



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
Mestrado em Saúde Coletiva



Olga Soares da Silva Alvares

PERFIL CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICO DOS  
PACIENTES INTERNADOS POR ACIDENTE VASCULAR  
CEREBRAL, SEGUNDO ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NO MUNICÍPIO DE  
CÁCERES, MATO GROSSO, BRASIL.

Salvador

2013

Olga Soares da Silva Alvares

PERFIL CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICO DOS  
PACIENTES INTERNADOS POR ACIDENTE VASCULAR  
CEREBRAL, SEGUNDO ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NO MUNICÍPIO DE  
CÁCERES, MATO GROSSO, BRASIL.

Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como pré-requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva na área de concentração de Avaliação de Tecnologias em Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Rosana Aquino.

Salvador  
2013

Olga Soares da Silva Alvares

PERFIL CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICO DOS  
PACIENTES INTERNADOS POR ACIDENTE VASCULAR  
CEREBRAL, SEGUNDO ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NO MUNICÍPIO DE  
CÁCERES, MATO GROSSO, BRASIL.

Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia  
como pré-requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva na área de  
concentração de Avaliação de Tecnologias em Saúde

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dra. Helena Maria Silveira Fraga Maia  
Universidade do Estado da Bahia

---

Prof. Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota  
Instituto de Ciências da Saúde/UFBA

---

Prof. Dra. Rosana Aquino Guimarães Pereira  
(Orientadora)  
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

## **DEDICATÓRIA**

**Ao meu amor cuja presença é indiscutível em minha vida e, foi à razão de eu optar por este  
mestrado.  
Às minhas filhas Ana Beatriz e Stephanie Giulianne cujos caminhos na carreira médica estão  
apenas iniciando.**

## AGRADECIMENTOS

AGRADEÇO aos professores Drs. da UFBA-ISC, que se deslocaram até Cuiabá com carinho e dedicação para ministrarem aulas neste mestrado, cuja contribuição foi inestimável, ...  
técnica e emocionalmente.

Aos meus pais, Zilia, Ana e Olival, que me ensinaram o doce caminho da perseverança.  
À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Rosana que com paciência muitas vezes me chamou a atenção no difícil  
caminho da escrita e do entendimento.

À Deus cuja sabedoria infinita me indicou caminhos e saídas no tortuoso labirinto em que eu me  
encontrava.

## EPIGRAFE

Depois de algum tempo, você aprende a diferença, a sutil diferença, entre dar a mão e acorrentar uma alma. E você aprende que amar não significa apoiar-se, e que companhia nem sempre significa segurança. E começa a aprender que beijos não são contratos e presentes não são promessas. E começa a aceitar suas derrotas com a cabeça erguida e olhos adiante, com a graça de um adulto e não com a tristeza de uma criança.

E aprende a construir todas as suas estradas no hoje, porque o terreno do amanhã é incerto demais para os planos, e o futuro tem o costume de cair em meio ao vão. Depois de um tempo você aprende que o sol queima se ficar exposto por muito tempo. E aprende que não importa o quanto você se importe, algumas pessoas simplesmente não se importam... E aceita que não importa quão boa seja uma pessoa, ela vai feri-lo de vez em quando e você precisa perdoá-la, por isso. Aprende que falar pode aliviar dores emocionais.

Descobre que se levam anos para se construir confiança e apenas segundos para destruí-la, e que você pode fazer coisas em um instante das quais se arrepende pelo resto da vida. Aprende que verdadeiras amizades continuam a crescer mesmo a longas distâncias. E o que importa não é o que você tem na vida, mas quem você tem na vida. E que bons amigos são a família que nos permitiram escolher. Aprende que não temos que mudar de amigos se compreendemos que os amigos mudam, percebe que seu melhor amigo e você podem fazer qualquer coisa, ou nada, e terem bons momentos juntos.

Descobre que as pessoas com quem você mais se importa na vida são tomadas de você muito depressa, por isso sempre devemos deixar as pessoas que amamos com palavras amorosas, pode ser a última vez que as vejamos. Aprende que as circunstâncias e os ambientes tem influência sobre nós, mas nós somos responsáveis por nós mesmos. Começa a aprender que não se deve comparar com os outros, mas com o melhor que pode ser. Descobre que se leva muito tempo para se tornar a pessoa que quer ser, e que o tempo é curto. Aprende que não importa onde já chegou, mas onde está indo, mas se você não sabe para onde está indo, qualquer lugar serve. Aprende que, ou você controla seus atos ou eles o controlarão, e que ser flexível não significa ser fraco ou não ter personalidade, pois não importa quão delicada e frágil seja uma situação, sempre existem dois lados.

Aprende que heróis são pessoas que fizeram o que era necessário fazer, enfrentando as conseqüências. Aprende que paciência requer muita prática. Descobre que algumas vezes a pessoa que você espera que o chute quando você cai é uma das poucas que o ajudam a levantar-se.

Aprende que maturidade tem mais a ver com os tipos de experiência que se teve e o que você aprendeu com elas do que com quantos aniversários você celebrou. Aprende que há mais dos seus pais em você do que você supunha. Aprende que nunca se deve dizer a uma criança que sonhos são bobagens, poucas coisas são tão humilhantes e seria uma tragédia se ela acreditasse nisso.

Aprende que quando está com raiva tem o direito de estar com raiva, mas isso não te dá o direito de ser cruel. Descobre que só porque alguém não o ama do jeito que você quer que ame, não significa que esse alguém não o ama, contudo o que pode, pois existem pessoas que nos amam, mas simplesmente não sabem como demonstrar ou viver isso.

Aprende que nem sempre é suficiente ser perdoado por alguém, algumas vezes você tem que aprender a perdoar-se a si mesmo. Aprende que com a mesma severidade com que julga, você será em algum momento condenado. Aprende que não importa em quantos pedaços seu coração foi partido, o mundo não pára para que você o conserte. Aprende que o tempo não é algo que possa voltar para trás.

Portanto... plante seu jardim e decore sua alma, ao invés de esperar que alguém lhe traga flores. E você aprende que realmente pode suportar... que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe depois de pensar que não se pode mais. E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida!"

*William Shakespeare*

Alvares, Olga Soares da Silva. Perfil Clínico- Epidemiológico dos pacientes internados por Acidente Vascular Cerebral, segundo área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, no Município de Cáceres, Mato Grosso, Brasil. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

## RESUMO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) representam um grave problema de saúde pública, registrando um alto índice de óbito e efeitos financeiros negativos. Neste conjunto de patologias, destaca-se o Acidente Vascular Cerebral (AVC), como causa importante de morte e incapacidade na população adulta. Estudos comprovam o papel dos serviços de atenção primária em prevenir estes eventos e reduzir o número de internações por estas causas. Este estudo tem como objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico e a evolução dos casos de hospitalização por AVC, no município de Cáceres comparando casos provenientes de áreas cobertas e não cobertas pelo PSF, no período de 2008 a 2010. Trata-se de um estudo descritivo e transversal. Os sujeitos desta pesquisa foram os pacientes internados por doenças cerebrovasculares, no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes (HRCAF) e no Hospital São Luiz (HSL), residentes no Município de Cáceres, no período de 2008 a 2010, totalizando 312 pacientes. Os dados dos pacientes foram coletados dos prontuários médicos e processados em banco de dados do Excel. Foram comparadas as características dos pacientes segundo a procedência em áreas com e sem cobertura de PSF, realizando o cálculo de médias e proporções segundo as variáveis de estudo, apresentadas sob a forma de tabelas e gráficos. Dos 312 casos de internação por AVC estudados, houve frequência maior entre os homens 53,5%, o predomínio de AVC isquêmico 80,1%, maioria entre 60 a 80 anos 52,3%, com evolução para sequelas graves 47,5% seguido de óbito em 26% dos casos, e, a HAS como comorbidade predominante em 86,8% dos casos, sendo que o maior número de casos ocorreu em áreas descobertas pelas equipes de PSF apontando uma taxa de internação em 22,9%. Os resultados do estudo demonstram que os números nos apontam que a atenção primária de saúde, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Cáceres – MT apresentou interferência na redução das causas de internação por AVC.

**Palavras chave:** Doenças crônicas não transmissíveis, Tempo de hospitalização, Estratégia de Saúde da Família, Avaliação de programas e políticas de saúde.

Alvares, Olga Soares da Silva. Evaluation of the Family Health System from admissions for stroke in the County, MT, Brazil. 2013. Dissertation (Masters in Public Health) Public Health Institute, Federal University of Bahia, Salvador, 2013.

### **ABSTRACT**

The Non-transmissible Chronic Diseases (NCDs) represent a serious public health problem, registering a high rate of death and negative financial effects. In this set of pathologies, the brain vascular accident (CVA) becomes detached as an important cause of death and disability in the adult population. Studies have confirmed the role of primary care services to prevent these events and reduce the number of hospitalizations due to these causes. This study aims to describe the clinic-epidemiological profile and the evolution of the cases of hospitalization for stroke in the city of Cáceres comparing cases from areas covered and not covered by the FHS in the period from 2008 to 2010. This is a descriptive, cross-sectional research of patients admitted with a diagnosis of brain vascular disease (stroke) at the Regional Hospital of Cáceres Dr. Antonio Fontes (HRCAF) and the Hospital Sao Luiz de Caceres (HSL) in the period from 2008 to 2010. The subjects of this study were inpatients hospitalized at the Hospital Regional of Cáceres (SUS) with brain vascular diseases in the period from 2008 to 2010, living in the city of Cáceres, totaling 312 patients. Patient data were processed and booked into the Excel database. Data from medical records and database of AIH were used, adopting as gold standard information the ones from the medical records. From the 312 cases studied of hospitalization by stroke, there was a higher frequency among men 53.5%, the prevalence of ischemic stroke in 80.1%, mostly for the ones between 60 to 80 years 52.3%, progressing to severe sequel 47.5% followed by death in 26% of cases, and by systemic arterial hypertension as prevalent risk factor with morbidity in 86.8% of cases, and the largest number of cases occurred in areas uncovered by PSF teams leading to a hospitalization rate of 22.9%. The study results show that primary health care under the Family Health Strategy (FHS) in Cáceres - MT showed reduction in the causes of hospitalization by stroke.

**Keywords:** Non-transmissible diseases, hospitalization time, the Family Health System, Evaluation of health policies and programs.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
APAHs – Associações de Assistências às Pessoas com Hipertensão  
APS – Atenção Primária à Saúde  
AVC – Acidente vascular cerebral  
AVCH – Acidente vascular cerebral hemorrágico  
AVCI – Acidente vascular cerebral isquêmico  
AVE – Acidente vascular encefálico  
CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil  
CID – Código Internacional de Doenças  
CISOMT – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste de Mato Grosso  
CISVAG – Consórcio Intermunicipal de Saúde Vale do Guaporé  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa  
CSAP – Condições Sensíveis à Atenção Primária  
CTA – Centro de Tratamento da AIDS  
CTA-Centro de Testagem e Aconselhamento  
CTI – Centro de Terapia Intensiva  
DANT – Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis  
DCNT – Doença Crônica não Transmissível  
DM – Diabetes Mellitus  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
EUA – Estados Unidos da América  
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica  
HDL – *High Density Lipoproteins* - lipoproteína de alta densidade  
HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos  
HRCAF – Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes  
HSA – Hemorragia sub aracnoidea  
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ICSAP – Internação por Condições Sensíveis a Atenção Primária

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

LDL – *Low Density Lipoproteins* – lipoproteína de baixa densidade

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

MT – Mato Grosso

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PA – Pressão Arterial

PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências

PPI – Programação Pactuada Integrada

PSF – Programa de Saúde da Família

RM – Ressonância Magnética

SAI/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial de Sistema Único de Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SIH/SUS – Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPB – Sistema Previdenciário Brasileiro

SSNIH – *Stroke Scale of the US National Institutes of Health*

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Tomografia Computadorizada

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRN– Terapia de Reposição de Nicotina

UBS – Unidade Básica de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## **LISTA DE FIGURA**

Figura 1 – Distribuição dos PSFs segundo mapeamento por área de cobertura e presença do ACS .....	41
---------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1– Matriz de avaliação e definição das variáveis direcionadas ao atendimento dos AVCs, no Município de Cáceres – MT.....	36
Quadro 02 - Características do PSF do município de Cáceres .....	43

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição do número de casos de AVC no município de Cáceres segundo internação por ano e local de hospitalização no período de 2008 a 2010 .....	44
Tabela 2. Número e percentual dos casos de internação por AVC, segundo características epidemiológicas. Cáceres, Mato Grosso, 2008 a 2010.....	44
Tabela 3. Número e percentual dos casos de internação por AVC, segundo características epidemiológicas e local de residência de acordo com as áreas de abrangência das equipes do PSF. Cáceres, Mato Grosso, 2008 a 2010.....	45
Tabela 4. Número e percentual dos casos de internação por AVC, residentes em áreas cobertas e não cobertas pelo PSF, segundo a evolução dos casos. Cáceres, Mato Grosso, 2008 a 2010.....	46
Tabela 5. Tempo de internação por AVC segundo área de residência e cobertura do PSF.....	47
Tabela 6. População residente, número de casos e taxa de internação hospitalar de casos de AVC por 10.000 habitantes, segundo área de residência e cobertura de PSF. Cáceres, 2008 a 2010.....	47
Tabela 7. Taxa de internações hospitalares por acidente vascular cerebral (AVC), por Unidade da Federação, município de Cáceres, por ano no período de 2008 a 2010, em população na faixa etária de 30 a 59 anos.....	48
Tabela 8. Distribuição do número de casos por prontuários comparados com as AIHs verificados por local de residência, internação de AVC e instituição de saúde no município de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2008 a 2010.....	51
Tabela 9. Distribuição do número de casos por AIHs verificados por local de residência, internação de AVC e instituição de saúde no município de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2008 a 2010.....	51

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 3. Distribuição das taxas de internações hospitalares no município de Cáceres no período de 2008 a 2010 por área de cobertura do PSF, para a população geral.....	48
Gráfico 4. Distribuição das taxas de internações hospitalares na população de 30 a 59 anos por localidade: município de Cáceres, estado de Mato Grosso e Brasil no período de 2008 a 2010.....	49

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	16
2. REVISÃO DA LITERATURA .....	21
2.1. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) .....	21
2.1.1. Aspectos Gerais do AVC .....	23
2.1.2 Classificação do Acidente Vascular Cerebral (AVC) .....	25
2.1.3 Fatores de risco do AVC.....	25
2.2. A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO CONTROLE DOS FATORES DE RISCO ÀS DCNTS .....	28
2.3 ESTUDOS AVALIATIVOS QUANTO AS INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE POR DCNTS .....	30
3. OBJETIVOS .....	32
3.1. GERAL .....	32
3.2 ESPECÍFICOS.....	32
4. METODOLOGIA.....	33
4.1. TIPO DE ESTUDO .....	33
4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	33
4.3. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA .....	33
4.4. DEFINIÇÃO DE CASO.....	35
4.5. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS .....	35
4.6. FONTES DE DADOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	37
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	38
4.8. ASPECTOS ÉTICOS .....	38
5. RESULTADOS .....	40
5.1. MAPEAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (UBS-PSF).....	40

5.2 DESCRIÇÕES DOS CASOS .....	43
5.3 DESCRIÇÃO DOS PACIENTES A PARTIR DAS FONTES DE DADOS .....	49
6. DISCUSSÃO .....	52
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	62
8. CONCLUSÃO .....	63
9. SUGESTÕES .....	64
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65
11. APÊNDICE.....	74
11.1 Aprovação Comitê de Ética – Plataforma Brasil.....	74
11.2 Termos de Concordância .....	78
12. ANEXO .....	81
12.1 Modelo de Termo de Livre Consentimento e Esclarecido. ....	81
12.2 Mapa de localização das áreas de PSF no município de Cáceres – MT. ....	82

## 1. INTRODUÇÃO

A mudança da pirâmide populacional tem gerado alterações no perfil epidemiológico, sobretudo na prevalência e mortalidade por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), principais causas de morte no mundo desde 2005. Responsáveis por elevado número de óbitos prematuros, bem como gerando impactos econômicos e sociais imensuráveis, as DCNT são consideradas na atualidade, em todos os países, como problema epidemiológico e de saúde pública. Os países de baixa renda sofrem mais em função de investimentos insuficientes e inconstantes em políticas públicas, sociais e de saúde, influenciando assim diretamente nos determinantes sociais de saúde (BRASIL, 2011).

As doenças crônicas, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), conformam um grupo de doenças que por sua longa duração podem provocar sofrimentos ao indivíduo, à família e à sociedade, gerando custos negativos. Elas podem ser classificadas como: doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes *mellitus*, além de patologias neurológicas e mentais, desordens genéticas, oculares, articulares e bucais (OPAS/OMS, 1987).

Vários estudos foram desenvolvidos em todo mundo e têm subsidiado a elaboração e implementação de estratégias para o controle das DCNTs (BRASIL, 2011a). Schmidt et al. (2011) destacam que 23 países foram avaliados no período de 1996 à 2007, levando em consideração sua capacidade de atender aos desafios emergentes quanto as DCNT, inclusive o Brasil. Esta avaliação possibilitou um reconhecimento quanto às dificuldades na prevenção e controle das DCNT bem como a falta de indicadores que poderiam respaldar políticas e meios de avaliação voltados às doenças crônicas não transmissíveis. Verificou-se também que homens e mulheres que vivem em países de baixa renda têm cerca de 3 vezes mais risco de morrer antes dos 60 anos em decorrência de DCNT, do que nos países de alta renda. Concluindo-se que o enfrentamento das DCNT deve estar correlacionado com ações para melhorias das desigualdades sociais (SCHMIDT, 2011).

