



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONOMICAS**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

**JOSIANE DE SANTANA ARAUJO**

**ANÁLISE DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DA DEMANDA POR ASSISTÊNCIA  
MÉDICA DA POPULAÇÃO IDOSA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BAHIA NO  
ANO DE 2009.**

**SALVADOR**  
**2009**

**JOSIANE DE SANTANA ARAUJO**

**ANÁLISE DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DA DEMANDA POR ASSISTÊNCIA  
MÉDICA DA POPULAÇÃO IDOSA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BAHIA NO  
ANO DE 2009.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado no curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Econômicas.

Orientador Prof. Dr. Henrique Tomé da Costa Mata

**SALVADOR  
2009**

**JOSIANE DE SANTANA ARAUJO**

**ANÁLISE DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DA DEMANDA POR ASSISTÊNCIA  
MÉDICA DA POPULAÇÃO IDOSA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BAHIA NO  
ANO DE 2009.**

Aprovada em julho de 2009.

Orientador: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Henrique Tomé da Costa Mata  
Faculdade de Economia da UFBA

\_\_\_\_\_  
Lívio Andrade Wanderley  
Prof. Dr. da Faculdade de Economia da UFBA

\_\_\_\_\_  
Ihering Guedes Alcoforado  
Prof. Mr. da Faculdade de Economia da UFBA

Dedico este trabalho aos meus pais, pelo apoio incondicional, confiança, amor e dedicação.

## AGRADECIMENTOS

Deus, agradeço-te por tudo o que me permitiste viver até agora, pelo renovar de minhas forças a cada dia, por ter me dado saúde e determinação para tocar este trabalho. Obrigada por me ajudar a superar as dificuldades e provações que surgiram em meu caminho, pois elas acabaram por produzir perseverança para dar continuidade aos meus objetivos e se traduziram, ao fim, em bênçãos disfarçadas.

Agradeço à minha família, em especial aos meus pais pelo apoio incondicional, cuidado, confiança e dedicação, pois sem vocês a alegria da conclusão deste trabalho e deste curso não teria sentido. Mãe, muito obrigada pela fortaleza de suas palavras e pela dedicação de sempre. Pai, muito obrigada pela confiança e por seu exemplo de vida que muito me fizeram perseverar em busca de meu sucesso também. À minha irmã Taise, às minhas tias Eraldice e Luciana, ao Luís Arthur, pelo grande carinho e pelas confortáveis palavras de incentivo. Conto com vocês presentes também nas próximas vitórias e alegrias da vida.

Agradeço às minhas amigas Fabiane e Aliane, por sempre acreditarem em meu sucesso, por vocês tenho imenso carinho e admiração, são amigas que nasceram nestes saudosos anos de convivência na universidade e que quero ter presente em todos os anos de minha vida. À querida Danielli, pelas conversas, dicas e palavras de apoio que muito contribuíram.

Agradeço também aos “idosos” que permitiram a realização deste estudo, com os resultados das suas vivências, não só no que tange ao consumo de serviços de saúde, pude experimentar uma realidade social da qual antes apenas havia compartilhado quando da leitura de livros e jornais. Obrigada pela experiência de vida e ganho social proporcionados.

Aos mestres que muito contribuíram para o meu despertar para a economia. No decorrer destes anos pude perceber que a economia pode oferecer instrumentos capazes de realizar grandes efeitos sociais na vida das pessoas. Assim, aproveito para expressar minha gratidão e respeito aos Professores Henrique Tomé, Oswaldo Guerra, Hamilton Ferreira, Ihering Alcoforado e Lívio Wanderley. Por fim, agradeço a todos os funcionários da faculdade de economia, as pessoas que cuidam da portaria, do colegiado, da biblioteca, pois vocês sempre estiveram dispostos a me ajudar, obrigada também pelas palavras de incentivo.

Cuidar de uma população idosa saudável é diferente de  
cuidar de uma população doente.

Ana Amélia Camarano

## RESUMO

Este trabalho monográfico visa fazer uma análise do perfil socioeconômico dos idosos demandantes do Sistema Único de Saúde - SUS na assistência médica do município de Salvador - Bahia no ano de 2009, a fim de prestar uma nova contribuição para o diagnóstico da situação presente e, dessa forma, auxiliar as políticas públicas no campo da saúde do idoso. Propõe-se também analisar se o atual modelo de assistência médica, no contexto do SUS, atende as necessidades e demandas dos idosos respeitando as suas peculiaridades, conforme orienta os princípios do SUS e as políticas públicas sobre a pessoa idosa. Tal objetivo está de acordo com o propósito de responder a uma problemática emergente que se configura no Estado da Bahia e no Brasil. Pois, diante da transição demográfica e do desenho de um novo perfil epidemiológico da população brasileira, refletindo o ganho de esperança de vida e o seu conseqüente aumento da população idosa, reconhecemos que tal processo ocorre de forma muito rápida e sem a devida reorganização socioeconômica e de bem-estar na área de saúde. Portanto, procurei conhecer os fenômenos levantados, buscando interpretá-los e descrevê-los, na tentativa de retratar a situação atual. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de natureza descritiva, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado com base na coleta de dados junto às fontes de dados disponíveis nas páginas do Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Serão consideradas também as estatísticas e conteúdos disponíveis na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB); na Secretaria Municipal de Saúde; nos Censos Demográficos Brasileiros; na Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD). Além disso, foi realizada a coleta de dados primários por meio de aplicação de questionário.

Palavras-chave: Assistência médica. Demanda. Envelhecimento populacional. Iniquidade. Morbidade hospitalar. Oferta. Salvador. SUS.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Unidades e Centros de Saúde do SUS no município de Salvador 2009.....	41
Quadro 2 – Serviço de Atenção Domiciliar e Internação Domiciliar do SUS Salvador 2009..	42
Gráfico 1 – Evolução do percentual da população de Salvador coberta pelos PSF e PACS 2002 a 2007.....	42
Gráfico 2 – Frequência de Internações no SUS, por Sexo e Faixa Etária – Salvador 2008.....	44
Gráfico 3 – Taxa de Utilização dos serviços do SUS – Salvador 2008.....	45
Gráfico 4 – Taxa de Utilização no SUS, por Sexo e Faixa Etária – Salvador 2008.....	45
Gráfico 5 – Média de Permanência Hospitalar por faixa Etária (em dias), Salvador 2008.....	46
Gráfico 6 – Valor Médio das Internações, por Faixa Etária e Sexo – Salvador 2008.....	47
Gráfico 7 – Perfil de Morbidade Hospitalar dos Idosos atendidos na rede do SUS – Salvador 2008.....	48
Gráfico 8 – Valor Médio das Internações dos Idosos, por Grupos de Causas – Salvador 2008... .....	50
Gráfico 9 – Serviço de Saúde que o idoso utiliza quando precisa de atendimento médico.....	55
Gráfico 10 – Relação Renda e Plano de Saúde entre idosos que demandam assistência médica em Salvador.....	56
Gráfico 11 – Avaliação dos idosos quanto ao atendimento que recebem no SUS em Salvador.....	58
Gráfico 12 – Dificuldades de acesso à assistência médica SUS de Salvador enfrentadas pelos idosos.....	59
Gráfico 13 – Distribuição da preferência dos usuários idosos do sistema SUS de Salvador...60	
Gráfico 14 – Número de doenças crônicas auto-referidas entre os idosos em salvador. 2009.....	61
Gráfico 15 – Grupos de doenças que a população idosa que demanda assistência médica em Salvador possui.....	62
Gráfico 16 – Grupos de doenças apontadas pelos idosos como causas das suas hospitalizações após terem completado os seus 60 anos.....	62
Gráfico 17 – Forma de obtenção de remédios.....	64



Gráfico 18 – Custos mensais dos idosos com medicamentos.....	65
Gráfico 19 – Visitas de médico do Programa Saúde da Família e visita de Agente de Saúde aos idosos.....	67
Gráfico 20 – O Sistema Único de saúde atende as necessidades do idoso.....	68
Gráfico 21 – Principais motivos que identificam que o idoso não é bem tratado.....	68
Gráfico 22 – Distribuição etária dos idosos que demandam assistência médica em Salvador. 2009.....	69
Gráfico 23 – Distribuição de cor de pele da população idosa que demanda assistência médica no município de Salvador. 2009.....	70
Gráfico 24 – Distribuição de renda da população idosa que demanda assistência médica no município de Salvador. 2009.....	71
Gráfico 25 – Distribuição de Ocupação da população idosa que demanda assistência médica no município de Salvador. 2009.....	72
Gráfico 26 – Relação Sexo e Ocupação da população idosa que demanda assistência médica no município de Salvador. 2009.....	74
Gráfico 27 – Estrutura familiar da população idosa que demanda assistência médica no município de Salvador. 2009.....	75

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>A PESSOA IDOSA - CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL</b>	<b>14</b>
2.1	ASPECTOS CONCEITUAIS	14
2.1.1	O conceito de idoso	14
2.1.2	O Envelhecimento	15
2.1.3	Saúde e Desenvolvimento Econômico	18
2.1.4	Os conceitos de Oferta e Demanda na Economia dos Serviços de Saúde	23
2.2.	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO BRASIL	24
2.2.1	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	29
2.2.2	Os Princípios do Sistema Único de Saúde	30
2.2.3	O Sistema Único de Saúde e a Pessoa Idosa	34
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>36</b>
3.1	UNIVERSO DE PESQUISA E COLETA DE DADOS	36
3.2	PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS	37
<b>4</b>	<b>O PERFIL DA OFERTA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DO SUS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR – BAHIA</b>	<b>40</b>
4.1	DESCRIÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS MÉDICOS DO SUS	40
4.2	AS TAXAS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	43
4.3	AS DESPESAS DO SUS COM INTERNAÇÕES HOSPITALARES	46
4.4	GRUPOS DE CAUSAS E PROCEDIMENTOS DE INTERNAÇÃO – O PERFIL DE MORBIDADE HOSPITALAR DA POPULAÇÃO IDOSA	48
<b>5</b>	<b>O PERFIL SÓCIOECONÔMICO DA DEMANDA POR ASSISTÊNCIA MÉDICA DA POPULAÇÃO IDOSA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR – BAHIA NO ANO DE 2009</b>	<b>54</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>77</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>81</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>88</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas foram observadas expressivas mudanças sócio-demográficas no Brasil, o país está passando por uma rápida transição demográfica resultante, principalmente, da queda de fecundidade e mortalidade e aumento na população idosa. Em 2007, esse contingente atingiu a magnitude de 20 milhões, constituindo 10,5% da população, conforme dados de IBGE (2008a).

No estado da Bahia, ainda de acordo com IBGE (2008a), de uma população total de 14.109.000 milhões, aproximadamente 9,9% são de pessoas idosas. A cidade de Salvador abriga hoje uma população de quase três milhões de habitantes, dos quais aproximadamente 7,9% têm idade igual ou superior a sessenta anos.

O envelhecimento da população brasileira faz parte de um fenômeno mundial. Segundo informações da Organização das Nações Unidas (ONU) <sup>1</sup>, nos próximos 43 anos o número de pessoas com mais de 60 anos de idade será três vezes maior do que o atual. Os idosos representarão um quarto da população mundial projetada, aproximadamente 2 bilhões de pessoas de um total de 9,2 bilhões. O aumento da população idosa produz conseqüências demográficas, sócio-econômicas, e uma das mais importantes refere-se às demandas por assistência à saúde.

A longevidade reflete uma conquista em termos de políticas públicas de saúde e, portanto, de ganhos no desenvolvimento social e econômico. Todavia, o envelhecimento nos países desenvolvidos ocorreu acompanhado de melhorias significativas nas condições gerais de vida. Mas nos países em desenvolvimento, como o Brasil, apesar de melhorias em alguns indicadores, tal processo ocorre de forma muito rápida e sem a devida reorganização socioeconômica e de bem-estar na área de saúde.

Os avanços do sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), foram muitos, mas ainda enfrenta uma série de dificuldades no atendimento. Portanto, aos problemas antigos

---

<sup>1</sup> Relatório técnico de 2006 “Previsões sobre a população mundial”, elaborado pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da Organização das Nações Unidas.

até então não solucionados acrescenta-se a problemática do idoso para um sistema de saúde desumanizado e excludente.

Às demandas sociais acumuladas ao longo da trajetória de um modelo de desenvolvimento concentrador e excludente, no qual as políticas sociais nunca foram efetivamente priorizadas, somam-se agora demandas específicas, pressionando a sociedade e, sobretudo, os poderes públicos. A pauta das políticas públicas torna-se mais complexa, não apenas porque superpõe carências de diferentes grupos etários, mas sobretudo porque o faz muito abruptamente.(CEI, 1993, p.6).

Sabe-se que entre os fatores responsáveis pela expansão de custos em saúde, externos ao setor, estão os fatores demográficos, as mudanças na estrutura etária da população e custos diferenciados por faixa etária e um aumento das taxas de sobrevivência dos grupos com idades mais avançadas. Portanto, o aumento acelerado no número de idosos pode gerar uma alta na demanda de serviços de saúde e uma conseqüente pressão sobre o sistema de saúde, caso as políticas públicas que beneficiam esta área não sejam preventivas.

Existe uma visão comum de que a população idosa apresenta um perfil de morbidade que exige tratamento mais dispendioso do que as demais faixas etárias. Devido a três questões básicas: a morbidade prevalente nas faixas etárias mais avançadas requer tratamentos mais caros, por causa das doenças crônico-degenerativas; as taxas de internação nesse grupo etário são mais elevadas e o custo médio de internação de indivíduos idosos é maior do que aquele observado em faixas etárias mais jovens. As implicações sobre o sistema de saúde e os desafios a enfrentar no âmbito do planejamento de políticas públicas são muitos, pois tal contexto exige ações que garantam o atendimento humanizado às necessidades deste grupo populacional levando em consideração as suas características e peculiaridades.

Diante deste quadro, supõe-se que o sistema vigente, o SUS, é problemático e não está preparado adequadamente para atender às demandas dos usuários de faixa etária de 60 anos e mais em conformidade com os seus princípios norteadores. Como informa CEI (1993, p.5), “o sistema de saúde, em situação reconhecidamente crítica, é desaparelhado para atender às demandas dos idosos acometidos com maior freqüência por doenças crônico-degenerativas que implicam tratamentos longos e custosos”.

Este trabalho monográfico visa, de forma geral, analisar o perfil socioeconômico da demanda por assistência médica dos idosos atendidos através do Sistema Único de Saúde no município de Salvador - Bahia no ano de 2009. Assim, o trabalho propõe-se a verificar se o SUS alcança as reais demandas deste grupo populacional, conforme garante os princípios do Sistema (a equidade, universalidade e a integralidade) e as políticas públicas para a pessoa idosa. Em termos específicos, a pesquisa visa: Descrever o padrão sócio-econômico da população idosa que demanda os serviços de atendimento médico do SUS, em Salvador, e, portanto, avaliar a qualidade deste atendimento; analisar o perfil de morbidade dos idosos atendidos na rede SUS no município de Salvador.

O trabalho está dividido em cinco capítulos. O primeiro consiste desta introdução, o segundo trata dos aspectos teóricos sobre o envelhecimento e aborda as políticas nacionais de amparo a pessoa idosa, sobretudo no que se refere à garantia do direito à saúde, numa perspectiva de avaliação do que tem sido realizado efetivamente no atendimento às necessidades de saúde deste grupo populacional no SUS. O terceiro capítulo discorre sobre os aspectos relacionados à metodologia de pesquisa. No quarto é apresentado o perfil da oferta de assistência médica do SUS no município de Salvador e é analisado o perfil de morbidade hospitalar dos idosos atendidos na rede do SUS do município, realizado mediante o estudo de dados secundários. No quinto são apresentados os resultados alcançados na pesquisa de campo do presente estudo. Portanto, será analisado o perfil socioeconômico dos idosos demandantes por assistência médica do SUS no município de Salvador. No sexto e último capítulo, serão realizadas as considerações finais sobre os resultados do presente estudo.

## 2 A PESSOA IDOSA – CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

### 2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS

#### 2.1.1 O conceito de idoso

Existem muitos critérios para demarcar a pessoa idosa. O conceito mais comum baseia-se no limite etário, na definição da Política Nacional do Idoso, Lei 8.842, de 4 de Janeiro de 1994; e o Estatuto do Idoso, Lei 10.741, de 1º de Outubro de 2003, que definem idosas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como idosas as pessoas com 60 anos de idade ou mais, se elas residem em países em desenvolvimento, situação do Brasil, e com 65 anos e mais se residem em países desenvolvidos. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera três categorias: os pré-idosos, pessoas com idade entre 55 e 64 anos; os idosos jovens, pessoas entre 65 e 79 anos de idade, ou entre 60 e 69 anos para quem vive na Ásia e na região do Pacífico; e os idosos de idade avançada, as pessoas com mais de 80 anos.

Nunes (2009) afirma que as diferenças individuais dificultam a associação do envelhecimento à idade cronológica, esta apenas fornece uma aproximação do processo de envelhecimento, no entanto, o organismo nem sempre está de acordo com a idade cronológica. “É freqüente encontrar pessoas ‘idasas’ com físico e intelecto ‘mais jovem’ e outras cronologicamente mais novas com físico e intelecto ‘mais envelhecido’.” (NUNES, 2009, p. 428).

Camarano; Pasinato (2009b) abordam que o envelhecimento associa-se a diminuição da capacidade física e biológica do indivíduo e relaciona-se com fragilidades de natureza psicológica e comportamental. Dessa forma, o estar saudável deixa de ser ligado à idade cronológica e passa a ser compreendido como a capacidade do organismo de responder às necessidades da vida cotidiana, a motivação física e psicológica para prosseguir na busca de seus objetivos e para alcançar novas conquistas pessoais e familiares. Ressalta que “o aumento da esperança de vida e as mudanças nos papéis dos indivíduos com mais idade na

sociedade colocam em discussão o próprio conceito de ‘idoso’”. (CAMARANO; PASINATO, 2009b, p. 4)

É importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Existem variações significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas mais velhas que possuem a mesma idade. As autoridades precisam considerar essas variações ao formular políticas e programas para as populações “mais velhas”. Fazer vigorar políticas sociais abrangentes baseadas somente na idade cronológica pode ser discriminatório e contraproducente para o bem-estar na terceira idade. (OMS, 2009, p.6)

“A heterogeneidade é a primeira constatação quando se estuda o envelhecimento populacional no Brasil” (FELIX, 2009, p.7). De acordo com Camarano; Pasinato (2009b, p.6), “essa heterogeneidade é decorrente, de um lado, das diferenciações na dinâmica demográfica e, de outro, das variadas condições socioeconômicas às quais o idoso de hoje foi exposto na sua trajetória de vida bem como das suas características básicas (de nascimento)”. E se não for levada em conta, debilita a compreensão do impacto do fenômeno da longevidade na economia brasileira.

Neste trabalho monográfico a população idosa refere-se à concepção adotada pela OMS e a definição que está na Política Nacional do Idoso, considerando como idosos os indivíduos com idade entre 60 anos e mais.

### **2.1.2. O Envelhecimento**

Lloyd-Sherlock (2002) citado por Camarano; Pasinato (2009b) afirmam que se pode falar da existência de duas visões polarizadas sobre o envelhecimento. A primeira visão é a da pessoa idosa como um ser dependente e vulnerável, tanto do ponto de vista econômico quanto do da saúde, que não possui capacidade para dar continuidade ativa às suas atividades, sem autonomia e produtividade, sem papéis sociais, vivenciando apenas perdas. A outra visão é aquela assumida pelos indivíduos que buscam o envelhecimento ativo, que mantêm a sua vida de forma saudável, praticando esportes, exercícios físicos, participando ativamente da vida em sociedade, buscando lazer e entretenimento e, dessa forma, garantem sua autonomia, ultrapassando os limites que ainda se idealiza na sociedade do idoso dependente.

Tendo em vista esta visão negativa a respeito da população idosa, até fins do século XIX as medidas direcionadas à proteção ao idoso não se diferenciavam das direcionadas aos doentes, ambos vistos como incapacitados para o trabalho, conforme informa Slater (1930) citado por Camarano; Pasinato (2009b).

Em estudo realizado por Bel (1990) citado por Fonte (2009, p.10) num discurso sobre a velhice nas décadas de 1970 e 1980 “se demonstrou que a marginalização dos velhos e velhas, resultava de sua pouca utilidade econômica nas sociedades que participam da expansão do capitalismo internacional”.

Camarano; Pasinato (2009b, p. 7) coloca que esta visão de dependência da pessoa idosa hoje foi ampliada e ultrapassou os aspectos puramente biológicos de aumento das debilidades físicas, “passou a ser vista, também, como um fenômeno decorrente de uma particular divisão do trabalho e da estrutura social”.

Dessa forma, alguns estudiosos direcionaram suas preocupações para a situação dos idosos na estrutura social produtiva, centrando as análises também na questão da ruptura com o mundo produtivo do mercado de trabalho, ou seja, na questão da aposentadoria.

O crescimento numérico deste grupo social concede uma nova dimensão à questão do envelhecimento humano, na medida em que exige a reestruturação de instituições centrais da estrutura socioeconômica. Previdência Social, sistema de assistência socio sanitária, mercado de trabalho e o papel do Estado, são reanalisados em um contexto de uma nova configuração etária da população. (FONTE, 2009, p. 3).

A garantia da proteção social definida na Previdência Social, segundo Medeiros (1998) citado por Caldas (2008, p. 777), está em questão, pois, “em consequência da transição demográfica, houve um aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, uma ampliação do número de pessoas que recebem benefícios, sem que tenha aumentado, na mesma proporção, o número de contribuintes”. Segundo Barbieri (2009), no Brasil, em 1940, havia cerca de 31 contribuintes para cada beneficiário da Previdência. Em 2007, a proporção foi de apenas 1,7 contribuintes para cada assegurado.



Todavia, Felix (2009) ressalta a importância que o rendimento dos idosos representa nos domicílios brasileiros. Informa que a pobreza seria dois pontos percentuais maior, caso os idosos constituíssem domicílios separados. “As pensões e benefícios são o tipo de transferência governamental mais determinante para a recente redução da desigualdade e redução da pobreza – superando o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e os programas sociais, como o Bolsa Família.” (BARROS apud FELIX, 2009, p.11).

Debert (2008) chama atenção para o fato da transformação da velhice em um tema privilegiado, que passou a ter presença nos debates sobre políticas públicas, na definição de novos mercados de consumo e novas formas de lazer.

As novas imagens do envelhecimento e as formas contemporâneas de gestão da velhice no contexto brasileiro (...) oferecem um quadro mais positivo do envelhecimento, que passa a ser concebido como uma experiência heterogênea em que a doença física e o declínio mental, considerados fenômenos normais nesse estágio da vida, são redefinidos como condições gerais que afetam as pessoas em qualquer idade. (DEBERT, 2008).

Ainda segundo esta autora, os indivíduos são estimulados a exercer uma vigilância constante do corpo e são responsabilizados pela própria saúde, pelos abusos corporais como a falta de exercícios, o consumo de bebidas, fumo. Visão esta defendida pelas políticas públicas de saúde visando a redução de custos.

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) define envelhecimento como:

Um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deteriorização de um organismo maduro próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte. (OPAS apud SILVA; PINTO; GUEDES, 2009, p. 20).

Hoje está em discussão na temática do envelhecimento o conceito de envelhecimento ativo. A OMS adotou o termo envelhecimento ativo no final dos anos 1990, que abrange um contexto mais amplo do que o envelhecimento saudável e reconhece, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem.

Segundo a OMS, “envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2009, p.13). Nesse sentido a OMS criou o Programa de Envelhecimento e Saúde, justificando que existem boas razões econômicas para se implementar programas e políticas que promovam o envelhecimento ativo, em termos de aumento de participação e redução de custos com cuidados:

As pessoas que se mantêm saudáveis conforme envelhecem enfrentam menos problemas para continuar a trabalhar. (...) à medida que as populações envelhecem, vai haver mais pressão para que as políticas públicas mudem – especialmente se mais e mais indivíduos atingirem a 3ª idade gozando de boa saúde, ou seja, aptos para o trabalho. Isto ajudaria a compensar os crescentes custos com pensões e aposentadorias, assim como os custos com assistência médica e social. (OMS, 2009, p. 18).

O conceito de envelhecimento ativo adotado pela Organização das Nações Unidas (ONU) relaciona-se com a autonomia, a independência, a qualidade de vida e a expectativa de vida saudável dos indivíduos. Autonomia “é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências” (OMS, 2009, p. 15). Independência é “a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros” (OMS, 2009, p14).

Qualidade de vida “é um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente” (OMS, 1994 apud OMS, 2009, p. 14). E expectativa de vida saudável é uma expressão considerada como sinônimo de expectativa de vida sem incapacidades físicas.

Camarano; Pasinato (2009b, p. 10) lembra que “as políticas públicas devem tanto responder às demandas dos indivíduos que buscam envelhecimento ativo como, também, tentar atender às necessidades daqueles em situação de vulnerabilidade trazida pela idade avançada.”

