

ESTRATÉGIAS INTERSETORIAIS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS NO CENTRO SUL FLUMINENSE, BRASIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

HEALTH PROMOTION INTERSECTORIAL STRATEGIES OF ELDERLY IN CENTRAL SOUTH OF RIO DE JANEIRO STATE, BRAZIL: EXPERIENSE REPORT.

ESTRATEGIAS INTERSETORIALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE ANCIANOS EN EL SUR CENTRAL DEL ESTADO DE RIO DE JANEIRO, BRASIL: RELATO DE EXPERIENCIA.

William César Alves Machado¹
José de Assunção Moutinho²
Nébia Maria Almeida de Figueiredo³

RESUMO

Objetivo: Discutir os reflexos das estratégias intersetoriais de promoção da saúde de idosos adotadas na região Centro Sul Fluminense, considerando-se a gradativa redução dos procedimentos hospitalares de média e alta complexidade para essas pessoas. **Método:** Trata-se de relato de experiência desenvolvido no primeiro semestre de 2012, a partir dos dados cadastrais referentes ao período de 2008 a 2011, disponíveis no Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso, e no Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado – SIHD2. **Resultados:** Houve redução média de 63,13% nos casos de hipertensão arterial sistêmica; 69,89% nos casos de diabetes; 47,67% de quedas e suas complicações; 31,80% das pneumonias; e 79,20% nos diagnósticos de urgências clínicas e cirúrgica. **Conclusão:** Constatou-se gradativa redução nos procedimentos hospitalares de média e alta complexidade, possibilitando substantiva melhoria da qualidade de vida e saúde dos idosos da região.

Descritores: Saúde do Idoso. Promoção da Saúde. Políticas Públicas de Saúde.

1 Enfermeiro. Professor Doutor e Orientador Acadêmico no Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Pós-Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Secretário Municipal do Idoso e da Pessoa com Deficiência de Três Rios/RJ. Email: wilmachado@uol.com.br

2 Gerente de Projetos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Professor do Centro Universitário Carioca – UNICARIOCA. Mestrando em Administração – Gestão de Projetos pela Universidade Nove de Julho – UNINOVE. Rua Dr. Antônio Carlos, 535 – Centro – Três Rios/RJ – CEP 25.805-150 – Tel: (24) 2255-5804. Email: moutinho_pmp@yahoo.com.br.

3 Enfermeira. Professora Doutora Titular do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Professora e Orientadora nos Programas de Pós-Graduação – Mestrado e Doutorado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Avenida N. S^a de Copacabana, 198 – Apto 701, Copacabana, Rio de Janeiro, CEP 2202001 – Tel: (21) 25424344. Email: nebia@unirio.gov.br

ABSTRACT

Objective: Discuss the consequences of intersectoral strategies to promote health of elderly adopted in the Mid South of Rio de Janeiro State, Brazil, considering the gradual reduction of hospital procedures of medium and high complexity to these people. **Method:** This is an experience report developed in the first half of 2012, based on registration data for the period 2008 to 2011, available on Indicator System Health Monitoring and Policy for the Elderly, and the Decentralized Hospital Information System - SIHD. **Results:** There was an average reduction of 63.13% in cases of hypertension; 69.89% in diabetes; 47.67% of falls and their complications; 31.80% of pneumonias, and 79.20% in emergency surgical and clinics diagnoses. **Conclusion:** There was a gradual reduction in hospital procedures of medium and high complexity, enabling substantial improvement in quality of life and health of the elderly in the region.

Descriptors: Health of the Elderly. Health Promotion. Health Public Policy.

RESUMEN

Objetivo: Discutir las consecuencias de las estrategias intersectoriales para promover la salud de las personas de edad avanzada adoptó en el Central Sur Fluminense, RJ, Brasil, teniendo en cuenta la reducción gradual de los procedimientos hospitalarios de mediana y alta complejidad a estas personas. **Método:** Se trata de un relato de experiencia desarrollada en el primer semestre de 2012, con base en los datos de registro para el periodo 2008 a 2011, disponibles en la supervisión de estado Indicador de sistema y de políticas para la tercera edad, y el Sistema de Información Hospitalaria Descentralizada - SIHD2. **Resultados:** Se observó una reducción media del 63,13% en los casos de hipertensión, 69,89% en diabetes; 47,67% de caídas y sus complicaciones; 31,80% de las neumonías, y 79,20% en los diagnósticos de emergencias clínicas y quirúrgicas. **Conclusión:** Se observó una reducción gradual en los procedimientos hospitalarios de mediana y alta complejidad, permitiendo una mejora sustancial en la calidad de vida y la salud de los ancianos en la región.

Descriptores: Salud del Anciano. Promoción de la Salud. Políticas Públicas de Salud.

Introdução

É notória a tendência global de descentralização das políticas sociais, no caso deste estudo, as políticas públicas de saúde, e, conseqüentemente, de descentralização e

municipalização de recursos e programas. No Brasil, o processo de descentralização, iniciado nos anos 1980, tem uma estreita relação com os processos de democratização política. Essa descentralização política oferece perspectivas interessantes.

Uma das vantagens é o fato de que as políticas locais podem integrar os diferentes setores e articular os diversos atores. Outro aspecto refere-se ao papel desempenhado pelas autoridades locais, ou gestores sociais, que passam a ter uma importante função na definição de políticas e na execução de programas que beneficiam a população de cada cidade ⁽¹⁾.

Do ponto de vista sanitário, todos os estados brasileiros dividem-se em “regiões de saúde”. No Estado do Rio de Janeiro, a região Centro-Sul Fluminense, com população total de 229.867 habitantes (IBGE, 2009) é constituída pelos municípios de Três Rios (pólo), Sapucaia, Comendador Levy Gasparian, Areal, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Vassouras, Engenheiro Paulo de Frontin, Miguel Pereira, Pacarambi e Mendes. Este agrupamento permite que diversos serviços, notadamente na área de saúde, sejam compartilhados visando o bem estar da população regional.

