15,203
Hipertensão	3,056	2,490
Angina pectoris	7,340	9,394
Insuficiência cardíaca	25,136	19,849
Doenças cerebrovasculares	13,903	15,889
Diabetes mellitus	7,089	6,240
Infecção no rim e trato urinário	4,635	8,366
Outras ICSAP	0,092	0,087

Fonte: Elaboração do autor, 2016.

As taxas de mortalidade das internações por CSAP diminuíram no estado, tanto para homens quanto para mulheres, representando variação anual de menos 2,4%, 2,1% para os idosos e 2,7% para as idosas. A análise das faixas etárias demonstraram-se com comportamentos distintos. Enquanto a população entre 60 e 79 anos apresentou diminuição na variação anual de 3,9%, os idosos com idade acima de 80 anos obtiveram acréscimo de 5,9%, conforme demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4 – Variação anual das taxas de mortalidade em idosos, por sexo e grupo etário, por CSAB em Santa Catarina, 2008 - 2015. Florianópolis, 2016

Variáveis	Variação	
	2008-2015	(IC95%)
Óbitos CSAP	-2,4 <sup>^</sup>	(-4,1 ; 0,6)
Óbitos idosas	-2,1	(-0,5 ; -3,6)
Óbitos idosos	-2,7 <sup>^</sup>	(-4,7 ; -0,7)
Óbitos de 60 a 79 anos	-3,9 <sup>^</sup>	(-5,5 ; -2,3)
Óbitos acima de 80 anos	5,9	(-30,0 ; 60,2)

Fonte: Elaboração do autor, 2016. (SIH/ATASUS, 2016)

## DISCUSSÃO

Santa Catarina apresenta uma tendência à elevação rápida do número de idosos e é o estado com maior expectativa de vida ao nascer do Brasil, alcançando, em 2015, 78,74 anos, enquanto que a média nacional atingiu 75,44 anos (IBGE, 2013b). O Plano Estadual de Saúde 2012-2015 de Santa Catarina menciona preocupação constante com a situação da atenção hospitalar, já que absorve quase 70% das despesas públicas em saúde no estado (SANTA CATARINA, 2011). Na problemática das hospitalizações não somente o ônus financeiro merece destaque, mas também o impacto da hospitalização na vida do idoso, como já apontando por estudos (BORGES et al., 2015; WILSON et al., 2012; CALDAS et al., 2013; CARRETA et al., 2013).

Esforços crescentes buscam meios que auxiliem na avaliação do desempenho do sistema de saúde no sentido de qualificar e efetivar as políticas públicas, humanizar a assistência e reduzir internações desnecessárias. A organização do sistema de saúde brasileiro vem se modificando ao longo dos anos, estabelecendo atualmente a configuração de redes de atenção à saúde, reconhecendo a atenção primária em uma posição central como coordenadora do cuidado e não apenas como a porta de entrada do sistema (BRASIL, 2011).

Nesta perspectiva de redes, e com foco na reorganização do processo de trabalho, em 2013, o Ministério da Saúde redefiniu a Atenção Domiciliar, que tem como objetivo a redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2013b).

Diversos estudos apontam uma relação positiva entre a maior cobertura populacional por equipes de ESF e menores taxas de internações por CSAP. No Estado do Rio Grande do Sul, estudo demonstrou queda nas internações por CSAPs de idosos após a implementação da ESF (SANTOS et al., 2013). Dados do Ministério da Saúde revelam que a população coberta por equipes de ESF aumentaram de 4% em 1998 para 63% em 2015 no Brasil, já em SC a cobertura alcança 80% (BRASIL, 2013a).

Os três estudos específicos em pessoas com 60 anos ou mais encontrados na literatura (MARQUES et al., 2014; MURARO et al., 2013; SANTOS et al., 2013) corroboram com os resultados encontrados, indicando diminuição das taxas de internação por CSAP. No entanto, no Estado de SC as internações por CSAPs vêm diminuindo, porém, ainda são responsáveis por uma em cada três internações gerais de idosos.

O grupo de idosos com 80 anos ou mais vem apresentando variação maior de internações a partir de 2013, fazendo com que a redução das taxas fosse menor que a dos idosos com 60 a 79 anos. Isto merece olhar atento, pois nos próximos anos esse grupo populacional tende a aumentar consideravelmente no estado.

As causas mais prevalentes nos estudos realizados no Rio de Janeiro (RJ), Rio Grande do Sul (RS) e São Paulo (SP) também apontam a insuficiência cardíaca, doenças pulmonares (DPOC) e doenças cerebrovasculares como causas mais prevalentes (MARQUES et al., 2014; MURARO et al., 2013).

Estudo realizado com 50 pacientes (66% idosos) internados com diagnóstico de DPOC, em dois hospitais na cidade de Florianópolis, revelou que, na maioria dos pacientes, a DPOC foi classificada como grave ou muito grave, 33% eram tabagistas, apenas 32% foram orientados a receber vacinação anti-influenza e 28% receberam vacina antipneumocócica. Baixa escolaridade, baixa renda, falta de suporte de oxigenoterapia e ausência de vacinação anti-influenza associaram-se à inadequação do tratamento (GIACOMELI et al., 2014).

As doenças cardiovasculares apresentam expressiva parcela nas internações por CSAPs. Segundo o Plano Estadual de Santa Catarina 2012-2015, os hospitais enfrentam dificuldades em atender a demanda de cirurgias, devido à falta de equipamentos, falta de recursos humanos, inadequação das estruturas físicas das salas cirúrgicas, estendendo o tempo de espera cirúrgica, que, nos idosos acarreta em internação e reinternação para estabilização e/ou monitoramento da doença.

Em relação à variação das taxas de mortalidade por CSAP em Santa Catarina observou-se diminuição, exceto para os idosos com idade acima de 80 anos. Resultado que difere do estudo de Santos et al. (2013) que encontrou aumento nas taxas de mortalidade por condições cardiovasculares sensíveis a atenção primária nas pessoas com mais de 60 anos de alguns municípios do Rio Grande do Sul. Cabe ressaltar, que são estritamente limitados o número de estudos que abordam essa temática nos idosos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através da análise do indicador CSAP, que avalia a qualidade da assistência e a efetividade dos cuidados prestados na Atenção Primária, os resultados desta pesquisa evidenciaram queda nas taxas de internação e de mortalidade de idosos, independente do sexo e faixas etária estabelecidas no estudo, exceto quando estudado a mortalidade de

pessoas com 80 anos ou mais. Isto demonstra o avanço da atenção primária e do sistema de saúde brasileiro em relação à reorganização do sistema e suas implicações na vida do idoso.

As políticas públicas precisam continuar avançando para adequar-se ao panorama mundial do envelhecimento e, sem dúvidas, o conhecimento acerca das internações por CSAP mostra-se um instrumento valioso para a gestão da assistência, direcionando o cuidado em saúde, na medida em que revelam a realidade vivenciada e identificam quais avanços ainda precisam ser realizados.

Sugere-se que mais estudos abordem as hospitalizações sensíveis ao nível primário, tendo em vista sua magnitude em relação à autonomia e dependência dos idosos. Em relação aos avanços das políticas públicas brasileiras no sentido da atenção primária em saúde desospitalização e na humanização da assistência, assim como sobre os fatores que estão relacionados ao aumento de internações por pneumonias bacterianas, angina, doenças cerebrovasculares e infecções do rim e trato urinário.

## REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

BORGES, Eloá Marcassi et al. Diminuição da funcionalidade em idosos reinternados. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 38-41, abr./jun. 2015. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/140/pdf\\_24](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/140/pdf_24)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n° 221, de 17 de abril de 2008, que define a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 75, 18 abr. 2008, p. 70. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/Portaria\\_SAS\\_N\\_221\\_08\\_Lista\\_Internacoes\\_Condicoes\\_Sensíveis\\_Atencao\\_Basica.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/Portaria_SAS_N_221_08_Lista_Internacoes_Condicoes_Sensíveis_Atencao_Basica.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-\[5046-041111-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-[5046-041111-SES-MT].pdf)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Histórico de cobertura saúde da família**. Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n° 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 101, 28 maio 2013b, p. 30. Disponível em: <[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2013/iels.mai.13/Iels100/U\\_PT-MS-GM-963\\_270513.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.mai.13/Iels100/U_PT-MS-GM-963_270513.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

CALDAS, Célia Pereira et al. Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 12, p. 3495-3506, dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232013001200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232013001200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

CARRETTA, Marisa Basegio et al. Compreendendo o significado do ser idoso vivenciando sua autonomia na hospitalização. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 14, n. 2, p. 331-340, 2013. Disponível em:

<[http://www.redalyc.org/pdf/3240/Resumenes/Resumen\\_324027986011\\_1.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/3240/Resumenes/Resumen_324027986011_1.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

DOLL, Richard; PAYNE, P.; WATERHOUSE, J. (Ed.) **Cancer Incidence in Five Continents: A Technical Report**. Berlin: Springer-Verlag (for UICC), 1966.

