

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

KAREN CHISINI COUTINHO

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS POR
IDOSOS NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS**

Porto Alegre

2021

KAREN CHISINI COUTINHO

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS POR
IDOSOS NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS**

Dissertação de mestrado encaminhada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lisiane Manganelli Girardi Paskulin.

Porto Alegre

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Chisini Coutinho, Karen
Utilização dos serviços públicos de saúde
especializados por idosos no município de Porto
Alegre/RS / Karen Chisini Coutinho. -- 2021.
83 f.
Orientadora: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2021.

1. Idoso. 2. Saúde do idoso. 3. Serviço de saúde.
4. Assistência integral à saúde. 5. Acesso aos
serviços de saúde. I. Manganelli Girardi Paskulin,
Lisiane, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

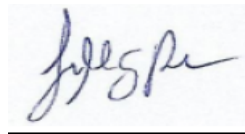
KAREN CHISINI COUTINHO

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS POR
IDOSOS NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS**

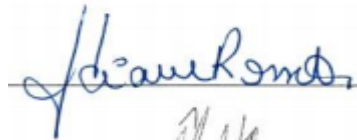
Dissertação de mestrado encaminhada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 26 de março de 2021.

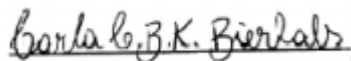
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Lisiane Manganelli Girardi Paskulin
Presidente da Banca - Orientadora
PPGENF/UFRGS



Prof.^a Dr.^a Idiane Rosset
Membro da Banca
PPGENF/UFRGS



Prof.^a Dr.^a Carla Cristiane Becker Kottwitz Bierhals
UFRGS



Prof.^o Dr. Ângelo José Gonçalves Bós
Membro da Banca
PUCRS

*“Aos outros, dou o direito de ser como são. A mim,
dou o dever de ser cada dia melhor.”*

Chico Xavier

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Deus pelas oportunidades e pessoas que a vida colocou em meu caminho para que eu chegasse até aqui. Tenho certeza de que todos os momentos de dificuldades, dúvidas e incertezas serviram para meu aprendizado e evolução como pessoa e profissional.

Ao meu amado esposo Michel por todo o apoio, incentivo, companheirismo e dedicação em dividir comigo esta jornada e por estar ao meu lado nos momentos de crise, insegurança e conquistas. Obrigada pelo empenho em desenvolver a melhor tecnologia para me ajudar com os dados. Te amo muito. Ao nosso filho pet, Simba, que com seu olhar inocente sempre transmite bons sentimentos e desperta o melhor em mim.

Aos meus amados pais, Rosane e Eron, de quem tenho tanto orgulho em ser filha! Por sempre estarem ao meu lado, mostrando que o estudo é o melhor caminho. Minha eterna gratidão por batalharem tanto para que eu conquistasse os meus objetivos. Sem vocês, nada disso seria possível.

À minha querida orientadora, Lisiane, por ter aceitado o desafio do projeto de uma aluna há tanto tempo fora da vida acadêmica. Sempre serei grata por essa oportunidade e por teres me ensinado tanto ao longo do mestrado. Te admiro muito como mulher, enfermeira e professora e me sinto honrada em fazer parte do seu grupo de orientandas.

Ao seletivo grupo das “Lisianetes” por sempre estarem dispostas a me orientar e auxiliar nos momentos de dúvidas. Foi muito bom poder contar com vocês nessa caminhada.

Às professoras Idiane Rosset e Carla Bierhals e ao professor Ângelo Bós, integrantes das bancas de qualificação e de defesa deste estudo, pela disponibilidade de participação e pelas contribuições feitas nesses dois momentos.

A todos os amigos, que sempre me apoiaram e tornam minha vida mais completa. Em especial, minha parceira de mestrado Thatiane Carolino, que me incentivou a encarar esse desafio e com quem dividi as angústias da vida de mestranda.

À Ceres pelo trabalho desenvolvido com o banco de dados e pela paciência em fazer com que eu compreendesse as análises estatísticas.

À Deliane pelo trabalho desenvolvido na revisão das referências e por me orientar nas dúvidas ao longo da construção desta dissertação.

Ao coordenador da Gerência de Regulação de Serviços de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Jorge Osório, pela liberação dos bancos de dados para a realização deste estudo.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para que esta dissertação fosse construída e finalizada.

Enfim, dedico essa conquista ao meu pai Eron, que venceu a batalha contra a COVID-19 no ano de 2020. Gratidão à Deus e a todos os profissionais da saúde que possibilitaram, hoje, eu dividir esta alegria contigo. Muito orgulho da tua resiliência ao enfrentar aquele momento tão difícil.

RESUMO

COUTINHO, Karen Chisini. **Utilização dos serviços públicos de saúde especializados por idosos no município de Porto Alegre/RS.** 2021. 84 f. (Dissertação) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Acadêmico – Escola de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2021.

Introdução: A população idosa responde por maior utilização dos serviços de saúde pelas particularidades dessa faixa etária. Conhecer as interfaces na utilização dos serviços é uma lacuna de conhecimento e pode auxiliar na identificação de fragilidades e potencialidades na assistência e na gestão. **Objetivo:** Analisar a utilização dos serviços públicos de saúde especializados por idosos no município de Porto Alegre/RS, por sexo e grupo etário. **Métodos:** Estudo transversal analítico com dados secundários dos sistemas Gerenciamento de Consultas e de Internações. Foram incluídos usuários com 60 anos ou mais, residentes no município e com consulta ambulatorial e/ou internação hospitalar, em 2019, excluindo-se os retornos e duplicados, com amostra final de 64.888 idosos. Variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica e as categóricas por frequências absolutas e relativas. Utilizado teste qui-quadrado de Pearson, complementado pela análise dos resíduos ajustados para verificar as associações da utilização de serviços por sexo e grupo etário e motivos de atendimento com os tipos de serviço ($p < 0,05$). Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CAAE 30418320.0.3001.5338). **Resultados:** A média de idade foi de 71 anos, mulheres (61,7%), na faixa etária de 60 a 79 anos (83,2%), com registro de um atendimento especializado durante o ano (57%), sendo a maioria em serviços ambulatoriais (82,8%) e referenciada por unidades de Atenção Primária à Saúde (74,7%). atendimentos especializados em fisioterapia (14,1%), reabilitação (2,9%), odontologia (2%) e saúde mental (1,9%) foram mais prevalentes entre mulheres e idosos jovens. A Gerência Distrital Centro foi o local de origem da maioria dos idosos. Doenças do aparelho circulatório foram o principal motivo dos atendimentos especializados (21,4%), em longevos (25,6%) e nos homens (23,7%). Nos atendimentos ambulatoriais foram as doenças osteomusculares (22,5%), nas internações eletivas as neoplasias (35,2%) e, nas de urgência, as doenças do aparelho circulatório (37,9%). O tempo médio de espera para consulta ambulatorial foi de 121 dias, sendo a cirurgia bariátrica/obesidade com o maior período. A classificação azul (44,1%) foi a mais utilizada pelos profissionais solicitantes e a amarela (35,6%) pelos reguladores. Entre os idosos que não consultaram, todos necessitaram de internação hospitalar, sendo 82,6% de urgência, com maior prevalência entre os longevos (94,3%). **Conclusões:** Os serviços públicos de saúde especializados foram mais utilizados por mulheres e idosos jovens. A maior parte utilizou pelo menos um desses serviços durante o ano, sendo mais frequente o atendimento ambulatorial. O estudo demonstrou potencialidades e limitações, por sexo e grupo etário para o atendimento em serviços especializados, bem como sua relação com a APS, fornecendo subsídios para maior efetividade na constituição de redes assistenciais coordenadas para idosos.

Palavras-chave: Idoso. Saúde do idoso. Serviços de Saúde. Assistência Integral à Saúde. Acesso aos serviços de saúde. Cobertura de Serviços Públicos de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The elderly population accounts for greater use of health services due to the particularities of this age group. Becoming familiar with the interfaces in the use of services is a knowledge gap and can assist in the identification of weaknesses and potentialities in care and management. **Objective:** To analyze the use of specialized public health services by the elderly in the city of Porto Alegre/RS, by sex and age group. **Methods:** Cross-sectional analytical study with secondary data from the Consultation and Hospitalization Management systems. Users aged 60 or older, residing in Porto Alegre and with outpatient consultation and/or hospitalization, in 2019, were accounted, excluding returns and duplicates, with a final sample of 64,888 elderly people. Quantitative variables were described by average and standard or median deviation and interquartile range and categorical variables as absolute and relative frequencies. Pearson's chi-square test was used, complemented by the analysis of adjusted residuals to verify associations between the use of services by sex and age group and reasons for attending with types of service ($p < 0.05$). Project **approved** by the Research Ethics Committee of the Municipal Health Secretariat of Porto Alegre (CAAE 30418320.0.3001.5338). **Results:** The age average was 71 years old, women (61.7%), aged 60 to 79 years old (83.2%), with a record of specialized care during the year (57%), being the majority in outpatient services (82.8%) and referred by Primary Health Care units (74.7%). Specialized care in physiotherapy (14.1%), rehabilitation (2.9%), dentistry (2%) and mental health (1.9%) were more prevalent amongst women and young elderly people. The Central District Management was the place of origin for the majority of the elderly. Diseases of the circulatory system were the main reason for specialized care (21.4%), in the long-lived (25.6%) and in men (23.7%). In outpatient visits were musculoskeletal diseases (22.5%), in elective admissions due to neoplasm (35.2%) and, in urgent cases, diseases of the circulatory system (37.9%). The average waiting time for outpatient consultation was 121 days, with bariatric surgery/obesity having the longest period. The blue classification (44.1%) was the most used by the requesting professionals and the yellow classification (35.6%) by the regulators. Among the elderly who did not consult, all required hospitalization, 82.6% of which were urgent, with a higher prevalence among the long-lived (94.3%). **Conclusions:** Specialized public health services were mostly used by women and young elderly people. Most used at least one of these services during the year, with outpatient care being most frequent. The study demonstrated potentials and limitations, by sex and age group for assistance in specialized services, as well as their relationship with PHC, providing subsidies for greater effectiveness in the constitution of coordinated care networks for the elderly.

Keywords: Elderly. Health of the elderly. Health Services. Comprehensive Health Care. Access to Healthcare. Coverage of Public Healthcare.

RESUMEN

Introducción: La población anciana representa un mayor uso de los servicios de salud debido a las particularidades de este grupo de edad. Conocer las interfaces en el uso de los servicios es una laguna de conocimiento y puede ayudar a identificar debilidades y potencialidades en la atención y la gestión. **Objetivo:** Analizar el uso de los servicios de salud pública especializados por los adultos mayores de la ciudad de Porto Alegre / RS, por sexo y grupo de edad. **Métodos:** Estudio analítico transversal con datos secundarios de los sistemas de Gestión de Consulta y Hospitalización. Fueron incluidos los usuarios con 60 años o más, residentes en el municipio y con consulta externa y / u hospitalización, en 2019, excluyendo devoluciones y duplicados, con una muestra final de 64.888 adultos mayores. Las variables cuantitativas se describieron como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico y las categóricas como frecuencias absolutas y relativas. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson, complementada con el análisis de residuales ajustados para verificar asociaciones entre el uso de los servicios por sexo y grupo de edad y los motivos de atención con los tipos de servicio ($p < 0,05$). Proyecto **aprobado** por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría Municipal de Salud de Porto Alegre (CAAE 30418320.0.3001.5338). **Resultados:** La edad promedio fue de 71 años, mujeres (61,7%), de 60 a 79 años (83,2%), con historial de atención especializada durante el año (57%), siendo la mayor en servicios ambulatorios (82,8%) y remitidos por unidades de Atención Primaria (74,7%). La atención especializada en fisioterapia (14,1%), rehabilitación (2,9%), odontología (2%) y salud mental (1,9%) fueron más prevalentes entre las mujeres y los jóvenes ancianos. La Dirección del Distrito Centro fue el lugar de origen de la mayoría de los ancianos. Las enfermedades del aparato circulatorio fueron el principal motivo de atención especializada (21,4%), en los ancianos (25,6%) y en los hombres (23,7%). En las consultas externas se encontraron enfermedades musculoesqueléticas (22,5%), en admisiones de electivas neoplasias (35,2%) y, en casos urgentes, enfermedades del sistema circulatorio (37,9%). El tiempo medio de espera para la consulta ambulatoria fue de 121 días, siendo la cirugía bariátrica / obesidad el período más largo. La clasificación azul (44,1%) fue la más utilizada por los profesionales solicitantes y la clasificación amarilla (35,6%) por los reguladores. Entre los ancianos que no consultaron, todos requirieron hospitalización, de los cuales el 82,6% fueron urgentes, con mayor prevalencia entre los ancianos (94,3%). **Conclusiones:** Los servicios de salud pública especializados fueron utilizados mayoritariamente por mujeres y jóvenes ancianos. La mayoría utilizó al menos uno de estos servicios durante el año, siendo más frecuente la atención ambulatoria. El estudio demostró potencialidades y limitaciones, por sexo y grupo de edad, para la asistencia en servicios especializados, así como su relación con la APS, otorgando subsidios para una mayor efectividad en la constitución de redes de atención coordinada a las personas mayores.

Palabras clave: Anciano. Salud de las personas mayores. Servicios de salud. Atención integral de salud. Acceso a servicios de salud. Cobertura de los servicios de salud pública.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Dados coletados nas bases de dados dos sistemas GERCON e GERINT.....	32
Quadro 1 – Distribuição das especialidades e subespecialidades de consultas ambulatoriais e internações hospitalares, por categoria.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da população idosa de Porto Alegre por Gerência Distrital e grupo etário, conforme Censo Demográfico IBGE, 2010.	30
Tabela 2 – Quantidade de atendimentos realizados em Porto Alegre, conforme tipo de atendimento e local de residência, 2019.	311

Tabelas artigo científico

Tabela 1 – Características demográficas dos idosos e dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares e tipo de atendimento, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.	43
Tabela 2 – Tipos de unidades de saúde solicitantes e executantes dos atendimentos dos idosos, conforme sexo e faixa etária, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.	44
Tabela 3 – Origem dos idosos, por Gerência Distrital, encaminhados para consulta ambulatorial por unidades de saúde da APS, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.	45
Tabela 4 – Motivo principal da utilização de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares por idosos, por capítulos da CID-10, conforme sexo e faixa etária, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.	46
Tabela 5 – Motivo principal da utilização de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares por idosos, por capítulos da CID-10 e tipo de atendimento, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.	47
Tabela 6 – Especialidades dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, conforme sexo e faixa etária, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.	48
Tabela 7 – Tempo de espera para consulta ambulatorial, conforme especialidade, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.	50
Tabela 8 – Classificação de prioridade das consultas ambulatoriais de idosos, conforme profissional solicitante e regulador, por sexo e faixa etária, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019. .	52
Tabela 9 – Associação entre consulta ambulatorial e internação hospitalar em idosos, por tipo de atendimento, sexo e faixa etária, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.	52

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEREST	Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CRTB	Centro de Referência da Tuberculose
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
GCC	Glória/Cruzeiro/Cristal
GD	Gerência Distrital
GERCON	Gerenciamento de Consultas
GERINT	Gerenciamento de Internações
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GRSS	Gerência de Regulação de Serviços de Saúde
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LENO	Leste/Nordeste
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais
MS	Ministério da Saúde
NEB	Norte/Eixo Baltazar
NHNI	Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas
PLP	Partenon/Lomba do Pinheiro
PNI	Política Nacional do Idoso
PNS	Pesquisa Nacional em Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RES	Restinga/Extremo-Sul
RS	Rio Grande do Sul
SCS	Sul/Centro-Sul
SISREG	Sistema de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	<i>Statistical Packpage for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral	17
2.2 Objetivos específicos	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 Envelhecimento populacional e Políticas de Saúde do Idoso.....	18
3.2 A utilização dos serviços de saúde por idosos e as Redes de Atenção à Saúde	21
3.3 Sistemas de Informação em Saúde e suas aplicabilidades no contexto local do estudo	25
4 MÉTODOS.....	28
4.1 Tipo de estudo	28
4.2 Campo de estudo	28
4.3. População de estudo	29
4.4 Coleta de dados.....	322
4.5 Análise dos dados	36
4.6 Aspectos éticos	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1 Artigo científico: Utilização dos serviços públicos de saúde especializados por idosos no município de Porto Alegre/RS	
6 CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS.....	66
APÊNDICE A – PLANILHAS DE COLETA DOS DADOS DOS SISTEMAS GERCON E GERINT	78
ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/RS.....	79
ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DA COORDENAÇÃO DA GERÊNCIA DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE (GRSS) DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/RS.....	80
ANEXO C – APROVAÇÃO DO PROJETO PELA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.....	81
ANEXO D – APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	82
ANEXO E – APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/RS	83

1 INTRODUÇÃO

A população idosa no Brasil responde pela maior utilização dos serviços de saúde e este fato tem relação com particularidades dessa faixa etária, tais como mais doenças crônicas e fragilidades, menos recursos sociais e financeiros e perda funcional (VERAS; OLIVEIRA, 2018; ALMEIDA et al., 2020). A longevidade traz a necessidade de adaptações do sistema de saúde para garantir qualidade tanto no acesso como na utilização desses serviços (CRUZ et al., 2020). As regiões com maior proporção de idosos necessitam priorizar o cuidado a esta população e, entre elas, encontra-se o sul do Brasil.

No Brasil, considera-se como idoso todo o indivíduo com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003). Neste estudo considerou-se a categorização de idosos jovens para a faixa etária até 79 anos e longevos com 80 anos ou mais. Conforme o Censo 2010, Porto Alegre era a capital brasileira com a maior proporção de idosos, com 15,04% da população, sendo 83,6% entre 60 e 79 anos e 16,4% com 80 anos ou mais, mas de acordo com estudo realizado pela Fundação Getúlio Vargas, desde 2018, o município ocupa a segunda posição do *ranking*, com 19,5%, logo após o Rio de Janeiro (20,8%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2010; NERI, 2020).

Estima-se que, em 2030, 42 milhões de brasileiros (18,7%) serão idosos, sendo que o Rio Grande do Sul (RS) será o estado com a maior população desse grupo etário no país, com 2,8 milhões de pessoas (24%), sendo 2,3 milhões (81,7%) entre 60 e 79 anos e 515.165 (18,3%) com 80 anos ou mais (IBGE, 2020).

Além da transição demográfica, o país vivencia a transição epidemiológica, caracterizada pela redução das doenças e das causas evitáveis de morte, com o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (SOUZA et al., 2018). No idoso, as condições crônicas de saúde são mais prevalentes, exigindo respostas resolutivas dos serviços, para manter ou recuperar sua autonomia e independência, com qualidade, resolutividade e custo-eficácia (BRASIL, 2019a).

Conhecer como se dá a utilização dos serviços de saúde por esse grupo etário permite estruturar o processo de cuidado e auxilia nas tomadas de decisão sobre sua estruturação, reduzindo os fatores associados às morbidades e à dependência (VELLO et al., 2014; SANTOS et al., 2016). A utilização de serviços compreende o contato efetivo do usuário com instituições e profissionais para obter atendimento de saúde (SÓRIA et al., 2019). Dados sobre esses contatos estão disponíveis nos sistemas nacionais de informação, que geram dados para a análise da situação de saúde da população, mas que ainda não estão integrados.

Os serviços de saúde compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS), conceituada como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado [...]” (BRASIL, 2010). É constituída por três elementos fundamentais: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

Como um componente da RAS, com ampla e privilegiada visão dos recursos disponíveis e da dinâmica dos serviços, a regulação contribui para a coordenação do cuidado e, assim, possibilita assistência mais acessível, equânime e integral, atendendo às necessidades da população (SILVEIRA et al., 2018; BASTOS et al., 2020). A implantação de centrais informatizadas de regulação permite aos gestores conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las, definir prioridades clínicas, conhecer o índice de abstenção a consultas e exames, além de garantir maior imparcialidade no controle das agendas (ALMEIDA et al., 2013).

Para isso, Porto Alegre implantou sistemas informatizados próprios para a gestão de consultas especializadas e leitos hospitalares. Em 2016, foi lançado o Sistema de Informações para o Complexo Regulador, do qual fazem parte os Sistemas de Gerenciamento de Consultas (GERCON) e de Gerenciamento de Internações (GERINT).

Estudo realizado por Veras et al. (2014) sobre a efetividade de redes assistenciais agregadas e coordenadas para idosos nos Estados Unidos e no Canadá mostrou que a integração da rede e a organização do cuidado a partir do grau de fragilidade e do risco para internações repetidas somados ao maior investimento na Atenção Primária à Saúde (APS) e domiciliar obtiveram redução nas internações hospitalares, atendimentos de emergência e Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Os autores ressaltam, que o melhor gerenciamento da assistência a essa população mostrou-se vantajosa tanto para sistemas de saúde quanto para pacientes e seus familiares (VERAS et al., 2014).

No levantamento de investigações nacionais sobre utilização de serviços públicos de saúde por idosos verificou-se que as pesquisas são realizadas com foco individualizado, ou seja, analisando os pontos de atenção da rede de forma isolada, voltados a um nível de atenção específico (ANTUNES et al., 2018; MACINKO et al., 2018; ALMEIDA et al., 2020). Conhecer mais sobre a temática analisando os serviços de modo integrado é uma lacuna de conhecimento e pode auxiliar no planejamento de ações de saúde voltadas à pessoa idosa.