Em virtude da relevância das DCNT em todo o mundo, a Organização das

Nações Unidas (ONU) na Assembleia Geral em 2011, colocou em pauta a discussão sobre o desafio de criar um plano global de ação contra as doenças crônicas, que levam a óbito cerca de 36 milhões de pessoas por ano segundo o Fórum Econômico Mundial (ONU, 2011).

No Brasil, apesar da diminuição das taxas de mortalidade por DCNT em torno de 20% na última década, em 2010 do total de óbitos em faixas etárias mais vulneráveis acima de 65 anos, cerca de 70% foram por DCNT (Schmidt et. al, 2011), levando diversos atores empenhados em estabelecer medidas de redução, controle e acompanhamento dos fatores determinantes das DCNT, proporem como planejamento estratégico político, o Plano Nacional de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT visando o atendimento global projetado para o período de 2011 a 2022 (BRASIL, 2011a).

Dados do Ministério da Saúde (2011a) indicam que as doenças cardiovasculares a exemplo do que tem ocorrido no mundo, são as principais causas de óbito na população brasileira e nestas predominam as doenças cerebrovasculares, destacando-se o AVC (BRASIL, 2011a). Dentre a mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, os AVCs são causas básicas de 10% dos óbitos em adultos acima de 65 anos, e 10% das internações hospitalares públicas por DCNT na mesma faixa etária em todo o território nacional. Dados fornecidos pelo SIM indicam que no Estado de Mato Grosso as taxas de mortalidade por AVC em 2008, 2009 e 2010 foram respectivamente 8,4, 8,0 e 7,8 óbitos por 100.000 habitantes; enquanto que no município de Cáceres para os mesmos anos foram 7,05, 11,2 e 8,13 óbitos por 100.000 habitantes. A letalidade nos primeiros 30 dias do início do quadro clínico, mesmo quando instituído o tratamento adequado, ocorre em 10% dos casos e eleva-se para 40% no primeiro ano após o evento (BRASIL, 2011a).

Elevados índices de óbitos e sequelas graves incapacitantes em decorrência de doenças cerebrovasculares têm onerado sistematicamente o Sistema Previdenciário Brasileiro (SPB) ao longo das últimas décadas e gerado custos diretos e indiretos ao SUS, no que se refere à internação, tratamento e reabilitação (FERNANDES et al, 2009). A maioria dos sobreviventes necessita de reabilitação, cerca de 70% não retorna ao trabalho e 30% necessitam de auxílio para caminhar (BRASIL, 2011).

Deste modo, segundo a literatura revisada evidencia-se que o acidente vascular cerebral (AVC) é um importante problema de saúde pública, sendo considerada uma enfermidade de alta incidência e prevalência de distúrbios funcionais, estando diretamente relacionado aos determinantes sociais.

O AVC geralmente é resultado final de condições predisponentes oriundas anos antes do evento. Existem fatores considerados determinantes ou fatores de risco para esta patologia, alguns são modificáveis e outros não (MERRIT, 2002). No que se refere a acidente vascular cerebral, a identificação dos fatores de riscos modificáveis e não modificáveis são determinantes na prevenção bem como na condução do tratamento, recuperação e reabilitação do paciente.

Estudos demonstram ocorrência maior de AVC em raça negra, no entanto há de se levar em consideração também a presença de fatores de risco modificáveis sensíveis aos determinantes sociais havendo, portanto a necessidade de correlacionar a esta associação aos fatores socioeconômicos (GAGLIARDI & REIMÃO, 1998). Lopes (1999) refere que de modo geral os negros apresentam padrões socioeconômicos inferiores aos brancos. Além do mais, seu estudo mostra uma associação inversa entre nível socioeconômico e prevalência de hipertensão, de modo que as razões para essas diferenças não estão completamente esclarecidas, podendo estar relacionado à função renal, fatores psicossociais e níveis sócios econômicos.

Noblat et al., (2004) destaca em seus estudos realizados na cidade de Salvador-Ba sobre complicações de hipertensão arterial associadas a raça, que negros e mulatos apresentam maior prevalência de acidente vascular cerebral do que brancos.

No Brasil, em 1994, foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), como estratégia de reorganização da atenção básica de saúde à comunidade, direcionado para a promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. Norteadas pelos princípios de universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações, a equipe de saúde deve ser composta por um médico, enfermeira, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (DOMINGUEZ, 1998).

Macinko et al. (2010) ressalta que o PSF é um serviço de atenção básica em saúde, adequado ao atendimento das medidas de prevenção contra os fatores de riscos às

DCNT, com o intuito de reduzir a internação por estas causas.

Nos Estados Unidos da América (EUA), indicadores da atividade hospitalar têm sido usados como indicadores de avaliação da efetividade da atenção básica à saúde. Os indicadores “ambulatory care sensitive conditions”, traduzido para o português como “condições sensíveis à atenção primária”, são construídos a partir da definição de um elenco de problemas de saúde, que podem ser manejados pelas equipes de atenção básica em saúde com o fim de evitar internações desnecessárias (CAMINAL et al, 2003).

Nedel et al. (2010) conceitua Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) como problemas de saúde de baixa complexidade sendo possível o atendimento e tratamento na rede básica de saúde. Porém lembra que a existência de falhas no acompanhamento destes casos compromete a evolução levando a complicações e hospitalizações.

Foland (1998) ao elencar elevados números de hospitalizações evitáveis, demonstra indicadores de problemas oriundos da rede primária de saúde. E em geral estes problemas estão ligados à falha na gestão, na escassez de serviços, limitações na rede diagnóstica e carência de medicamentos para o controle de doenças crônicas.

Adaptados à realidade brasileira, os estudos de Caminal e outros (2003) auxiliaram na formulação de um indicador composto, denominado de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP), a partir de uma lista de problemas de saúde para os quais ações efetivas no nível de atenção primária (prevenção, diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas e controle de doenças crônicas) diminuiriam o risco de internações (ALFRADIQUE et al, 2009). A lista brasileira de ICSAP está relacionada por 120 categorias da CID-10 (Código Internacional de Doenças) (com três dígitos) e 15 subcategorias (com quatro dígitos). As doenças cerebrovasculares (AVC) fazem parte da lista nacional, classificadas a partir dos códigos do CID-10 (I63-I67, I69, G45, G46) (ALFRADIQUE et al, 2009).

Segundo Macinko e colaboradores (2010), no período de 1999 a 2007, houve redução das hospitalizações por DCNT sensíveis à atenção ambulatorial (entre elas doenças cardiovasculares, doenças cerebrovasculares e asma) no Brasil em regiões

assistidas pelo PSF, quando comparadas a regiões desassistidas por este programa.

O PSF enquanto programa estratégico, cuja diretriz recomenda intervir em fatores de risco que possam afetar a qualidade de vida dos indivíduos e grupos sociais, configurando neste contexto como indispensável para o acompanhamento de portadores de DCNT e estando próximo da comunidade, pode intervir de maneira positiva em fatores de risco considerados modificáveis para o AVC, notadamente no controle de HAS e DM, educação em saúde, mudanças de hábito de vida.

Mediante as considerações acima descritas e frente à preocupação com esta situação emergente foi realizado este estudo, desenvolvido em duas unidades hospitalares de média complexidade do município de Cáceres no interior do Mato Grosso (MT), uma unidade hospitalar pública de referência em urgência e emergência e outra de caráter filantrópico. Evidenciando a problemática: Qual o perfil epidemiológico dos pacientes internados por AVC em relação a sua origem na atenção básica de saúde (assistidos e não assistidos em unidades de saúde da família)? Existe uma associação entre o prognóstico das internações por AVC e o atendimento realizado na atenção básica de saúde, pelos PSFs?

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)**

No cenário epidemiológico brasileiro em 1930, as doenças infecciosas se destacavam com aproximadamente 46% das mortes em capitais brasileiras, reduzindo em 2003 para 5% das mortes. As doenças cardiovasculares que somavam 12% das mortes na década de 30 foram as principais causas de óbito em todas as regiões brasileiras, chegando a 72% dos casos de óbitos em 2007. Em segundo lugar estão os cânceres e em terceiro, as mortes ocasionadas por acidentes e violência (BRASIL, 2007).

Múltiplos fatores influenciam para a mudança no padrão de mortalidade, sobretudo a alteração demográfica do país, com redução da mortalidade precoce e aumento da expectativa de vida ao nascer (BATISTA et al., 2012). A pirâmide populacional brasileira em 1980 teve sua base alargada, representando uma população jovem com queda bastante rápida na fecundidade, de 4,4 para 2,3 filhos por mulher. Já em 2000, possui um achatamento da base e um alargamento dos estratos intermediários, graças à redução proporcional da mortalidade infantil e ao crescimento da população de idosos (BRASIL, 2007).

As principais doenças não transmissíveis: doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica, neoplasias, diabetes mellitus, cirrose e lesões por acidentes e violências têm ocupado maior espaço no perfil da morbimortalidade de populações latino-americanas (DUCAN et al., 1993).

Parafraçando outros autores, Lessa (2004) complementa que a epidemiologia das DCNT é incompleta e complexa. Nenhum dos fatores de risco é necessário, suficiente, ou necessário e suficiente. A grande maioria dos fatores de risco para doenças cardiovasculares são os mesmos para o diabetes, para a doença renal crônica e neoplasias malignas.

Segundo Veras & Dutra (1993) o envelhecimento populacional aumenta a probabilidade de ocorrência das DCNTs, acarretando prejuízos na qualidade de vida do indivíduo, sendo a principal causa de óbito no país, ultrapassando as taxas de

mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, representando gastos que influenciam financeiramente de forma negativa na saúde pública.

Lessa (1983) ressalta as seguintes características para definição das DCNT: história natural prolongada, multiplicidade de fatores de risco complexos, interação de fatores etiológicos conhecidos e desconhecidos, ausência de participação ou participação duvidosa de microorganismos entre os determinantes, longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação, lesões celulares irreversíveis e ainda pela evolução para graus variados de incapacidade ou para a morte.

Numa definição mais sucinta, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) compõem um grupo de agravos à saúde que apresentam de uma forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito (PIRES, 2008).

A ocorrência das DNCT está relacionada a um complexo conjunto de fatores que interagem entre si. Os fatores genéticos são de fundamental importância, no entanto os fatores comportamentais (dieta, sedentarismo, dependência química como o uso do tabaco e do álcool) são os principais desencadeadores de processos nosológicos relacionados a essas doenças (ROUQUAYROL, 1999). Na atualidade é possível considerar quatro elementos básicos que constituem fatores característicos que interferem nas DCNTs: a biologia humana, o estilo de vida, o ambiente e a organização do sistema de atenção à saúde (ROUQUAYROL, 1999).

No grupo das DCNT as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas, em geral, apresentam fatores de risco comuns e demandam por assistência continuada de serviços e ônus progressivo na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população (ACHUTTI et al., 2004). Destaca-se que alguns dos fatores de risco das DNCT são susceptíveis a ações preventivas como: hábito de fumar, hipertensão, obesidade, sedentarismo e ingestão de álcool (DUNCAN et al., 1993).

Rego (1990) registra que “a distribuição das doenças e dos fatores de risco na

população é a expressão de uma realidade socialmente determinada”. Sendo assim se faz necessário o conhecimento de sua amplitude, qual a incidência e a prevalência, como se configura na população, possibilitando o planejamento e a avaliação de programas de intervenção quanto às doenças crônicas não transmissíveis.

### **2.1.1. Aspectos Gerais do AVC**

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Acidente Vascular Encefálico (AVE) é um importante problema de saúde pública, enfermidade comum de alta prevalência e incidência de distúrbios funcionais, sendo considerada mais incapacitante que letal (RADANOVIC, 2000).

Por definição da OMS a característica mais importante do AVC é apresentar o início agudo de perda rápida da função neurológica devido a um evento vascular, podendo ocorrer sintomas neurológicos focais (paresia ou diminuição de força motora, plegias ou perda de força motora de um ou mais membros) ou globais (coma). Os sintomas do AVC devem persistir por mais de 24 horas para garantir seu diagnóstico ou apresentar imagem radiológica compatível com lesão tecidual (GAGLIARDI & REIMÃO, 1998).

Pacientes vítimas de acidente vascular cerebral tem sobrevida menor do que no pós-infarto do miocárdio e em algumas neoplasias; sendo a principal causa de morbidade em diversos países desenvolvidos e em desenvolvimento e determinando comprometimento de parte significativa dos gastos em programas de saúde governamentais (ANDRADE et al., 2002).

No atendimento do AVC o cuidado do especialista (neurologista) é recomendado na literatura em geral, no entanto o envolvimento de subespecialidades como a medicina interna e geriatria, aliados à equipe de multiprofissionais (enfermeiros, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas) é desejável (DINI, 2004).

O exame neurológico deve rapidamente estabelecer o nível de consciência, a presença de *déficits* motores, *déficit* sensitivo, hemianopsia, afasia ou comprometimento de outra função cortical superior. Estas informações devem ser obtidas e registradas para avaliação da gravidade do caso. Nos Estados Unidos, segundo Santos (2006) é

utilizada a escala: *Stroke Scale of The US National Institutes of Health* (SSNIH), como parâmetro da gravidade e evolução dos casos de stroke (AVCI), sendo esta considerada como escala de referência internacionalmente aceita pela Academia Brasileira de Neurologia e serve como linguagem mundial para os casos de AVCI.

O cuidado especializado para o AVC demanda unidades de saúde bem aparelhadas. No mínimo deve prover o acesso à investigação básica nas primeiras horas, incluindo Tomografia Computadorizada (TC), eletrocardiografia, monitorização da pressão arterial e da oxigenação e exames laboratoriais de rotina (ANDRADE et al., 2002).

Para Dini (2004), serviços voltados para o diagnóstico e tratamento precoce de doença cerebrovascular devem possuir condições apropriadas para diagnóstico complementar, como a investigação cardiológica com ecocardiografia em um período de 24 horas, acesso rápido a Ressonância Magnética (RM), angiografia e escaneamento por difusão em RM, angiografia por CT, ecocardiografia transesofágica e ultrasonografia com *doppler* transcraniano.

Slullitel & Sousa (2007) publicaram estudo em 1999, demonstrando a importância do uso de campanhas na mídia para o reconhecimento público de sintomas relativos à doença cerebrovascular e do tratamento precoce deste evento. Nos Estados Unidos da América do Norte os paramédicos são treinados de modo que o atendimento e a investigação do evento sejam realizados na ambulância durante o transporte de pacientes, chegando-se a um diagnóstico presumível de AVC agudo em torno de 92% dos casos.

Os exames complementares que devem ser realizados no momento da admissão de pacientes com doenças cerebrovasculares compreendem dosagens de glicemia, uréia, eletrólitos, hemograma completo, gasometria arterial e eventualmente coagulograma, e eletrocardiograma. Uma TC de crânio é crucial na admissão, particularmente se o início dos sintomas se deu a menos de três horas (DINI, 2004), o que coloca o paciente num grupo possível de se utilizar fibrinolítico no caso de AVCI.

A interpretação da TC de crânio requer treinamento e experiência, particularmente porque o evento agudo pode demonstrar alterações tomográficas pouco

evidentes (DINI, 2004). A análise da TC permitirá estabelecer o diagnóstico diferencial entre Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) e Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH), contribui para o diagnóstico mais acurado, exclui outras lesões intracranianas e pode ajudar na definição do prognóstico (MERRIT, 2002).

### **2.1.2 Classificação do Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

O AVC é classificado em dois grandes grupos, de acordo com a natureza da lesão: o AVC isquêmico (AVCI) e o AVC hemorrágico (AVCH).

O acidente vascular cerebral isquêmico ocorre em cerca de 70 a 80% de todos os casos de acidentes vasculares cerebrais. (FEIGIN et al., 2003). Os mecanismos fisiopatológicos para a oclusão do vaso podem envolver trombose local “por mudança na qualidade de fluxo ou na viscosidade sanguínea” ou embolia. Com a oclusão há o detrimento da suplementação de oxigênio e glicose com mudanças no metabolismo celular que resultam no colapso de produção de energia e desintegração das membranas celulares, levando a apoptose (morte celular) (MERRIT, 2002). Os mecanismos de lesão podem ser classificados em: 1) infarto por aterosclerose de grandes artérias intra ou extracranianas; 2) embolia de origem cardíaca; 3) doença de pequenas artérias; 4) outras (dissecções, estados pós trombóticos, abuso de drogas, infecção etc.); 5) causa indeterminada (FEIGIN et al., 2003).

O acidente vascular cerebral hemorrágico se instala por ruptura de artérias cerebrais levando a um extravasamento de sangue, quer no espaço sub aracnóideo, ou intracerebral comprimindo tecidos cerebrais, levando à lesão tecidual secundária à ruptura arterial.

### **2.1.3 Fatores de risco do AVC**

O conceito de fator de risco para doenças crônicas, como as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, é derivado da aplicação de métodos epidemiológicos inicialmente desenvolvidos para doenças infecciosas e nutricionais para identificar o fator ligado ao desenvolvimento da doença crônica avaliada (FEIGIN et al., 2003).

Feigin et al. (2003), sugere que os fatores de risco para serem assim considerados, devem responder a cinco perguntas: 1) adiciona informação independente de risco ou prognóstico?; 2) responde por proporção significativa da doença?; 3) realização simples e acurada?; 4) tem boa sensibilidade, especificidade e valor preditivo?; 5) apresenta realização em larga escala?