GIACOMELLI, Irai Luis et al. Pacientes portadores de DPOC hospitalizados: análise do tratamento prévio. **J Bras Pneumol.**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 229-237, jun. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132014000300229&script=sci\\_arttext&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132014000300229&script=sci_arttext&tIng=pt)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população por sexo e idade para o período de 2000/2060; Projeção da população das unidades da federação por sexo e idade para o período 2000/2030**. Rio de Janeiro, 2013b.

Disponível em:

<[ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao\\_da\\_Populacao/Projecao\\_da\\_Populacao\\_2013/nota\\_metodologica\\_2013.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2013a. (Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, 32). Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

MARQUES, Aline Pinto et al. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 817-826, 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt\\_0034-8910-rsp-48-5-0817.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt_0034-8910-rsp-48-5-0817.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

MURARO, Caren Fernanda et al. Estratégia saúde da família e as internações por condições sensíveis à atenção primária nos idosos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 20-33, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n1/a3813.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

NEDEL, Fúlvio Borges et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 19, n. 1, p. 61-75, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n1/v19n1a08.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

PAGOTTO, Valéria; SILVEIRA, Erika Aparecida; VELASCO, Wisley Donizetti. Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 3061-3070, out. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a31.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC). **Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015**. Florianópolis, 2011.

SANTOS, Mariza dos. Epidemiologia do envelhecimento. In: NUNES, Maria Inês; FERRERI, Renata Eloah de Lucena; SANTOS, Mariza dos (Org.). **Enfermagem em geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 4-8.

SANTOS, Vilma Constancia Fioravante et al. Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da Metade Sul do RS. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 124-131, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/35838/27273>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

SILVEIRA, Rodrigo Eurípedes da et al. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 514-520, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n4/19.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.



VERAS, Renato. A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 5-6, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n1/1809-9823-rbagg-18-01-00005.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

WILSON, R. S. et al. Cognitive decline after hospitalization in a community population of older persons. **Neurology**, v. 78, n. 13, p. 950-956, 2012.

#### 4.1.2 Manuscrito 2

### CARACTERÍSTICAS DAS CAUSAS E DO TEMPO DE PERMANÊNCIA DE INTERNAÇÕES DE IDOSOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DE SANTA CATARINA

#### RESUMO

**Objetivo:** Analisar o comportamento das causas e tempo de permanência das internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária no Estado de Santa Catarina no período entre 2008 e 2015. **Método:** Estudo ecológico de série temporal, com dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS, utilizando as autorizações de internações hospitalares como fonte de dados para obtenção de informações referentes à causa e tempo de permanência das internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária, no período de 2008 a 2015, em Santa Catarina. Foram realizadas a padronização dos dados por idade através do método direto e a análise estatística por meio de regressão linear segmentada (*joinpoint regression*). **Resultado:** Asma, doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca apresentaram queda de variação no período do estudo, já as infecções de ouvido nariz e garganta, pneumonias bacterianas e angina obtiveram aumento. Encontrou-se diminuição da variação do período de permanência hospitalar de até sete dias e aumento significativo do tempo de internação entre 15 e 30 dias. As doenças cerebrovasculares foram as principais responsáveis pelas internações com tempo de permanência acima de 15 dias, seguidas pela insuficiência cardíaca, angina e DPOC. **Considerações finais:** O aumento do tempo de permanência hospitalar traz implicações negativas na vida do idoso, sua família e para o sistema de saúde. Maior atenção deve ser dada pelos profissionais e autoridades de saúde no sentido de ampliar ações de cuidado à nível de atenção primária às pessoas idosas.

Palavras-chave: Idoso. Hospitalização. Tempo de permanência. Atenção primária a saúde. Promoção da saúde. Estudo ecológico. Epidemiologia.

#### INTRODUÇÃO

Com o rápido e intenso envelhecimento da população brasileira, delinea-se um novo paradigma na saúde: promover a capacidade

funcional dos indivíduos e a habilidade de conduzir a própria vida de maneira independente e autônoma (VERAS, 2012).

O envelhecimento populacional traz consigo uma série de desafios ao sistema de saúde e aos modelos de cuidados. As repercussões para o sistema de saúde se tornam ainda mais agravantes diante do fato de que, com a hospitalização, o idoso passa por uma sequência de eventos que desencadeia fatores associados à fragilização que, frequentemente, culminam na diminuição da sua capacidade funcional e de sua qualidade de vida, contribuindo para o aumento da sua vulnerabilidade (OLIVEIRA; CAVALCANTI, 2014).

Pessoas idosas apresentam taxas elevadas de internação hospitalar e maior média de permanência na instituição de saúde, quando comparadas à população de menor idade (IZAIAS et al., 2014; PIOVESAM et al., 2015; SANTOS, 2012).

Sabe-se que a permanência hospitalar, a exposição contínua a procedimentos invasivos e os demais fatores peculiares de uma internação de idosos influenciam diretamente a potencial diminuição da sua autonomia e qualidade de vida. O tempo de internação prolongado é um indicador indireto da qualidade do cuidado prestado aos pacientes nos serviços terciários, produz efeitos negativos na vida do idoso, além de resultar em elevados custos para o sistema de saúde (RUFINO et al., 2012; IZAIAS et al., 2014).

O estudo das internações por causas evitáveis produz indicadores importantes da qualidade da assistência à saúde e peculiarmente em idosos, tendo em vista a magnitude da hospitalização na vida dos mesmos. Acredita-se que atenção oportuna e adequada no nível primário poderiam evitar hospitalizações desnecessárias (NEDEL et al., 2010). Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar o comportamento das causas e do tempo de permanência das internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) no Estado de Santa Catarina (SC) no período entre 2008 e 2015.

## **MÉTODOS**

Estudo ecológico referente às causas e tempo permanência das internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária no Estado de Santa Catarina, no período de 2008 a 2015. Foram considerados idosos aqueles com idade igual ou superior a 60 anos, conforme estabelece o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

Para a definição das Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAPs), utilizou-se a relação oficial publicada pelo Ministério da

Saúde através da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, composta por 19 grupos de causas, com 74 diagnósticos classificados de acordo com a décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID10. Não fizeram parte do estudo as internações do grupo 19 de ICSAPs, ou seja, de doenças relacionadas ao pré-natal e parto (O23- infecção do trato urinário na gravidez; A50- sífilis congênita; P35- síndrome da rubéola congênita), por representarem um desfecho incompatível com a faixa etária estabelecida.

As informações das internações foram obtidas pelas autorizações de internação hospitalar (AIHs), através do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), tabuladas com auxílio do programa Tabwin e exportadas para Excel para consolidação dos dados. Informações populacionais foram coletadas através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O tempo de permanência é disponibilizado na AIH categorizado da seguinte maneira: até sete dias, 8-14 dias, 15-21 dias, 22-28 dias e 29 dias ou mais.

**Proporção o tempo de permanência e internações por CSAP**

$$= \frac{n^{\circ} \text{ de ICAPS por tempo de permanência}}{n^{\circ} \text{ ICAPS em pop. com 60 anos ou mais}} \times 100$$

**Proporção de causas de internações por CSAP**

$$= \frac{n^{\circ} \text{ de ICAPS por grupo de causa}}{n^{\circ} \text{ ICAPS em pop. com 60 anos ou mais}} \times 100$$

Em seguida, as proporções de internações por CAPS de idosos foram padronizadas por idade pelo método direto, sendo utilizada como padrão a população padrão mundial (DOLL; PAYNE; WATERHOUSE, 1966). A taxa ajustada por idade calculada foi:  $\sum$  (taxa específica por idade) x (população padrão mundial na faixa etária) /  $\sum$  população padrão mundial.

Para suavizar a série histórica, em função da oscilação dos pontos foi calculada a média móvel centrada em três termos. Nesse processo, o coeficiente analisado do ano corresponde à média aritmética dos coeficientes do ano anterior, do próprio ano e do ano seguinte. No entanto, a série histórica consta dos anos de 2009 a 2014, apesar de utilizar as informações de 2008 a 2015 para o cálculo.

A análise foi realizada através do programa Joinpoint, versão 4.3.1, utilizado para o cálculo da variação das proporções de internação de idosos por CSAPs ajustadas por idade, no período 2008 a 2015. O

uso do método joinpoint permite uma descrição detalhada das tendências, identificando as mudanças ocorridas ao longo dos anos. O programa executa regressão linear segmentada (jointpont regression) para estimar a variação anual percentual e identificar pontos em que há modificação da tendência.

A partir da inclinação estimada para cada segmento de reta (coeficiente de regressão), foram calculadas a variação anual em porcentagem e sua significância estatística, estimada pelo método dos mínimos quadrados por um modelo linear generalizado, assumindo que as taxas seguem uma distribuição de Poisson, e que a variação das porcentagens não é constante ao longo do período. Para cada segmento de reta, com inclinação estimada, foram calculados os limites do intervalo de 95% de confiança (IC95%).

## **RESULTADOS**

No período entre 2008 e 2015, o Estado de Santa Catarina contabilizou 303.757 internações de idosos por CSAPs, responsáveis, por 41% do total de internações gerais de idosos em 2008 e 32% em 2015.