### 2.1.3 Saúde e Desenvolvimento Econômico

Desenvolvimento econômico, de acordo com o economista indiano Amartya Sen, é um processo de expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam. “O desenvolvimento tem de estar relacionado sobretudo com a melhoria de vida que levamos e das liberdades que desfrutamos” (SEN, 2000, p. 29).

Na visão de Sen, o subdesenvolvimento é visto amplamente na forma de privação de liberdade. E “a privação das pessoas podem ser mais prontamente constatada quando se verifica a privação de capacidades (mortalidade, morbidez, subnutrição, negligência médica etc. mais elevadas) do que empregando a análise baseada na renda” (SEN, 2000, p.111).

Pois, dessa forma, “as privações são vistas em um nível mais fundamental – mais próximo das demandas informacionais da justiça social. Daí a relevância da perspectiva da pobreza baseada na capacidade.” (SEN, 2000, p.112). Capacidade em termos de liberdade para ter estilos de vida diversos, ser adequadamente nutrido e livre de doenças evitáveis, viver até uma idade madura sem sucumbir à morte prematura, participar da vida da comunidade e ter respeito próprio.

Trata-se de uma concepção de desenvolvimento que integra considerações econômicas, sociais, políticas e que contrasta com as abordagens predominantes que identificam o desenvolvimento com o crescimento do Produto Nacional Bruto (PNB). O autor não retira a importância deste tipo de elemento como meio para expandir as liberdades. No entanto, explica que as liberdades também são determinadas pelas disposições sociais e comunitárias como cobertura médica, serviços de saúde públicos, educação escolar, lei e ordem, direitos civis, não violência.

Nesse sentido, “o envelhecimento da população é, antes de tudo, uma história de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e econômico” (OMS, 1999 apud OMS, 2009, p. 8). Os ganhos na saúde pública e nos padrões de vida têm permitido uma maior longevidade para as pessoas em quase todas as partes do mundo.

A expectativa de vida, o mais conhecido dos indicadores positivos da situação de saúde coletiva de uma população, passou por uma grande evolução no Brasil. Segundo Kalanche

(2008), em 1945 a expectativa de vida no Brasil era de 43 anos, em 2008 atingiu 73 anos. Este resultado está relacionado com a queda da mortalidade em todas as faixas etárias e com a redução da fecundidade da mulher brasileira. Em 1997 no Brasil, a taxa de fecundidade total era de 2,54 filhos em média por mulher, em 2007 esta taxa passou para 1,95, segundo dados do IBGE (2008c).

A mulher, sob influência das mudanças sociais que ocorreram a partir da década de 1960, alterou seu comportamento com conseqüências no mercado de trabalho, no nível de educação e no casamento. A fecundidade passou a integrar os direitos individuais. No século XXI, a mulher tem a metade dos filhos que a geração de sua mãe. (FELIX, 2009, p. 2).

Segundo Sen (2000), há estreita relação entre o bem-estar da mulher e sua condição de agente com a mudança do padrão de fecundidade e a com melhora da sobrevivência das crianças. Ou seja, a redução da natalidade está associada à mudança do papel da mulher na sociedade. “Pode-se dizer que nada atualmente é tão importante na economia política do desenvolvimento quanto um reconhecimento adequado da participação e da liderança política, econômica e social das mulheres. Esse é, de fato, um aspecto crucial do ‘desenvolvimento como liberdade’”. (SEN, 2000, p.235).

Em 2007, existia no Brasil uma população total de 189.820.000, e a sua população idosa correspondia a 10,5% deste total. De acordo com o IBGE (2008c), a população idosa brasileira, no período de 1997 a 2007, apresentou um crescimento relativo da ordem de 47,8%. Um incremento mais acelerado do que o apresentado pela população total (21,6%) no mesmo período. O segmento populacional de 80 anos ou mais de idade apresentou crescimento ainda superior, 86,1%. No Estado da Bahia, 9,9% da população era idosa, no ano de 2007.

A medicina preventiva e os programas voltados para a qualidade de vida também contribuíram significativamente para o aumento da longevidade, bem como as baixas taxas de mortalidade infantil ou prematura aumentaram a esperança de vida, em conseqüência de maiores oportunidades sociais: uma nutrição adequada, ampliação da cobertura dos serviços de saúde, ampliação do saneamento básico, tratamento de água, uso de vacinas e antibióticos como destaca Felix (2009).

No Brasil, em meados dos anos 1960, de acordo com IPEA (1966) citado por IPEA (2009), a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) era de 112 óbitos em cada mil crianças nascidas vivas, em 2005 esse número reduziu-se para 21,1 por mil. E entre 1996 e 2005, a TMI no Brasil decresceu 37,4%, sendo a região Nordeste a que apresentou o declínio mais significativo, 40,7%.

Apesar dessa redução no risco de morte entre as crianças de menos de um ano de idade, persistem intensos contrastes regionais e interestaduais, dada a conhecida correlação entre saúde e desenvolvimento econômico: na região Nordeste, em 2005, a TMI (25,5 por mil) era 1,85 vez superior à da região Sul (13,8 por mil). (IPEA, 2009, p. 166).

No Nordeste, fatores específicos como o aumento da cobertura da atenção básica, a ampliação da cobertura vacinal, a extensão do período de aleitamento materno exclusivo, a utilização da Terapia de Reidratação Oral (TRO) e o monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças contribuíram para a redução da mortalidade infantil. Fatores estes que estão associados à estratégia Saúde da Família, iniciada na segunda metade da década de 1990, conforme explica IPEA (2009).

Sen afirma que a importância da disponibilidade de oportunidades sociais nos países pobres tem muito a ver com gastos públicos. E ressalta que a expectativa de vida de uma população varia conforme estas oportunidades sociais, que no caso são políticas epidemiológicas, serviços de saúde, facilidades educacionais, entre outras, que dependem grandemente da ação dos governos, recorda Ribeiro; Menezes (2009).

A ONU destaca a importância do envelhecimento no âmbito da formulação das políticas públicas para o desenvolvimento tanto de países desenvolvidos quanto dos países em desenvolvimento:

As políticas para o desenvolvimento serão ineficientes se não priorizam a busca de alternativas para as demandas de uma sociedade envelhecida. Esta conjuntura provoca a necessidade de definir novos espaços nas diversas estruturas sociais para as pessoas idosas e reforça o debate sobre as atribuições do Estado. (ONU, 2002 apud FONTE, 2009, p. 3).

Nesta perspectiva, uma política para a população idosa deve ser parte de uma política nacional de desenvolvimento sustentável, a fim de aumentar o bem-estar da população como um todo, e construir uma “sociedade para todas as idades”<sup>2</sup>, conforme preconizado pela ONU.

Cabe agora criar melhores condições de vida para a população idosa. Nesse sentido, o Brasil necessita melhorar a sua situação econômica. Pois, o envelhecimento também conduz a um aumento das demandas sociais e econômicas. E estas novas demandas acrescentam-se aos problemas antigos ainda sem solução no país. “A longevidade da população brasileira apresenta-se como um processo em meio a um contexto de profundas transformações sociais. As alterações são impostas pela situação da conjuntura econômica brasileira, orientada pela política de ajuste fiscal” (FELIX, 2009, p.7).

Amartya Sen (2009b) coloca que o desenvolvimento de um país deve ser julgado também em função de critérios básicos como índice de mortalidade, índice de morbidade, doenças, atendimento hospitalar, educação entre outros aspectos relevantes para o desenvolvimento humano. Nesta perspectiva, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>3</sup> apresenta-se como um “sumário imperfeito” destes aspectos, afirma Sen.

Atualmente o Brasil ocupa a 70ª posição em IDH, apresentou uma melhora neste indicador social, que passou de 0,802 para 0,807, apesar de ter permanecido na mesma posição no ranking. O país continua entre os países considerados de alto desenvolvimento humano (aqueles com IDH superior a 0,800). De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a melhora do indicador brasileiro pode ser creditada aos avanços no aumento de sua taxa de alfabetização, que foi de 88,6% para 89,6%. Também teve contribuição o aumento da expectativa de vida (que passou de 71,7 para 72 anos) e do PIB per capita que passou para US\$ 8.949.

O Estado da Bahia apresentou o IDH de 0,742 no ano de 2005, uma evolução em comparação com ano de 2000 em que foi registrado IDH de 0,688. O Estado tem, portanto, um

---

<sup>2</sup> O ano de 1999 foi denominado o Ano Internacional dos Idosos, e seu o *slogan* foi a promoção de uma “sociedade para todas as idades.”

<sup>3</sup> Quanto mais próximo de 1 o valor do IDH, maior será o nível de desenvolvimento humano do país ou região.

desenvolvimento humano médio (IDH entre 0,500 e 0,799). A melhora no indicador baiano foi alcançada, principalmente, devido a educação (IDH-Educação passou de 0,785, em 2000, para 0,830 em 2005) seguindo a tendência nacional. Contribuindo também a longevidade (IDH-Longevidade passou de 0,751, em 2000, para 0,775, em 2005). O município de Salvador apresenta desenvolvimento humano elevado com o IDH de 0,805, segundo o Sistema de Informação Municipal (SIM).

#### **2.1.4 Os Conceitos de Oferta e Demanda na Economia dos Serviços de Saúde**

“Oferta e demanda são as forças que movem as economias de mercado. Determinam a quantidade produzida de cada bem e o preço pelo qual será vendido.” (MANKIWI, 2001, p.65). Segundo Mankiw (2001) os conceitos de oferta e demanda se referem ao comportamento das pessoas quando interagem nos mercados.

A quantidade de demanda de qualquer bem é a “quantidade do bem que os compradores desejam e podem comprar.” (MANKIWI, 2001, p.67). “A quantidade oferecida de qualquer bem ou serviço é a quantidade que os vendedores estão dispostos e podem vender” (MANKIWI, 2001, p.74).

Segundo Piola; Vianna (2009, p.111) a demanda por serviços de saúde possui certas peculiaridades que a diferencia das demais: “a demanda por serviços de saúde é irregular e imprevisível”, pois os indivíduos, em sua maioria, não sabem quando irão necessitar de atenção médica; ocorre em circunstância anormal de doença, o que pode comprometer a racionalidade do consumidor; envolve riscos que geram a necessidade de um elo de confiança na relação entre o médico e o paciente: “no caso da atenção médica, não há garantia de que uma experiência anterior bem-sucedida, como, por exemplo, uma cirurgia, se repita da mesma maneira, ainda que sob os cuidados da mesma equipe médica” (PIOLA; VIANNA, 2009, p. 112). Estes aspectos estão ligados aos fatores condicionantes do comportamento da demanda por serviços de saúde.

O mercado de atenção médica realiza a cobrança diferenciada de preços para um mesmo tipo de serviço (e mesmo custo), e muitas vezes, as práticas de cobrança são desvinculadas de

custos. Esta é uma das “características da oferta que podem distorcer a estrutura de preços e, portanto, a informação disponível para os consumidores, deslocando a demanda das condições ótimas” (PIOLA; VIANNA, 2009, p. 113). Além disso, o reconhecimento de que há diferença de conhecimento entre médicos e pacientes em favor dos primeiros é um aspecto da demanda por serviços de saúde que possibilita induções de demanda.

Tendo em vista estes e outros aspectos peculiares da demanda por serviços de saúde, bem como devido ao fato de “os tratamentos médicos podem implicar custos econômicos importantes (por seus custos ou por debilitação)” (PIOLA; VIANNA, 2009, p. 115), a sociedade buscou no seguro público e/ou privado a alternativa para minimização das incertezas e dos riscos que envolvem este tipo de demanda. Além do mais, a característica de bem meritório da saúde contribui para a existência de mecanismos públicos de seguro para a saúde, tendo em vista a importância que a sociedade atribui à sua produção.

A característica essencial dos bens semipúblicos ou bens meritórios são as externalidades. Ou seja, os benefícios provenientes de seu consumo não são internalizados inteiramente pelo indivíduo que o consome, eles atingem toda a coletividade.

Para Amartya Sen (2000, p. 153), aqueles bens “que as pessoas consomem juntas, e não separadamente” são chamados bens públicos. E aplica esta definição para áreas como preservação ambiental, além das de epidemiologia e de serviços públicos de saúde:

Posso estar disposto a pagar por minha parte em um programa social de erradicação da malária, mas não posso comprar minha parte da proteção na forma de “bem privado” (como uma maçã ou uma camisa). Esse é um “bem público” – um meio livre da malária – que temos de consumir juntos. Por certo, se eu realmente conseguir organizar um meio livre da malária no local em que vivo, meu vizinho também terá um meio livre dessa doença, sem ter de “comprá-lo de ninguém. (SEN, 2000, p. 153)

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO BRASIL

Políticas públicas podem ser conceituadas como “conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades



governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental.” (LUCHESE, 2008, p.9).

Políticas públicas de saúde são ações sociais do Estado que buscam realizar melhorias nas condições de saúde e vida da população. Detém o dever particular de “organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade” (LUCHESE, 2008, p. 3).

A Constituição Federal de 1988 orienta as políticas públicas de saúde no Brasil. E a base institucional dessa política é o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei Complementar da saúde, Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990.

O Artigo 230 da Constituição Federal estabelece que “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.” (BRASIL, 2008a). Em seu primeiro inciso, o artigo estabelece que os programas de cuidados dos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. A família, portanto, continuou sendo a principal responsável pelo cuidado da população idosa, podendo ser criminalizada caso não o faça.

Quanto à saúde, reza a Constituição em seu Artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 2008a). Com a criação do SUS foi reafirmado aos brasileiros o direito à saúde constitucionalmente garantido em 1988.

“Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece” (BRASIL, 2009m). Nesse sentido, foi promulgada em 1994 a Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada em 1996, a fim de “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 2009a).

As principais diretrizes norteadoras da PNI consistem em: viabilizar formas alternativas de participação do idoso que proporcionem sua integração às demais gerações; participação do idoso, através de suas organizações representativas, com vistas a formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos; priorizar o atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência; promover a capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia; priorizar o atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços; e estimular o apoio a estudos e pesquisas sobre as questões referentes ao envelhecimento, conforme Brasil (2009a).

Em 1999, é aprovada a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria nº 1.395/99), a qual foi revogada em 19 de Outubro de 2006, quando foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), por meio da Portaria nº 2.528, a fim de realizar uma revisão e atualização para adequar-se às mudanças transcorridas desde 1999, conforme indica Brasil (2009m).

Segundo Camarano; Pasinato (2009a, p. 269), a Política Nacional de Saúde do Idoso “foi conseqüência do entendimento de que os altos custos envolvidos no tratamento médico dos pacientes idosos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não estavam resultando no real atendimento das suas necessidades específicas.” Esta política apresenta dois eixos: Medidas preventivas com destaque para a promoção da saúde e atendimento multidisciplinar específico para esse contingente.

O Congresso Nacional do Brasil sancionou, em 2003, o Estatuto do Idoso, o qual dá “um tratamento integral e com uma visão de longo prazo ao estabelecimento de medidas que visam proporcionar o bem-estar dos idosos.” (CAMARANO; PASINATO, 2009a, p. 270). Essa nova legislação conta 118 artigos que discorrem sobre diversas áreas dos direitos fundamentais e as necessidades de proteção dos idosos, com a finalidade de reforçar as diretrizes da PNI. O avanço se dá, principalmente, no que tange à previsão sobre o estabelecimento de crimes e sanções administrativas para o não cumprimento dos ditames legais, ressalta Camarano; Pasinato (2009a).

O Estatuto discorre em todo o Capítulo IV sobre o direito à saúde, e responsabiliza o SUS por assegurar a atenção integral à saúde do idoso, “garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.” (BRASIL, 2009b). Garante que ao Poder Público cabe fornecer os medicamentos gratuitamente aos idosos, em especial os de uso continuado. Bem como veda a discriminação dos idosos nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados devido à idade, segundo Brasil (2009b).

No Artigo 4, o Estatuto do Idoso estabelece que “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.” (BRASIL, 2009b). O Artigo 19 do Estatuto determina que, nos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso, os profissionais de saúde deverão obrigatoriamente comunicar os órgãos competentes.

Em pesquisa realizada pelo Núcleo de Opinião Pública da Fundação Perseu Abramo, São Paulo, lançada em maio de 2007, foi constatado que, no Brasil, “embora inicialmente apenas um em cada sete idosos relate espontaneamente ter sofrido alguma violência por sua condição de pessoa idosa, após o estímulo de diferentes formas de maltrato ou desrespeito, mais de 1/3 dos idosos informa já ter sofrido alguma violência por conta da idade”.

Outra questão que tange a violação dos direitos dos idosos refere-se aos planos de saúde no Brasil. Aqueles idosos que optam por ter um plano de saúde encontram grandes dificuldades para aderir a um bom plano. Como são mais suscetíveis a doenças e, portanto, podem vir a utilizar com frequência os serviços de saúde, eles são vítimas de discriminação das operadoras de planos de saúde. E quando já possuem um plano de saúde, sofrem com as abusivas mensalidades.

Em 22 de fevereiro de 2006, foi publicada a Portaria nº 399/GM, documento que divulga as Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Este representa um compromisso entre os gestores do SUS a respeito de prioridades que apresentam impacto

sobre a situação de saúde da população brasileira, devendo os três níveis de gestão – Federal, Estadual, Municipal – pactuar as ações para atingir as prioridades estabelecidas.

Entre as prioridades e objetivos do Pacto pela Vida está a saúde do idoso e a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral. A promoção do envelhecimento ativo e saudável está entre suas principais diretrizes, conforme Brasil (2009n).

São ações estratégicas do Pacto pela Vida (BRASIL, 2009n): Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa; Programa de Educação Permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica à saúde; Acolhimento: reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso; Atenção Diferenciada na Internação: instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar; Atenção Domiciliar.

No âmbito estadual, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008, estabeleceu prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para o ano de 2008, entre elas está a atenção à saúde do idoso, segundo Brasil (2009o). Conforme Bahia (2009c), foi definido como prioridade do Pacto pela Vida para 2008, na Bahia, na área de atenção à saúde do idoso, identificar pessoas idosas em situação de fragilidade ou em risco de fragilização para ações de prevenção de quedas e acompanhar a cobertura vacinal com a vacina contra influenza nos maiores de 60 anos no município.

O Plano Estadual de Saúde do Estado da Bahia da atual gestão, Bahia (2009b), colocou entre suas estratégias o reordenamento do perfil da oferta de serviços baseado no perfil epidemiológico da população, o que pode vir a conferir uma melhor aproximação das necessidades de saúde da população baiana e, portanto, que pode vir a atentar para as necessidades da população idosa. Este Plano identificou alguns problemas e definiu objetivos e metas para eles, como para as Doenças Crônicas Degenerativas. Tendo em vista que o perfil

epidemiológico do idoso abrange doenças deste tipo, estas metas podem vir a beneficiar este grupo populacional.

### 2.2.1 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

No plano da atenção à saúde do idoso, como foi dito em linhas anteriores, o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Política Nacional de Saúde do Idoso, em 1999. Sendo revogada em Outubro de 2006, quando foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), por meio da Portaria nº 2.528. Assim realizado, “considerando a necessidade de que o setor saúde disponha de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso” (BRASIL, 2009m).

Foi definido que “a atenção à saúde da população idosa terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família tendo como referência a rede de serviços especializada em média e alta complexidades” (SILVA; PINTO; GUEDES, 2009, p. 26). O Programa Saúde da Família (PSF) coloca a necessidade de uma atenção especial aos idosos. De acordo com Silvestre; Costa Neto (2003) citado por Camarano; Pasinato (2009a, p. 278), essa atenção pode ser efetivada “através de medidas promocionais de proteção específica, da identificação precoce dos agravos de saúde mais frequentes e sua intervenção, bem como por medidas de reabilitação voltadas para evitar a sua separação do convívio familiar e social.”

Conforme Camarano; Pasinato (2009a, p. 278) ressaltam, a atenção especial do PSF à saúde do idoso representa um avanço em termos de um modelo de saúde, pois “os idosos são normalmente associados a doenças crônicas e tratamentos dispendiosos sem que se leve em consideração as potenciais contribuições que um atendimento primário de saúde possa ter para a redução dos custos”.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera que:

O principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária. (MS, 2002, apud CAMARANO, 2009a, p. 279).

Uma das diretrizes da Organização Mundial da Saúde, assumida pelo Ministério da saúde, é o envelhecimento ativo. Dessa forma, entre as principais diretrizes da PNSPI, conforme Brasil (2009m), está a promoção do envelhecimento ativo e saudável, que inclui aproveitar todas as oportunidades para valorizar e respeitar a velhice; realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo; promover a saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização; estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos; implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o auto-cuidado dos usuários do SUS; ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional; e investir na promoção da saúde em todas as idades.

A Campanha Nacional de Vacinação do Idoso contra influenza, a gripe, é um serviço de saúde importante prestado pelo SUS à população idosa, pois as complicações da gripe são mais sérias a partir dos 60 anos de idade. Neste ano, a campanha pretende imunizar 80% da população idosa. De acordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde, a vacinação dos idosos contra a gripe reduz consideravelmente as mortes hospitalares devido a doenças respiratórias, bem como reduz as chances de mortes hospitalares por pneumonia e gripe.

Ainda segundo (2009m), outras diretrizes da PNSPI são a atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas na área.

### **2.2.2 Os Princípios do Sistema Único de Saúde**

São princípios do Sistema Único de Saúde a universalidade e equidade no acesso aos serviços de saúde e às ações desenvolvidas nesta área e, a integralidade do atendimento, a descentralização e a participação popular.

O princípio de universalidade garante constitucionalmente a todos os cidadãos brasileiros, sem quaisquer privilégios ou dificuldades, o “acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (BRASIL, 2008b).

No entanto, entre o princípio de que a saúde seja um direito de todos, como reza a constituição brasileira, e a garantia de seu cumprimento, “interpõe-se uma distância considerável, visto que não basta preconizar as mesmas bases sanitárias para toda sociedade, uma vez que as demandas pessoais são deveras abrangentes, podendo, neste caso, se produzir um aguçamento das disparidades.” (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2009, p.138).

Quanto ao princípio de equidade no acesso a saúde, afirma Luchese (2008), não significa necessariamente que o SUS deve tratar a todos de maneira igual, mas sim respeitar os direitos de cada um, conforme suas diferenças, trata-se de um princípio de justiça social.

A equidade objetiva reduzir as desigualdades, mas equidade não é sinônimo de igualdade. Pois, as pessoas não são iguais e detém de necessidades diferentes. “Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida”, como explica Luchese (2008, p. 152).

Para Amartya Sen, tratar de forma diferente os distintos grupos e pessoas, no que tange aos recursos dispensados na saúde, pode representar a melhor forma de se alcançar uma sociedade mais justa. A extensão da equidade em saúde possui uma significativa abrangência, capaz de perpassar acordos sociais, distribuição econômica e o legítimo espectro da liberdade, afirma Sen (2009a).

“Compreender as desigualdades em saúde e suas relações com outros campos em que se manifesta a disparidade (...) torna-se capital para o equacionamento e a proposta de medidas para reduzir os desníveis existentes”. (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2009, p. 138).

De acordo com West (1979) citado por Piola; Vianna (2009), existem dois tipos de equidade: equidade horizontal, que significa tratamento igual para iguais, relacionando-se com o princípio de igualdade; e equidade vertical, que trata-se do tratamento desigual para desiguais, pressupondo uma discriminação positiva e que os tratamentos iguais podem ser não-equitativos. Quanto a este último aspecto:

É o caso hipotético citado por Le Grand, no qual duas pessoas com o mesmo problema de saúde recebem o mesmo tratamento. Uma, entretanto, por desfrutar de condições físicas superiores, reage mais rapidamente à terapêutica. Neste caso, a igualdade de tratamento resultou em desigualdade de resultado. Teria sido, por conseguinte, mais equitativo proporcionar melhores cuidados ao paciente mais vulnerável, cuja capacidade de resposta fosse presumivelmente pior. (VIANNA apud PIOLA; VIANNA, 2009, p. 129).

A equidade tem sido debatida no Brasil, principalmente, em termos de mecanismos redistributivos que garantam maior igualdade geográfica nos recursos financeiros disponíveis para o setor saúde entre os estados. No entanto, a equidade deve ser observada também quanto à sua dimensão social, quanto às desigualdades entre os grupos sociais. Pois a saúde possui forte influência social, que tende a ser desfavorável aos indivíduos pertencentes aos segmentos populacionais de mais baixa renda, menos favorecidos, afirma Travassos (2009b).

Pode-se pressupor que uma distribuição mais equânime de recursos financeiros entre regiões, apesar de vir a reduzir as desigualdades geográficas na utilização de serviços de saúde, não é condição suficiente para alterar as desigualdades sociais (intra-regiões). Pode não só não as alterar, como, eventualmente, vir a aumentá-las, caso não se acompanhe de medidas reguladoras voltadas para equidade. Destaca-se, assim, a fundamental importância do desenho do modelo assistencial local para a redução das desigualdades sociais na utilização de serviços de saúde. (TRAVASSOS, 2009b, p. 5).

A integralidade indica que o sistema de saúde deve oferecer ao cidadão as condições de atendimento conforme as suas necessidades. Significa considerar a pessoa como um todo, satisfazendo todas as suas necessidades. E, para tanto, faz-se necessário a articulação entre as ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, e de tratamento e reabilitação. Trata-se de um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. (BRASIL, 2008b).

