



Utilização dos serviços públicos de saúde especializados por pessoas idosas no sul do Brasil

Use of specialized public health services by older people in southern Brazil

Karen Chisini Coutinho Lütz¹ 
Carla Cristiane Becker Kottwitz Bierhals¹ 
Idiane Rosset¹ 
Lisiane Manganelli Girardi Paskulin¹ 

Resumo

Objetivo: Analisar a utilização dos serviços públicos de saúde especializados por idosos de acordo com o sexo e grupo etário no município de Porto Alegre. **Métodos:** Estudo transversal com dados secundários dos sistemas de consulta ambulatorial e de internação do município. Utilizaram-se todos os registros de 2019, sendo aplicado o teste qui-quadrado de Pearson. **Resultados:** No total, 64.888 idosos buscaram serviços especializados, gerando 113.694 atendimentos (82,8% atendimentos ambulatoriais e 17,2% internações). Verificou-se que 74,7% dos idosos foram referenciados pela atenção primária para atendimento especializado, com maiores percentuais de idosos jovens e mulheres ($p < 0,001$). Já homens e idosos com 80 anos ou mais foram encaminhados com maior frequência para atendimento a partir de hospitais e pronto atendimentos ($p < 0,001$). Mulheres e idosos entre 60 e 79 anos utilizaram em maior proporção os centros ambulatoriais, fisioterapia, centros de reabilitação, odontologia e saúde mental ($p < 0,001$). Os principais motivos de utilização dos serviços especializados foram doenças do aparelho circulatório, sendo mais expressivo entre idosos com 80 anos ou mais e homens ($p < 0,001$). As doenças osteomusculares (22,5%) foram os principais motivos de consultas ambulatoriais e, nas internações de urgência, as doenças do aparelho circulatório (37,9%). Idosos com histórico de consultas ambulatoriais tiveram menos internações hospitalares ($p < 0,001$). **Conclusão:** Destaca-se a necessidade de ações articuladas dos serviços de saúde priorizando a população masculina e longeva, enfocando a prevenção/controlar de doenças crônicas não transmissíveis e as vulnerabilidades dessa etapa de vida.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Assistência Integral à Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Idoso.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, RS, Brasil.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Karen Chisini Coutinho Lütz
karenchisini@gmail.com

Recebido: 26/06/2022
Aprovado: 22/12/2022

Abstract

Objective: To analyze the use of specialized public health services by older adults, by sex and age group, in the city of Porto Alegre. **Methods:** A cross-sectional study with secondary data from the city's outpatient and inpatient consultation systems. All records from 2019 were used, and Pearson's chi-square test was applied. **Results:** In total, 64,888 older people sought specialized services, generating 113.694 visits (82,8% outpatient visits and 17,2% hospitalizations). It was found that 74,7% of the older adults were referred by primary care for specialized care, with higher percentages of young older people and women ($p < 0.001$). On the other hand, men and older adults aged 80 years or older were referred more frequently for care from hospitals and emergency rooms ($p < 0.001$). Women and older adults between 60 and 79 years old used outpatient centers, physical therapy, rehabilitation centers, dentistry and mental health in greater proportion ($p < 0.001$). The main reasons for using specialized services were diseases of the circulatory system, being more expressive among older adults aged 80 years or older and men ($p < 0.001$). Musculoskeletal diseases (22,5%) were the main reasons for outpatient consultations and, in emergency hospitalizations, diseases of the circulatory system (37,9%). Older adults with a history of outpatient consultations had fewer hospital admissions ($p < 0.001$). **Conclusion:** The need for articulated actions by health services is highlighted, prioritizing the male and long-lived population, focusing on the prevention/control of non-communicable chronic diseases and the vulnerabilities of this stage of life.

Keywords: Health Services Accessibility. Comprehensive Health Care. Health Services Research. Aged.

INTRODUÇÃO

A população idosa brasileira responde por grande utilização dos serviços de saúde, o que se deve, também, ao fato da maior frequência de doenças crônicas, fragilidades e perdas funcionais, além de menos recursos sociais e financeiros encontrados nesse grupo etário¹. A utilização de serviços de saúde compreende o contato efetivo do usuário com instituições e profissionais para obter atendimento². Informações sobre esses contatos estão disponíveis nos sistemas nacionais de informação do Ministério da Saúde, que geram dados para a análise da situação de saúde da população, mas que ainda não se encontram integrados.

No contexto internacional, sistemas de saúde com modelos integrados de cuidado³ estão consolidados e evidências^{4,5} têm demonstrado que a continuidade da assistência previne internações hospitalares, reduz a utilização dos serviços especializados e necessidade de exames, além de impactar positivamente na qualidade de vida dos idosos, em especial nos casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Em levantamento de investigações nacionais sobre utilização de serviços públicos de saúde nesse grupo etário, verificou-se que a maioria das pesquisas

explora os pontos de atenção da rede de forma isolada, ou seja, analisa um nível de atenção específico^{1,6,7}.

Já no contexto internacional, os estudos sobre a temática examinam diferentes níveis de atenção de forma conjunta com maior frequência, além de apontarem os determinantes da utilização desses serviços pela população idosa⁸⁻¹⁰. Além disso, detalhamentos da utilização de serviços de saúde por sexo ou subgrupos etários entre idosos foram encontrados de forma escassa, tanto na literatura nacional², quanto internacional^{8,10}. Embora alguns estudos mostrem dados sobre a utilização de alguns tipos de serviços de saúde por sexo, ou subgrupos etários de idosos, tais diferenças não estão claras na literatura^{2,8,10}, especialmente no que tange a diferentes níveis de complexidade. Quanto aos motivos da utilização dos serviços, estudos já realizados analisam a frequência de acesso e identificam as DCNT como as principais responsáveis pelos atendimentos, porém não realizam outras comparações com bases nesses resultados^{1,2,6,7}.

Conhecer mais sobre a temática, investigando os serviços ambulatoriais e hospitalares de modo integrado, utilizados por essa população, traz subsídios para suprir tal lacuna do conhecimento.

