

Doenças do Aparelho Circulatório: Principal Causa de Internações de Idosos no Brasil entre 2003 e 2012

Circulatory Diseases: Leading Cause of Hospitalization of Elderlies in Brazil between 2003 and 2012

LARISSA PRUNER MARQUES¹
SUSANA CARARO CONFORTIN¹

RESUMO

Objetivo: Descrever as internações de idosos por doenças do aparelho circulatório (DAC), no Brasil e regiões, de 2003 a 2012. *Material e métodos:* Trata-se de um estudo ecológico referente às internações hospitalares de idosos por DAC, por local de residência. Os dados são originados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). *Resultados:* No Brasil, as DAC constituíram a primeira causa de internações em idosos, em todos os anos analisados. Seguida das DAC, as principais causas foram as doenças do aparelho respiratório, digestivo e neoplasias, com exceção para o ano de 2008, no qual as doenças infecciosas e parasitárias ocuparam o quarto lugar. Observou-se que a região sul apresentou maior taxa de internações pela doença em questão quando comparada as demais regiões do Brasil, em toda série histórica. Porém, as taxas reduziram gradualmente ao longo do período, da mesma forma em todas as regiões, em destaque na região centro-oeste, a qual sofreu o maior declínio, de 49,4%. Os homens apresentaram maiores taxas, tanto na forma bruta, quanto na forma padronizada, em todas as regiões e Brasil, quando comparados às mulheres, em 2003. Entretanto, o quadro reverteu em 2012, em relação a forma padronizada, na qual as mulheres apresentaram taxas mais elevadas de internações por DAC. *Conclusão:* As DAC representam a principal causa de internação entre os idosos, e tem reduzido ao longo do período estudado. Assim precisam ser continuamente avaliadas e os programas que visam sua prevenção e promoção da saúde devem ser mantidos e aprimorados.

DESCRIPTORIOS

Idoso. Doenças Cardiovasculares. Hospitalização. Epidemiologia Descritiva.

ABSTRACT

Objective: To describe the hospitalization of elderly by circulatory system diseases (CD) in Brazil and Brazilian regions from 2003 to 2012. *Material and Methods:* This was an ecological study evaluating hospital admissions of elderly due to CD by place of residence. The data was collected from the Hospital Information System of the Unified Health System (SIH/SUS). *Results:* In Brazil, CD were the leading cause of hospitalization of elderly over the ten-year period analyzed. The main causes followed by CD were diseases of the respiratory system, digestive system and neoplasms; except in 2008, where the third cause was infectious and parasitic diseases. The Southern region showed the highest rate of admissions for CD, compared to other regions of Brazil throughout the years. However, the rates gradually reduced over the period in all regions, in particular the Midwest, which suffered the biggest decline, 49.4%. In 2003, men had higher hospitalization rates in all regions of Brazil than women according to the crude and standard analysis. However, this scenario reversed in 2012, in which women presented higher hospitalization rates due to CD according to the standard analysis. *Conclusion:* CD are the leading cause of hospitalization among the elderly, although it reduced over the studied period. Thus, CD should continually be monitored, and the programs aimed at its prevention and health promotion should be maintained and enhanced.

DESCRIPTORS

Elderly. Cardiovascular Diseases. Hospitalization. Epidemiology Descriptive.

¹ Doutorandas no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Santa Catarina.

Desde 1950, observou-se o processo de transformação do perfil demográfico da população do Brasil, com redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade e, conseqüente, envelhecimento populacional¹. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), espera-se que o número de pessoas com mais de 60 anos triplique nos próximos anos, passando de 673 milhões em 2005, para 2 bilhões até 2050². Em países em desenvolvimento, a proporção de pessoas idosas deverá crescer de 64% para cerca de 80% em 2050. Projeções populacionais brasileiras relativas ao período de 1991 a 2030 mostram claramente o padrão demográfico com predomínio de adultos e idosos, sendo esperado que, em 2025, o Brasil ocupe a sexta posição mundial com relação ao número de idosos^{3,4}.

Com o envelhecimento da população, acompanham-se novas demandas socioeconômicas que refletirão diretamente no cuidado em saúde e na morbimortalidade. Informações sobre as condições de saúde e a necessidade de assistência médica são fundamentais para o planejamento de estratégias de prevenção, atenção e promoção da saúde. No Brasil, o índice de hospitalização, o custo com a mesma e o número de reincidência de internações no Sistema Único de Saúde (SUS) são maiores para as pessoas de 60 anos ou mais^{5,6}.

