

Recebido em 09/2017. Aceito para publicação em 11/2018.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE: EVOLUÇÃO DO ACESSO ÀS ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS PELA POPULAÇÃO IDOSA DO RIO GRANDE DO SUL

NATIONAL HEALTH PLAN: EVOLUTION OF ACCESS TO ORTHOSES, PROSTHETICS AND SPECIAL MATERIALS BY THE ELDERLY POPULATION OF RIO GRANDE DO SUL

Christian Caldeira Santos¹
Geraldine Alves dos Santos²
Jacinta Sidegum Renner³

Resumo: O processo de envelhecimento da população brasileira gera novas demandas na área de saúde; exemplo o acesso às órteses, próteses e materiais especiais. O Plano Nacional de Saúde (2012 - 2015) garantiu acesso da população a serviços de qualidade, da atenção básica até procedimentos de alta complexidade. Redes de Atenção à Saúde foram criadas. Portanto, o objetivo desta pesquisa foi verificar se houve crescimento do acesso às órteses, próteses e materiais especiais pela população idosa no Rio Grande do Sul, entre os períodos de 2008 - 2011 e 2012 - 2015; e se houve diferença entre os gêneros em relação ao acesso a estes materiais no período de 2008 - 2015. A pesquisa é descritiva, quantitativa e documental de fontes secundárias: Censo Demográfico (2010) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e dados do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. O acesso dos idosos aos recursos nos 19 municípios sedes das Coordenadorias de Saúde apontaram correlação positiva e significativa entre o total anual das concessões e o total da população idosa, por município. O acesso aos recursos entre os períodos demonstrou crescimento de 85% ($p < 0,01$) no período de 2012 - 2015. Na integralidade dos períodos, a população idosa do gênero feminino apresentou maior acesso aos recursos em relação ao gênero masculino ($p < 0,0001$). Considera-se que o Plano Nacional de Saúde (2012 - 2015) promoveu maior acesso às órteses, próteses e materiais especiais no estado gaúcho, onde as mulheres idosas foram as mais beneficiadas.

Palavras-chave: Idosos; órteses; próteses; materiais especiais; Rede de Atenção à Saúde.

Abstract: The process of aging of the Brazilian population generates new demands in the health area; access to orthoses, prostheses and special materials. The National Health Plan (2012-2015) guaranteed the population access to quality services, from basic care to highly complex procedures. Health Care Networks were created. Therefore, the objective of this research was to verify if there was an increase in access to orthoses, prostheses and special materials by the elderly population in Rio Grande do Sul between the periods of 2008-2011 and 2012-2015; and if there was a gender difference in access to these materials in the period 2008-2015. The research is descriptive, quantitative and documental of secondary sources: Demographic Census (2010) of the Brazilian Institute of Geography and Statistics and data of the System of Indicators of Health and Follow-up of Policies of the Elderly. The access of the elderly to the

¹ Discente do Programa de Pós-Graduação em Diversidade Cultural e Inclusão Social da Universidade Feevale, Brasil. E-mail: christiansantos@unipampa.edu.br.

² Docente do Programa de Pós-Graduação em Diversidade Cultural e Inclusão Social da Universidade Feevale, Brasil. E-mail: geraldine@feevale.br.

³ Docente do Programa de Pós-Graduação em Diversidade Cultural e Inclusão Social da Universidade Feevale., Brasil. E-mail: jacinta@feevale.br.

resources in the 19 municipalities of the Health Coordination Centers showed a positive and significant correlation between the annual total of the concessions and the total of the elderly population per municipality. Access to resources between the periods showed a growth of 85% ($p < 0.01$) in the period of 2012-2015. In all periods, the elderly female population had greater access to resources in relation to the male gender ($p < 0.0001$). It is considered that the National Health Plan (2012-2015) promoted greater access to orthoses, prostheses and special materials in the state of Rio Grande do Sul, where elderly women benefited the most.

Keywords: Elderly; orthosis; prostheses; special Materials; Health Care Network.

1. INTRODUÇÃO

Ao considerar os dados demográficos em relação à população idosa, no estado do Rio Grande do Sul, na transição dos anos de 1970 a 2010, houve decréscimo do número de nascimentos e aumento da população acima de 60 anos (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Em 2010, a população idosa gaúcha já totalizava quase 1,5 milhão de pessoas (IBGE, 2010).