As causas de ICSAP revelaram-se com comportamentos distintos, quando analisada sua variação. Asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e insuficiência cardíaca apresentaram queda de variação, em contrapartida, infecção de ouvido nariz e garganta, pneumonias bacterianas e angina obtiveram aumento, ambos os resultados estatisticamente significativos. Os demais grupos de causas também oscilaram, conforme demonstra a Tabela 1.

Ressalta-se que os dados apresentados na tabela abaixo referem-se à variação da porcentagem dos dados analisados no período estudado e não a prevalência das doenças, considerando que no estado de SC, em ordem decrescente, as causas mais prevalentes de internações de idosos por CSAPs são: insuficiência cardíaca, doença DPOC, doenças cerebrovasculares e angina, em ordem decrescente.

Tabela 1 – Variação anual das causas de internações em idosos por CSAPs, em Santa Catarina, 2008 - 2015. Florianópolis, 2016

Variáveis	% Variação anual	
	2008-2015	IC95%
Doenças preveníveis por imunização e condições evitáveis	-1,9	(-32,4 ; 42,3)
Gastroenterites infecciosas e complicações	0,2	(-22,6 ; 29,8)
Anemia por deficiência de ferro	2,5	(-21,3 ; 33,5)
Deficiências nutricionais	-11,6	(-54,1 ; 70,2)
Infecções de ouvido, nariz e garganta	<b>9,4<sup>^</sup></b>	(4,9 ; 14,2)
Pneumonias bacterianas	<b>11,7<sup>^</sup></b>	(8,2 ; 15,2)
Asma	<b>-19,1<sup>^</sup></b>	(-22,1 ; -16,1)
DPOC	<b>-4,0<sup>^</sup></b>	(-4,7 ; -3,3)
Hipertensão	5,7	(-21,1 ; 41,5)
Angina pectoris	<b>3,9<sup>^</sup></b>	(2,0 ; 5,8)
Insuficiência cardíaca	<b>-3,6<sup>^</sup></b>	(-5,0 ; -2,2)
Doenças cerebrovasculares	9,2	(-17,5 ; 44,6)
Diabetes mellitus	-7,3	(-30,3 ; 23,4)
Epilepsias	19,8	(-25,5 ; 92,5)
Infecção no rim e trato urinário	9,8	(-13,3 ; 39,1)
Infecção da pele e tecido subcutâneo	6,5	(-24,8 ; 52,2)
Doença inflamatória pélvica feminina	-14,4	(-65,7 ; 113,2)
Úlcera gastrointestinal com hemorragia	7,0	(-24,8 ; 52,2)

<sup>^</sup> percentual da variação anual estatisticamente significativa.

Fonte: Elaboração do autor, 2016.

O tempo de permanência das ICSAPs comportou-se de forma distinta, quando analisado o período entre 2008 e 2015. Em 2008, o período de permanência hospitalar de até sete dias era responsável por 80% das internações, diminuindo para 77% em 2015, comprovado pelo resultado da análise temporal, que mostra uma redução de 0,7% a cada ano -0,7<sup>^</sup> (IC -0,8 ; 0,5). Por outro lado, as internações de 15 a 30 dias obtiveram aumento significativo de 3,3% a cada ano, conforme demonstra a Tabela 2.

Tabela 2 – Percentual da variação anual do tempo de permanência de idosos, internados por CSAPs em Santa Catarina, 2008 - 2015. Florianópolis, 2016

Variáveis	% Variação anual	
	2008-2015	IC95%
Até sete dias	-0,7 <sup>^</sup>	(-0,8 ; 0,5)
8-14 dias	2,8	(-19,1 ; 30,6)
15-21 dias	4,1 <sup>^</sup>	(3,1 ; 5,0)
22-28 dias	3,3 <sup>^</sup>	(2,1 ; 4,6)
29 dias ou mais	-0,2	(-34,6 ; 52,2)

<sup>^</sup> percentual da variação anual estatisticamente significativa.

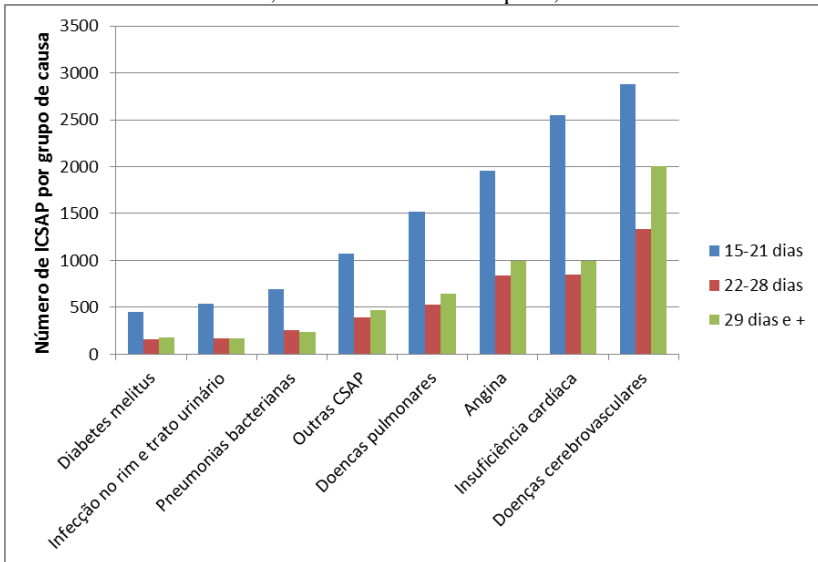
Fonte: Elaboração do autor, 2016.

As doenças cerebrovasculares foram as principais responsáveis pelas internações com tempo de permanência acima de 15 dias, seguidas pela insuficiência cardíaca, angina e DPOC.

Contemplam o grupo outras CSAP: doenças preveníveis por imunização e condições evitáveis; gastroenterites infecciosas e complicações; anemia; deficiências nutricionais; infecções de ouvido; nariz e garganta; asma, hipertensão; epilepsias; infecção da pele e tecido subcutâneo; doença inflamatória órgãos pélvicos femininos e úlcera gastrointestinal.

Diabetes Mellitus, infecção do rim e trato urinário e pneumonias bacterianas também se mostraram motivos relevantes para internações acima de 15 dias.

Figura 1 - Tempo de permanência por grupo de causas de idosos, internados por CSAPs em Santa Catarina, 2008 - 2015. Florianópolis, 2016



Fonte: Elaborado pelas autoras (2016).

## DISCUSSÃO

Conforme já indicavam as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em Santa Catarina vem aumentando o número de idosos rapidamente. Durante o período de estudo, em 2008 tínhamos 580.908 idosos e em 2015 já alcançávamos 830.540 (IBGE, 2013). A população de idosos com 80 anos ou mais aumentou de forma mais acentuada quando comparada à de 60 a 79 anos, totalizando incremento de 1.348 pessoas com idade entre 60 e 79 anos e 2.010 pessoas com 80 anos ou mais no estado.

Os idosos com 80 anos ou mais também se tornaram mais expressivos, quando analisada a sua proporção nas internações por CSAPs. Em 2008 eram responsáveis por 24%, atingindo, em 2015, 27% das internações.

Em relação ao comportamento das causas de ICSAPs, asma, DPOC e insuficiência cardíaca apresentaram variação decrescente, resultado que corrobora com demais estudos existentes (LENTSCK et al., 2015; RODRIGUES-BASTOS et al., 2014). Por outro lado, a



infecção de ouvido nariz e garganta, pneumonias bacterianas e angina obtiveram aumento.

Estudo realizado em uma cidade de São Paulo encontrou resultados semelhantes a esta pesquisa em relação às infecções de nariz, ouvido e garganta. Em Santa Catarina infecções de nariz, ouvido e garganta foram responsável pela segunda maior variação e representaram menos de 1% das ICSAP, assim como no resultado encontrado no estudo supracitado (MELO; EGRY, 2014). Estudo em Minas Gerais também apontou aumento nas infecções nariz, ouvido e garganta (RODRIGUES-BASTOS et al., 2014).

Melo e Eгры (2014) referem a importância de explorar essas infecções, já que estão associadas ao excesso de poluentes que delimitam a qualidade do ar, como o ozônio, responsável pela irritação nas vias respiratórias e diminuição da capacidade pulmonar.

A pneumonia é uma infecção respiratória grave que habitualmente acomete muitos idosos. Outros estudos que utilizaram municípios e estados brasileiros também obtiveram como resultado o aumento da variação de pneumonia bacteriana (AVELINO et al., 2015; REHEM; EGRY, 2011; RODRIGUES-BASTOS et al., 2014; BOING et al., 2012). Apesar de os estudos indicarem aumento de internações entendidas como evitáveis por pneumonia, autores defendem que os recursos de baixa densidade tecnológica disponíveis no nível primário são suficientes para diagnosticar e tratar precocemente esta patologia e, assim, evitar internações desnecessárias (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008).

Em relação à angina, obteve-se variação anual crescente, além de representar uma das causas mais prevalentes de ICSAP em idosos. Lentsck et al. (2015) encontrou estabilização das taxas de internação de angina no Estado do Paraná no período de 2000 a 2011, estudo com idade limitada até 74 anos. Destaca a relevância do resultado, já que a angina está relacionada com ocorrências de infarto agudo do miocárdio e morte súbita.