Neste cenário, o enfermeiro, que possui formação assistencial e gerencial, tem muito a contribuir na implantação e manutenção das políticas públicas de saúde, no monitoramento e avaliação das ações em saúde para esse grupo etário dentro das RAS e na realização de novos estudos relacionados aos impactos do envelhecimento no Sistema Único de Saúde (SUS). Em

países desenvolvidos, esse profissional frequentemente assume o papel de navegador ou gestor de casos, com a função de coordenar recursos humanos e técnicos garantindo a continuidade da assistência em saúde e a integração entre os serviços (DAVID et al., 2020). Conhecer como os idosos utilizam os serviços de saúde especializados do SUS, de forma integrada entre a atenção ambulatorial e hospitalar, por sexo e faixa etária, pode subsidiar o direcionamento dos cuidados, a reorganização desta rede e o aprimoramento dos serviços prestados a eles.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a utilização dos serviços públicos de saúde especializados por idosos, no município de Porto Alegre/RS, por sexo e grupo etário, no ano de 2019.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas dos usuários idosos e dos atendimentos na atenção ambulatorial e hospitalar.
- Verificar a procedência dos idosos, por Gerência Distrital (GD), encaminhados para consulta ambulatorial, de acordo com sexo e grupo etário.
- Relacionar os grupos de causas de atendimento pelos capítulos da Classificação Internacional de Doenças 10ª edição (CID-10), de acordo com sexo, grupo etário e tipo de serviço de saúde especializado utilizado.
- Identificar as especialidades com maior tempo de espera para consulta.
- Verificar a associação entre a classificação de risco realizada pelos profissionais solicitante e regulador com sexo e grupo etário.
- Relacionar os tipos de atendimentos realizados na atenção hospitalar com os atendimentos na atenção ambulatorial, de acordo com sexo e grupo etário.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Na revisão da literatura deste estudo são abordados os seguintes temas: Envelhecimento populacional e Políticas de Saúde do Idoso; a utilização dos serviços de saúde por idosos e as Redes de Atenção à Saúde e os Sistemas de Informação em Saúde e suas aplicabilidades no contexto local.

3.1 Envelhecimento populacional e Políticas de Saúde do Idoso

A transição demográfica encontra-se em diferentes fases ao redor do mundo e, em conjunto com a transição epidemiológica, resultou no principal fenômeno do século XX, conhecido como envelhecimento populacional (NASRI, 2008). Transição demográfica é a passagem de um regime com altas taxas de mortalidade e fecundidade/natalidade para outro regime, em que ambas as taxas se situam em níveis relativamente mais baixos, acarretando a alteração da estrutura etária da população (BORGES; CAMPOS; CASTRO E SILVA, 2015).

Vasconcelos e Gomes (2012) referem que esse processo é dividido em quatro fases. A primeira é o período pré-transição, com taxas de natalidade e de mortalidade elevadas, crescimento populacional baixo e estrutura etária jovem. Na segunda fase, os níveis de mortalidade diminuem e os de natalidade mantêm-se elevados, com ritmo de crescimento acelerado e estrutura etária da população ainda mais jovem. A terceira fase, caracteriza-se pelo início da redução dos níveis de natalidade, continuidade na queda dos níveis de mortalidade e diminuição das taxas de crescimento da população. Já a quarta fase engloba a diminuição da população em idade ativa e o processo de envelhecimento significativo da estrutura etária.

O Brasil passa por um processo de mudança da estrutura etária desde o final da década de 1960 e vivencia o fim do bônus demográfico (ALVES, 2015). Segundo o autor, o bônus demográfico acontece quando a razão de dependência demográfica se reduz, resultante do aumento da relação entre produtores e consumidores efetivos na população, ou seja, ele cresce na medida em que há um grande contingente de pessoas em idade produtiva em paralelo com menor percentual de crianças e idosos no total da população.

A atual fase da transição demográfica brasileira resulta de profundas mudanças decorrentes, principalmente, do padrão reprodutivo das mulheres. De acordo com o United Nations Population Fund (2018), a taxa de fecundidade no Brasil, que até a década de 60 era de mais de seis filhos por mulher, vem apresentando sucessivas e significativas quedas, chegando

a 1,7 em 2018, situando-se abaixo do nível de reposição, de 2,1 filhos, valor que garante a substituição das gerações.

O número global de pessoas idosas está projetado para atingir o valor de 1,4 bilhão em 2030 e 2,1 bilhões em 2050, quando todas as regiões do mundo, exceto a África, terão quase um quarto ou mais de suas populações com 60 anos de idade ou mais (WORLD HEALTH ASSOCIATION, 2016). A velocidade do envelhecimento da população brasileira ultrapassa muito a de países desenvolvidos, como a Bélgica e a França, que levaram mais de um século para duplicar a quantidade de idosos. No Brasil, a população idosa irá triplicar em quatro décadas: de menos de 20 milhões em 2010 para, aproximadamente, 65 milhões em 2050 (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Concomitantes às mudanças demográficas, ocorrem transformações nos padrões de mortalidade e morbidade, dando origem à transição epidemiológica. Esta é definida como a diminuição das doenças infecciosas, com a substituição das doenças transmissíveis pelas não-transmissíveis, aumento das doenças crônicas e deslocamento da carga de morbimortalidade dos jovens para os idosos (SCHRAMM et al., 2004; LEBRÃO, 2007; MENDES et al., 2012). No Brasil, essa transição acompanhou o ritmo da melhoria das condições de vida e de saúde pública, acentuada após a era dos antibióticos e outros avanços na área, permitindo o controle e a redução de doenças com forte incidência na população (ARAÚJO, 2012; SIMÕES, 2016).

Entre as implicações que o processo de envelhecimento acarreta, destaca-se a maior ocorrência de DCNT, como as cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias crônicas e câncer, em um cenário de maior longevidade, desencadeando mudanças no perfil epidemiológico (CAMPOLINA et al., 2013; NUNES et al., 2017). De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 (BRASIL, 2020), a proporção de pessoas que referiram diagnóstico de hipertensão aumentou com a idade, sendo de 46,9% entre 60 a 64 anos, 56,6% entre 65 a 74 anos e 62,1% naquelas com 75 anos ou mais. Quanto ao diagnóstico de diabetes, a proporção entre os idosos, por grupo etário, foi de 21,9% entre 65 a 74 anos e de 21,1% com 75 anos ou mais de idade.

Considerando o envelhecimento populacional, o desenvolvimento de políticas públicas para a pessoa idosa tem sido destaque na agenda de organizações internacionais de saúde (FERNANDES; SOARES, 2012). O marco inicial das mesmas no contexto mundial foi a Primeira Assembleia sobre o Envelhecimento, de Viena, em 1982, que produziu o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento (CAMARANO; PASINATO, 2004). Veras e Oliveira (2018) afirmam que este plano se tornou referência para a criação de leis e políticas em diversos países ao apresentar recomendações referentes às áreas de saúde e

nutrição; proteção ao consumidor idoso; moradia e meio ambiente; bem-estar social; previdência social; trabalho e educação e família.

A Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento foi realizada em Madrid, em 2002, voltada para a defesa do envelhecimento com segurança e dignidade e a participação dos idosos como cidadãos com plenos direitos na sociedade. Destinava-se a ser um instrumento prático para ajudar os responsáveis pela formulação das políticas, considerando as prioridades básicas dos indivíduos e levando em conta as diferenças entre as etapas do desenvolvimento de cada país.

No Brasil, o grande avanço em políticas de proteção social aos idosos foi dado pela Constituição Federal (CF) de 1988, que levou em consideração as orientações da Assembleia de Viena. A CF foi a primeira legislação a contar com um título de Ordem Social (Título VIII), abordando questões sobre a família, a criança, o adolescente, o jovem e o idoso (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Seis anos depois, foi instituída a Política Nacional do Idoso (PNI) pela Lei nº 8.842/1994, regulamentada pelo Decreto nº 1.948/1996. A PNI tem como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994; 1996). Este foi um documento pioneiro no Brasil, que colocou a questão do envelhecimento e da velhice numa ótica transversal, no que diz respeito a ações a serem desenvolvidas por vários ministérios, família e sociedade (ROMERO et al., 2019).

O principal marco legal no que se refere à população idosa no Brasil é a Lei nº 10.741/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). O Estatuto possui 118 artigos que consolidam os direitos conferidos pelas leis federais, estaduais e municipais referentes à saúde e outras áreas envolvendo a pessoa idosa, contemplando as leis já existentes, organizando-as por tópicos, discorrendo sobre cada um dos direitos e especificando as punições para os infratores, tornando sua compreensão e aplicação mais práticas (MARTINS; MASSAROLLO, 2008; VERAS; OLIVEIRA, 2018).

O capítulo IV do Estatuto do Idoso – Do direito à saúde – assegura a atenção integral à saúde do idoso, com destaque para as doenças que afetam preferencialmente esse grupo etário, e prevê ações e serviços articulados e contínuos para a prevenção, promoção, proteção, recuperação e reabilitação para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde (BRASIL, 2003). Já a Lei nº 13.466/2017, por sua vez, altera o Estatuto do Idoso e estabelece como prioridade especial pessoas maiores de 80 anos de idade. Define também que as necessidades

deste grupo etário mais longo devem ser atendidas, preferencialmente, em relação aos demais idosos, exceto em casos de emergência (BRASIL, 2017a).

O Decreto nº 9.921/2019, que trata da consolidação de atos normativos que dispõem sobre a temática da pessoa idosa, reúne entre os direitos fundamentais, a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNPI) e o direito ao envelhecimento ativo e saudável e, possui capítulo dedicado ao acesso preferencial ao transporte coletivo (BRASIL, 2019c). Com isso, foram revogados cinco decretos relacionados aos idosos entre 1996 e 2018.

3.2 A utilização dos serviços de saúde por idosos e as Redes de Atenção à Saúde

Na elaboração desta seção, foi realizada busca em bases de dados nacionais e internacionais sobre a utilização dos serviços de saúde por idosos, além de referenciais sobre a constituição das RAS. As pesquisas foram realizadas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), entre 2018 e 2020. Foram utilizados os Descritores em Ciências em Saúde (DeCS)/*Medical Subject Headings* (MeSH) “idoso/*aged*”, “envelhecimento/*aging*”, “serviços de saúde/*health services*”.

As RAS foram propostas pela primeira vez no Relatório Dawson, de 1920, com origem nas experiências de sistemas integrados de saúde. Foram implementadas pela primeira vez nos anos 90 nos Estados Unidos e avançaram para sistemas públicos da Europa Ocidental e do Canadá, até atingir, posteriormente, alguns países em desenvolvimento (ARRUDA et al., 2015; EVANGELISTA et al., 2019). No Brasil, o conceito de RAS vem sendo trabalhado desde a reforma sanitária que culminou na construção do SUS.

O artigo 198, da CF de 1988, propõe ações integradas em saúde, ao estabelecer que "as ações e serviços públicos de saúde 'integram' uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, pautado nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade" (BRASIL, 2016). Na Lei Orgânica nº 8.080/1990, a integralidade da assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços (BRASIL, 1990).

A Portaria nº 4.279/2010 trata das diretrizes para a estruturação da RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, aperfeiçoando o SUS e assegurando ao usuário o conjunto de ações e serviços com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010). A portaria define RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de

diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

São constituídas por três elementos: população/região de saúde definidas sob sua responsabilidade, baseadas em parâmetros espaciais e temporais; estrutura operacional, constituída pelos diferentes pontos de atenção que ofertem serviços de saúde e pelas suas ligações, como a APS (centro de comunicação), os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança; e, por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde. As redes estruturam-se para enfrentar uma condição específica, por meio de um ciclo completo de atendimento, com continuidade e a integralidade da atenção, com ações de promoção, prevenção e gestão das condições de saúde (MENDES, 2011).

Apesar dos marcos legais e da estruturação proposta, o sistema de saúde brasileiro ainda funciona em uma rede com poucos pontos de atenção e desarticulados e que recebem pacientes já em estágio muito avançado, via emergência dos hospitais, já que os serviços disponíveis na APS ainda trabalham com ações preventivas voltadas para a saúde da mulher e da criança e que não difundem espaço para a promoção da saúde para a diversidade das necessidades de seus usuários (VERAS et al., 2013; SILVA; FRACOLLI, 2014). A crise contemporânea dos sistemas de saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema voltado para responder às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa (BRASIL, 2015a).

Na perspectiva da organização das redes de atenção, encontra-se a forma como os usuários utilizam os serviços de saúde que compõem a mesma. A utilização dos serviços pode ser definida como todos os contatos diretos com profissionais envolvidos na realização de procedimentos de cuidado à saúde, desde a prevenção de doenças até a reabilitação (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). Representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde, diretamente associada a fatores individuais que interferem na utilização pela população e a fatores contextuais, como a oferta e organização dos mesmos (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013; ALMEIDA, 2015; ARAÚJO et al., 2017; SILVA et al., 2017; STOPA, 2017; SANTOS JUNIOR et al., 2018).

A complexidade das demandas de saúde apresentadas pelos idosos exige dos serviços a capacidade de responder adequadamente às necessidades de prevenção e controle de doenças, e, também, da promoção do envelhecimento ativo e saudável, visando maior autonomia e bem-estar (SCHENKER; COSTA, 2019). Assim, o envelhecimento é um desafio para a saúde e a sociedade, realçando a imprescindibilidade de se refletir sobre os serviços e cuidados prestados,

tanto na perspectiva das doenças prevalentes como na revisão das interações saúde-envelhecimento-incapacidade (GIACOMIN; FIRMO, 2015; CÔRTE et al., 2017).

Para buscar dar conta destas demandas, em 2014, o Ministério da Saúde (MS) publicou o documento Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS (BRASIL, 2014) que definiu como estratégia principal a assistência à população idosa a partir do Modelo de Atenção Integral, propondo a integração dos diferentes pontos de atenção do SUS. Além dos pontos tradicionais que compõem uma rede de serviços de saúde, as Academias da Saúde, o Programa Melhor em Casa, os Centros Especializados em Reabilitação (CER), os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são apontados no referido documento como pontos da rede importantes no cuidado à população idosa.

Em 2018, o MS publicou documento com orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS, tendo como eixos estruturantes a identificação das necessidades de saúde do idoso, a partir da avaliação multidimensional, sua capacidade funcional e os recursos disponíveis em cada território (BRASIL, 2018). São estabelecidas as competências de cada ponto de atenção, desde a APS até os cuidados paliativos, para a construção da articulação intersetorial para o atendimento a esse grupo etário, com base na estratificação de seus perfis de funcionalidade.

Além de dispor de vários pontos na rede de cuidados, a assistência ao idoso nos serviços de saúde precisa ser pensada em dois eixos principais. O primeiro voltado aos idosos com capacidade funcional preservada, ou seja, aqueles que conseguem executar as atividades da vida diária de forma independente. Já o segundo é focado nos idosos frágeis ou em processo de fragilização, indivíduos que, por qualquer razão, apresentem determinadas condições que comprometam ou coloquem em risco sua capacidade funcional (BRASIL, 2006; MEDEIROS et al., 2017).

A aplicação do modelo de atenção à saúde brasileira ainda não dá conta destas perspectivas e acaba por fragmentar o cuidado ao idoso e seguir focado na doença, com multiplicação de consultas especializadas, de prescrição de fármacos e de procedimentos e a realização de visitas domiciliares restritas ao tratamento de doenças crônicas, sem avaliar a capacidade funcional dos indivíduos (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013; MARTINS et al., 2014; CASTRO et al., 2018; VERAS; OLIVEIRA, 2018). Estudos apontam forte associação de limitação funcional em idosos e maiores números de consultas médicas e ocorrência de hospitalizações, mostrando que a dimensão funcional desses usuários ainda não é priorizada na atuação dos serviços, ainda condicionados à identificação e manejo específicos de doenças (PEREIRA; DEL DUCA; BASTOS, 2011; VIEIRA et al., 2013; OLIVEIRA et al.,

2013; CABRELLI et al., 2014; FIALHO et al., 2014; NUNES et al., 2017; SILVA et al., 2017; BORDIN et al., 2018; VERAS; OLIVEIRA, 2018; LUBENOW; SILVA, 2019).

A assistência ao idoso é desafiadora por abranger questões peculiares a essa fase. Deve ser pautada no cuidado integral e contínuo para estabelecimento do vínculo com os serviços de saúde, com necessidade de estreitar as relações entre as redes, por meio, principalmente, do compartilhamento de informações que subsidiem o acompanhamento desse usuário na comunidade (SANTOS et al., 2016; PAGLIUCA et al., 2017).

Alternativas que permitam superar estes desafios envolvem várias iniciativas e têm sido apontadas por vários autores como as destacadas a seguir. A identificação e o registro das condições de saúde da população idosa do território, mapeando as fragilidades e os determinantes da sua utilização dos serviços são estratégias que permitem às equipes da APS planejar a gestão do cuidado a esse público, de maneira a preservar sua independência e autonomia, provendo o cuidado necessário para atender suas vulnerabilidades (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013; BRASIL, 2014).

O MS também destaca que a atenção à saúde dos idosos mais frágeis com qualidade, resolutividade e custo-eficácia, deve ser associada a quatro princípios essenciais: avaliação multidimensional, elaboração, implementação e monitoramento do plano de cuidados, comunicação e coordenação com todos os profissionais e serviços necessários para o plano de cuidados e promoção do engajamento ativo do usuário e sua família (BRASIL, 2019a). Outro aspecto importante diz respeito ao acesso, pois o idoso precisa de maior agilidade dos serviços, já que o processo de envelhecimento traz dificuldades na procura dos serviços e seu deslocamento pelas RAS, principalmente aos mais vulneráveis, para os quais qualquer empecilho pode tornar-se um motivo para interromper a continuidade da assistência à sua saúde (COSTA; CIOSAK, 2010).

Em revisão da literatura nacional sobre utilização de serviços de saúde por idosos verificou-se um número razoável de estudos sobre a temática, predominantemente nos últimos anos. Estudos que avaliaram os motivos de atendimento na APS por idosos verificaram que vacinas, retirada de medicações, procedimentos de enfermagem, realização de exames, consultas médicas e com outros profissionais, participação em grupos, exames clínicos/laboratoriais e atendimentos de urgência são os serviços mais procurados (PASKULIN; VALER; VIANNA, 2011; PILGER; MENON; MATHIAS, 2013). Já a pesquisa de Almeida (2015), baseada em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), concluiu que, entre 2003 e 2008, o total de idosos que procurou os serviços de saúde

para tratamento de doenças cresceu 5%, enquanto a procura por tratamentos preventivos ou de rotinas sofreu queda de 4% no mesmo período.

Baseado nos dados do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), o estudo de Macinko et al. (2018) identificou que 83% dos idosos realizaram pelo menos uma consulta médica nos 12 meses anteriores, com média de 4,4 consultas por ano. De acordo com esta investigação, os idosos que buscavam atendimento na APS eram avaliados por médicos generalistas, enquanto aqueles com plano de saúde privado buscavam diretamente um especialista. O número médio de consultas médicas no SUS por habitante/ano no país é de 2,77, enquanto no município de Porto Alegre é de 3,09 (BRASIL, 2019b).

Medeiros et al. (2017) defendem que a integralidade da atenção ao idoso precisa incorporar, de fato, uma visão ampliada do indivíduo. A falta de coordenação entre os diferentes pontos da rede e de serviços com objetivos distintos como reabilitação, cuidado de enfermagem, cuidado paliativo, cuidado para portadores de incapacidade física e/ou mental fragmenta e dificulta uma assistência longitudinal e cuidadora, contribuindo para a dependência dos idosos e causando peregrinação entre os recursos sem que nenhum deles atenda às suas necessidades (COSTA; CIOSAK, 2010; MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

Para que as RAS possam efetivamente ser operacionalizadas, é necessário que o sistema de referência e contrarreferência dos usuários funcione, como meio de comunicação entre os diferentes pontos. A partir desse sistema, todas as informações, de diferentes profissionais de saúde e serviços, são sempre válidas para continuidade do cuidado desse indivíduo, visto como um todo e recebendo atenção integral (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021).

Estudos realizados em outros países sobre a utilização de serviços de saúde por idosos, mostram que em outros modelos de sistemas, identifica-se também, a falta de integração e comunicação entre os pontos de atenção para a prestação de cuidados adequados a essa população. Aumento do tempo de espera para procedimentos eletivos, falta de acompanhamento nos serviços de atenção primária e fatores econômicos foram apontados como alguns dos problemas enfrentados pelos idosos, em Portugal, na Índia e na Indonésia (DOETSCH et al., 2017; BHAN et al., 2017; MADYANINGRUM; CHUANG; CHUANG, 2018).

3.3 Sistemas de Informação em Saúde e suas aplicabilidades no contexto local do estudo

Os vários Sistemas de Informação em Saúde (SIS), implantados nas últimas décadas, sejam eles assistenciais ou epidemiológicos, têm sido referenciados como ferramentas

importantes para o diagnóstico de situações de saúde, com o propósito de gerar intervenções mais condizentes com as necessidades da população (SANTOS et al., 2014). O registro integrado de dados é necessário, visando à qualidade e a coordenação do cuidado nas RAS, com o intuito de processar, armazenar, coletar e propagar informações, o que facilita a gestão e aprimora as ações desenvolvidas (PIRES et al., 2015; RIBEIRO et al., 2018; THUM; BALDISSEROTTO; CELESTE, 2019).