A perspectiva para 2030 aponta para um processo de envelhecimento populacional que provoca novas demandas nas áreas social, da saúde e na questão previdenciária, seja na esfera federal, estadual e municipal (BRASIL, 2013a). Em relação as demandas na área da saúde, está o acesso a órteses, próteses e materiais especiais (OPME), ocasionadas em parte, pelas doenças crônicas não transmissíveis. No geral, define-se OPME como “insumos utilizados na assistência à saúde, relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica” (BRASIL, 2016). Em termos específicos, considera-se:

Órtese qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico. E prótese qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido (BRASIL, 2017).

E materiais especiais:

Quaisquer materiais ou dispositivos de uso individual que auxiliam em procedimento diagnóstico ou terapêutico e que não se enquadram nas especificações de órteses ou próteses, implantáveis ou não, podendo ou não sofrer reprocessamento, conforme regras determinadas pela Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2016, p. 8).

As doenças crônicas não transmissíveis podem ocasionar incapacidade e, por conseguinte, afecção da funcionalidade e interferir, diretamente, nas atividades de vida diária do idosos. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer, de forma significativa, a qualidade de vida dos idosos (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que foi criada em 1999, trazia, inicialmente, como foco, as doenças, visto suas múltiplas morbidades. Ao ser reescrita em 2006, o foco direcionou à capacidade funcional da população idosa. Dessa forma, essa população passou a ser dividida em dois grandes grupos: os idosos vulneráveis à fragilização e os idosos independentes (BALZAN; ELOI; DUARTE, 2014). Nesse contexto, sabe-se que mulheres brasileiras estão mais susceptíveis a fatores de morbidade frente aos homens brasileiros, visto apresentarem maior expectativa de vida no país (VERAS et al., 2008).

Inserida na PNSPI está a diretriz denominada Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa, que norteia a condição funcional o alicerce para as ações de atenção primária, de prevenção – primária, secundária e terciária –, de reabilitação, para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional e recuperação da saúde (BRASIL, 2006).

Diante desse novo foco, Ramos (2009) cita um novo paradigma na área da saúde: o envelhecimento populacional e o indicador de saúde importante não mais atrelado à presença ou ausência de doença, mas sim relacionado ao grau de capacidade funcional do indivíduo. Diante de tal fato, Veras (2011) aponta que a capacidade funcional começa a se destacar como material e método de uma política contemporânea voltada à atenção à saúde do idoso.

Assim, no período de 2012 a 2015, o Plano Nacional de Saúde destacou, como sua primeira Diretriz: a garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada. Nesta última, o Ministério da Saúde seguirá expandindo o número de procedimentos em média e alta complexidade, em que se enquadram as OPME. E na sua 5ª Diretriz que intitula: a garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção a necessidade, de criar estratégias de ampliação do acesso de idosos a órteses e próteses – destaca-se, como plano o tensionamento de situações que assegurem o ingresso prioritário da pessoa idosa aos serviços e a ampliação do acesso dos idosos a órteses e próteses (BRASIL, 2011).

Assim, sob as doutrinas e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), é assegurado a todos o direito à saúde, a partir de mecanismos de promoção, assistência, prevenção, habilitação e reabilitação (GALVÃO; BARROSO; GRUTT, 2013). Nessa conjuntura, no Rio Grande do Sul, o SUS é responsável pelo cuidado de, aproximadamente, 87% de sua população idosa (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Nessa perspectiva, questiona-se: a população idosa gaúcha apresentou maior acesso a OPME, após a aplicação do Plano Nacional de Saúde 2012 – 2015? Para responder a esse problema, o estudo objetiva verificar se houve crescimento do

acesso às OPME pela população idosa, no estado do Rio Grande do Sul, entre os períodos de 2008 - 2011 e 2012 - 2015; e se houve diferença entre os gêneros, em relação ao acesso a esses materiais, no período de 2008 - 2015.

2. MATERIAL e MÉTODOS

A técnica de pesquisa escolhida, para este estudo, foi a do tipo pesquisa descritiva e documental. A análise de dados apresentados ocorreu sob o paradigma quantitativo. Foram usados dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAPIDOSO, 2017).

Os dados referentes à população idosa gaúcha foram extraídos do site do IBGE, Censo 2010. Já, os dados sobre o acesso à OPME, referente ao período de 2008 a 2015, no Rio Grande do Sul, foram obtidos a partir da plataforma SISAPIDOSO; seção Acesso a Indicadores; Matriz de Dimensões; Serviços de Saúde; Medicamentos e Materiais Especiais; e Idosos que receberam órteses, próteses e materiais especiais.