Explorar as interfaces desses pontos de atenção pode auxiliar na identificação de fragilidades e potencialidades na assistência e na gestão da saúde da população idosa brasileira, subsidiando o planejamento e direcionamento das ações, além do aprimoramento dos serviços prestados aos idosos. Para tanto, o presente estudo teve como objetivo analisar a utilização dos serviços públicos de saúde especializados por idosos, segundo sexo e grupo etário, no município de Porto Alegre (RS).

MÉTODOS

Estudo transversal analítico com dados secundários de atendimentos ambulatoriais e hospitalares de idosos residentes no município de Porto Alegre (RS), regulados pelos Sistemas de Gerenciamento de Consultas (GERCON) e de Gerenciamento de Internações (GERINT), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no ano de 2019. Os dados utilizados são de uso da SMS e foram disponibilizados por ela para utilização na presente investigação.

Em 2019, a população idosa do município era estimada em 287.022 (19,66%), sendo 237.011 (82,58%) entre 60 e 79 anos e 50.011 (17,42%) com 80 anos ou mais e 110.444 (38%) homens e 176.578 (62%) mulheres¹¹. No mesmo período, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) era de 0,805 (muito alto)¹².

A rede municipal de serviços de saúde era formada pela Atenção Primária à Saúde (APS), pela atenção ambulatorial especializada (especialidades médicas, odontologia, saúde do trabalhador, de tuberculose, centro de reabilitação e estomatoterapia, farmácia clínica, clínicas renais e fisioterapia), pelos serviços de saúde mental, pela rede de urgências e emergências e pela atenção hospitalar, apresentados no Quadro 1. Em 2019, o município possuía 140 Unidades de Saúde (US) na APS (incluindo saúde prisional), seis centros ambulatoriais de especialidades e 16

prestadores hospitalares, sendo dois próprios e 14 contratualizados¹³. Alguns dos hospitais, além de internação, realizavam também atendimento ambulatorial. No município, os pacientes podem ser encaminhados para atendimento especializado a partir de vários pontos de atenção da área da saúde e assistência social e todos os encaminhamentos são registrados nos sistemas de gerenciamento já citados¹⁴.

No presente estudo foram incluídos os atendimentos realizados pela atenção ambulatorial e pela atenção hospitalar para idosos a partir dos 60 anos, residentes no município no ano do estudo e regulados nos sistemas, e excluídos os registros de retorno e os duplicados. Foram considerados idosos jovens usuários até 79 anos e longevos com 80 anos ou mais. Dos usuários, obtiveram-se os seguintes dados: sexo, idade e número do Cartão Nacional de Saúde, com os cinco primeiros algarismos substituídos por “ABCDE” (respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados), possibilitando a realização do cruzamento das informações dos dois sistemas e o agrupamento dos registros individualmente. Dos atendimentos obtiveram-se as datas de solicitação e agendamento/internação, motivo principal pela Classificação Internacional de Doenças 10^a edição (CID-10), especialidade, tipo de internação (eletiva ou urgência), unidade de saúde solicitante e executante.

Os códigos da CID-10 foram categorizados pelos seus capítulos, excluindo-se o XV e o XVI, por não envolverem a população de estudo. As 197 especialidades e subespecialidades disponíveis no sistema foram agrupadas em 59 categorias. As categorias foram definidas conforme a especialidade principal, como, por exemplo, a cardiologia, que possui subespecialidades como arritmia, cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, entre outras. O Quadro 1 descreve a composição da rede municipal, a organização das unidades solicitantes e executantes em 16 categorias e o tipo de atendimento prestado à população.

Quadro 1. Descrição da composição da rede municipal de Porto Alegre, unidades que podem solicitar ou executar atendimentos e tipo de atendimento prestado. Porto Alegre, RS, 2019.

Rede Municipal	Unidade solicitante/executante	Tipo de atendimento
APS	Atenção Primária e Saúde Prisional	Atendimentos próprios de Atenção Primária
Atenção Ambulatorial Especializada	Centros Ambulatoriais	Consultas em especialidades e subespecialidades médicas
	Odontologia	Atendimentos especializados odontológicos
	Saúde do Trabalhador	Assistência especializada aos trabalhadores acometidos por doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho
	Centro de Referência Tuberculose	Atendimento a usuários com Tuberculose
	Reabilitação	Atendimento a usuários que necessitam de reabilitação física, auditiva, visual e/ou intelectual
	Estomaterapia	Atendimento a usuários com estomias, feridas, disfunções miccionais e evacuatorias
	Farmácia Clínica	Fornecimento de insumos e orientação para usuários com diabetes
	Clínicas Renais	Atendimento a usuários com Insuficiência Renal Aguda e Crônica, com serviços de diálise peritoneal, hemodiálise e tratamento clínico
	Fisioterapia	Atendimento fisioterápico
	Assistência Social	Unidade Móvel Oftalmológica para exames e entrega de óculos de grau (armação e lentes) e encaminhamentos para cirurgia de catarata, quando necessário
Rede de urgências e emergências	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Atendimento de urgência de complexidade intermediária
Atenção hospitalar	Hospital	Internações hospitalares eletivas e de urgência e consultas ambulatoriais
	Regulação	Regulação interna de pacientes já em atendimento ambulatorial na instituição hospitalar, mas que não haviam sido regulados via sistema municipal informatizado
Saúde Mental	Saúde Mental	Atendimento a usuários com transtorno mental severo e persistente
	Unidade de Adição	Unidade de internação para desintoxicação e reabilitação por uso de substâncias

Fonte: Elaborado pelas autoras.

O cálculo amostral foi realizado com base em dados da população idosa do Censo 2010¹², resultando em um mínimo de 2.960 idosos, sendo 2.517 idosos jovens e 443 longevos, com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Devido à representatividade dessa população no município, após a exclusão dos dados que não atendiam aos objetivos do estudo, optou-se pela utilização de todos os registros, totalizando 64.888 idosos. Os bancos de dados dos sistemas foram disponibilizados pela SMS em formato de planilhas.