O AVC geralmente é resultado final de condições predisponentes que ocorreram anos antes do evento. Existem fatores considerados determinantes ou de risco para esta patologia, alguns são modificáveis e outros não (MERRIT, 2002).

Fatores de risco não modificáveis compreendem a idade, a história familiar de doença cardiovascular, raça e o sexo. Já os fatores de risco modificáveis estão relacionados com a mudança no estilo de vida, hábitos alimentares, tratamento ou controle; dentre eles os mais relevantes são hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, dislipidemias (elevação do LDL colesterol ou níveis baixos de HDL colesterol, sedentarismo, obesidade, alcoolismo, uso abusivo de drogas, terapia de reposição hormonal, obesidade, etc.) (GAGLIARDI & REIMÃO, 1998).

O risco de AVC aumenta consideravelmente com o aumento da idade, sendo mais freqüente após 65 anos, com predomínio pelo sexo masculino e raça negra. Homens parecem apresentar maior disposição para o infarto cerebral, mas a hemorragia cerebral tem comportamento equivalente para homens e mulheres, sendo que a hemorragia sub aracnóide tem maior incidência na mulher (GAGLIARDI, 1998).

Segundo consenso das Sociedades Brasileiras de: Cardiologia, Nefrologia e Hipertensão (2010), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada como um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressiva e linearmente com a elevação da pressão arterial (PA) acima de 115/75 mmHg. A maioria das vezes a HAS é uma doença silenciosa, estudos observacionais revelam que a detecção, o tratamento e o controle são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares.

Quanto aos fatores de risco para HAS, há maior prevalência entre indivíduos com idade acima de 65 anos, não parece haver diferença de gênero e é cerca de duas

vezes mais frequente em pessoas de cor não branca, estando associada à obesidade em indivíduos mais jovens. O sedentarismo associado à HAS parece elevar os riscos de doenças cardiovasculares e pode ocorrer uma predisposição genética e familiar associada a casos de HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Geralmente, segundo a OMS, o DM vem associado com outros fatores de risco como dislipidemias, HAS, tabagismo, sedentarismo, obesidade e cardiopatias que tendem a piorar o prognóstico. O tratamento do DM com medidas básicas de controle de glicemia, mudanças de hábitos alimentares, exercícios diários e terapêutica medicamentosa, diminuem significativamente o risco de adoecer por AVC (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

O hábito de fumar é considerado o fator de risco modificável isolado mais importante para as doenças cardiovasculares e encefalovasculares. A OMS (2011) considera o tabagismo a principal causa de morte evitável no mundo. Estima-se que um terço da população mundial adulta, seja fumante. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, o tabagismo é responsável por 25% das mortes por doenças vasculares entre elas o AVC (PORTARIA n. 442/2004 - MS).

Estudos sugerem que comparado a não fumantes, os fumantes de 20 ou mais cigarros por dia tem duas a três vezes mais possibilidades de desenvolver doença encefalovasculares. A interrupção do tabagismo isolada reduz o risco de eventos cardiovasculares e encefalovasculares em torno de 65% (OPAS/OMS, 2003).

A abordagem ao tabagista deve ser efetiva seguindo as normas do Consenso Nacional de Abordagem e Tratamento do Fumante, em relação à orientação cognitiva e medicamentosa (PORTARIA n. 442/2004 – MS).

O tratamento de níveis elevados de LDL colesterol através de substâncias (atorvastatina (80 mg) ou pravastatina (40 mg), em pacientes portadores de síndromes coronarianas agudas e colesterol inicial abaixo de 240 mg/dL reduziram significativamente complicações cardiovasculares. No grupo tratado com pravastatina o índice de mortalidade por IAM, angina, revascularização ou AVC foi de 26,3%, enquanto que no grupo que recebeu atorvastatina em altas doses foi de 16%. A redução do LDL colesterol reduz continuamente o risco cardiovascular (MELARAGNO, 2007).

Uma vez obtido os níveis de LDL colesterol elevado, estabelecido o risco para doença cardiovascular, além do uso medicamentoso de sinvastatinas, deve-se recomendar atividades físicas, mudança no estilo de vida, dieta apropriada com redução de ingestão de gorduras saturadas e transaturadas, uso de vegetais e fibras, medidas que exigem a presença do médico e da equipe de atenção multidisciplinar.

O HDL elevado parece estabelecer uma proteção para as doenças cardiovasculares, os fibratos reduzem eventos cardiovasculares através da redução de triglicérides e elevação do HDL colesterol (BRISMAN et al., 2003).

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia (2011) a obesidade é uma doença de prevalência crescente e um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna. A associação entre obesidade e risco de óbito para doença cardiovascular foi comprovada por estudo com 8.373 mulheres, observadas por 15 anos (DINI, 2004). A obesidade pode estar relacionada ainda com a resistência à insulina, diabetes e hipertensão. Seu tratamento influencia positivamente o controle de risco relacionado ao AVC.

Os fatores de risco não modificáveis geralmente se associam aos modificáveis e estes podem ser diversos, intensificando assim a incidência de acidente vascular cerebral, enquanto o manejo adequado destes fatores pode influenciar na diminuição da probabilidade de se ter um AVC.

## 2.2. A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO CONTROLE DOS FATORES DE RISCO ÀS DCNTS

O papel do SUS está relacionado, segundo Santana & Carmagnani (2001), com as ações de promoção, reabilitação e prevenção de agravos. Almeida (2008) sugere que a promoção da saúde dado a sua abrangência apresenta uma ação integrada, ampliada, intersetorial e complexa que relaciona saúde ao meio ambiente e aos modos de produção de vida.

Para Rouquayrol (2003), muitas das causas de morbimortalidade entre os idosos brasileiros são devidas a fatores de risco modificáveis por medidas de promoção de saúde, prevenção e/ou tratamento adequado, que devem ser efetuadas pela rede de

atenção básica de saúde.

A partir do conhecimento técnico específico acumulado, no campo sanitário, bem como no avanço do processo saúde-doença e em seus determinantes sociais, foi possível reconhecer novos indicadores de saúde que sofrem interferências com o meio ambiente, modos de viver, produzir, morar; nas relações do homem consigo mesmo, com os outros homens e com a natureza (ALMEIDA, 2008).

Fernandes et. al (2009) ressalta que, a Estratégia Saúde da Família (ESF) prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua. O PSF pode garantir o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde dos usuários da comunidade que são cadastrados e vinculados aos serviços, estando mais próximo da comunidade e composto por equipe interdisciplinar, com o agente comunitário, geralmente da própria comunidade, sendo capaz de interferir de forma adequada em fatores de risco modificáveis, mudanças de hábitos: culturais, alimentares e religiosos.

A prática de educação em saúde nos serviços da rede básica de saúde, voltadas ao enfrentamento de patologias como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dislipidemias, obesidade, etilismo e tabagismo, bem como o esclarecimento à população de suas complicações, a necessidade do tratamento adequado e aderência é uma saída emergente para o controle das DCNTs. Contudo no Brasil, estas práticas são tímidas, não correspondendo aos anseios da população, tão pouco as sensibilizando para um despertar crítico quanto à realidade. Com o maior envolvimento da comunidade no controle das patologias, maiores resultados seriam alcançados (TOLEDO et al., 2007).

Para prevenção e a vigilância das DCNTs faz-se necessário considerar as mudanças na transição demográfica, epidemiológica e nutricional brasileira, que têm levado ao aumento da prevalência deste grupo de doenças. Tais doenças são controláveis e estratégias de saúde precisam ser realizadas, pois esta carga de doenças no Brasil é passível de controle e prevenção (MALTA et al., 2006).

Os fatores de risco modificáveis para AVC devem ser controlados e tratados na rede básica de saúde a fim de se prevenir o adoecimento por complicações, internações desnecessárias, prolongadas e óbitos evitáveis.

### 2.3 ESTUDOS AVALIATIVOS QUANTO AS INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE POR DCNTS

A influência do tempo de adesão à ESF sobre a incidência de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares demonstra que quanto maior o tempo de adesão à ESF, menor a incidência de eventos agudos, demonstrando efetividade da mesma (XAVIER et al., 2008).

A proporção de internações hospitalares consideradas evitáveis a partir de assistência adequada na atenção primária representa um importante marcador de resultado da qualidade dos cuidados podendo indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. De modo que o excesso de hospitalizações demonstra um sinal de alerta, que pode ativar mecanismos de análise e busca de explicações para estes episódios (ALFRADIQUE et al., 2009).

O indicador internações por condições sensíveis à atenção primária tem sido utilizado de diferentes perspectivas em diversos países. Enquanto nos EUA optou-se por estudo comparativo entre usuários e não usuários de seguro saúde e o efeito da atenção primária entre as internações evitáveis como uma maneira de redução de custos do seguro saúde, na Europa houve uma preocupação na formulação e validação da lista de condições sensíveis à atenção primária e na elaboração dos indicadores (MOURA et al., 2010). A fim de monitorar e avaliar a ocorrência de internações hospitalares no Brasil, a exemplo de outros países, foi elaborado o indicador composto Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), a partir de uma lista de agravos à saúde, relacionados ao acompanhamento efetivo pela atenção primária, tais como prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas e o controle e acompanhamento de patologias crônicas (ALFRADIQUE et al., 2009).

O uso de indicadores como as internações por condições sensíveis à atenção primária faz parte de uma ação estratégica a fim de, aperfeiçoar o planejamento e gestão dos serviços de saúde e ampliar a capacidade resolutiva dos serviços de atenção primária na prevenção de hospitalizações desnecessárias, tendo sido utilizados como indicador de qualidade da assistência à saúde (FERNANDES et al., 2009).

A utilização de ações avaliativas na atenção primária de saúde contribui para que

os gestores e profissionais adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao diagnóstico das demandas e necessidades de saúde para ampliar a resolubilidade do sistema (FERNANDES et al., 2009).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. GERAL**

Descrever o perfil clínico-epidemiológico e a evolução dos casos de hospitalização por AVC, residentes e atendidos no município de Cáceres comparando casos provenientes de áreas cobertas e não cobertas pelo PSF no período de 2008 a 2010.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

1- Descrever as características demográficas (idade e sexo), o tipo de AVC, as comorbidades e situações associadas, segundo área de procedência, dos casos de hospitalização por AVC, atendidos no município de Cáceres no período de 2008 a 2010;

2- Descrever a evolução dos casos (óbito ou incapacidade) de hospitalização por AVC, atendidos no município de Cáceres no período de 2008 a 2010, de acordo com a área de procedência de cada paciente;

3- Estimar a taxa de internação dos casos de AVC em áreas cobertas e não cobertas pelo PSF, no município de Cáceres, no período de 2008 a 2010;

## 4. METODOLOGIA

### 4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo transversal com base em fonte secundária, o que Rouquayrol (1999) descreve como um estudo epidemiológico no qual fator e efeito é observado num mesmo momento histórico.

### 4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os sujeitos desta pesquisa foram pacientes internados com diagnóstico de doenças cerebrovasculares (AVC) no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes (HRCAF), e no Hospital São Luiz (HSL), no período de 2008 a 2010, residentes no Município de Cáceres, totalizando 312 pacientes, sendo ainda comparando casos provenientes de áreas cobertas e não cobertas pelo PSF.

### 4.3. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

O município de Cáceres localiza-se no Oeste do estado de Mato Grosso, a 210 km da capital, Cuiabá. Apresenta Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,737, abaixo da média do estado de Mato Grosso (0,773), que por sua vez se encontra abaixo da média da Região Centro-Oeste do país (0,788) (IBGE, 2000). Dados do Censo de 2010 mostram que o município possui área territorial de 24.351,446 Km<sup>2</sup> e população de 87.942 habitantes, 87,1% da população vive na zona urbana e 12,9% na zona rural, 50,1% do sexo masculino e 49,9% do sexo feminino. Sua economia gira em torno de bens, serviços e agropecuária, com uma incidência de pobreza de 39,02% e densidade demográfica de 3,61 (hab/km<sup>2</sup>).

De acordo com o Censo 2010, 9,3% da população total deste município têm mais que sessenta anos e a maioria reside na zona rural. Dentre os hábitos alimentares da população cacerense Ramos et al. (2009) verificou alimentos considerados de consumo habitual, como a farinha de mandioca (62,74%), pães (88,23%), margarina (56,86%), açúcar (86,27%), óleo (96,07%), café (86,27%) e macarrão (72,54%). No grupo das carnes, a bovina foi a mais consumida, 82,25% dos informantes alegaram consumir mais de quatro vezes/semana, seguida de frango (39,21%), ovos (21,56%) e

peixe (13,72%). Quanto aos doces, o maior consumo encontra-se no açúcar (86,27%), refrigerante (86,27%), suco artificial (74,50%), seguindo os achocolatados (54,90%).

O município de Cáceres conta com uma rede de serviços de saúde composta de 9 equipes de PSF urbanas, 1 equipe de PSF rural, 1 Ambulatório de Especialidades, 1 unidade de Pronto Atendimento, 1 Ambulatório (Centro de Testagem e Aconselhamento), 1 Hospital de Dermatologia Sanitária Tropical, 1 Hospital Geral Filantrópico (HSL) e 1 Hospital de Referência Regional (HRCAF).

O HRCAF constitui-se no único serviço de referência terciária da região sudoeste do Estado de Mato Grosso abrangendo em sua área de atuação 22 municípios, com atendimento exclusivo a pacientes do SUS, compreendendo as Regionais de Saúde de Cáceres e de Pontes e Lacerda, delimitados pelo Estado de Rondônia, pela Bolívia e o Município de Cáceres. Trata-se de um hospital geral com capacidade para 120 leitos, que realiza atendimentos ambulatoriais de média complexidade e internação de pacientes residentes em Cáceres e em outros municípios pertencentes ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste do Mato Grosso (CISOMT) e ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Guaporé (CISVAG). Suas especialidades são: Ortopedia, Traumatologia e Emergência, Clínica Cirúrgica, UTI Adulto e UTI Pediátrica, Clínica Pediátrica, Neurologia e Neurocirurgia. O HRCAF apesar de atender como porta de entrada toda a demanda das urgências neurológicas e neurocirúrgicas no período de 2008 a 2010, não dispunha de internação ou emissão de AIH a pacientes que permanecessem no Setor de Emergência para esta especialidade, gerando AIH apenas aos encaminhados ao CTI e à enfermaria 11 (semi-intensiva).

O Hospital São Luiz, entidade filantrópica, atende à cidade e a outros 21 municípios da região. Conta com 112 leitos, dos quais 73,2% são destinados a usuários do SUS e 26,8% para convênios e particular, nas especialidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Obstetrícia, Pediatria, UTI adulto e UTI neonatal além Centro de Diagnóstico por Imagem e Laboratório de Análises Clínicas. O HSL apesar de atender em suas internações os usuários do SUS, descredenciou o serviço de Neurologia e Neurocirurgia para internações públicas desde 2005, permaneceu recebendo pacientes neurológicos pelo SUS apenas no Serviço de CTI, referenciado pelo Serviço de

Neurologia do HRCAF, considerado a único modo de entrada do sistema para esta especialidade.

A primeira equipe de PSF do município de Cáceres foi implantada em 1997 na antiga zona rural da Curvelândia, hoje município emancipado. Em 1999, implantaram-se as equipes do CAIC, Paraíso, Vila Real, Rodeio, Marajoara e Vista Alegre. Em 2002, do Distrito do Caramujo (zona rural) e em 2006, do Guanabara, da Cohab Nova e do Vitória Regia. Alguns destes ficaram desativados por períodos entre 3 meses a 1 ano e meio por motivos de reformas para adaptação ou mudança de prédio alugado, sendo a maioria reativados e reinaugurados em 2006. Segundo informações obtidas com os profissionais do PSF, as equipes do PSF foram implantadas no município para o atendimento à população da periferia, abrangendo a população de mais baixa renda, que tinha mais dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

#### 4.4. DEFINIÇÃO DE CASO

Foi adotada a definição de caso de AVC da OMS, universalmente aceita, ou seja, pacientes com quadro clínico de início súbito de perda de função neurológica que persistam por mais de 24 horas, cuja imagem radiológica seja compatível com AVC (GAGLIARDI & REIMÃO, 1998). Foram incluídos neste estudo apenas os casos que tiveram diagnóstico clínico neurológico confirmado por exames de imagem (Tomografia Computadorizada de Crânio), exame disponível no HCRAF e HSL, e que eram residentes no município de Cáceres.

Foi utilizado como critério de exclusão, casos de pacientes hospitalizados com suspeita de AVC, cujos exames de imagem (CT) foram considerados negativos para AVC após 72 horas de ocorrido o evento, no caso de AVCI (acidente vascular cerebral isquêmico), ou de imediato em AVCH (acidente vascular cerebral hemorrágico) e HSA (hemorragia sub aracnoidea). Casos de AVCs mesmo que confirmados clínica e radiologicamente de pacientes oriundos de outros municípios, também foram excluídos.

#### 4.5. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Foram analisadas variáveis demográficas (idade em anos do início do quadro e sexo), local de residência em área de abrangência do PSF, variáveis relacionadas aos

aspectos clínicos (tipos de AVC, presença de comorbidades associadas como hipertensão arterial, diabetes e cardiopatias), variáveis relacionadas à internação (local, tempo de permanência hospitalar) e a evolução do caso (alta, existência de seqüelas, óbito, ou transferência), de acordo com uma matriz de avaliação pré-elaborada. (Quadro 1).

