



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

ANA BEATRIZ CALMON NOGUEIRA DA GAMA PEREIRA

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM
IDOSOS NO MUNICÍPIO DE VASSOURAS ATRAVÉS DO RASTREAMENTO
DE DADOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Rio de Janeiro
2008

ANA BEATRIZ CALMON NOGUEIRA DA GAMA PEREIRA

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM
IDOSOS NO MUNICÍPIO DE VASSOURAS ATRAVÉS DO RASTREAMENTO
DE DADOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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^a. Dr^a. Maria Tereza
Serrano Barbosa

Rio de Janeiro
2008

616.81
P436e

Pereira, Ana Beatriz Calmon Nogueira da Gama,
Estudo epidemiológico de acidente vascular cerebral em
idosos no Município de Vassouras através do rastreamento
de dados do Programa Saúde da Família. / Ana Beatriz
Calmon Nogueira da Gama Pereira - Rio de Janeiro, 2008.

67 f.

Orientador: Prof^a. Dr^a. 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. Acidente Vascular Cerebral, 2. Análise Epidemiológica, 3.
Idoso. I. Barbosa, Maria Tereza Serrano. II. Universidade
Federal do Estado do Rio de Janeiro. III. Título.

ANA BEATRIZ CALMON NOGUEIRA DA GAMA PEREIRA

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM
IDOSOS NO MUNICÍPIO DE VASSOURAS ATRAVÉS DO RASTREAMENTO
DE DADOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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^ª. Dr^ª. Maria Tereza Serrano Barbosa
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Helcio Alvarenga
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Marco Oliveira Py
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dedico este Trabalho à:

Rami Gherson - in Memoriam

Existem pessoas que se tornam uma grata surpresa em nossas vidas e que nos contagiam com sua força de vontade, sua garra para lutar, vencer obstáculos e alcançar seus ideais. Mas a vida é fugaz e às vezes corta abruptamente sonhos que queriam muito ter se tornado reais.

AGRADECIMENTOS

O término desta dissertação representa mais do que um fim, o início de novos caminhos a serem trilhados. Durante toda esta jornada muitas pessoas se fizeram importantes e a elas eu agradeço especialmente.

À Professora Maria Tereza Serrano Barbosa, que com sua magistral competência orientou este trabalho dando a direção certa a ser seguida e tornando-o um projeto real.

Ao Professor Helcio Alvarenga, mestre nato de quem eu tive o privilégio de ser aluna na graduação e na Pós-graduação e com quem aprendi a dar os primeiros passos dentro da Neurologia.

À Professora Regina Papais Alvarenga, pelo exemplo o qual tento seguir, de profissional dentro da Neurologia e da docência, de mãe dedicada e de mulher de coragem.

Aos profissionais da Secretaria de Saúde de Vassouras e a toda a equipe do Programa de Saúde da Família do Município os quais foram parceiros nesta jornada, sempre solícitos com o propósito de colaborar com o projeto.

Aos meus pais, Antônio Carlos e Maria Amália, por serem um porto seguro sempre com palavras de carinho e incentivo.

À minha querida filha, Luiza que no alto dos seus cinco anos de idade, me traz a inspiração de querer ser sempre uma pessoa melhor, para que no futuro possa se orgulhar de mim.

Ao Rubens, esposo, companheiro e colega de turma que fez parte desta jornada, tendo ao meu lado compartilhado tantos momentos intensos e me ajudado a ultrapassar mais esta etapa de minha vida. Com certeza construímos juntos esta história.

“Os sonhos são como vento, você os sente, mas não sabe de onde eles vieram e nem para onde vão. Eles inspiram o poeta, animam o escritor, arrebatam o estudante, abrem a inteligência do cientista, dão ousadia ao líder. Eles nascem como flores nos terrenos da inteligência e crescem nos vales secretos da mente humana, um lugar que poucos exploram e compreendem. [...]

Sem sonhos, as perdas se tornam insuportáveis, as pedras do caminho se tornam montanhas, os fracassos se transformam em golpes fatais.

Mas se você tiver grandes sonhos. Seus erros produzirão crescimento, seus desafios produzirão oportunidades, seus medos produzirão coragem.”

(CURY, 2004)

RESUMO

O presente trabalho consiste em um estudo de prevalência de Acidente Vascular Cerebral (AVC) em idosos no município de Vassouras, estado do Rio de Janeiro, através do rastreamento de dados do Programa de Saúde da Família (PSF) do município. A população idosa foi escolhida em virtude de seu aumento no Brasil, hoje com mais de 15 milhões, e pelo fato da frequência de Acidente Vascular Cerebral aumentar com a idade. Neste estudo foi rastreado o número de idosos do município, identificando os idosos acometidos por AVC cadastrados no PSF e analisando o perfil sócio-demográfico desta população alvo. Como fontes foram utilizados os dados do Sistema de Informação e Atenção Básica (SIAB), o censo populacional da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e uma ficha de atendimento padronizada pelo Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde. Avaliou-se a qualidade dos prontuários e o diagnóstico de AVC do PSF. Foi encontrada uma taxa de prevalência de 0,52% na população geral, de 2,9% nos idosos e um aumento progressivo com o avançar da idade. Concluiu-se enfatizando o quanto é importante o conhecimento da frequência do AVC, principalmente na população idosa, para que haja um planejamento de saúde voltado para esses casos, com previsão de recursos direcionados a saúde, incluindo métodos de investigação, disponibilidade de medicamentos e instalação de medidas de prevenção e controle.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral. Análise Epidemiológica. Idoso.

ABSTRACT

This paper consists on a study of the prevalence of stroke in elderlies in Vassouras, Rio de Janeiro, through data investigation from the Family Health Program (FHP) from Vassouras. The elderly population was chosen because it's the fastest – growing group in Brazil, more than 15 million, and because the frequency of stroke increases whit age. In this study was investigated the number of elderlies in Vassouras, identifying the ones who have a stroke event and are registered in the FHP and analyzing the socioeconomic profile of this target population. As sources we used data from the Primary Care Information, the populational census from the Brazilian Institute of Statistics and Geography (IBGE) and a filing card – standardised by Family Health Program of Health Ministry. We evaluated the stroke medical record and diagnosis from the FHP. In this investigation, there were 0,52% prevalence of Stroke in the total of the population and 2,9% in elderlies and a progressive increase with the advance of age. The conclusion is to emphasize how much is important the Knowledge of the stroke frequency in the elderly population. Thus, it's necessary a health – care planning for these cases with resources addressed to health, including investigation methods and medicines availability and the appropriate measures for control and prevention strategies.

Keywords: Stroke. Epidemiology analisis. Elderly.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Variáveis utilizadas e suas respectivas categorias	34
----------	--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa da localização de Vassouras e cidades vizinhas	28
Figura 2	Praça Barão de Campo Belo - Centro de Vassouras	29
Figura 3	Levantamento Populacional com Rastreamento	39
Figura 4	Distribuição por Sexo e Faixa Etária dos Pacientes com AVC	41
Figura 5	Distribuição por Sexo e Tipo de AVC	42
Figura 6	Distribuição por Tipo de AVC e Faixa Etária	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Prevalência de AVC	21
Tabela 2	Unidades de saúde da Família do Município de Vassouras	37
Tabela 3	Distribuição dos idosos de Vassouras segundo a Zona de residência ..	38
Tabela 4	As 10 causas Líderes de morte. Brasil, 2004	38
Tabela 5	Distribuição dos idosos de Vassouras com Acidente Vascular Cerebral, segundo seus fatores sócio-demográficos	40
Tabela 6	Taxa Estimada de Prevalência de AVC na População Idosa por Faixa Etária, Sexo e Localidade	44
Tabela 7	Distribuição dos idosos de Vassouras sem diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral segundo seus fatores sócio demográficos	44

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH	Autorização de internação Hospitalar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CID-10	Classificação Internacional de Doenças Décima Revisão
DCV	Doença Cerebrovascular
FSC	Fluxo Sanguíneo Cerebral
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
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
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
USS	Universidade Severino Sombra

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	OBJETIVO GERAL	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	O ESTUDO DA NEUROEPIDEMIOLOGIA	17
3.2	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	18
3.3	EPIDEMIOLOGIA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM PAÍSES DESENVOLVIDOS E EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO	20
3.4	ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO IDOSO NO BRASIL ..	24
3.5	ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DA CIDADE DE VASSOURAS-RJ	27
3.6	O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL E EM VASSOURAS-RJ ...	29
4	MATERIAL E MÉTODOS	33
4.1	DESENHO DE ESTUDO	33
4.2	INSTRUMENTO E LOCAL DA COLETA DOS DADOS	33
4.3	EQUIPE DE PESQUISA	34
4.4	ÉTICA	35
4.5	AVERIGUAÇÃO DOS CASOS	35
4.6	CLASSIFICAÇÕES E DEFINIÇÕES	36
4.7	ANÁLISE DOS DADOS	36
5	RESULTADOS	37
5.1	DADOS SECUNDÁRIOS	37
5.2	DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	39
6	DISCUSSÃO	46
7	CONCLUSÃO	53
	REFERÊNCIAS	54
	ANEXOS	59

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma síndrome neurológica freqüente em adultos, constituindo-se de uma anormalidade de ocorrência súbita do funcionamento cerebral o qual pode ser ocasionado por uma interrupção da circulação cerebral ou de hemorragia. Cerca de 80% dos quadros de AVC são de origem isquêmica e 20% decorrentes de hemorragia cerebral. É uma doença altamente prevalente, apresenta índices elevados de morbidade e mortalidade, sendo a principal causa de incapacidade permanente em muitos lugares do mundo e, por seu potencial de gravidade, é considerado uma emergência médica. O termo “*brain attack*” é, freqüentemente, utilizado na literatura mundial, em virtude de instalação súbita e para demonstrar a importância de seu diagnóstico e manuseio precoces, alertando toda a comunidade, médica e não médica, para a urgência do seu tratamento. Os pacientes com AVC devem ser imediatamente conduzidos para ambiente hospitalar afim de avaliação médica e tratamento adequado. Devido aos avanços das últimas décadas, principalmente no que diz respeito ao tratamento do AVC isquêmico que inclui agentes trombolíticos e antitrombóticos, manejo apropriado da pressão arterial, prevenção de dano cerebral secundário, reconhecimento e tratamento precoces das complicações, está havendo uma melhor perspectiva na recuperação destes pacientes (KNOBEL et al., 2002).

O AVC tem sua freqüência aumentada progressivamente de acordo com cada década de vida, ocupando posição de destaque entre a população idosa. Por exemplo, na faixa etária de 75 a 84 anos, a incidência é de 12–20/1000 pessoas/anos (FEIGIN et al., 2003). A prevalência mundial é estimada em 0,5 a 0,7% (MINELLI et al., 2007; NICOLETTI et al., 2000; PEREIRA e ANDRADE FILHO, 2001). Além da elevada mortalidade, a maioria das pessoas que apresentam um quadro de AVC evoluem com seqüelas que limitam sua atividade física e intelectual e despendem um elevado custo social. Esses dados nos fazem a refletir o quanto é importante o conhecimento deste tema e o grande impacto que esta enfermidade representa sobre a população (PEREIRA e ANDRADE FILHO, 2001).

O Brasil é um país que está envelhecendo em considerável progressão; com isso, estão ocorrendo alterações na dinâmica populacional. Entre os anos de 1960 e 1980 observou-se uma queda de 33% na fecundidade (VERAS, 2003). Em 2023, a média deverá ser de 2,01 filhos por mulher. Esta diminuição da taxa de fecundidade

se deve as transformações ocorridas na família brasileira, que vão desde métodos contraceptivos até a inserção da mulher no mercado de trabalho (IBGE, 2004).

Esta diminuição das taxas de natalidade resulta, em médio prazo, no incremento proporcional da população idosa. Nesse mesmo período de 20 anos, a expectativa de vida aumentou em oito anos (VERAS, 2003). Em 2050 a expectativa de vida do brasileiro ao nascer será de 81,3 anos (IBGE, 2004). Hoje, a população idosa ultrapassa dos 15 milhões de brasileiros, que em 20 anos serão 32 milhões (VERAS, 2003).

O aumento da expectativa de vida se deve a fatores que vão além da questão da natalidade, abrangendo desde a revolução tecnológica e industrial e investimentos nos serviços de saúde de alta complexidade até as ações primárias de saúde. Neste contexto, é importante registrar não apenas os avanços nos conhecimentos da engenharia genética e da biotecnologia, mas se faz necessário destacar as ações primárias de saúde. Na atualidade, estas ações estão bem representadas pelo Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia de Saúde da Família, o qual foi implantado no Brasil em 1994 com a finalidade de prestar serviços a toda a população, incluindo a população idosa. Visando o controle e prevenção de doenças. É evidente o papel do PSF de reorganização e reestruturação do sistema público de saúde. A formulação do PSF teve, como base a seu favor, o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família de outros países, como do Canadá, de Cuba, da Suécia e da Inglaterra, os quais serviram de guia para a estratégia brasileira (VIANA e DAL POZ, 2005). Nas cidades onde o PSF está implantado, as crianças adoecem menos, as gestantes têm seu pré-natal garantido, os casos de hipertensão e diabetes são controlados e os idosos recebem mais atenção.

Em Vassouras, no Estado do Rio de Janeiro, a implantação dessa estratégia se deu entre os anos de 2001 e 2002, tendo como política prioritária a atenção básica. A cidade de Vassouras está situada na região Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. Segundo dados do Sistema de Informação e Atenção Básica (SIAB) de Janeiro/2007, Vassouras tem uma população total de 32.801 habitantes, com uma população idosa (maior ou igual a 60 anos) representada por 12,66% da população geral. Dessa população idosa, 1.873 são homens e 2.281 são mulheres, 70% residem em zona urbana e 30%, em zona rural.

