



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROLOGIA  
MESTRADO EM NEUROLOGIA

**RUBENS SILVA PEREIRA JÚNIOR**

**FATORES ASSOCIADOS AO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO  
EM IDOSOS CADASTRADOS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE VASSOURAS**

Rio de Janeiro  
2008

**RUBENS SILVA PEREIRA JÚNIOR**

**FATORES ASSOCIADOS AO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO  
EM IDOSOS CADASTRADOS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE VASSOURAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Neurologia, área de Concentração Neurociências.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Tereza Serrano Barbosa

Rio de Janeiro  
2008

616.81 Pereira Junior, Rubens Silva,  
P436f Fatores Associados ao Acidente Vascular Encefálico Isquêmico em Idosos Cadastrados no Programa de Saúde da Família do Município de Vassouras. / Rubens Silva Pereira Junior - Rio de Janeiro, 2008.

55 f.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Tereza Serrano Barbosa.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Mestrado em Neurologia, 2008.

1. Idoso; 2. AVE Isquêmico; 3. Fator de Risco; 4. Análise Epidemiológica. I. Barbosa, Maria Tereza Serrano. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. III. Título.

**RUBENS SILVA PEREIRA JÚNIOR**

**FATORES ASSOCIADOS AO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO  
EM IDOSOS CADASTRADOS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE VASSOURAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Neurologia, área de Concentração Neurociências.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Tereza Serrano Barbosa  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lucia Helena Garcia Penna (USS/UERJ)  
Universidade Severino Sombra  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marcia Rozenhal  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Caminhar sozinho é muito difícil, por isso precisamos de pessoas em nossas vidas que nos dão forças para continuar, mesmo quando a estrada for sinuosa. Dedico este trabalho a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, me ajudaram nesta caminhada.

Agradeço aos meus pais que, apesar da pouca escolaridade, sempre me incentivaram a prosseguir no caminho do estudo, à Prof Maria Tereza Serrano Barbosa, pela paciência, dedicação e competência, tornando este projeto real, à Prof Regina Alvarenga pelo incentivo demonstrado ao decorrer desta jornada e à minha esposa a qual caminhamos juntos ate aqui.

A vida não é um corredor reto e tranquilo que nós percorremos livres e sem empecilhos, mas um labirinto de passagens, pelas quais nós devemos procurar nosso caminho, perdidos e confusos, de vez em quando presos em um beco sem saída.

Porém, se tivermos fé, uma porta sempre será aberta para nós, não talvez aquela sobre a qual nós mesmos nunca pensamos, mas aquela que definitivamente se revelará boa para nós.

(Johnson, 2001)

## RESUMO

Estudo de caso-controle para identificar fatores associados ao Acidente Vascular Encefálico Isquêmico em idosos do Programa de Saúde da Família do município de Vassouras, Estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2006 e 2007. Objetivou discutir possíveis estratégias de prevenção e intervenção para reduzir a prevalência dos fatores de risco de Acidente Vascular Encefálico Isquêmico em idosos, considerando que o aumento da população idosa e o aumento da prevalência de AVE Isquêmico aumentam progressivamente com a idade, ocasiona uma prolongada taxa de internação hospitalar, determinando alto custo ao Sistema Único de Saúde. Utilizou-se como fonte dos dados o Sistema de Informação da Atenção Básica e uma ficha de atendimento do Programa de Saúde da Família padronizada pelo Ministério da Saúde. Encontrou-se 76 idosos com diagnóstico de AVE Isquêmico, comparados a 155 controles, com idade igual ou superior a 60 anos. Dentre os fatores associados, verificou-se que idosos com hipertensão arterial têm duas vezes mais chances de desenvolver o AVE. O estudo ressalta a importância do PSF na execução de medidas de prevenção do AVE Isquêmico, propondo a criação de locais para a prática de exercícios físicos nestas unidades, para o controle do sedentarismo, importante fator associado ao AVE neste estudo.

Palavras-chave: Idoso. AVE Isquêmico. Fator de Risco. Análise Epidemiológica.

## **ABSTRACT**

Study of case-control to identify factors associated to Ischemic Stroke in elderlies of the Family Health Program in Vassouras - RJ, in year of 2006 and 2007. Discussed possible strategies of prevention to the risk factors of Ischemic Stroke in elderlies. The increase of the elderly population in Brazil, the fact that the prevalence of the Ischemic Stroke increases progressively with age, causes an extend tax of hospitalar internation establishing heigh expense to the SUS. It was used as resource the primary care Information System e a registration form of attendance from the FHP standardized by Brazilian Ministry of Health. There were 76 elderly with Ischemic Stroke diagnosis comparing to 155 controls with 60 years old or more. Among the associated factors, it was verified that the elderly with arterial hypertention have twice more chance of developing Stroke. The work emphasizes the importance of the FHP in executing the prevention of the Stroke measures and the creation of places to practice physical exercises in this unities, to the control of sedentary life, that was an important factor also found in this stud.

Keywords: Elderly. Ischemic Stroke. Risk Factors. Epidemiological Analysis.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Fatores de Risco para AVE em Idosos .....	24
Quadro 2	Variáveis utilizadas e suas respectivas categorias .....	35

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa da localização de Vassouras, RJ e regiões vizinhas .....	29
Figura 2	Praça Barão de Campo Belo, localizada no centro da Cidade Vassouras, RJ .....	30
Figura 3	Comparação das distribuições dos fatores de risco entre os casos e controles - idade, pressão arterial, doença cardíaca e diabetes .....	40
Figura 4	Comparação das distribuições dos fatores de risco entre os casos e controles - sexo, dislipidemia, obesidade e atividade física .....	41
Figura 5	Diagramas de Caixas das Idades dos idosos segundo o número de fatores modificáveis e segundo a existência de Hipertensão ou Cardiopatia .....	42

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Comparação de Indicadores de Utilização e Custo de Internações Hospitalares, por Faixa Etária, Brasil 2002.....	19
Tabela 2	Unidades de Saúde da Família do Município de Vassouras .....	34
Tabela 3	Esquema Amostral .....	37
Tabela 4	Distribuição da frequência relativa de alguns fatores sócio-demográficos, segundo o número de idosos com AVE .....	38
Tabela 5	Razão de chances entre os fatores e o risco de AVE Isquêmico em idosos no Município de Vassouras .....	39

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
ACS	Agente Comunitário de Saúde
DCV	Doença Cérebro-vascular
FSC	Fluxo Sanguíneo Cerebral
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPHAN	Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação e Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
USS	Universidade Severino Sombra

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	16
2.1	OBJETIVO GERAL .....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
3	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
3.1	O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO .....	17
3.2	ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO IDOSO .....	18
3.3	O ESTATUTO DO IDOSO .....	21
3.4	ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO .....	22
3.5	FATORES DE RISCO PARA ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO .....	24
3.6	A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL E EM VASSOURAS (RJ) .....	28
3.6.1	<b>A Cidade de Vassouras</b> .....	28
3.6.2	<b>A Estratégia de Saúde da Família</b> .....	30
4	<b>METODOLOGIA</b> .....	34
4.1	DESENHO DO ESTUDO .....	34
4.2	A EQUIPE DA PESQUISA DE CAMPO .....	36
4.3	O RASTREAMENTO DOS CASOS .....	36
4.4	A SELEÇÃO DOS CONTROLES .....	36
4.5	A ANÁLISE DOS DADOS .....	37
4.6	A ÉTICA .....	37
5	<b>RESULTADOS</b> .....	38
6	<b>DISCUSSÃO</b> .....	43
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	47
	<b>ANEXOS</b> .....	52

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o Acidente Vascular Encefálico (AVE) como o “rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbio focal (por muitas vezes global) da função cerebral, durando mais de 24 horas ou levando a morte sem nenhuma outra causa aparente que a de origem vascular”. (ROWLAND, 2002, p.184) Segundo Pereira e Andrade Filho (2001), o Acidente Vascular Encefálico se caracteriza, fundamentalmente, por déficit neurológico, de instalação aguda, causado por uma variedade de alterações patológicas nos vasos cerebrais.

Conforme descrito por Roach (2002), as alterações podem ser decorrentes de uma incapacidade súbita da circulação cerebral causada por um bloqueio parcial ou total de um ou mais vasos sanguíneos cerebrais. Podem ter como origem a oclusão do lúmen vascular por trombo ou “embolo”, ruptura do vaso, lesão ou alteração da permeabilidade da parede vascular ou aumento da viscosidade sanguínea. Tais situações decorrem, por sua vez, de lesões básicas como aterosclerose, alterações hipertensivas aterosclerótica, dilatação aneurismática, arterite e mal formação vascular congênita . Cerca de 80% dos quadros de Acidente Vascular Encefálico são de origem isquêmica e 20%, decorrentes de hemorragias (Pereira e Andrade Filho, 2001).

A doença cerebro-vascular é altamente prevalente em pessoas idosas, sendo uma das maiores causas de morbidade, mortalidade e incapacidade em todo mundo; sua incidência específica por idade aumenta, progressivamente, com cada década de vida. Segundo Feigin et al (2003), a incidência de AVE em pessoas com idade entre 75 e 84 anos é de 12.0 a 20.0/1000 pessoas-anos, enquanto é de 0.1 a 0.3/1000 pessoas-anos em pessoas com menos de 45 anos.

Um estudo realizado pela escola de Harvard (*The Global Burden of Disease Study*) (TRUELSEN, BONITA e ROZICK, 2001) descreveu uma medida que integra a soma dos anos perdidos devido à mortalidade com os anos vividos com incapacidade. Em 1999, as projeções desta medida indicavam que em 2020 existiriam no mundo 61 milhões de anos perdidos por incapacidade, a cada ano, devido às doenças cérebro-vasculares, e que 52 milhões seriam nos países em desenvolvimento (TRUELSEN, BONITA e ROZICK, 2001).

A mortalidade por AVE no Brasil ainda é a principal causa de morte (MINELLI et al., 2007; SCHELP, 2004). Esses dados nos remetem a uma reflexão a respeito do impacto social que esta enfermidade representa sobre a população brasileira, se lembrarmos que o risco de AVE aumenta com a idade e que o Brasil vem apresentando uma mudança no seu padrão de envelhecimento. Ao considerar que o AVE pode ser prevenido, é importante que se tenha informações a respeito do seu padrão epidemiológico e das exposições aos fatores de risco da população para quem sejam planejadas estratégias preventivas (TRUELSEN, BONITA e ROZICK, 2001).

Dentro desse contexto, Pereira e Andrade Filho (2001) chamam a atenção para o fato de que alguns estudos epidemiológicos têm identificado tais fatores e os classificados em modificáveis e não modificáveis. Entre os fatores não modificáveis, destaca-se a idade, a raça, sexo e a hereditariedade; e entre os modificáveis, a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes, as dislipidemias, as cardiopatias, o tabagismo, inatividade física e o uso abusivo de álcool. Mais recentemente, têm sido realizados estudos com a finalidade de avançar conceitualmente a respeito dos fatores de risco para o AVE, com o objetivo de identificar a prevalência da população que vive em alto risco ou, por exemplo, de incluir nos estudos fatores associados às características das redondezas onde a pessoa vive (LISABETH et al., 2007).