Conforme Pinto, Freitas e Figueiredo (2018), os principais sistemas de informações brasileiros na área da saúde correspondem ao de mortalidade (SIM), de nascimento (SINASC), ambulatorial (SIA), de internações hospitalares (SIH), de notificações de doenças (SINAN), de atenção básica (SISAB), para níveis populacionais, e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), para estabelecimentos públicos e privados.

Considerando a necessidade de garantir a integração das informações assistenciais entre os pontos de atenção e a continuidade do cuidado, foi constituído o Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde, vinculado ao MS. A e-Saúde permite a coordenação e integração dos sistemas de informação de forma mais efetiva, para se ter um ambiente de dados nacional, com registro individualizado dos atendimentos, contendo informações que auxiliem no acompanhamento de saúde e na qualidade do atendimento em qualquer local (BRASIL, 2017b).

Para a melhoria e informatização dos registros da APS, desde 2013, o MS vem implementando o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) por intermédio da estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que possui dois sistemas de *software* para captação dos dados dos usuários: Coleta de Dados Simplificada (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (THUM; BALDISSEROTTO; CELESTE, 2019). Para qualificar o cuidado à saúde ofertada às pessoas idosas, o PEC conta com a funcionalidade de acompanhamento do idoso. É possível registrar a situação da polifarmácia, os problemas/condições presentes, avaliações antropométricas, incluindo o perímetro da panturrilha, alergias/reações adversas, além da aferição da pressão arterial e glicemia capilar (BRASIL, 2021). Porém, ainda não há a possibilidade de registro de avaliação de funcionalidade nos usuários a partir de 60 anos de idade.

Ao longo dos anos, a falta de qualidade no acesso aos serviços de saúde evidenciou a necessidade do MS de desenvolver um Sistema de Regulação. Para organizar as redes e os fluxos assistenciais e promover acesso igualitário, integral e qualificado, fortalecendo o processo de regionalização, hierarquização e integração dos pontos de atenção à saúde no Brasil, foi publicada a Portaria nº 1.559/2008, instituindo a Política Nacional de Regulação (PNR) do SUS (BRASIL, 2008a).

O período de 1999 a 2002 representou o movimento inicial no desenvolvimento do aplicativo de Regulação denominado Sistema de Regulação (SISREG). O SISREG é um sistema *online* criado para o gerenciamento do Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos (BRASIL, 2008b). Representou o movimento inicial em direção à informatização dos Complexos Reguladores, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos assistenciais, desde a rede básica à internação hospitalar (BRASIL, 2015b). Atualmente, o sistema ainda atua em 1.600 municípios em todo o Brasil, com 204 centrais de regulação ambulatorial e 19 centrais de regulação hospitalar (DATASUS, 2019c).

Em 2011, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre, implantou o Sistema de Administração Geral dos Hospitais (AGHOS) para regular a fila de espera para internações nos hospitais da rede pública e gerenciar a marcação de consultas especializadas e de exames do SUS (PORTO ALEGRE, 2011). Este sistema, que estava sem manutenção desde 2013, não tinha integração com os sistemas do MS, permitia cadastros múltiplos para o mesmo paciente, não possibilitava o controle dos mapas de leitos, não possuía padronização das solicitações (campo livre), além da necessidade de telefonia para comunicação com solicitantes e executantes. Dessa forma, visto essas dificuldades, em 2016, foi implantado um novo sistema de regulação ambulatorial no município, desenvolvido pela Companhia de Processamento de Dados de Porto Alegre (PROCEMPA).

A primeira fase do Sistema de Gerenciamento de Consultas (GERCON) foi implantada em 2016 para qualificar a gestão das consultas especializadas com referência no município. Segundo a SMS, a implantação do GERCON continha os seguintes módulos: Fase I: Gerenciamento de Consultas Especializadas – Primeiras Consultas Especializadas, implementando o processo de Regionalização; Fase II: Gerenciamento de Consultas Especializadas – Consultas de Retorno e Interconsultas; Fase III: Gerenciamento de Consultas Especializadas – Exames Complementares – SADT, todos já em funcionamento.

O Sistema de Gerenciamento de Internações (GERINT) foi implantado em 2018 para regular internações hospitalares e o número de leitos do município de Porto Alegre, atingindo 100% do monitoramento de ocupação, operando de forma integrada com os sistemas dos hospitais, o que permite melhor administração e agilidade na utilização dos recursos públicos (PORTO ALEGRE, 2019a). No mesmo ano, a Secretaria Estadual de Saúde e a SMS da capital pactuaram o GERCON e o GERINT como sistemas reguladores oficiais para todos os municípios do RS, por meio da Resolução nº 495/18 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal analítico com dados secundários. Segundo Rouquayrol e Gurgel (2013), nos estudos transversais os dados são extraídos de uma amostra delimitada e as mensurações são feitas em um único momento do tempo, verificando as possíveis relações entre a variável que representa o desfecho e as variáveis que supostamente estão associadas a ele. Dados secundários, segundo Mattar (2005, p. 218), são aqueles que “[...] já foram coletados, tabulados, ordenados e, às vezes, até analisados, com outros propósitos de atender às necessidades da pesquisa em andamento [...]”.

4.2 Campo de estudo

O campo de estudo foi o município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul. De acordo com o Censo Demográfico, em 2010, o município possuía 211.896 idosos, representando 15,04% de sua população, sendo 177.201 (83,6%) entre 60 e 79 anos e 34.695 (16,54%) com 80 anos ou mais (IBGE, 2010). No que se refere a estratificação por sexo, entre os mais jovens, 69.935 (39,5%) eram homens e 107.266 (60,5%) mulheres e, nos longevos, eram 10.050 (29%) e 24.645 (71%), respectivamente.

Para o ano de 2019, a população do município era estimada em 1.460.238 habitantes, com 287.022 (19,66%) pessoas com 60 anos ou mais, sendo 237.011 (82,58%) entre 60 e 79 anos e 50.011 (17,42%) com 80 anos ou mais (IBGE, 2020). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), composto de indicadores relacionados à longevidade, renda e educação, da capital era de 0,805, considerado muito alto (IBGE, 2010). O IDHM é um número que varia entre 0 e 1 e, quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano de um município. As faixas do IDHM são: 0 a 0,499 muito baixo, 0,500 a 0,599 baixo, 0,600 a 0,699 médio, 0,700 a 0,799 alto e 0,800 a 1 muito alto (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA, 2013).

Os serviços públicos municipais de saúde estão distribuídos nos territórios dos 17 Distritos Sanitários (DS), que formam as oito Gerências Distritais (GD). As GDs, são gestoras regionais que operacionalizam as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS.

Na cidade, as GDs estão distribuídas em oito regiões de saúde: Centro, Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas (NHNI), Norte/Eixo Baltazar (NEB), Leste/Nordeste

(LENO), Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC), Sul/Centro-Sul (SCS), Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP) e Restinga/Extremo-Sul (RES).

A rede de serviços de saúde é formada pela APS, atenção especializada (ambulatórios, odontologia, saúde do trabalhador, tuberculose, reabilitação, estomatoterapia e farmácia clínica), prestadores de serviços (clínicas renais e de fisioterapia), saúde mental e hospitais. Os serviços de reabilitação neste estudo compreendem as subespecialidades auditiva, visual, física e intelectual. Os serviços ambulatoriais especializados e os hospitalares também são referências para outros municípios do estado.

Em 2019, a rede municipal de serviços públicos era composta por 140 unidades de saúde na APS, sendo 12 pertencentes ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e a unidade Santa Cecília ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A atenção ambulatorial especializada, contava com seis ambulatórios de especialidades próprios e 16 prestadores hospitalares, sendo dois hospitais próprios e contrato vigente com outras 14 instituições privadas/filantrópicas com atendimento SUS (PORTO ALEGRE, 2019b).

No presente estudo serão analisados dados dos serviços ambulatoriais com consultas especializadas reguladas pelo sistema GERCON e dos hospitais com leitos regulados pelo sistema GERINT.

4.3. População de estudo

A população do estudo constituiu-se de indivíduos com 60 anos ou mais, residentes no município de Porto Alegre/RS, que consultaram na atenção ambulatorial especializada, encaminhada via sistema GERCON e/ou necessitaram de internação eletiva ou de urgência regulada pelo sistema GERINT, no ano de 2019. Nesse ano, 32,4% das consultas médicas na APS foram destinadas aos usuários com 60 anos ou mais, assim como 42,9% das consultas na atenção ambulatorial especializada e 34,4% das internações hospitalares (BRASIL, 2019b; DATASUS, 2019a, 2019b).

Foi realizada a estratificação da amostra nas faixas etárias entre 60 e 79 anos (idosos jovens) e 80 anos ou mais (idosos longevos) buscando ressaltar o aumento da quantidade de longevos na população, bem como, conhecer como os dois grupos utilizam os serviços de saúde especializados do SUS no município (NAVARRO et al., 2015).

O cálculo amostral foi realizado com base em dados da população com 60 anos ou mais do Censo IBGE 2010, estratificados por GD (Tabela 1) e pelo total de atendimentos a esses usuários na atenção ambulatorial especializada (186.406 pessoas entre 60 a 79 anos e 32.106

com 80 anos ou mais) e internações hospitalares (28.274 entre 60 e 79 anos e 7.501 com 80 anos ou mais) no ano de 2019, conforme dados dos Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA) e de Informações Hospitalares (SIH) (DATASUS, 2019).

Tabela 1 – Distribuição da população idosa de Porto Alegre por Gerência Distrital e grupo etário, conforme Censo Demográfico IBGE, 2010.

Gerência Distrital	60-79 anos N (%)	80 anos ou mais N (%)	Total de idosos	% da população idosa
Centro	47.191 (78,5)	12.923 (21,5)	60.114	28,37
Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC)	15.088 (84,8)	2.711 (15,2)	17.799	8,40
Leste/Nordeste (LENO)	16.111 (86,8)	2.457 (13,2)	18.568	8,76
Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas (NHNI)	26.665 (82,5)	5.667 (17,5)	32.332	15,26
Norte/Eixo Baltazar (NEB)	20.796 (88,3)	2.740 (11,7)	23.536	11,11
Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP)	18.540 (86,2)	2.957 (13,8)	21.497	10,15
Restinga/Extremo Sul (RES)	8.818 (88,7)	1.122 (11,3)	9.940	4,69
Sul/Centro Sul (SCS)	23.904 (85,3)	4.103 (14,7)	28.007	13,22
Ignorado	88 (85,4)	15 (14,6)	103	0,05
Total	177.201	34.695	211.896	100

Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2010); PORTO ALEGRE (2015).

A amostra final resultou em um mínimo de 2.960 idosos, sendo 2.517 entre 60 e 79 anos e 443 com 80 anos ou mais. Devido a representatividade desta população no município, após a exclusão dos dados que não atendiam aos objetivos do estudo, optou-se pela utilização de todos os registros, totalizando 64.888 idosos.

A GD Centro era a que apresentava o maior número de idosos, com 60.114 (28,37%), seguida pela NHNI, com 32.332 (15,26%). Essas GD eram, também, as que apresentavam as maiores populações totais, com 276.799 (19,64%) e 182.829 (12,97%) habitantes, o que explica o maior número de idosos nessas regiões. Quanto ao sexo, do total de idosos em 2010, 62,25% eram mulheres e 37,75% eram homens.

O banco de dados disponibilizado pela SMS de Porto Alegre possuía 386.595 registros de atendimentos ambulatoriais e hospitalares, de pacientes com 60 anos ou mais de idade, realizados na capital, em 2019. Neste total constavam atendimentos a idosos residentes em Porto Alegre, no interior e fora do estado (Tabela 2).

Tabela 2 – Quantidade de atendimentos realizados em Porto Alegre, conforme tipo de atendimento e local de residência, 2019.

Residência	Tipo de atendimento			TOTAL N (%)
	Consulta ambulatorial N (%)	Internação eletiva N (%)	Internação de urgência N (%)	
Porto Alegre	237.711 (78,7)	16.060 (5,3)	48.256 (16,0)	302.027 (100)
Interior	32.824 (38,7)	20.828 (24,5)	31.192 (36,8)	84.844 (100)
Fora RS	24 (100)	0	0	24 (100)
TOTAL	270.559 (69,9)	36.888 (9,5)	79.448 (20,6)	386.895 (100)

Fonte: Sistemas GERCON e GERINT.

Foram incluídos somente os atendimentos realizados a idosos residentes no município, em 2019. Dentre esses registros, foram identificadas 145 solicitações realizadas por unidades de saúde de outros municípios, sendo 144 de internação hospitalar e uma de consulta ambulatorial. Por não haver certeza se esses usuários eram de fato residentes na capital ou se foram transferidos para o município pela sua referência de atendimento, conforme pactuações estaduais, os registros foram considerados como residência no interior e, portanto, excluídos.

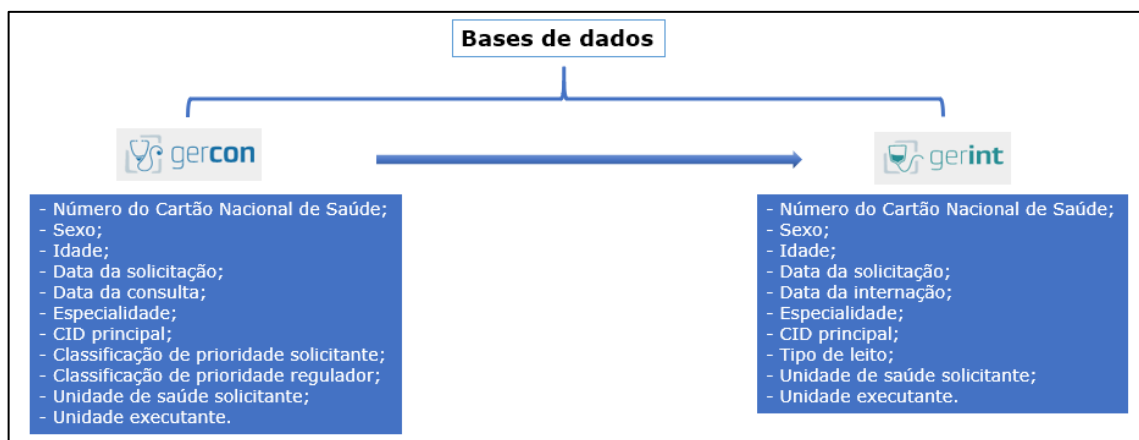
Após análise dos 302.027 atendimentos de idosos residentes em Porto Alegre, foram identificadas algumas situações que não atendiam aos objetivos do estudo e que foram excluídas do banco de dados para as análises estatísticas, o que resultou em um total de 113.694 registros. Foram excluídos 14.911 registros de renovação de Fisioterapia, identificados quando a unidade solicitante é igual a unidade executante e 141.040 retornos de consultas, totalizando 81.760 atendimentos ambulatoriais no sistema GERCON. Quanto aos dados hospitalares do sistema GERINT, foram excluídos 32.382 registros duplicados e, portanto, a amostra total foi de 31.934 atendimentos.

Como um usuário pode ter mais de um registro de atendimento, procurou-se identificar qual o total de idosos com pelo menos uma consulta ambulatorial ou uma internação hospitalar em 2019, regulados pelos sistemas GERCON e GERINT. Para isso, a coluna “Cartão SUS” foi isolada em planilha separada no programa Microsoft Excel e utilizou-se o recurso “Remover duplicatas”, o que resultou em um total de 64.888 registros únicos. Foram analisados os resultados de 64.888 usuários e 113.694 atendimentos (81.760 ambulatoriais e 31.934 internações).

4.4 Coleta de dados

Foi disponibilizado pela Gerência de Regulação de Serviços de Saúde (GRSS) da SMS, setor responsável pela regulação, um banco de dados único, em formato de planilha Excel. As informações foram extraídas dos sistemas GERCON e GERINT (Figura 1), após a anuência institucional do coordenador do setor e aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição.

Figura 1 – Dados coletados nas bases de dados dos sistemas GERCON e GERINT.



Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto aos usuários, foram disponibilizados os seguintes dados: número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), com os cinco primeiros algarismos substituídos por “ABCDE”, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) (BRASIL, 2018), além do sexo e idade. Dos atendimentos ambulatoriais, foram disponibilizados: data de solicitação, data da consulta agendada, motivo da solicitação classificado pelo CID principal, especialidade, unidade de saúde solicitante, unidade executora, classificação de prioridade feita pelo solicitante e pelo regulador. As colunas das datas de solicitação e consulta foram substituídas pela variável tempo de espera em dias, para facilitar a análise estatística.

Para fins estatísticos e maior confiabilidade dos resultados, foram considerados os registros com as situações “Agenda Confirmada” (pelo usuário quando comunicado o agendamento) e “Realizada” (registro da realização da consulta por parte da unidade executora). Essas situações de agendamentos são utilizadas pela GRSS para conhecer as estatísticas de utilização das agendas no sistema GERCON, pois algumas instituições ainda não realizam o registro da realização da consulta no sistema.

A classificação de prioridade refere-se ao protocolo de encaminhamento pré-estabelecido que o médico solicitante deve seguir, conforme a especialidade, que gera um somatório de pontos, correspondendo ao grau de prioridade inicial da solicitação em uma escala numérica e de cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul). Os protocolos de encaminhamento são materiais desenvolvidos pelo TelessaúdeRS, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), para as condições de saúde mais comuns de cada especialidade, com o objetivo de definir os limites entre os cuidados prestados na APS e nos outros níveis de atenção. A classificação final é definida pelo médico regulador, após avaliação da descrição do caso clínico e do somatório de pontos do protocolo específico da especialidade solicitada.

Quanto às internações hospitalares, foram disponibilizados: tipo de atendimento (internação eletiva ou de urgência), data da solicitação, data da internação, especialidade, unidade solicitante (origem do paciente), a unidade de destino (local onde o paciente internou) e o motivo da solicitação classificada pela CID-10.

As colunas das datas de solicitação e consulta foram substituídas pela variável tempo de espera em dias, para melhor análise estatística. Para fins estatísticos e maior confiabilidade dos resultados, foram consideradas somente as solicitações de leitos com a situação “Autorizada”, pois algumas instituições possuem sistemas integrados com o GERINT, não atualizando o *status* dos leitos no sistema.

Pela grande quantidade de dados dos atendimentos e para melhor análise estatística, optou-se por fazer a seguinte categorização:

- **Cartão SUS:** mantido o formato disponibilizado, com 15 dígitos, sendo os cinco primeiros substituídos por “ABCDE”;
- **Sexo:** masculino e feminino;
- **Tipo de atendimento:** consulta ambulatorial, internação eletiva e internação de urgência;
- **CID:** no total foram identificados 3.982 códigos diferentes da CID-10 e classificados conforme seus 21 capítulos. Foram excluídos 23 registros com códigos dos capítulos XV – Gravidez, parto e puerpério e XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal, por possível erro no registro na solicitação e por não envolverem a faixa etária da população de estudo;
- **Datas de solicitação e atendimento:** modificadas para tempo de espera em dias;
- **Unidades solicitantes e executantes:** foram identificadas 257 unidades solicitantes e executantes, que foram agrupadas em 17 categorias: Atenção Primária à Saúde (APS); Ambulatórios; Unidades de Pronto Atendimento (UPA); Hospitais; Reabilitação;

Fisioterapia; Odontologia; Farmácia; Saúde Mental; Clínicas Renais; Centros de Referência para Tuberculose (CRTB); Estomatoterapia; Unidade de Adição; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); Saúde Prisional; Assistência Social; Regulação.

- **Gerência Distrital:** a classificação por GD foi baseada na localização da unidade da APS solicitante do atendimento. No município de Porto Alegre tem-se oito GD: Centro, GCC, LENO, NEB, NHNI, PLP, RES e SCS.
- **Cores prioridade solicitante e regulador:** classificações de prioridade realizadas pelos profissionais solicitante e regulador para estabelecer o grau de prioridade: vermelho (1), laranja (2), amarelo (3), verde (4) e azul (5).
- **Especialidade:** foram identificadas 197 especialidades e subespecialidades, além de registros sem classificação. Após agrupamento, restaram 59 categorias, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição das especialidades e subespecialidades de consultas ambulatoriais e internações hospitalares, por categoria.