Neste contexto, destaca-se o Planeta Vida, espaço inclusivo que exprime sintonia de gestores públicos municipais da região Centro Sul Fluminense, despontando um cenário de oportunidades diversificadas focadas no atendimento das necessidades dos idosos e da região. Espaço de articulação intersetorial pioneiro na conjuntura local que envolve as secretarias municipais do Idoso e da Pessoa com Deficiência, Esportes e Lazer, Saúde e Defesa Civil, e Educação, convergindo esforços voltados para assegurar aos idosos usuários da unidade o melhor em termos de inclusão social ⁽¹⁾.

A promoção da saúde é considerada pilar fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca de equidade e melhor saúde para todos. Inclui, entre suas ações, identificar prioridades de saúde e estabelecer políticas públicas para implementá-las; apoiar pesquisas que ampliem o conhecimento sobre as áreas prioritárias; mobilizar recursos que fortaleçam a capacidade humana e institucional para o desenvolvimento; e implementar os planos de ação voltados para a qualidade de vida. Assim, as estratégias intersetoriais implementadas na unidade se destacaram como conjunto de ações que permitiram identificar a atenção primária de saúde, políticas públicas saudáveis e ambientes/cidades saudáveis como principais conceitos relacionados à promoção da saúde ⁽²⁾.

O envelhecimento populacional, por sua vez, é um fenômeno mundial. O aumento da proporção da população idosa ocorre de forma rápida e abrupta principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Concomitantemente a essas transformações, ocorrem

mudanças no perfil de morbimortalidade da população, o que gera preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos⁽²⁾.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra e Domicílio (PNAD), realizada no Brasil em 2007, 10,5% da população brasileira tem idade igual ou superior a sessenta anos. O envelhecimento populacional e o aumento na expectativa de vida têm consequências econômicas e sociais consideráveis, trazendo à tona a discussão sobre eventos incapacitantes para essa faixa etária⁽⁴⁾.

A população de idosos crescerá de tal modo que o Brasil será o 6º do mundo, com aproximadamente 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais em 2025. Projeções recentes indicam ainda que, este segmento poderá chegar a quase 15% do contingente populacional em 2027, superando o número de crianças, e adolescentes com 14 anos ou menos. As previsões para a população de idosos revelam, que terão baixo nível educacional, viverão em áreas urbanas, com baixa renda familiar. Além desse quadro econômico e social, torna-se freqüente o aparecimento de doenças crônico-degenerativas com o aumento da expectativa de vida⁽⁵⁾.

O século XXI vem sendo marcado por transformações significativas nas condições socioeconômicas e de saúde da população mundial e, conseqüentemente, na sua estrutura demográfica. A população vive um processo de transição e essa situação traz repercussões tanto para a sociedade, quanto para o sistema de saúde, principalmente nos países em desenvolvimento, que muitas vezes não estão preparados para o atendimento frente a esse nível de envelhecimento⁽⁶⁾.

Compete às Secretarias Municipais de Saúde programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, inserindo preferencialmente a estratégia de Saúde da Família com ênfase no fluxo de atendimento, garantindo o esquema de referência e contrarreferência e os recursos que viabilizem as ações, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente ou contemplando a asma entre as doenças específicas para o acesso aos medicamentos excepcionais. Além das ações programáticas, o sistema deve elaborar metodologias de monitoramento e avaliação da atenção básica na esfera municipal, além de alimentar as bases de dados nacionais⁽⁷⁾.

Sabe-se que os recursos destinados às políticas públicas de saúde são escassos mundo afora, no Brasil essa realidade não se diferencia dos demais países, o que requer essencial eficiência na provisão orçamentária, planejamento de ações articuladas e sua aplicação adequada nos serviços prestados às comunidades. No âmbito da economia da saúde, estudos como este têm gerado conhecimentos aplicáveis à realidade dos serviços, auxiliando na alocação de recursos e na determinação das prioridades da gestão em saúde⁽⁸⁾.

Referencial teórico

Brasileiros idosos constituem importante e crescente segmento da população do país. Aspectos relacionados ao envelhecimento geram dados armazenados em múltiplas fontes, fazendo com que seja necessário congregá-los para produzir uma visão abrangente da situação. Um sistema com informações relevantes, de qualidade e de fácil acesso, é indicado para o conhecimento dos agregados humanos. Existem, no Brasil, numerosas fontes de dados e uma rede de informações sobre saúde, em fase de organização disponibilizados na Internet. Essas informações podem auxiliar a elaboração de estratégias e estabelecimento de metas para programas específicos direcionados à população que envelhece⁽⁹⁾.

A partir dos anos 80 gestores dos sistemas de serviços de saúde de todo o mundo depararam-se com o desafio de reformar a organização e o funcionamento dos respectivos sistemas de saúde, tendo em vista a necessidade de imprimir maior transparência ao gasto público *vis-à-vis* à redução dos recursos disponíveis para o setor, assim como para a política social em geral, o aumento incontrolável das despesas com atenção médica hospitalar e as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações⁽¹⁰⁾.

A educação em saúde constitui-se tanto como um espaço importante de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionados aos modos como cada cultura concebe o viver de forma saudável, quanto como uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais. No campo das práticas de saúde, existe uma diversidade de modelos de educação em saúde e, considerando o que estas abordagens têm em comum, é possível agrupá-las em duas vertentes principais: o modelo tradicional ou preventivo e o modelo radical⁽¹¹⁾.

De acordo com os termos da Carta de Ottawa, as estratégias fundamentais para a promoção da saúde são: 1) a defesa da saúde em que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida; 2) a capacitação no sentido que todas as pessoas possam alcançar completamente seu potencial de saúde, no que se refere a ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia; e 3) a mediação em que os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde e outros setores sociais e econômicos, têm a responsabilidade de contribuir para a mediação entre os diferentes interesses em relação à saúde, existentes na sociedade no sentido de coordenar ações intersetoriais que visem à promoção da saúde⁽²⁾.

No mesmo sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso, instituída em 1999, tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos; a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação. Busca-se garantir a permanência do idoso no meio em que vive, exercendo de forma independente, suas funções na sociedade⁽¹²⁾.