O princípio de Descentralização do SUS diz respeito à redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre as esferas de governo – união, estados, municípios, distritos, “partindo do pressuposto que quanto mais perto o gestor estiver dos problemas de uma comunidade, mais chance terá em acertar na resolução dos mesmos.” (LUCHESE, 2008, p.12). Quanto à participação popular esta “é a garantia constitucional que a população, através



de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas e controle de sua execução”, descreve Luchese (2008, p. 12).

As formas de participação da população na gestão do SUS são as Conferências e os Conselhos de Saúde. Através dos seus representantes, a população pode influenciar e acompanhar as ações desenvolvidas para a área de saúde, a fim de garantir que seus interesses sejam observados pelas ações do governo. A Conferência de Saúde é convocada a cada quatro anos, com o objetivo de avaliar a situação da saúde e dar subsídios para a formulação das políticas.

Com a criação do SUS muitos foram os beneficiados, visto que antes deste uma boa parcela da população não tinha condições financeiras para custear os serviços de saúde privados. Fortes; Zoboli (2008, p.20), dizem: “É inegável que a implantação do SUS representa um grande efeito distributivo e de inclusão social, pois, antes dessa opção histórica do país, apenas 25% da população brasileira que estava formalmente inserida no mercado de trabalho tinha assegurada assistência à saúde”.

É o único sistema a garantir assistência integral e gratuita para toda a população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer. A vigilância sanitária, a política de vacinação, a política de transplantes são públicas. Bem como o atendimento de urgência e emergências nas grandes capitais é realizado nos pronto-socorros municipais.

O SUS é representado por uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais, cerca de 6 mil unidades hospitalares e mais de 440 mil leitos. A produção anual do sistema é de aproximadamente 12 milhões de internações hospitalares, 132 milhões de atendimentos de alta complexidade, 150 milhões de consultas médicas, 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde, segundo Brasil (2009j).

Os avanços na política de saúde brasileira não se ativeram apenas a sua universalização e descentralização. O Brasil conquistou também importantes avanços no campo da saúde, com uma mudança do paradigma de atendimento. O modelo de atendimento passou de especializado para um mais voltado para o atendimento primário ou atenção básica. (CAMARANO; PASINATO, 2009a, p. 278).

### 2.2.3 O Sistema Único de Saúde e a Pessoa Idosa

É consenso entre os estudiosos que o país está passando por um processo de transição demográfica. Paralelo a este, observa-se também o processo de transição epidemiológica, o que se constitui numa alteração nos padrões de moléstia:

A prevalência de doenças de intervenção primária, como as infecto-contagiosas, passam a ser substituídas por quadros patológicos mais complexos e de intervenção mais cara (necessitam de pessoal qualificado, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares de alto custo), como as doenças crônico-degenerativas e distúrbios mentais, tais como patologias cardiovasculares, câncer e stress, que acometem, predominantemente, a população idosa. (VERAS 1994 apud SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2009, p. 901).

Estas alterações “refletem-se em mudanças na estrutura da atenção de cuidados hospitalares e na conseqüente elevação dos custos de atenção médico-hospitalar.” (NUNES, 2009, p.427). “Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perdurando por vários anos e exigindo acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes, com intervenções contínuas.” (GORDILHO, 2001, p. 141). Dessa forma, atenção e cuidado para esta condição de saúde é importante para que ela não resulte na incapacidade do indivíduo, dificultando a independência no desempenho de suas atividades cotidianas e comprometendo a sua qualidade de vida, afetando sua integração e participação na sociedade.

Segundo OPAS (2009), estima-se que entre 75 a 80% da população de 60 anos e mais têm pelo menos uma condição crônica. A hipertensão arterial e a artrite/artrose são as doenças crônicas mais prevalentes entre os idosos. O diabetes e a depressão, embora menos freqüentes, são doenças potencialmente incapacitantes. “A hipertensão e o diabetes têm sido alvos de programas de saúde pública, mas a artrite e a depressão continuam sendo tratadas predominantemente como doenças individuais, sem a devida atenção como problemas de saúde coletiva.” (OPAS, 2009, p. 23).

Ainda de acordo com OPAS (2009), as duas principais causas de mortalidade entre idosos brasileiros são o acidente vascular cerebral e a doença isquêmica do coração. Observa-se também um aumento progressivo dos diferentes tipos de câncer. No SUS as doenças crônicas consomem 60,1% dos gastos ambulatoriais e hospitalares. O número médio de internações

entre os idosos têm sido o dobro do que entre o restante dos adultos nos últimos anos, e esta razão aumenta com a idade, chegando a mais de três vezes na faixa etária de 80 anos e mais de idade.

As quedas e as suas conseqüências para as pessoas idosas no Brasil têm assumido quase uma dimensão de epidemia, conforme concordam os especialistas. Estão associadas principalmente a dificuldades de visão e audição e ao uso de medicamentos, dificuldades de equilíbrio, osteoporose. A cada ano o SUS tem gastos crescentes com tratamentos de fraturas em pessoas idosas. No municio de Salvador, foram registradas 320 internações de pessoas idosas por fratura do fêmur no período de fevereiro de 2008 a fevereiro de 2009.

Evitar que o idoso caia constitui-se numa política pública indispensável, não só porque o evento afeta de maneira desastrosa a vida dos idosos e de suas famílias, como também requer expressivos recursos econômicos no tratamento de suas conseqüências. Para o sistema de saúde, os custos são realmente altos. (VIRGÍLIO, 2009).

Para promover a saúde deste grupo populacional o Ministério da Saúde chamou as secretarias estaduais e municipais de saúde a realizarem esforços conjuntos para redução das taxas de internação por fratura do fêmur na população idosa. Uma das prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida 2008 no Estado da Bahia está relacionada às quedas dos idosos.

Fica clara a necessidade de se analisar as políticas públicas de saúde destacando o envelhecimento em termos de sua demanda dos serviços de saúde, pois no Brasil, historicamente, já atende de forma insuficiente à população em geral e mais complexa é a situação diante das novas demandas de saúde dos idosos.

Além da necessidade óbvia de alocar recursos adicionais para os cuidados de saúde da população idosa, algumas soluções dependem da implementação de programas de saúde específicos e eficientes para essa fração da população, enquanto outras dependem de uma adequada rede de proteção social. (...) A saúde pública deve privilegiar políticas de prevenção e promoção da saúde, sobretudo em relação às doenças crônicas que, muito freqüentemente, geram incapacidade. (OPAS, 2009, p. 22-23).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 UNIVERSO DE PESQUISA E COLETA DE DADOS

Este trabalho monográfico visa, especificamente, analisar o perfil socioeconômico e de morbidade da população idosa que demanda assistência médica na rede do Sistema Único de Saúde da cidade de Salvador. As seguintes variáveis socioeconômicas foram consideradas: idade, sexo, cor da pele, estado civil, ocupação e previdência social, local de residência, escolaridade, renda mensal, posse de plano de saúde, entre outras. Quanto à oferta de assistência médica do SUS de Salvador, além da descrição dos serviços prestados, foram observadas as seguintes variáveis: Freqüência total de internações no Sistema Único de Saúde no município de Salvador, no ano de 2008; as taxas de utilização dos serviços de saúde (freqüência de internações/número da população); o tempo médio de permanência hospitalar, o valor médio das internações; os grupos de causas e procedimentos de internações hospitalares mais freqüentes para os idosos.

Em termos operacionais a pesquisa consiste de uma abordagem descritiva e quantitativa, combinando o enfoque empírico (trabalho de campo) e teórico. A pesquisa tem por finalidade identificar e analisar os fenômenos de demanda de saúde para o idoso no município de Salvador, com ênfase na caracterização do perfil socioeconômico da população idosa, tendo como referencial teórico elementos da economia da saúde.

As fontes de informações utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa foram, em parte, obtidas por meio da coleta de dados secundários do sistema de saúde SUS. E em parte obtidos por meio de pesquisa de campo, dados primários, coletados via aplicação de questionários junto aos pacientes idosos de centros de saúde/unidades básicas da rede pública de saúde do município de Salvador, e a pessoas idosas entrevistadas aleatoriamente no município sobre suas demandas por serviços de saúde. O questionário de demanda está no apêndice A.

No decorrer da análise serão abordados alguns aspectos que constituem a base teórica sobre equidade em saúde. A sua análise propõe retratar a mudança de foco na discussão sobre as desigualdades econômicas e sociais que visam à formulação de políticas públicas orientadas à equidade no campo da saúde em relação ao idoso.

O universo de pesquisa são os idosos em geral, que buscam a assistência médica ofertada pelo Sistema Único de Saúde no município de Salvador. A amostra deste estudo foi composta por 100 idosos, sendo que 70 idosos foram entrevistados na sala de espera de atendimento de centros de saúde/unidades básicas da rede pública de saúde do município de Salvador, e 30 idosos entrevistados aleatoriamente no município sobre suas demandas por serviços de saúde. Estas entrevistas realizadas aleatoriamente foram dirigidas em áreas de circulação pública (praças públicas); em um projeto social comunitário, localizado no centro da cidade, cujo público-alvo é o idoso; e em domicílios particulares.

### 3.2 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS

Com base na amostra coletada através da aplicação de questionários junto dos idosos, é analisado o perfil socioeconômico da população idosa que demanda assistência médica na rede do Sistema Único de Saúde da cidade de Salvador. Estas informações foram tabuladas e analisadas utilizando o software SPSS 10,0 para tratamento e análise de dados.

O emprego do questionário de demanda foi efetivado a partir do dia 12 de Maio de 2009 seguindo até o dia 29 do mesmo mês, em Salvador, com pacientes idosos de unidades básicas de saúde, estas intencionalmente escolhidas devido às suas localizações, relativamente próximas a grandes comunidades carentes do município de Salvador, e com idosos entrevistados aleatoriamente em outras localidades do município. Os bairros onde residem os idosos entrevistados na pesquisa foram agrupados em regiões, de forma a compor um número de entrevistados mais significativo para a análise e para facilitar a tabulação dos dados. Obviamente que, os bairros agrupados numa mesma região possuem características semelhantes, em termos do perfil da população residente e infra-estrutura do bairro, o que justifica, portanto, a divisão assim organizada. A tabela 1, no apêndice B, apresenta os bairros do município de Salvador onde residem os idosos entrevistados e os respectivos percentuais de entrevistados em cada região.

No questionário foram consideradas variáveis quantitativas como renda, custo para se locomover ao hospital, custos com medicamentos, custos com planos de saúde. E variáveis qualitativas: Sexo, idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, ocupação e previdência, posse de plano de saúde, posse de veículo, local de residência, meios de locomoção utilizada,

convivência, apoio social, contribuição no orçamento familiar, problemas de saúde (doenças), hospitalizações, diversas variáveis com a finalidade de verificar o alcance do sistema de saúde às demandas da pessoa idosa e a sua satisfação com o atendimento prestado pelo SUS, e melhorias que poderiam ser realizadas nas unidades de saúde freqüentadas pelos entrevistados.

Para a estimativa do tamanho amostral, tomou-se como base a população idosa do município de Salvador de 236.855 idosos, conforme dados do IBGE para 2009. Portanto, de uma população (N) total de 236.855 habitantes idosos, associa-se N como finito muito grande. Dessa forma, o cálculo da primeira aproximação mostrou-se suficiente para a estimativa da amostra, conforme segue abaixo:

$n = N \cdot n_0 / N + n_0$ . Sendo que, N é o número de elementos da população e n é o tamanho da amostra. Onde  $n_0 = 1/ E_0^2$ .

Representado na fórmula anterior,  $n_0$  é a primeira aproximação do tamanho da amostra. E,  $E_0$  é o erro amostral tolerável. Adotando um erro amostral de 10%, chegou-se ao seguinte resultado:  $n_0 = 1/(0,1)^2 = 100$  e  $n = (236.855*100)/(236.855+100) = 99,9578 = \underline{100}$  (aproximadamente).

Portanto, o tamanho da amostra representativa do universo estudado é 100.

Tamanho da amostra calculado conforme Barbetta (2002).

A análise do perfil de morbidade da população idosa foi realizada a partir da sistematização de dados secundários que caracterizam o município de Salvador. Pretendeu-se investigar as prevalências de morbidade na população de 60 anos e mais, usando as internações do Sistema Único de Saúde (SUS) como Proxy, a fim de descrever o perfil de morbidade hospitalar da população idosa demandante do SUS no município de Salvador no ano de 2008. Em face às dificuldades de se produzir informações sobre morbidade por meio de inquéritos sobre doenças, pois as pessoas nem sempre sabem informar ao certo que tipo de doença possuem, foram utilizadas as informações sobre internação hospitalar do Ministério da Saúde, do

Departamento de Informática do SUS (DATASUS). No entanto, na pesquisa de campo, os idosos também foram questionados sobre a prevalência de doenças, a fim de realizar uma comparação com o perfil de morbidade identificado através dos dados do DATASUS sobre morbidade hospitalar.

Na análise do perfil de morbidade, as principais causas de internação hospitalar foram listadas e classificadas segundo os capítulos da Classificação Internacional de Doenças obedecendo à décima revisão (CID-10). Bem como foi realizada uma divisão do grupo dos idosos em três faixas etárias, quais sejam: 60 a 69 anos de idade, 70 a 79 anos e, 80 anos e mais.

No cálculo das taxas de utilização dos serviços de saúde, devido a questões de disponibilidade de dados para o cálculo, esta foi resultado da divisão entre o número de internações hospitalares realizadas no ano de 2008 no município de Salvador por faixa etária e sexo e o número da população residente no município de Salvador por faixa etária e sexo de 2009, pois não foram encontradas informações neste nível de detalhamento (faixa etária e sexo) para a população residente em 2008.

Cabe ressaltar que, a geração das informações em saúde não pode conter dados inteiramente confiáveis, tanto os primários como os secundários, devido a problemas que envolvem desde a sua coleta, produção, compilação, até o processamento final e divulgação dos mesmos.

#### 4 O PERFIL DA OFERTA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DO SUS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR – BAHIA

A constatação da ampliação do número de idosos faz com que o Estado tenha de assumir uma maior responsabilidade no financiamento dos serviços de saúde direcionada a este grupo etário, bem como induz a uma reestruturação na concepção da política de saúde. “De todas as dimensões do envelhecimento populacional, as repercussões no estado de saúde do indivíduo se afiguram como as de maior impacto no âmbito social.” (PALLONI; PELÁEZ, 2002 apud PARAHYBA; VERAS, 2009, p. 2480).

Nenhuma concepção de justiça social de base equitativa pode desconsiderar o gigantesco papel da saúde na existência humana, tanto no campo das possibilidades de uma pessoa alcançar uma vida livre de enfermidades, quanto da ampliação das capacidades e funcionamentos, caso goze de boa saúde, conforme afirma Sen (2009a).

Tendo em vista que a maioria dos estudos que envolvem a população idosa levanta a questão de que este grupo etário apresenta um perfil de morbidade que exige tratamento mais dispendioso do que as demais faixas etárias, buscar-se-á verificar algumas variáveis importantes no contexto da oferta de assistência médica do SUS: Frequência total de internações, as taxas de utilização dos serviços de saúde, o tempo médio de permanência hospitalar, o valor médio das internações e os grupos de causas e procedimentos de internações hospitalares mais frequentes para os idosos. E, dessa forma, será analisado o perfil de morbidade prevalente nas faixas etárias mais avançadas. Inicialmente será realizada uma breve descrição da oferta de assistência médica do SUS no município de Salvador.

##### 4.1 DESCRIÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS MÉDICOS DO SUS

Quanto à atenção básica do município de Salvador, existem 141 unidades de saúde municipais e mais 55 unidades básicas de saúde, 47 unidades de Saúde da Família (USF) e 150 equipes que atendem ao Programa Saúde da Família. No segmento odontológico, são cinco Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e duas unidades de Atendimento Odontológico (UAO), que prestam atendimento 24 horas. Na área psicológica, a Secretaria Municipal de Saúde



conta com 10 centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), segundo Salvador (2009), (Quadro 1).

Estabelecimentos	Total
Hospitais estaduais	14
Unidades de saúde municipais	141
Unidades Básicas de Saúde	55
Unidades de Pronto Atendimento (PA)	9
Unidades de Saúde da Família (USF)	47
Centro de Controle de Zoonoses	1
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	10
Centros de Saúde Mental (CSM)	3
Centros de Especialidade Odontológica (CEO)	5
Unidades de Atendimento Odontológico (UAO)	2
SAMU	14 bases
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest)	1
Residência Terapêutica (RT)	6
Centros Especializados	3
Vigilância Sanitária	1

Quadro 1 – Unidades e Centros de Saúde do SUS no município de Salvador. 2009

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Prefeitura Municipal de Salvador (SALVADOR, 2009).

Tendo em vista que as políticas de atenção a pessoa idosa colocam a importância da ação e dos serviços de saúde primários, em especial a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. E que o Programa Saúde da Família (PSF) em conjunto com o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS)<sup>4</sup>, devem dispensar uma atenção especial aos idosos, conforme expõem as referidas políticas, cabe observar o percentual da população de Salvador coberta por estes serviços primários, a fim de ter uma dimensão da efetividade destes. O gráfico 1 mostra uma evolução do percentual da população coberta pelo PSF e uma pequena diminuição do percentual da população coberta pelo PACS, no período de 2002 à 2007. O percentual da população coberta pelo PACS em 2007 foi de 17,7 e pelo PSF foi de 14,4%.

Salvador conta também com um Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI) que visa atender ao idoso que necessita de atenção especializada na área de geriatria e/ou gerontologia, com vistas à manutenção ou recuperação da sua saúde mantendo-o socialmente ativo.

<sup>4</sup> O Programa de Agentes Comunitários de Saúde é hoje considerado parte da Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família.

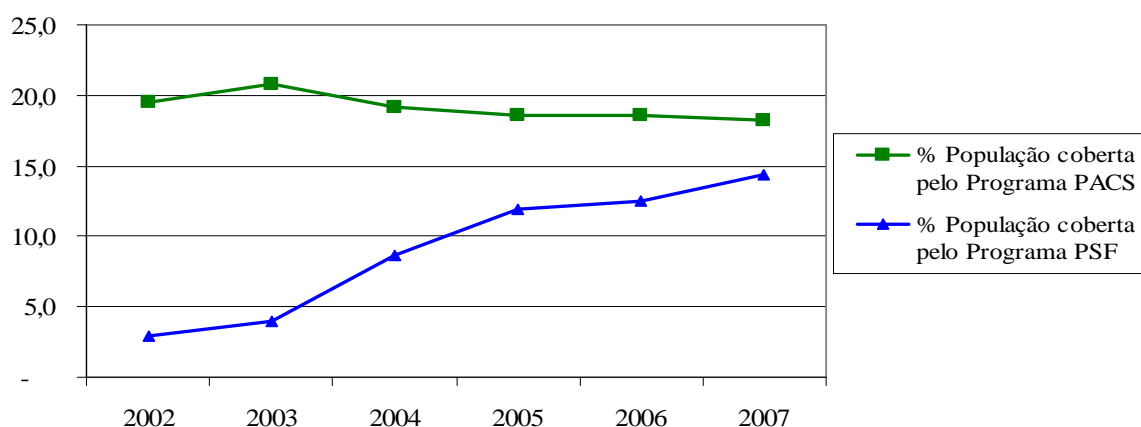


Gráfico 1. Evolução do percentual da população de Salvador coberta pelos PSF e PACS 2002 a 2007.  
Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Caderno de Informações de Saúde 2009.

O serviço especializado de Atenção Domiciliar e Internação Domiciliar, direcionados principalmente para pessoas idosas,<sup>5</sup> são encontrados em 13 estabelecimentos de saúde de Salvador, conforme o quadro 2.

Atenção Domiciliar	Internação Domiciliar
Hospital Universitário Professor Edgard Santos	Hospital Geral Ernesto Simões Filho
Unidade de Saúde da Família (USF) Terreiro de Jesus	Hospital Geral João Batista Caribe
USF Alto do Coqueirinho	Hospital Geral Roberto santos
USF Alto do Cruzeiro	Hospital Santo Antonio
USF Aristides Maltez	Hospital São Jorge
USF Boca da Mata	
USF Cajazeiras IV	
USF Vista Alegre	

Quadro 2 – Serviço de Atenção Domiciliar e Internação Domiciliar do SUS em Salvador 2009.  
Fonte: Elaboração própria a partir de dados do CNES 2009 (BRASIL, 2009d; BRASIL, 2009e).

O município de Salvador possui ao todo 9.090 leitos hospitalares distribuídos entre as diversas especialidades, sendo 6.254 leitos destinados aos pacientes do sistema SUS (Tabela 2), para atender a demanda de uma população de 2.998.058 habitantes (IBGE para 2009). A OMS recomenda que se tenha cerca de quatro leitos por mil habitantes. O município de

<sup>5</sup> O programa é destinado ao paciente cujo quadro clínico exija cuidados e tecnologias acima dos oferecidos pela modalidade ambulatorial, mas que possam ser mantidos em casa, com acompanhamento regular de uma equipe médica. A prioridade de atendimento na Bahia é para idosos portadores de doenças crônico-degenerativas agudas, de patologias que exijam cuidados paliativos e portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente, conforme informações da Diretoria de Atenção Especializada (DAE) da SESAB.

Salvador tem 2,9 leitos por mil habitantes, sendo que há 2,1 leitos SUS por mil habitantes (BRASIL, 2009f), portanto, os números ainda estão muito abaixo do desejável.

Tabela 2. Número de leitos de internação existentes por tipo de prestador segundo especialidade, Salvador 2007.

Número de leitos de internação existentes por tipo de prestador segundo especialidade								
Nov/2007								
Especialidade	Público		Filantrópico		Privado		Total	
	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS
Cirúrgicos	793	783	1.002	546	894	316	2.689	1.645
Clínicos	669	659	525	281	337	72	1.531	1.012
Complementares	335	258	322	80	357	30	1.014	368
Obstétrico	632	624	157	71	119	-	908	695
Pediátrico	344	344	220	173	151	35	715	552
Outras Especialidades	389	389	803	801	775	695	1.967	1.885
Hospital/DIA	26	22	49	20	191	55	266	97
Total	3.188	3.079	3.078	1.972	2.824	1.203	9.090	6.254

Fonte: CNES apud. Brasil (2009f).

Nota: Leitos complementares: Unidades de Tratamento Intensivo, Unidades Intermediárias, Unidades de Isolamento

Em Salvador, no ano de 2007, gastou-se mais com os procedimentos especializados do que com os serviços de alta complexidade. Conforme o Caderno de Informações de saúde 2009, em 2007, o valor médio anual de procedimentos especializados (Cirurgias Ambulatoriais, Terapia Especializada, Fisioterapia, Patologia Clínica, etc.) por habitante foi de R\$ 65,30 e o valor médio anual de procedimentos de alta complexidade por habitante foi R\$ 54,24. O atendimento da atenção básica de saúde de Salvador foi de 3,6 procedimentos básicos anuais por habitante em 2007, bem inferior à média do Brasil, que foi de 7,1 procedimentos.

#### 4.2 AS TAXAS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Em 2008 foram registradas 152.540 internações no município de Salvador, com uma distribuição de 42,58% para o sexo masculino e 57,42% para o feminino. Os idosos (maiores de 60 anos de idade) representam 16,92% das internações hospitalares, destacando que esta população corresponde a cerca de 7,9% da população total de Salvador. A população de faixa etária de 15 a 59 anos consumiu 60,38% das internações e corresponde a aproximadamente 68,6% da população total. Os menores de 15 anos consumiram 22,7% das internações e

correspondem a 23,6% da população de Salvador. No gráfico 2 é apresentada a freqüência total de internações no SUS no ano de 2008, no município de Salvador.

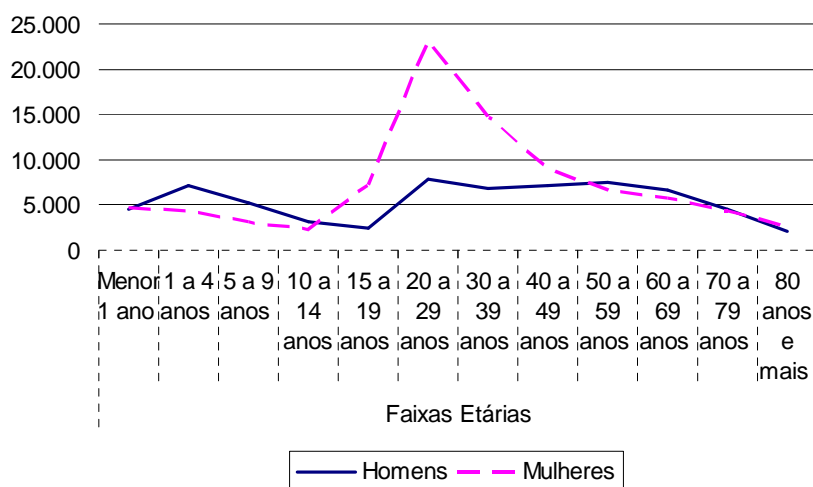


Gráfico 2. Freqüência de Internações no SUS, por Sexo e Faixa Etária – Salvador 2008

Fonte: Elaboração Própria a partir de dados do DATASUS - Departamento de Informática do SUS.