Dentre as doenças da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as DAC (capítulo IX), especialmente as doenças cardiovasculares (DCV), constituem importante causa de morte em todo o mundo. No Brasil, em 2009, as DCV foram responsáveis por 30% de todas as mortes, independente do sexo, por causa conhecida. Dados do Ministério da Saúde mostram que, no mesmo ano, ocorreram 962.931 mortes por DCV, em indivíduos com mais de 30 anos. Doenças isquêmicas do coração (DIC) representaram 95.449 mortes e as doenças cerebrovasculares (DCbV) foram responsáveis por 97.860 mortes^{7,8}.

Considerando a importância do tema, e como tal morbidade pode afetar a vida e a saúde dos idosos, bem como gerar gastos em saúde pública, o presente estudo objetiva descrever as internações por DAC na população idosa, do Brasil e regiões, no período de 2003 a 2012.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico descritivo referente às internações hospitalares por DAC, capítulo IX da CID-10, de idosos com 60 anos ou mais, por local de residência no Brasil e regiões, nos anos de 2003 a 2012. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) dos respectivos anos e os dados demográficos dos censos de 2000 e 2010, assim como, as estimativas populacionais para os anos restantes foram adquiridas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O SIH tem seus dados geridos pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e são processados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

As unidades hospitalares participantes do SUS (públicas ou particulares conveniadas) enviam as informações das internações efetuadas através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), para os gestores municipais (se em gestão plena) ou estaduais (para os demais). Estas informações são consolidadas no DATASUS, formando valiosa base de dados, contendo dados de grande parte das internações hospitalares realizadas no Brasil.

Para o presente estudo foram construídos indicadores, como a proporção de internações de idosos segundo as principais causas da CID-10, nas regiões do Brasil, de 2003 a 2012, por 10.000 habitantes; a taxa de internações de idosos por DAC (Capítulo IX - I00 a I99) segundo regiões e Brasil, de 2003 a 2012, padronizada (método direto) pela população idosa por faixa etária (60-69, 70-79 e 80 anos ou mais) do Brasil 2012, por 10.000 habitantes; taxa de internações por DAC em idosos por sexo, segundo as regiões do Brasil, no ano de 2003 e 2012, padronizada pela população idosa do Brasil no ano de 2012, por 10.000 habitantes.

A proporção de internações de idosos segundo as principais causas da CID-10, nas regiões do Brasil, de 2003 a 2012, foi calculada com o número de internações de cada causa (aparelho circulatório, respiratório, digestivo e neoplasias), pelo total de internações da população idosa, por 10.000 habitantes, para cada ano.

As taxas dos indicadores construídos foram obtidas pela razão: número de internações por DAC da população idosa/população residente, no respectivo local e período. Realizou-se a padronização pelo método direto, por faixa etária (60-69, 70-79 e 80 anos ou mais), para possibilitar a comparação entre regiões e Brasil. A população eleita como padrão foi a brasileira, com 60 anos ou mais, do ano de 2012. Os dados foram organizados e processados em planilhas do Microsoft Excel® 2010, da mesma forma como as tabelas e gráfico.

RESULTADOS

No Brasil, no período de 2003, 2008 e 2012 foram registradas 2.212.826, 2.186.353 e 2.522.522 internações de idosos, respectivamente. Dentre estas, observou-se que a proporção de internações de idosos por DAC nos respectivos anos foram de 30,0%, 27,4% e 25,4%, reduzindo ao longo do tempo. Entretanto, independente da região e ano analisados (2003 a 2012), constantemente a DAC apresentou-se como a principal causa de internação, seguido das doenças do aparelho respiratório, digestivo e neoplasias. Essa ordem manteve-se ao longo do período estudado, exceto no ano de

2008, no qual as doenças infecciosas e parasitárias predominaram às neoplasias (Tabela 1).