As experiências profissionais vivenciadas pela autora, enquanto médica neurologista do município de Vassouras e do Hospital Universitário Sul Fluminense, realizando atendimento ao idoso, tanto nos moldes de atenção básica, quanto em média e alta complexidade, indicaram a necessidade de um apoio maior na realização de medidas de controle e prevenção de doenças como o AVC, por ser esta a principal causa de morte no Brasil e por deixar muitas vezes seqüelas incapacitantes que interferem na qualidade de vida da população, principalmente dos idosos que, na maioria das vezes, tem um pior prognóstico. O cérebro de indivíduos mais jovens tem maior adaptabilidade funcional e, por isso, um maior potencial para recuperação. Outro fator importante a ser considerado é que, além das seqüelas motoras, há também as alterações psicológicas a nível emocional, como a ansiedade e a depressão, desânimo e baixa auto-estima, as quais também podem atrapalhar a recuperação desses pacientes, muitas vezes, reduzindo o empenho do paciente na sua própria recuperação. Este fator pode ser mais intenso conforme o avançar da idade (CANCELA, 2008).

Analisando todos estes fatores, direcionou-se a abordagem principal para, ao mesmo tempo, discutir a necessidade de um modelo de atenção primária para algumas doenças neurológicas, o qual pode ser observado na Estratégia de Saúde da Família, através da prevenção e controle destas doenças, e avaliar a qualidade e o potencial dos dados obtidos por este programa na formulação de estudos neuroepidemiológicos no Brasil. Uma melhoria na qualidade dos serviços de atendimento primário da população, como, por exemplo, o atendimento ambulatorial, o atendimento domiciliar e os programas de prevenção de fatores de risco para o AVC, podem diminuir os custos com internações hospitalares e aumentar as chances de um prognóstico favorável, levando a uma melhoria da expectativa e qualidade de vida desta população, culminando com um envelhecimento saudável.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste trabalho é rastrear os casos de AVC em idosos no município de Vassouras, estado do Rio de Janeiro, para obter uma estimativa da sua prevalência, contribuindo com a discussão a respeito dos programas de promoção de saúde e reabilitação.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o perfil sócio-demográfico dos idosos com AVC.
- Avaliar a distribuição dos casos segundo o tipo de AVC:
Isquêmico ou hemorrágico.
- Avaliar a qualidade dos prontuários e dos diagnósticos de AVC do PSF.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O ESTUDO DA NEUROEPIDEMIOLOGIA

A Neuroepidemiologia estuda a história natural das doenças que afetam o sistema nervoso e a influência de fatores biológicos, demográficos, geográficos e sócio-culturais na sua gênese e curso evolutivo. Os fatores biológicos incluem a genética e a imunologia, os geográficos, o clima, o solo, a altitude, a latitude e a topografia, os demográficos, a educação, ocupação, raça, idade, sexo, movimento populacional, naturalidade, migração e residência e, por fim, os socioculturais, que estudam os relacionamentos inter-sociais, os padrões de vida, dieta, nutrição, higiene, contato com animais e analisam as conseqüências dos processos de urbanização e industrialização, incluindo o desenvolvimento tecnológico. (LOWIS, 1988, p.14)

A Neuroepidemiologia é uma área de pesquisa muito importante, pois suas investigações conseguem estimar a magnitude de doenças específicas, permitindo, assim, um planejamento efetivo no cuidado com a saúde. Podem também ser identificados os fatores de risco de doenças neurológicas e oferece base para programas de controle e prevenção de doenças.

Nos últimos anos, a neuroepidemiologia tem se apresentado como um campo único de investigação devido ao significado do impacto social causado pelas doenças neurológicas, às amplas variações geográficas de sua incidência e prevalência e aos assuntos metodológicos peculiares envolvidos no reconhecimento das manifestações heterogêneas das enfermidades do Sistema Nervoso (TAKEUCHI e GUEVARA, 1999).

Estudos neuroepidemiológicos têm a vantagem de não necessitarem de equipamentos caros ou técnicas elaboradas para sua realização. As pesquisas podem ser feitas com recursos normalmente disponíveis na maioria das áreas mundiais. Mesmo assim, estudos dos aspectos epidemiológicos das desordens neurológicas raramente têm sido feitos em países em desenvolvimento. As dificuldades principais para a realização de tais estudos, dentre outras, são a falta de informações precisas do censo e o escasso número de médicos neurologistas.

Uma estratégia específica, que necessita de equipe de saúde preparada, foi desenvolvida pela OMS, especificamente, para populações pesquisadas em países em desenvolvimento. Foi criado, então, pela Organização Mundial de Saúde, um protocolo de pesquisa para rastreamento de doenças neurológicas, onde cada item

foi discutido detalhadamente. Tal protocolo já serviu como instrumento de pesquisa para vários países da América Latina, dentre eles Equador, Colômbia, Bolívia e Argentina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

3.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Dentre as enfermidades cerebrovasculares, o acidente vascular cerebral destaca-se pela sua dimensão. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido como uma deficiência neurológica focal súbita e não-convulsivante. A Organização Mundial de Saúde definiu como AVC “o rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbio focal (por vezes global) da função cerebral, durando mais de 24 horas ou levando à morte sem nenhuma outra causa aparente que a origem vascular”.

Definição mais recente tem exigido sintomas de duração superior a 24 horas ou imagens de uma lesão cerebral aguda, clinicamente relevante, em pacientes cujos sintomas desaparecem rapidamente. O aspecto fundamental do AVC é o perfil temporal dos eventos neurológicos. É a subtaneidade com que a deficiência neurológica surge que sela o distúrbio como de origem vascular. O AVC é classificado segundo a patologia da lesão cerebral focal subjacente, em dois processos essenciais: oclusão do vaso sanguíneo (infarto – AVC isquêmico) e ruptura de vaso sanguíneo (hemorragia - AVC hemorrágico), sendo o AVC isquêmico mais prevalente, correspondendo à aproximadamente 80% dos casos de AVC (LEWEIS, 2002).

O infarto cerebral é um distúrbio causado por obstrução do fluxo sanguíneo que se instala no parênquima cerebral. Os quatro subtipos mais freqüentes de infarto cerebral são o aterosclerótico, embólico, de pequenos vasos (lacunar) e criptogênico. A obstrução do fluxo sanguíneo cerebral (FSC), ainda que por minutos, representa extrema gravidade para a vida dos neurônios, porque o oxigênio e a glicose - substâncias fundamentais para a manutenção das células nervosas - não se acumulam a nível cerebral (LEWEIS, 2002).

Sendo assim, com a interrupção do FSC por bloqueio em um vaso arterial específico, que pode ocorrer por trombose ou embolia, as células nervosas dependentes desta irrigação são lesadas de forma irreversível, gerando déficits neurológicos variáveis, os quais vão depender da área do evento isquêmico. Portanto, o quadro clínico referente a um infarto cerebral caracteriza-se pela

instalação aguda de déficits neurológicos focais, variáveis em sua exteriorização, na dependência do território encefálico atingido pelo processo de isquemia.

Clinicamente, ainda podemos diferenciar um infarto embólico de um aterosclerótico, pois enquanto no evento embólico, pela forma súbita na qual ocorre a oclusão, é mais freqüente a ocorrência inicial de coma, no trombótico a alteração de consciência é proporcional à extensão do infarto e, em casos de lesões lacunares, o paciente assiste acordado à instalação do déficit.

A hemorragia cerebral decorre de ruptura de um vaso intracraniano. Tais hemorragias, de acordo com a localização, podem ser extradurais, subdurais, subaracnóideas, intracerebrais e intraventriculares. A hemorragia intracerebral caracteriza-se por sangramento no parênquima cerebral, geralmente por ruptura de uma pequena artéria penetrante. A hipertensão arterial foi apontada como causa de um enfraquecimento na parede das arteríolas e de formação de micro aneurismas de Charcot Bouchard.

O sangue arterial invade o parênquima sob pressão e destrói ou desloca o tecido cerebral. As hemorragias intracerebrais são responsáveis por 10 a 30% dos casos de acidentes vasculares cerebrais.

Os fatores de risco determinantes do acidente vascular cerebral podem ser classificados em fatores não modificáveis e modificáveis. O fator de risco não modificável de maior importância para acidentes vasculares cerebrais é, sem dúvida, a idade. A incidência do AVC aumenta de maneira exponencial com a idade, com a maioria dos acidentes vasculares cerebrais ocorrendo na faixa etária acima de 65 anos. Outros fatores de risco não modificáveis são o sexo, com predominância no sexo masculino, a raça, a qual predomina a raça negra sobre as demais, e o fator hereditariedade.

Nos fatores de risco modificáveis incluem-se a hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias (especialmente a fibrilação atrial), diabetes, hipercolesterolemia, sedentarismo, tabagismo, abuso de álcool, estenose carotídea assintomática e história de ataque isquêmico transitório, sendo a hipertensão o fator de risco de maior prevalência para acidentes vasculares cerebrais, depois da idade (LEWEIS, 2002).

3.3 EPIDEMIOLOGIA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM PAÍSES DESENVOLVIDOS E EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma enfermidade comum e considerável causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo (GILES e ROTHWELL, 2008). Embora haja um declínio das taxas de mortalidade que vem sendo descritas no Brasil, o AVC ainda é a principal causa de morte no país e apresenta alta mortalidade para ambos os sexos no continente Americano. Entre a população idosa no Brasil, a Doença Cérebro Vascular (DCV) ocupa posição de destaque, com uma incidência de 20 a 30/1000 entre pacientes com mais de 75 anos. A prevalência mundial é estimada em 0,5 a 0,7% (MINELLI et al., 2007; NICOLETTI et al., 2000; PEREIRA e ANDRADE FILHO, 2001). Além de elevada mortalidade, a maioria dos sobreviventes apresenta seqüelas, com limitação da atividade física e intelectual e elevado custo social. Esses dados nos levam a refletir a respeito do grande impacto que esta enfermidade representa sobre a população (VIANA e DAL POZ, 2005).

Em 1999, o número de mortes por AVC em todo o mundo foi de 5.54 milhões, sendo que 2/3 destas mortes ocorreram em países menos desenvolvidos (FEIGIN et al., 2003). Projeções sugerem que, sem intervenção, o número de mortes por AVC aumentará para 6.3 milhões em 2015 e 7.8 milhões em 2030. Deve-se focar, portanto, a prevenção e o controle dos fatores de risco modificáveis do AVC (BONITA e BEAGLEHOLE, 2007).

Apesar desta alta taxa de mortalidade em países menos desenvolvidos ainda existem poucas informações sobre a prevalência de doenças neurológicas, dentre elas o AVC, nos habitantes de países em desenvolvimento ou nos fatores de risco para a suas ocorrências (DEL BRUTO et al., 2004). Em um estudo de revisão sistemática sobre AVC na América do Sul, foi relatado que, dos mais de 200 trabalhos revistos, apenas sete continham informações sobre a epidemiologia do AVC (SAPOSNIK et al., 2003). Tais informações são extremamente importantes nas prioridades de estratégias de intervenção, no reconhecimento usual de padrões da doença, nos vestígios da causa da doença e no início de programas de prevenção e controle (DEL BRUTO et al., 2004; VIANA e DAL POZ, 2005).

No Brasil, assim como nos demais países em desenvolvimento, também são escassas as informações sobre a prevalência de AVC e demais doenças

neurológicas; estudos realizados, como os de Lessa (1983), em Salvador, Cabral (2006), em Joinville, e Minelli (2007), em Matão, forneceram dados quanto à incidência e mortalidade de AVC, não fazendo referências as taxas de prevalência.

Foi realizada uma revisão da literatura para obter informações a respeito da prevalência de acidente vascular cerebral em países desenvolvidos e em desenvolvimento, utilizando as bases de dados eletrônicos Pubmed, Medline e Scielo, reunindo pesquisas num período de 10 anos entre 1996 e 2006, usando as seguintes palavras chave da língua inglesa: “*stroke*”, “*prevalence*”, “*developed*” and “*developing countries*”. Após este processo de busca, selecionaram-se onze artigos que descreviam estudos que estimaram a prevalência de AVC. O resumo dos resultados encontra-se na Tabela 1. Nestes estudos observou-se que as taxas de prevalência do AVC são mais elevadas em países desenvolvidos do que nos países em desenvolvimento e mais baixas em áreas rurais do que em áreas urbanizadas. Os estudos selecionados apresentaram certa homogeneidade quanto à idade, sexo e população estudada. Os países em desenvolvimento utilizaram o protocolo da OMS para enfermidades neurológicas. Já os estudos em países desenvolvidos se prenderam a informações obtidas em registros de saúde que são escassas em países em desenvolvimento.