**Quadro 1.** Matriz de avaliação e definição das variáveis direcionadas ao atendimento dos AVCs, no Município de Cáceres – MT.

Variável	Definição	Código	Fontes de dados
Area	Local de residência do indivíduo em área de abrangência do PSF	Sim / Não	Mapeamento da SMS
Idade	Idade dos indivíduos em anos	40 a 60 anos 60 a 80 anos 80 anos e mais	Prontuário
Sexo	Sexo do indivíduo	Feminino Masculino	Prontuário
Tipo	Tipos de AVC	Isquêmico Hemorrágico	Prontuário
HAS	Portador de Hipertensão arterial sistêmica	Sim / Não	Prontuário
DM	Portador de Diabetes mellitus	Sim / Não	Prontuário
Evolução	Evolução do caso	alta sem sequelas alta com sequelas leves alta com sequelas graves transferências óbito	Prontuário
Tempo	Tempo em dias de hospitalização	0 (menos de 24 hs) 1 a 99 dias	Prontuário

Para a variável "Evolução" consideram-se **sequelas leves** os casos que evoluíram com paresias (diminuição de força motora de um ou dois membros), dislalias e ou disfagias; **sequelas graves** os casos que evoluíram para plegias (perda total da força motora), paralisia de pares cranianos, insuficiência respiratória associada ou não a disfagias e afasias. Sendo ainda consideradas apenas as transferências para hospital de alta complexidade em neurocirurgias vasculares intracranianas.

As taxas de internações hospitalares para AVC foram calculadas ano a ano, no período de 2008 a 2010 tendo como numerador o número de internações que ocorreram por ano no município e como denominador, a população exposta ao risco de adoecer/10.000 habitantes. Os dados de população foram obtidos do IBGE, estimando-

se a população de área com PSF como 42% de população coberta, segundo dados da SMS.

#### 4.6. FONTES DE DADOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A principal fonte de dados foram os prontuários dos pacientes internados obtidos dos seguintes setores:

- Setor de Internação em Emergência do HRCAP constando todos os casos de atendimento em Neurologia e AVC no período de 2008 a 2010.
- Setor de CTI do HRCAP no período de 2008 a 2010.
- Prontuários médicos do Hospital Regional de Cáceres, levantados caso a caso, de acordo com o Setor de Internações e CTI para o período de 2008 a 2010.
- Prontuários médicos do Hospital São Luiz, levantados caso a caso de acordo com o levantamento de AIHs para o período de 2008 a 2010.

Além dos dados de prontuários, foram obtidas as AIHs expedidas para internação de AVC no período 2008 a 2010, de residentes no município de Cáceres, internados nos dois hospitais do município, Hospital São Luiz e Hospital Regional de Cáceres.

Inicialmente foram levantados os dados de prontuários médicos do HRCAP caso a caso, disponibilizados pelo Setor de internação e CTI. Os dados foram transcritos para uma tabela com as variáveis para a descrição epidemiológica dos casos de AVC hospitalizados no período 2008 a 2010.

A partir do levantamento das AIHs foi possível verificar que casos de internações por AVC também ocorreram no Hospital São Luiz. O levantamento dos prontuários do Hospital São Luiz foi realizado através dos números das AIHs e os dados destes foram adicionados na tabela de prontuários médicos.

Quando confrontados os dados provenientes dos prontuários e AIHs, foram observadas divergências quanto ao número de pacientes hospitalizados por instituição, local de residência, confirmação diagnóstica de AVC e duplicidade de AIH, estes

fatores foram importantes na decisão de estabelecer como padrão ouro o prontuário médico nesta pesquisa.

Os casos de internações por AVC do HRCAP e do HSL deste município foram mapeados conforme local de residência e correlacionados com as áreas de atuação das equipes de PSF.

Para o mapeamento da cobertura populacional do PSF foram obtidas informações por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres e dos profissionais de saúde das respectivas unidades. Quanto ao mapeamento geográfico da cobertura territorial das equipes do PSF contamos com a colaboração de um engenheiro da prefeitura. Foram entrevistados em cada uma das equipes pelo menos 1 agente comunitário de saúde, que esteve presente na unidade desde 2006 e um 1 enfermeiro. Apenas em uma equipe que não contava com o enfermeiro entrevistamos o técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, o PSF cobre a área mais densamente povoada do município de Cáceres num total de 42% dos municípios e destes, cerca de 30% da população reside em micro áreas sem a presença do agente comunitário de saúde (ACS). Na implantação de cada equipe foi preconizada a cobertura de 800 a 1100 famílias, num total de 4000 a 4500 pessoas por equipe, que ao longo dos anos foi se acrescentando de novas áreas populacionais de grilagem e posse.

#### 4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Utilizando-se os prontuários médicos conforme padrão ouro já estabelecido as variáveis dos pacientes foram processadas e elaboradas em um banco de dados em formato Excel. Foram comparadas as características dos pacientes segundo a procedência em áreas com e sem cobertura de PSF, realizando-se o cálculo de médias e proporções segundo as variáveis de estudo, apresentadas sob a forma de tabelas e gráficos.

#### 4.8. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto seguiu as normas do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

(CONEP), segundo a resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 196/96 que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, número do parecer CAAE 07713412100005030.

## 5. RESULTADOS

Apresenta-se neste capítulo; primeiro, o Mapeamento das Unidades de Saúde da Família em Cáceres, Mato Grosso; segundo, a descrição dos casos investigados de AVC, a partir dos dados provenientes dos prontuários médicos dos Hospitais HRCAF e HSL, de acordo com a área de residência do paciente (áreas cobertas e não cobertas pelo PSF); e terceiro, a comparação entre o número de casos de AVC obtidos a partir do levantamento dos prontuários e o número de AIHs expedidas para internação por AVC.

### 5.1. MAPEAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (UBS-PSF)

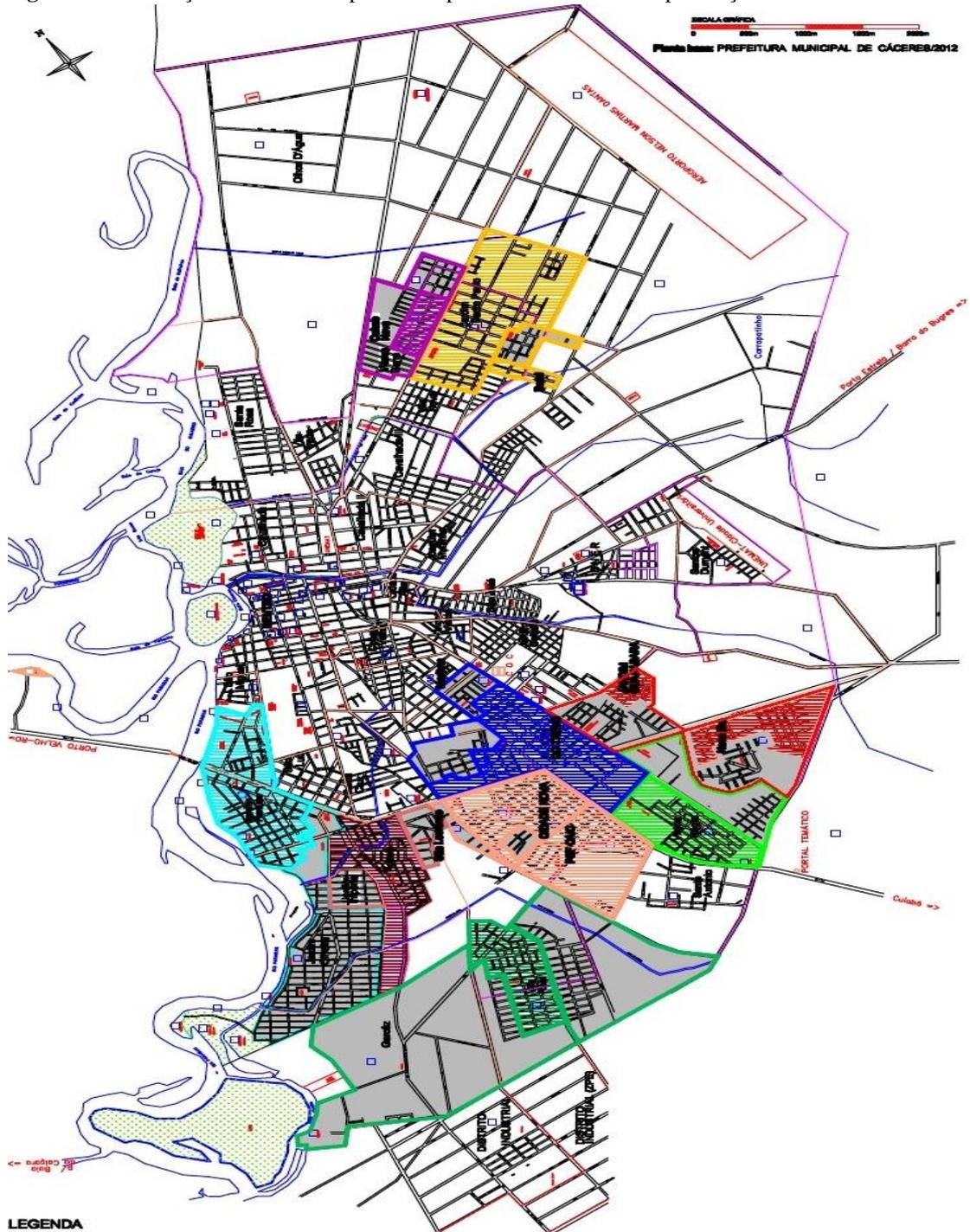
O mapeamento da área adstrita à Unidade de Saúde da Família é o primeiro passo para o reconhecimento do território, para a caracterização da população e seus problemas de saúde. Apresentar o mapeamento das áreas (Figura 01) onde está implantado o PSF em Cáceres, Mato Grosso representa o reconhecimento deste espaço, da dinâmica e das condições de vida da população nela adstrita, bem como as diferentes situações ambientais que os afetam.

As unidades de saúde da família foram implantadas nas áreas periféricas do município (Figura 01) a fim de garantir atenção primária à saúde às camadas sociais menos privilegiadas. Onde os agentes comunitários de saúde atuam realizando ações preventivas em saúde, com a responsabilidade de ser um elo entre a população que corresponde ao seu espaço de trabalho e o restante da equipe da unidade básica.

Na Figura 01 estão representadas as apresenta que no PSF do Jardim Guanabara, 53,21% da área não contava com a presença do ACS; no PSF Vitória Régia, 45,40%; no PSF Jardim Marajoara, 30,64%; no PSF CAIC, 19,48%; no PSF Rodeio, 26,67%; no PSF Jardim Paraíso, 55,07%; no PSF Cohab Nova, 75,49%; e no PSF Vista Alegre, 9,95%.

Pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres, em 2011 estimava-se que 42% da população do município estavam coberta pelo PSF. Contemplando todo território urbano da Cidade (Figura 1) e ainda micro áreas com e sem a presença de agentes comunitários de saúde (ACS), cumpre destacar que na área urbana do município de Cáceres o PSF abrangia apenas 26,5% da área geográfica e destas, 45,34% contava com a presença do agente comunitário de saúde e 54,66% não tinha agente comunitário de saúde.

Figura 1. Distribuição dos PSFs: mapeamento por área de cobertura e presença do ACS.



LEGENDA

PSF/BAIRRO	ÁREA COBERTA COM ACS	ÁREA COBERTA SEM ACS	% COBERTA COM ACS	% COBERTA SEM ACS
JARDIM GUANABARA	[Hachura diagonal vermelha]	[Área cinza]	46,79	53,21
VITÓRIA RÉGIA	[Hachura diagonal verde]	[Área cinza]	54,60	45,40
JD. MARAJOARA	[Hachura diagonal azul]	[Área cinza]	69,36	30,64
CAIC	[Hachura diagonal laranja]	[Área cinza]	89,62	10,48
RODEIO	[Hachura diagonal marrom]	[Área cinza]	73,33	26,67
JD. PARAISO	[Hachura diagonal ciano]	[Área cinza]	44,93	55,07
VILA REAL	[Hachura diagonal verde-claro]	[Área cinza]	12,12	87,88
COHAB NOVA	[Hachura diagonal magenta]	[Área cinza]	24,51	75,49
VISTA ALEGRE	[Hachura diagonal amarelo]	[Área cinza]	90,05	9,95
ÁREA DECOBERTA				100,00

Durante o processo do mapeamento da cobertura geográfica, foi possível levantar dados sobre a cobertura assistencial, histórico do tempo de implantação e funcionamento das equipes de cada PSF no município de Cáceres. (Quadro 2).

O município de Cáceres aderiu à política da atenção básica em saúde, proposta com a reorganização nacional da saúde no Brasil e implantou no ano de 1999, cinco Unidades Básicas de Saúde na modalidade de Saúde da Família (UBS - PSF), em 2000 mais duas unidades e em 2006 ampliou sua cobertura populacional com mais duas unidades (Quadro 2). Logo todas as equipes de PSF foram implantadas antes desta pesquisa e segundo informações obtidas não houve alteração no território de atuação das equipes ao longo desta pesquisa.

O número de pessoas adstritas a cada área variou de 4000 a 7300 pessoas cadastradas em cada unidade (Quadro 2). Ou seja, a maioria das equipes não atendiam a norma do Ministério da Saúde que recomenda apenas 3 mil habitantes por equipe, podendo atingir o máximo de 4 mil habitantes (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde preconiza que as equipes da Saúde da Família devem ser compostas por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico em enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2013). Observa-se que todas as equipes possuíam médico, enfermeiro e auxiliar ou técnico em enfermagem. Quanto ao número mínimo de ACS, apenas a Unidade do PSF Vista Alegre contava com 6 agentes, as demais estão com número inferior ao preconizado pelo MS. Destaca-se aqui, o número excessivo de pessoas cadastradas em cada unidade, o que representa a necessidade de um número maior de ACS em cada área. Apenas as Unidades da Cohab Nova e do Jardim Guanabara contavam com profissionais dentistas e Técnicos em Higiene Dental (Quadro 2).

As Equipes de Saúde da Família devem implementar ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, bem como na manutenção da saúde da comunidade (BRASIL, 2013). Assim no Quadro 02 no campo "Projetos" destacam-se ações de prevenção em saúde desenvolvidas pelas unidades. A prática da caminhada foi referida por cinco equipes, seguida de palestras, horta e Projeto cinema. Três unidades não informaram quais ações eram desenvolvidas. A unidade Vitória Régia se destacou pela implementação de projetos de horta,

caminhada e cinema, oportunidade em que despertou interesse em investigar esse diferencial. Constatando-se por meio de observação e conversa informal que se trata de perfil profissional da equipe voltado para a prevenção e promoção à saúde.

**Quadro 2.- Características do PSF do município de Cáceres**

IDENTIFICAÇÃO	ANO DE IMPLANTAÇÃO	NÚMERO DE PESSOAS ADSCRITAS	COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE	PROJETOS
COHAB NOVA	2006	4200	1 médico, 1 enfermeiro, 1 téc. de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de dentista; 5 agentes com. de saúde.	Caminhada
VISTA ALEGRE	1999	7000	1 médico, 1 enfermeiro, 1 téc. de enfermagem, 6 agentes com. de saúde.	Palestra com a comunidade
MARAJOARA	1999	5100	1 médico, 1 enfermeiro, 1 téc de enfermagem, 5 agentes com. de saúde.	Caminhada
JD. GUANABARA	2006	7000	4 agentes com. de saúde, 1 enfermeiro, 1 téc de enfermagem, 1 médico, 2 dentistas, 5 THD,	Caminhada
CAIC	1999	6000	5 agentes com. de saúde, 1 téc de enfermagem, 1 enfermeiro, 1 médico	Não informado
VITÓRIA RÉGIA	2000	7000	4 agentes com. de saúde, 1 enfermeiro, 1 téc de enfermagem 1 médico	Horta ativa Caminhada Projeto cinema
VILA REAL	1999	7300	1 enfermeiro, 1 médico, 1 téc de enfermagem, 2 agentes com. de saúde	Não informado
RODEIO	1999	4000	4 agentes com. de saúde, 1 médico, 1 téc de enfermagem, 1 enfermeiro	Caminhada
JD. PARAÍSO	1999	4100	4 agentes com. de saúde, 1 médico, 1 téc de enfermagem, 1 enfermeiro	Não informado

## 5.2 DESCRIÇÕES DOS CASOS

No período de 2008 a 2010, 312 casos de AVC de residentes em Cáceres foram hospitalizados no município, 245 pacientes internados no HRCAF e 67 pacientes no HSL. A frequência de internações foi menor no HSL (21,4%), enquanto no HRCAF, onde existe o serviço de neurologia foi maior o percentual de internação (78,6%). O número de internação sofreu variação no período estudado onde 30,5% dos casos foram

internados em 2008, 43,9% em 2009 e 25,6% em 2010 (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição do número de casos de AVC no município de Cáceres segundo internação por ano e local de hospitalização no período de 2008 a 2010.

Ano	Local	HRCAF		HSL		Total	
		N	%	N	%	N	%
2008		70	22,5	25	8,0	95	30,5
2009		110	35,2	27	8,6	137	43,9
2010		65	20,9	15	4,8	80	25,6
<b>Total</b>		<b>245</b>	<b>78,6</b>	<b>67</b>	<b>21,4</b>	<b>312</b>	<b>100</b>

Para traçar o perfil clínico epidemiológico dos pacientes estudados, foram levantadas as variáveis quanto à idade, sexo, tipo de AVC, evolução no tratamento, as comorbidades e o local de internação (Tabela 2).