Na seção consulta por município, selecionou o nome do estado e o município desejado. Posteriormente, marcou o Indicador Serviços de Saúde: Acesso e nele o item Idosos que receberam OPME. A plataforma disponibiliza o número total de idosos que receberam OPME e a sua distribuição por gênero. Foram selecionados, intencionalmente, os municípios sedes das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde do estado do Rio Grande do Sul (1ª e 2ª Porto Alegre, 3ª Pelotas, 4ª Santa Maria, 5ª Caxias do Sul, 6ª Passo Fundo, 7ª Bagé, 8ª Cachoeira do Sul, 9ª Cruz Alta, 10ª Alegrete, 11ª Erechim, 12ª Santo Ângelo, 13ª Santa Cruz do Sul, 14ª Santa Rosa, 15ª Palmeira das Missões, 16ª Lajeado, 17ª Ijuí, 18ª Osório e 19ª Frederico Westphalen), visto que esses locais apresentavam notificação dos números de OPME no período supracitado.

As OPME são divididas em OPME relacionada ao ato cirúrgico e OPME não relacionada ao ato cirúrgico. Entretanto, a plataforma SISAPIDOSO não faz distinção entre elas, classificando-as como do Grupo 07 do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimento, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP).

Dessa forma, os dados foram organizados e apresentados em tabelas por meio da análise estatística descritiva. Para a análise da correlação, utilizou a Correlação Linear de Pearson. Antes da análise estatística inferencial, foi verificada a normalidade dos dados por intermédio do Teste de Lilliefors (k amostras). Os resultados que tendenciaram à normalidade foi utilizado o Teste T de Student (amostras independentes) e para os dados que tendenciaram a uma anormalidade foi utilizado o teste Qui-Quadrado (amostras independentes). O programa BioEstat 5.0 foi usado no processamento dos dados com nível de significância de 5%.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados, o total das concessões de OPME, por ano, à população acima dos 60 anos que representam as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul, demonstrou uma forte correlação positiva e significativa ($r = 0,82$ e $p = 0,013$), conforme tabela I. Na comparação do total de OPME entre os períodos, houve crescimento em torno de 85% das concessões, no período de 2012 – 2015, no estado. Essa diferença foi, estatisticamente, significativa ($p = 0,004$), conforme, também, tabela I.

Tabela I - Distribuição de OPME à população idosa no estado do Rio Grande do Sul no período de 2008 a 2015

MUNICÍPIO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	PERÍODO 2008 – 2011				PERÍODO 2012 – 2015			
Porto Alegre	449	190	300	329	502	534	486	466
Pelotas	28	46	41	62	110	172	176	12
Santa Maria	91	104	96	49	60	98	24	67
Caxias do Sul	40	92	245	485	418	485	485	437
Passo Fundo	78	2	66	72	118	161	194	140
Bagé	71	107	108	164	222	162	141	25
Cachoeira do Sul	10	13	13	12	9	26	43	33
Cruz Alta	41	36	53	36	50	70	38	55
Alegrete	50	28	29	22	26	22	8	20
Erechim	26	1	20	37	62	70	46	38
Santo Ângelo	18	17	37	45	50	67	48	53
Santa Cruz do Sul	7	18	22	19	29	47	57	64
Santa Rosa	14	23	34	47	42	65	79	62
Palmeira das Missões	5	2	6	9	12	34	16	4
Lajeado	24	32	39	40	62	81	128	68
Ijuí	80	57	73	84	84	93	42	150
Osório	4	1	8	7	2	10	29	7
Frederico Westphalen	1	0	11	12	11	19	15	9
Total	1.037	769	901	1.531	1.869	2.216	2.045	1.710*
Total no período	4.238				7.840**			

Fonte: Sisapidoso (2017); * $r = 0,82$ com $p < 0,05$ (correlação de Pearson); ** $p < 0,01$ (Teste T de Student)

Verificou-se que a medida em que há o aumento da população idosa de cada município correspondente às Coordenadorias Regionais de Saúde, o número de OPME concedidas à população idosa também aumentou ($r = 0,86$ e $p < 0,0001$), conforme tabela II.