Sabe-se que os idosos demandam mais dos serviços de saúde e apresentam tempo de ocupação do leito maior, quando comparados a outras faixas etárias. A população idosa enfrenta riscos quando se submete às internações hospitalares, pois a permanência no serviço de saúde, o repouso prolongado no leito, a exposição contínua a procedimentos invasivos e os demais fatores que influenciam negativamente a capacidade funcional resultam em alterações da qualidade de vida (IZAIAS et al., 2014).

Assim, as políticas de saúde contemporâneas devem investir na promoção do envelhecimento saudável, com atenção à capacidade funcional dos idosos, prevenção de doenças, recuperação da saúde dos que adoecem e reabilitação daqueles com restrição da capacidade funcional (VERAS, 2012).

O tempo de permanência é habitualmente utilizado como um indicador de eficiência hospitalar e está relacionado à qualidade do cuidado prestado (ROQUE; MELO, 2011). Estudo realizado em um município do Rio de Janeiro (RJ) menciona preocupação em relação às consequências de internações prolongadas em idosos, uma vez que encontrou como resultado que apenas 45% dos 767 prontuários analisados obtiveram tempo de internação menor do que 10 dias (MOTTA; HANSEL, 2010).

Vindo ao encontro das limitações ocorridas na vida do idoso exposto à hospitalização, o estudo realizado com informações de 1624 idosos, em Minas Gerais, com objetivo de analisar a associação entre a capacidade funcional e utilização de serviços de saúde entre idosos, encontrou associação positiva entre hospitalização e incapacidade funcional (FIALHO et al., 2014).

Reportando-se a Santa Catarina, os resultados desta pesquisa indicam queda das ICSAP, corroborando com os estudos de Marques et al. (2014); Muraro et al. (2013); Santos et al. (2013) e Rodrigues-Bastos et al. (2014). Porém, o tempo de permanência das internações por CSAPs aumentou no período do estudo, diminuindo o número de internações até sete dias e aumentando as internações superiores a 15 dias. Foi encontrado na literatura outro estado brasileiro que apresentou queda das taxas de ICSAP e aumento do tempo de permanência (RODRIGUES-BASTOS et al., 2014).

Este resultado pode hipoteticamente ter associação com o aumento da proporção de internações na faixa etária de 80 anos ou mais e aumento das internações por doenças cerebrovasculares, cujo grupo de causas responsáveis por internações longas aumentou de 13 para 15% no período de estudo.

As doenças cerebrovasculares são um problema de saúde pública no Brasil. Na população acima de 60 anos, representam a principal causa de morte e incapacidade nessa população. Além de gerar impacto financeiro para as famílias e ao sistema de saúde, ocasionando hospitalizações prolongadas, o acidente vascular encefálico (AVE) é responsável por elevadas taxas de mortalidade e apresenta efeitos tardios, tais como o grau de deficiência motora, depressão pós-AVE,

redução da função cognitiva e, conseqüentemente, a redução da qualidade de vida (ABE et al. 2010; MOURA; CASULARI, 2015).

No Brasil, o AVE é entendido como uma doença ainda muito negligenciada, considerando as poucas ações e o baixo orçamento na prevenção e tratamento desta doença (OLIVEIRA et al., 2015).

Estudo explorando o motivo para permanência hospitalar superior a 30 dias apontou o cancelamento do procedimento cirúrgico, espera de estabilização do quadro clínico e uso de antibioticoterapia como principais justificativas. Ressalva, que a gravidade do quadro clínico do paciente é outro motivo que influencia no tempo de permanência (SILVA et al., 2014).

Outros motivos também são encontrados na literatura referente a fatores que interferem no aumento do tempo de permanência hospitalar, tais como dor, etilismo, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e infecções hospitalares (RUFINO et al., 2012; PIUVESAM et al., 2015; TOMLIN; DOVEY; TILYARD, 2008; AL-EITHAN; AMIN; ROBERT, 2011). A média de permanência de internação dos idosos que apresentaram infecção hospitalar resultou em um acréscimo de 15 dias em relação à média dos idosos que não foram detectados com infecção hospitalar (IZAIAS et al., 2014).

Variáveis socioeconômicas também demonstram influência sobre a duração da internação. Estudo mostrou que pessoas internadas com renda acima de cinco salários mínimos permaneceram internadas cerca de 1/3 do tempo, quando comparadas às com renda de até um salário mínimo (RUFINO et al., 2012).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

São vários os fatores que influenciam na hospitalização. O que não se pode negar é o impacto desfavorável desse desfecho nas vidas dos idosos. Em Santa Catarina os resultados demonstram que causas evitáveis de internação, como pneumonia, angina e infecções agudas, que poderiam ser solucionadas na atenção primária, continuam a aumentar. Outro resultado preocupante são as conseqüências do tempo de permanência hospitalar, que vem aumentando significativamente nas internações de 15 a 30 dias e decrescendo nas internações até sete dias. Acredita-se na relação deste resultado com o aumento da proporção da população acima de 80 anos e das doenças cerebrovasculares nas ICSAPs.

Sugere-se que outros estudos explorem ações que possam ser realizadas na atenção primária em relação à promoção e prevenção das

doenças cerebrovasculares, bem como das demais patologias que apresentaram aumento e dos fatores que possam estar relacionados com o aumento da permanência de idosos em Santa Catarina. Ressalta-se que a diminuição das ICSAP demonstradas em vários estudos precisa ser analisada com cautela e juntamente com outros fatores, já que o número de internações pode diminuir, mas a gravidade da condição do idoso na internação pode ser maior, acarretando em maior tempo de hospitalização.

## REFERENCIAS

ABE, Ivana Makita et al. Validation of a stroke symptom questionnaire for epidemiological surveys. **São Paulo Med. J.**, São Paulo , v. 128, n. 4, p. 225-231, July 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spmj/v128n4/10.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

AL-EITHAN, Muwafak H, AMIN, Muhammad, ROBERT, Asirvatham A. The effect of hemiplegia/ hemiparesis, diabetes mellitus, and hypertension on hospital length of stay after stroke. **Neurosciences (Riyadh)**, v. 16, n. 3, p. 253-256, 2011. Disponível em: <<http://www.neurosciencesjournal.org/pdf/files/jul11/Effect20100714.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

AVELINO, Carolina Costa Valcanti et al . Qualidade da atenção primária à saúde: uma análise segundo as internações evitáveis em um município de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1285-1293, abr. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000401285&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000401285&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

BOING, Antonio Fernando et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, abr. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000200019&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000200019&script=sci_abstract)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/2003/L10.741.htm)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, que define a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 75, 18 abr. 2008, p. 70. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/Portaria\\_SAS\\_N\\_221\\_08\\_Lista\\_Internacoes\\_Condicoes\\_Sensiveis\\_Atencao\\_Basica.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/Portaria_SAS_N_221_08_Lista_Internacoes_Condicoes_Sensiveis_Atencao_Basica.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

DOLL, Richard; PAYNE, P.; WATERHOUSE, J. (Ed.) **Cancer Incidence in Five Continents: A Technical Report**. Berlin: Springer-Verlag (for UICC), 1966.

ELIAS, Evelyn; MAGAJEWSKI, Flávio. A atenção primária à saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 633-647, dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000400011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000400011&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

FIALHO, Camila Bruno et al. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 599-610, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0599.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população por sexo e idade para o período de 2000/2060; Projeção da população das unidades da federação por sexo e idade para o período 2000/2030**. Rio de Janeiro, 2013.

Disponível em:

<[ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao\\_da\\_Populacao/Projecao\\_da\\_Populacao\\_2013/nota\\_metodologica\\_2013.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

IZAIAS, Érika Maria et al. Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3395-3402, ago. 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803395](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803395)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

LENTSCK, Maicon Henrique et al. Tendência das internações por doenças cardiovasculares sensíveis à atenção primária. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, n. 2, p. 372-384, abr./jun. 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000200372&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000200372&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

MARQUES, Aline Pinto et al. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 817-826, 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt\\_0034-8910-rsp-48-5-0817.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt_0034-8910-rsp-48-5-0817.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

MELO, Maicon Diego; EGRY, Emiko Yoshikawa. Social determinants of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Guarulhos, São Paulo. **Rev Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 48, nesp. p.129-36, ago., 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000700129](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700129)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

MOTTA, Claudia Carvalho Respeita; HANSEL, Cristina Gonçalves; SILVA Jaqueline da. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, p. 471-477, 2010.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6865>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

MOURA, Mirian; CASULARI, Luiz Augusto. Impacto da adoção de medidas inespecíficas no tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo em idosos: a experiência do Distrito Federal, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 38, n. 1, p. 57-63, jul. 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1020-49892015000600008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1020-49892015000600008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

MURARO, Caren Fernanda et al. Estratégia saúde da família e as internações por condições sensíveis à atenção primária nos idosos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 20-33, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n1/a3813.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

NEDEL, Fúlvio Borges et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 19, n. 1, p. 61-75, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n1/v19n1a08.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