Tabela 1: Prevalência de AVC (Parte 1)

Autor	Amostra	Metodologia	Resultados
Uribe et al., 1997	13.588 habitantes da zona urbana – Sabaneta, Colombia	Entrevista porta a porta Confirmação dos casos	Prevalência 0,55%
Huang, Chiang e Lee, 1997	11.925 pessoas (representativa) - Taiwan	Entrevistas de campo feitas pelo Instituto Provincial de Planejamento familiar	Prevalência 0,59%
Mello, 2003	6.531 casos de AVC no RJ captados por AIH	Captura e recaptura	Prevalência 0,56%
Del Bruto et al., 2004	2.548 pessoas da zona rural – Atahualpa, Equador	Protocolo OMS	Prevalência 0,63%
Melcon e Melcon, 2006	17.049 pessoas - Argentina	Protocolo da OMS	Prevalência 0,86%
Pradilla et al., 2002	1.454 pessoas - Colômbia	Protocolo da OMS	Prevalência 1,72%
Muntner et al., 2002	População dos EUA entre 25 e 74 anos	Registro das pesquisas de exame nutricional e saúde nacional	Prevalência 1,87%

Tabela 1: Prevalência de AVC (Parte 2)

Autor	Amostra	Metodologia	Resultados
Ardila et al., 2002	544 pessoas da zona rural – Arotaca, Colômbia	Protocolo OMS	Prevalência 1,65%
Viriyavejakul et al., 1998	3.036 idosos - Tailândia	Registro demográfico Exame neurológico	Prevalência 1,12%
Takeuchi e Guevara, 1999	998 pessoas - Valle de Cauca, Colômbia	Protocolo da OMS	Prevalência 0,31%
Nicoletti et al., 2000	10.124 habitantes da zona rural - Bolívia	Protocolo da OMS	Prevalência 0,17%

Todos esses estudos relataram que a taxa bruta de prevalência aumentou com a idade. A maior taxa de prevalência se deu na população dos Estados Unidos (1,87%) obtida no estudo de Muntner et al (2002), corroborando o que se encontra relatado nos demais trabalhos, que apontam uma maior prevalência do AVC em países industrializados e desenvolvidos. Em sete dos estudos de países da América Latina foi utilizado o Protocolo da OMS para estudo epidemiológico de enfermidades neurológicas; seis desses estudos apontaram uma maior prevalência de AVC no sexo masculino, quatro não fizeram relatos específicos diferenciando a prevalência entre os sexos e apenas um estudo referiu uma prevalência maior entre mulheres.

Estudos epidemiológicos sobre AVC têm sido realizados por todo o mundo para estimar a magnitude e o peso desta doença. A epidemiologia do AVC em países desenvolvidos é bem estabelecida, conforme foi relatado na discussão de todos os autores da América Latina e Ásia descritos nesta revisão. Porém, a maioria dos estudos encontrados referentes à América do Norte e Europa se referia a taxas de incidência, mortalidade, fatores de risco e tendências do AVC, talvez porque as taxas de prevalência já tenham sido bem estabelecidas ao longo do tempo.

Os países em desenvolvimento têm menos estatísticas a respeito do AVC. Por exemplo, países asiáticos (compreendendo mais da metade da população mundial) têm poucas informações sobre incidência, prevalência e mortalidade desta doença (VIRIYAVEJAKUL et al., 1998). Por outro lado, atualmente, está havendo uma preocupação, no mundo em desenvolvimento, em estabelecer a prevalência do AVC, devido a sua relevância como questão de saúde pública e para que se possa determinar medidas de prevenção e controle. Esta dificuldade para a realização de estudos epidemiológicos de DCV, bem como de outras enfermidades neurológicas em países em desenvolvimento, muitas vezes ocorre pela falta de mão de obra especializada (neurologistas) e de exames complementares mais complexos. Outro

fator é que muitos dos indivíduos residem em zona rural, onde os recursos disponíveis para atendimento e identificação dos casos são escassos ou nulos (NICOLETTI et al., 2000).

A idade avançada é o fator de risco apontado como o mais importante para o AVC, dado que a população idosa apresenta uma taxa de prevalência de AVC maior que adultos mais jovens. Porém, no estudo da população de Taiwan houve uma leve queda da prevalência de AVC entre os idosos acima de 85 anos. Tal queda não foi claramente esclarecida, mas uma explicação possível pode ser a de que em áreas menos desenvolvidas pessoas idosas, que freqüentemente tem problemas de saúde complexos, possuem uma taxa de mortalidade maior de AVC por causa da falta de tecnologias médicas modernas disponíveis e tratamento médico intensivo. Tal informação foi semelhante a estudos de Taiwan, conforme relato de HUANG, CHIANG e LEE (1997).

Quanto a variável sexo, a maioria dos estudos demonstrou um predomínio no sexo masculino. Porém, o estudo de Ardila et al. (2002) observou uma maior prevalência no sexo feminino do que no sexo masculino. Este estudo chama atenção para uma maior prevalência de DCV em mulheres jovens da faixa etária de 15 a 40 anos, com maior freqüência de AVC tromboembólico devido a fatores de risco como uso de anticoncepcionais orais, tabagismo e Hipertensão Arterial (ARDILA et al., 2002).

As taxas de prevalência de AVC em países em desenvolvimento foram menores quando comparados com as de países desenvolvidos. Uma das explicações possíveis para esta ocorrência seria por causa de uma taxa alta de casos fatais.

Propostas metodológicas usadas em países desenvolvidos são freqüentemente inadequadas para países em desenvolvimento, especialmente para a população rural. As maiores dificuldades são a ausência relativa de registros médicos, a falta de tecnologia sofisticada e a concentração em centros urbanos da equipe médica treinada (NICOLETTI et al., 2000). A disponibilidade menor do serviço médico geral e de emergência, para pacientes com AVC em regiões menos desenvolvidas, pode resultar numa taxa de casos fatais maiores em pacientes com AVC, resultando, então, numa menor taxa de prevalência, podendo esta taxa

aumentar logo após o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos sistemas de saúde (HUANG, CHIANG e LEE, 1997).

Por todos estes fatores, a comparação entre as taxas de prevalência entre países desenvolvidos e em desenvolvimento não é adequada (HUANG, CHIANG e LEE, 1997; NICOLETTI et al., 2000; URIBE et al., 1997).

Na presente revisão, constatou-se que ainda é preciso maior número de informações sobre as taxas de prevalência de AVC, principalmente no Brasil, onde poucas publicações foram encontradas, apesar da alta frequência de AVC na população. Há dificuldade de comparação entre estudos de países desenvolvidos e em desenvolvimento em face de diversos fatores, entre eles os principais são as diferenças entre as metodologias utilizadas por ambos.

Os governos e os responsáveis pela saúde em países em desenvolvimento tendem a não dar a devida importância ao AVC, dificultando ainda mais o fato de 80% da população desses países estarem localizadas em áreas rurais, que associado à falta de recursos e práticas culturais, limita o acesso da população aos serviços de saúde especializados (NICOLETTI et al., 2000).

O conhecimento da frequência do AVC, principalmente na população idosa, é de extrema importância para que haja um planejamento de saúde voltado para esses casos, com a previsão de recursos públicos para saúde, incluindo métodos de investigação e disponibilidade de medicamentos e a instalação de medidas de prevenção e de controle.

3.4 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO IDOSO NO BRASIL

A combinação de fatores como a queda das taxas de fecundidade e o avanço da medicina, com conseqüente queda de mortalidade, culminaram com o quadro que vemos hoje no Brasil, onde há uma crescente população idosa, que atingiu ou passa dos 60 anos de idade. Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o período de 1975 a 2025 será a era do envelhecimento – a população de idosos no país crescerá 16 vezes, colocando o Brasil, em termos absolutos, como a sexta população de idosos do mundo, ou seja, mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (OMS, 2007).

Esse aumento da expectativa de vida da população se deve não só aos avanços tecnológicos na área de saúde, mas também a uma melhor avaliação dessa

população nos serviços de atenção primária, tornando possível a prevenção de doenças. Esse aumento da expectativa de vida, e conseqüentemente da população de idosos, vêm fazendo com que o Ministério da Saúde se preocupe cada vez mais em saber como está à saúde dos idosos e quais são as patologias que mais os acometem, procurando, assim, elaborar uma assistência voltada para os cuidados de atenção primária e prevenção, evitando internações hospitalares, o que aumenta os gastos para o Sistema Único de Saúde (SUS).

O Programa de Saúde da Família foi criado, no Brasil, com a intenção de proporcionar uma melhoria na saúde da população geral, voltando seu foco principal justamente para a atenção primária e, conseqüentemente, para prevenção de doenças, dentre elas o AVC, o qual possui fatores de risco que podem e devem ser controlados primariamente, como é o caso da Hipertensão arterial sistêmica, do diabetes e da dislipidemia. Atualmente, dentro do Programa de Saúde da Família está sendo elaborado um programa exclusivo para a saúde do idoso, o qual deverá entrar em vigor em 2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007), a população maior de 60 anos praticamente dobra a cada 20 anos. Com isso a importância das pessoas idosas vem sendo crescentemente explicitada em todos os setores da vida social. O censo no Brasil é realizado de 10 em 10 anos, tendo sido o último censo realizado pelo IBGE em 2000, o qual mostrou no Brasil uma população de 169.799.170 habitantes, sendo que 83.576.015 são homens e 86.223.155 são mulheres e que 5.85% (14.536.029) dessa população são idosos (IBGE, 2007). Em janeiro de 2004, a população brasileira ultrapassou os 180 milhões de habitantes (IBGE, 2004).

Quando comparamos com a população da Europa e da América do Norte, a população brasileira é jovem e sua expectativa de vida de 71,9 é a mais baixa (MINELLI et al., 2007). Porém, em 2050 seremos 259,8 milhões de brasileiros e nossa expectativa de vida ao nascer será de 81,3 anos, a mesma dos japoneses em 2004 (IBGE, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) preconiza como idoso um limite de 65 anos ou mais em países desenvolvidos e, em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, 60 anos ou mais. Nos próximos 20 anos, o Brasil estima atingir 13% a mais do número de idosos no país, podendo atingir ou ultrapassar 30 milhões, isso porque a população idosa vem crescendo muito rápido e há uma

diminuição da taxa de natalidade (planejamento familiar). O aumento no crescimento da população idosa se deve amplamente aos avanços científicos, estudos, pesquisas e equipamentos modernos que prolongam cada vez mais o processo de envelhecimento dessa população, aumentando a expectativa de vida desses idosos.

O envelhecimento é um processo universal, marcado por mudanças biopsicossociais específicas e associado à passagem do tempo. É um fenômeno que faz parte da vida e que varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com sua genética, seus hábitos de vida e seu meio ambiente. É ainda um processo de alterações das características físicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que acarretam uma lentificação ou uma diminuição do desempenho do sistema orgânico e, conseqüentemente, uma diminuição da capacidade funcional. Entende-se por capacidade funcional a capacidade do indivíduo de realizar atividades físicas e mentais necessárias para a manutenção de suas atividades básicas e instrumentais.

Envelhecer não significa necessariamente adoecer. Um indivíduo pode envelhecer de forma natural, convivendo bem com as limitações impostas pelo passar dos anos e mantendo-se ativo até as fases mais tardias da vida. Devemos ter uma visão global do envelhecimento como processo, e dos idosos como indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Foi pensando na saúde e bem estar dos idosos, e em cada vez aumentar mais esta expectativa de vida, visando sempre a sua qualidade, é que em primeiro de outubro de 2003, segundo a lei nº. 10.741, foi instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. O Estatuto do Idoso representou uma grande conquista social e um marco na garantia de direitos. Nele foi destacada a atenção integral à saúde do idoso pelo Sistema Único de Saúde, assim como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. A Constituição Federal coloca a saúde como um direito de todos e é um dever do Estado garanti-la. Neste Estatuto são conferidos ao idoso todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, assegurando-lhes por lei a preservação de sua saúde física e mental. Garante-lhes acesso à rede de serviços de saúde e assistência social locais.

O idoso tem direito à saúde. Segundo o Estatuto do Idoso, é obrigação do Estado assegurar-lhes atenção integral, por intermédio do SUS, garantindo acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação, e dando atenção, principalmente,

às doenças que afetam preferencialmente os idosos, como é o caso do AVC, incluindo serviços de reabilitação para redução de seqüelas decorrentes do agravo da saúde. E, fundamentalmente, o idoso tem o direito à vida. É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção a vida e a saúde, mediante políticas sociais que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

“Envelhecer com saúde é um direito de cidadania.” (ESTATUTO DO IDOSO, 2003)

3.5 ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DA CIDADE DE VASSOURAS-RJ

A partir da doação da “Sesmaria de Vassouras e Rio Bonito” ao açoriano Francisco Rodrigues Alves (em 1782), primeiro proprietário das terras, iniciou-se a ocupação de onde hoje conhecemos como a cidade de Vassouras. No ano de 1833, Paty do Alferes perde o título de Vila para o povoado de Vassouras, por decreto da regência Trina. Em função do grande progresso decorrente das plantações de café da região, Vassouras se desenvolve em poucas décadas, sendo, então, elevada à categoria de cidade no dia 29 de setembro de 1857, data na qual se comemora seu aniversário. Cabe lembrar que o nome Vassouras está associado a um arbusto muito utilizado para a confecção de vassouras, abundante na região também conhecido como “tupeçaba”. Vassouras exerceu um importante papel no período do ciclo do café, quando, unido à descendência de outros sesmeiros da região, vários barões transformaram-na numa das cidades mais proeminentes do ciclo do café, ficando também conhecida como “Princesinha do Café”, “Cidade das Palmeiras” e “Terra dos Barões”. (PREFEITURA MUNICIPAL DE VASSOURAS, 2007)

Hoje, Vassouras nos fascina pela sua beleza intacta 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, Estância Turística. Com uma área de 552.438 m², está situada na região Sul Fluminense do estado do Rio de Janeiro, a 116 Km do município do Rio de Janeiro; sulcada pelo rio Paraíba do Sul, apresenta uma topografia ligeiramente acidentada. Possui uma altitude de 418m. (PREFEITURA MUNICIPAL DE VASSOURAS, 2007)

Segundo o censo do IBGE (2007), em 2000 a população de Vassouras era de 31.402 habitantes, com densidade demográfica de 56,7 hab/km², taxa de crescimento populacional de 1,98% e renda per capita de R\$ 285,55; a taxa bruta de frequência escolar era de 86,45%. Em 2007, segundo a projeção intercensitária realizada pelo IBGE, a contagem estimada da população de Vassouras era de 32.495 habitantes.