O Brasil é um país em processo de envelhecimento; tal fato pode ser consequência de um decréscimo da fecundidade e de um aumento da expectativa de vida. Sabe-se, por exemplo, que no ano de 2000 o Brasil tinha 14.536.029 pessoas com mais de 60 anos e que as projeções de 2004 apontavam para que em 2020 existam 32 milhões de idosos (VERAS, 2003). Este aumento da expectativa de vida se deve a fatores que vão além da questão da natalidade, abrangendo desde a revolução tecnológica e industrial até investimentos nos serviços de saúde, tanto na atenção básica como em média e alta complexidade. Neste contexto, é importante refletir também a respeito das ações primárias de saúde que, no Brasil, estão bem representadas pelo Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado de Estratégia de Saúde da Família, que foi implantado em 1994 com a finalidade de prestar serviços a toda à população, visando ao controle e à prevenção de doenças. Nas cidades onde o PSF está implantado, acredita-se as crianças adoecem menos, as gestantes têm seu pré-natal garantido, os casos de hipertensão e diabetes são controlados e os idosos recebem maior atenção em relação a sua saúde ) (VIANA e

DAL POZ, 2005). Ao conseguir a cobertura de grande parte da população brasileira este programa pode atuar também de forma mais efetiva no monitoramento dos fatores de risco para o AVE e de outras doenças crônicas.

Na cidade de Vassouras, situada na região Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, a implantação do PSF se deu entre os anos de 2001 e 2002, atingindo uma cobertura territorial, segundo o Sistema de Informação e Atenção Básica, de 100% da população (SIAB, 2007).

Por ser, o autor, professor do Curso de Enfermagem da Universidade Severino Sombra (USS), da disciplina 'Saúde do Adulto e do Idoso', e coordenador de equipe do Hospital Universitário Sul Fluminense, de Vassouras, sua experiência ao prestar assistência ao idoso, tanto nos moldes de atenção básica, quanto em média e alta complexidade, o leva a uma reflexão mais profunda a respeito da necessidade de intensificar as ações de promoção de saúde, principalmente nos fatores associados ao Acidente Vascular Encefálico e, com isso, reduzir o desfecho dessa patologia nos idosos.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo tem como objetivo discutir possíveis estratégias de prevenção e intervenção para reduzir a prevalência dos fatores de risco de acidente vascular encefálico isquêmico em idosos no município de Vassouras.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o perfil sócio-demográfico dos idosos do município de Vassouras.
- Identificar os fatores associados ao Acidente Vascular Encefálico Isquêmico.
- Analisar estratégias de cuidar junto aos idosos, na promoção à saúde e prevenção de fatores de risco associados ao Acidente Vascular Encefálico Isquêmico.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Segundo Mendes, Gusmão e Leite (2005)

envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada. É uma fase em que, ponderando sobre a própria existência, o indivíduo idoso alcançou muitos objetivos, mas também sofreu muitas perdas, das quais a saúde destaca-se como um dos aspectos mais afetados. (p.423)

Mendes, Gusmão e Leite (2005) consideram, ainda, que a perda da qualidade de vida desses idosos se dá, muitas vezes, devido a uma falha nos sistemas fisiológicos do corpo, sendo que esses apresentam mais problemas de saúde do que a população geral, onde em seu estudo uma pesquisa revelou que mais da metade dos idosos (53.3%), apresentou algum problema de saúde e 23,1% tinham alguma doença crônica.

Um programa de educação em saúde voltado para os idosos deve objetivar a manutenção de uma vida melhor, modificando hábitos alimentares, estimulando a prática de exercícios e, também, o uso correto de medicamentos. Isto porque se sabe que o grande número de patologias, principalmente os distúrbios cerebrovasculares, que acometem uma grande parcela de nossa população idosa são decorrentes de uma exposição do indivíduo a diversos “Fatores de Risco” que estão diretamente relacionados com a idade, o sexo, a raça, os hábitos de vida, como o sedentarismo, o etilismo, o tabagismo, os hábitos alimentares, o uso incorreto de medicações e a obesidade.

Brum, Tocantins e Silva (2005) afirmam que

no momento em que a tecnologia é voltada para o diagnóstico e tratamento curativo, e esta passa a não contribuir para a reversão da patologia e ou situação clínica (sinais e sintomas), mas sim para a manutenção e a preservação da vida e do bem-estar, contribuindo para um cuidar que atenda as necessidades da pessoa, a dimensão dessa contribuição deve ser valorizada e necessária para a prática de enfermagem. (p.1020)

Nessa mesma direção, os enfermeiros, no ato de cuidar, poderiam, através de uma assistência continuada, intervir na prevenção de agravos a saúde e, com isso, reduzir a prevalência de risco para as doenças crônicas.

Telles Filho e Petrilli Filho (2002) afirmam que o aumento da população idosa exige que os profissionais da área de saúde, principalmente os enfermeiros, conheçam o processo de envelhecimento natural e suas afecções, de forma a estarem aptos para prestar uma assistência voltada às peculiaridades dessa população brasileira.

Sabe-se que a queda inicial da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e tende a beneficiar os grupos mais jovens da população. Estes “sobreviventes” passam a conviver com fatores de risco para doenças crônicas degenerativas e, na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida, tornam-se mais frequentes as complicações daquelas moléstias. Esta modificação do perfil de saúde da população faz com que, ao invés de processos agudos que se resolvem rapidamente através da cura ou óbito, predominem as doenças crônicas e suas complicações, que implicam décadas de utilização dos serviços de saúde. São exemplos claros as fraturas pós-queda, as limitações provocadas pela doença cardíaca e pulmonar, as amputações e as cegueiras provocadas por diabetes, as demências e, principalmente, as seqüelas de acidente vascular encefálico (CHAIMOWICZ, 1997).

### 3.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO IDOSO

A Organização Mundial de Saúde, no ano de 2000, preconizou como idoso um limite de 65 anos ou mais, em países desenvolvidos, e de 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento. O Brasil possuía, em 2000, cerca de 169 milhões de habitantes, sendo 83 milhões de homens e 86 milhões de mulheres. Desse total, cerca de 14,5 milhões eram idosos. Desses, 11,8 milhões residiam em zona urbana e 2,7 milhões, em zona rural (IBGE, 2000). Em 2020, estima-se que o Brasil tenha 13% a mais de idosos, podendo atingir ou ultrapassar os 30 milhões.

O crescimento da população idosa se deu devido aos avanços científicos, aos resultados dos estudos e pesquisas e à criação de equipamentos modernos que estão prolongando cada vez mais a vida desses idosos. É importante ressaltar que a

melhoria no setor de saúde também pode ter ligação direta com tal crescimento. Ao lado disso, verifica-se que, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), o índice de natalidade vem diminuindo através de políticas de planejamento familiar. Logo percebemos que o fenômeno do envelhecimento da população brasileira é decorrente tanto da diminuição de nascimento como da longevidade da população. As estatísticas reforçam a preocupação de que o envelhecimento populacional pode passar a representar mais um problema do que uma conquista da sociedade, na medida em que os anos de vida ganhos não sejam vividos em condições de independência e saúde.

Nos Estados Unidos, em 1989, um terço dos recursos destinados aos cuidados individuais com a saúde foi consumido pelos 12% de idosos da época. Na Inglaterra, onde o dispêndio estatal *per capita* com os idosos é o triplo do restante da população, só na década de 1980 a população acima dos 60 anos (17% do total) utilizava 60% do orçamento do Departamento Nacional de Saúde e Cuidados Sociais (CHAIMOWICZ, 1997).

Segundo Chaimowicz (1997), no Brasil, embora representasse menos de 8% da população, o grupo de pessoas com 60 anos ou mais absorveram, pelos dados do Sistema Único de Saúde (SUS), 21% dos recursos destinados ao pagamento das internações hospitalares. Mais recentemente, Lourenço (2005) mostrou o custo de hospitalização por ano, o custo médio de cada hospitalização dos idosos e das pessoas internadas em outras faixas etárias em 2002, conforme os dados apresentados na Tabela 1. Neste mesmo estudo, comparado com os outros, se verifica que o custo de internação dos idosos representava 19% do total.

**Tabela 1** - Comparação de indicadores de utilização e custo de internações hospitalares, por faixa etária. Brasil, 2002.

Faixa etária (anos)	Tempo médio de permanência hospitalar (dias)	Índice de hospitalização*	Custo médio (R\$)	Índice de custo** (R\$)
0-14	5,8	0,23	391,06	18,48
15-59	5,8	0,40	440,75	28,91
60 e mais	7,6	1,11	605,37	88,90

Fonte: Ministério da Saúde. Datasus, 2003

\*Número de dias de hospitalização consumidos, por habitante, a cada ano

\*\*Custo de hospitalização por habitante/ano

Fonte: Lourenço et al., 2005.

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta como propósito, a promoção do envelhecimento saudável, identificando os fatores de risco ao qual essa população está exposta para neles intervir de forma apropriada (SILVESTRE e COSTA NETO, 2003).

No ano de 2000, a Organização Mundial de Saúde criou um novo parâmetro em relação à expectativa de vida, que foi denominado “Expectativa de vida corrigida segundo a Incapacidade”. Este parâmetro não leva em conta o tempo passado em hospitais ou de cama e considera apenas o período em que as pessoas vivem com saúde. A análise do comportamento deste indicador mostrou uma sensível diferença entre os países em que o envelhecimento populacional foi conquistado graças à melhoria da qualidade de vida e é, portanto, saudável e os países em que a longevidade se deve a cuidados médicos (CHAIMOWICZ, 1997).

A partir destas reflexões, verifica-se que existem duas linhas de ação para minimizar o impacto do envelhecimento sobre o sistema de saúde e assistência social: o incremento na capacidade dos sistemas de apoio formal e informal ao idoso e a prevenção visando à redução na demanda, ou seja, ampliando o conhecimento a respeito das diversas morbidades.

A promoção de saúde e a profilaxia de doenças são alternativas que apresentam o melhor custo-benefício para que se alcance o sucesso das propostas. O Programa de Saúde da Família, como modelo de atenção estruturado de forma a facilitar o acesso de pessoas aos serviços de saúde, priorizando o domicílio, configura-se como uma excelente estratégia de estratificação de risco e de identificação do idoso fragilizado, diminuindo a dificuldade do mesmo em conseguir uma assistência adequada aos seus problemas de saúde.

A urbanização crescente e as migrações são características dos novos tempos. Além disso, observam-se as mudanças rápidas na estrutura das famílias, que de nucleares passaram a incorporar, com as novas uniões, novos ascendentes, convivendo três ou quatro gerações no mesmo lar, as quais, muitas vezes, contribuem financeiramente para compor a renda familiar.