Observa-se que o padrão de comportamento da freqüência de internações hospitalares é alterado a partir da faixa etária de 10 a 14 anos. Pois, entre os 15 e 19 anos as internações entre as mulheres (7.093) já se apresentam superiores às internações masculinas (2.438). Entre os 20 e 29 anos o número de internações de mulheres sobe para 23.003, devido ao grande número de internações relacionadas aos procedimentos de partos; quanto aos homens o número de internações sobe para 7.867. A partir da faixa etária de 30 a 39 anos a freqüência de internações femininas inicia uma tendência de declínio.

A partir dos 40 anos, observa-se que o número de internações de homens e mulheres é similar. O número de internações de homens é mais elevado do que o de mulheres, com exceção da última faixa etária, em que as mulheres voltam a apresentar um número maior de internações. Entre os idosos, pode ser verificado que, em geral, há um predomínio de internações em idosos mais jovens e um declínio com o aumento da idade, em concordância com estudos anteriores, a exemplo de Nunes (2009) e Amaral et al. (2008).

O Gráfico 3 apresenta a taxa de utilização dos serviços de saúde do SUS no município de Salvador em 2008 (número de internações por faixa etária/população residente por faixa etária). Saúde aqui entendida como a prestação de cuidados médico-hospitalares direcionados a atividades curativas, numa simplificação do conceito utilizado por Nunes (2009) em seu

estudo sobre envelhecimento populacional e as despesas do SUS. Verifica-se que a taxa de utilização na faixa etária de 80 anos e mais é aproximadamente 2,4 vezes maior que a da faixa etária de 40 a 49 anos de idade.

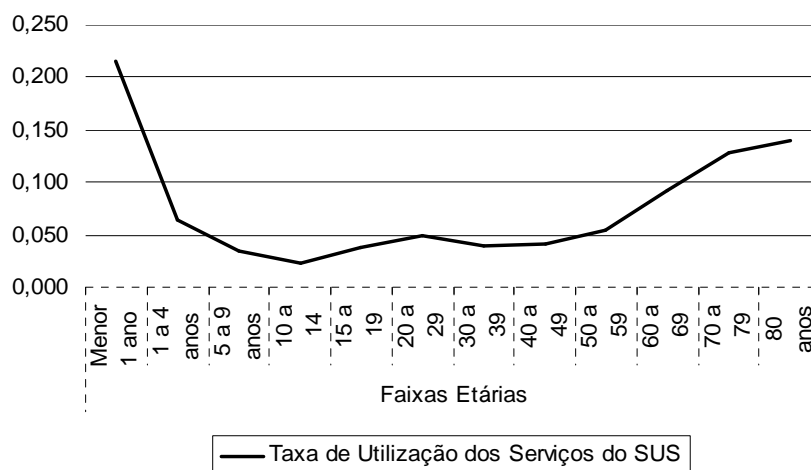


Gráfico 3. Taxa de Utilização dos serviços do SUS – Salvador 2008.

Fonte: Elaboração Própria a partir de dados do DATASUS

Observando o gráfico 4, constata-se que há uma maior utilização das internações da rede SUS pela população masculina e o diferencial cresce com a idade. Sabe-se que a mulher tem maior longevidade e, conforme explica Nunes (2009, p. 431), “é quase consensual que a mulher é mais avessa ao risco e, talvez por esse motivo, demande mais ações preventivas de saúde, quer dizer, consuma mais serviços de saúde preventivos”, o que pode explicar, em parte, a menor taxa de utilização de internações do SUS pelo sexo feminino.

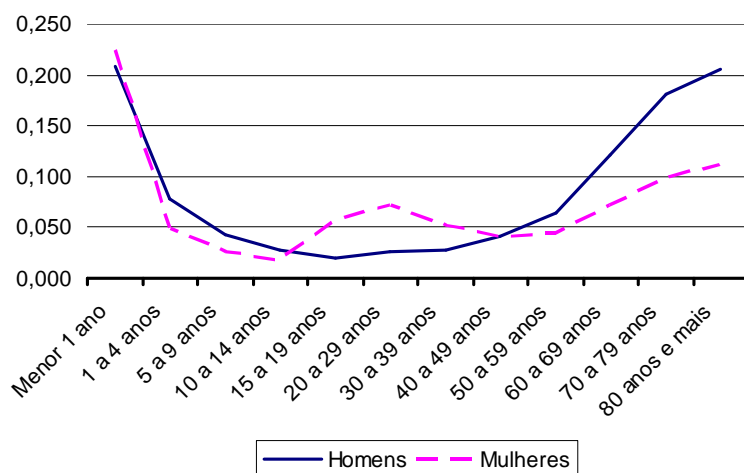


Gráfico 4. Taxa de Utilização no SUS, por Sexo e Faixa Etária – Salvador 2008.

Fonte: Elaboração Própria a partir de dados do DATASUS

Na população idosa masculina de Salvador, a faixa etária de 80 anos e mais de idade apresenta taxa de utilização dos serviços de saúde quatro vezes maior que a verificada na faixa etária de 40 a 49 anos. Quanto às mulheres idosas, a diferença é menor, as mulheres de 80 anos e mais têm taxa de utilização dos serviços de saúde 1,7 vezes maior que as mulheres de 40 a 49 anos de idade.

A média de permanência hospitalar da população de Salvador pode ser visualizada no gráfico 5. Observamos que esta variável cresce à medida que a idade aumenta. Portanto, a média de permanência hospitalar da população idosa é maior do que a apresentada em faixas etárias mais jovens. Na faixa etária de 10 a 14 anos o número médio de dias de permanência no hospital é de 5,3 dias. No grupo etário de 30 a 39 anos esse número é de 8,4 dias. As pessoas idosas de idade entre 60 a 69 anos têm uma média de 11,9 dias de permanência hospitalar, alcançando 16,9 dias na faixa etária de 80 e mais.

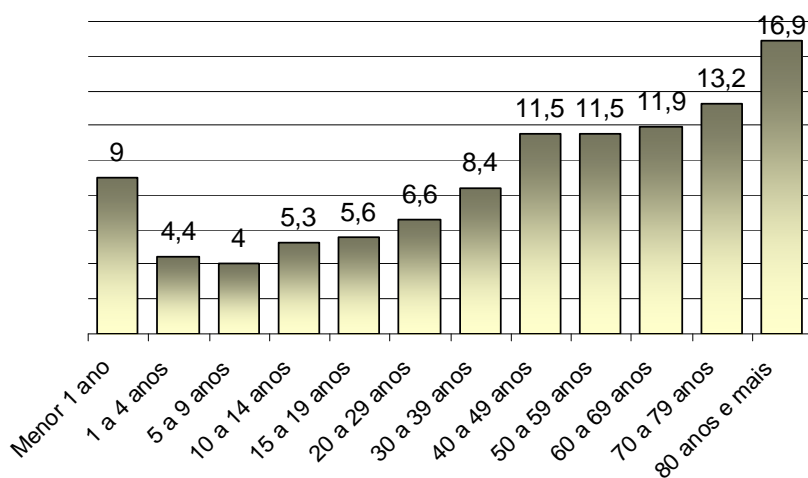


Gráfico 5. Média de Permanência Hospitalar por faixa Etária (em dias), Salvador 2008.  
Fonte: Elaboração Própria a partir de dados do DATASUS

#### 4.3 AS DESPESAS DO SUS COM INTERNAÇÕES HOSPITALARES

De acordo com o Departamento de Informática do SUS, as despesas totais do SUS com internações hospitalares no município de Salvador no ano de 2008 foram de R\$ 171.078.785,09, dos quais R\$ 86.522.983,11 foram gastos com internações de homens e R\$ 84.555.801,98 com internações de mulheres. As despesas com a população idosa correspondeu a R\$ 47.940.525,89, ou seja, 28,02% do total dos gastos com internações no

município. O gráfico 6 apresenta o valor médio das internações hospitalares no município de Salvador, em 2008. Visualizando-o percebemos que o valor médio das internações hospitalares cresce com a idade.

Até os 14 anos não se observam diferenças significativas nos valores por sexos. Na faixa etária de 1 a 4 anos de idade, verifica-se um valor médio de R\$ 632,15. Todavia, a partir da faixa de 14 anos o valor médio das internações masculinas passa a ser consideravelmente maior do que o apresentado pela população feminina, com exceção da faixa etária de 80 anos e mais, na qual as mulheres apresentam um valor mais elevado.

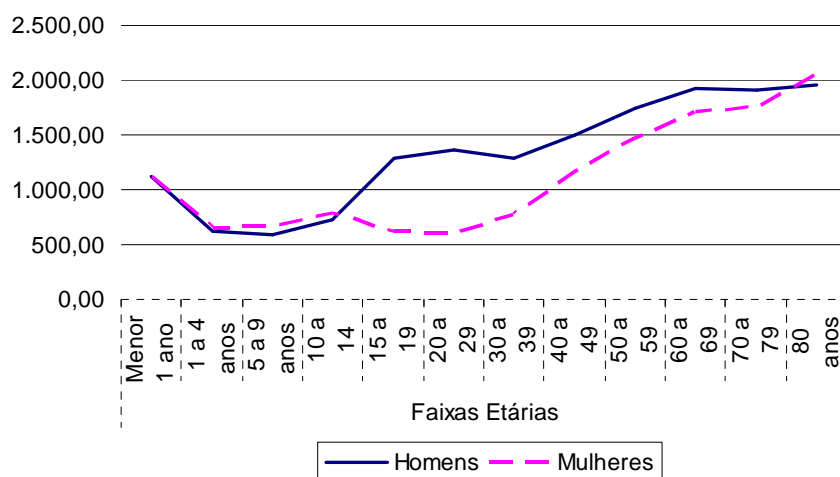


Gráfico 6. Valor Médio das Internações, por Faixa Etária e Sexo – Salvador 2008.  
Fonte: Elaboração Própria a partir de dados do DATASUS

O diferencial dos valores entre as faixas etárias é observado na faixa etária que corresponde ao período reprodutivo da mulher, o que pode ser explicado devido ao elevado número de partos normais, procedimento de custo reduzido que faz com que os custos médios sejam levados para baixo, conforme justifica Nunes (2009).

Os valores médios das internações da população masculina crescem até a faixa etária de 60 a 69 anos, atingindo R\$ 1.918,66. E mantêm-se praticamente estáveis a partir desta faixa etária, demonstrando pequeno aumento na faixa etária de 80 anos e mais, atingindo o valor de R\$ 1.957,30. Os valores médios das internações da população feminina apresentam trajetória ascendente a partir da faixa etária de 40 a 49 anos (R\$ 1.167,10). Entre os 60 e 69 anos o valor médio das internações atinge R\$ 1.711,76, alcançando o valor de R\$ 2.039,61 na faixa etária de 80 anos e mais.

#### 4.4 GRUPOS DE CAUSAS E PROCEDIMENTOS DE INTERNAÇÃO – O PERFIL DE MORBIDADE HOSPITALAR DA POPULAÇÃO IDOSA

O conhecimento dos diferenciais epidemiológicos entre as faixas etárias e sexos pode subsidiar a elaboração de políticas públicas direcionadas a prevenção de certas enfermidades específicas e de grande custo para o sistema de saúde. As ações devem ser no sentido tanto da promoção da saúde, com a prevenção, quanto do tratamento e da cura.

Medidas que induzam a redução de custos através da ‘compressão da morbidade’ [Fries (1983)] são fundamentais, considerando-se um ambiente de escassez de recursos onde, cada vez mais, é fundamental o conhecimento da eficácia e da efetividade do emprego dos recursos públicos. (NUNES, 2009, p. 430)

As prevalências de morbidade na população de 60 anos e mais foi analisada usando as internações do SUS como Proxy, ou seja, foram analisados os motivos das internações (diagnóstico principal) que foram agrupados segundo os capítulos da CID-10. As seis principais causas de internação dos idosos atendidos na rede hospitalar do SUS em Salvador em 2008 foram as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho respiratório, doenças do olho e anexos, doenças do aparelho geniturinário, conforme gráfico 7. Estes seis grupos de agravos descritos foram responsáveis por cerca de 76% das internações hospitalares de idosos em Salvador no ano de 2008. A lista completa de morbidades está na tabela 3, apêndice C.

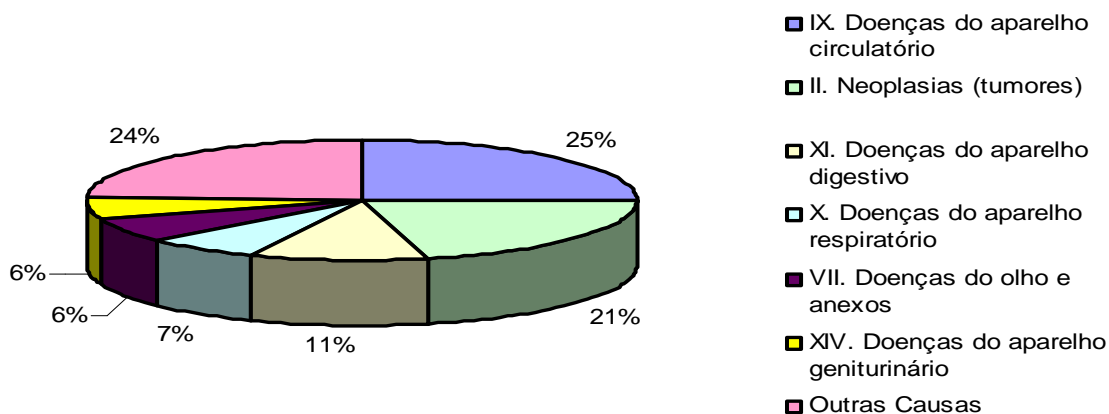


Gráfico 7. Perfil de Morbidade Hospitalar dos Idosos atendidos na rede do SUS – Salvador 2008.  
Fonte: Elaboração Própria a partir de dados do DATASUS



O grupo das doenças do aparelho circulatório, no qual se encontra o maior número de internações, cerca de 24,89% do total, concentrou-se, principalmente, na faixa etária de 60 a 69 anos, com ocorrência reduzida a partir dos 80 anos (Tabela 4). Sendo as mulheres as mais afetadas por este grupo de doenças. O valor médio das internações de idosos por doenças do aparelho circulatório é de R\$ 2.690,46, o terceiro da lista em maior valor médio para o SUS em Salvador (gráfico 8). As malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, apesar de não estarem entre as seis principais causas de internações dos idosos, elas apresentam o valor médio de internações mais elevado dentre todas as causas listadas, de R\$ 5.528,69.

Tabela 4. Internações de idosos no SUS, por grupos de causa e faixas etárias – Salvador, Bahia, 2008.

Grupos de Causas por Capítulos da CID 10	Faixas Etárias			TOTAL (%)
	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 a 89 anos	
IX. Doenças do aparelho circulatório	2.909	2.275	1240	24,89%
II. Neoplasias (tumores)	2.811	1.906	735	21,13%
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.414	944	404	10,70%
X. Doenças do aparelho respiratório	619	603	475	6,58%
VII. Doenças do olho e anexos	732	665	258	6,41%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	866	509	190	6,06%

Fonte: Elaboração Própria a partir de dados do DATASUS.

Os procedimentos de maior frequência verificados nas internações por doenças do aparelho circulatório foram outras doenças isquêmicas do coração (971 internações) que tem um valor médio de R\$ 4.081,26 e a insuficiência cardíaca (770) de R\$ 1.550,50. O Acidente Vascular Cerebral foi o diagnóstico de 614 internações, com valor médio de R\$ 1.313,8 para o SUS. Os transtornos de condução e arritmias cardíacas (606 internações) apresentaram um valor médio de R\$ 6.945,21 no SUS. Infarto agudo do miocárdio (R\$ 2.767,86), outras doenças do coração (R\$ 3.688,55).

O segundo grupo de agravos com maior frequência de internação entre os idosos de Salvador foram as neoplasias, correspondendo a, aproximadamente, 21,13% do total, cerca de 12,36% de internações de homens e 8,77% de mulheres. A ocorrência de internações por neoplasias decresce nas faixas etárias maiores, chegando a cerca de 2,85% nas pessoas com 80 anos e mais. As internações por este grupo de doenças apresentam um valor médio de R\$ 1.994. Entre os principais procedimentos observados nesse grupo foi a neoplasia maligna de próstata

com 1.023 internações, cerca de 18,76% dos casos de neoplasias. Este procedimento representa um valor médio de R\$ 2.353,90 para SUS.

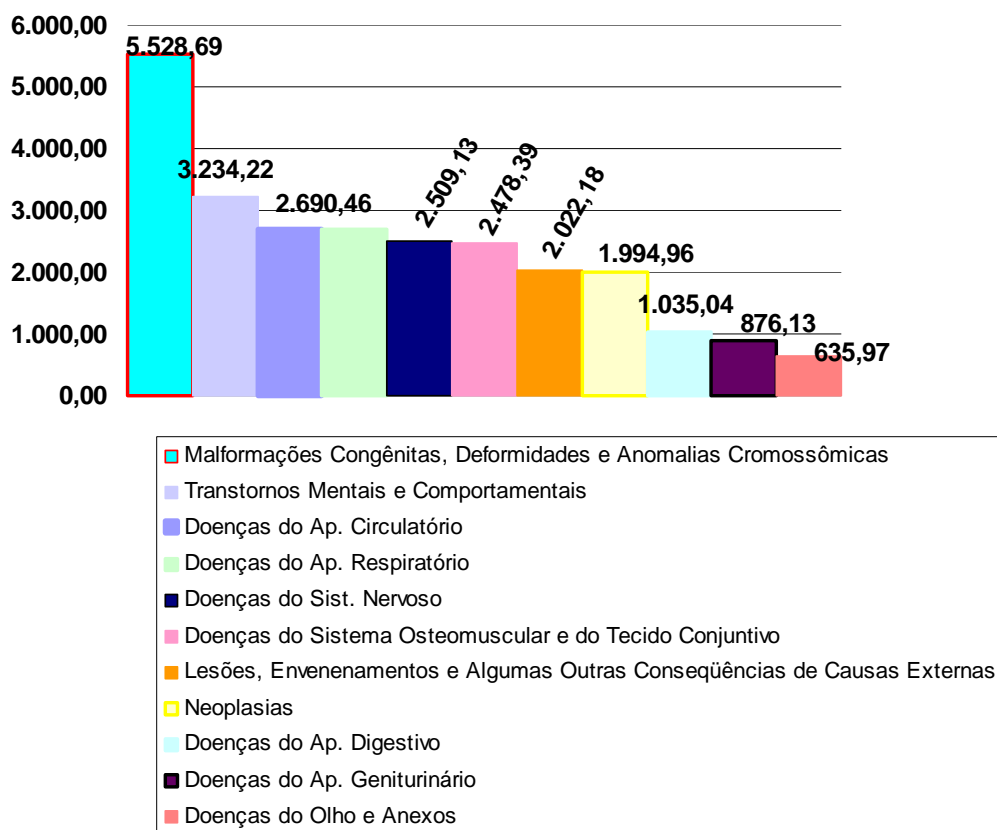


Gráfico 8. Valor Médio das Internações dos Idosos, por Grupos de Causas – Salvador 2008.  
Fonte: Elaboração Própria a partir de dados do DATASUS

As doenças do aparelho digestivo foi o terceiro grupo em frequência de agravos, responsáveis por 10,70% das internações de idosos, 51,67% do sexo masculino e 48,33% do sexo feminino. Houve maior ocorrência na faixa etária dos 60 aos 69 anos, com grande redução para os idosos de 80 anos e mais. O valor médio das internações por este grupo de causas no SUS é de R\$ 1.035,04.

O grupo de doenças do aparelho respiratório é a quarta causa em internações, com 6,58% do total – cerca de 3,55% e 3,03% nos sexos masculino e feminino, respectivamente. A distribuição é semelhante nas três faixas etárias de idosos. Sendo que na faixa etária de 80 anos e mais este grupo de agravos apresenta uma queda. No entanto, os idosos de 80 anos e mais apresenta maior número de internações por doenças do aparelho respiratório (475) do que por doenças do aparelho digestivo (404). O valor médio das internações por este grupo de

causas é de R\$ 2.690,46 (igual ao valor apresentado pelas doenças do aparelho circulatório). A pneumonia aparece entre os principais procedimentos destas internações, representando cerca de 36,89% do total, e com um valor médio para o SUS de R\$ 1.154,97.

A quinta maior frequência aparece no grupo das doenças do olho e anexos (1.655), com 6,41% do total das internações, maior percentual no sexo feminino, cerca de 3,65%. As principais enfermidades registradas foram: Catarata e outros transtornos do cristalino (1.110 internações), as doenças do olho e anexos (298), conjuntivite e outros transtornos da conjuntiva (105). Este grupo de agravos apresenta um valor médio de R\$ 635,97.

O sexto grupo de agravos de internações de idosos foram as doenças do aparelho geniturinário, correspondendo por cerca de 6,06% do total das internações hospitalares de idosos em Salvador, e com um valor médio de R\$ 876, 13. Este grupo de doenças apresenta-se com maior incidência no sexo masculino, quase 63% das internações foram masculinas. A incidência deste grupo de doenças apresentou uma queda à medida que a idade aumenta entre os idosos.

Cabe destacar que as doenças infecciosas e parasitárias foi responsável por cerca de 5,68% das internações entre os idosos de Salvador em 2008. Conforme explica Silva (2009, p. 48) observa-se no Brasil “a queda considerável da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, que, todavia, não é acompanhada da redução de mesma magnitude nas hospitalizações por essas doenças.” No entanto, confirmam-se as mudanças no perfil de morbidade, onde as doenças crônico-degenerativas estão se expandindo e as doenças infecciosas e parasitárias decrescendo, em conjunto com a maior longevidade da população brasileira.

Nos resultados deste capítulo, as frequências de internação e taxas de utilização, usadas como Proxy de consumo de saúde, mostraram que esse consumo é diferenciado entre as faixas etárias e entre sexos. A composição destes procedimentos de internação revelou diferenciações nos padrões de morbidade nos grupos de idade mais avançada. Pois, o número de internações de homens é mais elevado do que o de mulheres, com exceção da última faixa etária, em que as mulheres voltam a apresentar um número maior de internações. A curva de

da taxa de utilização das frequências de internações por sexo e faixa etária é semelhante à curva de frequência de internações até a faixa de 40 a 49 anos. Porém, a partir dessa faixa etária, fica evidente um maior consumo de internações pelo sexo masculino. Verificou-se também que maior é a taxa de utilização nas faixas etárias mais avançadas em comparação com as demais. Resultados que corroboram com outros estudos, a exemplo de Nunes (2009).

Maiores também foram o tempo de permanência hospitalar e o valor médio de internação dos idosos do que aqueles observados em faixas etárias mais jovens, em concordância com a maioria dos estudos sobre o tema. Como Martin et al. (2009, p. 61) que informa que “a garantia de assistência hospitalar a um idoso demanda mais recursos humanos, materiais, financeiros e tempo de atendimento, comparativamente às necessidades provocadas por outros grupos etários”. E Costa et al. (2000) que confirma que trabalhos recentes têm demonstrado que o coeficiente de hospitalização, o índice de hospitalização e o índice de custo de hospitalizações do SUS são mais altos para a faixa etária de 60 anos e mais do que para qualquer outra faixa da população brasileira.

Cabe recordar que Amaral et. al. (2008, p. 1621) ressalta que “o idoso, proporcionalmente, tende a apresentar mais episódios de doenças, em geral crônicas, levando ao aumento nos gastos em saúde, já que o custo com o idoso tende a ser maior do que as outras faixas etárias.” No entanto, Nunes (2009, p. 433) ressalta que “a elevação das despesas com saúde dos idosos não é explicada pela elevação dos custos dos procedimentos e, sim, pela frequência, ou seja, pelo consumo mais elevado destes.”

Parahyba; Veras (2008, p. 2480) destacam que o segmento dos idosos “embora numericamente signifique pouco mais de 10% da população brasileira, representa um terço dos gastos de saúde; custo que tende a se ampliar, ao que tudo indica, se nada for feito.”

As expectativas para o Brasil é a de uma população cada vez mais velha, o que significa também a identificação de problemas de saúde nas mais diversas etapas da vida, especialmente os que afetam os indivíduos na terceira idade. Observamos na presente pesquisa a grande incidência de doenças crônicas no perfil de morbidade da população idosa. Este fato traz sérias implicações econômicas em função dos custos a que estão associados este

perfil. O que remete à inquestionável necessidade de estratégias de intervenção efetivas em busca de uma maior efetividade dos cuidados de saúde prestados ao grupo dos idosos e eficiência na utilização dos recursos de saúde.

Há, por assim dizer, uma necessidade premente de adoção de estratégias de intervenção, mais efetivas e a custos mais baixos, para deter esse processo de agravo à saúde no país. Para isso espera-se que a economia da saúde ofereça parte dos instrumentos, de forma a garantir um Sistema Único de Saúde mais eficiente e concorrendo para diminuir as disparidades de classes, além das geográficas deste país, rico e pobre ao mesmo tempo, híbrido de país desenvolvido e em desenvolvimento, aportando benefícios para todos os segmentos sociais da população brasileira. (SILVA, 2009, p. 48).