A Figura 1 mostra a taxa de internações de idosos, por DAC, segundo regiões e Brasil, de 2003 a 2012. Observa-se que as internações pela doença em questão, sofreram declínio gradual ao longo do período analisado, com destaque para as regiões centro-oeste e sul. O sul mostrou declínio gradual, durante o período estudado, de 35,5%. Porém, a região centro-oeste, ao longo do período analisado, sofreu o maior declínio, de 49,4% (Figura 1).

Na região norte, ocorreu aumento das taxas de internações por DAC, a partir de 2003, atingindo seu maior valor em 2006. É possível afirmar, se a região norte, em 2006, tivesse a mesma estrutura etária do Brasil, em 2012, as internações de idosos por DAC da região norte, seria em torno de 300 internações por 10.000 idosos. Apesar das oscilações, houve o declínio das taxas em 13,1%. A mesma redução ocorreu nas regiões nordeste e sudeste, quando analisado o Brasil num todo, sendo seus valores 27,8%, 31,3% e 31,4%, respectivamente (Figura 1).

Na Tabela 2, observa-se que, no ano de 2003, a taxa de internações foi maior entre os homens, tanto na forma bruta, quanto na forma padronizada. No ano de

Tabela 1. Taxa de internações de idosos segundo as principais causas da CID-10, nas regiões do Brasil, de 2003 a 2012, por 10.000 habitantes. (continua)

Brasil	2003		2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ap. circulatório	663.810	30,0	652.403	29,2	642.983	28,9	635.622	28,3	639.824	27,8
Ap. respiratório	408.503	18,5	433.702	19,4	393.638	17,7	392.480	17,5	399.467	17,4
Ap. digestivo	215.860	9,8	220.034	9,9	227.441	10,2	227.674	10,1	236.101	10,3
Neoplasias	159.533	7,2	168.423	7,5	179.946	8,1	190.081	8,5	204.689	8,9
Total	2.212.826		2.233.161		2.224.147		2.249.627		2.300.951	

Brasil	2008		2009		2010		2011		2012	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ap. circulatório	599.789	27,4	630.436	27,0	641.504	26,1	650.424	25,7	641.212	25,4
Ap. respiratório	358.795	16,4	393.976	16,9	400.968	16,3	421.794	16,7	389.896	15,5
Ap. digestivo	227.329	10,4	241.501	10,4	255.947	10,4	258.419	10,2	262.469	10,4
Neoplasias	172.364*	7,9	191.462	8,2	207.796	8,5	221.618	8,8	242.041	9,6
Total	2.186.353		2.332.747		2.454.665		2.529.113		2.522.522	

*Neste ano, as neoplasias foram a quinta principal causa de internação hospitalar [Quarto lugar: doenças infecciosas e parasitárias (176.690)].

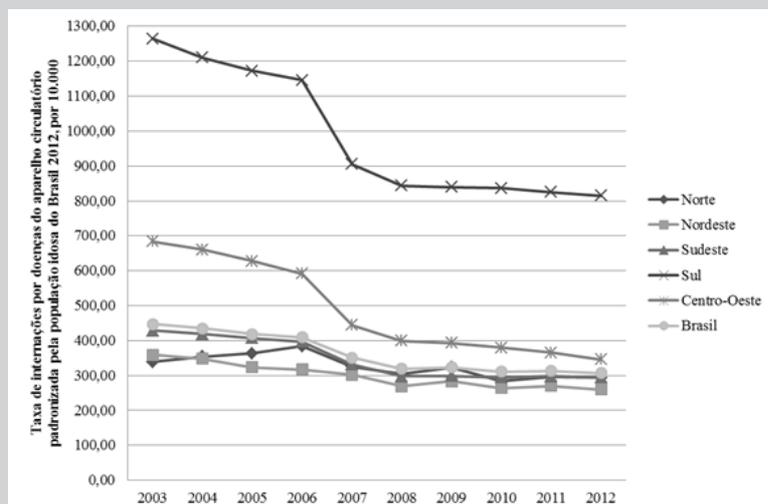


Figura 1. Taxa de internações de idosos por doenças do aparelho circulatório segundo regiões e Brasil, de 2003 a 2012, padronizada pela população idosa do Brasil 2012, por 10.000 habitantes. **Fonte:** Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Tabela 2. Taxa de internações de idosos por doenças do aparelho circulatório segundo sexo, regiões e Brasil, em 2003 e 2012, padronizada pela população idosa do Brasil 2012, por 10.000 habitantes.