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica e as categóricas por frequências

absolutas e relativas. Foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, complementado pela análise dos resíduos ajustados para verificar as associações da utilização de serviços e motivos de atendimento segundo o sexo e grupo etário e motivos de atendimento com os tipos de serviço.

Algumas variáveis eram de múltipla escolha, ou seja, o paciente poderia se enquadrar em mais de uma categoria. O percentual que cada categoria representa foi calculado sobre o número de pacientes e não sobre o número de atendimentos, representando, desta forma, mais de 100% na soma das categorias. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

A pesquisa está de acordo com a Resolução nº 466/2012¹⁵ e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de Porto Alegre com o parecer número 4.022.279.

RESULTADOS

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

Conforme apresentado na Tabela 2, 74,7% dos idosos com atendimento especializado foram referenciados pela APS. Os maiores percentuais de encaminhamentos para os serviços especializados pela APS foram de idosos jovens (76,9%) e mulheres (77%) ($p < 0,001$).

Os homens foram encaminhados em maior proporção do que as mulheres por hospitais (37,1%),

ambulatorios (8,1%), UPA (5,6%), estomatoterapia (0,6%) e clínicas renais (0,6%) ($p < 0,001$). Os longevos tiveram mais encaminhamentos por hospitais (42,3%) e UPA (8,7%) do que os mais jovens ($p < 0,001$).

Quanto às unidades executantes, todos os idosos tiveram pelo menos um atendimento especializado em hospital, seja para consulta ambulatorial ou internação, sem associação estatisticamente significativa com a faixa etária e sexo ($p = 1$ e $p = 0,383$). Já nos centros ambulatoriais houve diferença significativa para grupo etário ($p = 0,032$) e sexo ($p = 0,024$), sendo mais frequentes os atendimentos entre idosos mais jovens e mulheres. Atendimentos em fisioterapia, reabilitação, odontologia e saúde mental também foram maiores entre idosos jovens e em mulheres ($p < 0,001$).

Quanto aos motivos de utilização dos serviços, por capítulo da CID-10, os principais foram as doenças do aparelho circulatório (capítulo IX) (21,4%), sendo mais expressivas entre os idosos com 80 anos ou mais (25,6%) e nos homens (23,7%) ($p < 0,001$) (Tabela 3).

Tabela 1. Características demográficas dos idosos e dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares e tipo de atendimento (N=64.888). Porto Alegre, RS, 2019.

Variáveis	n (%)
Idade (anos) – média ± DP	71,0 ± 8,2
Faixa etária (em anos)	
60 – 79	53.984 (83,2)
≥ 80	10.904 (16,8)
Sexo	
Feminino	40.033 (61,7)
Masculino	24.855 (38,3)
Número de atendimentos – mediana (P25-P75) [min–máx.]	1 (1 – 2) [1 – 23]
1	37.001 (57,0)
2	15.889 (24,5)
3 ou mais	11.998 (18,5)
Tipo de atendimento (questão de múltipla escolha)	
Ambulatório	53.719 (82,8)
Internação eletiva	6.766 (10,4)
Internação urgência	15.976 (24,6)
Ambulatório + Internação eletiva	4.377 (6,7)
Ambulatório + Internação urgência	6.754 (10,4)

Fonte: Sistemas GERCON e GERINT.

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

Variáveis (Questão de múltipla escolha)	Amostra total	60-79 anos	≥80 anos	<i>p</i>	Sexo masculino	Sexo Feminino	<i>p</i>
	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Unidade solicitante							
Atenção Primária	48.464 (74,7)	41.512 (76,9)	6.952 (63,8)	<0,001	17.619 (70,9)	30.845 (77,0)	<0,001
Hospital*	20.823 (32,1)	16.214 (30,0)	4.609 (42,3)	<0,001	9.217 (37,1)	11.606 (29,0)	<0,001
Centros ambulatoriais	4.770 (7,4)	4.070 (7,5)	700 (6,4)	<0,001	2.022 (8,1)	2.748 (6,9)	<0,001
Unidade de Pronto Atendimento	3.107 (4,8)	2.161 (4,0)	946 (8,7)	<0,001	1.393 (5,6)	1.714 (4,3)	<0,001
Saúde Mental	1.332 (2,1)	1.281 (2,4)	51 (0,5)	<0,001	418 (1,7)	914 (2,3)	<0,001
Estomatoterapia	329 (0,5)	269 (0,5)	60 (0,6)	0,533	161 (0,6)	168 (0,4)	<0,001
Clínicas Renais	249 (0,4)	214 (0,4)	35 (0,3)	0,281	152 (0,6)	97 (0,2)	<0,001
Reabilitação	195 (0,3)	156 (0,3)	39 (0,4)	0,272	61 (0,2)	134 (0,3)	0,052
Odontologia	174 (0,3)	152 (0,3)	22 (0,2)	0,171	82 (0,3)	92 (0,2)	0,02
Regulação	169 (0,3)	119 (0,2)	50 (0,5)	<0,001	58 (0,2)	111 (0,3)	0,323
Centro de Referência Tuberculose	20 (0,0)	20 (0,0)	0 (0,0)	0,037	11 (0,0)	9 (0,0)	0,192
Unidade de Adição	23 (0,0)	23 (0,04)	0 (0,0)	0,024	6 (0,0)	17 (0,0)	0,322
Assistência Social	17 (0,0)	11 (0,0)	6 (0,1)	0,052	4 (0,0)	13 (0,0)	0,315
Saúde do Trabalhador	15 (0,0)	15 (0,0)	0 (0,0)	0,092	10 (0,04)	5 (0,01)	0,046
Fisioterapia	12 (0,0)	9 (0,0)	3 (0,0)	0,437	4 (0,0)	8 (0,0)	1
Farmácia Clínica	3 (0,0)	3 (0,0)	0 (0,0)	1	0 (0,0)	3 (0,0)	0,291
Unidade executante							
Hospital*	64.887 (99,9)	53.983 (99,9)	10.904 (100)	1	24.854 (99,9)	40.033 (100)	0,383
Centros ambulatoriais	12.852 (19,8)	10.774 (20,0)	2.078 (19,1)	0,032	5.035 (20,3)	7.817 (19,5)	0,024
Fisioterapia	9.157 (14,1)	8.098 (15,0)	1.059 (9,7)	<0,001	2.518 (10,1)	6.639 (16,6)	<0,001
Reabilitação	1.913 (2,9)	1.606 (3,0)	307 (2,8)	0,386	563 (2,3)	1.350 (3,4)	<0,001
Odontologia	1.266 (2,0)	1.164 (2,2)	102 (0,9)	<0,001	555 (2,2)	711 (1,8)	<0,001
Saúde Mental	1.211 (1,9)	1.168 (2,2)	43 (0,4)	<0,001	345 (1,4)	866 (2,2)	<0,001
Clínicas Renais	890 (1,4)	691 (1,3)	199 (1,8)	<0,001	470 (1,9)	420 (1,0)	<0,001
Farmácia Clínica	493 (0,8)	426 (0,8)	67 (0,6)	0,064	205 (0,8)	288 (0,7)	0,145
Estomatoterapia	370 (0,6)	301 (0,6)	69 (0,6)	0,378	181 (0,7)	189 (0,5)	<0,001
Assistência Social	211 (0,3)	194 (0,4)	17 (0,2)	0,001	68 (0,3)	143 (0,4)	0,08
Unidade de Adição	26 (0,0)	26 (0,05)	0 (0,0)	0,015	6 (0,0)	20 (0,0)	0,163