Figura 1: Mapa da localização de Vassouras e cidades vizinhas

Segundo dados do SIAB (2007), Vassouras tem uma população total de 32.801 habitantes, com 70% residentes na zona urbana e 30% residentes na zona rural, e 17.194 mulheres e 15.607 homens. A população idosa (> ou = 60 anos) é de 4.154 pessoas, 12,66% da população geral, sendo 1.873 homens e 2.281 mulheres. Dessa população de idosos, 2.912 são residentes em zona urbana e 1.242 são de zona rural SIAB (2007). É nesse contexto sócio-histórico-cultural que este estudo está situado.



Figura 2: Praça Barão de Campo Belo - Centro de Vassouras

3.6. O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL E EM VASSOURAS-RJ

O Programa de saúde da Família (PSF) foi lançado no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde, com o principal propósito de reorganizar a prática da atenção básica em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias, com isso, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros. Modelos internacionais de países que desenvolvem práticas de saúde da família, como Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, serviram de guia para a formulação do programa brasileiro, levando em conta, porém, as peculiaridades do nosso país (VIANA, DAL POZ 2005).

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

As equipes de saúde da família estabelecem vínculo com a população. Estas equipes são compostas por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta também com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade onde mora. É um dos moradores daquela rua, daquele bairro, daquela região, tem bom relacionamento com seus vizinhos e tem condição de dedicar oito horas por dia ao trabalho de ACS. Orientado pelo médico e pela enfermeira da unidade de saúde, vai de casa em casa e anota tudo o que pode ajudar a saúde da comunidade. Em sua grande maioria os agentes são mulheres.

No modelo tradicional, a função dos centros de saúde ou postos de saúde se caracteriza pela passividade. Sem vínculo efetivo com as pessoas, sem responsabilidade maior com a saúde da comunidade, essas unidades se limitam a abrir suas portas (às vezes só pela manhã ou só à tarde) e a esperar que cheguem as crianças para serem vacinadas ou pacientes para serem encaminhados para hospitais.

Já a Unidade de Saúde da Família (USF) trabalha dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. A função da USF é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade.

Um dos pontos mais fortes do programa de saúde da Família é a busca ativa: a equipe vai às casas das pessoas, vê de perto a realidade de cada família, toma providências para evitar as doenças, atua para curar os casos em que a doença já existe e dá orientação para garantir uma vida melhor, com saúde. A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS.

A criação do PSF representa uma mudança no modelo assistencial, passando de um eixo curativo para o preventivo, dando enfoque a atenção primária da saúde. Nas cidades onde está implantado o PSF, os idosos recebem mais atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

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. O Projeto do PSF foi implantado pela necessidade que a saúde do município tinha de modificar o modelo organizativo de atenção. Este resgate da saúde estava na reorganização, principalmente, da atenção básica, embasada num novo paradigma - o da promoção da saúde -, com gestão pertinente a este modelo. Para a implantação do PSF em Vassouras, primeiro, foi realizado o mapeamento e o

cadastro de toda a área e, em uma segunda etapa, foi realizado o cadastramento das famílias pela equipe de cada unidade de saúde. No início existiam treze unidades de saúde, porém, desde setembro de 2007, a unidade Centro foi dividida em duas, por abranger um número maior de famílias cadastradas. Portanto, atualmente, existem no município quatorze unidades (postos), onde funcionam o Programa de Saúde da Família. As unidades são divididas em micro áreas para uma melhor cobertura e assistência a população. Para a implantação das equipes de saúde da família deve existir, entre outros quesitos, uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 mil habitantes, sendo que a média recomendada é de 3.000 habitantes.

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia de Saúde da Família, ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início e finalização. O PSF 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 nível nacional, a necessidade de que o setor de saúde disponha de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, propondo a recuperação, manutenção e 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, sendo alvo dessa política todo cidadão e cidadã com 60 anos ou mais de idade (DAB, 2007).

O programa de saúde da família do Município de Vassouras ainda não tem implantado as ações de atendimento ao idoso em sua totalidade, adotando essa política apenas a Unidade Carvalheira. De acordo com Costa (2006), vários países no mundo construíram ou estão construindo sistemas de cuidados de idosos tendo como porta de entrada Unidades de Avaliação Geriátrica ao nível de atenção básica. Os objetivos destes programas de avaliação do idoso vão desde a investigação diagnóstica até os cuidados psicológicos e sociais, englobando a elaboração de rotinas terapêuticas e um melhor uso da saúde através da racionalização do sistema de referência e contra referência, aumento da sobrevivência com qualidade, formação de novos profissionais e o desenvolvimento de pesquisas em atenção básica.

Atender ao idoso na atenção básica, geralmente Unidade de Saúde da Família ou Posto de Saúde (ambos com médico generalista), 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 (DAB, 2007). O idoso do município de Vassouras (de acordo com a portaria nº. 258 de 19 de outubro de 2006) poderia envelhecer mais saudável se fossem implantadas medidas que promovam modos de viver favoráveis à saúde e à qualidade de vida, orientando o desenvolvimento de hábitos como: alimentação adequada e balanceada, prática de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas e/ou que atenuem o estresse, redução de danos decorrentes do consumo de álcool e tabaco e diminuição significativa da automedicação. Estas medidas, além de contribuir com a promoção da autonomia e independência física, psíquica e capacidade funcional, deve garantir o acesso à instrumentos diagnósticos adequados, à medicação e a reabilitação funcional. Neste sentido, é necessário capacitar equipes de saúde para trabalhar com a pessoa idosa e desenvolver ações como, por exemplo, atividades de grupo que debatam assuntos como hipertensão arterial, diabetes mellitus, sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis, entre outras.

Por ser uma estratégia recente no Brasil e no município de Vassouras ainda são poucos os estudos que têm se debruçado sobre o objetivo de avaliar o potencial das informações obtidas no PSF, tanto para a composição de um sistema de vigilância do AVC, como para servirem de base de estudos longitudinais que permitam identificar subgrupos da população que necessitam de programas de prevenção específicos com vistas à promoção de um envelhecimento saudável (SILVESTRE e COSTA NETO, 2003; SIQUEIRA et al., 2008).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DESENHO DE ESTUDO

Este estudo visou rastrear as pessoas com diagnóstico de AVC e idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, residentes no município de Vassouras, classificadas como idosos de acordo com referência da Organização Mundial de Saúde, que preconiza esta idade para países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Para isso, definiu-se por um estudo epidemiológico observacional-transversal, com a coleta de dados realizada em todos os prontuários das 13 unidades de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Vassouras. Esta escolha se baseou nas informações do Sistema de Informação e Atenção Básica (SIAB, 2007), que revela que o PSF cobre 100% da população do município. O início do planejamento deste estudo se deu em agosto de 2006, através da obtenção de dados sócio-demográficos da população, do mapeamento das áreas e microáreas do município a serem estudadas. O rastreamento dos casos foi realizado de outubro a dezembro de 2007, através da análise de todos os prontuários das 13 unidades de saúde do município de Vassouras e identificação dos que tinham diagnóstico de AVC. A avaliação da qualidade destes diagnósticos, para verificação da proporção de falso-negativos, foi realizada em uma amostra de idosos selecionados nos prontuários sem diagnóstico de AVC. Para todos os idosos da amostra foi feita uma anamnese e um exame neurológico (ALVARENGA, 1996) nos meses de março e abril de 2008.

4.2 INSTRUMENTO E LOCAL DA COLETA DOS DADOS

Com a implantação do Programa de Saúde da Família do município, a população foi distribuída em treze áreas correspondentes aos bairros da cidade, divididas em zona rural e zona urbana; cada área é de responsabilidade de uma unidade de saúde, conforme descrição do mapa em anexo (Anexo I). Nessas unidades, as famílias são cadastradas e visitadas regularmente por agentes de saúde e demais profissionais da equipe (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem).

Como instrumento de pesquisa foi utilizada a ficha A, existente para cada família cadastrada no PSF e padronizada nacionalmente pelo Ministério da Saúde (Anexo II). Esta ficha, que serviu como instrumento primário de pesquisa, contém os dados demográficos e de saúde do paciente, atualizados uma vez por mês nas visitas domiciliares feitas pelos agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos de cada unidade.

A partir dessa ficha, foi elaborada a ficha de coleta (Anexo III) para transcrição de alguns dados dos pacientes que tinham a informação do diagnóstico de AVC no item doença ou condição referida que aparece no verso desta ficha. As variáveis utilizadas e suas classificações estão descritas no Quadro 1.

Variáveis	Categorias		
Faixa etária	60-69	70-79	≥ 80
Sexo	feminino	masculino	
Raça	branco	negro	
Estado civil	casado	viúvo	outros
Escolaridade	Analfabeto	até a 4 ^a série	≥ 5 ^a série
Localidade do PSF	Rural	Urbana	
Tipo do AVC	isquêmico	hemorrágico	não especificado

Quadro 1: Variáveis utilizadas e suas respectivas categorias

4.3 EQUIPE DE PESQUISA

A equipe de pesquisa consistiu-se de 01 neurologista, 15 enfermeiros, 21 auxiliares e técnicos de enfermagem e 88 agentes comunitários de saúde envolvidos no Programa de Saúde da Família do município. Esta equipe já estava previamente capacitada para a utilização da ficha A, bem como recebeu treinamento específico prévio para poder ser parte integrante do Programa de Saúde da Família. Antes da coleta dos dados, reuniu-se a equipe para apresentação dos objetivos da pesquisa e da ficha de coleta dos dados.

4.4 ÉTICA

Após a autorização do Secretário de Saúde de Vassouras para a realização do trabalho nas Unidades de Saúde da Família (Anexo IV), o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Severino Sombra (USS) – Vassouras, o qual foi aprovado através do Processo número 003.0.326.000-07.

4.5 AVERIGUAÇÃO DOS CASOS

O rastreamento foi realizado junto com a equipe de cada unidade onde funciona o Programa de Saúde da Família, através do prontuário médico e da ficha A, na qual o diagnóstico de AVC aparece no verso da ficha, no item doença ou condição referida. Todos os pacientes com diagnóstico de AVC que residiam em Vassouras foram identificados, independente da idade, com o objetivo de obtenção de uma prevalência geral. Porém, para este estudo, estão descritos apenas os pacientes com idade igual ou superior a 60 anos. Foram excluídas as pessoas que não residiam em Vassouras.

Para avaliar a qualidade de cobertura diagnóstica do PSF, foi selecionada uma amostra da população de idosos sem diagnóstico de AVC. A amostra foi obtida através de seleção sistemática realizada nos prontuários de quatro unidades de saúde. Este processo de seleção foi definido por se aproximar de uma amostra aleatória simples, sob a hipótese de que a ordenação dos prontuários não tem nenhuma relação com a qualidade do diagnóstico que se pretendia avaliar e por ser de mais fácil execução. Por este processo, foram selecionadas noventa pessoas da população com idade igual ou superior a 60 anos, com origem em quatro das treze unidades. Todos os 90 idosos foram visitados para que, através de anamnese dirigida e do exame neurológico (Anexos V e VI) (ALVARENGA, 1996), fosse possível observar a existência de casos não diagnosticados, ou seja, falso-negativos. A esses pacientes examinados foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo VII), com autorização prévia de cada um deles. Este procedimento foi realizado pela autora, que é médica neurologista do Município de Vassouras. Complementando esta amostra, foram também analisados 60 idosos residentes em Vassouras, atendidos no consultório de neurologia e cadastrados no PSF do município.

4.6 CLASSIFICAÇÕES E DEFINIÇÕES

Os casos já haviam sido previamente diagnosticados pelos médicos das unidades do Programa de Saúde da Família e/ou por médicos que assistiam aos pacientes previamente, em âmbito hospitalar ou ambulatorial.

Os subtipos de AVC foram definidos usando-se critérios universalmente aceitos, com a classificação de AVC isquêmico e hemorrágico, sendo realizada com base em tomografia computadorizada do crânio. Os casos de AVC não determinados foram definidos se nenhuma tomografia computadorizada fosse realizada.

Os dados populacionais do Sistema de Informação e Atenção Básica (SIAB) do município de Vassouras, bem como da estimativa populacional do Censo 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007), foram utilizados. Os dados de óbitos por AVC nos anos de 2006 e 2007 no município de Vassouras, foram coletados através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

A Taxa de prevalência pontual tem o objetivo de estimar a magnitude de uma doença crônica em um determinado espaço geográfico e instante no tempo relacionada ao tamanho da população. A taxa de prevalência, aqui calculada, considerou o número de casos de AVC registrados nos prontuários das unidades de saúde do PSF de Vassouras, nos meses de outubro a dezembro, por 100 idosos existentes na população residente em Vassouras, no ano de 2007, segundo as informações contidas no SIAB.

Os dados foram digitados em uma planilha Excel onde as linhas representavam os pacientes e as colunas as variáveis a serem estudadas (idade, sexo, raça, estado civil, localidade do PSF, escolaridade e tipo do AVC). As tabelas e os gráficos foram feitos com o R (The R Foundation for Statistical Computing) (PROGRAMA SOFTWARE R, 2008).