Categoria	Especialidades/Subespecialidades GERCON e GERINT
Acupuntura	Acupuntura Geral
Andrologia	Andrologia e Andrologia Adulto
Cardiologia	Cardiologia; Cardiologia Adulto; Cardiologia Arritmia; Cardiologia Avaliação Pré-Transplante; Cardiologia Cardiopatia Isquêmica; Cardiologia Insuficiência Cardíaca
Cirurgia obesidade/bariátrica	Cirurgia Bariátrica e Cirurgia Obesidade
Cirurgia bucomaxilofacial	Cirurgia Buco Adulto Santa Casa; Cirurgia Buco Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) GHC; Cirurgia Buco Hospitalar; Cirurgia Bucomaxilofacial; Cirurgia Bucomaxilofacial CEO
Cirurgia cardíaca	Cirurgia Cardíaca e Cirurgia Cardíaca Adulto
Cirurgia digestiva	Cirurgia Digestiva; Cirurgia Digestiva Colangiopancreatografia; Cirurgia do Aparelho Digestivo Adulto
Cirurgia geral	Cirurgia Geral e Cirurgia Geral Adulto
Cirurgia plástica	Cirurgia Plástica; Cirurgia Plástica Adulto; Cirurgia Plástica Mão; Cirurgia Plástica Pequeno Porte; Cirurgia Plástica Reconstrução de Mama
Cirurgia torácica	Cirurgia Torácica e Cirurgia Torácica Adulto
Cirurgia vascular	Cirurgia Vascular; Cirurgia Vascular Adulto; Cirurgia Vascular Arterial; Cirurgia Vascular Varizes
Curativos	Curativos Especializados
Dermatologia	Dermatologia; Dermatologia Adulto; Dermatologia Geral
Doenças do trabalho	Doenças do Trabalho Geral
Egressos*	Egressos
Endocrinologia	Endocrinologia; Endocrinologia Adulto; Endocrinologia Tireoide
Estomatoterapia	Estomia
Farmácia asma	Farmacêutico Clínico _ Asma
Fisiatria	Fisiatria Espasticidade -Toxina Botulínica e Fisiatria Geral
Fisioterapia	Fisioterapia Geral
Fitoterapia	Fitoterapia Geral

Fonoaudiologia	Fonoaudiologia Adulto e Fonoaudiologia Distúrbio da Deglutição
Gastroenterologia	Gastroenterologia; Gastroenterologia Adulto; Gastroenterologia Avaliação Pré-Transplante Hepático Adulto; Gastroenterologia Hepatites Virais Adulto; Gastroenterologia-Doença Inflamatória Intestinal
Genética	Genética Médica e Genética Médica Geral
Geriatría	Geriatría e Geriatría Geral
Ginecologia	Ginecologia; Ginecologia Cirurgia; Ginecologia Climatério; Ginecologia Colo Uterino; Ginecologia Estática Pélvica- Incontinência Urinária; Ginecologia Geral; Ginecologia Histeroscopia; Ginecologia Laparoscopia; Ginecologia Mama
Hematologia	Hematologia; Hematologia Adulto; Hematologia Avaliação Pré-Transplante Adulto; Hematologia Hemoglobinopatias; Hematologia Sobrecarga de Ferro
Homeopatia	Homeopatia Geral
Imunologia	Imunologia Geral
Infectologia	Infectologia; Infectologia Adulto; Infectologia HIV Adulto; Infectologia Lipodistrofia HIV; Infectologia Tuberculose
Insumos	Insumos Para Diabetes
Linhas de cuidado**	Linha de Cuidado Ataque Isquêmico Transitório (AIT)/Acidente Vascular Cerebral (AVC); Linha de Cuidado do Trauma; Linha de Cuidado Dor Torácica; Linha de Cuidado Oftalmologia - Disque Retina; Linhas de Cuidado
Medicina interna	Medicina Interna e Medicina Interna- Clínica Geral
Nefrologia	Nefrologia; Nefrologia – Diálise; Nefrologia Adulto; Nefrologia Avaliação Pré-Transplante Adulto; Nefrologia Avaliação Pré-Transplante Doador
Neurocirurgia	Neurocirurgia; Neurocirurgia Adulto; Neurocirurgia Coluna Adulto
Neurologia	Neurologia; Neurologia Acidente Vascular Cerebral; Neurologia Adulto; Neurologia Demência; Neurologia Distonia- Toxina Botulínica; Neurologia Doenças Neuromusculares; Neurologia Epilepsia Grave- Cirurgia da Epilepsia; Neurologia Esclerose Múltipla; Neurologia Geriátrica; Neurologia Parkinson
Neuroradiologia	Neuroradiologia Endovascular
Odontologia	DTM (Disfunção Temporomandibular); Endodontia; Endodontia I; Endodontia II; Estomatologia; Estomatologia CEO; Estomatologia Geral; Odontologia Pessoa com Deficiência com Anestesia Geral; Pacientes com Necessidades Especiais em Odontologia; Periodontia; Periodontia ACC (Aumento de Coroa Clínica); Prótese Dentária GHC
Oftalmologia	Oftalmologia; Oftalmologia Avaliação Pré-Transplante de Córnea; Oftalmologia Catarata; Oftalmologia Córnea; Oftalmologia Descolamento de Retina; Oftalmologia Estrabismo; Oftalmologia Geral Adulto; Oftalmologia Glaucoma; Oftalmologia - Neurooftalmologia; Oftalmologia Plástica Ocular; Oftalmologia Retinopatia Diabética; Oftalmologia Triagem Visual; Oftalmologia Uveíte
Oncologia	Oncologia; Oncologia Braquiterapia; Oncologia Cirurgia da Mama; Oncologia Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Oncologia Cirurgia Gastrointestinal; Oncologia Cirurgia Geral; Oncologia Cirurgia Torácica; Oncologia Clínica e Quimioterapia; Oncologia Endócrino; Oncologia Gineco; Oncologia Hematologia Adulto; Oncologia Iodoterapia; Oncologia Neurocirurgia; Oncologia Oftalmologia Tumores Oculares; Oncologia Proctologia; Oncologia Radioterapia; Oncologia Tumores de Pele; Oncologia Tumores Ósseos; Oncologia Urologia
Ortopedia	Ortopedia; Ortopedia Adulto; Ortopedia Coluna Adulto; Ortopedia Joelho; Ortopedia Mão Adulto; Ortopedia Ombro; Ortopedia Pé; Ortopedia Quadril
Osteopatia	Osteopatia Geral
Otorrinolaringologia	Otorrinolaringologia; Otorrinolaringologia Adulto; Otorrinolaringologia Laringe
Oxigenoterapia	Oxigenoterapia e Oxigenoterapia Domiciliar
Pneumologia	Pneumologia; Pneumologia Abandono Tabagismo; Pneumologia Adulto; Pneumologia Apneia do Sono – Polissonografia; Pneumologia Avaliação Pré-Transplante
Proctologia	Proctologia e Proctologia Adulto
Psicologia	Psicologia e Psicologia Adulto
Psiquiatria	Psiquiatria Prejuízo Cognitivo no Idoso

Reabilitação	Reabilitação; Reabilitação Auditiva Adulto; Reabilitação Física; Reabilitação Visual
Regulação passivo***	Regulação Passivo
Regularização de acesso	Regularização de Acesso
Reumatologia	Reumatologia Adulto
Saúde mental	Saúde Mental; Saúde Mental Adulto; Saúde Mental Álcool e Drogas
Sexologia	Sexologia Geral
Transplante	Transplante
Tratamento da dor	Tratamento da Dor
Traumatologia	Traumatologia; Traumatologia Geral; Traumatologia Joelho
Urologia	Urologia; Urologia Adulto; Urologia Biopsia de Próstata; Urologia Litíase Renal; Urologia Vasectomia
Não classificada	Não Classificada

Fonte: Elaborado pela autora.

A agenda de “Egressos” é utilizada para a priorização de atendimento especializado aos egressos de hospitalização na própria instituição. As “Linhas de cuidado” são especialidades para usuários que foram atendidos em emergências hospitalares e necessitam de regulação prioritária para cuidado continuado em outras instituições, sendo utilizado somente no sistema GERINT. A categoria “Regulação passivo” foi criada pelo HCPA para a regularização de pacientes já em atendimento ambulatorial na instituição, mas que não possuíam o código da Central de Marcação de Consultas Especializadas (CMCE) e número de protocolo de encaminhamento do usuário vinculado à especialidade da consulta.

Para a organização dos dados foi utilizado o gerenciador de banco de dados *Postgre Structured Query Language* (SQL) e um programa desenvolvido especificamente para o projeto, escrito na linguagem *Swift*, para a substituição de palavras chaves por códigos, facilitando o uso do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para as análises estatísticas, posteriormente. O programa escrito em linguagem *Swift* separou a massa de dados em diversos arquivos, devido ao grande volume, sendo possível assim fazer sua validação de forma mais efetiva.

4.5 Análise dos dados

Para descrição das características sociodemográficas dos usuários e do atendimento, as variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

Foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, complementado pela análise dos resíduos ajustados para verificar as associações da utilização de serviços por sexo e grupo etário e motivos de atendimento com os tipos de serviço. Algumas variáveis eram de múltipla escolha,

ou seja, o usuário poderia se enquadrar em mais de uma categoria. O percentual que cada categoria representa foi calculado sobre o número de idosos e não sobre o número de atendimentos, representando, desta forma, mais de 100% na soma das categorias.

O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas nos programas Microsoft Excel e SPSS versão 21.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de Porto Alegre para posterior liberação dos bancos de dados, com o CAAE número 30418320.0.3001.5338.

4.6 Aspectos éticos

Para realização do estudo com os bancos de dados dos sistemas GERCON e GERINT foi garantida a privacidade das informações dos pacientes, seguindo as orientações do Termo de Compromisso de Utilização dos Dados, do CEP da SMS (ANEXO A) e da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Os números dos CNS dos pacientes foram utilizados somente para cruzamento dos dados dos sistemas pesquisados, sendo ocultados dos resultados do estudo, preservando a privacidade dos usuários. Para garantir o anonimato dos sujeitos do estudo, os cinco primeiros algarismos foram substituídos por “ABCDE”, respeitando a LGPD.

Conforme solicitação do CEP da SMS de Porto Alegre para submissão de projetos de pesquisa na instituição, foi realizado contato prévio para apresentação da proposta do projeto ao coordenador da GRSS e emissão do Termo de Anuência Institucional da Coordenação onde foi realizada a pesquisa (ANEXO B). O projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO C), do CEP do HCPA (enviado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) via Plataforma Brasil) (ANEXO D) e do CEP da SMS de Porto Alegre (ANEXO E) para posterior liberação dos bancos de dados.

Além disso, destaca-se que foi realizado contato com a Assessoria de Planejamento (ASSEPLA) da SMS para apresentação da proposta do projeto e como ele pode subsidiar a gestão municipal.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão deste estudo estão apresentados em formato de artigo científico: “Utilização dos serviços públicos de saúde especializados por idosos no município de Porto Alegre/RS” que será submetido ao periódico científico Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE).

5.1 Artigo científico: Utilização dos serviços públicos de saúde especializados por idosos no município de Porto Alegre/RS

Objetivo: Analisar a utilização dos serviços públicos de saúde especializados por idosos, por sexo e grupo etário. **Métodos:** Estudo transversal analítico com dados secundários de atendimentos ambulatoriais e hospitalares de 64.888 idosos residentes em Porto Alegre e regulados por sistemas informatizados em 2019. Foram aplicados teste qui-quadrado de Pearson e análise estatística descritiva e adotado nível de significância ($p < 0,05$). **Resultados:** os idosos tiveram pelo menos um atendimento especializado, sendo 82,8% em serviços ambulatoriais e 77% encaminhados pela Atenção Primária à Saúde, com maior prevalência da faixa etária entre 60 e 79 anos de idade e mulheres. Homens e longevos tiveram maior número de encaminhamentos por unidades de pronto atendimento e hospitais do que as mulheres e idosos jovens. Os principais motivos de consultas ambulatoriais foram as doenças osteomusculares (22,5%), de internações de urgência as do aparelho circulatório (37,9%) e, de eletivas, as neoplasias (35,2%). Verificou-se que os idosos com histórico de consulta ambulatorial tiveram menos internações hospitalares, principalmente de urgência. **Conclusão:** Monitorar as condições crônicas, promovendo a manutenção da capacidade funcional, são estratégias essenciais para reduzir a necessidade de utilização de serviços especializados por idosos.

Descritores: Idoso; Saúde do Idoso; Serviços de Saúde; Assistência Integral à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Cobertura de Serviços Públicos de Saúde.

Introdução

A população idosa brasileira responde por maior utilização dos serviços de saúde e este fato tem relação com particularidades dessa faixa etária, tais como mais doenças crônicas e fragilidades, menos recursos sociais e financeiros e perda funcional^(1,2). A longevidade traz a necessidade de adaptações do sistema de saúde para garantir qualidade tanto no acesso como na utilização desses serviços⁽³⁾.

No Brasil, idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais de idade⁽⁴⁾. Estima-se que, em 2030, essa população chegará a 42 milhões de pessoas (18,7%) no país e o Rio Grande do Sul (RS) será o estado mais envelhecido, com 2,8 milhões (24%) de idosos⁽⁵⁾. Entre as capitais, em 2010, Porto Alegre possuía a maior proporção de idosos, com 15,04% da população e, desde 2010, ocupa a segunda posição do *ranking*, com 19,5%, logo após o Rio de Janeiro (20,8%)⁽⁶⁾.

A utilização de serviços compreende o contato efetivo do usuário com instituições e profissionais para obter atendimento de saúde⁽⁷⁾. Dados sobre esses contatos estão disponíveis nos sistemas nacionais de informação que geram dados para a análise da situação de saúde da população, mas que ainda não se encontram integrados.

No levantamento de investigações nacionais sobre utilização de serviços públicos de saúde por idosos verificou-se que as pesquisas são realizadas com foco individualizado, ou seja, analisando os pontos de atenção da rede de forma isolada, voltados a um nível de atenção específico^(2,8,9). Conhecer mais sobre a temática analisando os serviços de modo integrado é uma lacuna de conhecimento e pode auxiliar na identificação de fragilidades e potencialidades na assistência e na gestão da saúde da pessoa idosa, subsidiando o planejamento das ações.

Em 2019, 32,4% das consultas médicas na Atenção Primária à Saúde (APS) foram destinadas aos usuários com 60 anos ou mais, assim como 42,9% na atenção ambulatorial especializada e 34,4% das internações hospitalares⁽¹⁰⁻¹²⁾. Para promover o acesso universal e igualitário da população aos serviços ambulatoriais e hospitalares do município, Porto Alegre conta com um Complexo Regulador informatizado, do qual fazem parte os Sistemas de Gerenciamento de Consultas (GERCON) e de Gerenciamento de Internações (GERINT).

Neste cenário, o enfermeiro, com formação assistencial e gerencial, tem muito a contribuir na implantação e manutenção das políticas públicas de saúde e na realização de novos estudos relacionados aos impactos do envelhecimento no Sistema Único de Saúde (SUS). Em países desenvolvidos, esse profissional frequentemente assume o papel de navegador ou gestor de casos, com a função de coordenar recursos humanos e técnicos garantindo a continuidade da assistência em saúde e a integração entre os serviços⁽¹³⁾.

Entender como os idosos estão acessando o SUS, quais serviços utilizam e identificar esta utilização de forma integrada entre a atenção ambulatorial e hospitalar pode auxiliar na reorganização desta rede e o aprimoramento dos serviços prestados a eles. O presente estudo teve como objetivo analisar a utilização dos serviços públicos de saúde especializados por idosos no município de Porto Alegre/RS, por sexo e grupo etário, no ano de 2019, com dados extraídos dos sistemas de regulação.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal analítico com dados secundários de atendimentos ambulatoriais e hospitalares de idosos residentes no município de Porto Alegre/RS, regulados nos sistemas GERCON e GERINT, no ano de 2019.

Em 2010, o município possuía uma população idosa de 211.896 pessoas (15,04%), sendo 177.201 (83,6%) entre 60 e 79 anos e 34.695 (16,54%) com 80 anos ou mais⁽¹⁴⁾. Entre os idosos jovens, 69.935 (39,5%) eram homens e 107.266 (60,5%) mulheres e, nos longevos, eram 10.050 (29%) e 24.645 (71%), respectivamente. Conforme o IBGE⁽¹⁴⁾, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da capital, composto de indicadores relacionados à longevidade, renda e educação, era de 0,805 (muito alto). Já no ano do estudo, a população idosa do município era estimada em 287.022 (19,66%) pessoas com 60 anos ou mais, sendo 237.011 (82,58%) entre 60 e 79 anos e 50.011 (17,42%) com 80 anos ou mais⁽⁵⁾.

Os serviços do SUS de Porto Alegre estão distribuídos em 17 Distritos Sanitários (DS), que formam oito Gerências Distritais (GD), que são gestoras regionais que operacionalizam as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS. A rede de serviços de saúde é formada pela APS, atenção especializada (ambulatórios, odontologia, saúde do trabalhador, tuberculose, reabilitação, estomatoterapia e farmácia clínica), prestadores de serviços (clínicas renais e de fisioterapia), saúde mental e hospitais. Os serviços de reabilitação, neste estudo, compreenderam as subespecialidades auditiva, visual, física e intelectual.

Em 2019, a rede municipal de serviços públicos era composta por 140 unidades de saúde (US) na APS, seis ambulatórios de especialidades e 16 prestadores hospitalares, sendo dois próprios e 14 contratualizados⁽¹⁵⁾. Os serviços especializados e hospitalares são referência para outros municípios do estado.

Foram incluídos os atendimentos ambulatoriais e de internação de idosos residentes no município no ano do estudo regulados nos sistemas e excluídos os registros de atendimentos de retorno e os duplicados. Para a presente pesquisa foram considerados idosos jovens aqueles até 79 anos e longevos com 80 anos ou mais⁽¹⁶⁾. O cálculo amostral foi realizado com base em dados da população idosa do Censo 2010⁽¹⁰⁾, resultando em um mínimo de 2.960 idosos, sendo 2.517 entre 60 e 79 anos e 443 com 80 anos ou mais, com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Devido a representatividade desta população no município, após a exclusão dos dados que não atendiam aos objetivos do estudo, optou-se pela utilização de todos os registros, totalizando 64.888 idosos.

Os bancos de dados dos sistemas foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), através da Gerência de Regulação de Serviços de Saúde, em formato de planilhas Excel. Para a organização dos registros foi utilizado o gerenciador de banco de dados *Postgre Structured Query Language* (SQL) e um programa desenvolvido especificamente para o projeto, escrito na linguagem *Swift*, para a substituição de palavras chaves por códigos, facilitando o uso do *Statistical Packpage for the Social Sciences* (SPSS), posteriormente, para

as análises estatísticas. O programa escrito em linguagem *Swift* separou a massa de dados em diversos arquivos, devido ao grande volume, sendo possível assim fazer sua validação de forma mais efetiva.

Quanto aos dados dos usuários, foram disponibilizados sexo, idade e número do Cartão Nacional de Saúde, com os cinco primeiros algarismos substituídos por “ABCDE” (respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados), possibilitando a realização do cruzamento das bases dos dois sistemas e o agrupamento dos registros individualmente. Das consultas ambulatoriais obteve-se a data de solicitação, data de agendamento, motivo principal pela Classificação Internacional de Doenças 10ª edição (CID-10), especialidade, unidade de saúde solicitante e executante e a prioridade clínica atribuída na solicitação e pelo regulador.

O grau de prioridade de agendamento da consulta é mensurado numa escala de um a cinco e correspondência em cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul). É obtido quando do cadastro de solicitação de consultas no sistema GERCON pelo profissional solicitante. O profissional que atende o usuário segue protocolo específico com critérios de classificação clínica para a especialidade pretendida. Posteriormente, um profissional da regulação reclassifica a solicitação, elevando ou diminuindo o grau de prioridade clínica, conforme sua avaliação do caso. Não foram contabilizados os atendimentos do sistema GERINT, pois nos registros desse sistema não haviam esses dados disponíveis.

Quanto às internações hospitalares, obteve-se o tipo de atendimento (eletiva ou urgência), data de solicitação e internação, especialidade, unidade solicitante e executante e motivo principal. As colunas das datas de solicitação e consulta/internação foram substituídas pela variável tempo de espera em dias, para facilitar a análise estatística.

As variáveis sexo, tipo de atendimento e classificação de prioridade atribuída pelo solicitante e regulador foram mantidas conforme banco de dados original. Pela grande quantidade de dados, optou-se pela categorização dos 3.982 códigos da CID-10 encontrados pelos seus capítulos, excluindo-se os capítulos XV e XVI, por não envolverem a população de estudo.

O tempo de espera para consulta em cada especialidade foi calculado em dias. As 197 especialidades e subespecialidades foram agrupadas em 59 categorias. Já as unidades solicitantes e executantes foram organizadas em 17 categorias. Quanto à origem do usuário utilizou-se como referência a GD de localização da US da APS.

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica e as categóricas por frequências absolutas e relativas. Foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, complementado pela análise dos resíduos ajustados para

verificar as associações da utilização de serviços por sexo e grupo etário e motivos de atendimento com os tipos de serviço. Algumas variáveis eram de múltipla escolha, ou seja, o paciente poderia se enquadrar em mais do que uma categoria. O percentual que cada categoria representa foi calculado sobre o número de pacientes e não sobre o número de atendimentos, representando, desta forma, mais de 100% na soma das categorias. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas nos programas Microsoft Excel e SPSS versão 21.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de Porto Alegre com o CAAE número 30418320.0.3001.5338.

Resultados

Foram analisados registros de 64.888 usuários com total de 113.694 atendimentos, sendo 81.760 ambulatoriais e 31.934 internações hospitalares. A Tabela 1 apresenta as características dos idosos e dos atendimentos recebidos nestes pontos de atenção.

Tabela 1 – Características demográficas dos idosos e dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares e tipo de atendimento, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.

Variáveis	N=64.888 N (%)
Idade (anos) – média \pm DP	71,0 \pm 8,2
Faixa etária – n (%)	
60 – 79 anos	53.984 (83,2)
\geq 80 anos	10.904 (16,8)
Sexo – (n%)	
Feminino	40.033 (61,7)
Número de atendimentos – mediana (P25-P75) [min-máx.]	1 (1 – 2) [1 – 23]
1	37.001 (57,0)
2	15.889 (24,5)
3 ou mais	11.998 (18,5)
Tipo de atendimento* – n (%)	
Ambulatório	53.719 (82,8)
Internação eletiva	6.766 (10,4)
Internação urgência	15.976 (24,6)
Ambulatório + Internação eletiva	4.377 (6,7)
Ambulatório + Internação urgência	6.754 (10,4)
Ambulatório + Internação (eletiva ou urgência)	10.287 (15,9)

* questão de múltipla escolha

Fonte: Sistemas GERCON e GERINT.