No caso do Planeta Vida, conjuntura de serviço público regional condizente com o que sugere a Política Nacional de Saúde do Idoso, em particular o concernente ao enfoque de promoção da saúde, é importante pontuar que quem de fora esteja não imagina a dimensão e implicações progressivas de aparentes pequenas mudanças funcionais conquistadas por idoso sequelado pós-acidente vascular cerebral (AVC), entre outros com doenças próprias dessa faixa etária, dos cerca de 800 usuários que circulam diariamente para atendimentos profissionais na unidade.

As estratégias intersetoriais adotadas pela equipe de profissionais do Planeta Vida constituem em agrupar idosos usuários dos serviços oferecidos na unidade, apresentando diversas formas de conhecimento acessíveis aos seus níveis de compreensão. Assim, eles receberam informações e foram treinados a adotar medidas diárias de prevenção a quedas; controle da ingestão de líquidos e demais alimentos para prevenir elevação ou queda abrupta da pressão arterial; da importância da adesão à campanha de vacinação contra gripe; autoaplicação e acondicionamento correto de insulina para diabéticos; orientações sobre exercícios físicos, equilíbrio postural e fortalecimento muscular; entre outros.

Participaram das atividades profissionais de enfermagem, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, médicos, dentistas, profissionais de educação física, fonoaudiólogos, psicólogos, entre outros de nível médio, cada qual tecendo considerações específicas da sua área de conhecimento, porém, todos convergindo para o mesmo propósito, da oferta de subsídios para promoção da saúde dos idosos usuários do programa.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é discutir os reflexos das estratégias intersetoriais de promoção da saúde de idosos adotadas na região Centro-Sul Fluminense, considerando-se a gradativa redução dos procedimentos hospitalares de média e alta complexidade para essas pessoas.

Metodologia

Trata-se de relato de experiência desenvolvida no primeiro semestre de 2012, a partir dos dados cadastrais referentes ao período de 2008 a 2011, disponíveis no Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso, e no Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado – SIHD2. Como técnica analítica utilizou-se a estatística descritiva

O percurso metodológico apresentou dois momentos: o primeiro incluiu a coleta de informações a partir do Banco de Dados e Estatísticas do Portal *on-line* no *Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso – SISAP Idoso*, Ministério da Saúde, Fundação Osvaldo Cruz, correspondentes aos dados cadastrais dos anos de 2008-2011. No segundo momento, realizou-se uma busca no banco de dados da Central de Regulação da Secretaria de Saúde e Defesa Civil de Três Rios, visando confrontar as informações obtidas com aquelas do SISAP – Idoso.

Para a obtenção das informações relativas ao primeiro momento da coleta, foram desenvolvidas as seguintes etapas: acesso ao *site* do SISAP <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/>>. Em seguida, contatos foram feitos com responsáveis administrativos da Central de Regulação da Secretaria de Saúde e Defesa Civil de Três Rios, no sentido de disponibilizar os dados cadastrais e estatísticos da movimentação das solicitações de procedimentos hospitalares para idosos, registrados no sistema no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011.

Nesse momento, procedeu-se a captação de toda a grade de informações disponíveis na Central de Regulação de Três Rios, acerca dos procedimentos de média e alta complexidades para idosos da cidade, cadastradas no período de 2008 a 2011, com a colaboração da equipe técnica do setor, a partir do registrado no sistema. Essa busca orientada incluiu como critério de identificação e seleção dos indicadores para compor este estudo, as palavras: *saúde; idosos; internações clínicas; internações cirúrgicas e procedimentos cirúrgicos*.

Os dados foram agrupados em oito semestres, a saber: os dois primeiros (2008), figuram parâmetros comparativos anteriores ao implemento das estratégias intersetoriais em questão; e os seis subsequentes, relativos ao período pós-implemento dessas estratégias. É importante destacar que o primeiro semestre de 2009, reporta a criação do programa e início

dos atendimentos profissionais consoantes com a filosofia de promoção da saúde e prevenção de doenças, servindo de parâmetro para análise realizada nos períodos subsequentes.

Os achados foram armazenados em arquivos digitais e organizados por semestre e ano de ocorrência, por nível de complexidade, por tipos de intervenções, doenças e, finalmente, por grupos que identificassem determinados indicadores de saúde adequados ao perfil do segmento social idosos. A análise dos dados deu-se através da estatística descritiva, decodificados visando-se comparar os quantitativos de procedimentos, a partir do software Microsoft Excel 2010.

Como se trata de relato de experiência, cujos dados encontram-se disponíveis ao público, esse estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Todavia, os pesquisadores seguiram todos os preceitos éticos necessários para a análise e divulgação dos dados da pesquisa.

Resultados

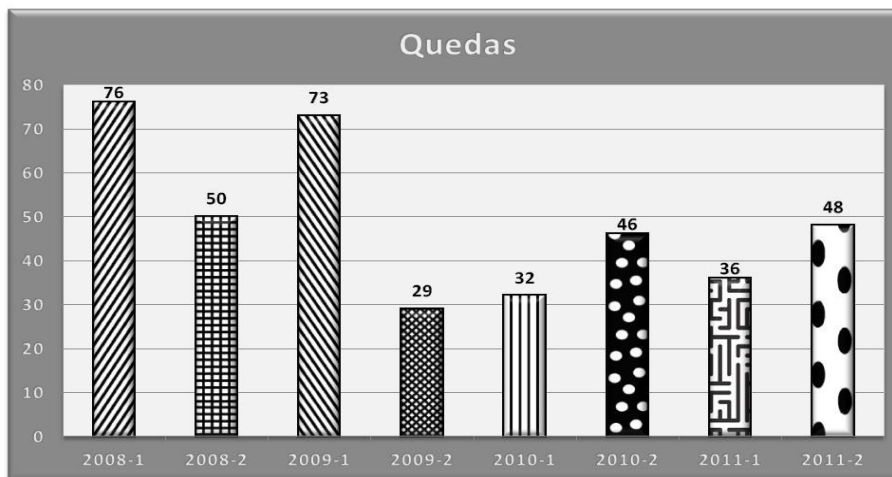


Gráfico 1 – Incidência de quedas em idosos no período 2008 – 2011.