Fonte: Sistemas GERCON e GERINT. *Atendimentos realizados em hospitais para consulta ambulatorial ou internação.

Tabela 3. Motivo principal da utilização de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares por idosos, segundo os capítulos da CID-10, sexo e faixa etária. Porto Alegre, RS, 2019.

Capítulos da CID-10 (Questão de múltipla escolha)	Amostra total n (%)	60-79 anos n (%)	≥80 anos n (%)	<i>p</i>	Sexo masculino n (%)	Sexo feminino n (%)	<i>p</i>
I. Infeciosas e parasitárias	2.856(4,4)	2.200(4,1)	656(6,0)	<0,001	1.326(5,3)	1.530(3,8)	<0,001
II. Neoplasias (tumores)	6.489(10,0)	5.434(10,1)	1.055(9,7)	0,221	2.855(11,5)	3.634(9,1)	<0,001
III. Sangue e órgãos hematopoiéticos	2.601(4,0)	2.220(4,1)	381(3,5)	0,003	963(3,9)	1.638(4,1)	0,177
IV. Endócrinas, nutricionais e metabólicas	2.790(4,3)	2.393(4,4)	397(3,6)	<0,001	1.045(4,2)	1.745(4,4)	0,356
V. Transtornos mentais e comportamentais	1.509(2,3)	1.220(2,3)	289(2,7)	0,015	622(2,5)	887(2,2)	0,02
VI. Sistema nervoso	2.176(3,4)	1.819(3,4)	357(3,3)	0,634	845(3,4)	1.331(3,3)	0,622
VII. Olho e anexos	12.115(18,7)	10.303(19,1)	1.812(16,6)	<0,001	3.988(16,0)	8.127(20,3)	<0,001
VIII. Ouvido e da apófise mastoide	2.385(3,7)	1.867(3,5)	518(4,8)	<0,001	852(3,4)	1.533(3,8)	0,009
IX. Aparelho circulatório	13.917(21,4)	11.131(20,6)	2.786(25,6)	<0,001	5.883(23,7)	8.034(20,1)	<0,001
X. Aparelho respiratório	3.907(6,0)	2.710(5,0)	1.197(11,0)	<0,001	1.630(6,6)	2.277(5,7)	<0,001
XI. Aparelho digestivo	7.838(12,1)	6.879(12,7)	959(8,8)	<0,001	3.543(14,3)	4.295(10,7)	<0,001
XII. Pele e tecido subcutâneo	2.202(3,4)	1.891(3,5)	311(2,9)	0,001	805(3,2)	1.397(3,5)	0,09
XIII. Osteomuscular e tecido conjuntivo	12.320(19,0)	10.922(20,2)	1.398(12,8)	<0,001	3.133(12,6)	9.187(22,9)	<0,001
XIV. Aparelho geniturinário	6.391(9,8)	5.296(9,8)	1.095(10,0)	0,469	3.098(12,5)	3.293(8,2)	<0,001
XVII. Malformações congênitas	276(0,4)	245(0,5)	31(0,3)	0,016	83(0,3)	193(0,5)	0,006
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais	6.761(10,4)	5.535 (10,3)	1.226(11,2)	0,002	2.329(9,4)	4.432(11,1)	<0,001
XIX. Lesões e envenenamentos	4.013(6,2)	3.107 (5,8)	906(8,3)	<0,001	1.372(5,5)	2.641(6,6)	<0,001
XX. Causas externas	41(0,1)	33 (0,1)	8(0,1)	0,799	14(0,1)	27 (0,1)	0,699
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde	2.148(3,3)	1.787 (3,3)	361(3,3)	1	874(3,5)	1.274(3,2)	0,022
Sem CID	4.446(6,9)	3.866 (7,2)	580(5,3)	<0,001	1.736(7,0)	2.710(6,8)	0,299

Fonte: Sistemas GERCON e GERINT.

Na comparação com os tipos de atendimento, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (capítulo XIII) foram as maiores causas de consultas ambulatoriais (22,5%) (Tabela 4). Nas internações eletivas, foram as neoplasias (capítulo II) (35,2%) e nas de urgência, as doenças do aparelho circulatório (capítulo IX) (37,9%). As mesmas causas se mantiveram entre aqueles com atendimento ambulatorial e internação, com 37,1% e 47,5%, respectivamente.

Quanto à associação entre os tipos de internação com o histórico de registro de atendimento ambulatorial no ano de 2019 (Tabela 5), verificou-se que, entre os idosos que tiveram consulta, 19,1% necessitaram de algum tipo de hospitalização, enquanto no grupo sem atendimento ambulatorial, todos internaram, sendo 82,6% de urgência. Somente as internações eletivas entre idosos longevos não demonstraram associação significativamente estatística ($p=0,054$).