	Masculino					
	2003			2012		
	n (%)	Taxa Bruta	Taxa Padronizada	n (%)	Taxa Bruta	Taxa Padronizada
Região Norte	13.640 (4,2)	361,4	370,8	17.480 (5,4)	317,1	321,6
Região Nordeste	73.507 (22,7)	391,1	379,2	71.879 (22,2)	290,5	283,9
Região Sudeste	144.255 (44,5)	473,1	482,5	145.273 (44,8)	347,3	348,5
Região Sul	66.510 (20,5)	627,6	647,5	67.492 (20,8)	457,6	464,7
Região Centro-Oeste	26.393 (8,1)	662,4	690,2	22.142 (6,8)	364,9	370,1
Brasil	324.305	479,4	483,8	324.266	349,0	349,0
	Feminino					
	2003			2012		
	n (%)	Taxa Bruta	Taxa Padronizada	n (%)	Taxa Bruta	Taxa Padronizada
Região Norte	10.970 (3,2)	294,2	303,8	14.357 (4,5)	256,9	336,9
Região Nordeste	76.968 (22,7)	340,6	341,3	73.999 (23,4)	242,1	294,5
Região Sudeste	148.897 (43,9)	379,0	387,3	139.147 (43,9)	254,1	359,1
Região Sul	76.600 (22,6)	582,0	601,6	69.029 (21,8)	373,7	479,9
Região Centro-Oeste	26.068 (7,6)	638,1	673,2	20.414 (6,4)	309,4	383,8
Brasil	339.503	409,7	417,7	316.946	273,2	360,5

2012, a taxa bruta seguiu o mesmo padrão. Entretanto, quando analisada a forma padronizada entre os sexos, percebe-se o inverso, as mulheres exibiram maior taxa de internações, em 2012. Dessa forma, observa-se que há influência da estrutura etária idosa para essa análise.

Quando analisada a taxa padronizada de internações, por sexo e entre regiões, de 2003 e 2012, percebe-se que a região centro-oeste apresentou a mais elevada, seguida da região sul, para ambos os sexos, no ano de 2003. Entretanto, a região centro-oeste foi a que mostrou maior declínio, e em 2012 a região sul atingiu a maior taxa de internações por DAC (Tabela 2).

Ao comparar as taxas de internações entre os anos analisados, para ambos os sexos, somente a população feminina residente na região norte, apresentou aumento de 303,8, em 2003, para 336,9 internações a cada 10.000 idosos, em 2012 (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostram que as DAC são as principais causas de internações em idosos ao longo do período estudado, apresentando declínio no Brasil e regiões (Tabela 1). Observou-se que a região sul apresenta maior taxa de internações pela doença em questão quando comparada as demais regiões do Brasil, sofrendo declínio gradual ao longo do período analisado, da mesma forma em todas as regiões (Figura 1). No ano de 2003, a taxa de internações por DAC foi maior entre os homens, entretanto, em 2012, as mulheres apresentaram taxas mais elevadas (Tabela 2). É imprescindível conhecer a distribuição das doenças na população idosa, a fim de atender a demanda da população, preparar a equipe profissional e desenvolver programas que visem à prevenção de agravos e promoção da saúde.

O Brasil encontra-se em acelerado processo de transição demográfica, observa-se modificações quanto ao tamanho da população e sua distribuição em grupos etários. De acordo com dados do IBGE a

população com mais de 60 anos ultrapassa o número de 20 milhões de pessoas e representa 11% da população do Brasil³. Essa mudança do perfil da população brasileira, com o aumento da expectativa de vida, acarreta aumento nos gastos com a saúde e previdência social. Pesquisas mostram que, quaisquer que sejam os indicadores observados na avaliação da qualidade de saúde da população idosa, eles apontam maior uso de serviços de saúde e custos maiores, quando comparados com os da população mais jovem⁹⁻¹².

Com o processo de envelhecimento, os problemas de saúde tendem a aumentar e se agravar. Observaram-se, nesse estudo, que as DAC foram as que apresentaram maior taxa de internações entre as principais causas da CID-10, nas regiões do Brasil, de 2003 a 2012 (Tabela 1). Isso está associada a um conjunto de elementos, tais como: o processo de transição epidemiológica, fatores ambientais, demográficos e socioeconômicos^{4,13}.