A idade dos casos variou entre 24 a 103 anos, a maioria concentrada nas faixas etárias de 60 a 80 anos (52,3%) e de 40 a 60 anos (30,1%). Com relação ao sexo, 167 casos (53,5%) eram homens. A maioria teve o diagnóstico de AVC Isquêmico (80,1%). Dentre as comorbidades, houve predomínio da hipertensão arterial sistêmica, atingindo percentual de 86,8% dos pacientes. Quanto ao local de internação, 66,1% foram internados na emergência e 36,9% em CTI, variando estes números de acordo com a evolução (Tabela 2).

**Tabela 2.** Número e percentual dos casos de internação por AVC, segundo características epidemiológicas. Cáceres, Mato Grosso, 2008 a 2010.

Características	Nº	%
<b>Idade</b>		
< 40 anos	11	3,5
41-59 anos	94	30,1
60-80 anos	163	52,3
>80 anos	44	14,1
<b>Sexo</b>		
Masculino	167	53,5
Feminino	145	46,5
<b>Tipo de AVC</b>		
Hemorragico	62	19,9
Isquêmico	250	80,1
<b>Evolução</b>		
Óbito	81	26,0
Sequelas graves	148	47,5
Sequelas leves	25	8,0
Sem sequelas	30	9,6
<b>Comorbidades</b>		
Hipertensão arterial	271	86,8
Diabete Mellitus	83	26,6
Cardiopatias	12	3,8
<b>Local de Internação</b>		
CTI	115	36,9
Emergência	197	66,1
<b>Total</b>	<b>312</b>	<b>100</b>

Considerando o local de residência dos casos segundo cobertura do PSF, observou-se que, no período de 2008 a 2010, do total de casos de AVC, 60 (19,4%) eram residentes em áreas de cobertura da equipe do PSF e 252 (80,6%) residentes em áreas descobertas pelo PSF (Tabela 3).

Do total de casos de AVC de pacientes residentes em áreas cobertas pelo PSF, a maioria era do sexo feminino (55%) e tinha 60 anos e mais (45% na faixa etária de 59 a 80 anos e 21,6%, em maiores de 80 anos). Mais de 86% dos casos tiveram diagnóstico de AVCI e 80,0% apresentava HAS como morbidade associada. (Tabela 3).

Quanto aos pacientes com AVC residente em áreas não cobertas pelo PSF, a maior parte estava concentrada na faixa etária entre 59 a 80 anos (54%), com predomínio do sexo masculino (55,6%). A maioria teve diagnóstico de AVCI (78,6%). Dentre as comorbidades, ocorreu o predomínio de HAS (88,5%). (Tabela 3).

**Tabela 3.** Número e percentual dos casos de internação por AVC, segundo características epidemiológicas e local de residência dos casos, de acordo com as áreas de abrangência das equipes do PSF. Cáceres, Mato Grosso, 2008 a 2010.

Características	PSF		não PSF	
	N	%	N	%
<b>Idade</b>				
< 40 anos	1	1,7	10	4,0
41-60 anos	19	31,7	75	29,7
61-80 anos	27	45,0	136	54,0
> 80 anos	13	21,6	31	12,3
<b>Sexo</b>				
Masculino	27	45,0	140	55,6
Feminino	33	55,0	112	44,4
<b>Tipos de AVC</b>				
Hemorragico	8	13,4	54	21,4
Isquêmico	52	86,6	198	78,6
<b>Comorbidades</b>				
HAS	48	80,0	223	88,5
Diabete Mellitus	19	31,6	64	25,4
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

Do total de casos residentes em áreas cobertas pelo PSF, 12% foram transferidos, 17% evoluíram sem sequelas, 10% com sequelas leves, 28% evoluíram com sequelas graves e 33,3% foram a óbito (Tabela 4). Entre os casos residentes em áreas não cobertas pelo PSF, 8% foram transferidos a hospitais de alta complexidade para neurocirurgia endovascular intracraniana, 8% evoluíram sem sequelas 7% com sequelas leves 53% evoluíram com sequelas graves e 24% foram a óbito (Tabela 4).

Entre os pacientes residentes em áreas cobertas ou não cobertas, observaram-se percentuais aproximados para transferências, evolução sem sequelas e com sequelas leves. Em áreas descobertas pelo PSF, predominaram os casos de sequelas graves cerca de (53%).

**Tabela 4.** Número e percentual dos casos de internação por AVC, residentes em áreas cobertas e não cobertas pelo PSF, segundo a evolução dos casos. Cáceres, Mato Grosso, 2008 a 2010.

EVOLUÇÃO	PSF		não PSF		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Óbito	20	33,3	61	24,2	81	25,9
Sequelas graves	17	28,3	132	52,4	149	47,7
Sequelas leves	6	10	18	7,1	24	7,6
Sem sequelas	10	16,7	20	7,9	30	9,6
Transferências	7	11,7	21	8,4	28	9,2
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>252</b>	<b>100</b>	<b>312</b>	<b>100</b>

O tempo de internação dos casos estudados variou entre 0 a 50 dias, sendo que o maior número de pacientes esteve internado entre 0 a 10 dias (68,5% dos casos). (Tabela 5).

Dos casos estudados a média total do tempo de internação para pacientes de área de PSF foi de 7,7 dias de internação, para a área não coberta por PSF foi de 8,5 dias, com mediana de 5 e 8 respectivamente, o que demonstra que 50% dos pacientes do PSF estiveram internados até 5 dias e até 8 dias para os pacientes sem cobertura de PSF.

Para os casos de internação entre 0 a 10 dias de pacientes de PSF a média foi de 3,8 dias de internação, onde 50% dos pacientes internados neste intervalo de dias correspondendo a 21 pacientes que permaneceram no hospital até 3 dias (mediana 3); para não cobertos por PSF foi de 5,4 dias e mediana 5, assim 85 dos pacientes ficaram internados até 5 dias.

Os resultados apontam redução no tempo de internação em relação à área coberta e não coberta por PSF, correspondendo a diferença de 1,6 dias de internação em relação à internação até 10 dias. Para o período de internação entre 11 a 20 dias a diferença de internação foi de 0,2% acima para a área de PSF, e para o intervalo de internação entre 21 a 40 dias a diferença foi de 1,5% a mais para a área de PSF, logo equivale a dizer que nos dois últimos intervalos de internação os percentuais para o PSF sobressaíram (Tabela 5).

Observa-se que os casos com permanência de internação por mais de 21 dias

correspondentes aos casos graves, a média para área do PSF foi de 27 (8,3%) enquanto que para a área de não PSF foi de 25,5 (2,3%) apresentando proporcionalmente maior número na área de PSF. (Tabela 5).

**Tabela 5.** Tempo de internação por AVC segundo área de residência e cobertura do PSF.

Cobertura	PSF				não PSF			
	N	%	Média	Mediana	N	%	Média	Mediana
0 a 10	43	71,7	3,8	3	171	67,9	5,4	5
11 a 20	12	20	14,0	13,5	74	29,4	13,8	12,5
21 a 30	5	8,3	27	27	6	2,3	25,5	26,5
31 a 40	-	-			-			
41 a 50	-	-			1	0,4	50	-
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>7,7</b>	<b>5</b>	<b>252</b>	<b>100</b>	<b>8,5</b>	<b>8</b>

As taxas de internação por AVC para o Município de Cáceres e para as áreas segundo cobertura do PSF foram estimadas a partir dos dados levantados através de prontuários médicos, em relação à população geral e a população coberta pelo PSF, no período de 2008 a 2010. (Tabela 6) (Gráfico 1).

No período estudado, a taxa de internação no município de Cáceres variou entre 9 e 15,8 casos por 10.000 habitantes, sendo maior no ano de 2009. Nas áreas cobertas pelo PSF variou entre 4,7 e 6 casos por 10.000 habitantes. Já para as áreas não cobertas pelo PSF a taxa ficou entre 11,4 e 22,9 casos por 10.000 habitantes. (Tabela 6) (Gráfico 1).

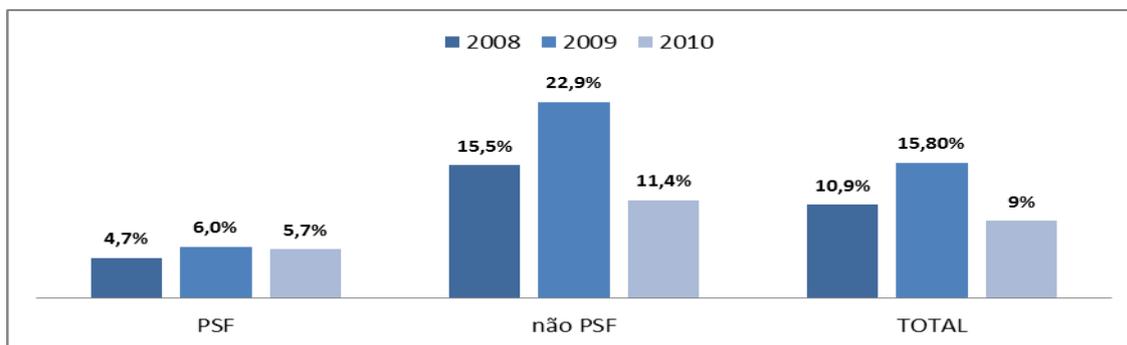
Percebe-se acentuada redução para o ano de 2010 na área de não PSF onde a taxa declinou -11,5 em relação ao ano de 2009, o que corresponde a uma queda de 50% dos pacientes de um ano para o outro.

**Tabela 6.** População residente, número de casos e taxa de internação hospitalar de casos de AVC por 10.000 habitantes, segundo área de residência e cobertura de PSF. Cáceres, 2008 a 2010.

Cobertura	PSF			Não PSF			Total			
	Ano	População*	N	Taxa hosp.	População	N	Taxa hosp.	População	N	Taxa hosp.
2008		36.458	17	4,7	50.347	78	15,5	86.805	95	10,9
2009		36.649	22	6,0	50.612	116	22,9	87.261	138	15,8
2010		36.935	21	5,7	51.007	58	11,4	87.942	79	9,0
<b>TOTAL</b>			<b>60</b>			<b>252</b>			<b>312</b>	

\*População constante no banco de dados do SIAB, coberta do PSF no Município de Cáceres nos respectivos anos.

**Gráfico 1.** Distribuição das taxas de internações hospitalares por 10.000 habitantes no município de Cáceres no período de 2008 a 2010, por área de cobertura do PSF, para a população geral.



\*População constante no banco de dados do SIAB, coberta do PSF no Município de Cáceres nos respectivos anos.

Houve a necessidade de se fazer um recorte populacional neste estudo, o qual corresponde ao Indicador de Avaliação do Pacto de Atenção Básica, referente à taxa de internação por AVC na faixa etária entre 30 e 59 anos. Para esta população exposta ao risco de AVC a taxa de internação hospitalar no município de Cáceres, segundo dados dos prontuários médicos no período 2008 a 2010, quando comparados em áreas cobertas e descobertas pela equipe do PSF demonstrou um nítido predomínio de casos em áreas não coberta do PSF. (Tabela 7).

No período estudado, em relação aos casos de pacientes da área de PSF os resultados apontam um declínio de um ano para o outro; 4,69%, 3,81% e 3,70% respectivamente. Já para os casos fora da área de PSF em 2008 obteve uma taxa de 18,11% com aumento no ano seguinte representando uma taxa de 25,96% e declínio no ano subsequente atingindo 9,12% (Tabela 7). Percebe-se a redução para estes casos em 2010.

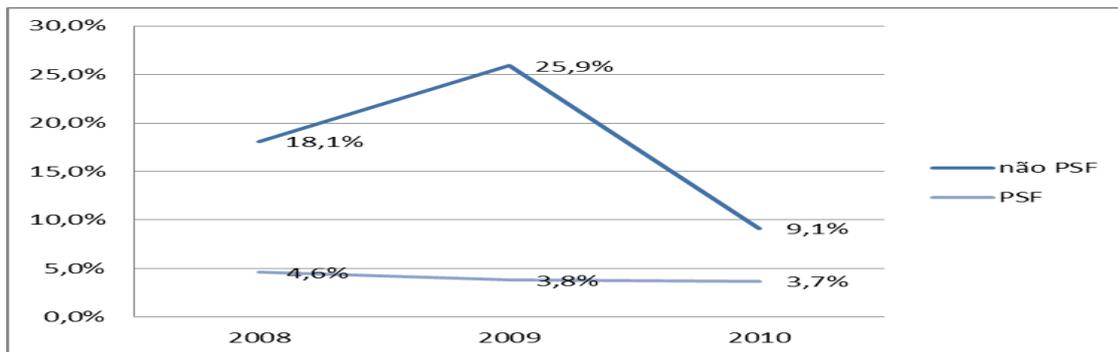
Ainda em observação ao Gráfico 2 a taxa de internação para esta população de 30 a 59 anos declina em -16,8 do ano de 2009 para o ano de 2010 para a área não PSF.

**Tabela 7.** Taxa de internações hospitalares por acidente vascular cerebral (AVC) no município de Cáceres por ano no período de 2008 a 2010, em população na faixa etária de 30 a 59 anos.

Cobertura	PSF			Não PSF			Total			
	Ano	Pop.	N	Taxa hosp.	Pop.	N	Taxa hosp.	Pop.	N	Taxa hosp.
	2008	12788	5	3,9	17661	20	11,3	30449	25	8,21
	2009	13104	7	5,3	18098	45	24,8	31202	52	16,6
	2010	13490	4	2,9	18631	16	8,5	32121	20	6,2
	<b>TOTAL</b>		<b>16</b>		<b>81</b>			<b>97</b>		

Fonte: IBGE, população estimada – SIAB/MUN, MS/DATASUS, SIH/SUS, SAS/MS.

**Gráfico 2.** Distribuição das taxas de internações hospitalares na população de 30 a 59 anos no município de Cáceres: população assistida e não assistida pelo PSF no período de 2008 a 2010.



### 5.3 DESCRIÇÃO DOS PACIENTES A PARTIR DAS FONTES DE DADOS

No processamento de dados dos pacientes hospitalizados por AVC no município de Cáceres no período de 2008 a 2010, utilizou-se de dados fornecidos pelas AIHs e prontuários médicos para fazer a comparação de algumas variáveis, como local de residência, diagnóstico, número de internações e local de internação.

Segundo dados do Polo Regional de Saúde de Cáceres, o Estado de Mato Grosso possui uma taxa de internação hospitalar em torno de 7,5%/hab/ano, baseado neste número e na população de cada município, a Secretaria Estadual de Saúde recebe a quantidade de AIHs que devem ser distribuídas aos seus municípios de acordo com o número de municípios.

Do número de AIH estimado e destinado ao município de Cáceres, a exemplo de outros municípios do Estado de Mato Grosso, 15% permanece na Referência Estadual de Saúde em Cuiabá como parte de uma "câmara única" destinada a todos os municípios do estado para atendimento nos procedimentos de alta complexidade como neoplasias, transplantes, cirurgias complexas nas áreas ortopédicas, neurocirúrgicas e cardíacas; 5% permanecem a nível municipal para manejo entre os dois hospitais do município (Hospital São Luiz e Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes); e o restante é distribuído entre os demais procedimentos de média e baixa complexidade realizados nos dois hospitais, de acordo com a autorização da Central de Regulação Estadual a nível local.

Através do CNES foram obtidas as AIHs expedidas para internação de AVC

para o período 2008 a 2010 no município de Cáceres, observou-se que dos 216 pacientes hospitalizados no município constando como população residente, 107 foram internados no serviço de Neurologia do Hospital Regional e 109 encontravam-se registrados no CNES como internação no Hospital São Luiz (Tabelas 8 e 9).

De acordo com o levantamento efetuado em prontuários médicos do Hospital Regional de Cáceres foram atendidos pelo Serviço de Neurologia no mesmo período 245 pacientes com diagnóstico de AVC. Dos 107 pacientes com diagnósticos de AVC pela AIH atendidos no HRCAF, 35 casos (32,7%), não coincidiram o diagnóstico com os dados levantados através dos prontuários médicos e 6 foram excluídos deste trabalho por serem AIHs em duplicidade do mesmo paciente (Tabela 8 e 9).

Embora alguns casos tenham sido encaminhados de outros serviços da regional de saúde com diagnóstico de AVC, por meio da Central de Regulação com emissão de AIH foram detectados no HRCAF através da Neurologia durante a internação, outros diagnósticos diversos variando desde epilepsia com paralisia de Todd, síncope, distonias neurovegetativas, hematoma subdural crônico, processo expansivo intracraniano, comas diversos, distúrbios metabólicos e até intoxicações exógenas.

Dos 109 pacientes cujos dados das AIHs de acordo com o CNES foram atendidos no Hospital São Luiz em internações por AVC no período de 2008 a 2010, foram desconsideradas 24 AIHs referente às transferências de pacientes recebidas do HRCAF, pois já haviam sido contabilizados no hospital de origem. Dos demais 23 casos (24,5%), os diagnósticos de AIH não coincidiram com o do levantamento de prontuários, foram encontrados diagnósticos como sepsis, SIDA, Insuficiência renal aguda, coma por distúrbio metabólico, insuficiência cardíaca, encefalopatia, toxoplasmose cerebral, etc. Ainda foram excluídos da amostra por duplicidade de AIH 3 (2,7%) destes casos foram excluídos deste trabalho, e 1 (0,9%) por residir na Bolívia (Tabela 8 e 9).