Tabela II - Distribuição da população idosa e o total de OPME concedidas por municípios sede das Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO IDOSA	TOTAL DE OPME CONCEDIDAS
Porto Alegre	122.271	3.256
Pelotas	49.784	647
Santa Maria	35.936	589
Caxias do Sul	47.276	2.687
Passo Fundo	21.684	831
Bagé	17.182	1.000
Cachoeira do Sul	14.195	159
Cruz Alta	8.921	396
Alegrete	11.739	205
Erechim	12.108	300
Santo Ângelo	10.666	335
Santa Cruz do Sul	15.559	263
Santa Rosa	8.766	366
Palmeira das Missões	4.507	88
Lajeado	8.114	474
Ijuí	11.571	663
Osório	5.879	68
Frederico Westphalen	3.785	78*

Fontes: IBGE (2010) e SISAPIDOSO (2017); * $r = 0,82$ com $p < 0,00001$ (correlação de Pearson);

Conforme tabela III, observam-se os resultados em relação ao acesso de OPME, entre os gêneros, por municípios do Rio Grande do Sul, no período de 2008 a 2015. Nesse contexto, foi verificado que o gênero feminino recebeu uma quantidade de quase 7,5% a mais em relação ao gênero masculino, valor este estatisticamente significativo ($p < 0,0001$).

Tabela III - Concessão de órteses, próteses e materiais especiais por municípios, segundo o gênero, no estado do Rio Grande do Sul, no período de 2008 a 2015

MUNICÍPIO	MASCULINO	FEMININO
Porto Alegre	1.215	1.827
Pelotas	307	340
Santa Maria	317	272
Caxias do Sul	1.423	1.264
Passo Fundo	394	437
Bagé	445	555
Cachoeira do Sul	87	72
Cruz Alta	188	189
Alegrete	118	87
Erechim	166	134
Santo Ângelo	179	156
Santa Cruz do Sul	148	115
Santa Rosa	175	191
Palmeira das Missões	46	42
Lajeado	239	235
Ijuí	333	299
Osório	31	37
Frederico Westphalen	30	24
Total no período	5.841	6.276*

Fonte: Sisapidoso (2017); * $p < 0,05$ (Teste Qui-Quadrado)

A PNSPI determinou que a atenção à saúde da população idosa teria como início a Atenção Básica / Saúde da Família, dispondo como referência a rede de serviços especializados de média e alta complexidade (BRASIL, 2006). Esses serviços compõem a Atenção Secundária e Terciária, que, logicamente, carecem de maior aporte tecnológico, motivo este que estão alocados em poucas áreas do estado. (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Portanto, estão inseridos, nesses dois níveis de atenção à saúde, o acesso da população às OPME.

Diante dos resultados, credita-se o crescimento significativo das concessões e, logicamente, o maior acesso à população idosa gaúcha às OPME, no período de 2012 - 2015, seja oriundo do compartilhamento dos procedimentos das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Entende-se que RAS abrange “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Tensionadas e organizadas a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Condições Crônicas (RASPC) e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE) ampliaram o acesso da população idosa às OPME, no Rio Grande do Sul. Especificamente, a RAUE lida mais com as OPME ligadas ao ato cirúrgico, enquanto a RCPD oferece acesso às OPME não ligadas ao ato cirúrgico. Já, a RASPC é uma rede de acesso para ambos tipos de OPME, pois depende previamente da situação clínica do usuário, para encaminhá-lo às duas outras Redes.

A RAUE foi instituída em julho de 2011, com o intuito de aumentar e melhorar o acesso humanizado e integral aos usuários em condições de urgência e emergência, de forma rápida e eficiente. Ela apresenta duas faces: o componente pré-hospitalar (Fixo: Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas e; Móvel – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU) e o componente hospitalar. Atualmente, todas as regiões de saúde do estado estão assistidas pelo componente hospitalar (RIO GRANDE DO SUL, 2016). O perfil de usuários idosos assistidos por essa Rede concentra, naqueles que adentram o sistema hospitalar por afecções do sistema circulatório, em que as doenças mais prevalentes são: o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular encefálico (BRASIL, 2013c).

As OPME ligadas ao ato cirúrgico contemplam, principalmente, as áreas da ortopédica, cirurgia cardíaca e demais especialidades. Elas são de manejo complexo e possuem tecnologias avançadas, inovando, especificamente, a forma dos procedimentos das cirurgias endovasculares e das intervenções percutâneas (CAMARGO, 2017).

A RCPD foi criada em 2012 para dar suporte à população com deficiência. Em seus objetivos específicos, é apontada, a necessidade da ampliação da oferta de órteses, próteses e meios de locomoção (OPML) à população brasileira (BRASIL, 2012). A população idosa usufrui dessa Rede, a qual se destina em assistir à população com demandas ocasionadas por deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente e contínua (BRASIL, 2017).