5 RESULTADOS

5.1 DADOS SECUNDÁRIOS

Em 2007, segundo a projeção intercensitária realizada pelo IBGE, a contagem estimada da população de Vassouras era de 32.495 habitantes. No entanto, neste trabalho os dados que foram utilizados para o cálculo das prevalências foram obtidos do Sistema de Informação e Atenção Básica (SIAB, 2007), que registrou, em 2007, na cidade de Vassouras, um total de 32.801 habitantes, sendo 15.607 homens (47,6%) e 17.194 (52,42%) mulheres.

Destes, 66,55% eram de residentes na zona urbana e 33,42% eram residentes na zona rural. Na Tabela 2 estão representadas as Unidades de Saúde da Família quanto ao número de residências e moradores.

Tabela 2: Unidades de saúde da Família do Município de Vassouras

Localidade	Residências	Moradores
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
11- Massambará	610	2.234
12- Andrade Pinto	450	1.674
13- Itakamosi	723	2.579
Total:	9.424	3.2801

Fonte: SIAB, 2007.

A população de idosos neste município, em 2007, era constituída de 4.154 indivíduos, correspondendo a 12,66% da população geral, com 1.873 homens e 2.281 mulheres. Do total de idosos, 70% residem na zona urbana do município e 30% são residentes da zona rural, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição dos idosos de Vassouras segundo a Zona de residência

	Zona Urbana	Zona Rural	Total
Homens	1.262	611	1.873
Mulheres	1.650	631	2.281
Total:	2.912	1.242	4.154

Fonte: SIAB, 2007.

Em relação aos dados de mortalidade por AVC, verifica-se que em 2004 esta patologia ocupava a primeira posição no Brasil, com taxa padronizada de mortalidade de 50,77 por 100 mil habitantes e representava 10,14% dos óbitos entre as dez maiores causas (Tabela 4).

Tabela 4: As 10 causas Líderes de morte. Brasil, 2004

Ranking	Causa	CID 10 ^a	Número	%	Mortalidade ^b
1º	Cerebrovasculares (acidentes vasculares cerebrais, isquêmicos, hemorrágicos e outros)	I60-I69	90.930	10,14	50,77
2º	Infarto agudo do miocárdio e doenças isquêmicas do coração	I20-I25	86.791	9,67	48,46
3º	Agressões	K85-Y09	48.374	5,39	36,56
4º	Diabetes Mellitus	E10-E14	39.251	4,38	27,01
5º	Pneumonias	J10-J18	37.607	4,19	21,91
6º	Acidentes de transporte	V00-V89	35.674	3,98	21,00
7º	Doenças Hipertensivas	I70-I75	30.850	3,44	19,92
8º	Doenças pulmonares obstrutivas crônicas	O44	30.260	3,37	17,22
9º	Insuficiência cardíaca, complicações e doenças mal definidas do coração	I50-I51	27.583	3,07	16,89
10º	Cirrose e enfermidades não infecciosas do fígado	K70-K76	22.494	2,51	15,40
TOTAL DE MORTES COM CAUSA DEFINIDA			897.1	100,00	500,90

Fonte: Ms, SUS, OPAS.

a - Cód. CID-10 - Classificação Internacional de Doenças

b - Taxa padronizada de Mortalidade, por 100 mil habitantes

No município de Vassouras, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) registrou, em 2006, no município de Vassouras, 235 óbitos, sendo 21 óbitos (8,9%) tendo como causa principal o AVC que, na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – Décima Revisão (CID 10), é classificado como I64 (acidente cerebrovascular não especificado em isquêmico ou hemorrágico). Destes 21 óbitos, 14 foram de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (66,6%). No ano de 2007, o SIM registrou 220 óbitos em Vassouras sendo

15 (6,8%) causados por AVC, sendo que destes 11 classificados pelo CID 10 como I64 (acidente cerebrovascular não especificado em isquêmico ou hemorrágico), um com CID10 como I61.9 (acidente vascular cerebral hemorrágico) e 3 com CID 10 como I67.8 (acidente vascular cerebral isquêmico). Do total dos 15 óbitos por AVC, 12 eram de pacientes com idade igual ou maior de 60 anos (80%).

5.2 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

No rastreamento, encontrou-se 172 casos de pessoas com AVC residindo em Vassouras, no ano de 2007, sendo que, dos 4.154 idosos, foram rastreados 122 casos e, entre os 150 idosos examinados, pertencentes à amostra selecionada entre os não casos, encontrou-se apenas 1 caso de AVC (Figura 3).

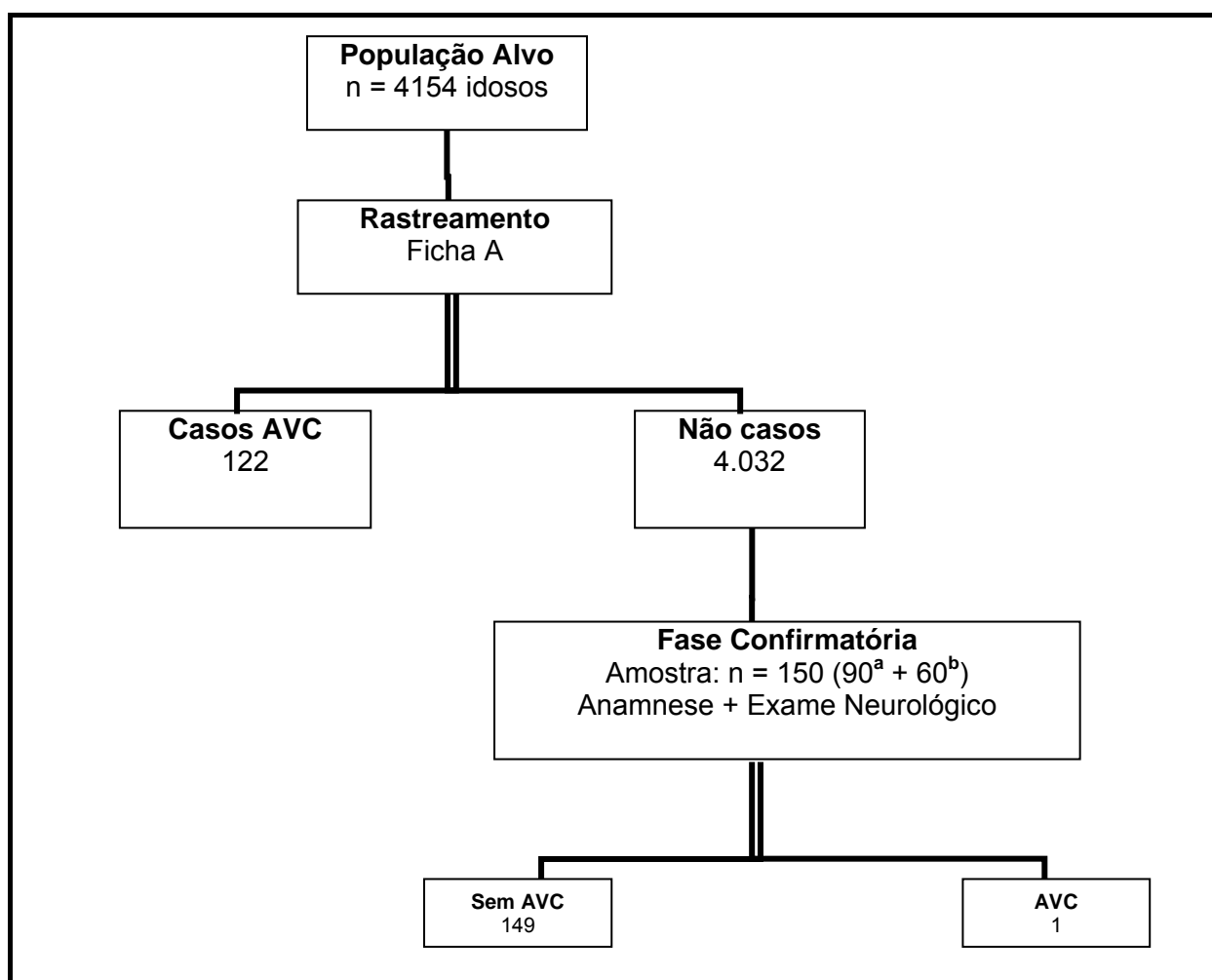


Figura 3: Levantamento Populacional com Rastreamento

- a - Amostra de pacientes retirados do PSF.
- b - Pacientes retirados do Consultório.

A distribuição dos idosos com AVC, segundo os fatores sócio-demográficos, está descrita na Tabela 5.

Tabela 5: Distribuição dos idosos de Vassouras com Acidente Vascular Cerebral, segundo seus fatores sócio-demográficos

Variáveis	n - 122	%
FAIXA ETÁRIA		
60-69	42	34,0
70-79	46	38,0
≥ 80	34	28,0
SEXO		
Feminino	61	50,0
Masculino	61	50,0
RAÇA		
Branca	73	60,0
Negra	49	40,0
ESTADO CIVIL		
Casado	56	46,0
Viúvo	43	35,0
Outros	81	9,0
ESCOLARIDADE		
Analfabetos	28	23,0
Até a 4ª série	56	46,0
≥ 5ª série	38	31,0
OCUPAÇÃO		
Aposentado	74	61,0
Do Lar	32	26,0
Outros	16	13,0
LOCALIDADE DO PSF		
Rural	37	30,0
Urbana	85	70,0
TIPO DO AVC		
Isquêmico	76	62,2
Hemorragico	12	9,8
Não especificado	34	28,0

Dos 122 casos, 61 eram do sexo masculino (50%) e 61 do sexo feminino (50%); 73 (60%) eram registrados na ficha A como brancos e 49 (40%), como negros. Na distribuição da faixa etária e estado civil, verificou-se que 34% tinham menos do que 70 anos e 28% tinham 60 anos ou mais; 46% dos casos eram de idosos casados e 35% viúvos. Como era de se esperar para esta faixa etária, a maioria, 61%, era de aposentados. Ao observar a escolaridade, 23% eram analfabetos, 46% tinham cursado apenas até a quarta série e os 31% restantes tinham escolaridade acima da quinta série.

Quanto à análise da zona de residência dos idosos com diagnóstico de AVC, verifica-se que 70% dos casos eram residentes na zona urbana e o restante residia em zona rural. A unidade de saúde com maior número de casos de AVC foi a Unidade Carvalheira, que pertence a Zona Urbana de Vassouras e que, apesar de abranger menos de 10% dos moradores de Vassouras, apresentou 28 casos de idosos com diagnóstico de AVC, ou seja, 23% dos casos rastreados. O menor número de casos foi na Unidade de Ferreiros, que pertence a Zona Rural, onde foi encontrado apenas um caso.

Em relação à classificação do AVC, verifica-se que 76 casos (62,2%) eram de AVC Isquêmico, 12 (9,8%) de Hemorrágico e 34 (28%) de AVC não especificado.

A Figura 4 mostra uma comparação das proporções de casos por faixa etária, onde se observa que na faixa etária de 60 a 79 anos existe uma proporção maior de casos no sexo masculino e entre os que têm 80 anos ou mais a predominância dos casos se dá no sexo feminino.

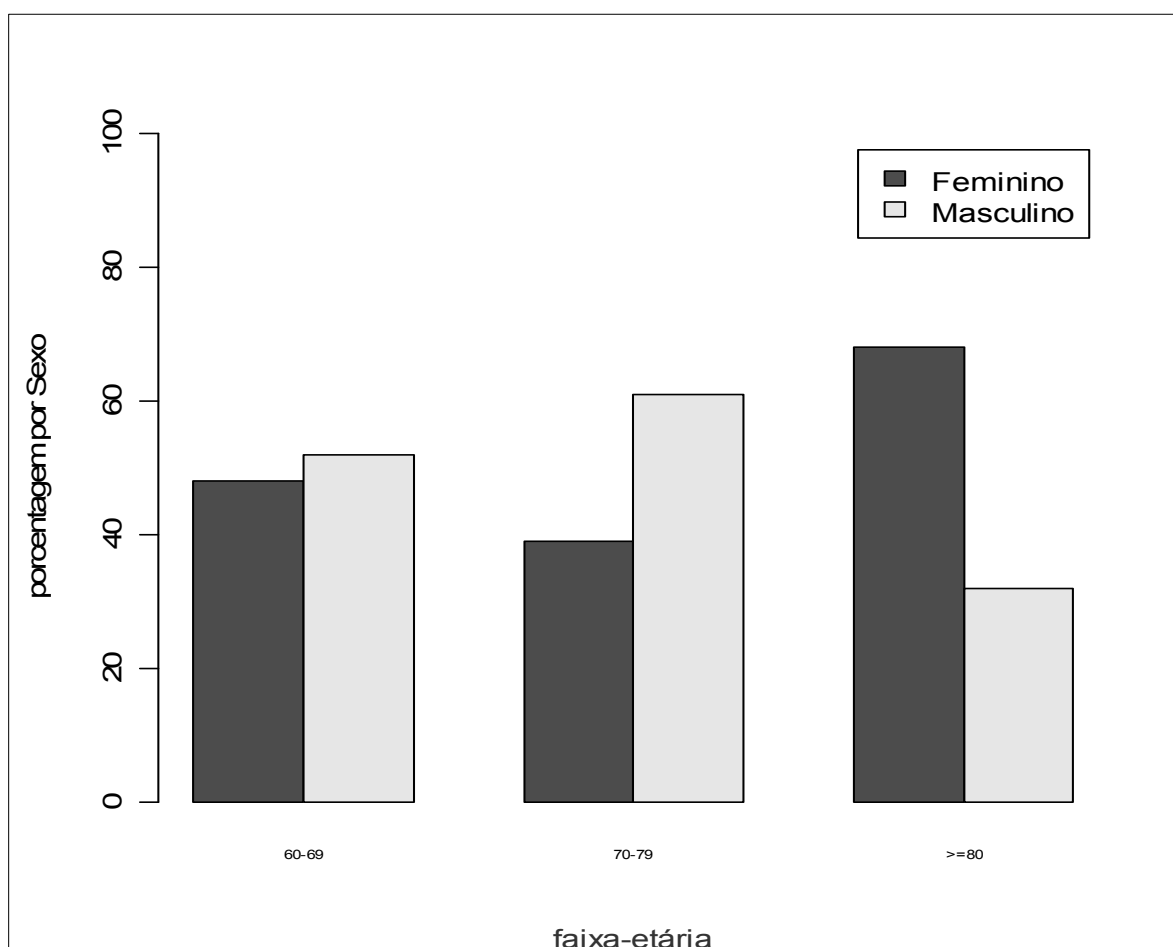


Figura 4: Distribuição por Sexo e Faixa Etária dos Pacientes com AVC

A Figura 5 permite observar como se dá a porcentagem por sexo entre os tipos de AVC e verifica-se que entre os casos de AVC hemorrágico 65% são do sexo feminino. Quanto ao AVC isquêmico e AVC não especificado, houve uma equivalência entre ambos os sexos.