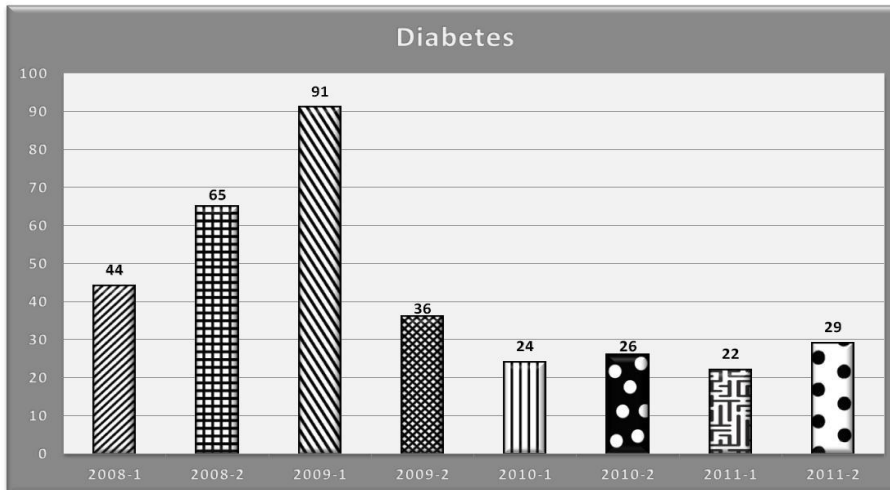


Gráfico 2 – Incidência de diabetes em idosos no período de 2008 a 2011.

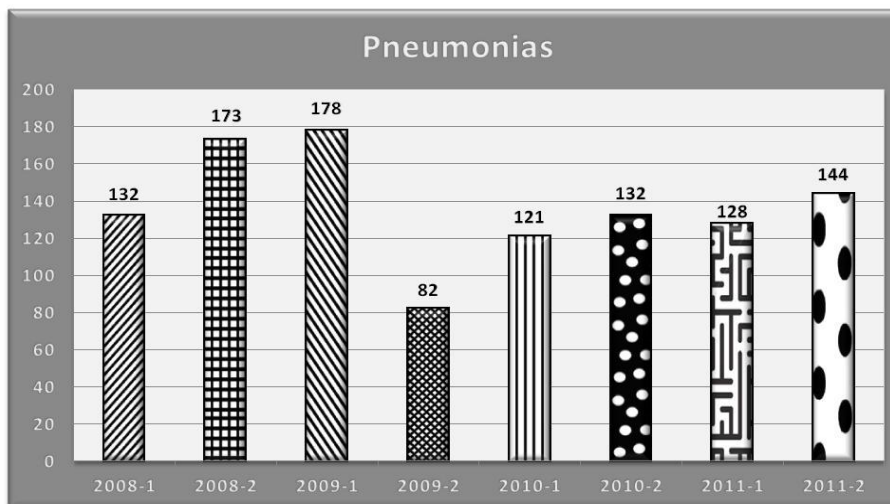


Gráfico 3 – Incidência de Pneumonias em idosos no período de 2008 a 2011.

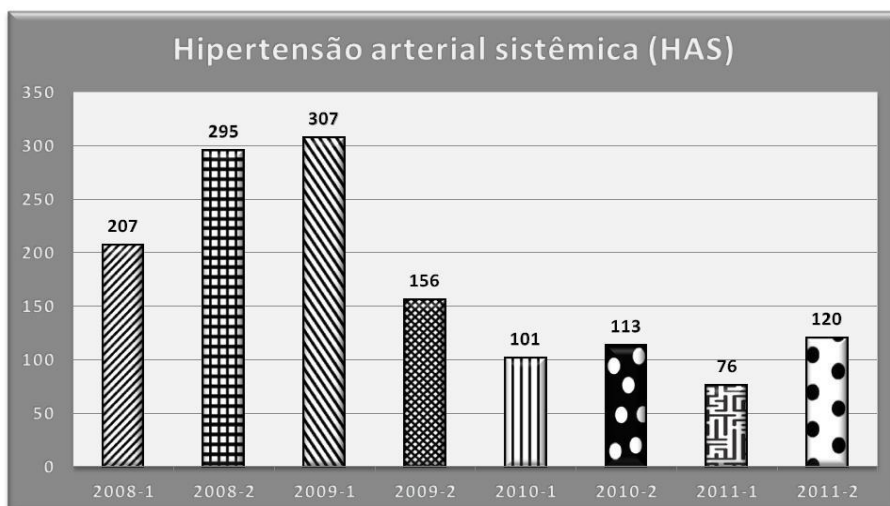


Gráfico 4 – Incidência de hipertensão arterial em idosos no período de 2008 a 2011.

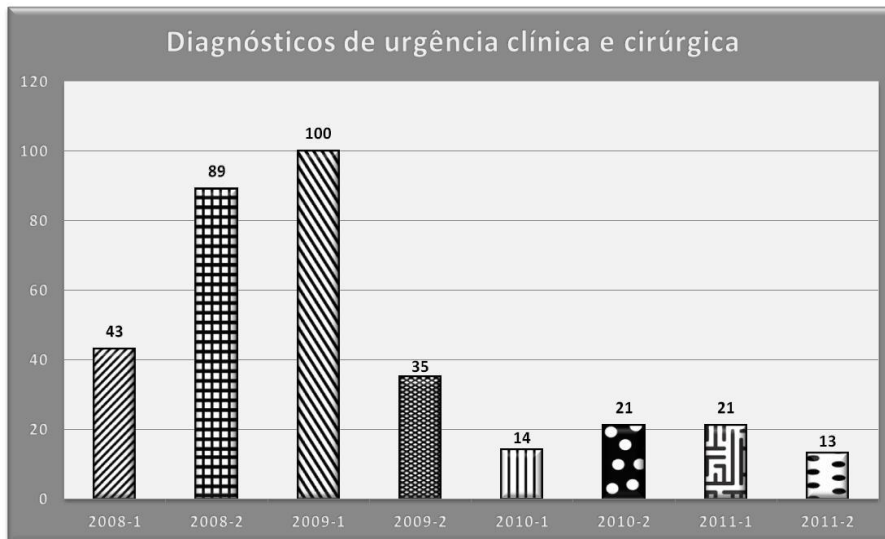


Gráfico 5 – Diagnósticos de urgência clínica e cirúrgica em idosos no período de 2008 a 2011.