Observou-se que em 12 casos houve duplicidade de AIH para o mesmo paciente, dos quais nove foram excluídos da amostra, pois não apresentavam prontuários que certificassem a internação, alguns deles permaneceram hospitalizados por longo tempo, notadamente no setor de CTI, sendo este o provável motivo da duplicidade (Tabela 08 e 09).

**Tabela 8.** Distribuição do número de casos por prontuários comparados com as AIHs verificados por local de residência, internação de AVC e instituição de saúde no município de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2008 a 2010.

Instituição	No. de casos por prontuário	No. de casos com AIH emitida com diagnóstico de AVC	No. de casos com AIH com outro diagnóstico	No. de casos Confirmados AIH/Prontuário	No. de casos AIH com duplicidade	No. de casos sem AIH emitidas	No. de casos com AIH emitidas/sem prontuário
HRCFAF	245	107	35	66	06	179	-
HSL	67	109	-	67	03	-	42
<b>TOTAL</b>	<b>312</b>	<b>216</b>	<b>35</b>	<b>123</b>	<b>09</b>	<b>179</b>	<b>42</b>

**Tabela 9.** Distribuição do número de casos por AIHs verificados por local de residência, internação de AVC e instituição de saúde no município de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2008 a 2010.

Instituição	AIH emitidas	AIH duplicadas	Informações de Prontuários		
			Diagnóstico de AVC e município de residência em Cáceres	Outro diagnóstico	Residentes em outro município
HRCFAF	107	6	28	35	38
HSL	109	3	58	23	1
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>9</b>	<b>86</b>	<b>58</b>	<b>39</b>

## 6. DISCUSSÃO

O comparativo das taxas de internação por AVC entre o Brasil, Mato Grosso e Cáceres revelam uma elevada taxa no município no período estudado entre 9,0 e 15,8 ficando acima do país e do estado uma vez que para o Brasil variou entre 7,4 e 8,8 e para Mato Grosso a variação ficou entre 5,5 e 6,9. Dados do MS (2011) demonstraram uma tendência de declínio das taxas de mortalidade por AVC no Brasil sendo que no período de 2000 a 2009 a taxa de declínio foi de -14,7%. Segundo Garritano et al (2012) esta redução da taxa de mortalidade deveu-se a controle de fatores de risco modificáveis diminuindo a incidência da doença e controle da letalidade devido ao uso do tratamento mais eficaz da doença.

Na população de 30 a 59 anos no período 2008, 2009 e 2010 no município de Cáceres a taxa de internação por 10.000 habitantes na população assistida pelo PSF foi de 4,7; 3,8 e 3,7 para os anos estudados em comparação com o estado de Mato Grosso de 6,0; 6,2 e 4,4 e Brasil de 6,1; 6,7 e 4,4 respectivamente. Para a área não coberta por PSF as taxas foram para os anos correspondentes de 18,1; 25,9 e 9,1 por 10.000 habitantes. Tendo em vista que estes dados são utilizados pelo Ministério da Saúde como indicador avaliativo de ações e serviços de promoção e proteção da saúde dos indivíduos atendidos pelo PSF, os resultados sugerem uma possível ação positiva das equipes de PSF no tratamento de fatores de risco e comorbidades associadas ao AVC no período de estudo.

Atribui-se ao declínio da taxa de internação por AVC nas áreas não cobertas pelo PSF a própria política de controle das DCNTs lançada e difundida no Brasil, com acirradas campanhas multimídias, debates e discussões contundentes em programas de televisão e rádio, além de campanhas nacionais no combate ao tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, controle da hipertensão e diabetes mellitus. Fatores estes modificáveis que, mesmo sem a atuação da equipe de saúde da família nestas áreas a exemplo do país passaram a ser melhor controlados pela própria população, a partir das políticas públicas de saúde.

O perfil clínico epidemiológico dos casos de AVC em Cáceres demonstrou a maior incidência no sexo masculino, com idade entre 60 a 80 anos, com predomínio ao

AVCI, com grande proporção de ocorrência de sequelas graves e considerável número de óbitos, tendo com destaque para fatores de risco a hipertensão arterial, seguida de diabetes *mellitus*, estando em sua maioria internados no setor de emergência.

Comparando os casos de AVC de residentes em áreas cobertas e não cobertas pelo PSF, os achados foram semelhantes no que se refere a faixa etária, destacando em ambas o predomínio entre 60 a 80 anos, quanto ao tipo de AVC, com predomínio do AVCI e a associação com a hipertensão arterial sistêmica. Em relação às diferenças observadas, entre os residentes em áreas cobertas predominou o sexo feminino e nas áreas descobertas, o sexo masculino. Quanto à evolução, o percentual de óbitos foi maior nas áreas com PSF, enquanto o percentual de sequelas graves nas áreas de não PSF. Acredita-se que as internações com evolução para óbito em área de PSF referem-se a pacientes com fatores de risco não modificáveis, os quais não permitem a interferência direta na incidência do AVC ou em sua evolução. Levando-se em conta que a probabilidade de ser acometido por AVC aumenta com a idade, enfatizam-se os achados desta pesquisa onde houve o predomínio de pacientes acima de 60 anos.

O fator idade avançada apresenta segundo o Ministério da Saúde grande incidência de acidente vascular cerebral (BRASIL, 2004). Inúmeros estudos relatam que o aumento da idade é fator de risco para o AVC (LOYOLA FILHO, 2004; PIRES, 2004).

Segundo Bocchi (2005) a estatística aponta que em 70% dos casos de AVC os pacientes estão acima de 65 anos de idade. Lima (2009) assegura que o AVC é uma doença de maior frequência em adultos, principalmente em idosos, destacando que em sua pesquisa a faixa etária prevalente foi entre 66 a 85 anos, dados semelhantes aos resultados desta pesquisa.

Ainda com respaldo em Thon et al (2006) afirma-se que o AVC tem pico de incidência entre a sétima e oitava década de vida, quando se somam com as alterações cardiovasculares e metabólicas relacionadas à idade.

Denota-se neste estudo uma precocidade do início dos sintomas e internações por AVC nos adultos em idade potencialmente produtiva, dados estes semelhantes ao observado por Falcão et al (2008) em pacientes atendidos pelo SUS na região de Fortaleza, destacando que o AVC pode ocorrer mais precocemente e ser relacionado a outros fatores de risco, como distúrbios da coagulação, doenças inflamatórias e

imunológicas, bem como o uso de drogas.

Teixeira Salmela et al (2007) reforça o aumento da incidência na faixa etária acima dos 60 anos e considera que as taxas de sobrevivência naturalmente declinam com o avanço da idade – de 79% dos (75 aos 84) anos para 67% acima dos 85 anos.

Em números relativos houve o predomínio de internações por AVC em pacientes do sexo masculino levando em conta a população geral estudada. O que se assemelha a pesquisa realizada por Silva (2012) traçando o perfil do doente com AVC e as eventuais diferenças e semelhantes entre os sexos, que demonstrou maior incidência em pacientes do sexo masculino. A variável idade, nesta pesquisa foi fator preponderante para o AVC, dado a população com idade avançada. Fato curioso se destaca quanto ao sexo onde na área coberta pelo PSF incidiu o sexo feminino e na descoberta o sexo masculino. Instigando uma preocupação quanto às ações preventivas voltadas à saúde da mulher no âmbito da atenção primária.

Quanto ao tipo de AVC, predominou o AVC isquêmico em concordância com dados da literatura médica, pois segundo Fegin et al (2003) o acidente vascular cerebral isquêmico é três a quatro vezes mais frequente que o hemorrágico, representando em torno de 70 a 80% de todos os casos.

O predomínio de indivíduos do sexo masculino internados com AVCI é compatível aos dados descritos na literatura, pois de acordo com Gagliardi (1999) em relação ao sexo há maior proporção de casos de AVC em homens que em mulheres, notadamente em AVCI. Sanches et al (2006) explicam que a mulher em idade fértil em relação ao homem possui maior proteção cardiovascular para AVCI, na faixa etária de 45 a 55 anos, em decorrência da proteção hormonal, diferenças que desaparecem após o período da menopausa. Nos estudos de Silva (2012) a maior incidência foi para o tipo isquêmico, o que está associado ao sexo masculino, reforçando assim os resultados da pesquisa de Sanches et al (2006) e os resultados aqui encontrados.

Em relação ao tipo de AVC a existência ou não de PSF não interferiu nos resultados, já que se manteve o predomínio de AVCI, em toda a amostra. Sequelas graves e óbitos foram dados relevantes em áreas onde não há cobertura de PSF.

Os dados dos prontuários apontaram números expressivos para a evolução adversa dos casos com sequelas graves e óbitos, a maioria proveniente de casos internados no setor de CTI.

Embora o quadro aponte com ênfase maior incidência em óbitos da população coberta pelo PSF, há de se registrar menor número de sequelas graves desta população adstrita, fato este que pode ser atribuído ao maior controle dos fatores de riscos modificáveis pela equipe de profissionais.

Lima (2009) demonstrou que aproximadamente 70% dos sobreviventes de AVC apresentam algum prejuízo funcional em relação à sua vida; geralmente, a doença traz graves sequelas físicas e mentais (cognitivas), gerando impacto econômico, pois compromete a vida produtiva dos pacientes e um impacto social, na medida em que interfere profundamente na dinâmica da família e da sociedade em que o paciente vive. As consequências pós-AVC variam de acordo com o local atingido no cérebro e o tamanho da obstrução, destacando que maior parte dos pacientes fica com grau de incapacidade e muitos com quadro de depressão.

Quando analisados a respeito do grande número de altas com sequelas graves remetemo-nos ao fato de que o impacto do Acidente Vascular Cerebral (AVC), em um indivíduo é normalmente imprevisível e seus efeitos podem ser devastadores, apresentando como consequências, sequelas físicas, funcionais, emocionais e cognitivas. A reabilitação destes pacientes corresponde a um processo lento e complexo, uma vez que além das condições clínicas, envolve aspectos multifocais. Muitos pacientes apresentarão comprometimento sensório-motor e incapacidades C, o que implicara num significativo impacto em seus níveis de independências funcional (COSTA, 2009).

Segundo Fernandes et al (2008) elevados índices de óbitos e sequelas graves incapacitantes em decorrência de doenças cerebrovasculares têm onerado sistematicamente o Sistema Previdenciário Brasileiro (SPB) ao longo das últimas décadas e gerado custos diretos e indiretos ao SUS, no que se refere à internação, tratamento e reabilitação. Ainda como destaca a Organização Mundial de Saúde (2008) o acidente vascular cerebral (AVC) é a principal causa de mortes no Brasil entre os óbitos por doenças cerebrovasculares e a principal causa de incapacidade no mundo.

Dados diversos ocorreram quando comparados números relativos à “evolução” de pacientes provenientes de áreas com ou sem abrangência de PSF, proporcionalmente há uma tendência na queda dos números de sequelas graves, leves e sem sequelas em pacientes provenientes de áreas com PSF, sugerindo que apesar das deficiências

encontradas no funcionamento da equipe do PSF, ainda assim sua existência parece ser um fator de proteção para as complicações advindas dos casos com AVC.

Dentre as comorbidades associadas ao AVC, como fator de risco houve predomínio da hipertensão arterial sistêmica. Para Radanovic (1999) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco preditivo para AVCI. Achados semelhantes foram encontrados por Gagliardi et al (2004) em pesquisa realizada no município de São Paulo em idosos com AVCI, em consonância com Merrit (2002) que afirma que o risco de acidente vascular cerebral aumenta proporcionalmente com a elevação da pressão arterial. Lima (2009, p. 861) acrescenta que a hipertensão arterial é o fator de risco principal para o acidente vascular cerebral, de tal forma que a mortalidade e a incidência do AVC podem ser consideradas como marcadores da prevalência da hipertensão em uma localidade.

Do total dos casos verificados a maioria encontrava-se internado na Emergência, fato este que pode estar relacionado ao número reduzido de leitos nas duas CTIs. André (1999) diz que a grande maioria dos pacientes com AVC agudo devem ser hospitalizados, sendo que a internação se justifica pela necessidade de rápida investigação da natureza do problema e pelo grande potencial de desenvolvimento de complicações clínicas e neurológicas, onde há hoje uma sólida evidência de que a hospitalização em local em que há especialização no tratamento do AVC pode melhorar o prognóstico. Diante disto é necessário discutir a realidade da assistência na instituição Hospital São Luiz, onde não existe o suporte pela especialidade de neurologia, os pacientes internados são assistidos pelo clínico ou intensivista, realidade diferente do Hospital Regional local onde há este profissional atuando, podendo assim influenciar na evolução dos casos.

Vale ressaltar que o HRAF apesar de possuir CTI e especialista não dispõe de trombolíticos para o tratamento imediato e adequado dos pacientes com indicação em janela terapêutica de 3 horas para os casos de AVCI, conforme determinação da Sociedade Brasileira de Neurologia, o que provavelmente eleva o número de casos graves e conseqüentemente a mortalidade.

A taxa de internação foi baixa em relação aos pacientes de área com cobertura de PSF, representando indiretamente que a atenção primária em saúde tem um papel relevante no controle e na prevenção das doenças sensíveis à atenção primária,

sobretudo no controle dos fatores de riscos modificáveis como já mencionado nesta discussão: controle da hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, alcoolismo, hiperlipidemia, doenças cardíacas e vasculares, contraceptivos hormonais e inatividade física.

Outro fator relevante que sugere benefícios do PSF em relação à prevenção do AVC são os menores índices de taxa de internação por AVC na população de faixa etária entre 30 a 59 anos em população proveniente de áreas com cobertura do PSF. Uma vez que o Ministério da Saúde tem como indicador da atenção primária em saúde a avaliação do controle das doenças cardiovasculares e os achados deram visibilidade às ações de promoção, diagnóstico e tratamento dos fatores de risco para AVC pelas equipes ao apontar um baixo índice de internação nesta faixa etária.

Macinko et al. (2010) ressaltam que o PSF é uma estratégia de organização da atenção básica em saúde adequada e efetiva para a implementação de medidas de prevenção contra os fatores de riscos às DCNT, com o intuito de reduzir a internação por estas causas.

Radanovic (2000) aponta que o Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Acidente Vascular Encefálico é um importante problema de saúde pública, enfermidade comum de alta prevalência e incidência de distúrbios funcionais, sendo considerada mais incapacitante que letal. Todavia em função deste número considerável de sequelas graves devemos considerar o suporte no momento da alta deste paciente, já que precisará de acompanhamento frequente na reabilitação e manutenção dos seus hábitos de vida diários, papel este fortemente vinculado à equipe multidisciplinar de Saúde da Família.

Mazzola et al (2007) observa que o setor da saúde deve estar capacitado para realizar o controle dos fatores de risco modificáveis, a fim de prevenir a ocorrência da doença. Já Machado & Kayanuma (2010) afirma que os profissionais da saúde precisam buscar estratégias visando melhorar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da HAS, referindo que no Brasil a porta de entrada do SUS no controle da hipertensão é a rede básica de saúde, tendo as unidades de saúde da família como estratégias de organização do serviço de saúde.

O Ministério da Saúde reconhece que o processo de qualificação dos agentes

comunitários de saúde deve ser permanente, destacando ainda que o trabalho deste profissional é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, já que se trata de um membro da comunidade e possui com ela um envolvimento pessoal (BRASIL, 2013).

Foland (1998) elenca que os elevados números de hospitalizações evitáveis expressam indicadores de problemas oriundos da rede primária de saúde. E em geral estes problemas estão ligados à falha na gestão, na escassez de serviços, limitações na rede diagnóstica e carência de medicamentos para o controle de doenças crônicas. Ao que se pode observar durante a realização desta pesquisa, **é que** existem alguns pontos negativos em relação à cobertura do PSF em Cáceres – MT, compreendendo equipes com números excedentes de famílias cadastradas, com ausência de agentes comunitários de saúde em suas microáreas, o que compromete a atuação da equipe de saúde da família, sobretudo no que tange a ações de prevenção e promoção da saúde voltadas as doenças sensíveis à atenção primária.

Como reforça Caminal et al (2003) ao abordar a importância das “condições sensíveis à atenção primária”, construídas a partir da definição de um elenco de problemas de saúde, que podem ser manejados pelas equipes de atenção básica em saúde com a finalidade de evitar internações desnecessárias, de modo que os indicadores da atividade hospitalar têm sido usados como indicadores de avaliação da efetividade da atenção básica à saúde.

Batista (2012) afirma que existe uma redução significativa das taxas de internação por condições sensíveis a atenção primária em saúde, a qual esta diretamente relacionada à qualidade dos serviços prestados pela saúde da família.

Neste contexto, Nascimento & Nascimento (2005) evidencia o PSF como uma estratégia de reorganização do Modelo de Atenção à Saúde importante para consolidação do SUS revelando ainda que no local do estudo o Programa de Saúde da Família vem se constituindo como um instrumento potencial de mudanças na atenção básica, respondendo ao que propõem o novo modelo assistencial, centrado não somente na cura da doença, mas na intervenção de fatores de riscos e na incorporação de ações programáticas para a promoção da qualidade de vida das famílias sob sua responsabilidade. Sobretudo a partir do que nos aponta Silva (2012) no que se refere a AVC: destacando que esta é uma das principais doenças do século XXI e a prevenção é

a única arma eficaz para sua redução, logo é fundamental intervir na comunidade. Principalmente pelo fator de risco preponderante “HAS” ser controlado pela atenção primária em saúde por meio de programas e acompanhamento profissional.