OLIVEIRA, Debora Carvalho de et al. Grau de conhecimento dos pacientes com acidente vascular cerebral sobre a patologia. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 14, n. 2, p. 206-210, maio/ago. 2015. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/13583>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

OLIVEIRA, Eliane Cristina Tôrres; CAVALCANTI, Alessandro Leite. Detecção de risco para (re)hospitalização em idosos. **Rev. Saúde. Com.**, v. 10, n. 2, p. 209-220, 2014. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/227/266>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

PIOVEZAM, Grasiela et al. Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças infecciosas em idosos em hospital de referência na cidade do Natal, Rio Grande do Norte. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 63-68, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00063.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

REHEM, Tania Cristina Morais Santa Barbara; EGRY, Emilio Yoshikawa. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, 2011. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/24.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

RODRIGUES-BASTOS, Rita Maria et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 e 2010. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 958-967, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000600958&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600958&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

ROQUE, Keroulay Estebanez; MELO, Enirtes Caetano Prates. Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 595-601, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127719485022>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

RUFINO, Geisa Pereira et al. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. **Rev. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 91-97, jul./ago. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3043.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

SANTOS, Mariza dos. Epidemiologia do envelhecimento. In: NUNES, Maria Inês; FERRERI, Renata Eloah de Lucena; SANTOS, Mariza dos (Org.). **Enfermagem em geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 4-8.

SANTOS, Vilma Constancia Fioravante et al. Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da Metade Sul do RS. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 124-131, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/35838/27273>>. Acesso em: 11 nov. 2016.



SILVA, Ana Maria Nunes et al. Fatores que contribuem para o tempo de internação prolongada no ambiente hospitalar. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. Online**, v. 6, n. 4, p.1590-1600, out./nov. 2014. Disponível em: <DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1590-1600>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

TOMLIN, Andrew M.; DOVEY, Susan M.; TILYARD, Murra W. Risk factors for hospitalization due to diabetes complications. **Diabetes Research Clinical Practice**, v. 80, n. 2, p. 244-252, May 2008.

VERAS, Renato Peixoto. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 929-934, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n6/01.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, cujo objetivo foi analisar a tendência das internações de idosos por CSAPs em Santa Catarina, aponta a diminuição das ICSAPs no período de 2008 e 2015, entre idosos e idosas e nas duas faixas etárias analisadas. Por outro lado, mostra um dado preocupante, que é o tempo de permanência daqueles que se internam.

Sem dúvidas, a redução do número de internações tem relação com os esforços crescentes da implantação, manutenção e a necessária consolidação do SUS referentes aos avanços para consolidar o nível primário de atenção à saúde como coordenador do cuidado, e não apenas como a porta de entrada do sistema, bem como na busca pela implementação da organização em redes da atenção à saúde, e a humanização no cuidado às pessoas idosas.

A ampliação das equipes da Estratégia de Saúde da Família, no Estado de Santa Catarina, até o ano de 2015, havia alcançado 80% de cobertura, porém os resultados encontrados neste estudo apontam para a complexidade de um estado em franco processo de envelhecimento de sua população e às demandas de saúde decorrentes deste fenômeno em comparação das ainda deficiências na atenção frente o aumento na prevalência de doenças, maior tempo de internação com cerca de um terço de internações de idosos sensíveis ao nível primário.

Mesmo com todo o esforço das políticas existentes, muitos aspectos ainda precisam ser desenvolvidos. Fatores importantes em relação às internações foram levantados nesta pesquisa. O tempo de permanência prolongado necessita, sem dúvidas, ser discutido mais profundamente, uma vez que traz consequências prejudiciais à saúde da pessoa idosa e onera os orçamentos públicos.

Em relação à gestão do cuidado de enfermagem, é necessário refletir sobre seu papel na atenção às pessoas idosas e na sua capacidade de desenvolver ações de promoção e prevenção com resolutividade, de forma a contribuir ainda mais com a diminuição das internações das pessoas idosas por condições sensíveis à atenção primária, uma vez que, o enfermeiro enquanto membro da equipe de saúde da família possui papel fundamental no cuidado ao idoso.

Por outro lado, os resultados deste estudo nos alerta para o tempo de internação e a necessidade de olharmos para a formação e a educação continuada de profissionais da rede de saúde, de forma que a enfermagem empregue medidas que promovam a autonomia e independência para os idosos.

As estratégias em relação às doenças cerebrovasculares realizadas na atenção primária precisam ser repensadas. Este estudo integrou uma entre as três causas mais prevalentes, que obteve variação crescente e foi o principal grupo de patologias responsável pelas internações com maior duração.

A contribuição deste trabalho está relacionada ao subsídio para políticas públicas e ações voltadas ao cenário encontrado no estado. A perspectiva do aumento acentuado dos idosos e principalmente dos “idosos mais idosos”, aqueles com idade acima de 80 anos, traz grandes desafios ao sistema de saúde brasileiro.

Investir em medidas oportunas da atenção primária é uma forma de prevenir as hospitalizações para os idosos, o que significa estender o tempo de vida com qualidade e evitar as limitações da perda de capacidade funcional, a qual está relacionada à internação.

Estes achados demonstram que o estudo das ICSAPs é, sem dúvidas, um importante indicador de monitoramento da efetividade do sistema de saúde no que se refere à melhoria da qualidade de vida dos idosos brasileiros e precisam cada vez mais ser utilizados pelos gestores como ferramenta de gestão em saúde.

Contudo, este estudo limitou-se as internações de idosos por CSAPs, e, portanto, revela apenas uma parte da realidade das internações de pessoas idosas. Nesse sentido recomenda-se que novos estudos sejam realizados tanto para ampliar o espectro da internação de idosos como para aprofundar o conhecimento no que tange à promoção de saúde e prevenção dos agravos das pessoas idosas.

Outra limitação está relacionada ao uso exclusivo de dados secundários do SIH\SUS que disponibiliza apenas informações dos procedimentos públicos de saúde, não englobando as hospitalizações do sistema suplementar. Os dados inseridos no SIH\SUS sofrem influência de alguns fatores como problemas de digitação, definição de diagnóstico médico, não preenchimento de campos entre outros, estes que podem influir na confiabilidade dos dados.

## REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1337-49, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

ALVES, José Eustáquio Diniz; BRUNO, Miguel A. P. População e crescimento econômico de longo prazo no Brasil: como aproveitar a janela de oportunidade demográfica. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15., 2006, Caxambu. Disponível em: <<http://www.ppge.ufrgs.br/ricardodathein/disciplinas/espe311/alves-bruno-2006.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

ANDRADA, Marina Moralles Caldeira de et al. Diagnósticos de enfermagem para idosos internados, segundo a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 16, n. 1, p. 97-105, jan./fev. 2015. Disponível em: <[www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/download/2668/2053](http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/download/2668/2053)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

ARAGÃO, Júlio. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista praxis**, v. 3, n. 6, ago. 2011. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/praxis/ojs/index.php/praxis/article/view/35/28>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

ARAÚJO, Jose Duarte de. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, dez. 2012. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000400002](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

BOING, Antonio Fernando et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, abr. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000200019&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000200019&script=sci_abstract)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

BORGES, Eloá Marcassi et al. Diminuição da funcionalidade em idosos reinternados. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 38-41, abr./jun. 2015. Disponível em:

<[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/140/pdf\\_24](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/140/pdf_24)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família**. Brasília, [2009?]. Disponível em:

<<http://200.214.130.35/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 280, de 7 de abril 1999**. Disponível em:

<[http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/acomp/GM\\_P280\\_99acomp.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/acomp/GM_P280_99acomp.doc)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em:

<<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, que define a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 75, 18 abr. 2008, p. 70. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/Portaria\\_SAS\\_N\\_221\\_08\\_Lista\\_Internacoes\\_Condicoes\\_Sensiveis\\_Atencao\\_Basica.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/Portaria_SAS_N_221_08_Lista_Internacoes_Condicoes_Sensiveis_Atencao_Basica.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

CALDAS, Célia Pereira et al. Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. **Ciência, Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3495-3506, dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232013001200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232013001200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

CARRETTA, Marisa Basegio; BETTINELLI, Luiz Antonio; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 5, p. 958-62, 2011.