Para Galvão, Barroso e Grutt (2013), a concessão de OPML é um direito do cidadão, sendo ela fator indispensável para a promoção de qualidade de vida dos seus usuários, pois pode maximizar a independência do indivíduo nas atividades de vida diárias, práticas, educacionais, de lazer e trabalho.

Nessa tendência, a RCPD se destaca pela criação de Centros Especializados em Reabilitação (CER) e qualificação dos serviços já existentes, pela criação de oficinas ortopédicas e pela ampliação da oferta de OPML. Tudo isso vinculado aos serviços de reabilitação física do SUS (SÚMULA..., 2014).

A partir de 2015, o Rio Grande do Sul já possuía 83 serviços de reabilitação nas áreas de deficiência auditiva, física, intelectual e visual. Destes, 78 prestam Serviços

em Modalidade Única nas áreas supracitadas e cinco são CER. Encontram-se acoplados, nesses serviços, três Oficinas Ortopédicas Fixas (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Presume-se que a RCPD veio para superar lacunas assistenciais e organizacionais, entre as esferas da Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, no que tange à dispensação de cuidados integrais à saúde da população com deficiência, seja ela jovem ou idosa (PEREIRA; MACHADO, 2016). Destaca-se que sua consolidação é dependente da capacidade de articulação entre esses pontos de atenção. Entretanto, a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul não sub noticia a informação da existência de dificuldades no âmbito dos serviços de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual), na articulação entre as outras redes, principalmente na atenção primária da saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Já, a RASPCC foi criada em abril de 2014, com o objetivo de fomentar a mudança do paradigma de atenção das pessoas com doenças crônicas, por meio da qualificação do cuidado, em todos os pontos de atenção. Ela decorre pela ampliação das doenças crônicas da população idosa no Brasil (CHUEIRI et al., 2014).

Esse conjunto de doenças provoca aumento de internações, bem como está entre as principais causas de amputações, de déficits e ausência de mobilidade e de funções neurológicas. Afeta a qualidade de vida, paralelamente à evolução clínica da doença (BRASIL, 2013b)

Os pontos de atenção hospitalar, junto às UPA e ao SAMU, farão a interlocução entre a RAPDC e a RAUE. Essa comunicação é fundamental no intuito de promover a assistência integral aos casos de exacerbação das doenças crônicas. Nos setores hospitalares, são realizados os procedimentos de alta complexidade relacionados à atenção especializada hospitalar e sujeitos à regulação específica (BRASIL, 2013b).

Destaca-se que os municípios de Porto Alegre, Caxias do Sul, Bagé, Passo Fundo e Ijuí oportunizaram mais acesso às OPME à população idosa, respectivamente. A capital Porto Alegre, mesmo possuindo 9% de idosos, foi o município que fez a maior concessão de OPME. Tal resultado é esperado, por ele concentrar mais serviços em unidades de oncologia, cardiologia, traumatologia e neurologia, no estado (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Entretanto, algumas cidades que apresentaram maiores proporções de pessoas acima dos 60 anos, como Cachoeira do Sul 17%, Pelotas 15% e Alegrete 15% (IBGE, 2010) receberam menos OPME ao longo dos anos de 2008 a 2015. Diante disso, pode-se acreditar que exista um hiato no acesso de idosos ao acesso às OPME ou, simplesmente, os idosos pertencentes a esses municípios não necessitaram desses recursos.

Para atenuar esse fato, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) enfatiza que é indispensável o tensionamento entre os servidores da área da gerontologia e das RAS

para garantir ações que incluam as especificidades da população idosa nas demais Redes. Porém, no Rio Grande do Sul, são escassos os municípios que dispõem de serviço de média complexidade com atenção à saúde do idoso, que apresenta médico geriatra ou com especialidade na saúde do idoso (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Em relação à diferença ligada ao gênero para o acesso às OPME, revelou ser estatisticamente significativa (435 unidades) o acesso de mulheres idosas em relação aos homens no estado. Tal fato pode ser explicado, pois o público feminino possui maior expectativa de vida em relação aos homens (VERAS et al., 2008), onde elas representam 57% da população idosa e 66,5% do contingente de maiores de 80 anos (RIO GRANDE DO SUL, 2016), entretanto apresentam maior vulnerabilidade às deficiências (BRASIL, 2013d). Para Roese e Gerhardt (2008), em seu estudo em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul, os homens usaram mais os serviços de média complexidade na fase da infância e adulta mais avançada, enquanto que as mulheres usaram tais procedimentos hospitalares, na idade fértil e velhice.