Tabela 4. Motivo principal da utilização de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares por idosos, segundo os capítulos da CID-10 e tipo de atendimento. Porto Alegre, RS, 2019.

Capítulos da CID-10 (Questão de múltipla escolha)	Amb. n (%)	Internação Eletiva n (%)	Internação de Urgência n (%)	Amb. + Int. E. n (%)	Amb. + Int. U. n (%)	Amb. + I. n (%)
I. Infeciosas e parasitárias	1.605(3,0)	273(4,0)	2.127(13,3)*	186(4,2)	884(13,1)*	928(9,0)*
II. Neoplasias (tumores)	5.197(9,7)	2.383 (35,2)*	2.144 (13,4)*	1.622 (37,1)*	1.410(20,9)*	2.603(25,3)*
III. Sangue e órgãos hematopoiéticos	2.238(4,2)*	154(2,3)	797(5,0)*	129(2,9)	453(6,7)*	534(5,2)*
IV. Endócrinas, nutricionais e metabólicas	2.393 (4,5)*	199(2,9)	934 (5,8)*	165 (3,8)	556 (8,2)*	665(6,5)*
V. Transtornos mentais e comportamentais	1.234(2,3)	59(0,9)	616(3,9)*	54(1,2)	343 (5,1)*	378(3,7)*
VI. Sistema nervoso	1.847 (3,4)*	229(3,4)	705 (4,4)*	174 (4,0)*	418 (6,2)*	553(5,4)*
VII. Olho e anexos	11.949(22,2)*	998(14,8)	963(6,0)	842 (19,2)	939 (13,9)	1.664 (16,2)
VIII. Ouvido e da apófise mastoide	2.370 (4,4)*	148(2,2)	200(1,3)	137 (3,1)	195(2,9)	313(3,0)
IX. Aparelho circulatório	10.770 (20,0)	1.609(23,8)*	6.051(37,9)*	1.169(26,7)*	3.209(47,5)*	4.051(39,4)*
X. Aparelho respiratório	2.040 (3,8)	298(4,4)	3.065(19,2)*	224 (5,1)	1.220(18,1)*	1.324(12,9)*
XI. Aparelho digestivo	6.756(12,6)*	1.260(18,6)*	1.998(12,5)	909(20,8)*	1.195(17,7)*	1.913(18,6)*
XII. Pele e tecido subcutâneo	1.998 (3,7)*	238(3,5)	448(2,8)	204 (4,7)*	267 (4,0)*	430(4,2)*
XIII. Osteomuscular e tecido conjuntivo	12.080(22,5)*	1.022 (15,1)	928(5,8)	862 (19,7)	833 (12,3)	1.598 (15,5)
XIV. Aparelho geniturinário	5.173 (9,6)	1.142 (16,9)*	2.223 (13,9)*	763 (17,4)*	1.269(18,8)*	1.827(17,8)*
XVII. Malformações congênitas	261 (0,5)*	55(0,8)*	42(0,3)	44 (1,0)*	37(0,5)	71(0,7)*
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais	6.159 (11,5)*	786 (11,6)*	1.599 (10,0)	655 (15,0)*	1.087(16,1)*	1.574(15,3)*
XIX. Lesões e envenenamentos	2.868 (5,3)	646 (9,5)*	1.818 (11,4)*	540 (12,3)*	738 (10,9)*	1.152(11,2)*
XX. Causas externas	30 (0,1)	8(0,1)	19(0,1)*	6(0,1)	10(0,1)*	14(0,1)*
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde	2.059 (3,8)*	269 (4,0)*	331(2,1)	227 (5,2)*	266 (3,9)*	457(4,4)*
Sem CID	4.446 (8,3)*	266(3,9)	385(2,4)	266 (6,1)	385(5,7)	603(5,9)

Amb. = Ambulatorial; I. = Internação; *associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância. Fonte: Sistemas GERCON e GERINT.

Tabela 5. Associação entre consulta ambulatorial e tipo de internação hospitalar em idosos, segundo o sexo e a faixa etária. Porto Alegre, RS, 2019.

Variáveis	Consultou em ambulatório (N=53.719) n (%)	Não consultou em ambulatório (N=11.169) n (%)	<i>p</i>
Amostra total			
Internação eletiva	4.377 (8,1)	2.389 (21,4)	<0,001
Internação urgência	6.754 (12,6)	9.222 (82,6)	<0,001
Internação geral	10.287 (19,1)	11.169 (100)	<0,001
Idade de 60 a 79 anos			
Internação eletiva	3.874 (8,4)	2.155 (26,8)	<0,001
Internação urgência	5.285 (11,5)	6.282 (78,0)	<0,001
Internação geral	8.431 (18,4)	8.052 (100)	<0,001
Idade ≥ 80 anos			
Internação eletiva	503 (6,5)	234 (7,5)	0,054
Internação urgência	1.469 (18,9)	2.940 (94,3)	<0,001
Internação geral	1.856 (23,8)	3.117 (100)	<0,001
Sexo masculino			
Internação eletiva	1.910 (9,6)	1.082 (22,0)	<0,001
Internação urgência	3.106 (15,6)	4.082 (82,9)	<0,001
Internação geral	4.599 (23,1)	4.923 (100)	<0,001
Sexo feminino			
Internação eletiva	2.467 (7,3)	1.307 (20,9)	<0,001
Internação urgência	3.648 (10,8)	5.140 (82,3)	<0,001
Internação geral	5.688 (16,8)	6.246 (100)	<0,001

Fonte: Sistemas GERCON e GERINT.