A longevidade observada vulnerabilizou os cálculos atuais da previdência, levando à postergação da idade para a aposentadoria. Mudanças comportamentais pode ser conseqüência da mídia, ainda mais quando as famílias têm, por exemplo, a televisão como único entretenimento. As perspectivas esboçadas para o início do terceiro milênio impõem adotar medidas preventivas para que um maior número de

peças ingresse na terceira idade com melhores condições de saúde e bem-estar. Deve-se buscar que as pessoas disponham de autonomia e de suas capacidades físicas, psicológicas, sociais, econômicas e afetivas, que são condições próprias dos bem sucedidos ao envelhecer. Ao contrário, a mercê da conjunção dos riscos genéricos ambientais, comportamentais e condições de vida, há inúmeras pessoas que envelhecem de uma maneira precária, portadoras de várias patologias e seqüelas. Evidentemente, entre essas situações limites há toda uma miríade de outras, intermediárias, a requerer cuidados adequados. O ideal para a sociedade seria conseguir a utilização dos meios de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação, as melhores condições possíveis para a população que atinja a terceira idade.

### 3.3 O ESTATUTO DO IDOSO

O Estatuto do Idoso foi aprovado em setembro 2003 e sancionado pelo Presidente da República no mês seguinte, ampliando os direitos dos cuidados com as pessoas com idade acima dos 60 anos. O estatuto prevê atenção integral ao idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurada por meio de cadastramento e de ações e serviços alternativos, que estimulem a não hospitalização e manutenção do idoso junto à família e comunidade.

Segundo o Estatuto do Idoso (ESTATUTO DO IDOSO, 2003) é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à medicação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Sendo obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de cadastramento da população idosa em base territorial, atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios, atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e estejam impossibilitados de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fim lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder

Público, nos meios urbanos e rurais, praticando a reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia das seqüelas decorrentes do agravo à saúde, os que possuírem deficiência ou limitação terão atendimento especializado. (ESTATUTO DO IDOSO, 2003)

A Instituição que mantiver o idoso internado ou em observação terá assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para sua permanência em tempo integral, seguindo critério médico. Ao idoso que estiver no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável. A Instituição deve também atender a critérios mínimos de atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação aos cuidados familiares e grupos de auto-ajuda. Em caso de suspeita de confirmação de maus tratos contra o idoso, serão, obrigatoriamente, comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos órgãos policiais, ministério público, conselho municipal, estadual ou nacional do idoso. (ESTATUTO DO IDOSO, 2003)

### 3.4 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO

O Acidente Vascular Encefálico tem um quadro clínico tão característico que raramente seu diagnóstico é questionado, sendo definido como uma deficiência neurológica focal súbita e não convulsivante. Em sua forma mais grave, o paciente fica hemiplégico e até mesmo comatoso. O evento é tão dramático que recebeu designações próprias, a saber, apoplexia, choque (coloquial) ou Acidente Vascular Encefálico, a preferida. Na sua forma mais leve, pode consistir em um distúrbio neurológico banal, insuficiente até mesmo para exigir atenção médica. Existem todas as gradações de gravidade entre esses dois extremos, mas em todas as formas de Acidente Vascular Encefálico o aspecto principal é o perfil temporal dos eventos neurológicos. (Raymond, 1998).

É a subtaneidade com que a deficiência neurológica surge em uma questão de segundos, momentos, horas ou, no máximo, alguns dias, que sela o distúrbio vascular. Os Acidentes Vasculares Encefálicos Embólicos são caracteristicamente súbitos e os déficits atingem seu máximo quase que de imediato. Os Acidentes Vasculares Encefálicos Trombóticos podem ter início igualmente abrupto, mas

muitos deles evoluem um pouco mais lentamente, em um período de vários minutos ou em horas e, por vezes, dias; no último caso, o AVE costuma progredir de maneira saltatória, isto é, em uma série de etapas, em vez de regularmente.

De um modo geral, o Acidente Vascular Isquêmico é três a quatro vezes mais freqüente que o hemorrágico, constituindo 70% a 80% de todos os Acidentes Vasculares Encefálicos (ROWLAND, 2002). Podemos dizer, que o prognóstico de um paciente com AVE depende de três fatores básicos, que são: condições prévias, gravidade do AVE e adequação do tratamento empregado. Visualmente, o que sugere um AVE é a apresentação de um quadro agudo, no qual o paciente encontra-se com depressão do estado de consciência e/ou déficits motores. Entretanto, é essencial lembrarmos que os sinais nos dão indícios de diagnósticos topográficos e não de etiologia de processo. Deve-se ter sempre em mente a possibilidade de diagnóstico diferencial, em algum dos quais os pacientes podem ser tratados com melhores resultados, e que a falta de tratamento adequado pode representar a diferença entre a recuperação completa e a morte ou seqüelas graves. (NITRINI et al., 2003).

Quanto a epidemiologia do AVE, podemos destacar que ele é a primeira causa de morte na Escócia, na Itália, no Japão, no Leste Europeu e na China, e a segunda causa de invalidez na população geral em países desenvolvidos, com uma estimativa anual de 731.000 casos/ano nos Estados Unidos e um custo direto e indireto de 40 milhões de dólares/ano. A freqüência da doença aumenta exponencialmente com a idade (PEREIRA e ANDRADE FILHO, 2001).

O estudo epidemiológico de Feigin et al. (2003) mostrou que a incidência aumenta a cada década onde, por exemplo, a taxa para pessoas com idade menor de 45 anos foi de 0.1 a 0.3/1000 pessoas-ano, enquanto que para a idade de 75 a 84 anos, foi de 12.0 a 20.0/1000 pessoas-ano.

No Brasil, o acidente vascular encefálico ocupa uma posição de destaque para pacientes idosos. Destaca-se não só pela primeira causa de óbito, mas também como a primeira causa de invalidez nessa população (MINELLI et al., 2007). Aproximadamente, 80% desses pacientes possuem acidente vascular encefálico isquêmico. Além da elevada mortalidade, a maioria dos sobreviventes apresenta seqüelas, com limitação da atividade física e intelectual e elevado custo local (PEREIRA e ANDRADE FILHO, 2001).

### 3.5 FATORES DE RISCO PARA ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Pelo fato do AVE aumentar progressivamente com a idade e ser, entre as doenças crônicas, uma das mais prevalente entre os idosos, ocasiona uma prolongada taxa de internação hospitalar, determinando alto custo ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo (ROWLAND, 2002) os fatores de risco não passíveis de modificação, que são determinantes para o AVE, são a idade, o sexo e a raça, sendo a idade, sem dúvida, o mais importante destes; a freqüência aumenta exponencialmente com a idade, duplicando a incidência a cada década após os 45 anos. Além disso, há uma maior prevalência no sexo masculino e na raça negra.

Segundo Rowland (2002), os fatores definidos como passíveis de modificação são aqueles que, ao se instalarem, podem tornar a pessoa predisposta ao AVE. Os atuais componentes modificáveis do perfil de tendência ao acidente vascular encefálico incluem a hipertensão arterial sistêmica, as cardiopatias, o diabetes, as dislipidemias, a inatividade física, o tabagismo e o abuso de álcool, sendo a hipertensão o fator de risco de maior importância.

O Quadro 1. apresenta o resultado de nove estudos publicados a respeito dos principais fatores de risco na população idosa, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, entre 1996 e 2006, selecionados nas bases de dados Medline, Pubmed e Scielo a partir das palavras chaves da língua inglesa: “Stroke”, “Risk Factors” e “Elderly”. Verifica-se que os estudos selecionados apresentaram homogeneidade no que se refere a idade e ao sexo da população estudada e a metodologia empregada. Os resultados foram importantes para comparar os fatores de risco que têm sido identificados em idosos.

<b>Autor</b>	<b>Amostra</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Resultados</b>
Viriayavejakul, 1998.	3.036 idosos tailandeses, representando 04 regiões da Tailândia.	Exame cardíaco, neurológico, hemograma, glicose, lipidograma e aferição de pressão arterial.	O principal fator de risco foi a idade e hipertensão arterial, seguido de diabetes mellitus, fumo, álcool e alterações cardiovasculares.

Quadro 1: Fatores de Risco para AVE em Idosos (Parte 1)

<b>Autor</b>	<b>Amostra</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Resultados</b>
Ramos e Miranda, 1999.	1.667 idosos residentes de uma comunidade em São Paulo.	Aferição de pressão arterial sistêmica, seguido de protocolo da OMS para estudo da prevalência de hipertensão no idoso.	A hipertensão arterial sistêmica foi considerada risco significativo para idosos desenvolverem AVE.
Rodgers, 2004.	4.773 idosos, de ambos os sexos, residentes no sudeste da Inglaterra, entre 1995 a 1997.	Entrevista através de questionários padronizados, aferição de pressão arterial sistêmica, exame de eletrocardiograma, tomografia computadorizada e exame pós morte.	A hipertensão foi considerada o principal fator de risco para o AVE, seguidos de doença cardíaca, idade, sexo masculino, obesidade e tabagismo.
Reynolds, 2003.	122 registros, nos Estados Unidos, sobre uso de álcool, como fator protetor ou risco para o AVE.	Pesquisa na literatura, base Medline (1996-2007).	O consumo de álcool foi associado como fator de risco para o AVE.
Pires, Gagliardi e Gorzoni, 2004.	262 pacientes com diagnóstico clínico de AVE isquêmico, com idade igual ou superior a 60 anos, inscritos numa liga de aterosclerose da Santa Casa de São Paulo (1990-2002).	Entrevista, aferição da pressão arterial sistêmica, glicemia de jejum, exame físico e laboratorial, tomografia computadorizada, ultrassom das carótidas e eletrocardiograma.	A freqüência da hipertensão arterial sistêmica, seguida de tabagismo, etilismo, cardiopatias e dislipidemias foi considerada como risco importante para AVE isquêmico.
Milianis, 2005.	163 idosos hospitalizados (1997-2002), com quadro de AVE isquêmico.	Exames laboratoriais, evolução clínica e tomografia computadorizada.	A hipertensão e a diabetes foram consideradas os principais fatores de risco para o AVE isquêmico.
Kaiser, 2004.	Idosos com mais de 60 anos, residentes em países desenvolvidos e em desenvolvimento.	Revisão sistemática, comparando os fatores de risco para AVE em países desenvolvidos e em desenvolvimento.	Entre os fatores de risco não modificáveis predominaram a idade, o sexo masculino, a raça negra e a hereditariedade; entre os modificáveis, a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes melitus, o tabagismo, a obesidade e as cardiopatias.