Apesar da maioria das equipes do PSF do município de Cáceres estar implantada desde 1999 representando uma pequena área geográfica do município com índices de cobertura questionáveis em razão do aumento populacional subdimensionado e ainda com atendimento limitado em relação à proposta de promoção e prevenção de doenças; os achados sugerem que a proximidade deste nível de assistência à comunidade surtiu efeitos favoráveis no que tange ao controle de fatores de risco como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, com possível intervenção na taxa de hospitalização, complicações e tempo de internação por AVC.

Outro fator relevante deste trabalho é a função exercida pelos profissionais da equipe nas unidades do PSF, frente às atividades rotineiras de promoção à saúde e prevenção de doenças. É possível ainda consolidar a presença do agente comunitário de saúde como indispensável ao bom funcionamento do PSF, restringindo-se apenas a necessidade de processos de seleção adequados à admissão desta categoria, de acordo com o perfil necessário.

Com base nos dados fornecidos pelas equipes do PSF no município de Cáceres sobre área considerada com e sem ACS nos últimos cinco (5) anos, é possível observar que o acompanhamento efetivo de doenças e programas é atividades primordial deste profissional; o agente comunitário de saúde. Percebeu-se ainda na pesquisa de campo que grande parte das equipes do PSF está com ausência de agentes comunitários de saúde. É possível que este fator “micro área” “sem a atuação” do ACS em área de PSF possa ser uma variável a ser investigada correlacionando-a ao número de internação de pacientes com AVC. Destaca-se aqui a necessidade de um estudo com maior aprofundamento uma vez que os números encontrados nesta pesquisa, dado a delimitação da amostra, não permitiram descrever a distribuição dos casos segundo esta variável.

A maior limitação do estudo, dado sua natureza descritiva, consiste na não análise do acesso à internação aos pacientes, apontando se são similares aos pacientes residentes em áreas cobertas e não cobertas pelo PSF. Bem como a não descrição das variáveis socioeconômicas, como escolaridade e renda.

Outra fragilidade importante no decorrer da pesquisa foi a dificuldade de acesso aos prontuários do HSL, podendo ser devido ao fato de que a busca foi feita por funcionário do hospital e a pesquisadora não pertencer ao corpo clínico daquela instituição.

Ainda destaca-se a inexistência de arquivos de implantação e histórico de funcionamento do PSF, o conflito entre os dados obtidos na Secretaria Municipal de Saúde e na pesquisa campo, o não levantamento dos dados relacionados às internações, transferências particulares e óbitos domiciliares, a falta de estudo da acessibilidade dos pacientes ao PAM e Unidade de Saúde para internação, também aparecem como limitações do estudo. Acrescido da falta de informações sobre perfil epidemiológico dos pacientes em relação ao tabagismo, etilismo, dislipidemias, sedentarismos e hábitos alimentares e sócios culturais as quais não foram encontradas nos prontuários.

Os critérios utilizados para sustentação dos casos foram os dados de prontuários médicos e deles a confirmação foi com fundamento na clínica da patologia. Embora a fonte de dados principal para o sistema de informação em saúde no Brasil seja a AIH, neste estudo encontramos divergências entre o diagnóstico, localidade e duplicidade nas AIHs quando confrontados dados de AIH e prontuário médico.

Acrescenta-se a relevância das informações fidedignas para melhor caracterização e análise dos dados coletados, sobretudo neste caso em tela, onde houve divergências de informações encontradas ao longo da pesquisa.

No que tange a importância dos dados advindos das AIHs, Mellione (2003) indica que o SIH-SUS é um sistema de informação do Ministério da Saúde utilizado para coleta crítica, bem como para pagamento de todas as internações hospitalares feitas através do SUS. A partir das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), aprovadas pelo município, as internações pelo SUS são apresentadas ao Ministério da Saúde. Complementando Veras & Martins (1994) descreve que o formulário AIH é um documento do Sistema Único de Saúde preenchido pelos hospitais para reembolso da assistência prestada aos pacientes financiados com recursos públicos. Valendo como justificativa para internações e gastos, representando a maior fonte de informação do país sobre a produção hospitalar.

Foram obtidos resultados expressivos no que se refere à pequena parcela da

população coberta de fato por PSF, porém sendo necessário mais uma vez destacar as limitações para efetivação deste programa, sobretudo com a falta de profissionais, comprometendo o acompanhamento desses pacientes, já que foram encontradas micro áreas sem a presença do ACS.

É nessa perspectiva que se percebe a importância da atuação da equipe multiprofissional do PSF, com o objetivo de atuar na prevenção e controle dos fatores de risco, bem como identificar, avaliar e tratar os indivíduos com sequelas neurológicas do AVC, por meio de acompanhamento continuado. Ressalta-se ainda a necessidade e importância de melhorias ou modificações nas estratégias de políticas de saúde em relação à população estudada, bem como a importância da atuação conjunta entre município e a comunidade na realização de programas previstos pelo Ministério da Saúde como o acompanhamento da população idosa, hipertensa e diabética.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito deste trabalho foi o de descrever o perfil clínico epidemiológico dos pacientes com AVC residentes, atendidos e hospitalizados no município de Cáceres, relacionando-os à área de abrangência de PSF nesta cidade.

Os números revelaram que quanto à internação por doenças sensíveis à atenção primária, o não controle e prevenção dos fatores de risco interferem diretamente no aumento dos casos e internações por AVC, bem como nas sequelas graves dos pacientes.

Levantar os números dos casos de internação por AVC traçando o perfil dos pacientes representa um desafio aos nossos gestores, pois os achados sugerem uma possível associação entre a baixa efetividade da atenção primária e as internações por AVC.

Há de se ressaltar que a fidedignidade das informações é outro ponto relevante para o controle e a avaliação em saúde e aqui com já citado, ocorreram divergências marcantes entre as informações contidas nos prontuários médicos e entre as AIH emitidas para a internação nos dois hospitais.

É fato que a unidade básica de saúde, no caso estudado o PSF, com suas peculiaridades apresenta de certa forma resolutividade em alguns serviços prestados à comunidade adstrita no que se refere a atenção primária em saúde. O próprio contato direto com os pacientes a partir das visitas domiciliares, sobretudo do ACS contribui para uma reflexão em saúde, o que leva melhores práticas em promoção da saúde e consequentemente reflete na redução da taxa de internação por condições sensíveis à atenção primária.

## 8. CONCLUSÃO

Ao término deste estudo conclui-se que na população estudada o perfil clínico epidemiológico corresponde aos parâmetros encontrados em outros estudos, com predomínio na faixa etária acima de 60 anos, sexo masculino, AVCI associado a HAS. Possibilitando com este reconhecimento uma possível intervenção em nível primário, uma vez que o AVC e suas complicações podem ser prevenidos e acompanhados pela atenção básica em saúde.

O estudo revelou que a organização para implantação de unidade básica de saúde – saúde da família, dado a seu mapeamento, como forma de delimitação do distrito sanitário, com a atuação do agente comunitário de saúde amplia a capacidade de intervenção dos fatores de risco modificáveis para o AVC.

Embora exista uma latente falta de agente comunitário de saúde em áreas cobertas pelo PSF, os números desta pesquisa, revelam um baixo índice de casos de pacientes internados por AVC em relação aos números de casos de pacientes não assistidos pelo programa, permitindo assim uma prévia avaliação positiva quanto a atuação das equipes de saúde da família no que se refere a promoção e prevenção em saúde pública. A assistência da população pela unidade de saúde da família representa assim um fator preponderante para a redução dos casos de internação por AVC.

Claro que há de se reforçar que o programa de saúde da família preconiza um mínimo de profissionais, com atuações específicas em atenção primária, sobretudo com ações voltadas a educação em saúde, o que se observa comprometido no município de Cáceres, Mato Grosso, cabendo então um repensar nesta estratégia de saúde, para que surta os efeitos esperados, ou seja, dentre outros a redução de internações por doenças sensíveis à atenção primária em saúde.

## **9. SUGESTÕES**

1. Sugere-se ação conjunta entre município e a comunidade de modo que a integração educação em saúde seja transformada em ações que gerem prestação de serviço gratuito e de qualidade à população;
2. Faz-se necessário rever ou implantar ações de avaliação e vigilância continuada das atividades propostas pelo PSF para as estratégias de saúde da família mediante o intercâmbio e o comprometimento participativo entre a comunidade e o gerenciamento dos serviços de saúde, bem como a proposta de que estudos técnicos devam ser realizados para que novas unidades de PSF possam ser implantadas em áreas necessárias;
3. Promover reflexão tanto da comunidade quanto do serviço assistencial da saúde objetivando a motivação e a propositura de mudanças voltadas ao processo de educação permanente dos trabalhadores da saúde, com ênfase nas necessidades de saúde da população.

## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, X; REINERT, M.I. **Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social.** Rev. Ciência e Saúde Coletiva, Porto Alegre, vol. 09, p. 833-840, 2004.

ALFRADIQUE, M.E; BONOLO, P.F; DOURADO, I; COSTA, M.F; MACINKO, J; MENDONÇA, C.S; OLIVEIRA, V.B; SAMPAIO, L.F.R; SIMONI, C; TURCI, M.A. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção de Lista Brasileira como ferramenta para medir o desempenho de saúde (Projeto ICSAP - Brasil).** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 25 n. 6, p.1337-1349, Jun. 2009.

ALMEIDA, C.I. **Síndrome de Pusher após acidente vascular encefálico: relato de caso aparelho vestibular.** Rev. Acta Fisiátrica, São Paulo, vol.15, n.3, p. 195 – 201, Agost. 2008.

ALVES, G.G; AERTS, D. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família.** Rev. Cienc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro vol. 16 n° 1, p. 319-325, Jan. 2011.

ANDRADE, O.G; RODRIGUES, ROSALINA A.P. **Abordagem holística do sistema de cuidado familiar do idoso com acidente vascular cerebral.** Rev. Ciência, Cuidado e Saúde, Paraná, vol. 1, n.1, jun 2002.

ANDRÉ, C. **Manual de AVC.** Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

BATISTA, S.R.R; JARDIM, P.C.B.V; SOUSA, A.L.L; SALGADO, C.M. **Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos.** Rev. Saúde Pública, Goiânia, vol. 46, n.1, p. 34-42, 2012.

BITTENCOURT, A.S; CAMACHO, L.A.B; LEAL, M.C. **O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 22 n.1, p. 19-30, Jan., 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010.** Disponível em:

www.ibge.gov.br. Acesso em março de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde – CGRH-SUS/SIRH. **Indicadores Básicos de Saúde do Brasil 2006 – indicadores de Recursos (2007)**. Disponível em: <http://tabnet.datasua.gov.br/CGI/tabcgi.exe.idb2007/e01.def>. Acesso em outubro 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual do Sistema de Informação Hospitalar/Atualização**. Volume I. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada – Departamento de Atenção Especializada – **Implantando a Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Rede de Atenção às Urgências – 2011**. Disponível em: [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas). Acesso em outubro de 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Versão preliminar para seminário DCNT 13 a 16 de Junho – Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011 – 2022**. Disponível em: <http://tabnet.datasua.gov.br/>. Acesso em outubro 2011a.

BRASIL. Portaria nº 221/2008. **Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária**. Disponível <http://dtr,2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008>. Acesso em outubro de 2011b.

BRISMAN, R; PARKS, L.C; BENSON, D.W. **Pitfalls in the clinical use of central venous pressure**. Arch Surg, vol 105, p. 902-907, 2003.

CALDERÓN SM, *et al.* **Dactores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios em los municipios**. Gaceta Sanitaria Barcelona, vol.17, nº5, Sept/Oct., 2003.

CAMINAL, H.J.J; MATUTANO, B.C. **La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions**. Marco conceptual. Aten Primaria; vol.31: 61-5, 2003.

CANESQUI, A.M; SPINELLI, M.A. **Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros**. Cadernos de Saúde Pública, vol. 22, nº 9, Rio de Janeiro, Sept., 2006.

CARVALHO, E.A.A. **Epidemiologia das infecções hospitalares em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. Tese (Mestrado em Medicina Tropical). Faculdade Medicina, UFMG, 2003.

COSTA, F.A; SILVA, D.L.A; ROCHA, V.M. **Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral**. Rev. Esc. Enferm USP, 45(5), p.1083-8, 2011.

COTTA, R.M.M; BATISTA, K.C.S; REIS, R.S; SOUZA, G,A; DIAS, G; CASTRO, F.A.F; ALFENAS, R.C.G. **Perfil sócio-sanitário: estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG**. (Temas livres free themes). Rev. Ciência & Saúde Coletiva, vol.14, nº.4, Rio de Janeiro, July/Aug. 2009.

DINI, L.I. **Acidente Vascular cerebral**. ABC da Saúde, v. 5, p. 10-12. 2004.

DOMINGUEZ, J. in: Revista SAÚDE DA FAMÍLIA: **Uma estratégia para reordenação do Modelo Assistencial**. Ministério da Saúde: Brasília, 1998.

DUNCAN, B. B; SCHMIDL, M.I; POLANCZYK, C.A; HOMRICH, C.S; ROSA, R.S; ACHUTTI, A.C. **Fatores de risco para doenças não-transmissíveis em área metropolitana na região Sul do Brasil: prevalência e simultaneidade**. Rev. Saúde Pública, v. 27, p. 143-8, 1993.

FEIGIN, V.L; LAWES, C.M; BENNETT, D.A; ANDERSIN, C.S. **Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century**. Lancet Neurol, vol. 2, p. 43–53, 2003.

FERNANDES, A. T; FERNANDES, M. O. V.; FILHO, N. R. **Infecção Hospitalar e**

**suas Interfaces na Área da Saúde.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.

FERNANDES, A.T. **Percepções de profissionais de saúde relativas à infecção hospitalar e às práticas de controle de infecção.** [Dissertação]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2008.

FERNANDES, V.B.L; CALDEIRA, A.P; FARIA, A.A; NETO, J.F.R. **Interações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família.** Revista de Saúde, vol. 43, nº. 6, p. 928-36, São Paulo, Dez. 2009.

FOLAND, J. **Avoidable hospitalizations: an indicator of inadequate primary care.** Disponível em: <http://www.dph.state.ct.us/oppe/brief>. 1998. htm. Acesso em outubro de 2011.

GAGLIARDI, R. J; REIMÃO, R. **Clínica neurológica.** São Paulo: Lemos, 1998.

GARRITANO, C.R; LUZ, P.M; PIRES, M.L.E; BARBOSA, M.T.S; MOREIRA, K. **Análise da Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Brasil no Século XXI.** Rev. Arq. Bras. Cardiol., ahead print, pp.0-0, 2012.

GÉRVAS, J; HOMAR, J.C. **Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) desde El punto de vista Del medico de atención primaria.** Revista Española de Salud Pública Madrid, v. 81, nº 1, ene-feb. 2007.

GIL, C.R.R. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 22 n. 6, p.1171-1181, Jun. 2006.

GILES, M.F; ROTHWELL, P.M. **Risk of stroke early after transient ischaemic attack: a systematic review and meta-analysis.** Lancet Neurol, vol. 6; p.1063-1072, 2007.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo Demográfico, 2000.** Disponível em: <http://www.ibge.org.br>, Acesso em outubro de 2011.

LEITE, H.R; NUNES, A.P.N; CORRÊA, C.L. **Perfil epidemiológico de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico cadastrados na Estratégia de Saúde da**

**Família em Diamantina - MG.** Rev. Fisioter. Pesq. São Paulo, 2009.

LESSA, I. **Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância.** Rev. Ciênc. Saúde Coletiva, vol.9, n.4, p. 931-943, 2004.

LESSA, I; FILHO, D.E; SANTO, M. **Adesão, eficácia e custo do tratamento da hipertensão arterial.** Rev. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo, vol. 41, p. 119-123,1983.

LEVCOVITZ, E. **Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde 3/4 1974/1996.** Tese de doutorado. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

LIMA, C.P.N.C; COSTA, M.M.L; SOARES, M.J.G.O. **Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidentes vasculares cerebrais.** Rev. Enferm UFPE, Out/Dez; 3(4), p.857-63, 2009.

LOPES, A. **A Revisão/Atualização em Hipertensão Arterial: Influência de fatores étnicos e raciais na hipertensão arterial.** J. Bras. Nefrol., 21(2): 82-84, 1999.

LOTUFO, P. A. **Mortalidade pela Doença Cerebrovascular no Brasil.** Rev. Bras. Hipertens, vol.7, n.4, outubro/dezembro de 2000.

LUZ, C.C; JUNGER, W.L; CAVALINI, L.T. **Análise da atenção pré-hospitalar ao acidente vascular cerebral e ao infarto agudo do miocárdio na população idosa de minas gerais.** Rev. Assoc. Med., Bras., Niterói, vol. 56, n.4, p. 452-457, 2010.

MACHADO, C.A; KAYANUMA, E. **Estratégias para implementar medidas de prevenção primária da hipertensão.** Rev. Bras. Hipertens, vol. 06, 2010.

MACINKO, J; DOURADO, I; AQUINO, R; BONOLO, P.F; LIMA-COSTA, M.F; MEDINA, M.G; MOTA, E; OLIVEIRA, V.B; TURCI, M.A. **Forte expansão da atenção básica à saúde no Brasil associada a um declínio da hospitalização desnecessária.** Health Affairs, 29, nº 12, 2010: 21492160. Disponível em <http://content.healthaffairs.org>. Acesso em outubro de 2011.

MALTA, DC; CEZÁRIO AC; MOURA L; NETO OLM; JUNIOR JBS. **A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde.** Rev Epidemiologia e Serviços de Saúde , vol.15, n.3, pp. 47-65, 2006.