Discussão

A seguir os principais achados são discutidos à luz da revisão da literatura previamente abordada no item 3.

Quedas

De acordo com dados do Ministério da Saúde, em fevereiro de 2000, o índice de mortalidade hospitalar em decorrência de quedas foi de 2,6%. Pesquisas mostram um aumento, em cerca de 50%, na mortalidade entre os idosos que sofreram queda no ano subsequente à mesma. Alguns autores afirmam que metade dos idosos que sofrem fratura de quadril, em decorrência de quedas ficam incapacitados e, desses, 25% morrerão em menos de seis meses. Isso mostra o impacto negativo causado por esse agravo, na sobrevivência e na qualidade de vida dessa população. Faz-se necessário identificar os fatores de risco envolvidos na queda, para que medidas preventivas sejam estabelecidas rapidamente, no intuito de corrigir os fatores que podem ser modificados, reduzindo assim a ocorrência de quedas, bem como as suas limitações⁽⁶⁾.

As quedas entre idosos merecem destaque e configuram-se problema de saúde pública devido à alta frequência com que ocorrem, a morbidade e mortalidade advindas desse evento,

ao elevado custo social e econômico decorrentes das lesões provocadas e por serem eventos passíveis de prevenção. São responsáveis por declínio da capacidade funcional e da qualidade de vida dos idosos e pelo aumento do risco de institucionalização. Esses fatores podem repercutir nos cuidadores familiares, que assumem nova rotina e cuidados especiais em função da reabilitação ou adaptação do indivíduo após a queda⁽³⁾.

Nesse aspecto, reitera-se que a ocorrência de quedas entre os idosos constitui um dos principais problemas clínicos e de saúde pública que contribuem para a incapacidade das pessoas de faixa etária avançada. Fatos que têm alta incidência e geram complicações para a saúde e elevados custos assistenciais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a queda é um dos problemas mais importantes e comuns relatados entre os idosos e aumenta progressivamente com o avanço da idade em ambos os sexos⁽⁴⁾.

A análise do gráfico 1 sobre a incidência de quedas em idosos no período de 2008 a 2011 revela substantiva redução desse tipo de ocorrência e do que representa em termos de despesas com procedimentos cirúrgicos e com internações hospitalares de média e alta complexidades. O que implica em expressiva economia de recursos públicos para aumentar investimentos em políticas públicas focadas na promoção da saúde desse segmento da sociedade.

Mais ainda, por gerar condições favoráveis para o implemento de programas, estratégias e atividades objetivando a melhoria da qualidade de vida e saúde, bem estar, resgate da autoestima, cidadania, acessibilidade e inclusão social das pessoas para que tenham um envelhecimento mais saudável.

Os dois semestres de 2008 demonstram alta frequência histórica de quedas de idosos, sendo levados em consideração apenas em caráter ilustrativo. Assim, tomam-se os quantitativos do primeiro semestre de 2009, equivalentes a 73 ocorrências de quedas em idosos como 100% para a análise dos semestres posteriores. Isso porque, o início das atividades do Planeta Vida e a própria implementação do programa focado na promoção da saúde dos idosos no Centro-Sul Fluminense, localizado no município pólo, Três Rios, deu-se a partir do dia 26 de maio de 2009, data de inauguração da Unidade.

Desta forma segundo dados demonstrados no gráfico 1, o número de quedas em idosos registrados no segundo semestre de 2009 foi de 29, ou redução de 60,28%; enquanto os registros revelam a ocorrência de 32 quedas no primeiro semestre de 2010, o equivalente à redução de 56,17%; mantendo-se reduzida a incidência de quedas no segundo semestre de 2010, o equivalente a 46 ocorrências, ou redução para 36,99%.

Para encerrar a análise do gráfico 1, constatam-se 36 quedas em idosos, no primeiro semestre de 2011, ou redução para 50,69%; enquanto a incidência no segundo semestre de 2011 foi de 48 quedas, ou redução para 34,25%. Este fato representa uma redução média de 47,67% de incidência de quedas no período concentrado entre o segundo semestre de 2009 e o segundo semestre de 2011 quando comparado com o primeiro semestre 2009.

No Brasil, a ocorrência de quedas anualmente atinge 32% dos idosos entre 65 e 74 anos, 35% de 75 a 84 anos e 51% acima de 85 anos. De modo geral, 30% dos idosos brasileiros caem ao menos uma vez ao ano⁶, podendo ser fatal nesta faixa etária, pois as mudanças fisiológicas normais associadas à idade dificultam a recuperação⁽⁴⁾.

Dados provenientes do Ministério da Saúde do Brasil revelam que, entre os idosos, acima de 60 anos, as quedas ocupam o terceiro lugar na mortalidade por causas externas e em relação à morbidade, são responsáveis pelo primeiro lugar (56,1%) das internações. Entretanto, independentemente da gravidade da lesão, o impacto psicológico negativo causado por uma queda tem sequelas devastadoras para a vida do idoso⁽¹⁸⁾.

Diabetes

A diabetes é outro importante e crescente problema de saúde pública. Sua incidência e prevalência estão aumentando no mundo todo, alcançando proporções epidêmicas. Diabéticos representam cerca de 30% dos pacientes que se internam em unidades coronarianas intensivas. Essa doença é a principal causa de amputação de membros inferiores e de cegueira; cerca de 26% dos pacientes que ingressam em programas de diálise são diabéticos⁽¹⁵⁾.

A Federação Internacional de Diabetes estima que em 2010 os custos globais com a doença foram de US\$ 376,0 bilhões (8). Estudos de estimativa do custo anual associado à atenção aos portadores de diabetes melito nos Estados Unidos e na América Latina revelaram que os custos diretos e indiretos totalizaram US\$ 102,5 e US\$ 94,3 bilhões, respectivamente (5,9). Análises de custo do tratamento para o diabetes em países latino-americanos demonstraram a significativa carga econômica da doença para os sistemas de saúde e sociedade⁽⁸⁾.