CARRETTA, Marisa Basegio et al. Compreendendo o significado do ser idoso vivenciando sua autonomia na hospitalização. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 14, n. 2, p. 331-340, 2013. Disponível em: <[http://www.redalyc.org/pdf/3240/Resumenes/Resumen\\_324027986011\\_1.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/3240/Resumenes/Resumen_324027986011_1.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

CARVALHAIS, Maribel; SOUSA, Liliana. Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 596-616, 2007. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a04.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

CECCONI, Roger Flores; MENEGHEL, Stela Nazareth; VIECIL, Paulo Ricardo Nazário. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 968-977, out./dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2014000400968&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2014000400968&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares et al. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 358-364, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/14.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

DOLL, Johannes; RAMOS, Anne Carolina; BUAES, Caroline Stumpf. Apresentação: Educação e Envelhecimento. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 9-15, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/52407/32225>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem gerontológica**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FERNANDES, Viviane Braga Lima et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 928-936, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/03.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis et al. Estudo do perfil de morbimortalidade entre idosos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 197-204, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/6704>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

GÓIS, Ana Luzia Batista de; VERAS, Renato Peixoto. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2859-2869, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600023&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600023&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase et al. Atenção à família acompanhante hospitalar do idoso internado. In: \_\_\_\_\_; TOURINHO, Francis Solange Vieira (Org.). **Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado**. Barueri: Manole, 2012. p. 319-337.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Projeção da população por sexo e idade para o período de 2000/2060; Projeção da população das unidades da federação por sexo e idade para o período 2000/2030**. Rio de Janeiro, 2013b. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao\\_da\\_Populacao/Projecao\\_da\\_Populacao\\_2013/nota\\_metodologica\\_2013.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2013a. (Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, 32). Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **População: Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação: População do Brasil**. 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

IZAIAS, Érika Maria et al. Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3395-3402, ago. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803395](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803395)>. Acesso em: 11 nov. 2016.



LOBO, Alexandrina de Jesus Serra; SANTOS, Luísa; GOMES, Sónia. Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 913-918, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000600913&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000600913&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

MACIEL, Caio Cezar de Lima. **Evolução e envelhecimento humano**. São Paulo: Editora Érica, 2014.

MARQUES, Aline Pinto et al. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 817-826, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt\\_0034-8910-rsp-48-5-0817.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt_0034-8910-rsp-48-5-0817.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

MEDRONHO RA et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2003.

MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: OPAS, 2012. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

MOTTA, Claudia Carvalho R. da; HANSEL, Cristina Gonçalves; SILVA, Jaqueline da. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 471-477, 2010. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n3/v12n3a08.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a08.htm)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

MURARO, Caren Fernanda et al. Estratégia saúde da família e as internações por condições sensíveis à atenção primária nos idosos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 20-33, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n1/a3813.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

NEDEL, Fúlvio Borges et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 19, n. 1, p. 61-75, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n1/v19n1a08.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

NUNES, André. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea; 2004. p. 427-450. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq\\_29\\_Livro\\_Completo.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

PAGOTTO, Valéria; SILVEIRA, Erika Aparecida; VELASCO, Wisley Donizetti. Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 3061-3070, out. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a31.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

PAZÓ, Rosalva Grobério et al. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1891-1902, set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/0102-311X-csp-30-9-1891.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

PEIXOTO, Sérgio Viana et al. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 239-246, dez. 2004. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742004000400006](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000400006)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

PENA, Silvana Barbosa; DIOGO, Maria José D'Elboux. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 663-669, set./out. 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421849009>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

PERPETUO, Ignez Helena Oliva; WONG, Laura Rodriguez. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: SEMINÁRIO SOBRE ECONOMIA MINEIRA, 12., 2006, Diamantina. **Anais...** Disponível em: <[http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario\\_diamantina/2006/D06A043.pdf](http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A043.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

PIOVEZAM, Grasiela et al. Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças infecciosas em idosos em hospital de referência na cidade do Natal, Rio Grande do Norte. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 63-68, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00063.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

PROCHET, Teresa Cristina; SILVA, Maria Júlia Paes da. Estratégias que colaboram na independência física e autonomia do idoso hospitalizado. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 12, n. 4, p. 678-683, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027977003.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

REHEM, Tania Cristina Moraes Santa Barbara; EGRY, Emilio Yoshikawa. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Estado de São Paulo. **Ciencia&Saude Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, 2011. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/24.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

RODRIGUES-BASTOS, Rita Maria et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 2, p. 120-127, mar./abr. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302013000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000200010)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 e 2010. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 958-967, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000600958&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600958&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC). **Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015**. Florianópolis, 2011.

\_\_\_\_\_. **Programas e projetos**: Macrorregiões: projeto estruturante: mapa. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/macro/mapa.jpg](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/macro/mapa.jpg)>. Acesso em: 14 nov. 2016.

SANTOS, Mariza dos. Epidemiologia do envelhecimento. In: \_\_\_\_\_.:NUNES, Maria Inês; FERRERI, Renata Eloah de Lucena (Org.). **Enfermagem em geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 4-8.

SANTOS, Vilma Constancia Fioravante et al. Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da Metade Sul do RS. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 124-131, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/35838/27273>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

SILVEIRA, Rodrigo Eurípedes da et al . Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 514-520, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n4/19.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

SOUSA, Liliana; RIBEIRO, António Pedro. Prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 866-877, jul./set. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902013000300019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000300019)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

SOUSA, Renata Miranda de et al. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. **Escola Anna Nery Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 732-741, out./dez. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000400012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400012)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

SOUZA, Andréa dos Santos et al. Atendimento ao idoso hospitalizado: percepções de profissionais de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 274-281, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18999>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

SOUZA, Leonardo Lemos; COSTA, Juvenal Soares Dias. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 765-772, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000400017&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000400017&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; GUIDETI, Gustavo Emanuel Carvalho Borela; SAÚDE, Maria Isabel Borges Moreira. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 299-309, 2008. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n2/pdf/v10n2a02.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n2/pdf/v10n2a02.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. **Instrução Normativa 10/PEN/2011, de 15 de junho de 2011**. Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem. Disponível em: <[http://ppgenf.posgrad.ufsc.br/files/2012/04/IN-10.2011\\_2.pdf](http://ppgenf.posgrad.ufsc.br/files/2012/04/IN-10.2011_2.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

VERAS, Renato Peixoto. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 929-934, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n6/01.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira. Produção de cuidados à pessoa idosa. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 1104, jul./ago. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000400001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400001)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

VERAS, Renato Peixoto et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 357-365, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0357.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

VIEIRA, Gilson de Bitencourt; ALVAREZ, Angela Maria; GIRONDI, Juliana Balbinot Reis. O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 1, p. 78-89, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/8719>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

VIEIRA, Gilson de Bitencourt; ALVAREZ, Angela Maria; GONÇALVES, Lúcia Takase Isako. A enfermagem diante dos estressores de familiares acompanhantes de idosos dependentes no processo de hospitalização e de alta. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 4, p. 645-651, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9693>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

WILSON, R. S. et al. Cognitive decline after hospitalization in a community population of older persons. **Neurology**, v. 78, n. 13, p. 950-956, 2012.

**ANEXO 1 – Lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária**

<b>LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA</b>		
<b>Grupo</b>	<b>Diagnósticos</b>	<b>CID 10</b>
<b>1</b>	<b>Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis</b>	
<b>1,1</b>	<b>Coqueluche</b>	<b>A37</b>
<b>1,2</b>	<b>Difteria</b>	<b>A36</b>
<b>1,3</b>	<b>Tétano</b>	<b>A33 a A35</b>
<b>1,4</b>	<b>Parotidite</b>	<b>B26</b>
<b>1,5</b>	<b>RUBÉOLA</b>	<b>B06</b>
<b>1,6</b>	<b>Sarampo</b>	<b>B05</b>
<b>1,7</b>	<b>Febre amarela</b>	<b>A95</b>
<b>1,8</b>	<b>Hepatite b</b>	<b>B16</b>
<b>1,9</b>	<b>Meningite por haemophilus</b>	<b>G00.0</b>
<b>001</b>	<b>Meningite tuberculosa</b>	<b>A17.0</b>
<b>1,11</b>	<b>Tuberculose miliar</b>	<b>A19</b>
<b>1,12</b>	<b>Tuberculose pulmonar</b>	<b>A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9</b>
<b>1,16</b>	<b>Outras tuberculoses</b>	<b>A18</b>
<b>1,7</b>	<b>Febre reumática</b>	<b>I00 a I02</b>
<b>1,18</b>	<b>Sífilis</b>	<b>A51 a A53</b>
<b>1,19</b>	<b>Malária</b>	<b>B50 a B54</b>
<b>001</b>	<b>Ascariíase</b>	<b>B77</b>
<b>2</b>	<b>Gastroenterites Infecciosas e complicações</b>	
<b>2,1</b>	<b>Desidratação</b>	<b>E86</b>
<b>2,2</b>	<b>Gastroenterites</b>	<b>A00 a A09</b>
<b>3</b>	<b>Anemia</b>	
<b>3,1</b>	<b>Anemia por deficiência de ferro</b>	<b>D50</b>
<b>4</b>	<b>Deficiências Nutricionais</b>	
<b>4,1</b>	<b>Kwashiokor e outras formas de desnutrição protéico calórica</b>	<b>E40 a E46</b>
<b>4,2</b>	<b>Outras deficiências nutricionais</b>	<b>E50 a E64</b>