MAZZOLA, D; POLESE, J.C; SCHUSTER, R.C; OLIVEIRA, S.G. **Perfil dos Pacientes Acometidos por Acidente Vascular Encefálico Assistidos na Clínica de Fisioterapia Neurológica da Universidade de Passo Fundo.** Rev. Bras. Pol. Saú., 20 (1), p. 22-27, 2007.

MC GLYNN, E.A. **There is no perfect health system.** Health affairs. Police J. Health Sphere, v. 23, n.3, p.100-102, 2004.

MELARAGNO, R. **Acidentes vasculares cerebrais.** São Paulo: Roca, 2007.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola da Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERRITT, H.H. **Tratado de Neurologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 178-237, 2002.

MIRANZI, S.S.C; FERREIRA, F.S; IWAMOTO, H.H; PEREIRA, G.A; MIRANZI, M.A.S. **Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por equipe de saúde da família.** Rev. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 17 (4), p. 672-9, Out-Dez 2008.

MOURA, B.L.A; CUNHA, R.C; AQUINO, R; MEDINA, M.G; MOTA, E.L.A; MACINKO, J; DOURADO, I. **Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região.** Rev. Bras. Saúde Materna. Infant., Recife, 10, p. 583-491 nov., 2010.

NASCIMENTO, M.S; NASCIMENTO, M.A.A. **Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde.** Rev. Ciênc. saúde coletiva, vol.10, n.2, Rio de Janeiro, Apr./June, 2005.

NEDEL FB; FACCHINIL LA; MARTÍN-MATEOLL M; VIEIRA LAS; THUMÉ E.

**Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS).**  
Rev. Saúde Pública, vol. 42, nº6, São Paulo, Dec., 2008.

NEDEL, B.N; FACCHINI, L.A; MARTÍN, M; NAVARRO, A. **Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática de literatura.** Rev. Epidemiol. Serv. Saúde v. 19, n.1, Brasília, mar., 2010.

NOBLAT, A.C.B; LOPES, M.B.; LOPES, A.A. **Raça e lesão de órgãos-alvo da hipertensão arterial em pacientes atendidos em um ambulatório universitário de referência na cidade de Salvador.** Rev. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 82, n. 2, Feb. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em março de 2012.

OLIVEIRA, A.C; KOVNER, C.T; SILVA, R.S. **Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, 18(2), mar-abr, 2010.

OPAS/OMS. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasília, 2003.

PASSOS, V.M.A; ASSIS, T.D; BARRETO, S.M. **Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional.** Rev. Epidemiol. Serv. Saúde, v. 15, n.1, Brasília, mar., 2006.

PEREIRA, A.B.C.N; ALVARENGA, H; JÚNIOR, R.S.P; BARBOSA, M.T.S. **Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.25, n.9, pp. 1929-1936, 2009.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: Teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Guanabara, 2007.

PIRES, S.L; GAGLIARDI, R.J; GORZONI, M.L. **Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos.** Rev. Arq. Neuropsiquiatr, 62(3-B), p. 844-851, 2006.

PIRES, V.A.T.N. **Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial: um estudo de caso com gestores e equipes da Estratégia Saúde da**

**Família em uma microrregião de saúde.** [Dissertação] Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, 2008.

RADANOVIC, M. **Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário.** Rev. Arq. Neuro-Psiquiatr., vol. 58, n.1, p. 99-106, 2000.

RAMOS, A.S; SEABRA, S.J; BARELLI, C.S.G.A.P; PIZANO, R.E. **Caracterização dos hábitos alimentares das famílias pertencentes ao projeto horta doméstica Cáceres-mt.** Disponível em: <http://www.unemat.br>. Acesso em agosto de 2012.

REGO, A.R; BERARDO, F.A.N; RODRIGUES, S.S.R; OLIVEIRA, Z.M.A; OLIVEIRA, M.B; VASCONCELLOS, C; AVENTURATE, L.V.O; MONCAU, J.E.C; RAMOS, L.R. **Fatores De Risco Para Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Inquérito Domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil).** Metodologia e Resultados Preliminares. Rev. Saúde Publica, vol. 24, n. 4. Agosto, 1990.

ROSA, W.A.G; LABATE, R.C. **Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, vol.13, nº6, Ribeirão Preto, p.1027-1034, Nov./Dec., 2005.

ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e Saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M.I. **Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens.** Rev. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.10, n.1, p.1-25, Jan./Jul.2001.

SANTOS, O.F.P. Insuficiência renal aguda in: Knobel E. **Condutas no paciente grave.** São Paulo: Atheneu, 2006, p.405-15.

SCHMIDT, M.I; DUNCAN, B.B; SILVA, G.A; MENEZES, A.M; MONTEIRO, C.A; BARRETO, S.M; CHOR, D; MENEZES, P.R. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais.** Disponível em: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). Acessado em maio de 2011.

SILVA, M.A.C. **O AVC e o gênero - perfil do doente com AVC e eventuais diferenças e semelhanças entre os sexos.** [Dissertação]. Universidade da Beira

Interior, 2012.

SLULLITEL, A; SOUSA, A.M. **Analgesia, sedação e bloqueio neuromuscular em UTI.** Medicina, Ribeirão Preto, vol.731, p. 6507-6516, 2007.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Rev. Arq. Bras. Cardiol.; 95(1 supl.1): p.1-51 2010.

SOUZA, S.E.M. **Tratamento das Doenças Neurológicas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008, p.109-142.

TOLEDO, M.M; RODRIGUES, S.C; CHIESA, A.M. **Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema.** Rev. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 16(2), p. 233-8, Abr-Jun, 2007.

VERAS, R.P.; DUTRA, S. **Envelhecimento da população brasileira: reflexões e aspectos a considerar quando da definição de desenhos de pesquisas para estudos populacionais.** Physis – Revista de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 1, p. 107-125, 1993.

XAVIER, A.J. **Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007.** Rev. Ciênc. Saúde Coletiva, Santa Catarina, vol.13, n. 5, p. 1543-1551, 2008.

## 11. APÊNDICE

### 11.1 Aprovação Comitê de Ética – Plataforma Brasil

INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA / UFBA



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, SEGUNDO ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NO MUNICÍPIO DE CÁCERES, MATO GROSSO, BRASIL.

**Pesquisador:** Olga Soares da Silva Alvares

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 07713412.1.0000.5030

**Instituição Proponente:** Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 132.096

**Data da Relatoria:** 08/10/2012

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal das internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Hospital Regional Cáceres (Mato Grosso) referentes aos residentes neste município nos anos de 2000 a 2008, visando descrever o perfil epidemiológico, comorbidades associadas e evolução dos casos de acordo com a sua procedência (áreas cobertas ou não pela Estratégia de Saúde da Família/ESF), tempo de implantação e histórico do funcionamento de cada Equipe de Saúde da Família. A pesquisadora discorre sobre o problema investigado demonstrando mediante dados da literatura a importância dos fatores de risco das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), em especial o AVC, condição sensível à atenção primária, como causa de morbidade e mortalidade no mundo e particularmente, no Brasil. Afeta principalmente indivíduos mais velhos, sedentários, tabagistas, negros e de menor nível socioeconômico. Neste país, o AVC é responsável por 10% dos óbitos de indivíduos com mais de 65 anos de idade, constituem-se em 10% das internações por DCNT em hospitais públicos. No Estado do Mato Grosso, a taxa de mortalidade por AVC é de cerca de 8 por 100.000 habitantes e em Cáceres variou entre 7 e 11 por 100.000hab. A letalidade da doença nos primeiros 30 dias da doença é de 10%, mesmo sob tratamento adequado, e se eleva para 40% no primeiro ano após o evento. Os dados dos pacientes serão levantados dos prontuários médicos e, AIH do referido hospital enquanto aqueles sobre a ESF serão provenientes da Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres. Para alcançar os objetivos propostos será realizada distribuição

**Endereço:** Rua Basílio da Gama s/n

**Bairro:** Canela

**CEP:** 40.110-040

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-7441

**Fax:** (71)3283-7460

**E-mail:** cepisc@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA / UFBA



das variáveis de interesse segundo definição da área de procedência quanto a cobertura ou não por ESF que a seguir serão comparadas mediante respectivas médias e proporções. A justificativa para a realização do estudo refere-se a possibilidade de produzir informações que contribuam para orientar/aperfeiçoar as medidas de promoção e proteção da saúde, prevenção e controle da doença assim como para a reabilitação no município de Cáceres, além da relevância do tema.

**Objetivo da Pesquisa:**

Geral: Descrever o perfil clínico-epidemiológico e a evolução dos casos de hospitalização por AVC, comparando casos provenientes de áreas cobertas e não cobertas pelo PSF, atendidos no Hospital Regional de Cáceres e residentes no município de Cáceres no período de 2008 a 2010.

Específicos

¿ Descrever as características demográficas (idade e sexo), o tipo de AVC, as comorbidades e situações associadas, segundo área de procedência dos casos de hospitalização por AVC atendidos no Hospital Regional de Cáceres no período de 2008 a 2010;

¿ Descrever a evolução dos casos (óbito ou incapacidade) de hospitalização por AVC atendidos no Hospital Regional de Cáceres no período de 2008 a 2010, de acordo com a área de procedência de cada paciente;

¿ Estimar a incidência de casos em áreas cobertas e não cobertas pelo PSF, no período de 2008 a 2010.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Por se tratar de estudo com dados secundários o estudo não implica em contato com os participantes e dispensa a utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (a pesquisadora apresenta declaração sobre este aspecto). Não oferece qualquer tipo de risco aos sujeitos da pesquisa. A pesquisadora espera que as informações produzidas possam contribuir para o planejamento e orientação das medidas relativas ao controle do AVC nas instituições envolvidas e também aperfeiçoar as medidas de prevenção e controle do AVC no município de Cáceres.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O tema do estudo é relevante para saúde coletiva e seus objetivos estão definidos de forma clara. A metodologia é adequada para obtenção dos objetivos e está devidamente explicitada.

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n  
Bairro: Canela CEP: 40.110-040  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-7441 Fax: (71)3283-7460 E-mail: cepisc@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA / UFBA



das variáveis de interesse segundo definição da área de procedência quanto a cobertura ou não por ESF que a seguir serão comparadas mediante respectivas médias e proporções. A justificativa para a realização do estudo refere-se a possibilidade de produzir informações que contribuam para orientar/aperfeiçoar as medidas de promoção e proteção da saúde, prevenção e controle da doença assim como para a reabilitação no município de Cáceres, além da relevância do tema.

**Objetivo da Pesquisa:**

Geral: Descrever o perfil clínico-epidemiológico e a evolução dos casos de hospitalização por AVC, comparando casos provenientes de áreas cobertas e não cobertas pelo PSF, atendidos no Hospital Regional de Cáceres e residentes no município de Cáceres no período de 2008 a 2010.

Específicos

¿ Descrever as características demográficas (idade e sexo), o tipo de AVC, as comorbidades e situações associadas, segundo área de procedência dos casos de hospitalização por AVC atendidos no Hospital Regional de Cáceres no período de 2008 a 2010;

¿ Descrever a evolução dos casos (óbito ou incapacidade) de hospitalização por AVC atendidos no Hospital Regional de Cáceres no período de 2008 a 2010, de acordo com a área de procedência de cada paciente;

¿ Estimar a incidência de casos em áreas cobertas e não cobertas pelo PSF, no período de 2008 a 2010.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Por se tratar de estudo com dados secundários o estudo não implica em contato com os participantes e dispensa a utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (a pesquisadora apresenta declaração sobre este aspecto). Não oferece qualquer tipo de risco aos sujeitos da pesquisa. A pesquisadora espera que as informações produzidas possam contribuir para o planejamento e orientação das medidas relativas ao controle do AVC nas instituições envolvidas e também aperfeiçoar as medidas de prevenção e controle do AVC no município de Cáceres.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O tema do estudo é relevante para saúde coletiva e seus objetivos estão definidos de forma clara. A metodologia é adequada para obtenção dos objetivos e está devidamente explicitada.

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA / UFBA



das variáveis de interesse segundo definição da área de procedência quanto a cobertura ou não por ESF que a seguir serão comparadas mediante respectivas médias e proporções. A justificativa para a realização do estudo refere-se a possibilidade de produzir informações que contribuam para orientar/aperfeiçoar as medidas de promoção e proteção da saúde, prevenção e controle da doença assim como para a reabilitação no município de Cáceres, além da relevância do tema.

**Objetivo da Pesquisa:**

Geral: Descrever o perfil clínico-epidemiológico e a evolução dos casos de hospitalização por AVC, comparando casos provenientes de áreas cobertas e não cobertas pelo PSF, atendidos no Hospital Regional de Cáceres e residentes no município de Cáceres no período de 2008 a 2010.

Específicos

¿Descrever as características demográficas (idade e sexo), o tipo de AVC, as comorbidades e situações associadas, segundo área de procedência dos casos de hospitalização por AVC atendidos no Hospital Regional de Cáceres no período de 2008 a 2010;

¿Descrever a evolução dos casos (óbito ou incapacidade) de hospitalização por AVC atendidos no Hospital Regional de Cáceres no período de 2008 a 2010, de acordo com a área de procedência de cada paciente;

¿Estimar a incidência de casos em áreas cobertas e não cobertas pelo PSF, no período de 2008 a 2010.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Por se tratar de estudo com dados secundários o estudo não implica em contato com os participantes e dispensa a utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (a pesquisadora apresenta declaração sobre este aspecto). Não oferece qualquer tipo de risco aos sujeitos da pesquisa. A pesquisadora espera que as informações produzidas possam contribuir para o planejamento e orientação das medidas relativas ao controle do AVC nas instituições envolvidas e também aperfeiçoar as medidas de prevenção e controle do AVC no município de Cáceres.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O tema do estudo é relevante para saúde coletiva e seus objetivos estão definidos de forma clara. A metodologia é adequada para obtenção dos objetivos e está devidamente explicitada.

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n  
Bairro: Canela CEP: 40.110-040  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-7441 Fax: (71)3283-7460 E-mail: cepisc@ufba.br

## 11.2 Termos de Concordância



**ESTADO DE MATO GROSSO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CÁCERES  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

### TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Na condição de Secretária Municipal de Saúde do Município de Cáceres, autorizo a realização da pesquisa sobre o **“Perfil Clínico-Epidemiológico dos pacientes internados por Acidente Vascular Cerebral, segundo área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, no Município de Cáceres”**, na instituição que dirijo, da autoria da aluna Olga Soares da Silva Alvares, orientada pela prof<sup>a</sup>. Dra. Rosana Aquino Guimarães Pereira, do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Declaro que fui esclarecida sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, sobre a garantia da confidencialidade das informações e de esclarecimentos permanentes sobre a mesma.

CÁCERES-MT, 02 de agosto de 2012.

  
**ARLEME JANISSARA DE OLIVEIRA ALCÂNTARA  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CÁCERES-MT**

Av. Getúlio Vargas, s/n, Vila Mariana – CEP 78200-000  
Cáceres – MT – Fone/Fax: (65) 3223-4544 / (65) 3223-4144  
e-mail: saúde.caceres@ibest.com.br

**TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL**

Na condição de Diretor Executivo da Associação Congregação de Santa Catarina – Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes (ACSC – HRCAF), autorizo a realização da pesquisa sobre o Perfil Clínico-Epidemiológico dos pacientes internados por Acidente Vascular Cerebral, segundo área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, no Município de Cáceres, na instituição que dirijo, da autoria da aluna Olga Soares da Silva Alvares, orientada pela profª Dra. Rosana Aquino Guimarães Pereira, do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Declaro que fui esclarecido sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, sobre a garantia da confidencialidade das informações e de esclarecimentos permanentes sobre a mesma.



**Danilo Augustus Leon Agreli Gregio**  
**Diretor Executivo/ACSC-HRCAF**

Cáceres, 02 de agosto de 2012

Av. Getúlio Vargas, s/nº, Bairro Santa Isabel  
CEP: 78.200-000 – Cáceres/MT  
Fone: (65) 3221-0200 (Fax) 3221-0215  
hrcac@ses.mt.gov.br

Na condição de Diretora Geral do Hospital São Luiz, autorizo a realização da pesquisa sobre o "Perfil clínico- epidemiológico dos pacientes internados por acidente vascular cerebral, segundo área de abrangência da estratégia de saúde da família, no município de Cáceres", na instituição que dirijo, da autoria da aluna Olga Soares da Silva Alvares, orientada pela profª Drª.Rosana Aquino Guimarães Pereira, do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Declaro que fui esclarecida sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, sobre a garantia de confidencialidade das informações e esclarecimentos permanentes sobre a mesma.

Cáceres, 17 de outubro de 2012.

  
CONSUELO APARECIDA DA SILVA  
DIRETORA GERAL HOSPITAL SÃO LUIZ  
CÁCERES - MT  
Consuelo Ap. da Silva  
Procuradora  
A.C.S.C. Hospital São Luiz

## 12. ANEXO

### 12.1 Modelo de Termo de Livre Consentimento e Esclarecido.

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados por acidente vascular cerebral, segundo área de abrangência da estratégia de saúde da família, no município de Cáceres da autoria da aluna Olga Soares da Silva Alvares, orientada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Rosana Aquino Guimarães Pereira, do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo e qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Caso, haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo "NOME DO ESTUDO", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo do consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Cáceres-MT,            de            de 2012.

Assinatura participante \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável: Olga Soares da Silva Alvares.

## **12.2 Mapa de localização das áreas de PSF no município de Cáceres – MT.**