Conforme apresentado na Tabela 2, 74,7% dos idosos que tiveram atendimento especializado foram referenciados por US da APS ($p < 0,001$). Verificou-se que os maiores percentuais de usuários foram de idosos jovens (76,9%) e mulheres (77%) ($p < 0,001$). O

percentual que cada categoria representa foi calculado sobre o número de pacientes e não sobre o número de atendimentos, representando, desta forma, mais de 100% na soma das categorias.

Tabela 2 – Tipos de unidades de saúde solicitantes e executantes dos atendimentos dos idosos, conforme sexo e faixa etária, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.

Variáveis*	Amostra total N (%)	60- 79 anos N (%)	≥ 80 anos N (%)	p	Sexo masculino N (%)	Sexo Feminino N (%)	p
Unidade solicitante							
APS*	48.463 (74,7)	41.511 (76,9)	6.952 (63,8)	<0,001	17.619 (70,9)	30.844 (77,0)	<0,001
Hospital	20.823 (32,1)	16.214 (30,0)	4.609 (42,3)	<0,001	9.217 (37,1)	11.606 (29,0)	<0,001
Ambulatório	4.770 (7,4)	4.070 (7,5)	700 (6,4)	<0,001	2.022 (8,1)	2.748 (6,9)	<0,001
UPA [†]	3.107 (4,8)	2.161 (4,0)	946 (8,7)	<0,001	1.393 (5,6)	1.714 (4,3)	<0,001
Saúde Mental	1.332 (2,1)	1.281 (2,4)	51 (0,5)	<0,001	418 (1,7)	914 (2,3)	<0,001
Estomatoterapia	329 (0,5)	269 (0,5)	60 (0,6)	0,533	161 (0,6)	168 (0,4)	<0,001
Clínicas Renais	249 (0,4)	214 (0,4)	35 (0,3)	0,281	152 (0,6)	97 (0,2)	<0,001
Reabilitação	195 (0,3)	156 (0,3)	39 (0,4)	0,272	61 (0,2)	134 (0,3)	0,052
Odontologia	174 (0,3)	152 (0,3)	22 (0,2)	0,171	82 (0,3)	92 (0,2)	0,02
Regulação	169 (0,3)	119 (0,2)	50 (0,5)	<0,001	58 (0,2)	111 (0,3)	0,323
CRTB [‡]	20 (0,0)	20 (0,0)	0 (0,0)	0,037	11 (0,0)	9 (0,0)	0,192
Unidade de Adição	23 (0,0)	23 (0,04)	0 (0,0)	0,024	6 (0,0)	17 (0,0)	0,322
Assistência Social	17 (0,0)	11 (0,0)	6 (0,1)	0,052	4 (0,0)	13 (0,0)	0,315
CEREST [§]	15 (0,0)	15 (0,0)	0 (0,0)	0,092	10 (0,04)	5 (0,01)	0,046
Fisioterapia	12 (0,0)	9 (0,0)	3 (0,0)	0,437	4 (0,0)	8 (0,0)	1
Farmácia Clínica	3 (0,0)	3 (0,0)	0 (0,0)	1	0 (0,0)	3 (0,0)	0,291
Saúde Prisional	1 (0,0)	1 (0,0)	0 (0,0)	1	0 (0,0)	1 (0,0)	1
Unidade executante							
Hospital	64.887 (99,9)	53.983 (99,9)	10.904 (100)	1	24.854 (99,9)	40.033 (100)	0,383
Ambulatório	12.852 (19,8)	10.774 (20,0)	2.078 (19,1)	0,032	5.035 (20,3)	7.817 (19,5)	0,024
Fisioterapia	9.157 (14,1)	8.098 (15,0)	1.059 (9,7)	<0,001	2.518 (10,1)	6.639 (16,6)	<0,001
Reabilitação	1.913 (2,9)	1.606 (3,0)	307 (2,8)	0,386	563 (2,3)	1.350 (3,4)	<0,001
Odontologia	1.266 (2,0)	1.164 (2,2)	102 (0,9)	<0,001	555 (2,2)	711 (1,8)	<0,001
Saúde Mental	1.211 (1,9)	1.168 (2,2)	43 (0,4)	<0,001	345 (1,4)	866 (2,2)	<0,001
Clínicas Renais	890 (1,4)	691 (1,3)	199 (1,8)	<0,001	470 (1,9)	420 (1,0)	<0,001
Farmácia Clínica	493 (0,8)	426 (0,8)	67 (0,6)	0,064	205 (0,8)	288 (0,7)	0,145
Estomatoterapia	370 (0,6)	301 (0,6)	69 (0,6)	0,378	181 (0,7)	189 (0,5)	<0,001
Saúde Prisional	211 (0,3)	194 (0,4)	17 (0,2)	0,001	68 (0,3)	143 (0,4)	0,08
Unidade de Adição	26 (0,0)	26 (0,05)	0 (0,0)	0,015	6 (0,0)	20 (0,0)	0,163
APS*	14 (0,0)	9 (0,0)	5 (0,0)	0,071	6 (0,0)	8 (0,0)	0,94

*APS = Atenção Primária à Saúde; [†]UPA = Unidade de Pronto Atendimento; [‡]CRTB = Centro de Referência da Tuberculose; [§]CEREST = Centros de Referência Regional em Saúde do Trabalhador

Fonte: Sistemas GERCON e GERINT.

Os homens foram encaminhados em maior proporção por outros tipos de serviços, como hospitais (37,1%), ambulatórios (8,1%), UPA (5,6%) e clínicas renais (0,6%) (p<0,001). Os

longevos tiveram mais encaminhamentos por hospitais (42,3%) e UPA (8,7%) do que os mais jovens ($p<0,001$).

Quanto às unidades executantes, todos os idosos tiveram pelo menos um atendimento especializado em hospital, seja para consulta ambulatorial ou internação, sem associação estatisticamente significativa com faixa etária e sexo ($p=1$ e $p=0,383$). atendimentos em fisioterapia, reabilitação, odontologia e saúde mental foram maiores entre idosos jovens e em mulheres ($p<0,001$). Somente a reabilitação não mostrou associação significativa com faixa etária ($p=0,386$) (Tabela 2).

Sobre a origem dos idosos encaminhados para consulta ambulatorial, estratificada por GD, verificou-se que a maioria residia na GD Centro (21,7%), sendo 60,2% mulheres e 83,7% entre 60 e 79 anos (Tabela 3). A maior proporção de longevos residia na GD NHNI (18,7%).

Tabela 3 – Origem dos idosos, por Gerência Distrital, encaminhados para consulta ambulatorial por unidades de saúde da APS, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.

Gerência Distrital	n° US	Amostra total N=48.463 N (%)	Sexo		Idade	
			Feminino N (%)	Masculino N (%)	60-79 anos N (%)	>80 anos N (%)
Centro	3	10.529 (21,7)	6.338 (60,2)	4.191 (39,8)	8.808 (83,7)	1.721 (16,3)
NHNI [†]	14	10.244 (21,1)	6.340 (61,9)	3.904 (38,1)	8.331 (81,3)	1.913 (18,7)
NEB [*]	26	8.525 (17,6)	5.432 (63,7)	3.093 (36,3)	7.445 (87,3)	1.080 (12,7)
SCS [‡]	17	7.472 (15,4)	4.704 (63,0)	2.768 (37,0)	6.470 (86,6)	1.002 (13,4)
PLP [§]	21	6.453 (13,3)	4.089 (63,3)	2.364 (36,6)	5.593 (86,7)	860 (13,3)
LENO	23	6.194 (12,8)	3.984 (64,3)	2.210 (35,7)	5.378 (86,8)	816 (13,2)
GCC [¶]	24	5.734 (11,8)	3.563 (62,1)	2.171 (37,9)	5.007(87,3)	727 (12,7)
RES ^{**}	12	3.603 (7,4)	2.178 (60,4)	1.425 (39,6)	3.224 (89,5)	379 (10,5)
Total	140	48.463 (100)	30.844 (63,7)	17.619 (36,4)	41.511 (85,7)	6.952 (14,3)

*NEB = Norte/Eixo Baltazar; [†]NHNI = Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas; [‡]SCS = Sul/Centro-Sul; [§]PLP = Partenon/Lomba do Pinheiro; ^{||}LENO = Leste/Nordeste; [¶]GCC = Glória/Cruzeiro/Cristal; ^{**}RES = Restinga/Extremo-Sul.

Fonte: Sistema GERCON.

Quanto aos motivos de utilização dos serviços de saúde especializados, por capítulo da CID-10, os principais foram as doenças do aparelho circulatório (capítulo IX) (21,4%), sendo mais expressivas entre os idosos com 80 anos ou mais (25,6%) e nos homens (23,7%) ($p<0,001$) (Tabela 4). Em seguida, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (capítulo XIII) (19%) e as doenças dos olhos e anexos (capítulo VII) (18,7%), mostraram maiores percentuais na faixa etária entre 60 e 79 anos (20,2% e 19,1%) e nas mulheres (22,9% e 20,3%) ($p<0,001$). Destaca-se as neoplasias (capítulo II) com maior percentual nos homens (11,5%).

Os capítulos XIX e XX, referentes às causas externas, representaram somente 6,3% dos atendimentos, com maioria entre os longevos (8,3%) e nas mulheres (6,6%) somente no capítulo XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas ($p < 0,001$).

Tabela 4 – Motivo principal da utilização de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares por idosos, por capítulos da CID-10, conforme sexo e faixa etária, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.

Capítulos da CID-10	Amostra total N (%)	60- 79 anos N (%)	≥ 80 anos N (%)	p	Sexo masculino N (%)	Sexo feminino N (%)	p
I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2.856 (4,4)	2.200 (4,1)	656 (6,0)	<0,001	1.326 (5,3)	1.530 (3,8)	<0,001
II – Neoplasias	6.489 (10,0)	5.434 (10,1)	1.055 (9,7)	0,221	2.855 (11,5)	3.634 (9,1)	<0,001
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	2.601 (4,0)	2.220 (4,1)	381 (3,5)	0,003	963 (3,9)	1.638 (4,1)	0,177
IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2.790 (4,3)	2.393 (4,4)	397 (3,6)	<0,001	1.045 (4,2)	1.745 (4,4)	0,356
V – Transtornos mentais e comportamentais	1.509 (2,3)	1.220 (2,3)	289 (2,7)	0,015	622 (2,5)	887 (2,2)	0,02
VI – Doenças do sistema nervoso	2.176 (3,4)	1.819 (3,4)	357 (3,3)	0,634	845 (3,4)	1.331 (3,3)	0,622
VII – Doenças do olho e anexos	12.115 (18,7)	10.303 (19,1)	1.812 (16,6)	<0,001	3.988 (16,0)	8.127 (20,3)	<0,001
VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastoide	2.385 (3,7)	1.867 (3,5)	518 (4,8)	<0,001	852 (3,4)	1.533 (3,8)	0,009
IX – Doenças do aparelho circulatório	13.917 (21,4)	11.131 (20,6)	2.786 (25,6)	<0,001	5.883 (23,7)	8.034 (20,1)	<0,001
X – Doenças do aparelho respiratório	3.907 (6,0)	2.710 (5,0)	1.197 (11,0)	<0,001	1.630 (6,6)	2.277 (5,7)	<0,001
XI – Doenças do aparelho digestivo	7.838 (12,1)	6.879 (12,7)	959 (8,8)	<0,001	3.543 (14,3)	4.295 (10,7)	<0,001
XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2.202 (3,4)	1.891 (3,5)	311 (2,9)	0,001	805 (3,2)	1.397 (3,5)	0,09
XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	12.320 (19,0)	10.922 (20,2)	1.398 (12,8)	<0,001	3.133 (12,6)	9.187 (22,9)	<0,001
XIV – Doenças do aparelho geniturinário	6.391 (9,8)	5.296 (9,8)	1.095 (10,0)	0,469	3.098 (12,5)	3.293 (8,2)	<0,001
XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	276 (0,4)	245 (0,5)	31 (0,3)	0,016	83 (0,3)	193 (0,5)	0,006
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	6.761 (10,4)	5.535 (10,3)	1.226 (11,2)	0,002	2.329 (9,4)	4.432 (11,1)	<0,001
XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	4.013 (6,2)	3.107 (5,8)	906 (8,3)	<0,001	1.372 (5,5)	2.641 (6,6)	<0,001

XX – Causas externas de morbidade e de mortalidade	41 (0,1)	33 (0,1)	8 (0,1)	0,799	14 (0,1)	27 (0,1)	0,699
XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	2.148 (3,3)	1.787 (3,3)	361 (3,3)	1	874 (3,5)	1.274 (3,2)	0,022
Sem CID	4.446 (6,9)	3.866 (7,2)	580 (5,3)	<0,001	1.736 (7,0)	2.710 (6,8)	0,299

* questão de múltipla escolha

Fonte: Sistemas GERCON e GERINT.

Na comparação entre os principais motivos por capítulo da CID-10 com os tipos de atendimento, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (capítulo XIII) foram as maiores causas de consultas ambulatoriais (22,5%) (Tabela 5). Nas internações, entre as eletivas, foram as neoplasias (capítulo II) (35,2%) e nas de urgência as doenças do aparelho circulatório (capítulo IX) (37,9%). Nos casos de atendimentos ambulatoriais e internações, entre as eletivas, os principais motivos foram as neoplasias (37,1%), e nas urgências, as doenças do aparelho circulatório (47,5%).

Tabela 5 – Motivo principal da utilização de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares por idosos, por capítulos da CID-10 e tipo de atendimento, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.

Capítulos da CID-10	Ambulatório N (%)	Int. Eletiva N (%)	Int. Urgência N (%)	Amb. + Int. Eletiva N (%)	Amb. + Int. Urgência N (%)	Amb. + Internação N (%)
I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.605 (3,0)	273 (4,0)	2.127 (13,3)*	186 (4,2)	884 (13,1)*	928 (9,0)*
II – Neoplasias (tumores)	5.197 (9,7)	2.383 (35,2)*	2.144 (13,4)*	1.622 (37,1)*	1.410 (20,9)*	2.603 (25,3)*
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	2.238 (4,2)*	154 (2,3)	797 (5,0)*	129 (2,9)	453 (6,7)*	534 (5,2)*
IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2.393 (4,5)*	199 (2,9)	934 (5,8)*	165 (3,8)	556 (8,2)*	665 (6,5)*
V – Transtornos mentais e comportamentais	1.234 (2,3)	59 (0,9)	616 (3,9)*	54 (1,2)	343 (5,1)*	378 (3,7)*
VI – Doenças do sistema nervoso	1.847 (3,4)*	229 (3,4)	705 (4,4)*	174 (4,0)*	418 (6,2)*	553 (5,4)*
VII – Doenças do olho e anexos	11.949 (22,2)*	998 (14,8)	963 (6,0)	842 (19,2)	939 (13,9)	1.664 (16,2)
VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastoide	2.370 (4,4)*	148 (2,2)	200 (1,3)	137 (3,1)	195 (2,9)	313 (3,0)
IX – Doenças do aparelho circulatório	10.770 (20,0)	1.609 (23,8)*	6.051 (37,9)*	1.169 (26,7)*	3.209 (47,5)*	4.051 (39,4)*

X – Doenças do aparelho respiratório	2.040 (3,8)	298 (4,4)	3.065 (19,2)*	224 (5,1)	1.220 (18,1)*	1.324 (12,9)*
XI – Doenças do aparelho digestivo	6.756 (12,6)*	1.260 (18,6)*	1.998 (12,5)	909 (20,8)*	1.195 (17,7)*	1.913 (18,6)*
XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.998 (3,7)*	238 (3,5)	448 (2,8)	204 (4,7)*	267 (4,0)*	430 (4,2)*
XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	12.080 (22,5)*	1.022 (15,1)	928 (5,8)	862 (19,7)	833 (12,3)	1.598 (15,5)
XIV – Doenças do aparelho geniturinário	5.173 (9,6)	1.142 (16,9)*	2.223 (13,9)*	763 (17,4)*	1.269 (18,8)*	1.827 (17,8)*
XVII - Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	261 (0,5)*	55 (0,8)*	42 (0,3)	44 (1,0)*	37 (0,5)	71 (0,7)*
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	6.159 (11,5)*	786 (11,6)*	1.599 (10,0)	655 (15,0)*	1.087 (16,1)*	1.574 (15,3)*
XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	2.868 (5,3)	646 (9,5)*	1.818 (11,4)*	540 (12,3)*	738 (10,9)*	1.152 (11,2)*
XX – Causas externas de morbidade e de mortalidade	30 (0,1)	8 (0,1)	19 (0,1)*	6 (0,1)	10 (0,1)*	14 (0,1)*
XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	2.059 (3,8)*	269 (4,0)*	331 (2,1)	227 (5,2)*	266 (3,9)*	457 (4,4)*
Sem CID	4.446 (8,3)*	266 (3,9)	385 (2,4)	266 (6,1)	385 (5,7)	603 (5,9)

* questão de múltipla escolha; ** associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Fonte: Sistemas GERCON e GERINT.

Conforme a Tabela 6, a especialidade com o maior número de atendimentos foi a oftalmologia (20,1%), com predomínio dos idosos jovens (20,7%) e mulheres (21,9%), seguida da fisioterapia (16,1%) e da cardiologia (12,6%) ($p < 0,001$). Na última, observou-se maiores percentuais entre os longevos (14,5%) e nos homens (13,4%) ($p < 0,001$).

Tabela 6 – Especialidades dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, conforme sexo e faixa etária, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.

Especialidades*	Amostra total N (%)	60- 79 anos N (%)	≥ 80 anos N (%)	p	Sexo		p
					masculino N (%)	feminino N (%)	
Acupuntura	314 (0,5)	268 (0,5)	46 (0,4)	0,343	40 (0,2)	274 (0,7)	<0,001
Andrologia	19 (0,0)	16 (0,0)	3 (0,0)	1,000	19 (0,1)	0 (0,0)	<0,001
Cardiologia	8.193 (12,6)	6.617 (12,3)	1.576 (14,5)	<0,001	3.340 (13,4)	4.853 (12,1)	<0,001
Cir. Bariátrica/Obesidade	16 (0,0)	16 (0,0)	0 (0,0)	0,092	3 (0,0)	13 (0,0)	0,176