<b>5</b>	<b>Infecções de ouvido, nariz e garganta</b>	
<b>5,1</b>	<b>Otite média supurativa</b>	<b>H66</b>
<b>5,2</b>	<b>Nasofaringite aguda [resfriado comum]</b>	<b>J00</b>
<b>5,3</b>	<b>Sinusite aguda</b>	<b>J01</b>
<b>5,4</b>	<b>Faringite aguda</b>	<b>J02</b>
<b>5,5</b>	<b>Amigdalite aguda</b>	<b>J03</b>
<b>5,6</b>	<b>Infecção aguda vas</b>	<b>J06</b>
<b>5,7</b>	<b>Rinite, nasofaringite e faringite crônicas</b>	<b>J31</b>
<b>6</b>	<b>Pneumonias bacterianas</b>	
<b>6,1</b>	<b>Pneumonia Pneumocócica</b>	<b>J13</b>
<b>6,2</b>	<b>Pneumonia por Haemophilus influenzae</b>	<b>J14</b>
<b>6,3</b>	<b>Pneumonia por Streptococcus</b>	<b>J15.3, J15.4</b>
<b>6,4</b>	<b>Pneumonia bacteriana NE</b>	<b>J15.8, J15.9</b>
<b>6,5</b>	<b>Pneumonia lobar NE</b>	<b>J18.1</b>
<b>7</b>	<b>Asma</b>	
<b>7,1</b>	<b>Asma</b>	<b>J45, J46</b>
<b>8</b>	<b>Doenças pulmonares</b>	
<b>8,1</b>	<b>Bronquite aguda</b>	<b>J20, J21</b>
<b>8,2</b>	<b>Bronquite não especificada como aguda ou crônica</b>	<b>J40</b>
<b>8,3</b>	<b>Bronquite crônica simples e a mucopurulenta</b>	<b>J41</b>
<b>8,4</b>	<b>Bronquite crônica não especificada</b>	<b>J42</b>
<b>8,5</b>	<b>Enfisema J</b>	<b>43</b>
<b>8,6</b>	<b>Bronquectasia</b>	<b>J47</b>
<b>8,7</b>	<b>Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas</b>	<b>J44</b>
<b>9</b>	<b>Hipertensão</b>	
<b>9,1</b>	<b>Hipertensão essencial</b>	<b>I10</b>
<b>9,2</b>	<b>Doença cardíaca hipertensiva</b>	<b>I11</b>
<b>10</b>	<b>Angina</b>	
<b>10,1</b>	<b>Angina pectoris</b>	<b>I20</b>
<b>11</b>	<b>Insuficiência Cardíaca</b>	
<b>11, 1</b>	<b>Insuficiência Cardíaca</b>	<b>I50</b>
<b>11,3</b>	<b>Edema agudo de pulmão</b>	<b>J81</b>
<b>12</b>	<b>Doenças Cerebrovasculares</b>	
<b>12,1</b>	<b>Doenças Cerebrovasculares</b>	<b>I63 a I67; I69, G45 a G46</b>
<b>13</b>	<b>Diabetes melitus</b>	



13,1	Com coma ou cetoacidose E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1;E13.0, E13.1; E14.0, E14.1	
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol,circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8;E13.2 circulat., a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	<b>Epilepsias</b>	
14,1	<b>Epilepsias</b>	<b>G40, G41</b>
15	<b>Infecção no Rim e Trato Urinário</b>	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3		N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	<b>Infecção da pele e tecido subcutâneo</b>	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	<b>Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos</b>	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76

<b>18</b>	<b>Úlcera gastrointestinal</b>	
<b>18</b>	<b>Úlcera gastrointestinal</b>	<b>K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2</b>
<b>19</b>	<b>Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto</b>	
<b>19,1</b>	<b>Infecção no Trato Urinário na gravidez</b>	<b>O23</b>
<b>19,2</b>	<b>Sífilis congênita</b>	<b>A50</b>
<b>19,3</b>		<b>P35.0</b>

## ANEXO 2 – População padrão mundial

Tabela 1 – População Padrão Mundial

Faixa etária	Total
00-04	12.000
05-09	10.000
10-14	9.000
15-19	9.000
20-24	8.000
25-29	8.000
30-34	6.000
35-39	6.000
40-44	6.000
45-49	6.000
50-54	5.000
55-59	4.000
60-64	4.000
65-69	3.000
70-74	2.000
75-79	1.000
80-84	500
85 ou mais	500
<b>Total</b>	<b>100.000</b>

Fonte: Doll R, Payne P, Waterhouse J. Cancer Incidence in Five Continents: A Technical Report. Berlin: Springer-Verlag (for UICC), 1966.



**ANEXO 3 – Taxa de mortalidade, taxa de mortalidade padronizada por idade e média móvel da taxa padronizada de mortalidade das internações de idosos por CSAP, por sexo e por faixa etária em Santa Catarina no período de 2008 a 2015**

Quadro 1 - Taxa de mortalidade, taxa de mortalidade padronizada por idade e média móvel da taxa padronizada de mortalidade das internações de idosos por CSAP em Santa Catarina no período de 2008 a 2015

ANO	Taxa de mortalidade	Taxa padronizada	Média móvel
2008	45,34	4,99	
2009	47,10	5,18	5,12
2010	47,19	5,19	5,11
2011	44,97	4,95	4,86
2012	40,38	4,44	4,61
2013	40,34	4,44	4,56
2014	43,74	4,81	4,69
2015	43,77	4,81	

Quadro 2 - Taxa de mortalidade, taxa de mortalidade padronizada por idade e média móvel da taxa padronizada de mortalidade de internações de idosos, por sexo, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015

ANO	Taxa de mortalidade	Taxa padronizada	Média móvel	Taxa de mortalidade	Taxa padronizada	Média móvel
	Sexo masculino			Sexo feminino		
2008	47,25	5,20		43,79	4,82	
2009	51,88	5,71	5,58	43,21	4,75	4,75
2010	53,01	5,83	5,63	42,44	4,67	4,68
2011	48,78	5,37	5,31	41,86	4,60	4,50
2012	42,90	4,72	4,99	38,32	4,21	4,29
2013	44,51	4,90	4,92	36,89	4,06	4,27
2014	46,70	5,14	5,06	41,29	4,54	4,38
2015	46,73	5,14		41,31	4,54	

Quadro 3 - Taxa de mortalidade, taxa de mortalidade padronizada por idade e média móvel da taxa padronizada de mortalidade de internações de idosos, por faixa etária, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015

ANO	Taxa de mortalidade	Taxa padronizada	Média móvel	Taxa de mortalidade	Taxa padronizada	Média móvel
	60-79 anos			80 anos ou mais		
2008	31,80	3,50		143,90	15,82	
2009	33,74	3,71	3,56	142,79	15,7	16,3
2010	31,56	3,47	3,52	158,00	17,37	16,33
2011	30,80	3,39	3,28	144,71	15,91	15,98
2012	27,09	2,98	3,08	133,34	14,66	16,3
2013	26,18	2,88	2,99	138,92	15,28	15,51
2014	28,27	3,11	3,01	150,89	16,59	16,31
2015	27,58	3,03		155,22	17,07	

**ANEXO 4 - Taxa de internação, taxa de internação padronizada por idade e média móvel da taxa padronizada de internação de idosos por CSAP, por sexo e por faixa etária em Santa Catarina no período de 2008 a 2015**

Quadro 1 - Taxa de internação, taxa de internação padronizada por idade e média móvel da taxa padronizada de internação de idosos por CSAP em Santa Catarina no período de 2008 a 2015

ANO	Taxa internação	Taxa padronizada	Média móvel
2008	637,66	70,14	
2009	622,78	68,51	67,82
2010	589,09	64,80	64,91
2011	558,49	61,43	60,68
2012	507,41	55,81	57,42
2013	499,99	55,00	55,18
2014	497,46	54,72	54,41
2015	486,43	53,51	

Quadro 2 - Taxa de internação, taxa de internação padronizada por idade e média móvel da taxa padronizada de internação de idosos, por sexo, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015

ANO	Taxa de internação	Taxa padronizada	Média móvel	Taxa de internação	Taxa padronizada	Média móvel
	Sexo masculino			Sexo feminino		
2008	681,66	74,98		601,87	66,21	
2009	664,48	73,09	72,78	588,8	64,77	63,77
2010	638,75	70,26	69,85	548,54	60,34	60,87
2011	601,91	66,21	65,65	522,92	57,52	56,60
2012	550,01	60,50	61,97	472,39	51,96	53,66
2013	538,35	59,22	59,64	468,36	51,52	51,49
2014	538,32	59,22	58,67	463,65	51,00	50,87
2015	523,55	57,59		455,62	50,12	

Quadro 3 - Taxa de internação, taxa de internação padronizada por idade e média móvel da taxa padronizada de internação de idosos, por faixa etária, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015

ANO	Taxa de internação	Taxa padronizada	Média móvel	Taxa de internação	Taxa padronizada	Média móvel
	60-79 anos			80 anos ou mais		
2008	553,77	60,91		1248,04	137,28	
2009	538,79	59,27	58,51	1224,64	134,71	315,95
2010	503,13	55,34	55,74	1198,65	131,85	307,74
2011	478,27	52,61	51,78	1122,96	123,53	293,63
2012	430,82	47,39	48,82	1043,25	114,76	276,37
2013	422,62	46,49	46,62	1038,73	114,26	267,46
2014	417,92	45,97	45,80	1048,42	115,33	269,26
2015	408,58	44,94		1081,98	119,02	



## **ANEXO 5 - Proporção, proporção padronizada por idade e média móvel da proporção padronizada do tempo de permanência de internação de idosos por CSAP, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015**

Quadro 1 - Proporção, proporção padronizada por idade e média móvel da proporção padronizada do tempo de permanência de até sete dias, de internação de idosos por CSAP, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015

ANO	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel
	Até sete dias		
2008	637,66	70,14	
2009	622,78	68,51	67,82
2010	589,09	64,80	64,91
2011	558,49	61,43	60,68
2012	507,41	55,81	57,42
2013	499,99	55,00	55,18
2014	497,46	54,72	54,41
2015	486,43	53,51	

Quadro 2 - Proporção, proporção padronizada por idade e média móvel da proporção padronizada do tempo de permanência de 8-14 dias e 15-21 dias, de internação de idosos por CSAP, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015.