Entre os idosos que consultaram, 8,1% internaram eletivamente, enquanto, entre os que não consultaram, esse quantitativo chegou a 21,4%. Destaca-se que as internações de urgência foram mais prevalentes entre os usuários com 80 anos ou mais (94,3%) ($p < 0,001$). Em ambos os sexos, mais de 80% dos que não consultaram em especialidades médicas tiveram internação de urgência ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO

A maior prevalência de idosos na faixa etária entre 60 e 79 anos e, do sexo feminino que utilizaram serviços de saúde especializados encontrada neste estudo, corrobora com resultados de pesquisas nacionais e internacionais sobre a temática^{1,8,16}. Considerando que a população idosa do município

estimada para 2019 era próxima a 287 mil, chama atenção que, aproximadamente, 22% dos idosos recorreram a serviços públicos especializados e, entre esses, quase a metade necessitou de mais de um atendimento de saúde especializado, ambulatorial ou hospitalar, o que pode indicar a proporção de idosos dessa população com maiores vulnerabilidades e que dependem do sistema público de saúde. Embora a APS tenha buscado alguns avanços abarcando o cuidado à pessoa idosa, como a expansão da Atenção Domiciliar e o incentivo à avaliação multidimensional, frequentemente se depara com importantes desafios, especialmente no que se refere ao envelhecimento populacional acelerado e ao crescente número de demandas dessa população¹⁴, em relação à oferta de cuidados, além da implementação da linha de cuidado à pessoa idosa no contexto nacional.

A consulta ambulatorial foi o tipo de atendimento mais utilizado, o que era esperado, e pode estar relacionado ao maior número de doenças crônicas, ocorrência de comorbidades e outras vulnerabilidades nesse grupo etário que a APS, muitas vezes, não consegue resolver. Estudo de base nacional de Meier et al.¹⁷ identificou que 64% dos idosos realizaram até quatro consultas médicas durante o ano anterior e que a utilização desses atendimentos está associada ao declínio funcional, doenças crônicas e comorbidades, sem especificação do nível de atenção em que ocorreram.

Quanto aos atendimentos hospitalares, observou-se que mais de um terço dos idosos foi hospitalizado e que o percentual que necessitou de internação de urgência foi mais que o dobro das eletivas. Embora não tenham sido identificados estudos com resultados estratificados por tipo de internação, as pesquisas nacionais evidenciam que entre 11% e 18% dos idosos relataram a ocorrência de pelo menos uma internação hospitalar em um ano. Valores semelhantes também foram encontrados em estudos realizados em países desenvolvidos como a Inglaterra (10%) e Estados Unidos (19%) e nos emergentes, como a Colômbia (13%)^{1,8-10,18,19}. Apesar de não se conhecer a história prévia dos pacientes da presente investigação, é possível que maior foco em atividades preventivas, acompanhamento das vulnerabilidades e coordenação de cuidados entre a APS e o atendimento especializado possam impactar na redução do uso das hospitalizações^{1,7}.

A identificação das unidades solicitantes dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares possibilita conhecer o tipo de atendimento utilizado pelos usuários para acesso a outros serviços especializados no ano em estudo. Ainda que a utilização da APS não tenha sido diretamente avaliada, a significativa quantidade de encaminhamentos de idosos entre 60 e 79 anos e do sexo feminino realizados pode estar indicando que pessoas idosas desses grupos têm acessado mais a APS, reforçando seu importante papel como porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado¹⁹. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 identificou que 70% das pessoas que utilizaram serviços de APS no Brasil eram mulheres²⁰. Já os idosos mais velhos e os homens tiveram a maioria dos

seus encaminhamentos feitos pelos hospitais e UPA para outro serviço especializado, o que pode estar relacionado à necessidade de utilização de serviços de maior complexidade quando as doenças já se encontram instaladas e até mesmo em fases mais adiantadas e pela ocorrência de fragilidade.

Considerando a composição da RAS de Porto Alegre, é possível que os longevos tenham mais dificuldade em acessar os serviços da APS por problemas de mobilidade física para deslocamentos até as unidades de saúde, que nem sempre estão localizadas próximas às suas residências, exigindo grandes deslocamentos a pé ou necessidade de utilizar transporte público ou privado. Além disso, muitos idosos residem sozinhos, necessitando, muitas vezes, de atenção domiciliar, que nem sempre consegue abarcar suas necessidades de cuidado. Assim, condições de saúde sensíveis à APS com frequência acabam agudizando, necessitando recorrer aos locais de maior complexidade.

Essa inferência baseia-se na identificação de que nas regiões com maior proporção de idosos do município há serviços de APS com número de pessoas cadastradas muito superior ao preconizado e exigindo grandes deslocamentos, como na região central que conta com somente três unidades de saúde e onde 22% da população tem 60 anos ou mais²¹. Já em sistemas de saúde internacionais, como o *National Health Service* (NHS) do Reino Unido, o perfil de utilização de serviços por idosos difere do encontrado neste estudo, no que se refere à faixa etária, com maior prevalência de atendimentos de longevos na APS (55,8%) em relação à população total com mais de 60 anos²².

Os serviços hospitalares do município concentram o maior número de atendimentos, independente do sexo ou grupo etário dos usuários, seja para consulta ou para internação e, possivelmente, por esse motivo, não houve diferença estatística no seu uso para essas variáveis. Os centros ambulatoriais foram mais utilizados por idosos mais jovens e mulheres. É possível que a regulação de casos do município encaminhe os pacientes de maior complexidade para atendimento em consultas ambulatoriais nos hospitais para facilitar o apoio diagnóstico e terapêutico.

Chama a atenção, ainda, a maior prevalência de homens atendidos em clínicas renais. Resultados de estudos que abordam pacientes com doença renal crônica, já em tratamento dialítico, identificaram que a maior parte da amostra era do sexo masculino e idosos na faixa etária de 60 a 79 anos^{23,24}. Tal fato pode estar relacionado a uma menor cultura preventiva adotada pelos homens, já que a procura tardia dos serviços de saúde contribui para que o diagnóstico seja realizado em estágios mais avançados da doença²⁵.

Quanto às unidades executantes, destaca-se a maior utilização de serviços de fisioterapia, reabilitação, saúde mental e odontologia por mulheres e idosos jovens. Foram identificados estudos nos quais as mulheres também procuraram com maior frequência atendimentos de saúde mental e atendimentos preventivos e que relacionam as dificuldades de mobilidade em longevos com a falta de adesão aos tratamentos de reabilitação, o que pode justificar os resultados encontrados²⁶⁻²⁸. A feminização da velhice também pode explicar tal achado, pois, por utilizarem os serviços de saúde com maior frequência, até mesmo por questões relacionadas ao próprio sexo, as mulheres têm diagnóstico e tratamento de condições com potencial risco para a saúde mais precocemente, o que acaba elevando sua expectativa de vida em relação aos homens¹⁷.