Quadro 1: Fatores de Risco para AVE em Idosos (Parte 2)

<b>Autor</b>	<b>Amostra</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Resultados</b>
Garbursinski et al., 2005.	148 pacientes com idade média de 64 anos, admitidos no Hospital Royal Victoria Teaching, na Costa da África (2002- 2001).	Relatos médicos, através da clínica do paciente apresentada na admissão, evolução, exame físico e neurológico, de acordo com protocolos da OMS.	Houve associação positiva para o risco de AVE em idosos de fatores como a hipertensão arterial sistêmica, com maior significância, seguida do diabetes mellitus, do tabagismo e das cardiopatias.
Connor et al., 2005.	9.731 indivíduos, residentes na África do Sul.	Questionários padronizados.	Entre os fatores de risco destacaram-se a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus, o tabagismo e as dislipidemias, com predominância para a idade avançada.

Quadro 1: Fatores de Risco para AVE em Idosos (Parte 3)

Dentre os fatores analisados nesta revisão, destacaram-se os modificáveis e os não modificáveis, sendo a idade, o sexo masculino, a raça negra e a hereditariedade fatores não modificáveis. Com relação aos modificáveis, oito estudos mostraram que a hipertensão arterial sistêmica é o principal fator de risco, o tabagismo se destacou em seis estudos, o diabetes mellitus e a cardiopatia foram apontados em cinco estudos, o etilismo em três e em apenas dois dos estudos analisados indicaram a obesidade e a dislipidemia como fator de risco.

Os resultados indicam os fatores que, em pacientes idosos, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, são importantes desencadeadores de morbi-mortalidade. Em diversos estudos a idade, a hereditariedade, o sexo masculino e a raça negra se mostraram como fatores de risco não modificáveis importantes para o AVE, e a hipertensão arterial se mostrou como o fator modificável mais freqüente.

Para interferir nos fatores de risco e diminuir a morbi-mortalidade de idosos é necessário o conhecimento detalhado das múltiplas diversidades regionais que permitiria a elaboração de políticas preventivas mais consistentes, desde a simples aplicação de medidas terapêuticas de baixo custo e de âmbito universal, dirigidas aos fatores mais prevalentes, até a alocação de recursos públicos para instalação de procedimentos terapêuticos dependentes de alta tecnologia, quando for necessário

(KAISER, 2004). No entanto, informações atuais nos permitem traçar objetivos de prevenção como importante retorno potencial, tais como identificar e tratar os pacientes hipertensos, combater o tabagismo, prevenir a obesidade dentre outros fatores de risco modificáveis.

O álcool pode ser um fator de proteção ou de risco e o estudo de Reynolds (2003) relata que bebidas alcoólicas são consumidas em abundância pelo mundo afora, sendo que a associação entre o consumo de álcool e o AVE pode ter implicações clínicas consideráveis.

O consumo abusivo de álcool (mais de 60 g/dia) leva a varias desordens orgânicas, dentre elas podemos destacar a hipertensão, as cardiopatias, os distúrbios da coagulação, a fibrilação atrial e a redução da circulação sanguínea cerebral. Uma explicação plausível de um risco reduzido de AVE com consumo moderado de álcool é que o álcool aumenta os níveis de HDL e diminui a agregação de plaquetas e a atividade fibrinolítica, sendo também protetor das coronárias. Portanto, vale aconselhar o consumo reduzido de álcool (12 g/dia) para bebedores potenciais na redução do risco; mas a ingestão moderada deve ser cautelosa, investigando-se cada paciente para seus benefícios potenciais.

Estudos também citam a criação de unidades de assistência com pessoas treinadas, além de protocolos adequados às condições locais, que devem ser desenvolvidos, testados e disseminados aos cuidados de saúde aos familiares (GARBUSINSKI et al., 2005).

Outros estudos preconizam esforços da educação pública para se focalizarem em grupos com fatores de risco, desenvolvendo o conhecimento da população na prevenção desses fatores (SCHINEIDER, 2003).

Esta revisão de literatura buscou reafirmar a correlação dos fatores de risco modificáveis e não modificáveis, demonstrando que tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento o não controle dos fatores de risco leva a uma grande morbi-mortalidade nos pacientes. O gasto com o tratamento dessa patologia pode ser reduzido se forem implementadas medidas preventivas no controle dos fatores de risco modificáveis e, com isso, oferecer uma melhor qualidade de vida a esses idosos.

## 3.6 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL E EM VASSOURAS (RJ)

### 3.6.1. A Cidade de Vassouras

A vila de Vassouras foi criada em 15/01/1833; até então pertencia a Vila de Paty do Alferes, que passa a ser integrante da nova vila. Em 29/09/1857, comprovando o seu desenvolvimento e o crescimento da economia do café, é elevada a categoria de cidade. Também conhecida como “Princesinha do Café”, “Cidade das Palmeiras” e “Terra dos Barões”, a origem de seu nome, segundo a tradição, se deve à abundância de um arbusto – a tupeijava ou vassourinha – muito utilizado na confecção de vassouras (PREFEITURA MUNICIPAL DE VASSOURAS, 2007).

Hoje, Vassouras nos fascina pela permanência de sua beleza, que muitas décadas não conseguiram apagar, e por seu conjunto histórico urbanístico e paisagístico, que está protegido pelo processo de tombamento 566-T-57 de 26-06-1958, do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN). Em 24 de Dezembro de 1984, Vassouras foi declarada, por força de lei, uma Estância Turística. Nesse contexto, Vassouras, pequena, tranqüila e histórica cidade do interior fluminense, situada a 116 km do município do Rio de Janeiro, sulcada pelo rio Paraíba do Sul, a 460m de altitude, de topografia ligeiramente acidentada, parece estar longe dos acontecimentos. (PREFEITURA MUNICIPAL DE VASSOURAS, 2007)

Vassouras exerceu um importante papel no período do ciclo do café, quando, unindo-se à descendência de outros sesmeiros da região, vários barões transformaram-na numa das cidades mais proeminentes do ciclo do café. Enriquecida com a economia cafeeira, em pouco tempo, em meados do século XIX, Vassouras se transformava em um dos principais núcleos da aristocracia fluminense, visto que:

Toda a descendência de ilustres antepassados pontificam uma história entrelaçada com a de outras famílias de origem lusitana que dotaram Vassouras, de notável progresso, os Côrrea e Castro, os Teixeira Leite, os Leite Ribeiro que, estabelecidos em Minas Gerais, acabaram por abandonar a decadente mineração

para se empenhar na cultura cafeeira em início de ascensão. (MACHADO, 2000, p.14).

Vassouras é, historicamente, considerada como uma das mais importantes cidades do Vale do Paraíba e, desde 1957, é tombada em seu Conjunto Arquitetônico pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, porque guarda, em suas características, os vestígios do período áureo do ciclo do café.



Figura 1: Mapa da cidade de Vassouras, RJ e regiões vizinhas

Segundo o censo do IBGE (2007), em 2000 a população de Vassouras era de 31.402 habitantes, com densidade demográfica de 56,7 habitantes/KM<sup>2</sup>; a taxa de crescimento populacional foi de 1,98% e a renda per capita de R\$285,55. A taxa bruta de frequência escolar foi de 86,45%. Em 2007, segundo a projeção intercensitária realizada pelo IBGE (2007) a contagem estimada da população de Vassouras era de 32.495 habitantes.

Segundo dados do Sistema de Informação e Atenção Básica (SIAB, 2006), de agosto de 2006, Vassouras têm uma população total de 32.801 habitantes, sendo 15.607 homens e 17.194 mulheres, e 21.823 residentes na zona urbana e 10.978 residentes na zona rural. A população idosa, com idade igual ou superior a 60 anos,

é de 4.154 pessoas, 12.66% da população geral. Sendo que 1.873 são homens e 2.281 mulheres. Dessa população de idosos, 2.912 são residentes de zona urbana e 1.242 são de zona rural.



Figura 2: Praça Barão de Campo Belo, localizada no centro da Cidade Vassouras, RJ

### 3.6.2 A Estratégia de Saúde da Família

Em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi lançado no Brasil com o principal propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas fases, levar a saúde à família e promover, assim, melhor qualidade de vida aos brasileiros. De acordo com esta proposta, a estratégia do PSF prioriza ações de prevenção, promoção, reabilitação e recuperação da saúde, contando com uma equipe multidisciplinar composta de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem (ou técnico de enfermagem) agente comunitário de saúde, odontólogo e auxiliar de consultório dentário (ERMEL, 2002; SILVESTRE e COSTA NETO, 2003; VIANA e DAL POZ, 2005).

Essa equipe tem atribuições - podendo ser complementada pela gestão local - que preconizam participar do processo de territorialização e mapeamento das áreas de atuação, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e atualizando rotineiramente essas informações, além

de priorizar as situações a serem acompanhadas no planejamento local e ministrar cuidados em saúde para a população, propriamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas e associações, entre outros), quando necessário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Cabe também a essa equipe: realizar ações de atenção integral, conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos de gestão local; garantir a integralidade da atenção por meio de realização de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e curativas, da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância a saúde; realizar busca ativa de notificação compulsória e de outros agravos de importância local; elaborar escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessitar de atenção de outros serviços do sistema de saúde; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir das utilizações dos dados disponíveis; promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social, identificando parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da secretaria municipal de saúde; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na atenção básica e participar de atividades de educação permanente, realizando ações e atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) foram estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no Artigo 1.988 da Constituição Federal de 1998, que estabelece a universalidade do direito a saúde, onde o Estado tem a obrigação de prover a atenção à saúde, a integralidade da saúde, tanto nos meios curativos como preventivos individuais ou coletivos, além da equidade e a igualdade de oportunidade em usar o SUS. Com isso as propostas são reafirmadas nestas estratégias (DAB, 2007).

A criação do PSF representa uma mudança no paradigma assistencial, passando de um eixo curativo para o preventivo. A implantação do PSF no município de Vassouras se deu, em sua totalidade, entre os anos de 2001 e 2002, atingindo cobertura total de 100% da população (SIAB, 2006). Na primeira etapa da

implantação, foi realizado o mapeamento e o cadastramento de toda a área e, na segunda etapa, foi realizado o cadastramento das famílias pela equipe de cada unidade de saúde. No início, existiam no Município treze unidades de saúde (postos), mas a partir do ano de 2007 o PSF de Vassouras passou a funcionar com quatorze unidades. Para a implantação das equipes de saúde da família deve existir, entre outros quesitos, uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4 mil habitantes, sendo que a média recomendada é de 3 mil habitantes.

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia de Saúde da Família, ao invés de Programa de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), visto que o termo 'programa' aponta para uma atividade com início e finalização. É uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização. A portaria nº. 2.528 de 19 de outubro de 2006, considera a necessidade de que o setor saúde disponha de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, propondo a recuperação, a manutenção e a promoção à autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios básicos do Sistema Único de Saúde. O alvo dessa política é o cidadão com 60 anos ou mais de idade. No Município de Vassouras, ainda não estão implantadas, em sua totalidade, as ações de atendimento ao idoso.