No Rio Grande do Sul, entre o período de 2008 a 2015, as internações de idosos por doenças cerebrovasculares apresentou maior prevalência no gênero feminino, enquanto nos idosos do gênero masculino predominou as internações por infarto agudo do miocárdio (SISAPIDOSO, 2017). Relacionando essas internações ao acesso as OPME, o estudo de Camargo (2017) apresentou que o gênero feminino prevaleceu nos procedimentos de cirurgias endovasculares (58%) e demais especialidades (70%), tendo a faixa etária dos pacientes, idades acima de 60 anos, para esses procedimentos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que o Plano Nacional de Saúde (2012 - 2015) promoveu para a população idosa um maior acesso às OPME, no estado gaúcho. Acredita-se que a constituição e o arranjo estrutural da RAS permearam a interlocução com as RAUE, RAPDC e a RCPD, favorecendo esse desfecho. As causas que conduziram essa população a necessitar de OPME vão desde os diversos tipos de deficiência (física, visual, auditiva e motora) aos problemas do sistema circulatório humano, visto que, no Rio Grande do Sul, em 2014, a maior taxa de internações foi do público a partir dos 60 anos de idade por acometimento desse sistema, visto a doença isquêmica do coração, o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

A população idosa do gênero feminino foi mais beneficiada, em relação à concessão de OPME. Esse resultado é sustentado por Malta et al. (2017) que relatam o público feminino usufruir mais dos serviços de saúde, tanto a nível ambulatorial e hospitalar, além de possuir mais limitações em decorrência das doenças crônicas não transmissíveis.

Assim, para que as OPME sejam concedidas à população nos momentos oportunos, a atenção básica e a atenção especializada em saúde devem trabalhar em sincronismo. Seja a indicação do procedimento mais simples ao mais complexo, constitucionalmente, o acesso às OPME é um direito do cidadão brasileiro.

REFERÊNCIAS

BALZAN, M. V.; ELOI, D. R.; DUARTE, Y. A. de O. Perspectivas da assistência para a população de idosos. **Revista Debates GVsaúde**, n. 16, p. 18-33, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial**, Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> Acesso em: 30 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 192 p., 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. **Diário Oficial**, Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 30 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde, 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Confecção e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção: confecção e manutenção de próteses de membros inferiores, órteses suropodálicas e adequação postural em cadeira de rodas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral. In: CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 30, Brasília, 2014. **Anais...**, Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Manual de boas práticas de gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática, 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_praticas_gestao_proteses_materiais_especiais.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão – Exercício de 2016**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/relatorios-de-gestao>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa RN Nº 428, de 7 de novembro de 2017. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg>>. Acesso em: 9 ago. 2018.

CAMARGO, T. A. de. **Custos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais não contemplados no Sistema Único de Saúde (SUS) em Hospital de Ensino Brasileiro**. 2017. 85 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

CHUEIRI, P. S. et al. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 114-24, out. 2014.

GALVÃO, C. R. C.; BARROSO, B. I. L.; GRUTT, D. C. A tecnologia assistiva e os cuidados específicos na concessão de cadeiras de rodas no Estado do Rio Grande do Norte. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v. 21, n 1, p. 11-18, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2010**: Rio Grande do Sul. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rs>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, supl. 1, p. 1s-10s, 2017.

PEREIRA, J. de S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1033-1051, 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. Grupo de trabalho de Planejamento Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2016, 228 p.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde: Coordenação Estadual de Saúde do Idoso. **Situação do Cuidado a Saúde da Pessoa Idosa no Estado do Rio Grande**

do Sul: Relatório Preliminar, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/saude-do-idoso>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

RAMOS, L. R. Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. **BIS, Bol. Inst. Saúde**, n. 47, p. 40-41, 2009.

ROESE, A.; GERHARDT, T. E. Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade dos usuários de média complexidade. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 29, n. 2, p. 221-229, 2008.

SISAPIDOSO. **Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso**. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

SÚMULA DO PROGRAMA "VIVER SEM LIMITE": PLANO NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. **Cad. CEDES**, v. 34, n. 93, p. 263-266, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0101-32622014000200263&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2017.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 779-786, 2011.

VERAS, R. P. et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 497-502, 2008.