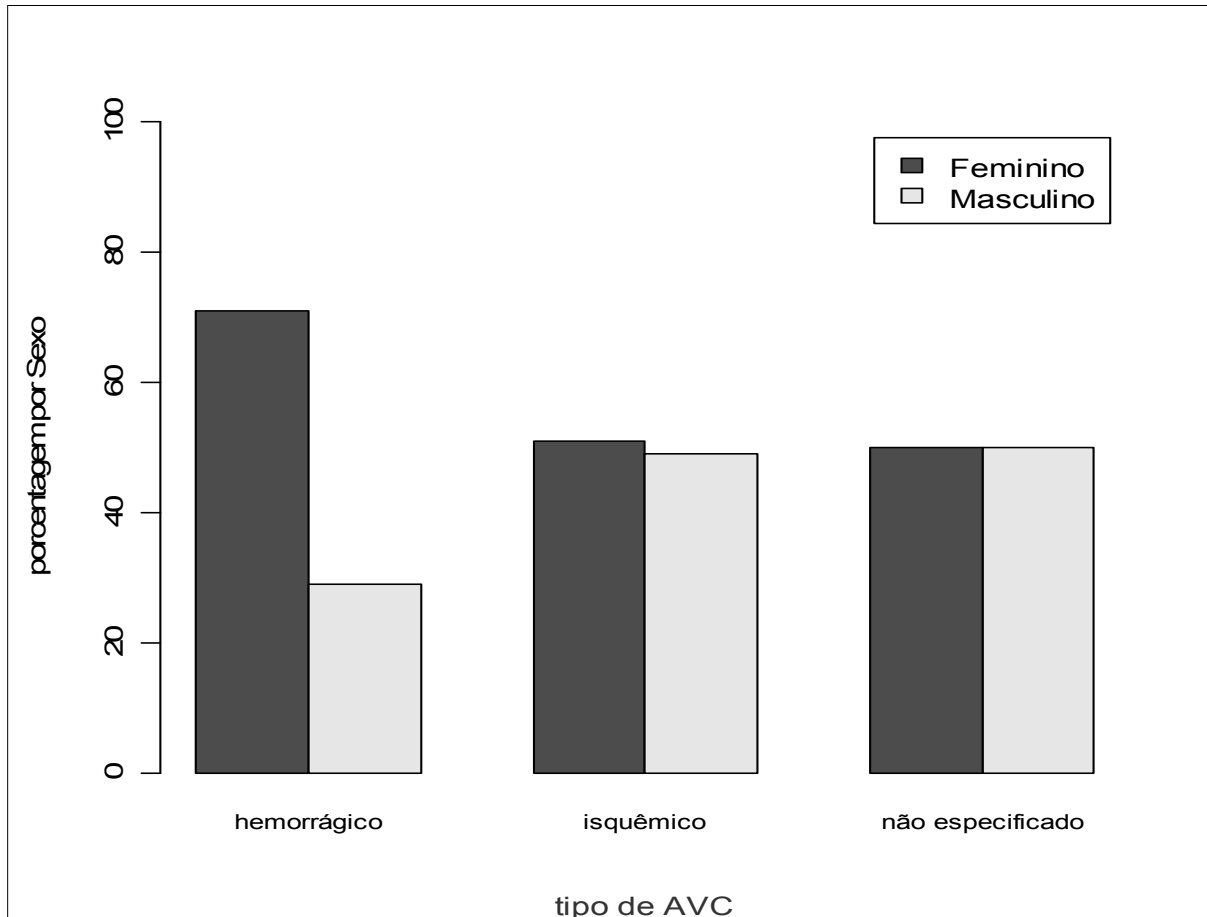


Figura 5: Distribuição por Sexo e Tipo de AVC

A Figura 6 está apresentando a distribuição dos tipos de AVC em cada faixa etária, onde destacam-se a alta porcentagem de AVC Hemorrágico em idosos com idade igual ou superior a 80 anos.

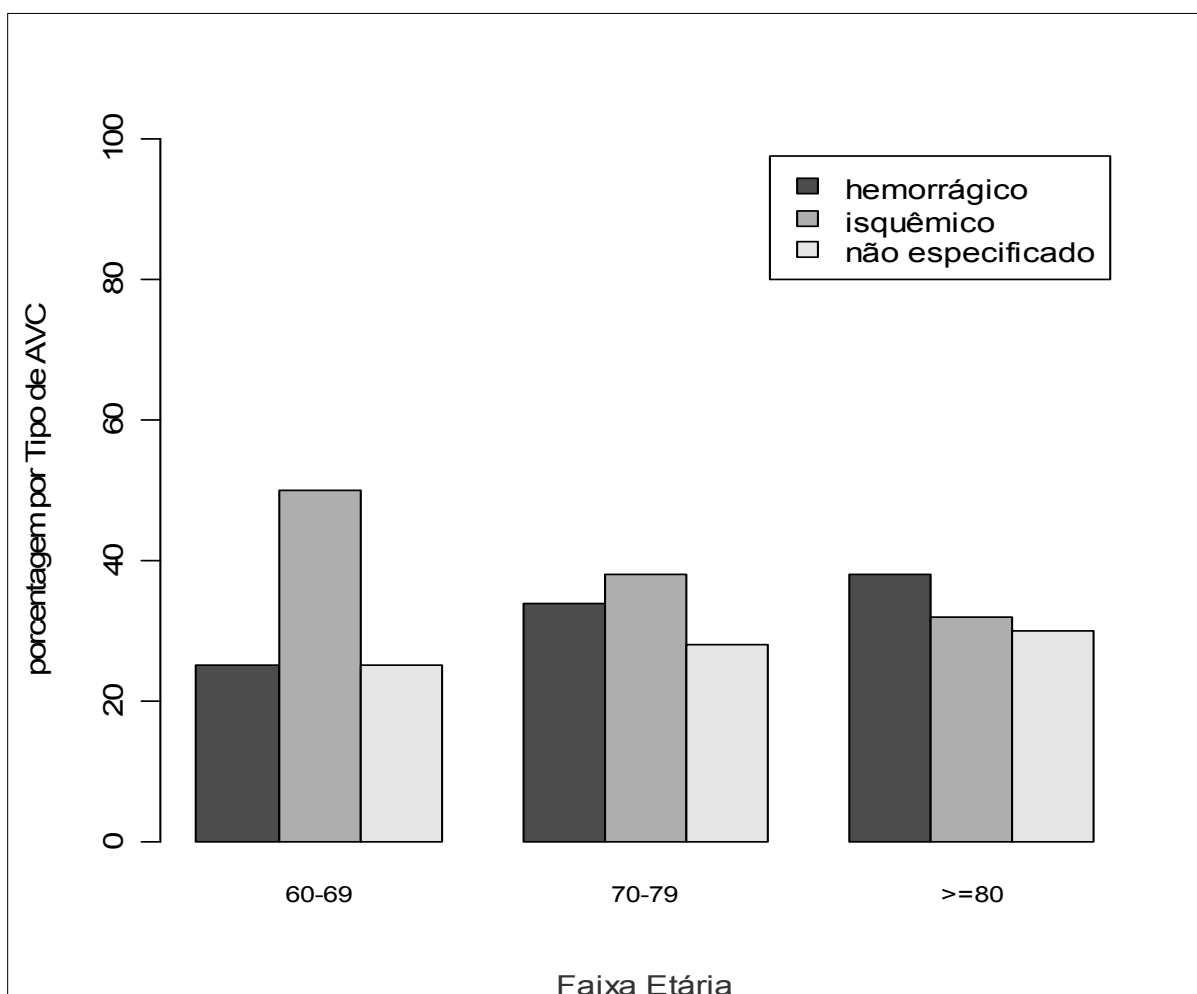


Figura 6: Distribuição por Tipo de AVC e Faixa Etária

A prevalência de AVC da população geral foi de 0,52% e a prevalência de AVC em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos foi de 2,93%.

Na Tabela 6 estão apresentadas as prevalências de AVC nas categorias de algumas variáveis sócio-demográficas. O cálculo destas prevalências só pôde ser realizado para as categorias de variáveis onde existiam informações a respeito do seu tamanho populacional. No que diz respeito à faixa etária, observou-se que a prevalência cresce de 2,3% entre os idosos dos 60 a 69 anos, para 3,9% entre os que estão na faixa dos 70 aos 79 anos e alcança 6,8% na faixa dos que possuem 80 anos ou mais. Quanto à prevalência nos sexos, observou-se que foi maior no sexo masculino (3,2%) do que no feminino (2,7%). Já em relação à zona de residência dos idosos, verificou-se que tanto a zona rural como a urbana apresentaram uma taxa de prevalência de 2,9%.

Tabela 6: Taxa Estimada de Prevalência de AVC na População Idosa por Faixa Etária, Sexo e Localidade

Total	Casos AVC ^a n = 122	Idosos ^b n = 4.154	Taxa de Prevalência ^c 2,9%
IDADE, ANOS			
60-69	42	1.838	2,3
70-79	46	1.186	3,9
≥ 80	34	493	6,8
SEXO			
Feminino	61	2.281	2,7
Masculino	61	1.873	3,2
LOCALIDADE			
Rural	37	1.242	2,9
Urbana	85	2.912	2,9

a - Dados do PSF, 2007.

b - SIAB, 2007.

c - Casos de AVC por 100 idosos.

Os dados sócio-demográficos dos 150 idosos que compuseram a amostra para avaliação da taxa de falsos negativos estão descritos na Tabela 7.

Tabela 7: Distribuição dos idosos de Vassouras sem diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral segundo seus fatores sócio demográficos

Variáveis	n	Total (%)
FAIXA ETÁRIA		
60-69	50	33,3
70-79	66	44,0
≥ 80	34	22,7
SEXO		
Feminino	93	62,0
Masculino	57	38,0
RAÇA		
Branca	105	70,0
Negra	45	30,0
OCUPAÇÃO		
Aposentado	68	45,3
Do Lar	46	30,7
Outros	36	24,0

Verifica-se que, em relação à faixa etária, a distribuição dos não casos se aproxima da dos casos, mas em relação a outros fatores sócio-demográficos, os não casos e os casos se distinguem, principalmente, em relação ao sexo e a raça. Na anamnese e no exame neurológico destes idosos, verificou-se apenas um idoso que tivera um quadro de AVC isquêmico há seis anos (antes da implantação do PSF em Vassouras) e que não apresentou seqüelas após a realização de fisioterapia motora

durante seis meses. Por ser um caso não captado nos prontuários dos PSF, considera-se, apesar de sua especificidade, como um falso-negativo e estima-se uma taxa de 0,66% de falso-negativos.

6 DISCUSSÃO

Este estudo vem complementar os estudos epidemiológicos sobre AVC que têm sido realizados em todo o mundo para estimar a magnitude e o peso desta doença. A epidemiologia do AVC em países desenvolvidos é bem estabelecida, porém países em desenvolvimento têm menos estatísticas a respeito do AVC. Os países asiáticos, por exemplo, que compreendem mais da metade da população mundial, têm poucas informações sobre incidência, prevalência e mortalidade desta doença (VIRIYAVEJAKUL et al., 1998). Atualmente, os países em desenvolvimento, por outro lado, têm demonstrado maior preocupação em estabelecer a epidemiologia do AVC de maneira mais precisa, assim como sua prevalência, em função da sua relevância como questão de saúde pública e objetivando a implantação de medidas mais acuradas de prevenção e controle. A realização de estudos epidemiológicos de doença cerebrovascular, bem como de outras enfermidades neurológicas, em países em desenvolvimento, muitas vezes apresenta dificuldades oriundas tanto da falta de mão de obra especializada (neurologistas), como da falta de informações sócio-demográficas e da baixa qualidade e completude dos registros de saúde.

Em Vassouras, também são reais tais problemas que vão desde a presença de um único neurologista que atende ao Sistema Único de Saúde (SUS) do município até as dificuldades em se obter os registros médicos e hospitalares. O fato de grande parte dos países em desenvolvimento possuírem uma grande parcela da população residindo em zona rural, onde os recursos disponíveis para atendimento e identificação dos casos são escassos, dificulta também a realização desses estudos (NICOLETTI et al., 2000). O Brasil não segue esse padrão e, no ano 2000, possuía apenas 18,5% da população residindo na Zona Rural. Aqui se percebe uma primeira questão, que deve ser considerada na análise das informações obtidas neste estudo, ao verificarmos que foi realizado em um município em que 30% da população reside na Zona Rural.