De acordo com Costa (2006), vários países no mundo construíram ou estão construindo sistemas de cuidados de idosos, tendo como porta de entrada as Unidades de Avaliação Geriátrica ao nível de atenção básica. Os objetivos destes programas de avaliação do idoso podem ser resumidos em: melhoria do diagnóstico, quer seja na parte médica, funcional, psicológica ou social; elaboração de rotinas terapêuticas que diminuam as iatrogenias e suas conseqüências; melhor uso da saúde, através da racionalização do sistema de referência e contra-referência; aumento da sobrevida com qualidade; formação de novos profissionais; e o desenvolvimento de pesquisas em atenção básica.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), ao profissional Enfermeiro do PSF cabe programar ações que incluam: realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) as famílias cadastradas, em todas as fases de desenvolvimento humano, desde a infância até a terceira idade, e conforme os protocolos e as normativas técnicas estabelecidas pelo Conselho Federal de

Enfermagem (COFEN), aprovados pela resolução nº. 195, de 18/02/97, a qual também dispõe ao profissional: realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, além de planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e equipe de enfermagem.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, do tipo caso-controle que, segundo Medronho et al. (2002), é caracterizado por definir um grupo de pessoas portadoras de uma doença ou condição referida, que são os casos, e um outro grupo de pessoas que não sofrem dessa doença ou condição, denominados de controles. O propósito principal de um estudo caso-controle é identificar se as exposições ocorreram com maior frequência entre os casos do que entre os controles. Neste trabalho, os casos foram definidos pelas pessoas com idade igual ou superior a 60 anos atendidos pelo PSF de Vassouras e com diagnóstico de acidente vascular encefálico isquêmico.

Para constituir o grupo controle, definiu-se que seriam selecionados, para cada caso, dois idosos cadastrados no programa de Saúde da Família que não tinham o diagnóstico de acidente vascular encefálico isquêmico. Os dados foram coletados no período de outubro de 2006 a dezembro de 2007, nos prontuários das treze unidades existentes do Programa de Saúde da Família do município de Vassouras, no Rio de Janeiro.

As unidades de saúde do PSF no município são distribuídas em treze áreas correspondentes aos bairros da cidade e divididas em zona rural e zona urbana. A Tabela 2 descreve as áreas com o número de domicílios e moradores de cada uma. As localidades de 1 a 7 são consideradas zonas urbanas e as demais, zonas rurais.

Tabela 2: Unidades de Saúde da Família do Município de Vassouras (Parte 1)

<b>Localidade</b>	<b>Residências</b>	<b>Moradores</b>
1 - Grecco	731	2.594
2 - Madrugá	950	3.105
3 - Residência	1.211	4.183
4 - Carvalheira	925	3.100
5 - Centro	1.311	4.334
6 - Santa Amália	930	3.095
7 - Conjunto Habitacional	328	1.412
8 - Demétrio Ribeiro	543	1.985
9 - Ferreiros	387	1.422
10 - Andrade Costa	325	1.084

Tabela 2: Unidades de Saúde da Família do Município de Vassouras (Parte 2)

<b>Localidade</b>	<b>Residências</b>	<b>Moradores</b>
11 - Massambará	610	2.234
12 - Andrade Pinto	450	1.674
13 - Itakamosi	723	2.579
<b>Total</b>	<b>9.424</b>	<b>32.801</b>

Fonte: SIAB (2007)

O instrumento de pesquisa utilizado foi a Ficha A, padronizada pelo Ministério da Saúde (Anexo 1), que contém informações sobre cada pessoa da família. Esta ficha foi utilizada como instrumento primário, pois contém dados demográficos e de saúde de todos os membros da família e são atualizadas uma vez por mês, nas visitas domiciliares feita pelos enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

A partir desta ficha foi elaborada uma segunda ficha, denominada de Ficha de Coleta de Dados (Anexo 2), que foi preenchida a partir da transcrição das informações relevantes para esta pesquisa. As variáveis consideradas, e que estão apresentadas no Quadro 2., foram: idade, sexo, raça, fumo, álcool, sedentarismo, obesidade, dislipidemias e condição referida. Outras variáveis consideradas foram: escolaridade, localidade do PSF, tipo do acidente vascular encefálico.

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>
<b>Fatores modificáveis</b>	
1) Atividade Física	Sim e Não
2) Fumo	Sim e Não
3) Álcool	Sim e Não
4) Obesidade	Sim e Não
5) Dislipidemia	Sim e Não
6) Cardiopatia	Sim e Não
7) Hipertensão Arterial	Sim e Não
8) Diabetes	Sim e Não
<b>Fatores não modificáveis</b>	
1) Sexo	
Masculino	M
Feminino	F
2) Raça	
Branca	B
Negra	N
3) Faixa-etária	
	60 - 69
	70 - 79
	> 80

Quadro 2: Variáveis utilizadas e suas respectivas categorias

## 4.2 A EQUIPE DA PESQUISA DE CAMPO

A equipe de pesquisa consistiu de 15 enfermeiros, 15 médicos, 21 técnicos e auxiliares de enfermagem e 88 agentes comunitários de saúde. Antes de iniciar a coleta dos casos, foram contatados os Coordenadores das Unidades do Programa de Saúde da Família com o objetivo de reunir as equipes. As reuniões tiveram a finalidade de orientá-los quanto ao objeto da pesquisa e o método a ser utilizado para a coleta dos dados. Para essa coleta foi necessário transcrever os dados dos idosos contidos na Ficha A e nos prontuários. A familiaridade destes profissionais com o manuseio destes instrumentos contribuiu para a qualidade da coleta.

## 4.3 O RASTREAMENTO DOS CASOS

Para a seleção dos casos foram analisadas todas as fichas de atendimento às famílias do PSF e foram identificados os idosos cuja informação a respeito da condição referida constava o acidente vascular encefálico. Nesses casos, recorria-se ao prontuário para se verificar o tipo de acidente vascular e eram selecionados aqueles com o diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico Isquêmico.

## 4.4 A SELEÇÃO DOS CONTROLES

Foi realizada uma seleção sistemática nos prontuários das famílias cadastradas em todas as unidades de atendimento. Antes da seleção, ordenou-se as unidades de acordo com indicadores de nível sócio-econômico dos bairros. Para isto, utilizou-se a proporção em cada bairro de pessoas alfabetizadas, que possuíam plano de saúde e de domicílios com água encanada. Em cada Unidade do Programa de Saúde da Família, escolheu-se aleatoriamente no arquivo de prontuários a primeira ficha e as restantes, foram selecionadas a partir de um intervalo de seleção que permitisse atingir o tamanho desejado da amostra, que visava ter, pelo menos, dois controles para cada caso.

Caso a ficha selecionada indicasse a existência de um idoso com Acidente Vascular Encefálico ou a inexistência de idoso era excluída e substituída pela ficha seguinte. A Tabela 3 apresenta o Esquema Amostral utilizado.

Tabela 3: Esquema Amostral

<b>PSF</b>	<b>FAMÍLIAS</b>	<b>AVCI</b>	<b>INTERVALO</b>	<b>PARTIDA</b>
Centro	1.311	13	40	39
Residência	1.211	5	120	29
St <sup>a</sup> Amália	930	6	55	11
Madruga	950	4	150	27
Grecco	731	8	58	18
Cavalheira	925	15	28	47
Conjunto Habitacional	328	1	160	100
Andrade Pinto	450	1	220	2
Andrade Costa	325	3	25	17
Demétrio Ribeiro	543	5	88	19
Itakamosi	723	7	48	6
Ferreiros	387	1	190	146
Massambará	610	7	40	42
<b>Total</b>	<b>9.424</b>	<b>76</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

#### 4.5 A ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada a partir da organização de tabelas de freqüências univariadas e de gráficos bidimensionais. A associação entre os fatores (modificáveis e não modificáveis) e o AVE foi estudado através da razão de chances (*Odds Ratio*), com a significância sendo verificada a partir do teste Qui-quadrado. Para essa análise utilizou-se o *Software R* (2008).

#### 4.6 A ÉTICA

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Severino Sombra da cidade de Vassouras Rio de Janeiro, conforme processo n 0038.0.326.07 e autorizado pesquisa de campo pela secretaria Municipal de Vassouras (Anexo 3).

## 5 RESULTADOS

No presente estudo foram encontrados 76 casos de pacientes idosos residentes no município de Vassouras com diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico Isquêmico, sendo esses comparados a 155 controles, com idade igual ou superior a 60 anos, selecionados entre os que não possuíam a referida patologia. A comparação entre a distribuição dos casos e dos controles, segundo as variáveis sócio-demográficas dos idosos, está descrita na Tabela 4.

Tabela 4: Distribuição da frequência relativa de alguns fatores sócio-demográficos, segundo o número de idosos com AVE

Variáveis	Categorias			
	Nº Casos	(%)	Controles	(%)
Faixa Etária:				
60-69	26	34.2	55	35.5
70-79	29	38.2	67	43.2
≥ 80	21	27.6	33	21.3
Escolaridade:				
≤ 4ª série do fundamental	54	71.0	115	74.2
≥ 5ª série do fundamental	22	29.0	40	25.8
Raça:				
N	24	15.5	44	28.4
B	52	84.5	111	71.2
Estado Civil:				
Casado	37	48.7	74	47.7
Viúvo	31	40.8	53	34.2
Outros	8	10.5	28	18.1
Localidade:				
Zona Rural	21	27.6	48	31.0
Zona Urbana	55	72.4	107	69.0

Verificou-se que a faixa etária dos 60 a 69 anos compreende 34.2% dos casos, e 35.5% dos controles. Nas outras faixas etárias consideradas no estudo percebe-se que existe uma proporção maior de casos na faixa etária com mais de 80 anos (27.6%) do que dos controles nesta mesma faixa (21.3%).

Em relação à escolaridade, verificou-se que 71% dos casos ocorreram em pessoas que tinham cursado até a 4ª série do Ensino Fundamental, enquanto que 74.2% dos controles estavam nesta mesma faixa de escolaridade. No se refere à raça, 84.5% dos casos e 71.2% dos controles eram da raça branca. Quanto ao estado civil, 48.7% dos casos eram constituídos de casados e 40.8% eram viúvos,

sendo que, entre os controles, encontramos 47.7% de casados e 34.2% de viúvos. No que diz respeito à localidade, obtivemos 72.4% dos casos e 69% dos controles residindo em zona urbana.

As razões de chances calculadas com o objetivo de verificar a associação entre o AVE e os fatores de risco, estão apresentadas na Tabela 5. Verificou-se que ser hipertenso, ser cardiopata, possuir escolaridade menor ou igual a 4ª série, ser sedentário, ser do sexo masculino, ter diabetes e ser da raça negra, apresentaram razões de chances maiores que 1, podendo indicar um risco maior nestas categorias. No entanto, apenas as presenças de hipertensão ou cardiopatia apresentaram alguma significância estatística, com valores de  $p=0.07$  e  $p=0.19$  respectivamente.