Observa-se ainda, que há redução da taxa de internações por DAC ao longo do período estudado (Tabela 1). A implementação de políticas públicas em saúde, melhores condições socioeconômicas, ampliação do acesso a atenção básica em saúde, investimentos em medidas preventivas em saúde (campanhas de vacinação, estímulo à prática atividade física, abandono do tabagismo e educação nutricional), aumento da escolaridade, novas tecnologias (medicamentos, equipamentos, terapêuticas ambulatoriais), ações de promoção em saúde, entre outros, tem corroborado para essa diminuição no número de internações dos idosos^{4,13}.

As taxas elevadas, detectadas na região sul (Figura 1), podem ser explicadas por um dos fatores que contribui para esse evento, a maior relação entre oferta de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo SUS e a população residente nessa área geográfica quando comparado as outras regiões do Brasil, ao longo do período analisado¹⁴. Além disso, esta região apresenta a maior prevalência e incidência de DAC¹⁵.

Para a região centro-oeste destaca-se a maior redução das taxas no período estudado (Figura 1), o que se deve ao melhor controle ambulatorial das nessa

região, por meio dos programas implantados pelo governo nas unidades básicas de saúde (UBS) como Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Hiperdia¹⁶.

As taxas diminuíram em outras regiões também (Figura 1), o que pode ter contribuído, para este evento, foi a mudança de hábitos e estilo de vida, incentivado a partir da Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, diretriz “Promoção do envelhecimento saudável”, que desenvolveu ações que orientaram e incentivaram os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento à adoção de hábitos saudáveis de vida (alimentação adequada e balanceada, e a prática regular de atividades físicas), reiterando a importância disso para a saúde dos mesmos¹⁷. A adesão a hábitos saudáveis é medida indispensável para o controle das DAC, sendo considerado tratamento não medicamentoso, e fundamental para o controle dos fatores de risco ou diminuir os riscos.

Quando analisada a taxa de internações por DAC por sexo, no ano de 2003 e 2012, observou-se que, em 2003, os idosos do sexo masculino apresentaram maiores taxas quando comparado às mulheres (Tabela 2). Isso pode estar relacionado à falta de cuidados com a saúde dos mesmos (baixa procura por atendimento médico), acarretando em prejuízos à saúde dos homens idosos¹⁸.

Enquanto em 2012, as mulheres apresentaram maiores taxas de internação (Tabela 2). Deve-se analisar a maior expectativa de vida que elas apresentam, conseqüentemente, estão suscetíveis a maior número de comorbidades e declínio do estado funcional, o que pode influenciar e favorecer agravos à saúde, refletindo na elevada taxa de internações nesse grupo¹⁹⁻²¹.

Tal inversão pode ser explicada pela implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em 2008, que se propõe a qualificar a atenção à saúde dos mesmos, acarretando maior cuidado dessa população e diminuição de internações, por meio do diagnóstico precoce²².

O desenvolvimento desse estudo ecológico conta com um facilitador na obtenção dos dados, os sistemas de informações em saúde, entretanto apresenta

algumas limitações que, na maior parte, podem subestimar seus valores. Destacam-se, no SIH/SUS, os dados serem provenientes apenas de internações custeadas pelo SUS²³, porém há elevada cobertura do sistema para internações no Brasil²⁴, dependência da qualidade e preenchimento da AIH, estruturação do sistema hospitalar que privilegia a lógica financeira e não a epidemiológica, e emissão para o mesmo indivíduo de mais de uma AIH²³.

Entretanto, o SIH representa, no Brasil, importante fonte de dados para maior conhecimento da morbidade hospitalar e seu uso em estudos permite que os resultados retornem ao SUS, propiciando benefícios ao sistema, por meio de planejamentos e avaliações.

Neste estudo, por meio do SIH foi possível traçar o perfil epidemiológico da principal causa de internações hospitalares da população com 60 anos ou mais do Brasil e regiões no período estudado. Os dados mostraram que este perfil acompanhou as mudanças epidemiológicas ocorridas no Brasil na última década, nas quais as doenças crônicas, como as do aparelho circulatório, ocupam as principais causas de morbidade na população idosa⁵⁻⁸. Tais mudanças do perfil demográfico e epidemiológico da população idosa trazem repercussões para a sociedade e principalmente para o sistema de saúde, que precisa estar preparado para garantir aos cidadãos o envelhecimento com qualidade de vida.