Nas informações conferidas nas poucas publicações da América do Sul, a prevalência de AVC nos países em desenvolvimento é tida como mais baixa do que nos países nos países desenvolvidos. Este fato pode estar relacionado a alguns fatores étnicos desconhecidos ou a diferença nos hábitos alimentares e estilo de vida, mas também existem grandes possibilidades de que as baixas taxas de prevalência são devidas à alta taxa de mortalidade de pacientes durante a fase

aguda da doença. Segundo a revisão da epidemiologia do AVC realizada por Feigin et al. (2003), 2/3 dos casos de morte por AVC ocorreram em países menos desenvolvidos. Essa hipótese tem suporte na descoberta de que a prevalência de AVC é ainda menor nas áreas rurais do que nas áreas urbanas.

No estudo realizado em Vassouras encontramos as mesmas taxas de prevalência (2,9%) na zona rural e na zona urbana, o que nos remete a reflexão de que talvez por Vassouras ser uma cidade do interior do estado do Rio de Janeiro, com um perfil sócio-demográfico rural, não haja tanta diferença entre qualidade de vida, hábitos e influência do meio sobre a população, seja ela residente em zona rural ou urbana. A taxa de prevalência encontrada na população geral de Vassouras (0,52%) coincide com a taxa de 0,56% dos dados das AIH do Estado do Rio de Janeiro, do ano de 1998 (MELLO, 1998) e também se equiparou com as taxas de prevalência descritas na literatura, que variam entre 0,5 a 0,7% (MINELLI et al., 2007; NICOLETTI et al., 2000; PEREIRA e ANDRADE FILHO, 2001). Vale lembrar que esta taxa foi menor que as taxas de prevalência em países desenvolvidos, que são relatadas em diversos estudos (1,1% na Itália, 1,3% na Espanha, 1,87% nos Estados Unidos e 4,7% na França) (AMADUCCI et al., 1997; FEIGIN et al., 2003; MUNTNER et al., 2002) e corrobora vários trabalhos da América Latina, que relataram taxas de prevalência menores do que em países desenvolvidos. No entanto, devemos estar atentos para o fato de que este dado possa estar refletindo uma falta de vigilância, de monitoramento e de qualidade de vida existente nos países em desenvolvimento e, em particular, dos municípios brasileiros.

Dos 172 casos encontrados no rastreamento, 122 foram de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Verificamos que a taxa de prevalência encontrada nos idosos no município de Vassouras é de 2,93%, observando-se um aumento progressivo com o avançar da idade, sendo de 2,3% na faixa etária de 60 a 69 anos, 3,9% na faixa de 70 a 79 anos e chegando a 6,8% em maiores ou iguais a 80 anos. Sabe-se que este aumento se deve a uma maior expectativa de vida da população, ao aumento na sobrevivência dos pacientes com AVC e à melhoria no atendimento destes pacientes nos setores de alta e média complexidade. Este aumento também já era esperado, visto que a idade é o principal fator de risco não modificável para AVC. Isto só reforça a necessidade de medidas urgentes de prevenção e controle de fatores de risco para doença cerebrovascular a serem realizadas pela atenção básica, que promovam a redução dos comportamentos de risco na população adulta,

com o objetivo de permitir que atinja o envelhecimento de forma saudável. Em um estudo realizado na cidade de Erlangen, na Bavária (Alemanha), foi também demonstrada uma alta taxa de incidência de AVC em idosos (KOLOMINSKY-RABAS et al., 1998). Porém, no estudo realizado na população de Taiwan percebeu-se que houve uma leve queda da prevalência de AVC entre idosos acima de 85 anos. Tal queda não foi plenamente esclarecida; uma possível explicação foi a de que, em áreas menos desenvolvidas, pessoas idosas, que freqüentemente têm problemas de saúde complexos, possuem uma taxa de mortalidade maior de AVC por causa da falta de tecnologias médicas modernas disponíveis e tratamento médico intensivo. Tal informação foi semelhante a estudos da Índia (HUANG, CHIANG e LEE, 1997).

Ao encontrar, neste estudo, uma maior prevalência em homens idosos (3,2%) do que nas mulheres idosas, onde foi observada uma taxa de 2,7%, verifica-se que esse resultado corrobora a maioria dos estudos revisados, os quais demonstram um predomínio do sexo masculino (DANESI, OKUBADEJO e OJINI, 2007; GILES e ROTHWELL, 2008; HUANG, CHIANG e LEE, 1997; MELCON e MELCON, 2006; MELLO, 2003; MUNTNER et al., 2002; URIBE et al., 1997).

Um registro do Ministério da Saúde mostrou uma prevalência maior nos fatores de risco para AVC entre homens em 15 capitais brasileiras (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2007), que seria uma possível explicação para tal fato. Fugindo deste padrão, o estudo de Ardila et al. (2002) observou uma maior prevalência do sexo feminino, na faixa etária de 15 a 40 anos; e chama a atenção para a maior freqüência de AVC tromboembólico, devido a fatores de risco como o uso de anticoncepcionais orais, tabagismo e hipertensão arterial.

Em estudo realizado em uma população de idosos em Portland, Oregon, área metropolitana dos Estados Unidos, para avaliação de AVC, podemos observar um resultado semelhante ao nosso, quanto à distribuição de idade e sexo, onde nos grupos de idade 65-74 anos e 75-84 anos, as taxas dos homens excederam as das mulheres e as taxas das mulheres tenderam a ser maiores no grupo de idade superior a 85 anos (BARKER e MULLOOLY, 1997).

Apesar de a raça negra ser descrita na literatura como a mais prevalente para o AVC, neste estudo não foi possível encontrar a prevalência por raça. De qualquer maneira, verificou-se que o registro de raça nas fichas se resume a raça branca e negra e que isto poderia ter causado uma distorção na distribuição dos casos que

são, predominantemente, da raça branca (60%). Enquanto que, segundo o censo do IBGE no ano de 2000, 52,5% da população de Vassouras se declarou branca.

Avaliando o nível educacional da população estudada, constatou-se uma porcentagem alta de correlação entre os idosos com AVC e os níveis educacionais mais baixos, chamando a atenção o índice de analfabetismo (23%) e o nível de escolaridade até a quarta série (46%). Esta pode ser uma condição determinada pelo nível sócio econômico da população, que possui uma renda per capita de R\$ 285,00.

Segundo o estudo de Taiwan, uma correlação inversa entre o nível educacional e a prevalência de AVC pode realmente existir. Vários estudos têm provido evidências para suporte deste ponto de vista, incluindo uma incidência maior de aterosclerose carótida em pessoas de nível educacional mais baixo. Isto porque se considera que a falta de informações sobre prevenção, incluindo o conhecimento a respeito de hábitos e comportamentos de risco à saúde, faz com que este segmento populacional seja mais propenso a um quadro de AVC (HUANG, CHIANG e LEE, 1997). Outro estudo que observou uma maior prevalência de AVC em pessoas com níveis de escolaridade mais baixos foi o de Giles et al (2008).

Indo nesta mesma direção, estudos mais recentes têm procurado investigar se, além das características sócio-econômicas individuais, a existência de características associadas às redondezas das residências pode estar associada a um maior risco de AVC (LISABETH et al., 2007).

Diferente do que é relatado na literatura, em Vassouras houve uma equivalência entre as taxas de prevalência dos idosos residentes nas zonas rural e urbana (2,9%). As características de Vassouras, que é uma cidade de economia de base agro-pecuária e que tem um perfil rural, como já foi dito anteriormente, podem ter conferido certa homogeneidade à população.

No que diz respeito ao tipo do AVC, houve um predomínio de AVC isquêmico (62,2%), o que também é visto na literatura. A alta taxa de casos de AVC não especificados (28%) pode ser explicada pelas condições de recursos de saúde do município, que apenas no ano de 2005 teve instalado um aparelho de tomografia computadorizada no hospital de referência da cidade (Hospital Universitário Sul Fluminense). Os pacientes que tiveram quadro de AVC antes desta data tinham mais dificuldade na realização da tomografia computadorizada de crânio, que necessitava ser realizada em outro município. Pacientes internados que evoluíam

satisfatoriamente muitas vezes recebiam alta hospitalar sem a realização da tomografia. Outro fator que deve contribuir com isto é a dificuldade do atendimento especializado, por neurologista, para estes pacientes, fato este relacionado à pequena mão de obra especializada, visto que existe apenas um médico neurologista que realiza o atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A taxa de mortalidade por AVC, na população do município de Vassouras, foi 15 por 100 mil habitantes no ano de 2007, correspondendo a 6,8% dos óbitos. Esta taxa foi menor quando comparamos com a taxa de óbitos por AVC no Brasil que, de acordo com o levantamento feito pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, identificou o AVC como a doença que mais mata no país, com 90.930 óbitos, correspondendo a uma taxa de 50,7 por 100 mil habitantes e 10,14% dos óbitos, entre as 10 maiores causas (fonte: MS, SUS, OPAS). Esta menor taxa de mortalidade pode ser atribuída a uma melhor assistência primária destes indivíduos que são, periodicamente, visitados e atendidos pela equipe de saúde da família, que cobre 100% da população, podendo, assim, atuar sobre os fatores de risco modificáveis para o AVC, como, por exemplo, a hipertensão arterial sistêmica, através de programas de prevenção e controle.

Ainda sobre a mortalidade do AVC, o estudo de Lotufo e Bensenor (2004), que relatou a mortalidade por AVC em São Paulo no período de 1997 a 2003, evidenciou que o AVC não especificado foi a causa mais comum de morte por DCV a partir dos 60 anos. Em outro estudo, a hemorragia intracerebral foi identificada como a causa mais freqüente para ambos os sexos, dos 30 aos 59 anos (LOTUFO, GOULART e BENENOR, 2007).

Em relação à qualidade dos prontuários e diagnósticos de AVC do PSF, podemos concluir que é satisfatória, pois conseguiu nos dar as informações necessárias de cada paciente com AVC, bem como abranger quase toda a população com tal diagnóstico. Este fato foi possível verificar ao realizarmos a pesquisa dos casos falso-negativos, após a análise de 150 pessoas que não tinham o diagnóstico de AVC pelo PSF. Através de anamnese e do exame neurológico foi identificado apenas um caso de paciente com história de AVC Isquêmico há seis anos e que, após seis meses de fisioterapia, evoluiu sem seqüelas motoras, fornecendo, mesmo com estas especificidades, uma taxa de 0,66% de falso-negativos. Ao aplicar esta taxa de falso-negativo nos 3.882 idosos que não são casos, os quais não foram examinados, poderíamos estimar que, no máximo,

existissem mais de 25 casos de AVC em idosos residentes em Vassouras e que a taxa de prevalência máxima seria de 3,5%.

A maioria dos estudos de outros países em desenvolvimento utilizou, como instrumento de pesquisa, o protocolo da OMS para enfermidades neurológicas em países em desenvolvimento, que está validado para dois idiomas, inglês e espanhol, porém, não para o português. Como este instrumento ainda não é validado para nossa língua, tivemos que encontrar um outro caminho para tal rastreamento. Propostas metodológicas usadas em países desenvolvidos são freqüentemente inadequadas para países em desenvolvimento, especialmente para a população rural. As maiores dificuldades são a ausência relativa de registros médicos, a falta de tecnologia sofisticada e a concentração em centros urbanos de equipe médica treinada (NICOLETTI et al., 2000). Apesar destas referências, encontradas na literatura, conseguimos realizar nosso rastreamento através dos registros de saúde do PSF, devido a sua total cobertura da população.

A disponibilidade menor do serviço médico geral e de emergência para pacientes com AVC, em regiões menos desenvolvidas, pode resultar numa taxa de casos fatais maiores em pacientes com AVC, resultando, então, numa menor taxa de prevalência, podendo esta taxa aumentar logo após o desenvolvimento e aperfeiçoamento do sistema de saúde.

A quantidade de casos existentes de uma doença, como é o caso do AVC, é um dos fatores determinantes da demanda por assistência médica. Desta forma, a prevalência é uma medida essencial para o planejamento de ações e a administração de serviços de saúde. Com base em estimativas de prevalência de AVC é possível prover a quantidade de recursos humanos, de material para diagnóstico e tratamento e de leitos hospitalares disponíveis (MEDRONHO, 2002).

O fato é que o AVC é um grande problema da saúde pública mundial e ainda há um caminho longo a se percorrer para amenizar suas conseqüências na população, sejam elas geradas pela incapacidade física, bem como pelo impacto econômico e social que afetam pacientes, seus familiares e o sistema de saúde. Apesar das conquistas e do crescente avanço da medicina, com tecnologia de ponta e alta complexidade do sistema hospitalar, que vão desde Unidades de STROKE até as pesquisas com células tronco no tratamento do AVC, ainda há uma carência no atendimento a população no setor primário, que necessita do enfoque em programas de prevenção, como medida para diminuir a prevalência de doenças como o AVC.

Vale ressaltar a importância de se conscientizar a população sobre o que é o AVC e de que se trata de uma emergência médica, orientando a população a reconhecer seus principais sinais e sintomas e fatores de risco, bem como na maneira de proceder perante um caso de instalação aguda característica de AVC. E de se capacitar também a equipe do Programa de Saúde da Família para tal reconhecimento e conduta. Alguns estudos, incluindo estudos brasileiros, têm se preocupado com esta questão (MIKULIK et al., 2008; PONTES–NETO et al., 2008; SUG YOON et al., 2001).