Tabela 5: Razão de chances entre os fatores e o risco de AVE Isquêmico em idosos no Município de Vassouras (Parte 1)

<b>Vassouras</b>	<b>Casos N (76)</b>	<b>Controles N (155)</b>	<b>OR</b>	<b>IC</b>	<b>P</b>
Sexo:					
M	37	68			
F	39	87	1,21	[0.7, 2.1]	0.99
Sedentarismo:					
Sim	53	100			
Não	23	55	1,27	[0.70, 2.3]	0.43
Raça:					
N	24	44			
B	52	111	1.16	[0.63,2.11]	0.62
Fumo:					
Sim	8	19			
Não	68	136	0,85	[0.33,1.99]	0.70
Álcool:					
Sim	5	2			
Não	71	153	0,8	–	–
Obesidade:					
Sim	1	11			
Não	75	144	0.19	–	–
Dislipidemia:					
Sim	2	9			
Não	74	146	0,46	–	–
Cardiopatia:					
Sim	10	12			
Não	66	143	1,8	[0.72,4.44]	0.19
Hipertensão Arterial:					
Sim	68	124			
Não	8	31	2,1	[0,94,5.16]	0.07

Tabela 5: Razão de chances entre os fatores e o risco de AVE Isquêmico em idosos no Município de Vassouras (Parte 2)

Vassouras	Casos N (76)	Controles N (155)	OR	IC	P
Diabetes:					
Sim	17	30	1,20	[0.60,2.34]	0.59
Não	59	125			
Escolaridade:					
$\leq 4^{\text{a}}$ série do Fundamental	54	115	1.30	[0.69, 2.4]	0.40
$\geq 5^{\text{a}}$ série do Fundamental	22	36			

As Figuras 3 e 4 descrevem as distribuições dos fatores de risco entre os casos e controles, permitindo a verificação visual das poucas diferenças existentes.

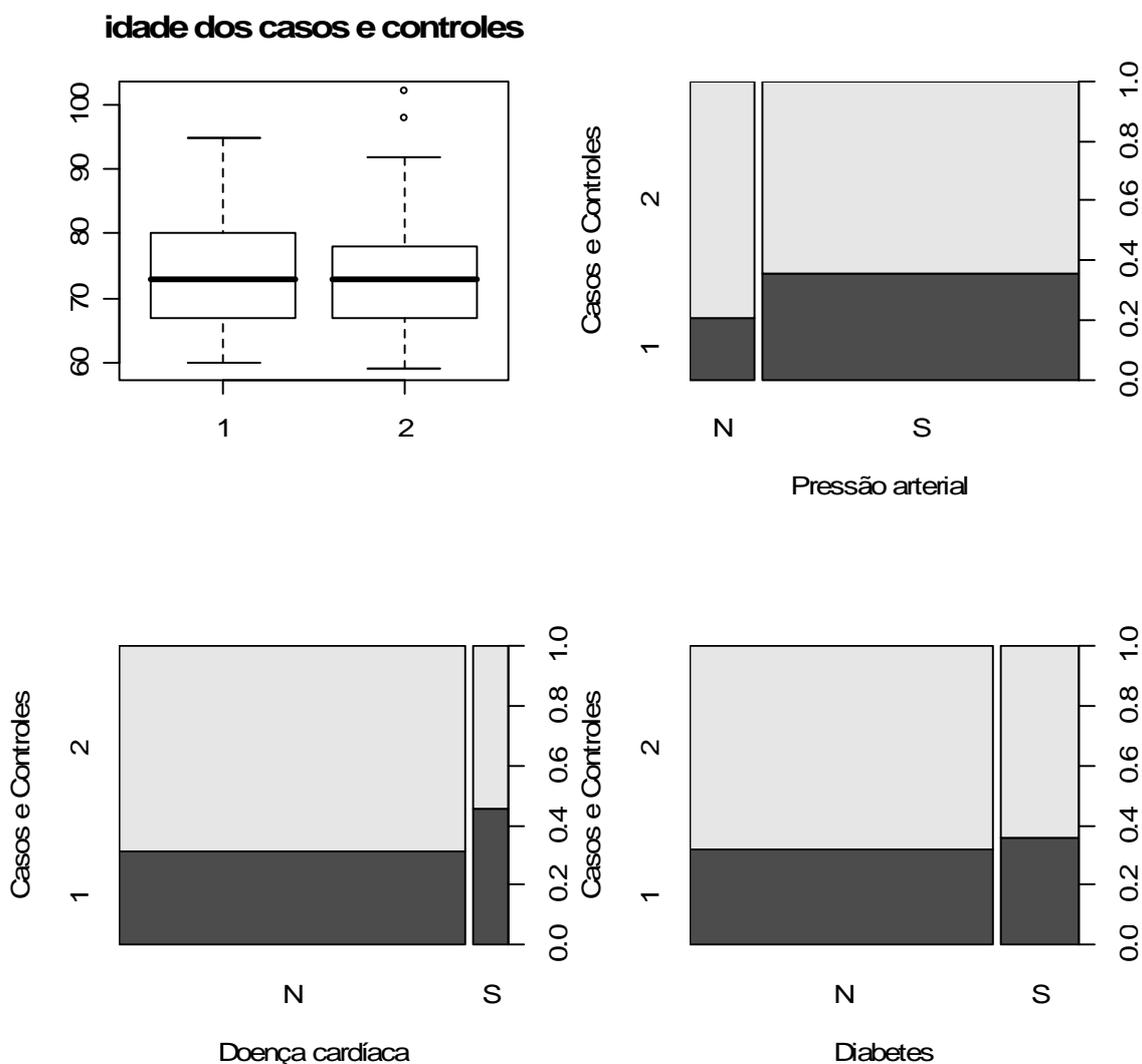


Figura 3: Comparação das distribuições dos fatores de risco entre os casos e controles - idade, pressão arterial, doença cardíaca e diabetes

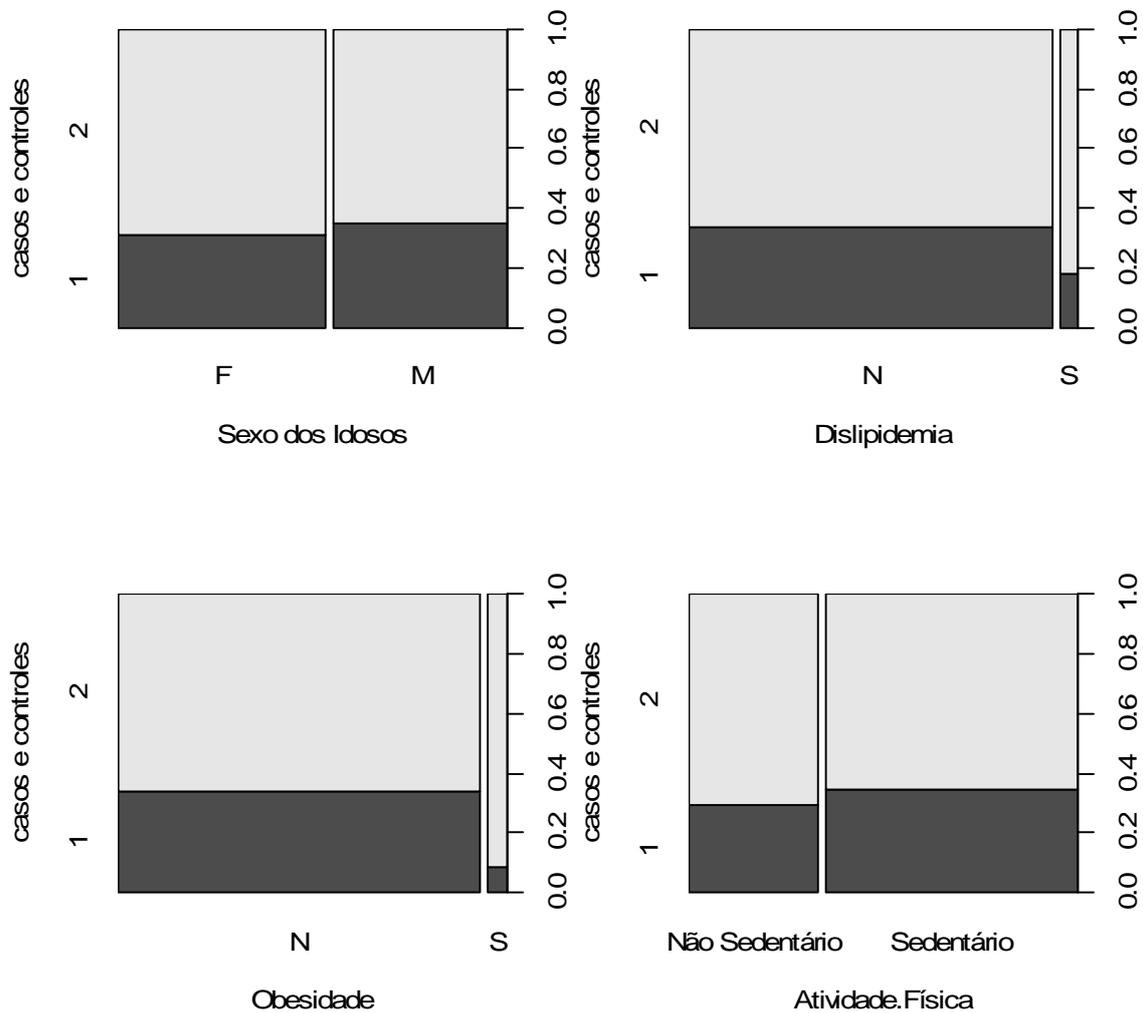


Figura 4: Comparação das distribuições dos fatores de risco entre os casos e controles - sexo, dislipidemia, obesidade e atividade física

A Figura 5 (A e B) apresenta os diagramas de caixas que permitem visualizar a variabilidade da idade entre os casos e os controles, em relação ao número de fatores modificáveis. Verifica-se que o número de fatores modificáveis presentes entre os idosos tem uma tendência a aumentar com a idade, tanto nos casos quanto nos controles.

A Figura 5 (C e D) apresenta a variabilidade da idade em relação à presença de hipertensão arterial e cardiopatia entre os casos e controles. Observa-se, para os idosos que apresentam esses fatores, a tendência do aumento da idade ser maior entre os casos do que entre os controles.