C. Bucomaxilofacial	373 (0,6)	337 (0,6)	36 (0,3)	<0,001	172 (0,7)	201 (0,5)	0,002
Cirurgia Cardíaca	166 (0,3)	135 (0,3)	31 (0,3)	0,588	87 (0,4)	79 (0,2)	<0,001
Cirurgia Digestiva	469 (0,7)	412 (0,8)	57 (0,5)	0,008	107 (0,4)	362 (0,9)	<0,001
Cirurgia Geral	2.232 (3,4)	2.037 (3,8)	195 (1,8)	<0,001	1.163 (4,7)	1.069 (2,7)	<0,001
Cirurgia Plástica	753 (1,2)	686 (1,3)	67 (0,6)	<0,001	215 (0,9)	538 (1,3)	<0,001
Cirurgia Torácica	304 (0,5)	269 (0,5)	35 (0,3)	0,017	143 (0,6)	161 (0,4)	0,002
Cirurgia Vascular	2.520 (3,9)	2.214 (4,1)	306 (2,8)	<0,001	888 (3,6)	1.632 (4,1)	0,001
Curativos	151 (0,2)	123 (0,2)	28 (0,3)	0,643	76 (0,3)	75 (0,2)	0,003
Dermatologia	1.734 (2,7)	1.483 (2,7)	251 (2,3)	0,009	632 (2,5)	1.102 (2,8)	0,112
Doenças do Trabalho	44 (0,1)	44 (0,1)	0 (0,0)	0,005	14 (0,1)	30 (0,1)	0,465
Egressos	77 (0,1)	71 (0,13)	6 (0,06)	0,050	34 (0,1)	43 (0,1)	0,347
Endocrinologia	795 (1,2)	716 (1,3)	79 (0,7)	<0,001	200 (0,8)	595 (1,5)	<0,001
Estomia	222 (0,3)	181 (0,3)	41 (0,4)	0,566	107 (0,4)	115 (0,3)	0,003
Farmacêutico Asma	1 (0,0)	1 (0,0)	0 (0,0)	1,000	0 (0,0)	1 (0,0)	1,000
Fisiatria	278 (0,4)	249 (0,5)	29 (0,3)	0,006	58 (0,2)	220 (0,5)	<0,001
Fisioterapia	10.420 (16,1)	9.145 (16,9)	1.275 (11,7)	<0,001	2.841 (11,4)	7.579 (18,9)	<0,001
Fitoterapia	48 (0,1)	44 (0,1)	4 (0,0)	0,168	7 (0,0)	41 (0,1)	0,001
Fonoaudiologia	71 (0,1)	51 (0,1)	20 (0,2)	0,016	36 (0,1)	35 (0,1)	0,043
Gastroenterologia	1.773 (2,7)	1.540 (2,9)	233 (2,1)	<0,001	639 (2,6)	1.134 (2,8)	0,050
Genética Médica	19 (0,0)	19 (0,0)	0 (0,0)	0,060	1 (0,00)	18 (0,04)	0,006
Geriatrics	492 (0,8)	264 (0,5)	228 (2,1)	<0,001	134 (0,5)	358 (0,9)	<0,001
Ginecologia	2.244 (3,5)	2.058 (3,8)	186 (1,7)	<0,001	19 (0,1)	2.225 (5,6)	<0,001
Hematologia	229 (0,4)	188 (0,3)	41 (0,4)	0,721	108 (0,4)	121 (0,3)	0,007
Homeopatia	207 (0,3)	183 (0,3)	24 (0,2)	0,056	27 (0,1)	180 (0,4)	<0,001
Imunologia	50 (0,1)	44 (0,1)	6 (0,1)	0,472	10 (0,0)	40 (0,1)	0,012
Infectologia	865 (1,3)	851 (1,6)	14 (0,1)	<0,001	444 (1,8)	421 (1,1)	<0,001
Insumos	492 (0,8)	425 (0,8)	67 (0,6)	0,066	205 (0,8)	287 (0,7)	0,135
Linhas cuidado	313 (0,5)	250 (0,5)	63 (0,6)	0,133	167 (0,7)	146 (0,4)	<0,001
Medicina Interna	3.210 (4,9)	2.203 (4,1)	1.007 (9,2)	<0,001	1.393 (5,6)	1.817 (4,5)	<0,001
Nefrologia	1.400 (2,2)	1.087 (2,0)	313 (2,9)	<0,001	711 (2,9)	689 (1,7)	<0,001
Neurocirurgia	287 (0,4)	250 (0,5)	37 (0,3)	0,090	95 (0,4)	192 (0,5)	0,079
Neurologia	2.536 (3,9)	1.962 (3,6)	574 (5,3)	<0,001	916 (3,7)	1.620 (4,0)	0,022
Neuroradiologia	13 (0,0)	12 (0,0)	1 (0,0)	0,709	5 (0,0)	8 (0,0)	1,000
Endovascular							
Odontologia	2.174 (3,4)	1.978 (3,7)	196 (1,8)	<0,001	862 (3,5)	1.312 (3,3)	0,197
Oftalmologia	13.062 (20,1)	11.159 (20,7)	1.903 (17,5)	<0,001	4.302 (17,3)	8.760 (21,9)	<0,001
Oncologia	3.504 (5,4)	2.953 (5,5)	551 (5,1)	0,083	1.587 (6,4)	1.917 (4,8)	<0,001
Ortopedia	4.407 (6,8)	4.024 (7,5)	383 (3,5)	<0,001	1.262 (5,1)	3.145 (7,9)	<0,001
Osteopatia	182 (0,3)	166 (0,3)	16 (0,1)	0,005	46 (0,2)	136 (0,3)	<0,001
Otorrinolaringologia	3.310 (5,1)	2.663 (4,9)	647 (5,9)	<0,001	1.198 (4,8)	2.112 (5,3)	0,011
Oxigenoterapia	167 (0,3)	118 (0,2)	49 (0,4)	<0,001	57 (0,2)	110 (0,3)	0,303
Pneumologia	1.119 (1,7)	934 (1,7)	185 (1,7)	0,838	435 (1,8)	684 (1,7)	0,716
Proctologia	1.361 (2,1)	1.201 (2,2)	160 (1,5)	<0,001	453 (1,8)	908 (2,3)	<0,001
Psicologia	3 (0,0)	3 (0,0)	0 (0,0)	1,000	2 (0,0)	1 (0,0)	0,563
Psiquiatria	166 (0,3)	141 (0,3)	25 (0,2)	0,619	41 (0,2)	125 (0,3)	<0,001
Reabilitação	660 (1,0)	540 (1,0)	120 (1,1)	0,369	298 (1,2)	362 (0,9)	<0,001
Regulação Passivo	821 (1,3)	620 (1,1)	201 (1,8)	<0,001	361 (1,5)	460 (1,1)	0,001
Regularização acesso	431 (0,7)	361 (0,7)	70 (0,6)	0,803	180 (0,7)	251 (0,6)	0,152
Reumatologia	1.470 (2,3)	1.325 (2,5)	145 (1,3)	<0,001	226 (0,9)	1.244 (3,1)	<0,001
Saúde Mental	1.598 (2,5)	1.534 (2,8)	64 (0,6)	<0,001	506 (2,0)	1.092 (2,7)	<0,001

Sexologia	8 (0,0)	8 (0,0)	0 (0,0)	0,367	0 (0,00)	8 (0,02)	0,027
Transplante	25 (0,0)	24 (0,0)	1 (0,0)	0,107	16 (0,1)	9 (0,0)	0,015
Tratamento da Dor	77 (0,1)	71 (0,13)	6 (0,06)	0,050	12 (0,0)	65 (0,2)	<0,001
Traumatologia	840 (1,3)	648 (1,2)	192 (1,8)	<0,001	255 (1,0)	585 (1,5)	<0,001
Urologia	2.977 (4,6)	2.580 (4,8)	397 (3,6)	<0,001	2.516 (10,1)	461 (1,2)	<0,001
Não classificada	15.368 (23,7)	11.456 (21,2)	3.912 (35,9)	<0,001	6.954 (28,0)	8.414 (21,0)	<0,001

* questão de múltipla escolha

Fonte: Sistemas GERCON.

Na comparação entre sexos, os homens apresentaram maiores percentuais do que as mulheres em algumas especialidades, como urologia (10,1%), oncologia (6,4%), medicina interna (5,6%), cirurgia geral (4,7%), nefrologia (2,9%) e infectologia (1,8%) ($p \leq 0,001$). Em relação à idade, os longevos apresentaram maiores percentuais na medicina interna (9,2%), otorrinolaringologia (5,9%), neurologia (5,3%) e geriatria (2,1%) ($p < 0,001$).

O tempo de espera para primeira consulta ambulatorial foi, em média, de 121 dias, variando entre quatro e 1.070 dias (2,9 anos). A especialidade com maior tempo foi a cirurgia bariátrica/obesidade, com 576 dias (1,6 ano), sendo o mínimo de 377 e o máximo de 1.025 (2,8 anos). Outras cinco apresentaram tempo de espera superior a 365 dias: cirurgia vascular, cirurgia plástica, imunologia, andrologia e acupuntura, conforme a Tabela 7.

Tabela 7 – Tempo de espera para consulta ambulatorial, conforme especialidade, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.

Especialidades*	Amostra total	Tempo de espera (dias)
	(N=81.760) N (%)	Mediana (P25-P75)
Acupuntura	338 (0,4)	369 (87 – 611)
Andrologia	16 (0,0)	382 (143 – 723)
Cardiologia	8.319 (10,2)	11 (8 – 23)
Cirurgia Bariátrica/Cirurgia Obesidade	12 (0,0)	576 (377 – 1025)
Cirurgia Bucomaxilofacial	392 (0,5)	29 (13 – 97)
Cirurgia Cardíaca	137 (0,2)	9 (7 – 13)
Cirurgia Digestiva	346 (0,4)	249 (61 – 685)
Cirurgia Geral	2.443 (3,0)	232 (161 – 464)
Cirurgia Plástica	701 (0,9)	427 (320 – 559)
Cirurgia Torácica	279 (0,3)	10 (7 – 15)
Cirurgia Vascular	2.201 (2,7)	558 (225 – 695)
Curativos Especializados	151 (0,2)	7 (7 – 17)
Dermatologia	3.000 (3,7)	54 (17 – 132)
Doenças do Trabalho	44 (0,1)	13,5 (7 – 25,5)
Endocrinologia	786 (1,0)	20 (15 – 29)
Estomia	222 (0,3)	17 (6 – 30)
Farmacêutico Clínico_ Asma	1 (0,0)	4 (4 – 4)
Fisiatria Geral	283 (0,3)	224 (86 – 398)
Fisioterapia Geral	11.904 (14,6)	27 (18 – 35)

Fitoterapia Geral	51 (0,1)	112 (23 – 337)
Fonoaudiologia	81 (0,1)	22 (12 – 51,5)
Gastroenterologia	1.786 (2,2)	92 (27 – 153)
Genética Médica	18 (0,0)	38,5 (18 – 175)
Geriatrics	497 (0,6)	28 (18 – 41)
Ginecologia	2.134 (2,6)	36 (18 – 73)
Hematologia	208 (0,3)	38,5 (20 – 78)
Homeopatia Geral	212 (0,3)	16 (9 – 129)
Imunologia Geral	52 (0,1)	396 (85 – 485)
Infectologia	860 (1,1)	97 (18 – 203)
Insumos Para Diabetes	493 (0,6)	25 (19 – 30)
Linhas de Cuidado	306 (0,4)	25 (15 – 38)
Medicina Interna	667 (0,8)	11 (8 – 18)
Nefrologia	1.406 (1,7)	18 (15 – 56)
Neurocirurgia	254 (0,3)	81,5 (21 – 344)
Neurologia	2.511 (3,1)	231 (77 – 429)
Neuroradiologia Endovascular	13 (0,0)	14 (9,5 – 93)
Odontologia	2.385 (2,9)	72 (23 – 234)
Oftalmologia	13.684 (16,7)	91 (18 – 145)
Oncologia	3.442 (4,2)	13 (7 – 19)
Ortopedia	4.183 (5,1)	254 (125 – 450)
Osteopatia	183 (0,2)	264 (130 – 365)
Otorrinolaringologia	3.701 (4,5)	15 (11 – 34)
Oxigenoterapia	172 (0,2)	13,5 (8 – 29,5)
Pneumologia	1.045 (1,3)	32 (17 – 110)
Proctologia	1.404 (1,7)	163 (24 – 556)
Psicologia	2 (0,0)	19,5 (11 – 28)
Psiquiatria Prejuízo Cognitivo no Idoso	168 (0,2)	211 (69,5 – 295)
Reabilitação	663 (0,8)	187 (31 – 1070)
Regulação Passivo	829 (1,0)	9 (5 – 14)
Regularização de Acesso	428 (0,5)	13 (9 – 23)
Reumatologia	1.499 (1,8)	50 (13 – 227)
Saúde Mental	1.291 (1,6)	0 (0 – 37)
Sexologia	8 (0,0)	12 (4 – 17)
Tratamento da Dor	77 (0,1)	409 (357,5 – 562,5)
Traumatologia	506 (0,6)	7 (4 – 10)
Urologia	2.966 (3,6)	184,5 (33 – 515)

* questão de múltipla escolha * associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

Fonte: Sistemas GERCON.

Quanto a classificação de prioridade para consultas ambulatoriais, a cor azul (44,1%), considerada não urgente, foi atribuída a maioria dos encaminhamentos, com predomínio da faixa etária entre 60 a 79 anos (47,3%) e das mulheres (45,9%) ($p < 0,001$) (Tabela 8). Em comparação entre os grupos etários, a cor verde foi atribuída em maior proporção aos longevos (13%) ($p < 0,001$) e, entre os sexos, a vermelha aos homens (22,5%) ($p = 0,002$).

Tabela 8 – Classificação de prioridade das consultas ambulatoriais de idosos, conforme profissional solicitante e regulador, por sexo e faixa etária, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.

Classificação de prioridade*	Amostra total N (%)	60- 79 anos N (%)	≥ 80 anos N (%)	p	Sexo masculino N (%)	Sexo feminino N (%)	p
Solicitante							
Azul	28.643 (44,1)	25.526 (47,3)	3.117 (28,6)	<0,001	10.259 (41,3)	18.384 (45,9)	<0,001
Vermelho	14.146 (21,8)	11.882 (22,0)	2.264 (20,8)	0,004	5.581 (22,5)	8.565 (21,4)	0,002
Laranja	12.823 (19,8)	10.894 (20,2)	1.929 (17,7)	<0,001	4.443 (17,9)	8.380 (20,9)	<0,001
Amarelo	11.364 (17,5)	9.785 (18,1)	1.579 (14,5)	<0,001	4.017 (16,2)	7.347 (18,4)	<0,001
Verde	3.169 (4,9)	1.752 (3,2)	1.417 (13,0)	<0,001	1.157 (4,7)	2.012 (5,0)	0,035
Regulador							
Amarelo	23.101 (35,6)	19.953 (37,0)	3.148 (28,9)	<0,001	8.289 (33,3)	14.812 (37,0)	<0,001
Laranja	16.489 (25,4)	14.036 (26,0)	2.453 (22,5)	<0,001	5.784 (23,3)	10.705 (26,7)	<0,001
Azul	15.904 (24,5)	14.118 (26,2)	1.786 (16,4)	<0,001	5.600 (22,5)	10.304 (25,7)	<0,001
Vermelho	8.580 (13,2)	7.255 (13,4)	1.325 (12,2)	<0,001	3.565 (14,3)	5.015 (12,5)	<0,001
Verde	2.136 (3,3)	1.202 (2,2)	934 (8,6)	<0,001	788 (3,2)	1.348 (3,4)	0,179

* questão de múltipla escolha.

Fonte: Sistema GERCON.

Já na avaliação do regulador a classificação de cor amarela (35,6%), considerada urgente, foi associada ao dobro das solicitações, com maioria de idosos jovens (37%) e mulheres (37%) ($p < 0,001$). Os longevos mantiveram maior proporção de classificação verde (8,6%) e os homens na cor vermelha (14,3%) ($p < 0,001$).

Quanto à associação entre os tipos de internação com o histórico de atendimento ambulatorial, verificou-se que, entre os idosos que tiveram consulta, 19,1% necessitou de algum tipo de hospitalização, enquanto no outro grupo, todos internaram, sendo 82,6% de urgência (Tabela 9). Somente as internações eletivas entre idosos com 80 anos ou mais não demonstraram associação significativamente estatística ($p = 0,054$).

Tabela 9 – Associação entre consulta ambulatorial e internação hospitalar em idosos, por tipo de atendimento, sexo e faixa etária, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.

Variáveis	Consultou em ambulatório (N=53.719) N (%)	Não consultou em ambulatório (N=11.169) N (%)	p
Amostra total			
Internação eletiva	4.377 (8,1)	2.389 (21,4)	<0,001
Internação urgência	6.754 (12,6)	9.222 (82,6)	<0,001
Internação geral	10.287 (19,1)	11.169 (100)	<0,001
Idade de 60 a 79 anos			
Internação eletiva	3.874 (8,4)	2.155 (26,8)	<0,001
Internação urgência	5.285 (11,5)	6.282 (78,0)	<0,001
Internação geral	8.431 (18,4)	8.052 (100)	<0,001
Idade ≥ 80 anos			
Internação eletiva	503 (6,5)	234 (7,5)	0,054
Internação urgência	1.469 (18,9)	2.940 (94,3)	<0,001
Internação geral	1.856 (23,8)	3.117 (100)	<0,001

Sexo masculino			
Internação eletiva	1.910 (9,6)	1.082 (22,0)	<0,001
Internação urgência	3.106 (15,6)	4.082 (82,9)	<0,001
Internação geral	4.599 (23,1)	4.923 (100)	<0,001
Sexo feminino			
Internação eletiva	2.467 (7,3)	1.307 (20,9)	<0,001
Internação urgência	3.648 (10,8)	5.140 (82,3)	<0,001
Internação geral	5.688 (16,8)	6.246 (100)	<0,001

Fonte: Sistemas GERCON e GERINT.

Entre os idosos que consultaram, 8,1% internaram eletivamente, número quase duas vezes maior do que os 21,4% que não consultaram. Destaca-se que as internações de urgência foram mais prevalentes entre os usuários com 80 anos ou mais (94,3%) ($p < 0,001$). Em ambos os sexos, mais de 80% dos que não consultaram com especialista tiveram internação de urgência ($p < 0,001$).

Discussão

A maior prevalência de idosos na faixa etária entre 60 e 79 anos e, do sexo feminino que utilizaram serviços de saúde especializados encontrada neste estudo, corrobora com resultados de pesquisas nacionais e internacionais sobre a temática^(2,17,18). Mais da metade dos idosos necessitou de pelo menos um atendimento de saúde especializado, ambulatorial ou hospitalar, o que pode indicar presença de morbidades não controladas ou piora do estado de saúde no ano anterior.

A consulta ambulatorial foi o tipo de atendimento mais utilizado, o que era esperado, e pode estar relacionado ao maior número de doenças crônicas e ocorrência de comorbidades nesse grupo etário, gerando complicações que a APS, muitas vezes, não consegue resolver. Estudo de base nacional de Meier et al.⁽¹⁹⁾ apontou que 64% dos idosos realizaram até quatro consultas médicas durante o ano anterior e que a utilização destes atendimentos está associada ao declínio funcional, doenças crônicas e comorbidades, sem especificação do nível de atenção em que ocorreram.

Quanto aos atendimentos hospitalares, observou-se que o percentual de idosos que necessitaram de internação de urgência foi mais que o dobro das eletivas. De um modo geral, este achado parece demonstrar a necessidade de ampliação de ações preventivas de agravos relacionados ao envelhecimento, apesar de não se conhecer a história prévia destes pacientes.

Pesquisas nacionais evidenciaram que entre 11% e 18% dos idosos relataram a ocorrência de pelo menos uma internação hospitalar nos 12 meses anteriores, valores

semelhantes aos encontrados em estudos realizados em países desenvolvidos como a Inglaterra (10%) e Estados Unidos (19%) e nos emergentes, como a Colômbia (13%)^(2,17,20,21,22,23). Os referidos estudos não apresentaram resultados segmentados por tipo de internação. Apesar de não se conhecer a história prévia destes pacientes é possível que maior foco em atividades preventivas, acompanhamento das vulnerabilidades e coordenação de cuidados entre a APS e o atendimento especializado poderiam impactar na redução do uso destes serviços.

A identificação das unidades solicitantes dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares possibilita conhecer a porta de entrada utilizada pelos usuários para acesso à rede especializada. Ainda que a utilização da APS não tenha sido diretamente avaliada, a significativa quantidade de encaminhamentos de idosos entre 60 e 79 anos e do sexo feminino realizados pelas suas US permitiu conhecer o território de origem dos usuários. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 identificou que 70% das pessoas que utilizaram serviços de APS no Brasil eram mulheres⁽²³⁾. Por outro lado, os idosos mais velhos e os homens tiveram a maior parte dos seus encaminhamentos feitos pelos hospitais, ambulatórios e UPA.

Considerando a composição da RAS de Porto Alegre, é possível que os longevos tenham mais dificuldade em acessar os serviços da APS por problemas de mobilidade, recorrendo com mais frequência aos locais de maior complexidade. Já em sistemas de saúde internacionais, como o *National Health Service* (NHS) do Reino Unido, o perfil de utilização de serviços por idosos difere do encontrado neste estudo, no que se refere à faixa etária, com prevalência de atendimentos de longevos (55,8%) em relação à população total com mais de 60 anos⁽²⁴⁾.

Chama a atenção, ainda, a maior prevalência de homens atendidos em clínicas renais. Resultados de estudos que abordam pacientes com doença renal crônica, já em tratamento dialítico, identificaram que a maior parte da amostra era do sexo masculino e idosos na faixa etária de 60 a 79 anos^(25,26).

Quanto às unidades executantes, destaca-se a elevada utilização de serviços de fisioterapia, reabilitação, saúde mental e odontologia por mulheres e idosos jovens, refletindo o impacto das doenças crônico-degenerativas, mentais e de saúde bucal nessa parcela da população. Também foram identificados em outros estudos sobre utilização de serviços de saúde que fatores culturais e comportamentais, como a maior procura por atendimento por queixas emocionais e para avaliações preventivas por mulheres e as dificuldades de locomoção dos longevos podem justificar os resultados encontrados⁽²⁷⁻²⁹⁾. A prevalência dos hospitais como unidades executantes é justificada, pela característica da rede local, em concentrar os ambulatórios nas grandes instituições do município.

A primeira abordagem e avaliação dos idosos, bem como de sua capacidade funcional, cabe às equipes da APS dentro de seu território de referência, que devem realizar a coordenação do cuidado integral a essa população, utilizando todos os recursos disponíveis antes de encaminhá-los a atenção especializada⁽³⁰⁾. Para que fosse possível analisar a utilização de serviços ambulatoriais, pelo local de origem dos usuários e identificar as áreas com maior demanda, foi realizada categorização das US da APS solicitantes de acordo com a GD de sua localização, já que os usuários deveriam ser acompanhados pela APS e acessar consultas especializadas por referenciamento.

O fato de a GD Centro ter sido a origem da maior parte dos encaminhamentos da APS era esperado, já que, possui a maior população de idosos em Porto Alegre, conforme dados do Censo IBGE. A GD NHNI, com o segundo lugar, possuía o maior número de encaminhamentos de longevos, possuindo, também o maior quantitativo residente desses usuários no município.

O impacto das DCNT no envelhecimento da população e na utilização dos serviços de saúde também pode ser observada ao se analisar os principais motivos de atendimento ambulatorial e hospitalar por grupos de causas. A maior presença de doenças do aparelho circulatório em longevos e no sexo feminino encontradas corrobora com resultados de outros estudos encontrados em Brasília e São Paulo, em que os autores apontaram que as mulheres representam, aproximadamente, 60% da amostra com risco cardiovascular e a média de idade aumentou ao longo do tempo, conforme o grau de risco^(31,32).

As doenças do aparelho circulatório foram as principais causas das internações hospitalares de urgência de idosos, valores semelhantes aos encontrados em Sergipe (36%) e maiores que em Minas Gerais (22,3%)^(33,34). Estudo realizado por Cordeiro e Martins⁽³⁵⁾ com dados sobre internações de idosos por essas doenças na região Sudeste apontou que 90,3% deles foi admitido na instituição em caráter de urgência.