O impacto das DCNT na velhice e na utilização dos serviços de saúde também pode ser observado ao se analisarem os principais motivos de atendimento ambulatorial e hospitalar por grupos de causas. A maior presença de doenças do aparelho circulatório em longevos corrobora com resultado de estudo realizado em São Paulo, em que os autores apontaram que a média de idade aumentou conforme o grau de risco²⁹.

As doenças do aparelho circulatório foram as principais causas das internações hospitalares de urgência de idosos. Estudo realizado com dados sobre internações de idosos por essas doenças na região Sudeste apontou que 90,3% deles foram admitidos na instituição em caráter de urgência³⁰. Isso pode resultar da carência de ações de controle dos fatores de risco cardiovasculares na APS, como hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade^{6,17}. Tais ações devem ser desenvolvidas nesse nível de atenção

desde a população adulta jovem, principalmente nos fatores modificáveis, como sedentarismo, dietas inadequadas e tabagismo, promovendo mudanças no estilo de vida dos futuros idosos e prevenindo as DCNT e suas complicações.

Conforme estudo de base nacional sobre prevalência de câncer em idosos brasileiros realizado por Francisco et al.³¹, 54,3% dos diagnósticos relatados eram no sexo masculino. Os autores relacionam isso ao fato da média de idade do primeiro diagnóstico nas mulheres ser antes dos 60 anos, bem como às características comportamentais masculinas em relação a sua saúde. As mulheres, pela cultura preventiva, consultaram mais nos ambulatorios, enquanto os homens necessitaram de atendimento de urgência em maior proporção, inferindo-se que o achado esteja vinculado a um padrão de busca por serviços de saúde pela população masculina quando o problema já está agravado.

Já os longevos realizaram menos consultas especializadas e tiveram mais internações de urgência, o que pode ser relacionado, como já mencionado, à dificuldade de deslocamento até os serviços de saúde para acompanhamento na APS ou ambulatorial, causando piora na sua condição de saúde e aumentando as taxas de hospitalização nesse grupo etário³².

Na análise entre os tipos de atendimento, os resultados deste estudo mostraram que os idosos que tiveram pelo menos uma consulta ambulatorial necessitaram menos de internação de urgência, tanto em relação à idade quanto ao sexo, o que é um achado positivo, já que passaram, previamente, por avaliação na sua unidade de saúde¹. O maior número de internações eletivas entre aqueles com histórico ambulatorial era previsto, já que esses procedimentos são programados após a avaliação do especialista e não possuem caráter emergencial.

A atenção especializada é necessária para dar continuidade e suporte à APS devendo ser incluída na atenção à pessoa idosa para garantir a integralidade do cuidado, com fluxos de referência e contrarreferência e acesso à rede hospitalar quando necessário³³. Para fins de comparação, não foram encontrados estudos que avaliem de forma integrada quais os pontos da RAS que essa população utilizou antes dos

atendimentos ambulatoriais e hospitalares. Pesquisas sobre a temática limitam-se a descrever o perfil e as características desses usuários em um determinado tipo de serviço, em sua maioria, unidades de APS³²⁻³⁵, UPA^{6,32} ou hospitais¹⁷, sem demonstrar a relação anterior com outros níveis de atenção.

Algumas limitações deste estudo estão relacionadas ao método empregado e ao tipo de dados utilizados. Por se tratar de um estudo transversal, não é possível medir as variações ao longo do tempo e nem estabelecer relações de causa e efeito. Além disso, a utilização de dados secundários pode gerar perdas e equívocos, pois é dependente da qualidade dos registros dos profissionais de saúde, que não foram coletados diretamente pelo pesquisador e não foram produzidos para uma pesquisa específica. Variáveis referentes a outras vulnerabilidades do envelhecimento, como a capacidade funcional, que permitiriam ampliar a compreensão da utilização desses serviços, não estavam disponíveis.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo fornecem subsídios para os gestores no desenvolvimento de ações relacionadas à saúde do idoso, priorizando a população masculina, longevos e o controle e prevenção de complicações das DCNT. O fortalecimento da APS na avaliação multidimensional desses usuários, monitorando suas condições e identificando prioridades individuais é essencial para que os encaminhamentos à atenção

especializada sejam qualificados, não gerando filas de espera e internações hospitalares evitáveis.

A utilização de serviços de saúde especializados por idosos na segunda capital com a maior proporção desse grupo no país mostra que, apesar dos avanços nas políticas públicas voltadas a essa população, a RAS ainda precisa evoluir para atender às suas necessidades. Outros pontos de atenção à saúde na rede são importantes, como centros dia e programas de atenção domiciliar, os quais complementariam o cuidado aos idosos e facilitariam o acesso dos mesmos.

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

Os achados deste estudo demonstram a relevância de fortalecer os modelos integrados de cuidado de modo a qualificar a abordagem à saúde de homens mais velhos. Novos estudos explorando a utilização das unidades de APS e de serviços especializados são sugeridos.