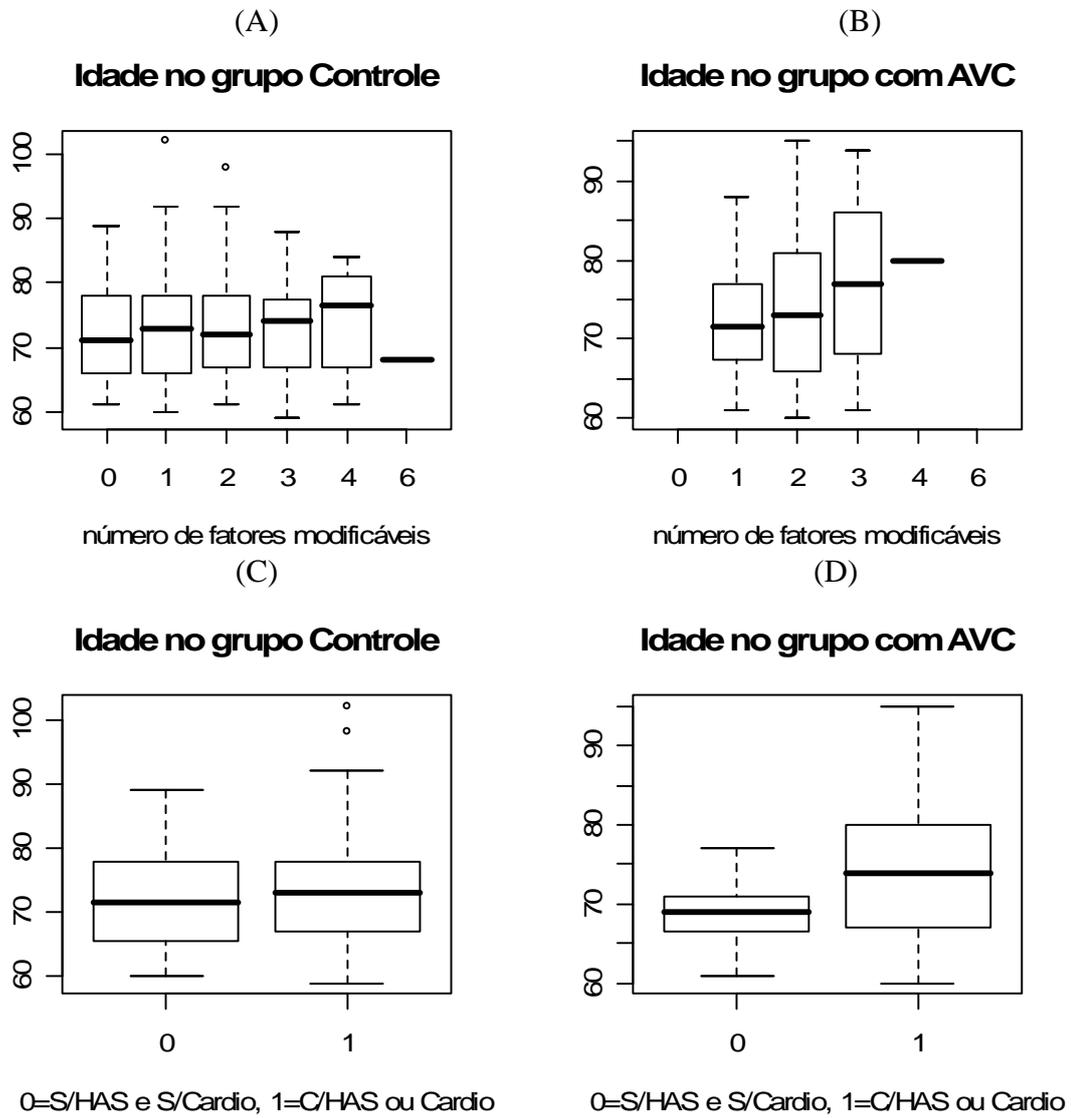


Figura 5: Diagramas de Caixas das Idades dos idosos segundo o número de fatores modificáveis e segundo a existência de Hipertensão ou Cardiopatia

## 6 DISCUSSÃO

Consideramos que os resultados do presente estudo contribuem com os conhecimentos, no Brasil, a respeito dos fatores associados ao Acidente Vascular Encefálico Isquêmico em Idosos. Têm sido uma preocupação em muitos estudos epidemiológicos, realizados em todo mundo, a identificação dos fatores de risco associados às doenças crônicas e, mais particularmente, ao AVE (MILIANIS, 2005; PIRES, GAGLIARDI e GORZONI, 2004; RODGERS, 2004). Entretanto, nos países em desenvolvimento e, mais particularmente no Brasil, ainda são insuficientes as pesquisas epidemiológicas mais abrangentes que subsidiem os gestores da Saúde Pública.

Esta pesquisa considerou que a Estratégia de Saúde da Família pode e deve ser a base, tanto para o fornecimento de dados epidemiológicos, quanto para modelos de promoção de saúde - e é com esta diretriz que os seus resultados devem ser analisados e discutidos.

A associação entre os fatores não modificáveis, tais como o sexo e a raça, e o AVE já foi estabelecida em diversos estudos que relataram que os homens e a raça negra estão em maior risco de desenvolver esta patologia (MELCON e MELCON, 2006; GILLIUM, 1999). Neste estudo, apesar dos homens terem apresentado uma chance 20% maior do que as mulheres e os negros, 16% mais do que os da raça branca, verificou-se que estas associações não foram significativas. Esta falta de significância estatística pode ser causada tanto pelo tamanho da amostra, como por uma possibilidade de que este sobre risco entre os homens e a raça negra diminua entre os idosos.

Entre os fatores modificáveis, no entanto, os dados se contrapõem aos estudos que apresentam o fumo e a dislipidemia como fatores de risco (BROWN et al., 2002; CURB et al., 2004; MILIANIS, 2005). Aqui, a direção das razões de chances indicam estes como fatores protetores, mas sem significância estatística.

O fato de a hipertensão arterial sistêmica ter sido a única associação significativa ( $p < 0.10$ ) deve nos fazer refletir a respeito da importância deste marcador ser utilizado preventivamente através do controle dos níveis pressóricos, a fim de minimizar conseqüências. A hipertensão arterial sistêmica é também descrita na literatura como principal fator de risco modificável para o AVE (LIBERMAN, 2007), sendo que Connor (2005), ao estudar os fatores de risco na África do Sul, concluiu

que a hipertensão era claramente o mais importante em todos os grupos populacionais.

Ao contrário do habitual em análises de associação, onde ressalta-se aquelas que foram significantes, aqui chamou a atenção o fato da não significância encontrada entre o AVE e a quase totalidade dos fatores de risco descritos na literatura.

Ao verificar a equivalência da presença dos fatores de risco entre os casos e controles, e os resultados do número de fatores modificáveis existentes no grupo controle, devemos refletir a respeito da probabilidade que cada um dos 4.032 idosos de Vassouras, que não tiveram AVE, podem ter de evoluir para tal enfermidade.

A favor do idoso existe o Programa de Saúde da Família, que em Vassouras cobre 100% da população, incluindo idosos residentes em localidades rurais, nas quais a população tem um acesso menor à assistência de saúde secundária e terciária. Essa Estratégia pode, portanto, contribuir com a finalidade de prevenção dos fatores de risco modificáveis para o AVE.

Atualmente, existe o Programa de Hipertensão e Diabetes, o Hiperdia, implantado pelo Ministério da Saúde, onde os médicos, enfermeiros e toda a equipe de técnicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde fazem o controle e o monitoramento desses pacientes, com a identificação precoce dos casos e a criação de um vínculo entre os portadores e as unidades básicas de saúde. O acompanhamento desses pacientes com hipertensão e diabetes, a nível de atenção básica, é imprescindível para evitar complicações futuras e reduzir o número de internações hospitalares, contribuindo para a queda das taxas de morbimortalidade. Este programa pode já ter reduzido o risco de AVE se considerarmos que os 124 idosos do grupo controle com registro de hipertensão estão sendo acompanhados pelo Hiperdia. Ao pensar em melhorar as ações já existentes, deveríamos refletir a respeito da necessidade de uma capacitação dessas equipes voltadas para a população idosa, com intensificação das visitas domiciliares, elaboração de ações educativas para os idosos e seus familiares e disponibilização de maiores recursos na distribuição de medicamentos.

Não há, até a presente data, nenhum outro programa relativo ao controle e a redução dos demais fatores de risco. Dentre esses fatores, podemos destacar o sedentarismo que, neste estudo, apresentou um risco de AVE 27% maior para os sedentários, mesmo que sem significância estatística. No entanto, ressalte-se que

30% dos casos e 35% dos controles têm em seus registros a indicação da prática de atividade física, mesmo o Município de Vassouras não possuindo nenhuma estratégia relacionada a isto.

Vários estudos têm demonstrado a necessidade de atividade física para a prevenção de diversas doenças crônicas, dentre elas o AVE. No Brasil, o sedentarismo apresenta alta prevalência. No estudo de Siqueira et al. (2008), realizado em idosos residentes em áreas de abrangência de Unidades Básicas de Saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil, foi identificada uma taxa de 31.8% de idosos sedentários. Este achado ressalta a importância da prescrição de atividade física por parte dos profissionais de saúde.

Segundo o estudo de Gillium, Mechal e Ingran (1996), a inatividade física está associada com risco elevado de AVE em mulheres e homens. A prática de atividade física, portanto, seria um fator de proteção preconizado tanto para doença cardíaca e coronariana como por mecanismos similares que exerceriam proteção contra o AVE, por seus efeitos na pressão sanguínea, agregação de plaquetas e coagulabilidade. Outros estudos corroboram este resultado, como o de Rodgers (2004), realizado em uma população idosa da Inglaterra, que observou que a atividade física tem mostrado associação com a diminuição de risco para AVE. No contexto de Estratégia de Atenção Básica, poderíamos contribuir para uma diminuição do sedentarismo entre a população de idosos, através da implantação de projetos e ações estruturadas entre os profissionais e a população, promovendo à prática de atividade física em prol da saúde.

Reforçando esta idéia, um estudo ecológico recente incluiu a existência de local para caminhada na vizinhança dentre as características que podem influenciar na redução do risco de AVE isquêmico (LISABETH et al., 2007). Atender o idoso na atenção básica, geralmente na Unidade de Saúde da Família ou no Posto de Saúde, compreende criar uma rotina de atendimento que dê conta da gama de patologias que o indivíduo apresente no momento e também cuide de prevenir complicações e outros adoecimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O idoso do município de Vassouras poderia envelhecer mais saudável se fossem implementadas medidas favoráveis à saúde e à qualidade de vida, como: orientando o desenvolvimento de hábitos como alimentação adequada e balanceada, prática de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas que diminuam o estresse, redução de danos decorrentes do

consumo de álcool e tabaco e diminuição significativa da auto-medicação; promovendo a autonomia e a independência física, psíquica e a capacidade funcional, reduzindo os efeitos negativos que a ocasionem; garantindo os acessos a instrumentos diagnósticos adequados, a medicação e a reabilitação funcional; e capacitando equipes de saúde para trabalhar com a pessoa idosa, desenvolvendo ações como, por exemplo, atividades de grupo para promoção da saúde, debatendo assuntos como hipertensão arterial e diabetes mellitus, entre outras. Cabe, também, ao gestor local, desenvolver ações que objetivem a construção da atenção integral à saúde dos idosos em seu território.

Nesta direção, podemos propor, como uma primeira medida de um programa de promoção de saúde, a criação em cada Estratégia de Saúde da Família de um espaço para incentivar a prática de atividade física dos idosos, acompanhada por profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

BROWN, L. et al. Defining cause in stroke patients - the brain attack surveillance in corpus christi (basic) project. **American Journal Of Epidemiology**, v.165, n.5, p.591-596, ju.,l 2006.