Ao analisar dados do gráfico 2, acerca da incidência de diabetes em idosos no período de 2008 a 2011, constatam-se substantivas reduções a cada semestre, tomando-se como parâmetro o quantitativo identificado no primeiro semestre de 2009, ou sejam, 91 casos (100%). Reitera-se que os quantitativos levantados nos dois semestres de 2008, são

importantes para demonstrar a incidência de diabetes no biênio anterior à adoção da atual política, constituindo, portanto, referencial para estudar sua variação a partir do primeiro semestre de 2009, quando foram implementadas estratégias focadas na promoção da saúde dos idosos em baila.

Nesse sentido, pode-se constatar a ocorrência de 36 casos de descompensação diabética no segundo semestre de 2009, representando queda de 60,44%; fato que se repete no primeiro semestre de 2010, quando se identificam 24 casos, ou a redução de 73,63%; permanecendo reduzida no segundo semestre de 2010, quando ocorreram 26 casos, uma baixa de 71,43%.

No mesmo ritmo a análise do gráfico 2 revela a ocorrência de 22 casos de idosos com quadro de diabetes descompensada, no primeiro semestre de 2011, sinalizando uma redução de 75,83%; para finalizar, dados do segundo semestre de 2011 mostram que ocorreram 29 casos, o que indica redução de 68,14%. A redução média de 69,89% de incidência de diabetes no período concentrado entre o segundo semestre de 2009 e o segundo semestre de 2011 quando comparado com o primeiro semestre 2009, reiterando substanciais retornos em termos de economia de recursos públicos para se investir em outras estratégias voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida dos idosos da região.

Pneumonias

A pneumonia pneumocócica e a influenza são infecções do trato respiratório inferior que levam a significativa morbidade e mortalidade, especialmente em determinadas populações (como de idosos e aquela com doenças cardiopulmonares)⁽¹⁹⁾. A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) constitui importante causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Apesar do avanço obtido nas técnicas de diagnóstico, estima-se que cerca de 50% dos casos ainda permaneçam sem etiologia definida⁽²⁰⁾.

A pneumonia comunitária (PAC) é a doença infecciosa que mais comumente exige internação em unidades de terapia intensiva (UTI). A mortalidade desta doença é elevada e o tempo de permanência hospitalar é longo, especialmente no idoso e em pacientes que necessitam de medidas avançadas de suporte de vida⁽²¹⁾.

A análise dos dados do gráfico 3, que apresenta quantitativos sobre a incidência de pneumonias em idosos no período de 2008 a 2011, constatam-se médias reduções a cada semestre, tomando-se como parâmetro o quantitativo identificado no primeiro semestre de 2009, ou seja, 178 casos (100%). Vale lembrar que as quedas de menor expressão nesse caso,

podem estar associadas à pouca adesão dos idosos na campanha pública de vacinação anual contra o vírus da gripe.

É importante destacar que os quantitativos levantados nos dois semestres de 2008, servem para demonstrar a incidência de pneumonias nos dois semestres que antecederam às estratégias preventivas de saúde, constituindo, portanto, referencial para estudar sua variação a partir do primeiro semestre de 2009, quando foram iniciadas as estratégias focadas na promoção da saúde dos idosos em baila.

Nesse sentido, pode-se constatar a ocorrência de 82 casos de pneumonias entre a população de idosos no segundo semestre de 2009, representando queda de 53,94%; o que se repete, em menor grau, no primeiro semestre de 2010, quando se identificam 121 casos, ou a redução de 32,03%; permanecendo em queda menor no segundo semestre de 2010, quando ocorreram 132 casos, representando uma baixa de 25,85%.

Dando sequência à análise do gráfico 3, percebe-se a ocorrência de 128 casos de idosos com histórico e diagnóstico de pneumonia, registrada no primeiro semestre de 2011, sinalizando uma redução de 28,09%; para concluir, dados do segundo semestre de 2011 demonstram a ocorrência de 144 casos, o que indica redução de 19,11%. Ao analisar-se a média de incidência de pneumonias e doenças respiratórias em idosos no período compreendido entre o segundo semestre de 2009 e o segundo semestre 2011, constata-se a redução de 31,80% dos casos em relação ao primeiro semestre 2009, confirmando a hipótese de pouca aderência dos idosos à campanha anual de vacinação contra a gripe. Objeto de freqüentes discussões no âmbito das instituições de ensino, pesquisa e extensão, além do que representa a resistência cultural dos idosos quanto ao aceite e aderência à campanha anual de vacinação contra a gripe, há que se implementar políticas públicas de incentivo para que os idosos sejam imunizados.

Vale ressaltar que para 2012, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde, lançou a 14ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, no período de 05 a 25 de maio de 2012, sendo 05 de maio, o dia de divulgação e mobilização nacional, tendo como slogan: Proteger é cuidar.

Os vírus influenza são da família dos Ortomixovírus e subdividem-se em três tipos: A, B e C, de acordo com sua diversidade antigênica, podendo sofrer mutações. O vírus A é o mais mutável entre eles e por isto as pandemias estão associadas a este tipo viral.

Nesta campanha, além dos idosos com 60 anos e mais de idade, os trabalhadores de saúde das Unidades que fazem atendimento para a influenza, os povos indígenas, as crianças

na faixa etária de seis meses a menores de dois anos e as gestantes, a vacinação será ampliada para a população prisional, conforme Nota Técnica 121 SISPE/DAPES/SAS – PNI/SVS/MS – DEPEN/MJ e Portaria Interministerial Nº 1.777/GM, de 9 de setembro de 2003. O público alvo, portanto, representará aproximadamente 30,1 milhões de pessoas⁽²²⁾.

A influenza é uma virose respiratória aguda que ocorre esporadicamente durante todo ano. Geralmente, manifesta-se sob forma de surtos e epidemias. A transmissão da gripe dá-se pelo contato com pessoas gripadas, por meio do ar ou da saliva. É considerada uma doença de alta transmissibilidade, principalmente em ambientes fechados. O termo influenza, do latim *delfredo* (frio), relaciona a doença com o inverno. Já o termo gripe tem sua origem no russo *khripu*, que quer dizer rouquidão⁽¹⁹⁾.