Editado por: Maria Luiza Diniz de Sousa Lopes

REFERÊNCIAS

1. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Lima RCD, Facchini LA. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020 jun;25(6):2213-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27792018>
2. Sória GS, Nunes BP, Bavaresco CS, Vieira LS, Facchini LA. Acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(4):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00191718>
3. David HMSL, Riera JRM, Mallebrera AH, Costa MFL. A enfermeira gestora de casos na Espanha: enfrentando o desafio da cronicidade por meio de uma prática integral. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020 Jan;25(1):315-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020251.29272019>
4. Giebel C, Harvey D, Akpan A et al. Reducing hospital admissions in older care home residents: a 4-year evaluation of the care home innovation Programme (CHIP). *BMC Health Serv Res* 2020;20(1):94. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4945-9>

5. Herberg S, Teuteberg F. Reducing hospital admissions and transfers to long-term inpatient care: A systematic literature review. *Health Services Management Research*. 2022;0(0). Disponível em: <https://doi.org/10.1177/09514848211068620>
6. Antunes BCS, Crozeta K, Assis F, Paganini MC. Rede de atenção às urgências e emergências: perfil, demanda e itinerário de atendimento de idosos. *Cogitare Enferm*. 2018 Abr-Jun;23(2):e53766. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.53766>
7. Macinko J, Andrade FB, Souza Junior PRBS. Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). *Rev Saúde Pública*. 2018;52 Suppl 2:6s. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000595>
8. Dreyer K, Steventon A, Fisher R, Deeny AR. The association between living alone and health care utilisation in older adults: a retrospective cohort study of electronic health records from a London general practice. *BMC Geriatrics*. 2018 Dec;18(1):269. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0939-4>
9. Lavelle TA, Rose AJ, Timbie JW, Setodji CM, Wensky SG, Giuriceo KD. Utilization of health care services among Medicare beneficiaries who visit federally qualified health centers. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:41. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2847-x>
10. Garcia-Ramirez J, Nikoloski Z, Mossialos E. Inequality in healthcare use among older people in Colombia. *Int J Equity Health*. 2020;19:168. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01241-0>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [citado em 17 jan. 2021]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br>
13. Porto Alegre. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2019 [Internet]. Porto Alegre: SMS, 2019 [citado em 17 out. 2020]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/sms_relatorio_anual_gestao2019.pdf.
14. Porto Alegre. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022-2025 [Internet]. Porto Alegre: SMS, 2021 [citado em 30 nov. 2022]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2022_25.pdf.
15. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
16. Pianori D, Maietti E, Lenzi J, Quargnolo M, Guicciard S, Adja KYC, et al. Sociodemographic and health service organizational factors associated with the choice of the private versus public sector for specialty visits: evidence from a national survey in Italy. *PLoS ONE*. 2020;15(5):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232827>
17. Meier JG, Cabral LPA, Zanesco C, Grden CRB, Fadel CB, Bordin D. Factors associated with the frequency of medical consultations by older adults: a national study. *Rev Esc Enferm USP*. 2020 Mar;54:e03544. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018048103544>
18. Melo-Silva AM, Mambrini JVM, Souza Junior PRB, Andrade FB, Lima-Costa MF. Hospitalizações entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2018;52 Supl 2:3s. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000639>
19. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2020 Mai;25(5):1799-1808. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>
20. Brasil. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [citado em 1 jul. 2019]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>.
21. Porto Alegre. Secretaria de Governança Local. População idosa de Porto Alegre: informação demográfica e socioeconômica [Internet]. Porto Alegre: SGL, 2015 [citado em 30 nov. 2022]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/informacao_demografica_e_socioeconomica-populacao_idosa02.pdf.
22. National Health Service. Community Services Statistics. *NHS Digital 2020* [Internet]. Disponível em: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/community-services-statistics-for-children-young-people-and-adults>
23. Souza Júnior EV, Costa EL, Matos RA, Cruz JS, Maia TF, Nunes GA, et al. Morbidity-mortality epidemiology and public costs of kidney failure. *Rev Enferm UFPE On line*. 2019 Mar;13(3):647-54. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a236395p647-654-2019>

24. Viana FS, Boachat YEM, Lugon JR, Matos JPS. Diferenças na cognição e na qualidade de vida entre os pacientes idosos e os muito idosos em hemodiálise. *J Bras Nefrol.* 2019 Jul-Set;41(3):375-83. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0167>
25. Andrade CA, Andrade AMS. Perfil da morbimortalidade por doença renal crônica no Brasil. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2020 Abr-Jun;44(2):38-52. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n2.a2832>
26. Santos CS, Collares PMC, Melo AM, Moraes GLA, Lacerda MRL, Santos DHP. Capacidade funcional de idosos acompanhados pela fisioterapia de uma unidade de Atenção Primária à Saúde. *FisiSenectus.* 2019 Jul-Dez;7(2):23-38. Disponível em: <https://doi.org/10.22298/rfs.2019.v7.n2.5120>
27. Freire MCM, Marin MJS, Lazarini CA, Damaceno DG. Life and health conditions of the elderly with mental disorders according to sex. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2020;16(1):1-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.153846>
28. Schroeder FMM, Mendoza-Sassi RA, Meucci RD. Condição de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre idosos em área rural no sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020 Jun;25(6):2093-02. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.25422018>
29. Massa KHC, Duarte YAO, Chiavegatto Filho ADP. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019 Jan;24(1):105-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.02072017>
30. Cordeiro P, Martins M. Mortalidade hospitalar em pacientes idosos no Sistema Único de Saúde, região Sudeste. *Rev Saúde Pública.* 2018 Jul;52:69. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000146>
31. Francisco PMSB, Friestino JKO, Ferraz RO, Bacurau AGM, Stopa SR, Moreira Filho DCM. Prevalência de diagnóstico e tipos de câncer em idosos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2020 Jan;23(2):e200023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200023>
32. Costa GAPC, O'Dwyer G, Carvalho YS, Campos HS, Rodrigues NCP. Perfil de atendimento de população idosa nas Unidades de Pronto Atendimento do município do Rio de Janeiro. *Saúde Debate.* 2020 Jun;44(125):400-410. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012509>
33. Hansel CG, Silva, J, Araújo STC, Fernandes LLRA, Martins AMF, Almeida JRS. Demandas no itinerário terapêutico de idosos: um estudo descritivo. *Esc Anna Nery.* 2020 Jun;24(4):1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0375>
34. Silva CSO, Barbosa MMS, Pinho L, Figueiredo MFS, Amaral CO, Cunha FO, et al. Family health strategy: relevance to the functional capacity of older people. *Rev Bras Enferm.* 2018;71 Suppl 2:740-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0078>
35. Lubenow JAM, Silva AO. O que os idosos pensam sobre o atendimento nos serviços de saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(2):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180195>