ANO	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel
	8-15 dias			15-21 dias		
2008	13,47	1,48		3,38	0,37	
2009	13,33	1,47	1,48	3,38	0,37	0,38
2010	13,43	1,48	1,48	3,65	0,40	0,39
2011	13,60	1,50	1,50	3,69	0,41	0,42
2012	13,88	1,53	1,56	3,99	0,44	0,43
2013	15,01	1,65	1,59	4,03	0,44	0,45
2014	14,54	1,60	1,61	4,23	0,46	0,46
2015	14,27	1,57		4,33	0,48	

Quadro 3 - Proporção, proporção padronizada por idade e média móvel da proporção padronizada do tempo de permanência de 22-28 dias e 29 dias ou mais, de internação de idosos por CSAP, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015.

ANO	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel
	22-28 dias			29 dias ou mais		
2008	553,77	60,91		1,70	0,19	
2009	538,79	59,27	58,51	1,70	0,19	0,19
2010	503,13	55,34	55,74	1,75	0,19	0,20
2011	478,27	52,61	51,78	1,99	0,22	0,20
2012	430,82	47,39	48,82	1,84	0,20	0,21
2013	422,62	46,49	46,62	1,89	0,21	0,21
2014	417,92	45,97	45,80	2,00	0,22	0,22
2015	408,58	44,94		2,08	0,23	

## **ANEXO 6 - Proporção, proporção padronizada por idade e média móvel da proporção padronizada dos grupos de causas de internação de idosos por CSAP, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015**

Quadro 1 - Proporção, proporção padronizada por idade e média móvel da proporção padronizada do grupo um e dois de causas de internação de idosos por CSAP, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015

ANO	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel
	Doenças preveníveis por imunização e condições evitáveis			Gastroenterites Infecciosas e complicações		
2008	0,40	0,04		4,74	0,52	
2009	0,28	0,03	0,04	4,80	0,53	0,54
2010	0,29	0,03	0,03	5,14	0,56	0,53
2011	0,24	0,03	0,03	4,51	0,50	0,53
2012	0,26	0,03	0,03	4,70	0,52	0,49
2013	0,27	0,03	0,03	4,06	0,45	0,49
2014	0,29	0,03	0,03	4,56	0,50	0,48
2015	0,34	0,04		4,56	0,50	

Quadro 2 - Proporção, proporção padronizada por idade e média móvel da proporção padronizada do grupo três e quatro de causas de internação de idosos por CSAP, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015

ANO	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel
	Anemia por deficiência de ferro			Deficiências nutricionais		
2008	0,47	0,05		1,13	0,12	
2009	0,30	0,03	0,04	1,46	0,16	0,15
2010	0,28	0,03	0,03	1,38	0,15	0,16
2011	0,31	0,03	0,03	1,55	0,17	0,17
2012	0,30	0,03	0,04	1,63	0,18	0,17
2013	0,42	0,05	0,04	1,59	0,17	0,18
2014	0,38	0,04	0,05	1,68	0,19	0,18
2015	0,43	0,05		1,63	0,18	

Quadro 3 - Proporção, proporção padronizada por idade e média móvel da proporção padronizada do grupo cinco e seis de causas de internação de idosos por CSAP, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015

ANO	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel
	Infecções de ouvido, nariz e garganta			Pneumonias bacterianas		
2008	0,16	0,02		4,26	0,47	
2009	0,17	0,02	0,02	5,37	0,59	0,56
2010	0,11	0,01	0,02	5,62	0,62	0,60
2011	0,22	0,02	0,02	5,29	0,58	0,63
2012	0,16	0,02	0,02	6,18	0,68	0,70
2013	0,23	0,03	0,02	7,63	0,84	0,84
2014	417,92	45,97	45,80	2,00	0,22	0,22
2015	408,58	44,94		2,08	0,23	

Quadro 4 - Proporção, proporção padronizada por idade e média móvel da proporção padronizada do grupo sete e oito de causas de internação de idosos por CSAP, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015

ANO	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel
	Asma			Doenças Pulmonar Obstrutiva Crônica		
2008	2,72	0,30		22,12	2,43	
2009	2,72	0,30	0,30	19,75	2,17	2,24
2010	2,64	0,29	0,26	19,17	2,11	2,15
2011	1,63	0,18	0,21	19,74	2,17	2,07
2012	1,37	0,15	0,15	17,54	1,93	2,03
2013	1,08	0,12	0,13	18,05	1,99	1,90
2014	0,97	0,11	0,11	16,29	1,79	1,82
2015	1,07	0,12		15,20	1,67	

Quadro 5 - Proporção, proporção padronizada por idade e média móvel da proporção padronizada do grupo nove e dez de causas de internação de idosos por CSAP, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015

ANO	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel
	Hipertensão			Angina pectoris		
2008	3,06	0,34		7,34	0,81	
2009	2,51	0,28	0,29	7,92	0,87	0,88
2010	2,34	0,26	0,26	8,69	0,96	0,94
2011	2,17	0,24	0,25	8,97	0,99	1,00
2012	2,25	0,25	0,24	9,50	1,05	1,04
2013	2,00	0,22	0,24	9,85	1,08	1,06
2014	2,28	0,25	0,25	9,69	1,07	1,06
2015	2,49	0,27		9,39	1,03	

Quadro 6 - Proporção, proporção padronizada por idade e média móvel da proporção padronizada do grupo 11 e12 de causas de internação de idosos por CSAP, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015

ANO	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel
	Insuficiência cardíaca			Doenças cerebrovasculares		
2008	25,14	2,76		13,90	1,53	
2009	25,25	2,78	2,76	14,31	1,57	1,55
2010	24,95	2,74	2,76	14,06	1,55	1,56
2011	24,95	2,74	2,68	14,19	1,56	1,61
2012	23,14	2,55	2,59	15,71	1,73	1,66
2013	22,57	2,48	2,43	15,38	1,69	1,73
2014	20,65	2,27	2,31	16,21	1,78	1,74
2015	19,85	2,18		15,89	1,75	

Quadro 7 - Proporção, proporção padronizada por idade e média móvel da proporção padronizada do grupo 13 e 14 de causas de internação de idosos por CSAP, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015

ANO	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel
	Diabetes mellitus			Epilepsias		
2008	7,09	0,78		0,82	0,09	
2009	6,95	0,76	0,76	0,84	0,09	0,09
2010	6,77	0,74	0,75	0,79	0,09	0,09
2011	6,87	0,76	0,75	0,82	0,09	0,09
2012	6,87	0,76	0,74	0,83	0,09	0,09
2013	6,37	0,70	0,71	0,76	0,08	0,08
2014	6,20	0,68	0,69	0,73	0,08	0,08
2015	6,24	0,69		0,79	0,09	

Quadro 8 - Proporção, proporção padronizada por idade e média móvel da proporção padronizada do grupo 15 e 16 de causas de internação de idosos por CSAP, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015

ANO	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel
	Infecção no rim e trato urinário			Infecção da pele e tecido subcutâneo		
2008	4,64	0,51		0,55	0,06	
2009	4,78	0,53	0,53	1,11	0,12	0,11
2010	4,95	0,54	0,55	1,37	0,15	0,16
2011	5,25	0,58	0,59	1,92	0,21	0,20
2012	5,88	0,65	0,64	2,10	0,23	0,22
2013	6,26	0,69	0,70	1,86	0,20	0,22
2014	7,05	0,78	0,79	1,94	0,21	0,22
2015	8,37	0,92		2,20	0,24	

Quadro 9 - Proporção, proporção padronizada por idade e média móvel da proporção padronizada do grupo 17 e 18 de causas de internação de idosos por CSAP, em Santa Catarina no período de 2008 a 2015

ANO	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel	Proporção	Proporção padronizada	Média móvel
	Doença inflamatória pélvica feminina			Úlcera gastrointestinal com hemorragia		
2008	0,09	0,01		1,37	0,15	
2009	0,08	0,01	0,01	1,42	0,16	0,15
2010	0,10	0,01	0,01	1,36	0,15	0,15
2011	0,08	0,01	0,01	1,30	0,14	0,15
2012	0,09	0,01	0,01	1,50	0,16	0,16
2013	0,08	0,01	0,01	1,55	0,17	0,17
2014	0,11	0,01	0,01	1,61	0,18	0,19
2015	0,09	0,01		1,97	0,22	