Hipertensão Arterial

Sabe-se que a prevenção primária da elevação da pressão arterial pode ser obtida através de mudanças no estilo de vida, que incluam o controle do peso, da ingestão excessiva de álcool e sal, do hábito de fumar e da prática de atividade física. Há que se levar em conta, também, que o aumento da massa corporal está fortemente associado à elevação da pressão arterial, apresentando altas prevalências, tanto nos países ricos, como naqueles menos desenvolvidos, o que significa considerar o excesso de peso como o principal determinante que pode ser prevenido, da ocorrência de hipertensão arterial⁽¹⁴⁾.

Conforme pode ser observado no gráfico 4, a incidência de cardiopatias e hipertensão arterial em idosos no período de 2008 a 2011, apresenta representativo declínio nos semestres subsequentes à implementação de políticas públicas condizentes com princípios de estratégias focadas na promoção da saúde dessas pessoas. É importante reiterar que os idosos em questão passaram a ser atendidos por equipe do Planeta Vida após 26 de maio de 2009, sendo considerados referências para análise da redução gradativa dos atendimentos e intervenções hospitalares de média e grande complexidades, os dois semestres de 2008.

A análise estatística dos dados revela que, tomando-se por referência o primeiro semestre de 2009, foram realizados 307 (100%) procedimentos. Ao passo que no segundo semestre/2009 foram identificados 156 casos, o que representa afirmar queda de 49,19%; o mesmo ocorrendo no primeiro semestre de 2010, quando foram registrados 101 casos, ou redução de 67,11%; da mesma forma evidenciou-se no segundo semestre de 2010, com 113 registros e queda de 63,20%. Por fim, a análise dos dados confirma redução no primeiro semestre de 2011 para 76 casos, ou baixa para 75,25%; que foi reiterada no segundo semestre

de 2011, com 120 casos, ou redução de 60.92%. Para o período considerado, a redução média foi de 63,13% de incidência de hipertensão arterial, quando comparado com o primeiro semestre 2009.

Vale ressaltar que, no Brasil, o custo anual estimado para o tratamento da hipertensão arterial no sistema público de saúde, em 2009, foi de US\$ 398,9 milhões e representou 1,43% dos gastos totais do SUS. Estudos sobre custos hospitalares e com medicamentos por algumas doenças crônicas vêm demonstrando o impacto econômico dessas doenças para o SUS, bem como que o diabetes e a hipertensão são potenciais preditores clínicos para o agravamento dos casos, aumento do tempo de internação e apresentam consequentemente associação positiva com maior custo de tratamento⁽⁸⁾.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), além de ser um dos principais problemas de saúde no Brasil, eleva o custo médico-social, principalmente pelas complicações que causa, como as doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica⁽¹⁵⁾. É um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, tem como característica os níveis elevados da pressão arterial, sendo definida como pressão arterial sistólica igual ou maior que 140mmHg e/ou pressão arterial diastólica igual ou superior que 90mmHg, em indivíduos sem uso de anti-hipertensivos⁽¹⁶⁾.

Estudos de prevalência de hipertensão arterial em idosos, realizados no Brasil, revelam alta prevalência, variando de 22% a 44%. A hipertensão apresenta grande morbidade, com altos custos envolvidos no seu tratamento. Espera-se que com o controle adequado da pressão haja redução dos índices de mortalidade e morbidade e dos custos correlacionados a essa doença⁽¹⁵⁾.

O Ministério da Saúde preconiza que a atenção básica conduza atividades de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado da HAS⁽¹³⁾. Recomenda que a equipe de saúde contemple os saberes de todos os profissionais envolvidos (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente de saúde), bem como conduza rotinas e procedimentos que ordenem as ações de saúde da equipe, em particular dos serviços organizados segundo a Estratégia de Saúde da Família⁽¹⁷⁾.

Em diabéticos, a hipertensão arterial é duas vezes mais freqüente que na população em geral. Pessoas com diabetes têm maior incidência de doença coronariana, de doença arterial periférica e de doença vascular cerebral. A doença pode também determinar neuropatia, artropastia e disfunção autonômica, inclusive sexual. Diversos estudos têm mostrado que o

controle rigoroso da glicemia e da pressão arterial são capazes de reduzir as complicações tanto da diabetes e quanto da hipertensão arterial⁽¹⁵⁾.

Diagnósticos de Urgência Clínica e Cirúrgica

A análise do gráfico 5 revela substantiva redução nos diagnósticos de urgência clínica e cirúrgica em idosos, no período de 2008 a 2011, corroborando relevante papel de estratégias intersetoriais voltadas para a promoção da saúde dessas pessoas, criteriosamente adotadas pela equipe do Planeta Vida a partir do ano de 2009. Seguindo a mesma lógica das análises anteriores e tomando como parâmetro o quantitativo do primeiro semestre de 2009, constata-se a ocorrência de 100 casos (100%), mantendo-se ainda os referenciais numéricos dos dois semestres de 2008 apenas como elementos ilustrativos deste estudo.

A tendência de queda na ocorrência de diagnósticos de urgência clínica e cirúrgica em idosos pode ser detectada na análise dos dados do segundo semestre de 2009, correspondendo a 35 casos, o que implica assegurar a redução de 65%, evidente demonstração de economia de recursos para se aplicar em outras demandas próprias do vasto leque de necessidades das pessoas na fase de envelhecimento.

Dados do primeiro semestre de 2010, como pode ser observado no gráfico 5, mostram a incidência de 14 diagnósticos de urgência clínica e cirúrgica em idosos, representando a redução de 86%. A mesma tendência de queda é demonstrada no segundo semestre de 2010, quando ocorreram 21 casos de diagnósticos de urgência clínica e cirúrgica em idosos, ou uma redução de 79%.

Redução que se mantém no primeiro semestre de 2011, quando se constata ocorrência de 21 casos de diagnósticos de urgência clínica e cirúrgica em idosos, representando baixa na ordem de 79%. Tendência de queda que se acentua no segundo semestre de 2011, com 13 casos e queda de 87%. Quando analisado o período compreendido entre o segundo semestre 2009 e o segundo semestre 2011, comparativamente ao primeiro semestre 2009, constata-se uma redução de 79,2% dos casos de diagnóstico de urgência clínica e cirúrgica.