Isso resulta da carência de ações preventivas e de controle dos fatores de risco cardiovasculares na APS, como hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade. Tais ações devem ser desenvolvidas desde a população adulta jovem, principalmente nos fatores modificáveis, como sedentarismo, dietas inadequadas e tabagismo, promovendo mudanças no estilo de vida dos futuros idosos e prevenindo as DCNT e suas complicações.

As neoplasias com maior incidência entre os homens, como as de próstata, cólon e reto e do trato respiratório⁽³⁶⁾, parecem mostrar a necessidade da ampliação do vínculo dessa população aos serviços de saúde. Conforme estudo de base nacional sobre prevalência de câncer em idosos brasileiros realizado por Francisco et al.⁽³⁷⁾, 54,3% dos diagnósticos relatados eram no sexo masculino. Os autores⁽³⁷⁾ relacionam isso ao fato da média de idade do primeiro

diagnóstico nas mulheres ser antes dos 60 anos, bem como às características comportamentais masculinas em relação a sua saúde. Nesse contexto, o enfermeiro tem importante papel no desenvolvimento de ações voltadas ao estímulo ao autocuidado e às necessidades específicas desses usuários de forma integral.

No que tange às causas externas, um tipo de ocorrência que exige atenção dos serviços de saúde dentro deste grupo etário são as quedas e suas repercussões clínicas desfavoráveis na saúde do idoso⁽³⁸⁾. Neste estudo foram encontrados somente nove registros com códigos da CID-10 específicos sobre quedas (capítulo XX). Isso pode ter ocorrido pela forma de classificação e registro das causas externas que, conforme a Portaria MS nº 1.324/2014, no diagnóstico principal deve constar o tipo de traumatismo (capítulo XIX), e, no secundário, a origem da causa e, também, porque os sistemas analisados possuem somente registro do CID-10 principal, excluindo os registros dos códigos específicos de quedas⁽³⁹⁾.

Estudo nacional sobre internações hospitalares por quedas mostrou que as capitais brasileiras concentraram 21,2% dessas ocorrências entre os anos de 1996 e 2012 e, neste último ano, Porto Alegre ficou entre as cinco maiores taxas com 45,02/10.000 idosos⁽⁴⁰⁾. Nos Estados Unidos, em 2018, essas ocorrências representaram 31,6% das hospitalizações entre a população idosa⁽⁴¹⁾. Embora a frequência destes registros neste estudo tenha sido baixa, é um aspecto a ser trabalhado na perspectiva da promoção da saúde e da prevenção de agravos, além da qualificação dos registros dessas causas nos sistemas de informação.

As mulheres, pela cultura preventiva, consultaram mais nos ambulatórios, enquanto os homens necessitaram de atendimento de urgência em maior proporção, evidenciando um padrão de busca por serviços de saúde quando o problema já está agravado. Os longevos realizaram menos consultas especializadas e tiveram mais internações de urgência, o que pode ser relacionado, como já mencionado, à dificuldade de deslocamento até os serviços de saúde para acompanhamento na APS ou ambulatorial, causando piora na sua condição de saúde e aumentando as taxas de hospitalização nesse grupo etário.

A oftalmologia foi a especialidade com o maior número de pacientes em fila de espera para a população geral, em dezembro de 2019, com 6.550 solicitações entre todas subespecialidades, conforme relatório da regulação municipal⁽⁴²⁾. O aumento desses atendimentos em idosos está relacionado às modificações próprias do envelhecimento na visão, como diminuições da acuidade e campo visual, além de outras patologias comuns nessa fase, como catarata e glaucoma, associados a indisponibilidade de terapêuticas e recursos diagnósticos na APS, como instrumental adequado, e dúvidas por parte do profissional solicitante⁽⁴³⁻⁴⁵⁾.

O tempo médio de espera para consultas especializadas para a população deste estudo é maior do que no Rio de Janeiro (88 dias) e semelhante ao de um município paulista (123 dias) para a população em geral. Já em países como Canadá foi de 79 e no Chile de 190 dias, entre todas as faixas etárias⁽⁴⁶⁻⁴⁹⁾. É possível que, se esses dados fossem analisados somente entre a população idosa, os resultados poderiam ser diferentes.

O tempo de espera para cirurgia bariátrica/obesidade foi semelhante à média geral do município de 516 dias⁽⁴²⁾. Os 12 idosos atendidos tinham entre 60 e 72 anos de idade, fator que, de acordo com Cunha et al.⁽⁵⁰⁾, não é impeditivo para realização do procedimento, considerando a avaliação funcional e a expectativa de vida do indivíduo, além dos benefícios clínicos e metabólicos no pós-operatório desse grupo etário.

Quanto à classificação de prioridade, observou-se que nas consultas ambulatoriais, em sua maioria, foi elevada pelo regulador, de azul para amarelo, demonstrando que, ao avaliar a descrição do caso, o segundo profissional identificou maior gravidade e necessidade de atendimento em menor tempo. A classificação verde manteve-se na última posição nas duas situações, mas houve queda na quantidade de idosos com essa priorização após a avaliação do regulador, por sexo e faixa etária.

Não foram encontrados estudos avaliando classificação de prioridade no contexto ambulatorial, pois a temática geralmente está associada a pesquisas ligadas à rede de urgência e emergência. É possível que os casos tenham sido subestimados pelo solicitante ou que os protocolos pré-estabelecidos para cada especialidade não tenham sido utilizados corretamente, o que demanda melhor alinhamento desses instrumentos entre os profissionais.

Na análise entre os tipos de atendimento, os resultados deste estudo mostraram que os idosos que tiveram pelo menos uma consulta ambulatorial necessitaram menos de internação de urgência, tanto em relação à idade quanto ao sexo, o que é um achado positivo e esperado. O maior número de internações eletivas entre aqueles com histórico ambulatorial era previsto, já que esses procedimentos são programados após a avaliação do especialista e não possuem caráter emergencial.

A atenção especializada é necessária para dar continuidade e suporte à APS devendo ser incluída na atenção à pessoa idosa para garantir a integralidade do cuidado, com fluxos de referência e contrarreferência e acesso à rede hospitalar quando necessário⁽⁵¹⁾. Não foram encontrados estudos que avaliem de forma integrada quais os pontos da RAS que essa população utilizou antes dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares. Pesquisas sobre a temática limitam-se a descrever o perfil e as características desses usuários em um determinado

tipo de serviço, em sua maioria, unidades de APS⁽⁵²⁻⁵⁴⁾, UPA^(8,32) ou hospitais^(21,33), sem demonstrar a relação anterior com outros níveis de atenção.

Os resultados deste estudo fornecem subsídios para a tomada de decisão do gestor no desenvolvimento de ações relacionadas à saúde do idoso, com foco na população masculina, longevos e prevenção de complicações das DCNT. O fortalecimento da APS na avaliação multidimensional desses usuários, monitorando suas condições e identificando prioridades individuais é essencial para que os encaminhamentos a atenção especializada sejam qualificados, não gerando longas filas de espera e internações hospitalares evitáveis. Além disso, a implantação de gerentes de caso poderia organizar a atenção aos usuários a partir de sua história progressa e necessidades específicas.

Os sistemas informatizados de regulação ambulatorial e hospitalar evoluíram muito no município de Porto Alegre nos últimos anos, possibilitando mais equidade na utilização dos recursos, dando maior transparência às filas de espera e organizando os fluxos de atendimento da população.

A utilização de serviços de saúde especializados por idosos na segunda capital com a maior proporção desse grupo no país mostra que, apesar dos avanços nas políticas públicas voltadas a essa população, a RAS ainda não está devidamente articulada para atender às suas necessidades. Outros pontos de atenção são importantes, como centros dia e programas de atenção domiciliar. Sugere-se ainda a realização de estudos que abordem a utilização dos serviços de modo integral, da APS até a atenção domiciliar, buscando conhecer os principais motivos de seus atendimentos, os pontos da rede mais procurados e onde estão as maiores fragilidades desse processo.

Diante do cenário de envelhecimento da população, o enfermeiro atuante nos diferentes níveis de atenção, na gestão e ensino em saúde, tem importante papel na implementação de ações voltadas a temática nas equipes multidisciplinares, no planejamento e avaliação de políticas públicas, bem como na maior abordagem das áreas de saúde do idoso na formação de novos profissionais. O perfil articulador desse profissional possibilita sua inserção em diferentes contextos, favorecendo a inclusão desse tema tão relevante à saúde pública em diversos cenários.

Algumas limitações deste estudo estão relacionadas ao método empregado e ao tipo de dados utilizados. Por se tratar de um estudo transversal, não é possível medir as variações ao longo do tempo e nem estabelecer relações de causa e efeito. Além disso, a utilização de dados secundários pode gerar perdas e equívocos pois é dependente da qualidade dos registros dos profissionais de saúde, que não foram coletados diretamente pelo pesquisador e não foram

produzidos para uma pesquisa específica. Aspectos relativos a outras vulnerabilidades do envelhecimento relativas à capacidade funcional não estavam disponíveis e ampliariam a compreensão da utilização destes serviços.

Conclusão

Este estudo evidenciou que os serviços públicos de saúde especializados foram mais utilizados por mulheres e idosos na faixa etária entre 60 e 79 anos de idade. A maior parte dos idosos utilizou pelo menos um desses serviços durante o ano. O tipo de atendimento mais utilizado foi a consulta ambulatorial, sendo a APS a principal porta de entrada, e as instituições hospitalares as que mais atenderam essa população, tanto para consultas como para internações.

Os principais motivos de atendimento e as especialidades mais utilizadas pelos idosos comprovam o impacto das DCNT nesse grupo etário e no SUS. As mulheres tiveram mais atendimentos ambulatoriais, comprovando seu comportamento de maior procura por serviços de saúde, enquanto os homens, necessitaram de mais internações, quando sua condição já necessitava de recursos mais complexos.

Quanto à origem dos usuários, a maior parte dos idosos era procedente de território com boas condições socioeconômicas e menor cobertura de APS, mas com maior acesso às ações voltadas para esse grupo etário e seus cuidadores.

Verificou-se que os idosos com histórico de consulta ambulatorial apresentaram percentual menor de internações do que aqueles que não o fizeram, principalmente nos casos de urgência. As proporções de longevos e homens que necessitaram de internações foram maiores independente da realização de consulta ambulatorial prévia, apontando a necessidade da revisão das políticas voltadas à saúde masculina e a atenção domiciliar para aqueles com dificuldade de locomoção.

Portanto, os achados deste estudo apontam a necessidade de fortalecer a APS como principal porta de entrada da população idosa na RAS e de desenvolver ações de promoção e prevenção em saúde voltadas às DCNT para a população de todas as faixas etárias, evitando agravamentos e complicações futuras. Monitorar as condições crônicas, promovendo a manutenção da capacidade funcional, são estratégias essenciais para reduzir a necessidade de utilização de serviços especializados por idosos.

Referências

1. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018 jun;23(6):1929-36. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>
2. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Lima RCD, Facchini LA. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020 jun;25(6):2213-26. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27792018>
3. Cruz PKR, Vieira MA, Carneiro JA, Costa FM, Caldeira. Dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020;23(6):e190113. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190113>
4. Brasil. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet] Brasília; 2003 [citado em 20 jun 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [citado em 17 jan. 2021]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>.
6. Neri M. Onde estão os idosos? Conhecimento contra o Covid-19. Rio de Janeiro: FGV Social; 2020 [citado em 14 fev 2021]. Disponível em: <https://www.cps.fgv.br/cps/bd/docs/Sumario-Executivo-Covidage-FGV-Social-Marcelo-Neri.pdf>.
7. Sória GS, Nunes BP, Bavaresco CS, Vieira LS, Facchini LA. Acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(4):1-12. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00191718>
8. Antunes BCS, Crozeta K, Assis F, Paganini MC. Rede de atenção às urgências e emergências: perfil, demanda e itinerário de atendimento de idosos. *Cogitare Enferm*. 2018 Abr-Jun;23(2):e53766. *Cogitare Enferm*. (23)2: e53766, 2018 <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.53766>
9. Macinko J, Andrade FB, Souza Junior PRBS. Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). *Rev Saúde Pública*. 2018;52 Suppl 2:6s. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000595>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica [Internet]. Brasília: MS; 2019 [citado em 12 fev. 2020]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>.
11. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) [Internet]. Brasília: MS; 2019 [citado em 12 fev. 2020]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qbrs.def>.
12. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) [Internet]. Brasília: MS; 2019 [citado em 12 fev. 2020]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qrrs.def>.
13. David HMSL, Riera JRM, Mallebrera AH, Costa MFL. A enfermeira gestora de casos na Espanha: enfrentando o desafio da cronicidade por meio de uma prática integral. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020 Jan;25(1):315-24. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020251.29272019>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br>.

15. Porto Alegre. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2019 [Internet]. Porto Alegre: SMS, 2019 [citado em 17 out. 2020]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/sms_relatorio_anual_gestao2019.pdf.
16. Navarro JHN, Andrade FP, Paiva TS, Silva DO, Gessinger CF, Bós AJG. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 Feb [cited 2021 May 13] ; 20(2): 461-470. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.03712014>.
17. Dreyer K, Steventon A, Fisher R, Deeny AR. The association between living alone and health care utilisation in older adults: a retrospective cohort study of electronic health records from a London general practice. *BMC Geriatrics*. 2018 Dec;18(1):269. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0939-4>
18. Pianori D, Maietti E, Lenzi J, Quargnolo M, Guicciard S, Adja KYC, et al. Sociodemographic and health service organizational factors associated with the choice of the private versus public sector for specialty visits: evidence from a national survey in Italy. *PLoS ONE*. 2020;15(5):1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232827>
19. Meier JG, Cabral LPA, Zanesco C, Grden CRB, Fadel CB, Bordin D. Factors associated with the frequency of medical consultations by older adults: a national study. *Rev Esc Enferm USP*. 2020 Mar;54:e03544. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018048103544>
20. Lavelle TA, Rose AJ, Timbie JW, Setodji CM, Wensky SG, Giuriceo KD. Utilization of health care services among Medicare beneficiaries who visit federally qualified health centers. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:41. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2847-x>
21. Melo-Silva AM, Mambrini JVM, Souza Junior PRB, Andrade FB, Lima-Costa MF. Hospitalizações entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2018;52 Supl 2:3s. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000639>
22. Garcia-Ramirez J, Nikoloski Z, Mossialos E. Inequality in healthcare use among older people in Colombia. *Int J Equity Health*. 2020;19:168. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01241-0>
23. Brasil. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [citado em 1 jul. 2019]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>.
24. National Health Service. Community Services Statistics. NHS Digital 2020 [Internet]. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/community-services-statistics-for-children-young-people-and-adults>
25. Souza Júnior EV, Costa EL, Matos RA, Cruz JS, Maia TF, Nunes GA, et al. Morbidity-mortality epidemiology and public costs of kidney failure. *Rev Enferm UFPE On line*. 2019 Mar;13(3):647-54.
26. Viana FS, Boachat YEM, Lugon JR, Matos JPS. Diferenças na cognição e na qualidade de vida entre os pacientes idosos e os muito idosos em hemodiálise. *J Bras Nefrol*. 2019 Jul-Set;41(3):375-83. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0167>
27. Santos CS, Collares PMC, Melo AM, Moraes GLA, Lacerda MRL, Santos DHP. Capacidade funcional de idosos acompanhados pela fisioterapia de uma unidade de Atenção Primária à Saúde. *FisiSenectus*. 2019 Jul-Dez;7(2):23-38. <https://doi.org/10.22298/rfs.2019.v7.n2.5120>
28. Freire MCM, Marin MJS, Lazarini CA, Damaceno DG. Life and health conditions of the elderly with mental disorders according to sex. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2020;16(1):1-11. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.153846>

29. Schroeder FMM, Mendoza-Sassi RA, Meucci RD. Condição de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre idosos em área rural no sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020 Jun;25(6):2093-02. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.25422018>
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Brasília: MS; 2018 [citado em 14 fev. 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf.
31. Massa KHC, Duarte YAO, Chiavegatto Filho ADP. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019 Jan;24(1):105-14. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.02072017>
32. Costa GAPC, O'Dwyer G, Carvalho YS, Campos HS, Rodrigues NCP. Perfil de atendimento de população idosa nas Unidades de Pronto Atendimento do município do Rio de Janeiro. *Saúde Debate*. 2020 Jun;44(125):400-10. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012509>
33. Mercenas SLG, Ferreira TPO, Góis RMO, Servo MLS. Caracterização das internações hospitalares de idosos no SUS em Sergipe: estudo epidemiológico descritivo do ano de 2018. *Interfaces Científicas*. 2020 Abr;8(2):9-22. <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2020v8n2p9-22>
34. Rodrigues JF, Almeida EJ. Perfil das internações hospitalares em idosos residentes em Belo Horizonte, MG. *Braz J Develop*. 2020 Nov;6(11):84658-70. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-034>
35. Cordeiro P, Martins M. Mortalidade hospitalar em pacientes idosos no Sistema Único de Saúde, região Sudeste. *Rev Saúde Pública*. 2018 Jul;52:69. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000146>
36. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. Estatísticas de câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 2021 [citado em 11 mai 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>
37. Francisco PMSB, Friestino JKO, Ferraz RO, Bacurau AGM, Stopa SR, Moreira Filho DCM. Prevalência de diagnóstico e tipos de câncer em idosos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020 Jan;23(2):e200023. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200023>
38. Santos AMR, Avelino FVSD, Claudino MAD, Figueiredo MLF, Rocha SS, Silva TCA. Acidentes de trânsito com idosos: demandas e responsabilidades sociais e governamentais. *Rev Min Enferm*. 2018;22:e-1108. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180036>
39. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.324, de 27 de novembro de 2014 [Internet]. Brasília: MS; 2014 [citado em 14 fev. 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt1324_27_11_2014.html.
40. Abreu DROM, Novaes ES, Oliveira RR, Mathias TAF, Marcon SS. Internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil: análise de tendência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018 Abr;23(4):1131-41. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.09962016>
41. Moreland B, Kakara R, Henry A. Trends in nonfatal falls and fall-related injuries among adults aged ≥65 Years — United States, 2012–2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 Jul;69(27):875-81. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6927a5>
42. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Fila de espera por agenda em dezembro de 2019 [Internet]. Porto Alegre; 2020 [citado em 15 fev 2021]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/dezembro_2019.pdf.

43. Barbosa TC, Moro JS, Rosa Junior JNR, Yanes CY, Ribeiro ER. Causas de internações hospitalares em idosos por regiões do Brasil: série histórica de 10 anos. *Rev Saúde Públ.* 2019 Jul;2 Supl 3:70-81. [10.32811/25954482-2019v2supl1p70](https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2supl1p70)
44. Lopes AB, Jayme DHC, Abreu ILV, Silva IE, Lobo MHS, Oliveira MC, et al. Avaliação das funções visuais e sua relação com a visão funcional e quedas em idosos ativos da comunidade. *Rev Bras Oftalmol.* 2020 Aug;79(4):236-41. <https://doi.org/10.5935/0034-7280.20200051>
45. Trevisol DM, Melz G, Castro Filho EDC, Fontanive VN. Referências médicas evitáveis em unidade de saúde de Porto Alegre: um estudo exploratório. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2020 Jan-Dez;15(42):21291. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2129](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2129)
46. Liddy C, Nawar N, Moroz I, Mcrae S, Russell C, Mihan A, et al. Understanding patient referral wait times for specialty care in Ontario: a retrospective chart audit. *Healthc Policy.* 2018 Feb;13(3):59-69. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2018.25397>
47. Martinez DA, Zhang H, Bastias M, Fejoo F, Hinson J, Martinez R, et al. Prolonged wait time is associated with increased mortality for Chilean waiting list patients with non-prioritized conditions. *BMC Public Health.* 2019;19:233. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6526-6>
48. O'Dwyer G, Graever L, Britto FA, Menezes T, Konder MT. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019 Dez;24(12):4555-68. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182412.23212019>
49. Mori NLR, Olbrich J, Spagnuolo RS, Juliani CMCM. Resolution, access, and waiting time for specialties in different models of care. *Rev Saude Publica.* 2020;54:18. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001627>
50. Cunha JB, Fialho MCP, Arruda SLM, Nobrega OT, Camargos EF. Bariatric surgery as a safe and effective intervention for the control of comorbidities in older adults. *Geriatr Gerontol Aging.* 2020;14(3):207-12. <https://doi.org/10.5327/Z2447-212320202000037>
51. Hansel CG, Silva, J, Araújo STC, Fernandes LLRA, Martins AMF, Almeida JRS. Demandas no itinerário terapêutico de idosos: um estudo descritivo. *Esc Anna Nery.* 2020 Jun;24(4):1-6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0375>
52. Silva CSO, Barbosa MMS, Pinho L, Figueiredo MFS, Amaral CO, Cunha FO, et al. Family health strategy: relevance to the functional capacity of older people. *Rev Bras Enferm.* 2018;71 Suppl 2:740-6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0078>
53. Sousa FJD, Gonçalves LHT, Paskulin LGM, Gamba MA. Perfil sociodemográfico e suporte social de idosos na atenção primária. *Rev enferm UFPE On line.* 2018 Abr;12(4):824-31. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a22855p824-831-2018>
54. Lubenow JAM, Silva AO. O que os idosos pensam sobre o atendimento nos serviços de saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(2):1-13. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180195>

6 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que os serviços de saúde especializados em Porto Alegre/RS foram mais utilizados por mulheres, na faixa etária entre 60 e 79 anos de idade e que maior parte dos idosos utilizou um serviço especializado, ambulatorial ou hospitalar, apenas uma vez em 2019. O tipo de atendimento especializado mais utilizado foi a consulta ambulatorial, sendo a APS a principal solicitante e as instituições hospitalares as que mais atenderam essa população, tanto para consultas como para internações.