BRUM, A.K.R.; TOCANTINS, F.R.; SILVA, T.J.E.S. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.13(6), p.1019-1020 nov./dez 2005.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiro às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.2, p. 184-200 abr., 1997.

CONNOR, M. et al. The south african stroke risk in general practice study. **South African Medical Journal**, Johannesburg, v.95, n.5, p.334-339, mai., 2005.

COSTA, E.M.A. **Um desafio para atenção básica de saúde**. In: Qualidade de vida dos idosos do município de Vassouras, Rio de Janeiro, 2003-2004. Disponível em: [www.somerj.com.br](http://www.somerj.com.br). Acesso em: 19 abr 2006.

CURB, J.D. et al. High density lipoprotein cholesterol and risk of stroke in elderly men american. **Journal of Epidemiology**, v.165 n.5 p.150-157, jan., 2004.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB) – **Sistema de informação e Atenção Básica**. Disponível em: <http://dtr2004.saúde.gov.br/dab>. Acesso em: 05 ago., 2007.

ERMEL, R.C. **O processo de trabalhadoras enfermeiras nas equipes de saúde da família de Marília,SP**. São Paulo: USP, 2002. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem.

ESTATUTO DO IDOSO. 2003. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/web/relatorios/destaques/2003057RF>. Acesso em: 16 mar. 2007.

FEIGIN, V.L. et al. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20 the century. **The Lancet Neurology**, v.2, n.43, p.43-53, Jan., 2003.

GAGLIARD, R.J. et al. **Clínica neurológica**. São Paulo: Lemos, 1998.

GARBUSINSKI, J. M. et al. Stroke presentation and outcome in developing countries a prospective study in the Gambia. **Stroke**, Gambia, v.36, n.7, p.1388-1393, Jul., 2005.

GILLIUM, R.F. Risk factors for stroke in blacks: a critical review. **Stroke**, v.150, n.12, p.1266-1274, abr., 1999.

GILLIUM, R.S.; MECHAL, G.H.; INGRAN, D.D. Physical activity and stroke on incidence in woman and man. **The epidemiologic: follow-up study**, v.143, n.9, p.860-869, fev., 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico de 2000**. Resultados do Universo, 2007. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/pesquisas/cdru/default.asp>> Acesso em: 25 mar., 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Populacional, 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 25 mar 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Comunicação Social**, 2004. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/home/presidencia/noticias>. Acesso em: 25 mar 2007.

JOHNSON, S. **Quem mexeu no meu queijo?** 15.ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

KAISER, S.E. Aspectos epidemiológicos nas doenças coronarianas e cerebrovasculares. **Revista da Socerj**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.11-18, jan./mar., 2004.

LIBERMAN, A. Aspectos epidemiológicos e o impacto da hipertensão no indivíduo idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.14, n.1, p.17-20, ago., 2007.

LISABETH, L.D. et al. Neighborhood environment and risk of ischemic stroke the brain attack surveillance in corpus christi (basic) project. **American Journal of Epidemiology**, v.165, n.3, p.279-287, jun., 2007.

LOURENÇO, R.A. et al. Assistência geriátrica: hierarquização da demanda. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.2, p.311-8, abr.,2005.

MACHADO, L.L. **Vassouras recanto histórico do Brasil**. Vassouras: Gráfica Palmeiras, 2000.

MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p.26-30.

MELCON, C.M.; MELCON, M.O. Prevalence of stroke in an Argentina community. **Neuroepidemiology**, v.27, p.81-88, ago.,2006.

MENDES, M.R.S.S.B.; GUSMÃO, J.L.A.C.M.; LEITE, R.C.O.B. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v.18(4), p.422-6, abr., 2005.

MILIANIS, H.J. Risk factors for first-ever acute ischemic non-embolic stroke in elderly individuals. **International Journal Of Cardiology**, Grécia, v.99, p.269-275, jan., 2005.

MINELLI, C. et al. Stroke incidence, prognosis, 30-day, and 1-year case fatality rates in Matão. **Stroke**, Brasil, n.38, p.2.906-2.911, mai., 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família, 2006**. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 25 mar 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria n.2.528 de 19/10/2006. Disponível em: <http://www.ciape.org.br>. Acesso em: 25 mar 2007.

NITRINI, R. et al. **A neurologia que todo médico deve saber**. São Paulo: Atheneu, 2003.

PEREIRA, U.P.; ANDRADE FILHO, A.S. **Neurogeriatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. c.27, p.206-214.

PIRES, S.L.; GAGLIARDI, R.J.; GORZONI, M.L. Estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.62, n.3-B, p.844-851, Set., 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VASSOURAS. **História do Município de Vassouras**. 2007. Disponível em: <http://grou.proderj.rj.gov.br/vassouras/index.php>. Acesso em: 16 mar 2007.

PROGRAMA SOFTWARE R. Disponível em: [www.foundationproject.org](http://www.foundationproject.org). Acesso em: 27 abr 2008.

RAMOS, L.R.; MIRANDA, R.D. Impacto epidemiológico da hipertensão arterial sistólica isolada no idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.6, n.4, p.370-375, out./dez, 1999.

RAYMOND, D. et al. **Neurologia**. 6.ed. [s.l]: Mc Graw-Hill Interamericana de Chile, 1998.

REYNOLDS, K. Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis. **Jama**, Chicago, v.289, n.5, p.579-588, fev., 2003.

ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RODGERS, H. Risk factors for first-ever stroke in older people in the North East of England: a population-based study. **Stroke**, Newcastle, v.35, n.1, p.7-11, Jan., 2004.

ROWLAND, L.P. **Merrit - tratado de neurologia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SCHELP, A. et al. Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.62, p.503-506, jun., 2004.

SCHINEIDER, A.T. Trends in community Knowledge of the warning signs and risk factors for strokes. **Jama**, Chicago, v.289, n.3, p.343-346, Jan., 2003.

SILVESTRE, J.A.; COSTA NETO, M.M. Abordagem do idoso em programa de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.839-847, jun., 2003.

SIQUEIRA, F.V. et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em área de abrangência de unidade básica de saúde de municípios das regiões sul e nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.39-54, jan., 2008.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO E ATENÇÃO BÁSICA (SIAB). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>. Acesso em: 03 set 2007.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO E ATENÇÃO BÁSICA (SIAB). Prefeitura Municipal de Vassouras. Rio de Janeiro, 2006.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO E ATENÇÃO BÁSICA (SIAB). Prefeitura Municipal de Vassouras. Rio de Janeiro, 2007.

TELLES FILHO, J.C.P.; PETRILLI FILHO, J.F. Causas de inserção de idosos em uma instituição asilar. Escola Ana Nery Revista Enfermagem, 6(1): p135-143, abr., 2002.

TRUELSEN, T.; BONITA, R.; ROZICK J. Surveillance of stroke: a global perspective international. **Journal of Epidemiology**, v.30, p.11-16, mar., 2001.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.705-715, mai./jun., 2003.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R.A. Reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p.225-264, 2005.

VIRIYAVEJAKUL, A. Epidemiology of stroke in the elderly in Thailand. **Journal of the Medical Association of Thailand**, Bangkok, v.81, n.7, p.497-505, jul., 1998.

ANEXOS

ANEXO A: FICHA A (frente)



**ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE VASSOURAS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**





**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA**

<b>FICHA A</b>	<b>UF</b> _____	<b>CEP</b> _____	
<b>ENDEREÇO</b>	<b>BAIRRO</b>	<b>DATA</b>	
<b>MUNICÍPIO</b>	<b>NUMERO</b>	<b>FAMILIA</b>	
	<b>MICROÁREA</b>	<b>ÁREA</b>	
	<b>SEGMENTO</b>	<b>ENTREVISTADOR:</b>	

---

**INÍCIO ÀS:** \_\_\_\_\_ h **TÉRMINO ÀS:** \_\_\_\_\_ h **SE NÃO REALIZADA A ENTREVISTA, QUAL O MOTIVO?**

---

**PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS**

N.º	NOME	GRAU DE PARENT.	SEXO	IDADE	DATA DE NASCIMENTO	NATURAL	CERTIDÕES	SITUAÇÃO CONJUGAL ATUAL		PROFISSÃO	OCUPAÇÃO	OUTRAS OCUPAÇÕES	RENDA EM REAIS
								TIPO	TEMPO				
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

---

GRAU DE PARENTESCO	CERTIDÕES	SITUAÇÃO CONJUGAL ATUAL
1 - DONA(O) DA CASA 2 - ESPOSO/PARCEIRO 3 - FILHO(A) DO CASAL 4 - FILHO(A) DO CHEFE (ESPECIFICAR) 5 - MÃE(PAI) DO CHEFE 6 - SOGRO(A) 7 - ENTEADO(A) 8 - NETO(A) 9 - OUTROS	1 - CASAMENTO 2 - NASCIMENTO 3 - NÃO TEM 77 - NÃO SABE 88 - NÃO RESPONDEU	6 - DESQUITADO(A) 7 - VIÚVA(O) 77 - NÃO SABE 88 - NÃO RESPONDEU



ANEXO C

*Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro***UNIRIO****Mestrado em Neurologia**

Ficha de Coleta de Dados dos Pacientes

PSF Vassouras/RJ

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Raça: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Profissão/Ocupação: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Localidade do PSF: \_\_\_\_\_

Atividade Física: \_\_\_\_\_

Lazer: \_\_\_\_\_

Data do AVC: \_\_\_\_\_

Tipo do AVC: \_\_\_\_\_

Condição referida: \_\_\_\_\_

Tabagismo: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

## ANEXO D

## CARTA DE SOLICITAÇÃO DE CAMPO PARA PESQUISA

Ao Exmo. Sr. Secretário de Saúde de Vassouras, José Carlos Vaz de Miranda Neto:

Venho por meio desta, solicitar campo de pesquisa pelo Curso de Mestrado em Neurologia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), para que o mestrando, Rubens Silva Pereira Júnior, possa realizar levantamento de dados do Programa de Saúde da Família deste município a serem coletados nas Unidades Básicas de Saúde, a fim de identificar portadores de AVC (Acidente Vascular Cerebral) atendidos pelo programa de Saúde da Família de Vassouras.

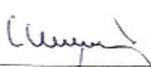
A pesquisa a ser realizada faz parte da dissertação de conclusão do curso que é requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Neurociência.

Em caso de dúvidas, encontro-me à disposição para maiores esclarecimentos. Sem mais, aguardo vossa anuência.

Atenciosamente.

  
Rubens Silva Pereira Júnior

Autorizado em Outubro 2007

  
Dr. José Carlos Vaz de Miranda Neto  
Secretário Municipal de Saúde  
Prefeitura de Vassouras  
CRM 52.74962-5

Dr. José Carlos Vaz de Miranda Neto  
Secretário Municipal de Saúde de Vassouras