## 5 PERFIL SOCIOECONÔMICO DA DEMANDA POR ASSISTÊNCIA MÉDICA DA POPULAÇÃO IDOSA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR – BAHIA NO ANO DE 2009

Conforme dados da pesquisa realizada junto a 100 idosos entrevistados no município de Salvador, dirigida com base no questionário de demanda apresentado no apêndice A desta monografia, a assistência médica do Sistema Único de Saúde da cidade de Salvador, pólo regional em saúde, é demandada também por idosos residentes em outros municípios do Estado da Bahia. Sendo assim, cabe ressaltar que 87% dos idosos entrevistados na pesquisa são residentes do município de Salvador (Tabela 1, apêndice B) e 13% de outras localidades do estado da Bahia.

As localidades – fora do município de Salvador – das quais esses idosos vieram foram: Acajutiba, Jeremoabo, Pojuca, Porto de Sauípe, Praia do Forte, Retirolândia, Serrinha, Teofilândia, Valença, Vitória da Conquista. Algumas dessas localidades são, geograficamente, próximas de Salvador, a exemplo do distrito de Praia do Forte, situado no município de Mata de São João, localizado a cerca de 50 quilômetros de Salvador; e outras significativamente mais distantes, como Vitória da Conquista, município localizado no Sudoeste do estado, a aproximadamente 512 quilômetros de Salvador por via rodoviária, via utilizada pelos os idosos entrevistados para chegar a Salvador. Pois, 92,3% dos idosos residentes em outros municípios informaram que realizam suas viagens de ônibus. Assim, quanto aos custos de locomoção, 53,8% dos idosos informaram que gastam de R\$ 9 até R\$ 30; 38,5% despendem entre mais de R\$ 30,00 e R\$ 70,00. Quanto à estadia em Salvador, 30,8% dos idosos informaram que costumam ficar na casa de seus filhos; 23,1% na casa de outros parentes; e 15,4% ficam em casa própria, pois já residiram na cidade antes; e 7,7% costumam ficar na casa de seus netos.

Quando questionados quanto ao motivo da escolha da rede do SUS do município de Salvador para seu atendimento médico, a maioria, 53,8%, apontou que a cidade tem os médicos nas especialidades que necessitam, 23,1% informaram que a cidade tem médicos mais competentes, e 15,4% indicou que Salvador tem atendimento mais adequado para problemas de saúde mais graves. O fato de estes idosos terem de sair das cidades onde residem, tendo que enfrentar distâncias geográficas consideráveis e custos para chegarem a Salvador, para terem acesso aos serviços de saúde correspondentes às suas necessidades, já destaca algumas

das dimensões da desigualdade no sistema de saúde. Pois, conforme considera Donabedian citado por Souza (2006), a acessibilidade aos serviços de saúde possui duas dimensões: A sócio-organizacional, abrangendo todas as características da oferta de serviços (exceto os geográficos) que impedem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso dos serviços, e a geográfica, que relaciona-se “à fricção de espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo de viagem, etc.” (DONABEDIAN apud SOUZA, 2006, p. 233).

Do total de idosos entrevistados na pesquisa, 72% informaram que são usuários exclusivos do SUS; 12% declararam usar seus planos de saúde e também o SUS; e 9% afirmaram que são usuários do SUS, mas que costumam pagar para a realização de exames médicos e/ou para atendimento de necessidades mais urgentes; e 7% dos entrevistados informaram que usam seus planos de saúde, e apenas buscam o SUS nos períodos das campanhas de vacinação, ocasiões em que se dirigiam a algum Posto de Saúde.

Quando questionados quanto ao serviço médico que buscam, em primeiro lugar, quando precisam de atendimento médico, a maioria dos idosos, 75%, responderam que usam os Postos de Saúde do SUS; 11% usam plano de saúde de empresa; 6% usam plano de saúde particular; 5% procuram os hospitais do SUS; 2% usam clínicas conveniadas ao sistema SUS e 1% paga médico ou hospital particular (Gráfico 10). Portanto, 82% dos idosos buscam o SUS de imediato quando precisam de atendimento médico.

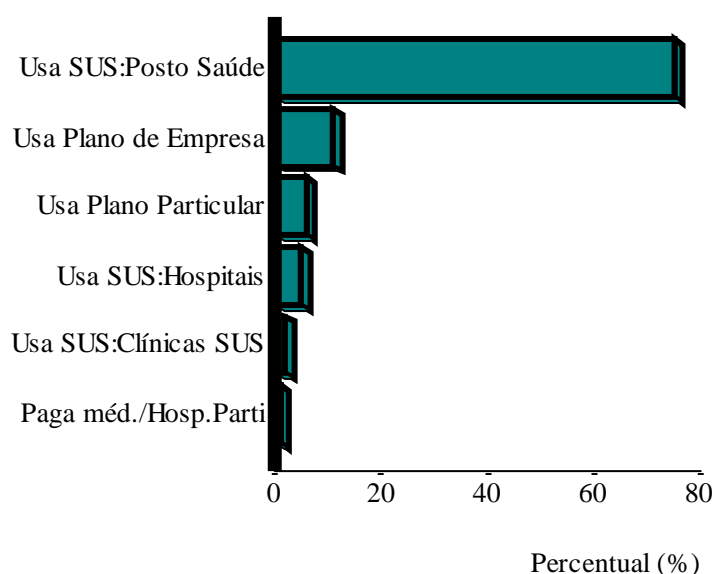


Gráfico 9. Serviço de Saúde que o idoso utiliza quando precisa de atendimento médico.  
Fonte: Elaboração Própria.

Em relação aos planos de saúde, 79% dos idosos entrevistados não possuíam plano de saúde. Questionados sobre o motivo de não possuir um plano de saúde, 82,3% informaram que não tem condições de pagar e avaliam como muito caro o valor das mensalidades; 6,3% disse não ter interesse em ter plano de saúde e 5,1% dos idosos entrevistados informaram que já tiveram plano de saúde, mas que não atendia as necessidades deles e, portanto, desistiram de continuar pagando; outros 2,5% indicaram que já tiveram plano de saúde, mas tiveram que deixar de pagar, pois o valor da mensalidade subiu e/ou não teve mais condições de pagar; e outros 2,5% disseram não ter plano de saúde porque quando têm urgência para serem atendidos preferem pagar um médico particular.

Relacionando a renda com a posse de plano de saúde, observamos certa desigualdade em Salvador no que tange a população idosa. Pois, enquanto que a cobertura de planos chega a apenas 21% da população idosa estudada na pesquisa, a maioria dos idosos que se situam nas faixas de rendas mais superiores possuem planos de saúde: 75% dos idosos que estão na faixa de renda de mais de R\$ 1600 e R\$ 2000 possuem plano de saúde, 66,7% dos que estão na faixa de renda entre mais de R\$ 2000 e R\$ 3000 e 100% dos que estão na faixa de mais de R\$ 3000. Quanto aos idosos situados na faixa de renda de até R\$ 400 mensais nenhum tem cobertura de plano de saúde, e apenas 12,2% dos idosos situados na faixa de renda de mais de R\$ 400 e R\$ 600,00 são cobertos por algum tipo de plano.



Gráfico 10. Relação Renda e Plano de Saúde entre idosos que demandam assistência médica em Salvador.

Fonte: Elaboração Própria.



Observando a variável plano de saúde em sua distribuição por sexo, o percentual de 25,4% das mulheres idosas possui plano de saúde e os homens numa proporção menor, de 13,5%. Com base nos resultados da amostra, as mulheres idosas entrevistadas gastam mais com plano de saúde do que os homens. Visto que 12,5% das mulheres pagam de R\$ 30,00 a R\$ 80,00 em plano de saúde e 20% dos homens. No entanto, 18,8% das mulheres pagam de R\$ 160,00 a R\$ 500,00 e 6,3% pagam mais de R\$ 700,00, enquanto não há nenhum homem nestas duas últimas faixas de pagamento de planos. Porém, cabe destacar que 12,5% das mulheres e 40% dos homens não sabem informar quanto pagam pelo plano, pois são os filhos que pagam seus planos de saúde. Além disso, 12,5% das mulheres não lembravam quanto era descontado de plano de saúde em suas folhas de pagamento e 20% dos homens. Quando questionados sobre se já tiveram alguma dificuldade para ser atendido pelo plano de saúde, 90,5% do total dos entrevistados informaram que não.

Tendo em vista esta estrutura do sistema de saúde em Salvador, que oferece tanto os serviços públicos de saúde, como também alternativas de consumo de saúde particular e consumo de planos e convênios de saúde de empresas, cabe enfatizar que “o mix público privado local, isto é, o tamanho relativo e a complexidade tecnológica da oferta de cada mercado de saúde (público/contratado/seguro/etc.), assim como a distribuição espacial desses serviços vão marcar o padrão de desigualdade social em cada estado e em cada município.” (TRAVASSOS, 2009b).

Conforme mencionado em linhas anteriores, 7% do total de idosos entrevistados na presente pesquisa informaram que usam planos de saúde e apenas buscam o SUS nos períodos das campanhas de vacinação, quando se dirigiam, no geral, a algum Posto de Saúde. Portanto, estas pessoas não foram solicitadas a avaliar o atendimento e os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde. Feita essa consideração, os dados da pesquisa verificaram que a maioria, 69,9%, dos entrevistados estavam satisfeitos com o atendimento prestado nas unidades de saúde do SUS. Quanto à avaliação do atendimento prestado pelas unidades de saúde, 48,4% dos idosos entrevistados avaliaram como um bom atendimento, e 11% avaliaram como ótimo, observe o gráfico 11.

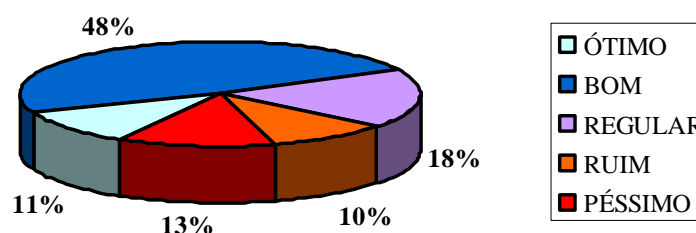


Gráfico 11. Avaliação dos idosos quanto ao atendimento que recebem no SUS em Salvador.  
Fonte: Elaboração Própria.

Dos 30,1% que declararam que não estão satisfeitos com o atendimento e os serviços prestados pelo SUS, 71,4% informaram o longo tempo de espera para atendimento como fator preponderante à insatisfação; 22,9% disseram que a causa de sua insatisfação é o fato de os médicos e/ou profissionais não dispensarem a atenção adequada no atendimento; 2,9% colocaram a dificuldade para conseguir marcar cirurgias como a causa de insatisfação e outros 2,9% devido ao atendimento muito ruim.

Resultados da pesquisa mostram que 50,5% dos idosos entrevistados já enfrentaram dificuldades para ter acesso aos serviços de saúde do SUS. A maioria dos idosos, 40,4% destacou as dificuldades para marcar consultas e exames no SUS; 27,7% responderam que já enfrentaram dificuldades em termos da grande espera pelo atendimento médico, ressaltando que, por muitas vezes, aguardaram durante horas para receberem atendimento; 6,4% informaram já ter enfrentado dificuldades para conseguir vagas em hospitais de Salvador para atendimentos de emergência; outros 6,4% informaram que já ficaram sem atendimento médico quando precisaram; e mais 6,4% já tiveram dificuldades para conseguir marcar cirurgias. Outra queixa, correspondente a 4,3% dos entrevistados, diz respeito à dificuldade de conseguir acompanhamento com médicos especialistas de hospitais do município de Salvador, conforme gráfico 12.

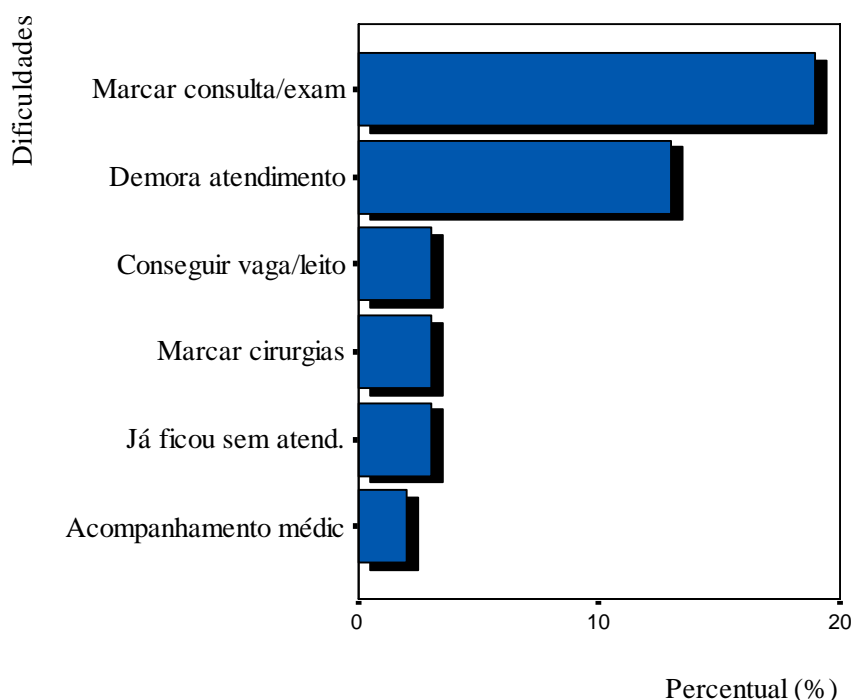


Gráfico 12. Dificuldades de acesso à assistência médica SUS de Salvador enfrentadas pelos idosos.  
Fonte: Elaboração própria.

O “acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde” (DONABEDIAN apud. TRAVASSOS, 2009a), é um “conjunto de fatores que intervêm entre a capacidade de produzir serviços e a produção de fato ou consumo de serviços” (DONABEDIAN apud. SOUZA, 2006, p. 233). As desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde discutidas acima são expressões diretas das características do sistema de saúde, em conformidade com as proposições de Travassos (2009a).

Questionando sobre se já se sentiram mal atendidos, discriminados ou mal tratados alguma vez em que precisaram de atendimento médico, 78% dos idosos disseram que não. Os outros 22% que disseram sim, informaram que a situação ocorreu quando buscou atendimento no SUS. Questionados sobre a razão deste mau atendimento, 36,4% destes idosos responderam que o mau atendimento se deu devido ao fato de alguns funcionários e médicos serem ignorantes, mostrarem-se boçais no atendimento; outros 36,4% apontaram o descaso dos médicos no atendimento, que não dispensam a atenção adequada. 9,1% informaram que a situação se deu devido à falta de médicos e 9,1% ao despreparo de funcionários e atendentes.

Foi perguntado aos idosos entrevistados se as unidades de saúde da rede SUS do município de Salvador poderiam lhes oferecer um atendimento melhor. 73,1% disseram que sim. E a maioria deles, 39,7%, gostaria que diminuísse o tempo de espera para receber atendimento, 16,2% dos idosos sugeriram que fosse ampliado o número de médicos para melhoria do atendimento; 8,8% disseram que os profissionais deveriam ser mais atenciosos no atendimento ao idoso, 7,4% responderam que deveria ter mais medicamentos a disposição, visto que muitos dos remédios que eles necessitam não são encontrados na rede SUS. O gráfico abaixo mostra os pontos que precisam ser melhorados, sob o ponto de vista dos idosos, nas unidades de saúde da rede SUS.

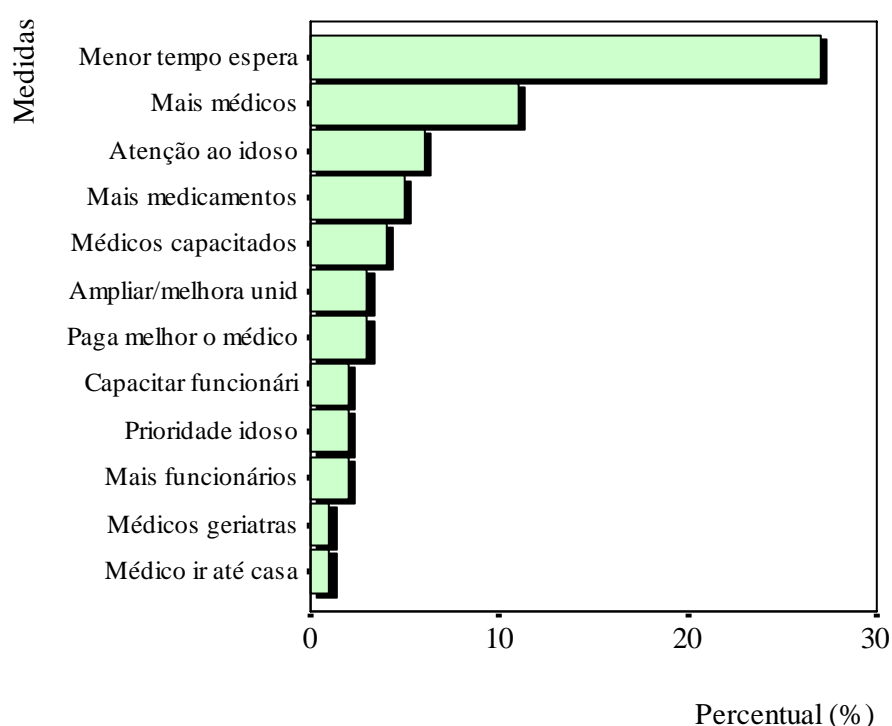


Gráfico 13. Distribuição da preferência dos usuários idosos do sistema SUS de Salvador.

Fonte: Elaboração Própria.

Dos 100 idosos entrevistados na pesquisa, quando questionados se costumam realizar exames médicos periodicamente (pelo menos uma vez ao ano), 85% responderam que sim. Dentre os que responderam não, 60% informaram que não sentem necessidade e/ou só procuram médico quando sentem algo mais grave. Outros 26,7% dos idosos que não costumam buscar atendimentos preventivos informaram que assim se comportam devido à dificuldade de marcar exames no SUS, fato indicativo de iniquidade no acesso a estes serviços; 6,7% dos idosos disseram não fazer exames periódicos por descuido; e outros 6,7% informaram não ter tempo. Ainda sobre a busca de atendimentos preventivos, analisando o perfil por sexo, 90,5%

das mulheres idosas costumam realizar exames médicos periodicamente e 75,7% dos homens. Podemos supor, dessa forma, que as mulheres idosas, de um modo geral, possuem um comportamento relativamente mais preventivo do que os homens, corroborando com os resultados alcançados quando do estudo da frequência de internações no capítulo anterior desta pesquisa.

Do total de idosos entrevistados, 87% informaram que tem alguma doença. Os resultados mostraram que somente 24% dos idosos não apresentam doenças crônicas, ao passo que 31% apresentaram duas doenças e 14% três ou mais doenças crônicas, um exemplo da carga de doenças nessa população, como pode ser visto no gráfico 14.

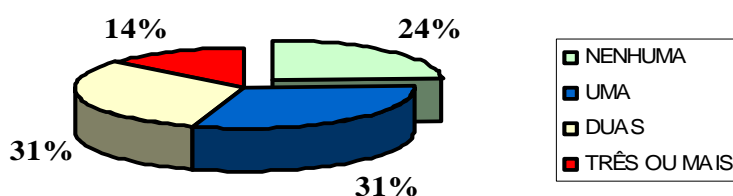


Gráfico 14. Número de doenças crônicas auto-referidas entre os idosos de Salvador. 2009.  
Fonte: Elaboração Própria

Dados da pesquisa indicam que 67% dos idosos entrevistados possuem doenças do aparelho circulatório, entre as principais doenças informadas por estes idosos está a hipertensão arterial, 60% dos idosos entrevistados, e 5% dos entrevistados já sofreram derrame (Acidente Vascular Cerebral). Em segundo lugar, verificaram-se as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, 25% dos idosos alegaram ter doenças desta natureza, sendo que 21% dos idosos entrevistados informaram que sofrem de artrose/artrite; e 9% de osteoporose. 19% do total dos idosos afirmaram ter também doenças do sistema endócrino, importante ressaltar que 18% informaram ter diabetes. As doenças do aparelho digestivo foram apontadas por 11% dos idosos entrevistados, 8% dos entrevistados têm doenças do ouvido, 7% possuem doenças do olho, outros 7% doenças do aparelho respiratório. (gráfico 15).

A pesquisa identificou que 33% dos idosos entrevistados já precisaram ficar hospitalizados uma vez, após terem completado 60 anos; 12% dos idosos já ficaram internados por duas ou

três vezes; 6% ficaram internados por 4 ou 5 vezes e 1% por mais de 5 vezes. No entanto, 48% nunca precisaram ficar internados após terem completado os seus 60 anos. O principal grupo de causas das hospitalizações apontado pelos idosos entrevistados foi o das doenças do aparelho circulatório (40,4%), seguidos das doenças do aparelho digestivo (25%). As doenças do aparelho respiratório, neoplasias e doenças do aparelho geniturinário constituíram cada uma delas por 11,5% das internações. As doenças do olho corresponderam por 9,6% das hospitalizações (gráfico 16).

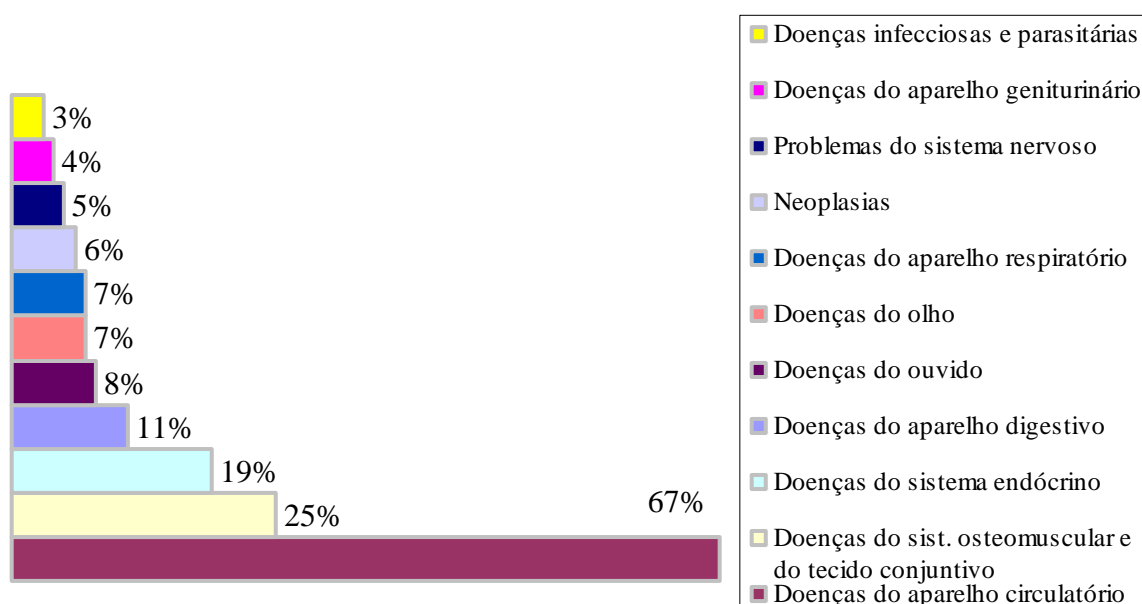


Gráfico 15. Grupos de doenças que a população idosa que demanda assistência médica em Salvador possui.

Fonte: Elaboração Própria.

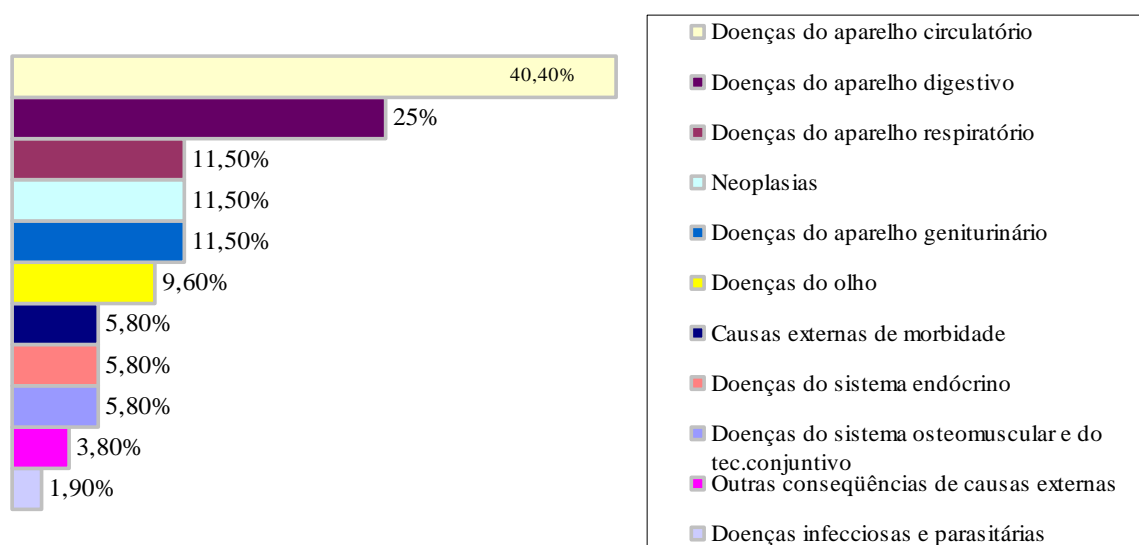


Gráfico 16. Grupos de doenças apontadas pelos idosos como causas das suas hospitalizações após terem completado os seus 60 anos.