É neste contexto que se enquadra a estratégia de saúde da família, a qual, levada com seriedade, poderá influenciar na diminuição do impacto do AVC e determinar uma melhor qualidade de vida para a população e proporcionar aos idosos um envelhecimento saudável.

7 CONCLUSÃO

Através do presente trabalho constatou-se que ainda é preciso um maior número de informações sobre as taxas de prevalência de AVC, principalmente no Brasil, onde poucas publicações foram encontradas, apesar da alta frequência de AVC na população. Há dificuldades de comparação entre os estudos de países desenvolvidos e em desenvolvimento, em face dos diversos fatores, entre eles os principais são as diferenças metodológicas utilizadas por ambos.

O programa de saúde da família, no Brasil, pode nos fornecer dados para pesquisas futuras e um maior conhecimento da frequência de diversas doenças, como foi o caso do AVC, neste trabalho. Porém, para que haja fidedignidade nos dados e resultados é preciso uma ampla cobertura da população e uma equipe bem integrada.

A qualidade dos prontuários do PSF de Vassouras foi satisfatória, visto que nos forneceu os dados necessários para esta pesquisa tanto no que se referiu ao diagnóstico de AVC quanto aos dados sócio-demográficos da população alvo.

O conhecimento da frequência do AVC, principalmente na população idosa, é de extrema importância para que haja um planejamento de saúde voltado para esses casos, com a previsão de recursos públicos para saúde, incluindo métodos de investigação e disponibilidade de medicamentos e a instalação de medidas de prevenção e controle.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, R.P. **Neurologia clínica: um método de ensino integrado**. Rio de Janeiro: Universidade do Rio de Janeiro, v.1, p.177-188, 1996.

AMADUCCI, L. et al. Prevalence of chronic diseases in older italians: comparing self-reported and clinical diagnoses. **International of Epidemiology**, v.26, n.5, 1997.

ARDILA, G.P. et al. Estúdio neuroepidemiológico em Arotaca, uma área rural del oriente colombiano. **Ver. Méd.**, Chile, 130:191-9, fev 2002.

BARKER, W.H.; MULLOOLY, J.P. Stroke in a defined elderly population, 1967-1985 – A less lethal and disabling but no less common disease. **Stroke**, 28:284-290, 1997.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R. Stroke prevention in poor countries – time for action. **Stroke**, 38:2871-2872, 2007.

CABRAL, N.L. et al. Epidemiologia dos acidentes vasculares em Joinville, Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.199, n.55(3-A), p.357-363, 2006.

CANCELA, D.M.G. **O acidente vascular cerebral**: classificação, principais conseqüências e reabilitação. Disponível em: www.psicologia.com.pt. Acesso em: 15 jun 2008.

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. Acesso em: 12 mar 2006.

CURY, A. **Nunca desista dos seus sonhos**. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

DANESI, M.; OKUBADEJO, N.; OJINI, F. Prevalence of stroke in an urban, mixed income community in Lagos, Nigeria. **Neuroepidemiology**, 28:216-223, 2007.

DEL BRUTO, O.H. et al. Door-to-door of major neurological diseases in rural Ecuador – The Atahualpa–Project: methodological aspects. **Neuroepidemiology**, 23:310-316, 2004.

_____. Stroke in rural Ecuador - a three-phase, door-to-door survey. **Neurology**, v.63, n.10, nov 2004.

_____. Stroke in South America. **Stroke**, n.34, p.2103-2108, 2003.

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

ELLEKJAER, H. et al. Epidemiology of stroke in Innherred, Norway, 1994 to 1996 – Incidence and 30-Day Case-Fatality Rate. **Stroke**, n.28, p.2180-2184, 1997.

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 th century. **The Lancet Neurology**, v.2, 2003.

GILES, M.F.; ROTHWELL, P.M. Measuring the prevalence of stroke. **Neuroepidemiology**, 30:205-206, 2008.

HUANG, Z.S.; CHIANG, T.L.; LEE, T.K. Stroke prevalence in Taiwan. Findings from the 1994 national health interview survey. **Stroke**, 28(8), p.1579-84, 1997.

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). **Comunicação social**, 30 ago 2004. Disponível em: www.ibge.com.br/home/presidencia/noticias. Acesso em 03 jul 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 15 mar 2007.

KOLOMINSKY-RABAS, P.L. et al. A prospective community-based study of stroke in Germany – The erlangen stroke project (ESPro). **Stroke**, 29:2501-2506, 1998.

KNOBEL, E. et al. **Terapia intensiva: neurologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p.93.

LESSA, I.; BASTOS, C.A.G. Epidemiologia dos acidentes vasculares encefálicos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Bulletin of the Pan American Health Organization**, n.17(3), p.3, 1983.

LEWEIS, R.M. **Merrit tratado de neurologia**. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.184-194.

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.165:279-287, 2007.

LOTUFO, P.A.; BENSENOR, I.M. Stroke mortality in São Paulo (1997-2003): A description using the tenth revision of the international classification of diseases. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 62(4):1008-11, dez 2004.

_____. GOULART, A.C. Race gender and stroke subtypes mortality in São Paulo, Brazil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 65(3B):752-7, set 2007.

LOWES, G.W. Ethnic factor in multiple sclerosis: a review and critique of the epidemiological literature. **Intern J Epid**, 17:14-20, 1988.

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**, 27:81-88, 2006.

MELLO, A.L. **Prevalência e sobrevida de casos de acidente vascular encefálico no Município do Rio de Janeiro no ano de 1998**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2003.

MIKULIK, R. et al. Calling 911 in response to stroke: a nationwide study assessing definitive individual behavior. **Stroke**, 39(6):1844-9, jun 2008.

MINELLI, C. et al. Stroke incidence, prognosis, 30-day, and 1-year case fatality rates in Matão, Brasil. **Stroke**, n.38, p.2906-2911, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia prático do programa de saúde da família**. 2006. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>. Acesso em: 14 mar 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação de Mortalidade**. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 2006. www.saude.gov.br/. Acesso em: 18 abr 2007.

MUNTNER, P. et al. Trends in stroke prevalence between 1973 and 1991 in the US population 25 to 74 years of age. **Stroke**, 33(5), p.1209-13, 2002.

NICOLETTI, A. et al. Prevalence of stroke – a door-to-door survey in rural Bolívia. **Stroke**, 31(4), p.882-885, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Aspectos de mortalidade no Brasil**. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/countries/bra/en/>. Acesso em: 09 mar 2008.

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

PONTES–NETO, O.M. et al. Stroke awareness in Brazil: alarming results in a community-based study. **Stroke**, 39(2):292-6, feb 2008.

PRADILLA, G. et al. Neuroepidemiología en el oriente Colombiano. **Rev. Neurol.**, 34:1035-43, 2002.

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. Acesso em: 27 abr 2008.

SAPOSNIK, G.; DEL BRUTTO, O.H. Stroke in South America: a systematic review of incidence, prevalence and stroke subtypes. **Stroke**, 34:2103-08, 2003..

SILVESTRE, J.A.; COSTA NETO, M.M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, 2003.

SIQUEIRA, F.V. et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):39-54, Jan 2008.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO E ATENÇÃO BÁSICA (SIAB). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>. Acesso em: 12 ago 2007.

SUG YOON, S. et al. Knowledge of stroke risk factors, warning symptoms, and treatment among the Australian urban population. **Stroke**, 32(8):1926-30, aug 2001.

TAKEUCHI, Y.; GUEVARA, J.G. Prevalência de las enfermedades neurológicas en el Valle Del Cauca. **Colômbia Médica**, 30:74-81, 1999.

URIBE, C.S. et al. Epidemiologia de las enfermedades cerebrovasculares en Sabaneta, Colômbia (1992-1993). **Rev. Neurol.**, 25(143), p.1008-12, 1997.

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, 19(3): 705-715, maio-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, 2005.

VIRIYAVEJAKUL, A. et al. Epidemiology of stroke in the elderly in Thailand. **J Med Assoc Thai**, Jul 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO PROTOCOL – **Epidemiologic studies of neurologic disorders**. 1998.

ANEXOS**ANEXO A - MAPA DE VASSOURAS-RJ COM A DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DO PSF**

- 1-Andrade Pinto**
- 2-Andrade Costa**
- 3-Massambará**
- 4-Ferreiros**
- 5-Itakamosi**
- 6-Demétrio Ribeiro**
- 7-Grecco**
- 8-Residência**
- 9-Santa Amália**
- 10-Centro**
- 11-Carvalheira**
- 12-Madruga**
- 13-Conjunto Habitacional**

ANEXO D - 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 E - SOLICITAÇÃO DE CAMPO PARA PESQUISA

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE CAMPO PARA PESQUISA

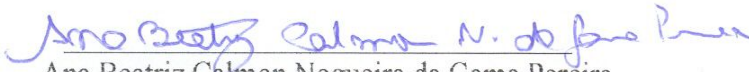
Ao Exmo. Sr. Secretário de Saúde de Vassouras, José Carlos Vaz de Miranda Neto:

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 a mestrandia, Ana Beatriz Calmon Nogueira da Gama Pereira, 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 Neurologia.

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

Atenciosamente.


Ana Beatriz Calmon Nogueira da Gama Pereira

Autorizado em 01/ 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

ANEXO F - FICHA ANAMNESE - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANAMNESE							
Nome do Examinador: _____			Data do Exame: _____				
IDENTIFICAÇÃO							
	ORIGEM, PRONTUÁRIO	INICIAIS	SEXO	IDADE	COR	NT	PROFISSÃO
Obs: _____							
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL			queixa principal:				
Instalação:							
Evolução:							
Estado atual:							
Anamnese dirigida : (doenças neurológicas prévias, cefaléia, dor ou parestesias, convulsões).							
Obs: _____							
ANTECEDENTES PESSOAIS							
		PRÉ-NATAIS /PARTO	DESENVOLVIMENTO	ESCOLARIDADE	FUMO	ÁLCOOL	
Obs: _____							
ANTECEDENTES FAMILIARES							
		CASOS SEMELHANTES	SAÚDE DOS PAIS	CONSANGUINIDADE			
Obs: _____							
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS							
		DOENÇAS CLÍNICAS	INFECÇÕES	CIRURGIAS	TRAUMAS		
Obs: _____							
EXAME CLÍNICO							
D PRESSÃO ARTERIAL E	D PULSO E	TEMPERATURA	RESPIRAÇÃO	ESTADO NUTRICIONAL			
AUSCULTA CARDÍACA			D	CARÓTIDAS E			
AUSCULTA PULMONAR	ABDOMEN	ALTS GENITO-URINÁRIAS		ALTS ENDÓCRINAS			
Obs: _____							

ANEXO G

EXAME NEUROLÓGICO

Identificação do paciente:	
Ectoscopia:	
Nível de consciência:	
Estado mental:	
Linguagem:	
Exame de nervos cranianos: I-XII	Exame normal Exame anormal
	Se anormal, descreva as alterações:
Óptico: II @ fundoscopia Oculomotores: III, IV, VI @ motricidade extrínseca exame das pupilas Nervos pontinos: V, VII, VIII Nervos bulbares: IX, X, XI, XII	À direita À esquerda
Exame de sensibilidade:	Exame normal Exame anormal
superficial (tato, dor, temperatura) profunda (noção de posição segmentar e sensibilidade vibratória)	Se anormal, indique no mapa da sensibilidade as alterações, por códigos:
Códigos: tato dor temperatura vibratória propriocepção	MSD MSE MID MIE
Exame do aparelho locomotor:	Exame normal Exame anormal
O exame da motricidade inclui: <ul style="list-style-type: none"> • Inspeção dos segmentos corporais (atrofias, hipercinesias) • Pesquisa do tônus e dos reflexos • Testes de força muscular • Testes de coordenação motora 	Se anormal, indique abaixo, por código, a localização do distúrbio do movimento:
	MSD MSE MID MIE
Códigos: Distúrbios do movimento: déficit motor ataxia movimentos anormais	Descreva as alterações do movimento: À direita À esquerda
Estática e marcha:	
Pesquisa de sinais meningorradiculares:	

ANEXO H

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Comitê de Ética em Pesquisa – USS

1. Identificação do responsável pela execução da pesquisa:

Título do Projeto: Rastreamento de Acidente Vascular Cerebral em Idosos no Município de Vassouras
Coordenador do Projeto: Ana Beatriz Calmon Nogueira da Gama Pereira
Telefones de contato do Coordenador do Projeto: (24) 2471.8152
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Universidade Severino Sombra

2. Informações ao participante ou responsável:

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo rastrear o número de idosos com Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Município de Vassouras, acompanhados pelo Programa de Saúde da Família (PSF); avaliar o AVC segundo o tipo: isquêmico ou hemorrágico; analisar esta população quanto ao sexo, idade, raça e localidade a qual residem e contribuir para programas de promoção de saúde e melhoria da assistência aos idosos portadores de AVC.

Você poderá recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Durante o procedimento (entrevista e exame neurológico), você poderá recusar a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.

A sua participação como voluntário, não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo a V.Sa.

A sua participação não envolverá riscos, desconfortos, gastos, nem remuneração para o (a) Sr. (a). Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao participante ou seu responsável o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometer-lo.

Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Vassouras, _____ de _____ de 20____.

Participante: _____

Observação: O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ser impresso em duas cópias, ficando uma delas sob responsabilidade do Coordenador e a outra sob a guarda do participante.