CONCLUSÃO

As DAC foram as principais causas de internações em idosos nos anos de 2003 a 2012, porém em declínio no Brasil e regiões. A região sul destacou-se pela maior taxa no período. Segundo sexo, em 2003, a taxa de internações por DAC mostrou-se maior entre os homens, em contraposição ao ano de 2012, na qual foram as mulheres.

Conhecer a distribuição das doenças na população idosa é fundamental para avaliação e planejamento de programas na área de saúde, com

intuito de melhorar a qualidade de vida, reduzir fatores de risco associados com admissões hospitalares entre os idosos e prevenir sua ocorrência, a partir da organização dos serviços hospitalares e ambulatoriais^{1,4,18,25}.

A construção de políticas públicas no sentido

de melhorar ainda mais os cuidados de idosos, principalmente com as DAC, diminuindo as desigualdades em regiões brasileiras e melhorando a qualidade do atendimento e acesso ao atendimento na atenção primária, secundária e terciária, podem modificar custos e reduzir morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

- Guerra IC, Ramos-Cerqueira A. Risco de hospitalizações repetidas em idosos usuários de um centro de saúde escola. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(3):585-592.
- United Nations. World Population Prospects: The 2006 Revision - Highlights. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. New York; 2007.
- Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística - IBGE. Indicadores sócio-demográficos: prospectivos para o Brasil 1991-2030. Projeto UNFPA/BRASIL (BRA/02/P02) – População e Desenvolvimento – Sistematização das medidas e indicadores sócio-demográficos oriundos da Projeção da população por sexo e idade, por método demográfico, das Grandes Regiões e Unidades da Federação para o período 1991/2030. Rio de Janeiro: Arbeit; 2006.
- Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*. 2008; 6(1):S4-S6.
- Costa MFLL, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Inf Epidemiol SUS*. 2000; 9(1):23-41.
- Amaral ACS, Coeli CM, Costa MCE, Cardoso VS, Toledo ALA, Fernandes CR. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1617-1626.
- Mansur AP, Favarato D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. *Arq Bras Cardiol*. 2012;99(2):755-761.
- Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006;15(1):35-45.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Perfil dos idosos responsáveis por domicílio no Brasil 2000. Rio de Janeiro (RJ); 2000.
- Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV et al., organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- Mendes MRSSB, Gusmão JL, Faro AGM, Leite RCBO. A situação do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(4):422-26.
- Chaimowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte: Posgraduate; 1999.
- Silva ST, Ribeiro RCHR. Principais causas de internação por doenças cardiovasculares dos idosos na UCOR. *Arq Cienc Saude*. 2012;19(3):65-70.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e base demográfica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Número de leitos hospitalares por habitantes. [Acesso em 2014 mar 14]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/e03b.def>.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS. Morbidade hospitalar do SUS por local de residência. [Acesso em 2014 mar 14]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nruf.def>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. [Acesso em 2014 mai 9]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2006 out 19; Seção 1:37.
- Campbell BB. A novel approach to educating men about preventative health in the digital age. *World J Mens Health*. 2012;9(1):45–50.
- Camarano AA, Kanso S. Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados. Texto para Discussão. Brasília: IPEA; 2009. p. 1-31.
- Nunes, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: Camarano, Ana Amélia (Org). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* 2 ed. Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 427-49.
- Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Colet*. 2005;10(1):105-109.
- Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem (princípios e diretrizes). [Acesso em 2014 mai 16]. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf.

23. Carvalho DM. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. *Inf Epidemiol SUS*. 1997;6(4):7-46.
24. Bahia L, Costa AJL, Fernandes C, Luiz RR, Cavalcanti MLT. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. *Ciênc Saúde Colet*. 2002;7(4):671-686.
25. Fernandes MGM, Santos SR. Políticas públicas e direitos do idoso: desafios da agenda social do Brasil contemporâneo. *Examãpaku*. 2008;1(1):1-11.

Correspondência

Larissa Pruner Marques

Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina - Campus Trindade, s/n.

CEP: 88040-900

Florianópolis – Santa Catarina - Brasil

E-mail: larissapm_90@hotmail.com