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados da pesquisa referentes às doenças que os idosos possuem e as causas das internações hospitalares estão em consonância com o padrão de morbidade hospitalar identificado na seção anterior desta pesquisa, realizada com base nas informações do Departamento de Informática do SUS para o ano de 2008 e estão de acordo também com os trabalhos sobre o perfil de morbidade da população idosa estudados até então.

Tendo em vista que “em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico constante e medicação contínua.” (VERAS, 2009, p. 707), pode-se sugerir que “a ampliação do número de idosos e a maior utilização do sistema de saúde, consequência do maior tempo de vida e das múltiplas patologias crônicas, configuram-se como os grandes gargalos e desafios do sistema de saúde”. (PARAHYBA; VERAS, 2008, p. 2485-2486).

Neste contexto, “a captação eficiente dos que mais necessitam de cuidado, no momento certo é um dos estrangulamentos dos sistemas de saúde, conforme afirma Veras (2009). E mais, a baixa resolutividade do modelo em curso, a precariedade dos serviços ambulatoriais, a escassez dos serviços domiciliares, a falta de instâncias intermediárias (como os hospitais-dia e centros de convivência)”, de acordo com Mendes citado por Veras (2009, p. 707) são fatores que influenciam para que o atendimento ocorra dentro do hospital, ou seja, num estágio avançado.

Com base nas informações da pesquisa, constatou-se que 63% dos idosos demandantes da assistência médica SUS de Salvador usam medicação contínua. Questionados sobre como fazem para obter remédios quando precisam, 31% dos idosos informaram que sempre compram os seus medicamentos. 29% disseram que costumam procurar gratuitamente nos Postos de Saúde (PS) do Sistema Único de Saúde e, quando não encontram os medicamentos de que precisam nestas unidades, eles mesmos compram. Outros 25% dos idosos só buscam os remédios nos Postos de Saúde. Outros 8% dos entrevistados informaram que procuram nos PS e, quando não encontram, pedem que algum familiar compre os remédios. Outros 4% disseram que costumam comprar seus remédios, mas quando não têm condições, pedem que algum familiar pague. Observe o gráfico 17.

Portanto, temos que 63% dos idosos buscam o Sistema Único de Saúde para obter seus remédios, a diferença é que alguns deles, quando não encontram os remédios que precisam no SUS, podem comprá-los, outros contam com a ajuda de familiares para custear seus remédios, já outros ficam sem o medicamento visto que não tem condições de comprar. Porém, cabe enfatizar que uma doença que não é tratada ou prevenida por motivos sociais (por exemplo, por causa da pobreza), e não por uma decisão pessoal, tem repercussão particularmente negativa na justiça social, conforme afirma Sen (2009a, p. 303).

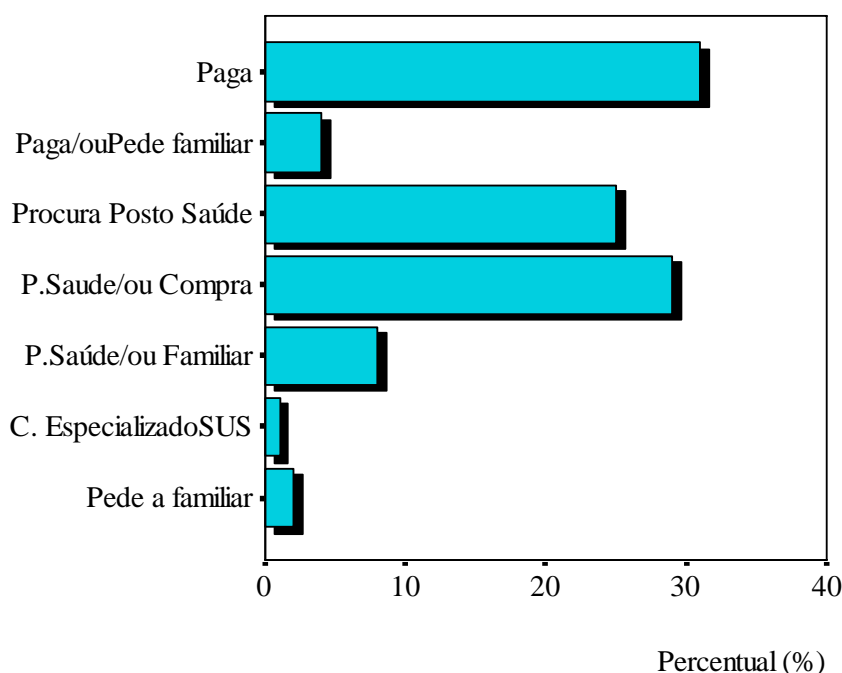


Gráfico 17. Forma de obtenção de remédios.  
Fonte: Elaboração Própria.

Quanto à frequência com que estes idosos obtêm remédios gratuitamente nos Postos de Saúde após uma consulta médica, 50% dos idosos entrevistados “sempre” obtêm os medicamentos nos postos do SUS (Incluindo 1% referente ao idoso que busca remédios em centros especializados do SUS); 9% responderam que “de vez em quando” obtêm os remédios nos postos de saúde e 5% disseram que “raramente”. E 36% informaram que nunca pegam remédios no Postos de Saúde SUS.

Quando questionados quanto aos custos mensais com remédios, 8% dos idosos responderam que gastam entre R\$ 8,00 e R\$ 30,00; 11% gastam entre mais de R\$ 30,00 e R\$ 70,00. 15% entre mais de R\$ 70 e R\$ 120. E 20% dos idosos responderam que costumam gastar entre



mais de R\$ 120,00 e R\$ 400,00 com medicamentos, com cerca de 20,6% das mulheres nesta faixa de custos com medicação e 18,9% dos homens. Enquanto que outros 20% não gastam com medicamentos, pois encontram os remédios que precisam nos postos de saúde e Centros de assistência especializada do sistema SUS e 17% dos idosos não tomam remédio de uso contínuo e, por esse motivo, não tem gastos mensais com medicamentos. 3% declararam que, se não encontram os remédios de que precisam nos postos de saúde ficam sem, pois não tem condições de comprar, cabe destacar que há apenas mulheres nesta situação. (gráfico 18).

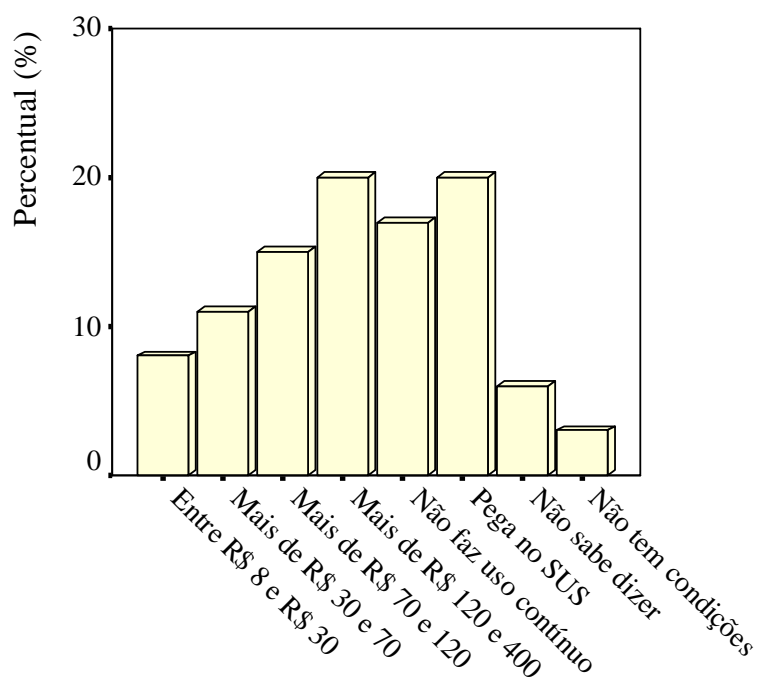


Gráfico 18. Custos mensais dos idosos com medicamentos.  
Fonte: Elaboração Própria.

É importante frisar que, 20% dos idosos que gastam entre R\$ 70 e R\$ 120 com medicamentos são pessoas que auferem renda de no máximo R\$ 400 mensais, isto significa que estes idosos têm de 17% a 30% de sua renda direcionada exclusivamente para medicação todo mês. E mais 15% dos idosos que gastam entre R\$ 120 e R\$ 400 recebem até R\$ 400 mensais. Custos elevados para esta faixa de renda, mesmo considerando que alguns destes idosos recebem ajuda de seus filhos para o custeio de seus remédios, pois deve-se considerar a existência de outras despesas com as quais eles têm de arcar para sua subsistência no dia-a-dia. Cabe ressaltar também que 35% dos idosos que gastam entre R\$ 120 e R\$ 400 com medicamentos mensalmente auferem renda mensal entre R\$ 400 e R\$ 600, e outros 15% e 10% dos idosos que tem esta mesma faixa de despesa com medicamentos auferem renda mensal entre R\$ 600-1000 e R\$ 1600-2000, respectivamente.

Os idosos responderam também a respeito do serviço de atenção domiciliar e/ou internação domiciliar após uma breve explicação sobre como funciona o serviço. Perguntados sobre se já foram beneficiados por este tipo de serviço, 95% disseram que não, 3% já foram beneficiados pelo serviço através do próprio SUS e 2% através de sistema não SUS.

Aos que nunca foram atendidos através da Atenção Domiciliar/Internação Domiciliar, perguntou-se sobre se acreditam que seria bom serem atendidos através destes serviços, caso viessem a precisar algum dia, e 78,9% disseram que sim, 13,7% disseram não e 7,4% não sabia dizer/avaliar. Esta avaliação positiva sobre a assistência domiciliar leva a refletir sobre quão acertadas foram as políticas públicas sobre a saúde do idoso que a coloca como alternativa de assistência, pois consiste numa estratégia importante para diminuir custos, visto que é menos onerosa do que a internação hospitalar. No entanto, conforme a pesquisa, poucos foram beneficiados, até então, pelo serviço.

Dentre os idosos que acreditam que seria bom ser beneficiado pelo serviço, 27,6% afirmaram que esta seria uma forma de receber mais atenção/acompanhamento quanto à sua saúde, 18,4% informaram que este tipo de atendimento seria bom para o idoso que está acamado ou com dificuldades para se movimentar; 14,5% destacaram que seria bom porque estaria mais próximo da família e outros 14,5% disseram que é mais confortável ficar em casa do que num hospital. Além daqueles que já receberam atenção domiciliar (5%) vale informar que mais 2% do total dos entrevistados estavam acamados, e por esse principal motivo creditaram que seria bom este tipo de atenção.

Quanto à visitas de Agentes de Saúde, 72% dos idosos entrevistados informaram que nunca receberam visita de um agente em sua residência.<sup>6</sup> Dos que disseram receber a visita destes agentes, quanto à frequência destas visitas temos que 63% informaram que “sempre” recebem a visita dos agentes, 22% responderam que a visita é “de vez em quando”, 14,8% disseram “raramente”. Quanto à visita de médico do programa Saúde da Família, 97% dos entrevistados disseram que nunca receberam esta visita. Portanto, pode-se afirmar que a cobertura do Programa deixa de considerar percentual importante da população idosa, uma

---

<sup>6</sup> Cabe lembrar aqui, assim como foi realizado durante as entrevistas, que se trata dos Agentes Comunitários de Saúde da Atenção Básica, que levam informações/orientações quanto à prevenção de doenças e promoção da saúde, buscam também reunir informações sobre a saúde da comunidade, e não o agente de zoonoses.

problemática da atenção básica que deve ser verificada, pois boa parte dos idosos aqui entrevistados apresentava um estado de saúde digno de mais atenção e acompanhamento. Observam-se as distribuições das visitas dos médicos e agentes no gráfico 19, logo abaixo.

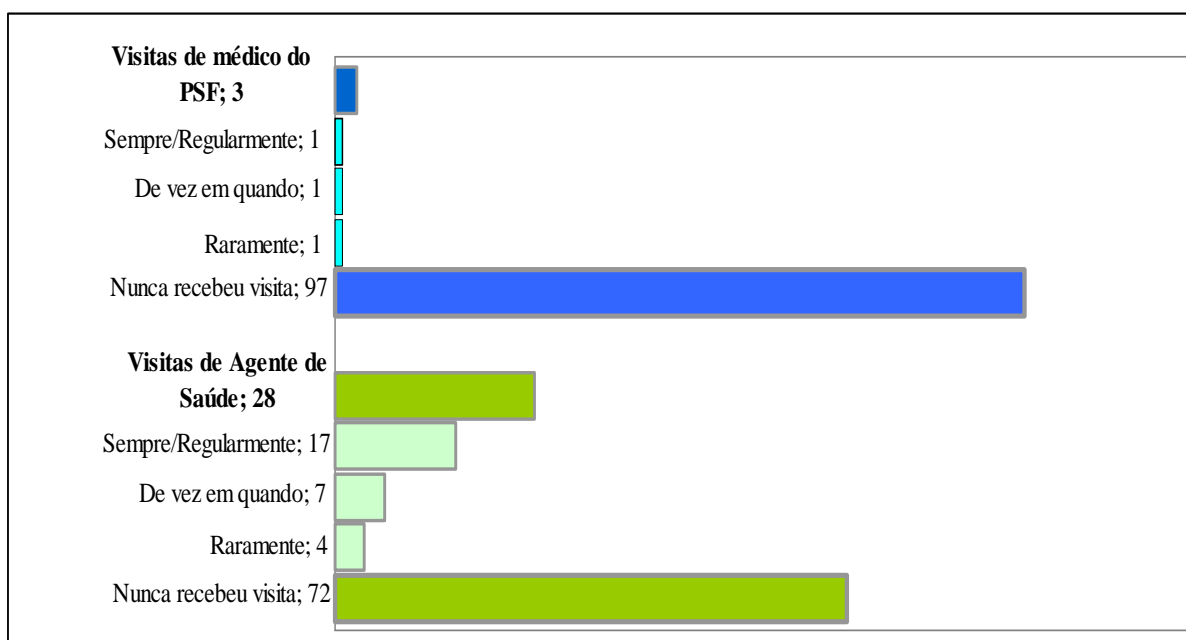


Gráfico 19. Visitas de médico do Programa Saúde da Família e visita de Agente de Saúde aos idosos. Fonte: Elaboração Própria.

Visto que as ações de prevenção estão centradas na aplicação de vacinas, constituindo papel importante também para a manutenção da capacidade funcional dos idosos, temos que, quanto à Campanha de Vacinação do Idoso, os idosos foram questionados sobre se costumam tomar vacinas oferecidas gratuitamente nos Postos de Saúde para as pessoas idosas, e 75% disseram que sim. A maioria, 75%, costuma tomar a vacina contra a gripe. Dentre estes, 6% já tomaram também a vacina contra o tétano e, 1% contra a febre amarela. Dos idosos que responderam que não costumam tomar vacinas, questionados sobre o motivo de não tomá-las, os entrevistados responderam considerando principalmente a vacinação contra a gripe. Sendo assim, 36% informaram que não tomam vacina contra a gripe porque não sentem necessidade; 16% disseram que já tomaram, mas que a gripe veio mais forte, então, optaram por não mais se vacinar; 12% têm alergia e outros 12% disseram que não confiam e mais 12% disseram que ouviu dizer que faz mal.

Enfim, os idosos responderam sobre se o Sistema Único de Saúde atende às suas necessidades de saúde, e a maioria, 60,2%, informou que sim. Indicador positivo para o SUS (gráfico 20).

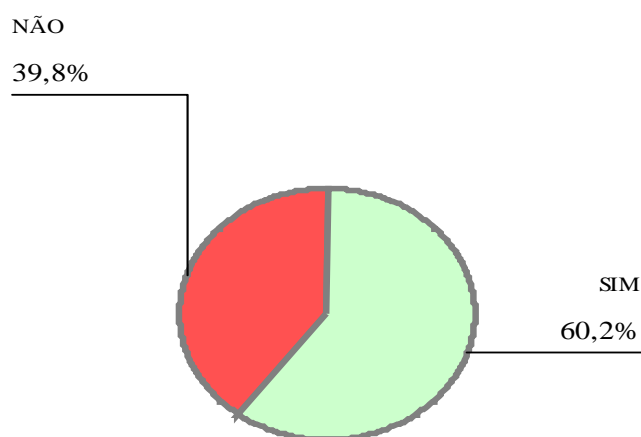


Gráfico 20. O Sistema Único de Saúde atende as necessidades do idoso.  
Fonte: Elaboração Própria.

Perguntou-se também sobre se a pessoa idosa é bem tratada em Salvador, a maioria dos idosos, 62%, disseram que não. Os principais motivos citados por eles como marcantes do fato de o idoso não ser bem tratado em Salvador podem ser visualizados no gráfico 21. Cabe destacar que a maioria, 30,6%, dos idosos disse que os idosos são desrespeitados, desprezados no cotidiano. Em segundo lugar, 21% afirmaram que falta atenção à saúde do idoso. Seguidos de 16,1% que indicaram que o idoso é discriminado nos transportes coletivos urbanos, onde tanto os motoristas quanto os usuários não os respeitam. Enfim, pode-se perceber que muitos idosos são discriminados e grandemente desrespeitados no dia-a-dia.

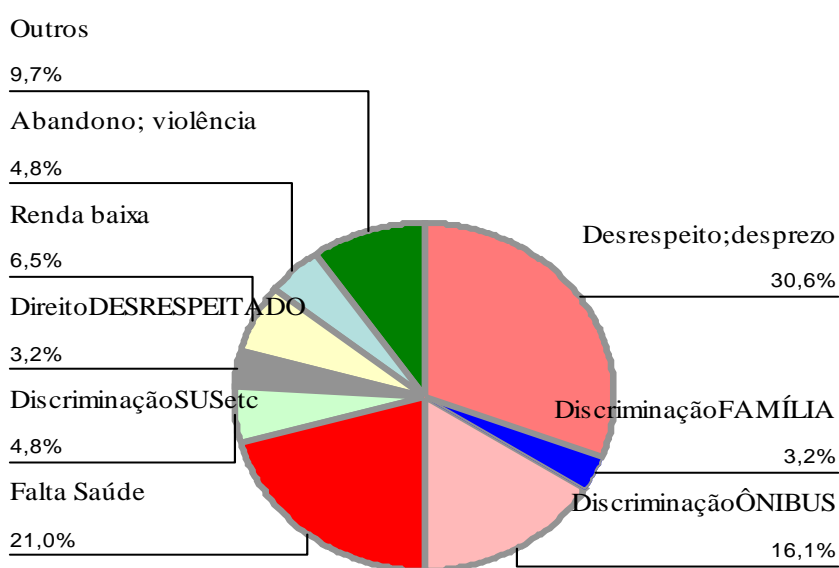


Gráfico 21. Principais motivos que identificam que o idoso não é bem tratado.  
Fonte: Elaboração Própria.

As desigualdades sociais vistas em termos das privações de liberdades, conforme analisa Amartya Sen, podem surgir em razão de processos inadequados ou de oportunidades inadequadas que algumas pessoas dispõem para realizar o mínimo do que gostariam, “incluindo a ausência de oportunidades elementares como a capacidade de escapar de morte prematura, morbidez evitável ou fome involuntária.” (SEN, 2000, p. 31). Portanto, a privação de liberdades também está ligada à carência de serviços públicos e de assistência social.

Os questionários de pesquisa aplicados no município de Salvador objetivaram analisar a satisfação dos usuários idosos com os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde no município e, conseqüentemente, examinar a qualidade destes serviços e o seu alcance às demandas de saúde deste segmento. Agora cabe analisar mais detalhadamente o perfil socioeconômico destes usuários, principal objetivo do presente estudo.

Assim, os dados da pesquisa apresentaram a seguinte distribuição por sexo: 63% dos idosos entrevistados eram do sexo feminino, 37% do sexo masculino. Verificou-se a predominância do sexo feminino em todas as faixas etárias, caracterizando a chamada “feminilização do envelhecimento” mencionada nos estudos sobre a população idosa, a exemplo de Camarano (2008) e Gordilho et al. (2001). Na faixa etária de 60 a 69 anos estão 49% do total de idosos entrevistados, sendo que 65,3% são mulheres; na faixa de 70 a 79 anos estão 36% dos idosos entrevistados, 63,9% são mulheres; e na faixa de 80 anos e mais estão 15% dos idosos, 53,3% mulheres (Gráfico 22).

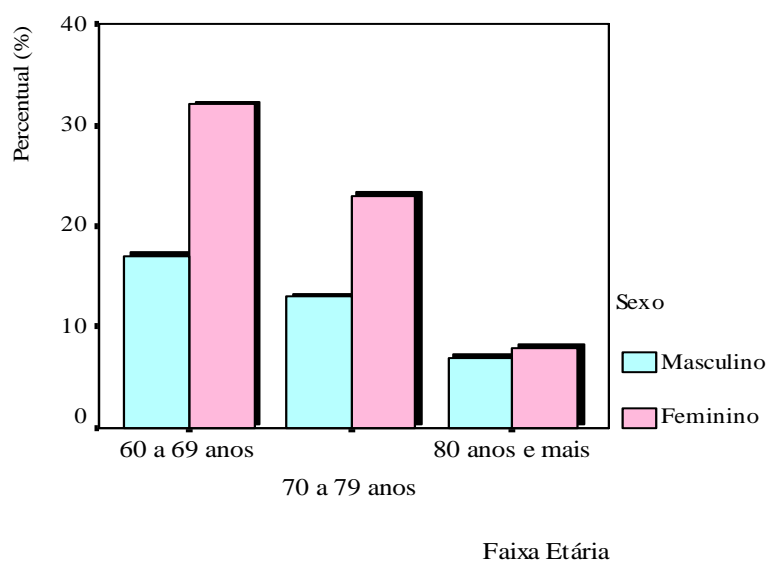


Gráfico 22. Distribuição etária dos idosos que demandam assistência médica em Salvador. 2009.  
Fonte: Elaboração Própria.

A distribuição dos idosos conforme a estratificação da faixa etária por sexo resultante da presente pesquisa é semelhante à descrita pelo IBGE para o ano de 2009. Segundo o qual, a população idosa de Salvador em sua maioria é composta por mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos, conforme mostra a tabela 5.

Tabela 5. População Residente por Faixa Etária e Sexo, Salvador 2009.

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2009			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
60 a 69	54.465	80.049	134.514
70 a 79	24.625	44.818	69.443
80 e +	9.856	23.042	32.898
Total	88.946	147.909	236.855

Fonte: Adaptada de IBGE, Censos e Estimativas apud Brasil (2009f).

Quanto ao nível de instrução dos idosos entrevistados, verificou-se uma distribuição sem muitos contrastes, no entanto, ainda com grande proporção de analfabetismo. A maior parte dos idosos entrevistados, 33%, tinha de 4 a 8 anos de estudo; seguidos da proporção de idosos sem instrução e menos de 1 ano de estudo que foi de 26%; 22% dos idosos tinham de 1 a 3 anos de estudo; e 19% tinham 9 anos ou mais de estudo, considerando que 25% dos pardos, 18,5% dos brancos e 10,3% dos negros tinham este nível de escolaridade.

Em relação à cútis, dos 100 idosos entrevistados, a maioria era parda, 44 %, seguidos de negros em 29% e de brancos com 27% (gráfico 23).

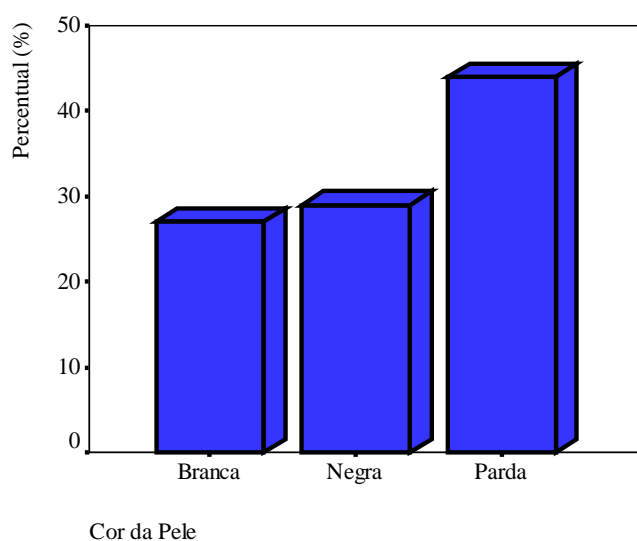


Gráfico 23. Distribuição de cor de pele da população idosa que demanda assistência médica no município de Salvador. 2009.