Considerações finais

O estudo confirmou gradativa redução nos procedimentos hospitalares de média e alta complexidades, envolvendo atendimento de pessoas idosas do Centro-Sul Fluminense, referentes ao período de 2008 a 2011. Reitera que, ao se instituir a adoção de estratégias

intersetoriais focadas na promoção da saúde de idosos, gestores públicos na esfera municipal vivenciam sentimento de dever cumprido por acreditar que é possível a transformação de vidas através de programas desse cunho. Ações que promovem o bem estar, a saúde, o resgatada dignidade humana de pessoas simples, humildes, para que elas sejam respeitadas, valorizadas e tenham satisfação de vida no envelhecimento.

Reduções médias de 63,13% nos casos de complicações decorrentes da hipertensão arterial sistêmica; 69,89% em idosos com quadros de descompensação diabética; 47,67% nas ocorrências de quedas em idosos e suas complicações clínicas e cirúrgicas, definitivamente, representam e confirmam o sucesso do esforço dos gestores públicos municipais da região Centro-Sul Fluminense, em consonância com a dedicação e o empenho das equipes compostas por profissionais antenados e comprometidos com a perspectiva intersetorial em suas atuações.

Da mesma forma, considerar o alcançado pela redução média de 79,20% nos diagnósticos de urgência clínica e cirúrgica para idosos ao longo de 2008 a 2011; bem constatar queda de 31,80% nas incidências de pneumonias e doenças respiratórias, estimulam ainda mais os profissionais dessa equipe a acreditar na eficiência da adoção de estratégias consoantes com pressupostos promocionais.

Finalmente, acrescentar que o mais importante foi a constatação de expressivos reflexos na melhoria da qualidade de vida e saúde dessas pessoas, com substantivos avanços no processo de inclusão social dos idosos da região Centro-Sul Fluminense, reiterando princípios fundamentais de igualdade e direitos de cidadania que devem nortear as políticas públicas regionais e municipais.

Referências

- 1 - Machado WCA, Figueiredo NMA de, Tonini T, Barros RF, Galdino Q. Promoção da saúde para inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Centro Sul Fluminense: a intersetorialidade na gestão pública municipal. *Enferm Brasil*. 2011; 10(6): 355-61.
- 2 - Lopes MSV, Saraiva KRO, Fernandes AFC, Ximenes LB. Análise do conceito de promoção da saúde. *Texto contexto - enferm*. 2010; 19(3):461-468.
- 3 - Cruz DT da, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICG. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46(1):138-146.
- 4 - Beck AP, Antes DL, Meurer ST, Benedetti TRB, Lopes MA. Fatores associados às quedas entre idosos praticantes de atividades físicas. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2011; 20(2): 280-286.

- 5 - Victor JF, Vasconcelos FF, Araújo AR de, Ximenes LB, Araújo T Leite de. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2007;41(4), 724-730.
- 6 - Pinho TAM de, Silva AO, Tura LFR, Moreira MASP, Gurgel SN, Smith AAF et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012;46(2), 320-327.
- 7 - Leal RCAC, Braile DM, Souza DRS, Batigalia F. Modelo assistencial para pacientes com asma na atenção primária. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2011; 57(6): 697-701.
- 8 - Marinho MGS, Cesse E ÂP, Bezerra AFB, Souza IMC de, Fontbonne A, Carvalho EF de. Análise de custos da assistência à saúde aos portadores de diabetes melito e hipertensão arterial em uma unidade de saúde pública de referência em Recife - Brasil. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2011; 55(6): 406-411.
- 9 - Rebouças M, Galera SC, Pereira SEM, Pereira MG. Que informações são necessárias para o conhecimento da situação de saúde do idoso?. *Ciênc. saúde coletiva.* 2008; 13(4): 1305-1312.
- 10 - Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto MMJ, Martins M, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva.* 2004; 9(3): 711-724.
- 11 - Colone JS, Oliveira DLLC de. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. *Texto contexto - enferm.* 2012; 21(1): 177-184.
- 12 - Oliveira JCA de, Tavares DMS. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. *Rev. esc. enferm. USP.* 2010; 44(3): 774-781.
- 13 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica, 16).
- 14 - Feijão AMM, Gadelha FV, Bezerra AA, Oliveira AM de, Silva MSS, Lima JWO. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2005; 84(1): 29-33.
- 15 - Silva TR, Feldmam C, Lima MHA, Nobre MRC, Domingos RZL. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. *Saude soc.* 2006; 15(3): 180-189.
- 16 - Moura DJM, Bezerra STF, Moreira TMM, Fialho AVM. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. *Rev. bras. enferm.* 2011; 64(4): 759-765.

- 17 –Santa Helena ET, Neves MIB, Eluf-Neto J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família.*Saude soc.* 2010; 19(3): 614-626.
- 18 – Ricci NA, Gonçalves DFF, Coimbra IB, Coimbra AMV. Fatores associados ao histórico de quedas de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família.*Saude soc.* 2010; 19(4): 898-909.
- 19 – Gomes L. Fatores de risco e medidas profiláticas nas pneumonias adquiridas na comunidade. *J. Pneumologia.* 2001; 27(2): 97-114.
- 20 - Correa RA, Lopes RM, Oliveira LMG de, Campos FTAF, Reis MAS, Rocha MOC. Estudo de casos hospitalizados por pneumonia comunitária no período de um ano. *J. Pneumologia.*2001; 27(5): 243-248.
- 21 - Rabello LSCF, Pitrowsky MT, Soares M, Póvoa P, Salluh JIF. Novos marcadores biológicos na pneumonia comunitária grave. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2011; 23(4), 499-506.
- 22 - BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Informe Técnico Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza 2012. 1ª Edição, Janeiro, Brasília 2012.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2012-11-03
Last received: 2013-01-30
Accepted: 2013-01-30
Publishing: 2013-01-31

Corresponding Address

Wiliam César Alves Machado
Rua Silva Jardim, 5 – Centro
Três Rios/RJ
CEP: 25.805-160
Tel: (24) 2255-5840.
Email: wilmachado@uol.com.br