Os homens e os longevos tiveram maior quantidade de encaminhamentos pelos hospitais e UPA. Já as mulheres e os idosos jovens foram mais encaminhados pela APS e pelos serviços de saúde mental. As mulheres e os idosos mais jovens receberam mais atendimentos relacionados à reabilitação, odontologia e saúde mental. Quanto à GD de origem dos atendimentos, a maior parte dos idosos atendidos era procedente da GD Centro, com maior proporção de mulheres e idosos jovens. Entre os longevos a maior proporção de atendimentos foi de idosos da GD NHNI.

As doenças do aparelho circulatório foram as principais causas de atendimento entre os idosos mais velhos e mulheres enquanto entre os mais jovens, predominaram as doenças osteomusculares e dos olhos e anexos. O número de atendimentos relacionados às quedas ficou muito abaixo do esperado para a faixa etária avaliada, mostrando uma limitação no registro dessas ocorrências nos sistemas.

As doenças osteomusculares foram as principais causas de consultas ambulatoriais e as neoplasias foi o grupo de causa principal nas internações eletivas. Já as doenças do aparelho circulatório foram os principais motivos de atendimento nas internações eletivas, bem como quando somados atendimentos ambulatoriais e as internações em geral. Os grupos de causas mais prevalentes nas internações se mantiveram na associação com atendimento ambulatorial prévio. A oftalmologia foi a especialidade com maior número de atendimentos nas duas faixas etárias avaliadas. O tempo médio de espera para consulta ambulatorial foi de 121 dias, sendo a cirurgia bariátrica/obesidade a que apresentou maior demora, com mais de um ano.

Quanto à classificação de prioridade para consultas, na avaliação do solicitante, a cor azul (não urgente) foi a mais atribuída, enquanto na regulação, muitas foram reclassificadas para amarelo (urgente). Verificou-se que os idosos com histórico de consulta ambulatorial apresentaram percentual menor de internações do que aqueles que não o fizeram, principalmente nos casos de urgência. As proporções de longevos e homens que necessitaram de internações foram maiores independente da realização de consulta ambulatorial prévia,

apontando a necessidade da revisão das políticas voltadas à saúde masculina e a atenção domiciliar para aqueles com dificuldade de locomoção.

Portanto, os achados deste estudo apontam a necessidade de fortalecer a APS como principal porta de entrada da população idosa na RAS e de desenvolver ações de promoção e prevenção em saúde voltadas às DCNT, para a população de todas as faixas etárias, evitando agravamentos e complicações futuras. Aspectos relativos a outras vulnerabilidades do envelhecimento relativas à capacidade funcional não estavam disponíveis e ampliariam a compreensão da utilização destes serviços. Monitorar as condições crônicas, promovendo a manutenção da capacidade funcional, são estratégias essenciais para reduzir a necessidade de utilização de serviços especializados por idosos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. N. O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 43-53, abr. 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2015/v7n1/a4755.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2019.
- ALMEIDA, A. P. S. C. et al. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2213-2226, jun. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000602213&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jan. 2021.
- ALMEIDA, P. F. et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 set. 2019.
- ALVES, J. E. D. O fim do bônus demográfico e o processo de envelhecimento no Brasil. **Revista Portal de Divulgação**, São Paulo, Ano V, n. 45, p. 7-17, jun./ago. 2015. Disponível em: <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/510/549>. Acesso em: 13 out. 2019.
- ANTUNES, B. C. S. et al. Rede de atenção às urgências e emergências: perfil, demanda e itinerário de atendimento de idosos. **Revista Cogitare Enfermagem**, [S. l.], v. 23, n. 2, e53766, abr./jun. 2018.
- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, 2012. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 mai. 2019.
- ARAÚJO, M. E. A. et al. Prevalência de utilização de serviços de saúde no Brasil: revisão sistemática e metanálise. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 589-604, set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300589&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 ago. 2019.
- ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100169&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 jul. 2019.
- BASTOS, L. B. R. et al. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, 25, p. 1-13, feb. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100221&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jan. 2021.

BHAN, N. et al. Health needs, access to healthcare, and perceptions of ageing in an urbanizing community in India: a qualitative study. **BioMed Central Geriatrics**, London, v. 17, 1, p. 156, jul. 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5517927/pdf/12877_2017_Article_544.pdf. Acesso em: 14 fev. 2021.

BORDIN, D. et al. Fatores associados à internação hospitalar de idosos: estudo de base nacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p. 439-446, ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000400439&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 ago. 2019.

BORGES, G. M.; CAMPOS, M. B.; CASTRO e SILVA, L. G. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. (Org.). **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI**: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 01 jan. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015a. 127 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996**. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1948.htm. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019**. Brasília, DF: Presidência da República, 2019c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9921.htm. Acesso em: 14 fev. 2021.

BRASIL. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017**. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2017a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113466.htm. Acesso em: 26.ago. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política nacional do idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da

República, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm. Disponível em: 14 fev. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8080, 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Brasília, DF: Presidência da República; 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm. Acesso em: 14 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 02 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Regulação Sisreg: manual do regulador / autorizador SISREG III**. Brasília: MS, 2008b. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/179/manual-do-reguladorautorizador-sisreg-iii-\[179-021210-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/179/manual-do-reguladorautorizador-sisreg-iii-[179-021210-SES-MT].pdf). Acesso em: 02 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais e Saúde. Brasília, DF: MS, 2014. 41 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia e-Saúde para o Brasil**. Brasília, DF: MS 2017b. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/12/Estrategia-e-saude-para-o-Brasil.pdf>. Acesso em: 28 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: MS, 2008a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 14 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 26 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2010. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 02 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS**. Brasília: MS, 2015b. 166 p. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/sistemas_informacao_atencao_saude_contextos_historicos.pdf. Acesso em: 24 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF: MS, 2018. 91 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 14 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica**. Brasília, DF, 2019b. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde da Pessoa Idosa**. São Paulo: MS, 2019a. 56 p. 1

BRASIL. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet] Brasília; 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.1** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: MS, 2021. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/esus>>.

CABRELLI, R. et al. Idosos na unidade de saúde da família: morbidade e utilização de serviços de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 15, n. 1, p. 89-98, jan./fev. 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324030684012>. Acesso em: 22 set. 2019.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O Envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

CAMPOLINA, A. G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 jul. 2019.

CASTRO, A. P. R. et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 155-163, abr. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000200155&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 jul. 2019.

CÔRTE, B. et al. Determinantes da atenção aos idosos pela rede pública de saúde, hoje e em 2030: o caso da Região Metropolitana de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 690-701, jul./set. 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000300690&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 ago. 2018.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 437-444, jun. 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200028&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 mai. 2019.

CRUZ, P. K. R. et al. Dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, e190113, jan. 2020. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232020000600201&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 fev. 2020.

DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qbrs.def>. Acesso em: 12 fev. 2020.

DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qrrs.def>. Acesso em: 12 fev. 2020.

DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Regulação - SISREG**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019c. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/projetos/57-sisreg>. Acesso em: 19 out. 2019.

DAVID, H. M. S. L. et al. A enfermeira gestora de casos na Espanha: enfrentando o desafio da cronicidade por meio de uma prática integral. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 315-324, jan. 2020. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100315&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jan. 2021.

DOETSCH, J. et al. Potential barriers in healthcare access of the elderly population influenced by the economic crisis and the troika agreement: a qualitative case study in Lisbon, Portugal. **International Journal for Equity in Health**, [S. l.], v. 16, n. 1, 184, 2017.

Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-017-0679-7>. Acesso em: 14 fev. 2021.

EVANGELISTA, M. J. O. et al. O planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2115-2124, jun. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602115&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 jul. 2019.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600029&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2019.

FIALHO, C. B. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 599-610, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000300599&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 ago. 2019.

GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3631-3640, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203631&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 07 set. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 17 jan. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013**. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. – Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013. 96 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130729_AtlasPNUD_2013.pdf. Acesso em 12 abr. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. **Estatística de câncer**. Rio de Janeiro, 04 mar. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em 11 mai. 2021.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2559.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2019.

LUBENOW, J. A. M.; SILVA, A. O. O que os idosos pensam sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 1-13, 2019. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000200207&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 jul. 2019.

MACINKO, J. et al. Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, 2018. Supl. 2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000300500&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 out. 2019.

MADYANINGRUM, E.; CHUANG, Y. C.; CHUANG, K.Y. Factors associated with the use of outpatient services among the elderly in Indonesia. **BMC Health Services Research**, London, v. 18, n. 1, p. 707, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6131867/>. Acesso em: 14 fev. 2021.

MARTINS, A. B. et al. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3403-3416, ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803403&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 mai. 2019.

MARTINS, M. S.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 26-33, mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 jul. 2019.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MEDEIROS, K. K. A. S. et al. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp. 3, p. 288-295, set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700288&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 jul. 2019.

MENDES, A. C. G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955-964, maio 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 jun. 2019.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Acesso em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 14 fev. 2021.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-786, abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 jul. 2019.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, São Paulo, v. 6, p. S4-S6, 2008. Supl. 1. Disponível em: http://prattein.com.br/home/images/stories/Envelhecimento/envelhecimento_popu.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

NATIONAL HEALTH SERVICE. **Community Services Statistics**. Reino Unido, 2020. Disponível em: <<https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/community-services-statistics-for-children-young-people-and-adults>>. Acesso em 12 mai. 2021.

NAVARRO, J. H. N. et al. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 461-470, fev. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200461&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 jan. 2021.

NERI, M. **Onde estão os idosos?** Conhecimento contra o Covid-19. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas Social, 2020. Disponível em: <https://www.cps.fgv.br/cps/bd/docs/Sumario-Executivo-Covidage-FGV-Social-Marcelo-Neri.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2021.

NUNES, J. D. et al. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 295-304, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000200295&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 ago. 2019.

OLIVEIRA, E. B. et al. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 264-273, out./dez. 2013. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/826>. Acesso em: 26 jun. 2019.

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. v. 31, n. 01 [Acessado 9 Maio 2021], e310105. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>>. Acesso em 09 mai. 2021.

PAGLIUCA, L. M. F. et al. Acesso de idosos as unidades de Atenção Primária a Saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, 21, n. e-1021, 2017. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1157>. Acesso em: 20 set. 2019.

PASKULIN, L. M. G.; VALER, D. B.; VIANNA, L. A. C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2935-2944, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600031&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jan. 2021.

PEREIRA, G. N.; DEL DUCA, G. F.; BASTOS, G. A. N. Indicadores de saúde associados à incapacidade funcional em idosos de baixa renda. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 66-73, 2011. Disponível em: <http://ggaging.com/details/246/pt-BR>. Acesso em: 10 ago. 2019.

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 213-220, fev. 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 set. 2018.

PINTO, L. F.; FREITAS, M. P. S.; FIGUEIREDO, A. W. S. Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1859-1870, jun. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601859&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 out. 2019.

PIRES, M. R. G. M. et al. Sistema de Informação para a Gestão do Cuidado na Rede de Atenção Domiciliar (SI GESCAD): subsídio à coordenação e à continuidade assistencial no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1805-1814, jun. 2015.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601805&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 jul. 2019.

PORTO ALEGRE. Observatório da Cidade de Porto Alegre. **População idosa de Porto Alegre: informação demográfica e socioeconômica**. Porto Alegre, n. 1, abr. 2015. Disponível em:

http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/informacao_demografica_e_socioeconomica-populacao_idosa02.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2019**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2019b. Disponível em:

http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/sms_relatorio_anual_gestao2019.pdf. Acesso em: 17 out. 2020.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde amplia informatização e monitora 100% dos leitos SUS**. Porto Alegre, 15 mar. 2019a. Disponível em:

<https://prefeitura.poa.br/sms/noticias/saude-amplia-informatizacao-e-monitora-100-dos-leitos-sus>. Acesso em: 15 fev. 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Inforede é apresentada a técnicos do Ministério da Saúde**. Porto Alegre, 09 dez. 2011. Disponível em:

http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_noticia=148190&INFOREDE+E+APRESENTADA+A+TECNICOS+DO+MINISTERIO+DA+SAUDE. Acesso em: 15 fev. 2021.

RIBEIRO, M. A. et al. Processo de implantação do e-SUS Atenção Básica em Sobral – CE. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 258-267, jul./set. 2018. Disponível em:

<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1364>. Acesso em: 01 jun. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução 495/18 – CIB / RS**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2018. Disponível em:

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20181138/19143824-cibr495-18.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2021.

ROMERO, D. E. et al. Diretrizes e indicadores de acompanhamento das políticas de proteção à saúde da pessoa idosa no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 134-157, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1569>. Acesso em: 26 jul. 2019.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. (Org.). **Rouquayrol: epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. 736 p.

SANTOS JUNIOR, A. G. et al. Caracterização do Uso de Serviços de Saúde por Idosos de um centro de conveniência **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 8, n. e2468, 2018. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2468/1869>. Acesso em: 26 set. 2019.

SANTOS, C. T. B. et al. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 45-62, jan./mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000100045&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jul. 2018.

SANTOS, S. R. et al. Sistema de informação em saúde: gestão e assistência no sistema único de saúde. **Cogitare Enfermagem**, [S. l.], v. 19, n. 4, p. 833-840, out./dez., 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/35347/23965>. Acesso em: 20 set. 2019.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1369-1380, abr. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401369&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 jul. 2019.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, out./dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jun. 2019.

SILVA, A. M. M. et al. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 51, p. 1s-10s, 2017. Supl. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000243.pdf. Acesso em: 10 ago. 2019.

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 692-705, out./dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400692&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jul. 2019.

SILVEIRA, M. S. D. et al. Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 63-72,

jan./mar. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100063&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 set. 2019.

SIMÕES, C. C. S. Breve histórico do processo demográfico. In: FIGUEIREDO, A. H. (Org.). **Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. p. 39-73. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97884.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2019.

SÓRIA, G. S. et al. Acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 1-12, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000405011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2021.

SOUZA, M. F. M. et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1737-1750, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601737&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 jul. 2019.

STOPA, S. R. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 51, p. 1s-11s, 2017. Supl. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf. Acesso em: 05 ago. 2019.

THUM, M. A.; BALDISSEROTTO, J.; CELESTE, R. K. Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 1-13, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000205003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 jun. 2019.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEBES; 2008.

UNITED NATIONS POPULATION FUND (Brasil). **Situação da população mundial 2018** - O poder de escolha: direitos reprodutivos e a transição demográfica. Brasília, 17 out. 2018. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/situacao-da-populacao-mundial-2018>. Acesso em: 20 set. 2019.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, dez. 2012. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 mai. 2019.

VELLO, L. S. et al. Saúde do idoso: percepções relacionadas ao atendimento. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 330-335, abr./jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200330&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2018.

VERAS, R. P. et al. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 385-392, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000200018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 jul. 2019.

VERAS, R. P. et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 357-365, abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000200357&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 fev. 2020.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, out./dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 jul. 2019.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601929&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jun. 2019.

VIEIRA, R. A. et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1631-1643, ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000800015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing**: draft global strategy and plan of action on ageing and health. In: WORLD HEALTH ASSEMBLY, 69., 2016, Geneva. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/RS



Prefeitura de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS

Título da pesquisa: Utilização de serviços públicos de saúde por idosos no município de Porto Alegre/RS

Pesquisador(a) responsável: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Telefone e e-mail de contato: 51 3359-8909 – paskulin@ufrgs.br


Eu, pesquisador(a) responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas nas **Resoluções do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, em especial as de nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018**, e complementares.

Assumo o compromisso, JUNTO COM A EQUIPE DE PESQUISA, de, ao utilizar dados do serviço e/ou informações identificáveis ou pessoais de usuários dos serviços (como prontuário(s) e outros registros), assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.

Comprometo-me também a destinar os dados coletados somente para o presente projeto de pesquisa.

Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP SMSPA)**.

Porto Alegre, 14 de fevereiro de 2020.


 Assinatura do(a) pesquisador(a)
 (insira a imagem de sua assinatura)

TERMO DE COMPROMISSO

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA
 Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar – CEP 90.010-040
 3289.5517 cep-sms@sms.prefpoa.com.br; cep_sms@hotmail.com

**ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DA COORDENAÇÃO DA
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE (GRSS) DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/RS**



Prefeitura de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DA COORDENAÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

<p>Título da pesquisa: Utilização de serviços públicos de saúde por idosos no município de Porto Alegre/RS</p> <p>Pesquisador responsável: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin</p> <p>Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS</p> <p>A pesquisa proposta envolve:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> utilização de dados de usuários e/ou dos serviços de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> participação de trabalhadores e/ou gestores da saúde</p> <p><input type="checkbox"/> atividade em espaço físico da SMS e/ou da PMPA</p> <p><input type="checkbox"/> realização de exames e/ou serviços de assistência à saúde com custos para o SUS</p> <p><input type="checkbox"/> outras atividades:</p>

Eu JORGE OSÓRIO , matrícula _____ , coordenador(a)

- Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências
- Coordenadoria da Rede de Atenção Primária em Saúde e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (CGAPSES)
- Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS)
- Coordenadoria de Regulação de Serviços em Saúde (GRSS)
- Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa (COMESP) do Hospital de Pronto Socorro
- Assessoria de Planejamento (ASSEPLA)
- Outra área/secretaria:

Estou ciente dos termos desta pesquisa e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a sua realização.

Porto Alegre, 28 de fevereiro de 2020.

Jorge Luiz Silveira Osório
Diretor DGR/SMS
Matr.: 373968 - CREMERS 18890

[Assinatura]
Assinatura e carimbo

Coordenação com atribuição delegada para essa autorização,
conforme Art. 1, inciso XV da Resolução CNS no. 580/2018

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética da SMSPA para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Coordenação da área tem ciência e autoriza a realização do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação ética.

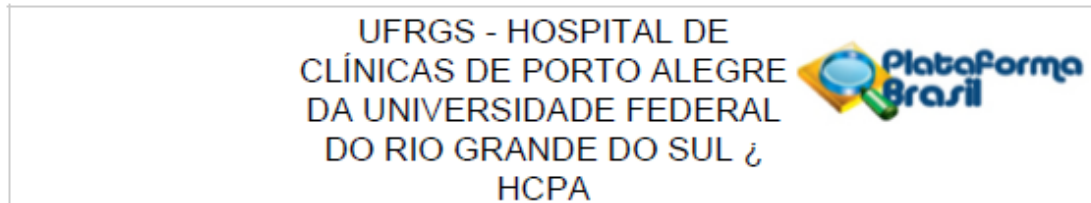
TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA
Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar – CEP 90.010-040
2209.5517 - cep_sms@cms.profes.com.br - cep_sms@hotmail.com

ANEXO C – APROVAÇÃO DO PROJETO PELA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Dados Gerais:			
Projeto Nº:	38792	Título:	UTILIZACAO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS POR IDOSOS NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS
Área de conhecimento:	Enfermagem de Saúde Pública	Início:	01/05/2020
		Previsão de conclusão:	31/03/2021
Situação:	Projeto Não Iniciado		
Origem:	Escola de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem	Projeto da linha de pesquisa: Enfermagem e Saúde Coletiva	
Local de Realização:	não informado		
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.			
Objetivo:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Analisar a utilização dos serviços públicos de saúde especializados por idosos no município de Porto Alegre/RS, de acordo com a Gerência Distrital (GD) e grupo etário, no ano de 2019. </div>		
Palavras Chave:			
SAÚDE DO IDOSO			
ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE			
ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE			
COBERTURA DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE			
IDOSO			
Equipe UFRGS:			
Nome: LISIANE MANGANELLI GIRARDI PASKULIN			
Coordenador - Início: 01/05/2020 Previsão de término: 31/03/2021			
Nome: KAREN CHESINI COUTINHO			
Outra: Aluno de Mestrado - Início: 01/05/2020 Previsão de término: 31/03/2021			
Avaliações:			
Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 20/03/2020 Clique aqui para visualizar o parecer			

**ANEXO D – APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS POR IDOSOS NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS

Pesquisador: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30418320.0.0000.5327

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.012.222

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto da UFRGS, encaminhado pela CONEP para apreciação pelo CEP/HCPA.

Situação do Parecer:

Aprovado

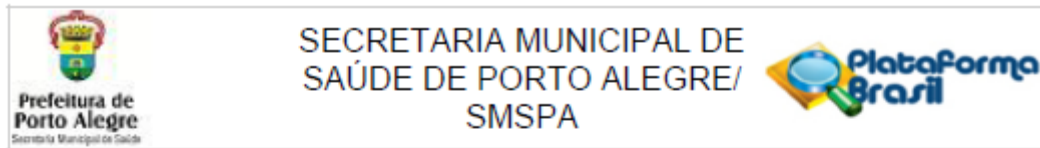
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 06 de Maio de 2020

Assinado por:
Têmis Maria Félix
(Coordenador(a))

ANEXO E - APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS POR IDOSOS NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS

Pesquisador: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30418320.0.3001.5338

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.022.279

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 12 de Maio de 2020

Assinado por:
Alexandre Luis da Silva Ritter
(Coordenador(a))