Fonte: Elaboração Própria

Em relação à renda mensal (gráfico 24), a maior parte dos idosos, 49%, auferia renda entre mais de R\$ 400 e R\$ 600 mensais, com uma distribuição equilibrada entre os sexos, 49% dos idosos desta faixa de renda eram homens e 51% eram mulheres, respectivamente. A relação da cor da pele com a renda se apresentou da seguinte maneira para esta faixa de renda: 50% dos pardos possuíam renda entre mais de R\$ 400 e R\$ 600, 48,3% dos negros, e dos brancos em 48,1%.

Em segundo lugar está a faixa de renda entre mais de R\$ 600 e no máximo R\$ 1.000, correspondendo a 16% dos idosos entrevistados, a maior parte do sexo feminino, 81,3%. No entanto, cabe destacar que 11% dos idosos entrevistados não auferiam renda alguma, sendo que 72,7% dos idosos nesta situação eram mulheres. Estes, segundo dados da pesquisa, são idosos dependentes da renda dos seus cônjuges e/ou de seus filhos. Cabe ressaltar ainda que 13,8% dos negros e 13,6% dos pardos estavam nesta situação (sem rendimento), e os brancos correspondem a 3,7%. Cerca de 9% total de idosos entrevistados possuíam renda inferior a R\$ 400.

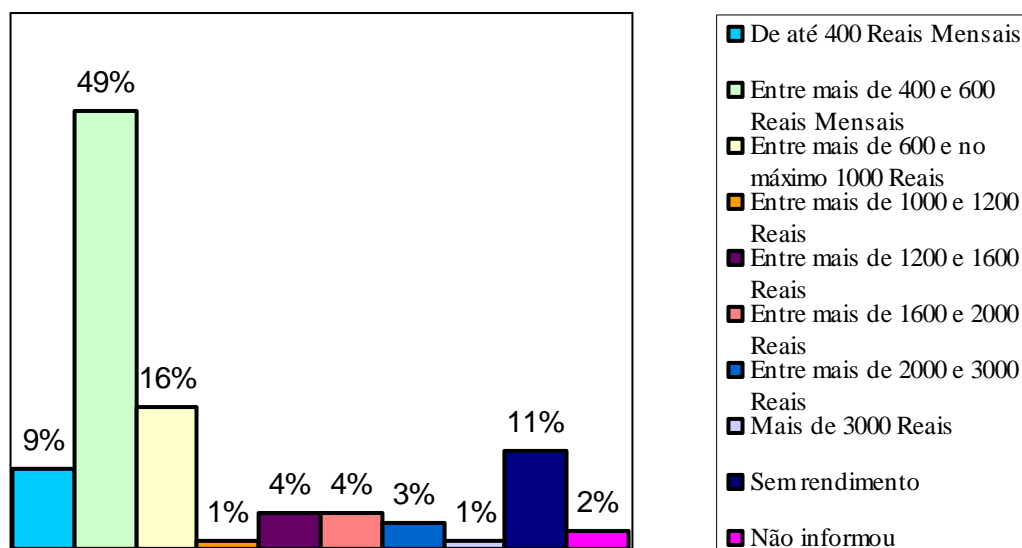


Gráfico 24. Distribuição de renda da população idosa que demanda assistência médica no município de Salvador. 2009.

Fonte: Elaboração Própria.

Segundo Camarano (2008, p.21), “a renda do idoso depende, principalmente, dos benefícios previdenciários, cuja contribuição tem aumentado no tempo para ambos os sexos.” Na

presente pesquisa, 49% dos idosos entrevistados são aposentados, 21% são pensionistas e 5% são aposentados e pensionistas.

A distribuição de ocupação mais detalhada está no gráfico 25. Onde observa-se em primeiro lugar os aposentados, correspondendo a 42% dos idosos entrevistados. Seguidos dos pensionistas, 19%; e outros 14% dos idosos que não têm ocupação. A participação da renda do trabalho na renda do idoso é constatada quando se observa que 9% dos idosos entrevistados ainda não se aposentaram, continuavam ativos no mercado de trabalho; e 7% são aposentados e continuavam trabalhando, e mais 2% são pensionistas e estavam trabalhando.

Considerando o total dos idosos entrevistados, sejam eles aposentados e/ou pensionistas, ou não, 19% ainda têm na composição de sua renda a contribuição do trabalho (sem quantificar os afastados do serviço/beneficiários de auxílio doença: 2%), confirmando a participação ativa do idoso na sociedade.

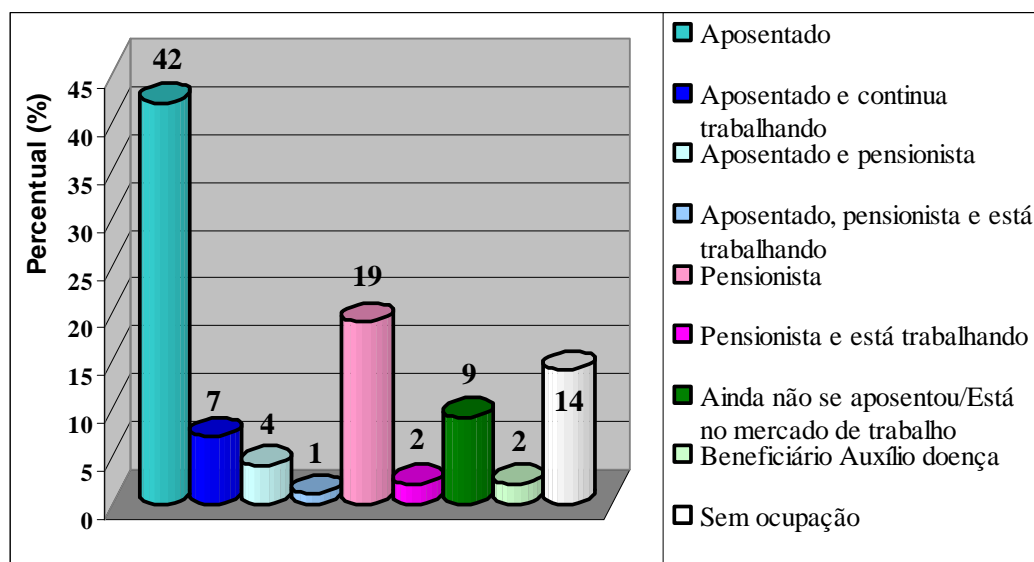


Gráfico 25. Distribuição de Ocupação da população idosa que demanda assistência médica no município de Salvador. 2009.

Fonte: Elaboração Própria.

Relacionando as variáveis sexo e ocupação, verificou-se que 34,9% das mulheres idosas são aposentadas, contra 54,1% homens idosos aposentados; e 28,6% das mulheres são pensionistas, enquanto apenas 2,7% dos homens idosos entrevistados são pensionistas; além



disso, 6,3% das mulheres são aposentadas e pensionistas, enquanto que não há nenhum caso deste entre os homens. Portanto, observa-se que a contribuição das pensões tem grande representatividade na renda das mulheres idosas, em concordância com outros estudos, a exemplo de Camarano (2008).

Cerca de 14,3% das idosas entrevistadas não tinham ocupação e 13,5% dos homens idosos também estavam nesta situação. No entanto, 9,5% das idosas entrevistadas ainda não se aposentaram, não recebem benefício algum e continuam trabalhando, este percentual para os homens foi de 8,1%.

Quanto ao emprego, do total de idosos entrevistados, 21% estavam empregados (considerando os afastados temporariamente do serviço). Dentre os que informaram as suas atividades, a maioria, 28,7%, trabalhava na prestação de serviços administrativos, serviços culturais, serviços ligados ao comércio em geral e transportes (auxiliar administrativo, secretária, técnico de audiovisual, corretor de imóveis e veículos, motorista etc.), 30% das idosas atuavam nestes serviços e 27,3 dos homens. 23,8% do total trabalhavam como autônomos, a maior parcela homens, pois 36,4% dos homens eram autônomos e apenas 10% das mulheres. 19% eram trabalhadores dos serviços domésticos em geral (costureira, empregada doméstica, auxiliar de serviços gerais, etc.), apresentando apenas mulheres, sendo que 40% das mulheres idosas entrevistadas trabalhavam nesta área. 14,3% eram trabalhadores rurais, representando alguns dos idosos não residentes no município de Salvador. 9,5% dos idosos entrevistados trabalhavam como pedreiros na construção civil.

Em relação ao motivo da aposentadoria entre os idosos entrevistados, verificou-se que 44,4% dos entrevistados aposentaram-se devido à idade, 37% por tempo de contribuição e 16,7% por invalidez e 1,9% não informaram o motivo da aposentadoria. Há uma distribuição equilibrada na relação sexo e motivo da aposentadoria por idade, pois 46,4% das mulheres aposentadas se aposentaram por esse motivo e 42,3% dos homens. Quanto ao motivo tempo de contribuição, 42,9% das mulheres se aposentaram por esse motivo e 30,8% dos homens. Mas 26,9% dos homens se aposentaram por invalidez, enquanto que entre as mulheres apenas 7,1%.

Quando questionados se dirigiam, apenas 6% do total de idosos entrevistados relataram que sim. Sobre a posse de veículos, somente 4% dos idosos possuíam carro. Questionados também a respeito da sua residência, se morava em casa (ou apartamento) própria ou alugada, 95% do total dos idosos entrevistados informaram que residiam em casa própria, 4% em casa alugada e 1% morava de favor.

Em relação ao estado civil, o percentual de idosos casados coincidiu com o de idosos viúvos, foi de 38%; seguidos de solteiros em 16% e 8% de divorciados. Observando a distribuição destas variáveis por sexo, 62,2% dos homens idosos eram casados, e 23,8% das mulheres. 47,6% das mulheres eram viúvas e 21,6% dos homens (gráfico 26). Questionados se tinham alguém que cuidasse deles quando precisassem, 87% do total responderam que sim. Uma proporção elevada que confere algum apoio social ao idoso, e todos os idosos que responderam afirmativamente citaram esposos(as), filhos, netos e parentes como seus cuidadores nas situações de necessidade. Sendo que do total dos idosos entrevistados, 95% informaram que tinham filhos.

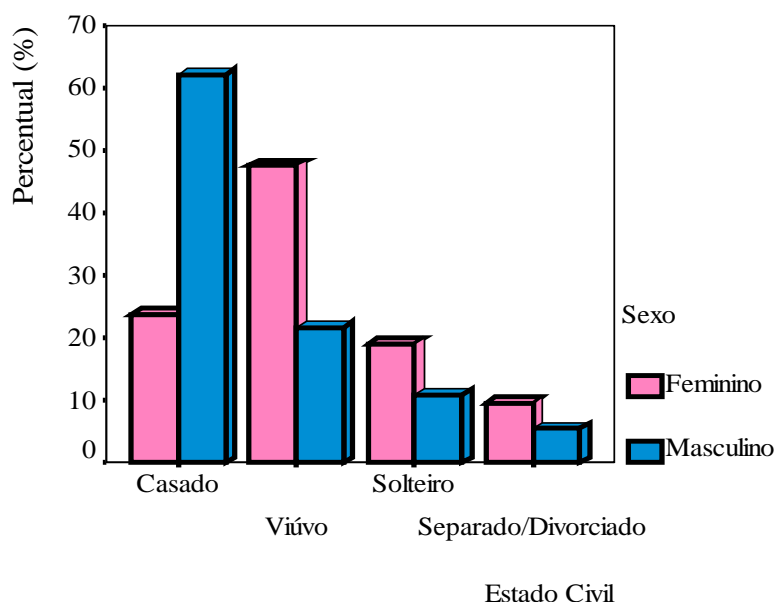


Gráfico 26. Relação Sexo e Ocupação da população idosa que demanda assistência médica no município de Salvador. 2009.

Fonte: Elaboração Própria.

Segundo IBGE (2008c, p. 168), “o aumento da esperança de vida nas últimas décadas fez com que crescessem as possibilidades de convívio, numa mesma família, de duas ou até três gerações diferentes.” Este fenômeno da convivência intergeracional confirma-se na presente

pesquisa, visto que 36% dos idosos entrevistados informaram que moravam com filhos, 25% moravam com filhos e netos e 4% moram com netos.

As estruturas familiares são apresentadas detalhadamente no gráfico 27. Dessa forma, do total de idosos entrevistados, 19% viviam só (domicílios unipessoais), sendo que 21,6% das mulheres idosas informaram viver sozinhas e 17,5% dos homens. Cerca de 19% moravam com seus filhos; outros 19% moravam com filhos e netos; 17% moravam com seus cônjuges e filhos (famílias do tipo casal com filhos). E 11% moravam com seus cônjuges (famílias tipo casal sem filhos), os chamados ninhos vazios<sup>7</sup>. Vale informar que 6% dos idosos viviam com seus cônjuges, filhos e netos; 5% com outros parentes; 2% com cônjuges e netos, e outros 2% sem cônjuges com netos. O convívio do idoso com filhos ou parentes tem sido destacado na literatura em geral como uma situação positiva para o seu bem-estar.

A maioria dos idosos (61%) no Brasil coabita com parentes seguindo uma tendência verificada nos países em desenvolvimento, onde as necessidades socioeconômicas, não só do idoso, fazem com que as famílias sejam mais numerosas. A coabitação é uma alternativa representando um suporte ao idoso, uma ajuda mútua principalmente quando os filhos retornam (ou não saem) da casa dos pais por falta de recursos financeiros. (IBGE, 2008b, p.238).

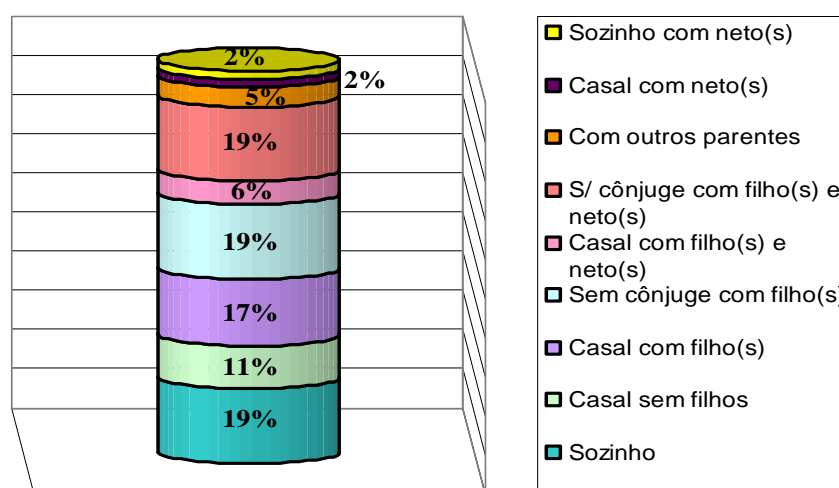


Gráfico 27. Estrutura familiar da população idosa que demanda assistência médica no município de Salvador. 2009.

Fonte: Elaboração Própria.

<sup>7</sup> Arriagada (1997) apud. Camarano (2003, p. 1), numa classificação feita para famílias latino-americanas, define como “ninhos vazios”, as famílias formadas por um casal, cujo cônjuge tem mais de 35 anos e que não se encontram filhos residindo com eles.

Importante informar que 22% das mulheres idosas tratavam-se de mães s/ cônjuge morando com filhos, e 13,5% dos homens idosos eram pais sem cônjuge morando com filhos. E mais, 25,4% das mulheres idosas moravam sem cônjuges com filhos e netos, enquanto que, entre os homens, foram 8,1% nesta situação. Pode-se inferir, conforme resultados da pesquisa, que essas proporções maiores de idosas nestes arranjos familiares, provavelmente, são afetadas pela maior longevidade feminina, bem como pela maior proporção de viuvez feminina. Em consonância com outros estudos, a exemplo de Camarano (2008).

Característica importante refere-se à contribuição monetária dos idosos na renda familiar, IBGE (2008c, p. 169) ressalta que “a contribuição de cada membro da família no orçamento é de suma importância para a sua própria reprodução e nível de bem-estar”. Dessa forma, a renda dos idosos pode exercer papel importante nas estratégias de sobrevivência do grupo doméstico. Questionados sobre se costumavam contribuir no orçamento familiar e/ou ajudavam algum filho e/ou parente, 70% dos idosos entrevistados informaram que sim. É importante observar que 84,2% dos idosos que moram sem cônjuge com os seus filhos e netos contribuem no orçamento familiar; 82,4% dos idosos que residem com seus cônjuges e filhos também contribuem; 78,9% dos idosos que vivem sem cônjuge e com seus filhos costumam contribuir; e mesmo os idosos que moram sozinhos costumam ajudar algum filho e/ou parente que não residem com eles, pois cerca de 47,4% informaram que prestam ajuda financeira.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atitudes concernentes às responsabilidades sociais e individuais, a natureza dos compromettimentos políticos e a falta deles no provimento de capacidades básicas à população são aspectos destacados por Amartya Sen (2000) na sua discussão sobre desenvolvimento como liberdade. Nesta perspectiva, são louváveis os esforços em termos das políticas formuladas pelo governo brasileiro de amparo social ao idoso e na promoção da discussão sobre o envelhecimento. Porém, há uma grande distância entre o amparo social garantido em lei e a realidade de vida dos idosos. A situação presente está muito longe da conquista do envelhecimento ativo orientado pelas políticas públicas nacionais e internacionais. Os direitos dos idosos são desrespeitados grandemente no cotidiano pelos agentes sociais em geral, as desigualdades sócio-econômicas no município de Salvador são persistentes, e muitos idosos ainda convivem com a privação de liberdades essenciais em suas vidas.

O que se percebe através dos resultados alcançados nesta pesquisa, reunindo as observações tanto dos dados primários como dos dados secundários, reconhecidas as suas limitações, e com base na teoria econômica é que há uma iniquidade em relação ao Sistema Único de Saúde do município de Salvador no atendimento às demandas da população idosa. Nota-se que não só as necessidades são maiores do que os recursos disponíveis, mas que o setor sofre com uma gestão deficiente, retratada, por exemplo, no caso emblemático das filas e longo tempo de espera para ter acesso não só a serviços de média complexidade, mas também a serviços básicos de saúde. Pois 71,4% dos idosos que estão insatisfeitos com o atendimento e os serviços prestados nas unidades do SUS apontam o longo tempo de espera para atendimento como fator preponderante à insatisfação. Além disso, 22% dos idosos entrevistados informaram que já foram mal atendidos/discriminados quando buscaram atendimento no SUS.

É fato o despreparo do setor de saúde para o tratamento adequado e digno do idoso e reconhecida a necessidade de acelerar as ações do SUS no sentido de expandir a cobertura, visando à maior equidade, qualidade e satisfação destes usuários. Pois é grande o contingente da população, especialmente os mais pobres, com dificuldades de acesso à assistência médica. Observou-se na pesquisa que 50,5% dos idosos já enfrentaram dificuldades para ter acesso aos serviços de saúde do SUS. Outro fato que deve ser destacado é que idosos com problemas

de saúde têm de sair das cidades onde residem, no interior do estado, em direção a Salvador para terem acesso aos serviços de saúde correspondentes às suas necessidades e utilizam, para tanto, ônibus coletivos (92,3%). Além da clara dificuldade de acesso aos serviços de saúde e de significar custos avultosos, acredita-se que o deslocamento seja também um agravante da condição de saúde dos idosos. Portanto, as políticas públicas devem assistir esta realidade.

Apesar de 63% dos idosos buscarem os Postos de saúde do SUS para obter remédios e que 50% deles sempre conseguem adquirir remédios após uma consulta médica, 54% dos idosos têm gastos mensais relevantes com medicamentos, o que significa que alguns deles não encontram os remédios de que necessitam nos Postos de Saúde, indício de que o SUS não atende integralmente as necessidades de saúde do idoso. Apenas 20% dos idosos entrevistados alegaram não ter gastos com medicamentos porque encontram a medicação de que precisam nos postos. Cabe lembrar que a maioria dos idosos, 49%, auferem uma renda mensal entre R\$ 400 e R\$ 600 apenas, e que 35% dos idosos que têm os maiores gastos com medicamentos (gastam entre R\$ 120 e R\$ 400 todo mês) estão nesta faixa de rendimento. E outros 15% dos idosos que tem esta mesma faixa de gastos com remédios recebe uma renda mensal de até R\$ 400. Despesas altas para a baixa renda que auferem.

A pesquisa verificou que 87% dos idosos possuem alguma doença. E somente 24% dos idosos entrevistados não apresentam doenças crônicas, ao passo que 31% apresentaram duas doenças e 14% três ou mais doenças crônicas. Esta maior carga de doenças, as quais podem ser incapacitantes ou não, reflete-se num aumento da demanda por serviços médicos e sociais. Portanto, trata-se de uma questão emergente que exige atenção e políticas públicas preventivas específicas que se adiantem para o amparo social às pessoas idosas, promovam alternativas para realizar o seu atendimento humanizado e o seu envelhecimento ativo. A população conquistou um patamar de longevidade, cabe agora garantir qualidade de vida para estas pessoas. Melhores condições de saúde para esta população podem garantir a continuidade de suas atividades na sociedade por mais tempo, bem como maior seria a sua produtividade e, conseqüentemente, maior a sua colaboração para o desenvolvimento econômico e social do município.

A integralidade no cuidado à saúde do idoso, ou seja, a atenção integral à sua saúde física, psíquica e social, de forma a manter a sua capacidade, independência e qualidade de vida

constitui-se em um dos grandes desafios que o Sistema Único de Saúde tem a enfrentar. Nesse sentido, a formulação de políticas públicas no campo da saúde do idoso deve considerar o perfil sócio-econômico e de morbidade desta população, enfatizando a sua heterogeneidade, e beneficiando tanto aqueles idosos que alcançaram uma boa saúde nesta etapa da vida, quanto aqueles com comprometimento de sua capacidade funcional.

Conforme indicam os resultados da pesquisa, a Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários idosos de Salvador com o sistema de saúde, pois 75% informaram que buscam os Postos de Saúde do SUS quando precisam de atendimento médico. Este nível de atenção tem alcançado importantes avanços no município. Porém, ainda atende com grandes dificuldades ao grupo. Esta porta de entrada do sistema representada pelos serviços primários de atenção à saúde do idoso pode incidir de maneira eficiente sobre suas condições de vida, em especial sobre os de renda mais baixa. Valorizar a destinação de maiores investimentos na atenção básica pode significar uma menor demanda à assistência médico-hospitalar, partindo-se do conhecido princípio de que uma população com acesso a cuidados de saúde preventivos alcança melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, menores serão os custos do setor de saúde.

Os custos de se financiar uma população idosa com uma alta incidência de doenças crônico-degenerativas serão muito maiores do que o de financiar uma população ativa e saudável. Quer dizer, a forma como os serviços de saúde são organizados numa sociedade é um determinante importante desses custos. (LLOYD-SHERLOCK apud. CAMARANO, 2009a)

Observou-se que 72% dos entrevistados contam com o Sistema Único de Saúde para ter acesso à saúde, e mesmo aqueles que dispõem de outras alternativas de atendimento buscam também o SUS (21%). Cabe notar que 69,9% dos entrevistados estavam satisfeitos com o atendimento e os serviços prestados pelas unidades de saúde do SUS e que 48% deles avaliam como um bom atendimento. Um total de 60,2% dos idosos usuários do SUS informou que este sistema atende suas necessidades de saúde. Portanto, mesmo com grandes dificuldades o SUS tem proporcionado um nível de inclusão social para alguns. No entanto, o que se almeja é a universalização desta inclusão social. Vale lembrar que 73,1% dos idosos declararam que as unidades de saúde do SUS do município de Salvador poderiam lhes oferecer um atendimento melhor.

Pelo que se observou neste estudo, pode-se supor que o envelhecimento da população de Salvador parece não estar associado a dependência ou esta relação não é clara. Segundo a amostra estudada, seria mais apropriado falar em interdependência entre gerações do que em dependência. Observou-se que 70% dos idosos coabitam com filhos e/ou netos e/ou outros parentes e 11% convivem com seus cônjuges, e que 70% dos idosos costumam contribuir no orçamento familiar e/ou ajudar algum filho ou parente que não residem com eles, confirmando que parcela da renda familiar depende da renda do idoso. Além disso, 95% dos idosos têm casa própria, o que os coloca numa condição mais favorável do que a das gerações mais jovens. E 87% dos idosos entrevistados têm seus cônjuges, filhos, netos e parentes que prestam cuidados à saúde deles quando necessário. Ou seja, a co-residência parece oferecer benefícios para ambas as partes. Neste contexto, as políticas sociais e o ambiente socioeconômico têm papel relevante.

Pois vimos que 49% dos idosos entrevistados são aposentados, 21% são pensionistas e 5% são aposentados e pensionistas, estes benefícios constituem a principal fonte de renda deles, visto que apenas 19% dos idosos têm a contribuição do trabalho na sua renda. Portanto, a universalização da Previdência tem conferido uma proteção social e tem realizado, mesmo que de forma parcial, uma amenização da pobreza entre os idosos e, conseqüentemente, de sua família.

São poucos os trabalhos que exploram os impactos sócio-econômicos do envelhecimento populacional. O presente trabalho surge como uma pequena iniciativa no intuito de despertar a comunidade acadêmica em geral, e em especial aos estudiosos da economia da saúde, sobre a relevância do tema. Sugere-se que outros trabalhos busquem, através de uma amostra mais significativa, caracterizar o perfil da população idosa enfatizando os seus aspectos socioeconômicos e de saúde e, que busquem instrumentos que visem garantir um Sistema Único de Saúde mais eficiente e que concorra para diminuir as desigualdades sociais.



## REFERÊNCIAS

AMARAL, Ana Cláudia Santos et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1617-1626, nov-dez 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/20.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2008.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. Diretoria de Atenção Especializada . **Internação domiciliar: humanizando o tratamento**. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dae/arquivos/TEXTOS/Textos%20infosaude.pdf>>. Acesso em 20 jun. 2009a.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde**. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/int\\_plan\\_plano.html](http://www.saude.ba.gov.br/int_plan_plano.html)> Acesso em: 20 abr. 2009b.

BAHIA. Secretaria Estadual de saúde. **Prioridades do Pacto pela vida para 2008**. Disponível em:<[http://www.saude.ba.gov.br/PACTO2008/arquivos/LEGISLACAO%20PACTO%20INT EGRADO%202008/PORTARIA%20ESTADUAL%20900\\_09abr2008/Anexo%20Portaria%20Estadual%20900\\_2008%20Planilha%20de%20Pactuacao%20de%20Indicadores%2011.04.2008.xls](http://www.saude.ba.gov.br/PACTO2008/arquivos/LEGISLACAO%20PACTO%20INT EGRADO%202008/PORTARIA%20ESTADUAL%20900_09abr2008/Anexo%20Portaria%20Estadual%20900_2008%20Planilha%20de%20Pactuacao%20de%20Indicadores%2011.04.2008.xls)>. Acesso em: 20 abr. 2009c.

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 5ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

BARBIERI, Jeferson. **Previdência social precisa de mudanças urgentes**. 2007. Disponível em: < <http://pt.shvoong.com/medicine-and-health/1700650-previd%C3%A4ncia-social-precisa-mudan%C3%A7as-urgentes/>>. Acesso em: 6 jan. 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 22 ago. 2008a.

BRASIL. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 22 ago. 2008b.

BRASIL. **Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm>>. Acesso em: 8 abr. 2009a.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>>. Acesso em: 8 abr. 2009b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 10 mai. 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Indicadores – Serviço especializado – Serviço de Atenção Domiciliar**. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades\\_Listar.asp?VTipo=113&VListar=1&VEstado=29&VMun=292740&VTerc=00&VServico=113&VClassificacao=001](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=113&VListar=1&VEstado=29&VMun=292740&VTerc=00&VServico=113&VClassificacao=001)> Acesso em: 25 jun. 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Indicadores – Serviço especializado – Serviço de Internação Domiciliar**. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades\\_Listar.asp?VTipo=113&VListar=1&VEstado=29&VMun=292740&VTerc=00&VServico=113&VClassificacao=002](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=113&VListar=1&VEstado=29&VMun=292740&VTerc=00&VServico=113&VClassificacao=002)>. Acesso em: 25 jun. 2009e.

BRASIL. Ministério da saúde. **Caderno de informações de saúde**. DATASUS. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/BA/BA\\_Salvador\\_Geral.xls](http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/BA/BA_Salvador_Geral.xls)>. Acesso em: 10 abr. 2009f.

BRASIL. Ministério da saúde. **Caderno de informações de saúde**. DATASUS. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/BR/Brasil\\_GeralBR.xls](http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/BR/Brasil_GeralBR.xls)>. Acesso em: 01 jul. 2009g.

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de Informática do SUS. **CID-10 - Lista de Tabulação para Morbidade**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/mxqid10lm.htm>> Acesso em: 17 jun. 2009h.

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de Informática do SUS. **Morbidade hospitalar do SUS – por local de internação**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niba.def>>. Acesso em: 20 abr. 2009i.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde**. 147 ed. Brasília, ago 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_brasil\\_agosto\\_2008.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_agosto_2008.pdf)>. Acesso em: 23 jun. 2009j.

BRASIL. **Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999**. Política Nacional de Saúde do Idoso. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>>. Acesso em: 8 abr. 2009l.

BRASIL. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2009m.

BRASIL. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em:

< <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 8 abr. 2009n.

BRASIL. **Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008.** Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Disponível em: < [http://www.saude.am.gov.br/docs/pacto/Portaria\\_325\\_210208.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/pacto/Portaria_325_210208.pdf)>. Acesso em: 23 abr. 2009o.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p.773-781, mai/jun. 2003. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso\\_rapido/gtae/saude\\_pessoa\\_idosa/caldas\\_2003.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/caldas_2003.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2008.

CAMARANO, Ana Amélia. Envelhecimento da população brasileira: problema para quem? **Bahia Análise & Dados.** Salvador, v. 10, n. 4, p. 36-48, mar 2001.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da população brasileira:** uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA, jan. 2002, 31 p. (Texto para discussão n. 858). Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td\\_0858.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0858.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2008.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. 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. cap. 8, p. 253-292. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/default.jsp>>. Acesso em: 10 jan. 2009a.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. Introdução. In: CAMARANO, A. A. (org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 1-22. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/default.jsp>>. Acesso em: 10 jan. 2009b.

CAMARANO, Ana Amélia; GHAOURI, Solange Kanso El. **Famílias com idosos:** ninhos vazios. Rio de Janeiro: IPEA, abr. 2003. 26 p. (Texto para discussão n. 950). Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/pub/td/2003/td\\_0950.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/2003/td_0950.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2009c.

CENTRO DE ESTATÍSTICA E INFORMAÇÕES - CEI. **A questão do idoso na Bahia: problema emergente.** Salvador, 1993. 37 p. (Série especiais CEI, n. 8).

COSTA, Maria Fernanda F. Lima e et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: Um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS.** Minas Gerais, v. 9, n.1, p. 23- 41, 2000.

DEBERT, Guita G. A Invenção da terceira idade e rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais,** São Paulo, v. 12, n. 34, 1997. Disponível em: <[http://www.anpocs.org.br/porta/publicacoes/rbcs\\_00\\_34/rbcs34\\_03.htm](http://www.anpocs.org.br/porta/publicacoes/rbcs_00_34/rbcs34_03.htm)>. Acesso em: 9 mai. 2008.

FELIX, Jorge. Economia da longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE, 8, 2007, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 17 p. Disponível em:

<<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/45.pdf>>. Acesso em: 15 mar 2009.

FONTE, Isolda Belo da. Diretrizes internacionais para o envelhecimento e suas conseqüências no conceito de velhice. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12, 2002, Ouro Preto, MG. **Anais...** Ouro Preto, 15 p. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/p48.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2009.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS potencializando a inclusão social na atenção saúde. **O Mundo da Saúde**, v.29, n.1, p.20-25, jan./mar. 2005. Disponível em: <[http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo\\_saude/28/02\\_Principios\\_SUS.pdf](http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/28/02_Principios_SUS.pdf)>. Acesso em: 3 jan. 2008.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na 3ª idade**. Disponível em: <<http://www2.fpa.org.br/portal/modules/news/article.php?storyid=3520#b>>. Acesso em: 20 mar. 2008.

GORDILHO, Adriano et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. **Bahia Análise & Dados**, Salvador, v. 10, n.14, p. 138-153, 2001.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2007**. Rio de Janeiro, 2007, v. 28, 129 p. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica n. 23). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/brasilpnad2007.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2008a.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais 2005**. Rio de Janeiro, 2006. 330 p. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica n. 17). Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2005/indic\\_sociais2005.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2005/indic_sociais2005.pdf)>. Acesso em: 5 out. 2008b.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2008**. Rio de Janeiro, 2008, 280 p. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica n. 23). Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2008/indic\\_sociais2008.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2008/indic_sociais2008.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2008c.

IPEA. **Brasil: o estado de uma nação – Estado, crescimento e desenvolvimento: a eficiência do setor público no Brasil, 2007**. Brasília, 2008. 288 p. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/Livro\\_estadonacao2007.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/Livro_estadonacao2007.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2009.

KALACHE, Alexandre. **Brasil envelhece mais rápido do que enriquece**. Instituto DNA Brasil, 16 set. 2006. Entrevista a Thadeu Melo. Disponível em: <<http://www.institutodnabrasil.com.br/site/publicue/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=440&tpl=printerview&sid=2>>. Acesso em: 5 mai. 2008.

LUCCHESE, Patrícia. T. R. **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, dez. 2002, 175 p. Disponível em: <[http://www.saudepublica.bvs.br/itd/polit/polit\\_intro.pdf](http://www.saudepublica.bvs.br/itd/polit/polit_intro.pdf)>. Acesso em: 2 jan. 2008.

MANKIW, N. Gregory. **Introdução a Economia**: princípios de micro e macroeconomia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2001. 831p.

MARTIN, Gilberto B. et. al. Assistência hospitalar à população idosa em cidade do sul do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n.1, p. 59-65, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/4artigo\\_assistencia\\_hospitala\\_idosa.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/4artigo_assistencia_hospitala_idosa.pdf)>. Acesso em: 5 abr. 2009.

NUNES, André. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, A A (org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. cap. 13, p. 427-450. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/default.jsp>>. Acesso em: 10 jan. 2009.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, 2005, 60 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2009.

OPAS (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE) . **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências**. Brasília, 2009. 144 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde. Série Informe de Situação e Tendências). Disponível em: <[http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/LIVRO\\_DEMOGRAFIA\\_E\\_SA%C3%9ADE\\_WEB.pdf](http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/LIVRO_DEMOGRAFIA_E_SA%C3%9ADE_WEB.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2009.

PARAHYBA, Maria I.; VERAS, Renato. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: Desafios para o setor privado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, out 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/22.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2008.

PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães. **Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, n 149, 1995. 293p. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/default.jsp>>. Acesso em: 2 abr. 2009.

PNUD (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO). **Índice de Desenvolvimento Humano - Municipal, 1991 e 2000**. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20(pelos%20dados%20de%202000).htm)>. Acesso em: 20 mar. 2009.

RIBEIRO, Claudio O.; MENEZES, Roberto G. Políticas públicas, pobreza e desigualdade no Brasil: apontamento a partir do enfoque analítico de Amartya Sen. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 42-45, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/3937/3201>>. Acesso em: 10 abr. 2009.

SALVADOR. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Comunicação. **Salvador em números – saúde**. Disponível em: <[http://www.secom.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=14651&Itemid=82#04](http://www.secom.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=14651&Itemid=82#04)>. Acesso em: 22 jun. 2009.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das letras, 2000. 409p.

SEN, Amartya. Por qué la equidad en salud? **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 11, n. 5-6, p. 302-309, mai/jun 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10715.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2009a.

SEN, Amartya. **Memória Roda Viva**. São Paulo, TV Cultura, 22 jan. 2001. Entrevista a Aspásia Camargo, Carlos Eduardo Lins e Silva, Eduardo Giannetti, Mônica Teixeira, Luiz Nassif, Gilson Schwartz, José Paulo Kupfer, José Eli da Veiga, Eduardo Suplicy. Disponível em: <[http://www.rodaviva.fapesp.br/materia/32/entrevistados/amartya\\_sen\\_2001.htm](http://www.rodaviva.fapesp.br/materia/32/entrevistados/amartya_sen_2001.htm)>. Acesso em: 10 abr 2009b.

SILVA, Francisca Souza; PINTO, Maria José Mendes; GUEDES, Maria Lucy Alves de Lima. **Análise das políticas públicas de saúde voltadas para a pessoa idosa com deficiência no Brasil e no Distrito Federal**. Monografia (especialização em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde) Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. 2007. Disponível em: <[www.apaebrasil.org.br/arquivo.phtml?a=10066](http://www.apaebrasil.org.br/arquivo.phtml?a=10066)>. Acesso em: 5 mai. 2009.

SILVA, Marcelo G. C. da. Economia da saúde no Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Portugal, v. 3, p. 43-49, 2003. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-04-2003.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2009.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 129-142, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a14v10n1.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2009.

SIQUEIRA, Renata Lopes de; BOTELHO, Maria Izabel Vieira; COELHO, France Maria Gontijo. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Viçosa, v. 7, n. 4, p. 899-906, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14613.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2009.

SOUZA, Ricardo Luciano Silva Pereira de. Desigualdade no acesso aos serviços de saúde no Estado da Bahia a partir dos dados da PNAD/2003. **Bahia Análise & Dados**, Salvador, v. 16, n. 2, p. 231-242, set. 2006.

TRAVASSOS, Claudia. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8, CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA, 11, 2006, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: 2006. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/Apresentacoes/Dia%2022/Claudia%20Travassos%2015-00%20ABRASCO.ppt>>. Acesso em: 10 abr. 2009a.

TRAVASSOS, Claudia. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, abr./jun. 1997. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1997000200024](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000200024)>. Acesso em: 7 mai. 2009b.

VERAS, Renato. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 705-715, jun 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15874.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2009.

VIRGÍLIO, Centurion. **Quedas na terceira idade:** de acidente comum a epidemia. Atente-se para os cuidados necessários. Disponível em: <http://msn.minhavidacom.br/materias/saude/Quedas+de+acidente+comum+na+terceira+idade+a+epidemia.mv>.> Acesso em: 10 jan. 2009.

## APÊNDICES



## APÊNDICE A – Questionário



### QUESTIONÁRIO DE DEMANDA

Nº: \_\_\_\_\_

**1. A idade do(a) sr(a):**

60 A 69 ANOS ( )

70 A 79 ANOS ( )

80 ANOS E MAIS ( )

**2. Sexo:**

MASCULINO ( )

FEMININO ( )

**3. Cor da pele:**

BRANCA ( )

NEGRA ( )

PARDA ( )

**4. Qual é o estado civil do sr(a)?**

SOLTEIRO ( )

CASADO ( )

VIÚVO ( )

SEPARADO/DIVORCIADO ( )

**5. Qual é o tipo de ocupação do sr(a)?**

APOSENTADO ( )

APOSENTADO E CONTINUA TRABALHANDO ( )

AINDA NÃO SE APOSENTOU/ESTÁ TRABALHANDO ( )

PENSIONISTA ( )

APOSENTADO E PENSIONISTA ( )

OUTROS ( ) \_\_\_\_\_

**5.1.** Se o(a) sr(a) está TRABALHANDO, qual é o seu emprego?  
 \_\_\_\_\_

**5.2.** Se o(a) sr(a) é APOSENTADO(A), por qual motivo o(a) senhor(a) se aposentou?

APOSENTADORIA POR IDADE ( )

APOSENTADORIA POR TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO ( )

POR INVALIDEZ ( )

OUTROS ( ) \_\_\_\_\_

**6. O(A) sr(a) dirige?**

SIM ( )

NÃO ( )

**7. O sr(a) tem carro próprio?**

SIM ( ) NÃO ( )

**8. Onde o(a) sr(a) mora?**

CIDADE \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_

**OBS.:** AS PERGUNTAS A SEGUIR NUMERADAS DE 9, 9.1 e 9.2 SÓ SERÃO RESPONDIDAS CASO O SR(A) TENHA VINDO DE OUTRA CIDADE.

**9. Por que o(a) sr(a) escolheu ser atendido em Salvador?****9.1** Que tipo de locomoção utilizou para chegar até Salvador?

CARRO PRÓPRIO ( )

ÔNIBUS ( )

AVIÃO ( )

OUTROS ( ) \_\_\_\_\_

**9.2** Quanto lhe custou esta locomoção? \_\_\_\_\_**10. Quantos anos o(a) sr(a) estudou?**

SEM INSTRUÇÃO E MENOS DE 1 ANO DE ESTUDO ( )

1 A 3 ANOS DE ESTUDO ( )

4 A 8 ANOS DE ESTUDO ( )

9 ANOS OU MAIS ( )

**11. A sua faixa de renda mensal é:**

DE ATÉ 400 REAIS MENSAIS ( )

ENTRE + DE 400 E 600 REAIS ( )

ENTRE + DE 600 E NO MÁXIMO 1000 REAIS ( )

ENTRE + DE 1000 E 1200 REAIS ( )

ENTRE + DE 1200 E 1600 REAIS ( )

ENTRE + DE 1600 E 2000 REAIS ( )

ENTRE + DE 2000 E 3000 REAIS ( )

ENTRE + DE 3000 ( )

**12. O(A) senhor(a) mora:**

SOZINHO ( )

COM O SEU(SUA) ESPOSO(A) ( )

COM FILHO(S) ( )

COM FILHO(S) E NETO(S) ( )

COM OUTROS PARENTES ( )

COM AMIGOS ( )

OUTROS ( ) \_\_\_\_\_

**13. O(A) sr(a) costuma dar alguma contribuição monetária para ajudar no orçamento familiar e/ou ajudar algum filho/ parente?**

SIM ( )

NÃO ( )

**14. O(A) sr(a) tem alguém que cuide do sr(a) quando precisa?**

SIM ( )

NÃO ( )

**15. O(A) sr(a) tem filhos?**

SIM ( ) NÃO ( )

**16. O(A) sr(a) mora em casa:**

PRÓPRIA ( ) ALUGADA ( )

**17. O(A) sr(a) possui plano de saúde?**

SIM ( )

NÃO ( )

**18.1 Quanto o sr(a) paga mensalmente pelo plano de saúde? \_\_\_\_\_**

**18.2 O(A) sr(a) já passou por alguma dificuldade para ser atendido pelo seu plano de saúde e/ou alguma vez o seu plano não autorizou/não cobriu a realização de algum atendimento/exame/cirurgia? SIM ( ) NÃO ( )**

**19. Caso o(a) sr(a) não possua plano de saúde, por qual motivo não o possui?**

---

**20. O(A) senhor(a) tem algum problema de saúde/alguma doença?**

SIM ( ) NÃO ( )

**20.1 Quais?** \_\_\_\_\_

---

**21. Quando o(a) sr(a) precisa de atendimento médico, o(a) sr(a):**

USA O SERVIÇO PÚBLICO (SUS): POSTOS DE SAÚDE ( )

USA O SERVIÇO PÚBLICO (SUS): HOSPITAIS ( )

PROCURA UM AGENTE COMUNITÁRIO DA SAÚDE (SUS) ( )

USA PLANO DE SAÚDE PARTICULAR ( )

PAGA MÉDICO OU HOSPITAL PARTICULAR ( )

USA CONVÊNIO DE EMPRESA OU SINDICATO ( )

OUTROS ( ) \_\_\_\_\_

---

**22. Se o sr(a) usa o SUS, o sr(a) tem sido satisfeito(a) com o atendimento e os serviços prestados pelas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS?**

SIM ( )

NÃO ( )

**22.1 Como o(a) sr(a) avalia esse atendimento que tem recebido nas unidades de saúde do SUS?**

ÓTIMO ( )

BOM ( )

REGULAR ( )

RUIM ( )

PÉSSIMO ( )

**23. Caso a resposta à pergunta anterior tenha sido NÃO/NEGATIVA, por quê?**

---

---

**24. O(A) sr(a) acha que as unidades do SUS poderiam oferecer um atendimento melhor?**

SIM ( )

NÃO ( )

**25. Se o(a) sr(a) respondeu SIM à pergunta anterior, quais medidas o(a) sr(a) sugere para melhorar o atendimento?**

---

**26. O(A) Sr(a) já enfrentou dificuldades para ser atendido no sistema público SUS?**

( ) SIM NÃO ( )

**26.1. Se SIM, quais dificuldades?**

---

**27. Nos últimos anos, o(a) sr(a) se sentiu mal atendido, discriminado ou mal tratado alguma vez em que precisou de atendimento médico no SUS ou nas unidades de saúde de cobertura do seu plano de saúde?**

SIM, USANDO O SUS ( )

SIM, USANDO O PLANO DE SAÚDE ( )

NÃO ( )

**27.1. Se respondeu SIM, o(a) sr(a) acha que isso ocorreu por qual razão?**

---

**28. O(A) sr(a) alguma vez precisou ficar internado, depois dos 60 anos?**

SIM ( ) NÃO ( )

**28.1 Quantas vezes ficou internado, e qual o(s) motivo(s) da(s) internação?**

---

**29. O(A) sr(a) alguma vez foi beneficiado pelo serviço do tipo Internação/Atenção Domiciliar pelo SUS ou através de outro sistema?**

SIM (SUS) ( )

SIM (NÃO SUS) ( )

NÃO ( )

**29.1 Caso respondeu NÃO à pergunta anterior, o(a) sr(a) acha que seria bom, ser atendido(a) através de Internação Domiciliar, caso necessitasse?**

SIM ( ) NÃO ( )

Se SIM por quê? \_\_\_\_\_

**29.2 Caso respondeu SIM, o(a) sr(a) gostou da experiência?**

SIM ( ) NÃO ( )

**30. Quando o(a) sr(a), precisa de remédios, como faz para obter?**

PROCURA GRATUITAMENTE NOS POSTOS DE SAÚDE, SUS ( )

PAGA ( )

PEDE QUE ALGUM FAMILIAR PAGUE ( )

OUTROS ( ) \_\_\_\_\_

**31. Quanto o(a) sr(a) costuma gastar mensalmente com medicamentos?**

---

**32. Com que frequência o(a) sr(a) obtém remédios gratuitos nos postos de saúde, depois de passar por alguma consulta?**

SEMPRE ( )

DE VEZ EM QUANDO ( )

RARAMENTE ( )

NUNCA ( )

**33. O(A) senhor(a) faz exames médicos periodicamente (pelo menos uma vez ao ano)?**

SIM ( )

NÃO ( )

**34. Caso a resposta à pergunta anterior seja NÃO, por qual motivo o(a) sr(a) não realiza exames médicos periodicamente?** \_\_\_\_\_

**35. O(A) sr(a) costuma tomar vacinas oferecidas gratuitamente nos postos de saúde para as pessoas idosas?**

( ) SIM NÃO ( )

**35.1** Se respondeu SIM à pergunta anterior, quais foram as vacinas que o(a) sr(a) já tomou?

**35.2** Se respondeu NÃO à pergunta nº 30, por que o sr(a) não costuma tomar as vacinas oferecidas gratuitamente nos postos de saúde? \_\_\_\_\_

**36. O(A) sr(a) costuma receber a visita de algum agente de saúde?**

SIM ( )

NÃO ( )

**36.1.** Se o(a) sr(a) respondeu SIM à pergunta anterior, com que frequência o(a) sr(a) recebe alguma visita de agente de saúde?

SEMPRE/REGULARMENTE ( )

DE VEZ EM QUANDO ( )

RARAMENTE ( )

**37. De um modo geral, olhando para a sua experiência usando o sistema público SUS, as ações, as campanhas, os serviços de saúde pública no geral, costumam atender as suas necessidades de saúde?**

SIM ( )

NÃO ( )

**38. O(A) sr(a) acha que a pessoa idosa tem sido bem tratada em Salvador?**

SIM ( )

NÃO ( )

**39.1** Se NÃO, por quê? \_\_\_\_\_

APÊNDICE B – Tabela 1

Regiões de Salvador	Bairros de composição das regiões	Percentual de entrevistados (%)
Região I	Barbalho, Canela, Centro, Garcia, Macaubas, Nazaré, Santo Antônio.	10,3%
Região II	Baixa de Quintas, Caixa D'Água, Cidade Nova, Pero Vaz	10,3%
Região III	Brotas, Cosme de Farias, Luis Anselmo, Matatu, Pq bela Vista	6,9%
Região IV	Amaralina, Boca do Rio, Jardim de Alah, Pituba.	4,6%
Região V	Dom Avelar, Itapuã, Jardim Brasília, Mussurunga, Sete de Abril.	8,0%
Região VI	Cabula I, Cabula VI, Pernambués, Saramandaia.	26,4%
Região VII	Jardim Santo Inácio, Mata Escura, Sussuarana, Tancredo Neves.	26,4%
Região VIII	Periperi, Alto do Saldanha, Cajazeiras I, Cajazeiras VI, Ilha Moreiras	6,9%

Fonte: Elaboração Própria

### APÊNDICE C – Tabela 3

Tabela 2. Internações de idosos no SUS, por grupos de causa – Salvador, Bahia, 2008.

Grupos de Causas por Capítulos da CID 10	Número de Internações	(%)	Valor Médio das Internações (R\$)
IX. Doenças do aparelho circulatório	6.424	24,89%	2.690,46
II. Neoplasias (tumores)	5.452	21,13%	1.994,96
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.762	10,70%	1.035,04
X. Doenças do aparelho respiratório	1.697	6,58%	2.690,46
VII. Doenças do olho e anexos	1.655	6,41%	635,97
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1.565	6,06%	876,13
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.466	5,68%	1.870,26
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	1.450	5,62%	2.022,18
VI. Doenças do sistema nervoso	797	3,09%	2.509,13
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	749	2,90%	2.478,39
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	632	2,45%	769,57
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	430	1,67%	871,89
V. Transtornos mentais e comportamentais	200	0,78%	3.234,22
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	194	0,75%	229,62
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	127	0,49%	550,21
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	100	0,39%	736,03
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	77	0,30%	5.528,69
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	12	0,05%	1.505,86
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	10	0,04%	1.653,65
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4	0,02%	263,67
XV. Gravidez parto e puerpério	3	0,01%	5.167,49
Total	25.806	100,00%	1.857,73

Fonte: Elaboração Própria a partir de dados do DATASUS.