

**Universidade Federal de São Paulo  
Curso de Especialização em Saúde da Família**

**Projeto de Intervenção:**

**Comportamento Clínico-Epidemiológico das Doenças Cerebrovasculares na  
Estratégia Saúde da Família em Ibirarema/SP**

**Autora: Dra Annalie Ordaz Montes**

**Orientadora: Professora Danielle Abdel Massih Pio**

***IBIRAREMA/ SÃO PAULO  
2015***

# Sumário

<b>1. Introdução</b>	
1.1. Identificação e apresentação do problema.....	2
1.2. Justificativa da intervenção.....	4
<b>2 Objetivos</b>	
2.1. Objetivo geral.....	4
2.2 Objetivos específicos.....	4
<b>3. Metodologia</b>	
3.1. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção .....	5
3.2. Contexto da intervenção.....	5
3.3. Estratégias e ações.....	5
3.4. Avaliação e monitoramento.....	6
<b>4. Resultados Esperados.....</b>	<b>7</b>
<b>5. Cronograma.....</b>	<b>7</b>
<b>6. Referências.....</b>	<b>8</b>
<b>7. Anexo.....</b>	<b>10</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Identificando e apresentando o Problema

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a Doença Cerebrovascular (DCBV) como a entidade caracterizada pelo próprio desenvolvimento dos sinais clínicos da alteração focal ou global da função cerebral, com sintomas que duram até 24 horas ou mais e conduzem a morte, sem nenhuma causa aparente diferente da vascular. <sup>(1)</sup>

Com a evolução da humanidade, o aumento da expectativa de vida dos países em desenvolvimento e o desenvolvimento social, assim como a inovação tecnológica, tem-se aumentado a expectativa de vida nestes países, e um número importante de doenças crônicas são observadas. Entre estas, pode-se encontrar a DCBV, situada como a terceira causa de morte nos países em desenvolvimento.

Este estudo tem o propósito de atualizar os dados de mortalidade por DCBV no município de Ibirarema, Estado de São Paulo. Na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) tem pouco mais de 20 milhões de habitantes, que estão distribuídos em 39 municípios. <sup>(2)</sup>

A variação na incidência da Doença Cerebrovascular Isquêmica tem sido reconhecida e reportada por diferentes regiões do mundo, provavelmente relacionada ao status socioeconômico, diversidades de acessos a cuidados primários e prevalência dos fatores de risco. <sup>(3-4)</sup>

A forma de apresentação isquêmica é o tipo mais freqüente da DCBV, representada em 80% destas. Na maioria das classificações presentes na literatura médica, se propõe a classificação de acordo com a forma de apresentação: a aterotrombótica, embólica e infartos lacunares, de acordo as categorias clínicas. <sup>(5)</sup>

Leva-se ainda em conta os modestos avanços alcançados, nos últimos anos, no tratamento da DCBV. Pode-se dizer que, nos últimos três anos, esta entidade nosológica tem mostrado taxas de incidências no país na ordem do 0,37-2011, 0,34-2012, 0,35-2013 em 100. 000 habitantes. Além disso, nos Estados como São Paulo e Paraná a taxa é acima desses valores (0,75 e 0,49 x 100 000 habitantes), o que indica que se está diante de um problema de saúde da população. <sup>(6,7)</sup>

Na epidemiologia da Doença, a idade cumpre um papel primordial, tanto que determinados autores demonstram que depois dos 55 anos a incidência eleva-se o dobro por cada década transcorrida, sendo maior depois dos 65 anos. <sup>(8)</sup>

O sexo é um fator não modificável, com predomínio da incidência no sexo masculino para o ataque isquêmico, o que não se comporta igual para o ataque hemorrágico. <sup>(9)</sup>

Outros, como a raça, tem sido bem estudados tendo um predomínio da raça negra sobre a raça branca, podendo variar segundo o país, dada a mostra étnica existente. Na gravidez, o puerpério ou a genética também se apresentou como fatores de risco, os quais não se podem modificar, porém nos primeiros a taxa de incidência é muito baixa. <sup>(10)</sup>

O ataque prévio é determinante na produção da DCBV. A taxa de recorrência no infarto cerebral fica perto de 10% ao ano em comparação com um ataque transitório de isquemia, que diminui para 5% ao ano a possibilidade de recorrência. <sup>(11)</sup>

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um fator de risco modificável, sendo este de maior prevalência, o que é válido tanto para a pressão sistólica como para a diastólica, afetando igualmente ambos os sexos. <sup>(12)</sup>

Outro fator bem documentado é sem dúvida a Doença Cardiovascular (DCV), a qual ocupa o segundo lugar depois da HAS, destacando-se dentro desta, como as mais importantes, a Cardiopatia Isquêmica, a Fibrilação Auricular não valvular, Tromboses Murais, Miocardiopatia e Prolapso da Válvula Mitral. <sup>(12-13)</sup>

Outra parte, dentro dos fatores bem documentados, se inclui os Ataques Transitórios de Isquemia, dada a observação que se tem feito em pacientes afetados pela Doença Cerebrovascular Isquêmica quanto à viscosidade do sangue. <sup>(14)</sup>

Menos documentado que as anteriormente mencionadas porém também classificado como modificável, é o tabagismo que é um fator de risco para múltiplas doenças, algumas das quais constituem fatores de risco já mencionados como é o caso da HAS, o que aumenta sua incidência. <sup>(15-18)</sup>

Em estudos realizados por Frihimang, tem-se de mostrado que o alcoolismo provoca um aumento na incidência da DCBV. <sup>(19)</sup>

Também dentro dos que são não modificáveis e da documentação incompleta se podem citar a obesidade, o fibrinogênio, a hiperlipidêmica, a angiopatia amilóide, a enxaqueca e anticoncepcionais orais, os quais têm maior ou menor incidência na patologia estudada. <sup>(20-22)</sup>

Além disso, devem-se mencionar também os fatores de risco potenciais, sendo estes a hiperhomocistinemia, forâmen oval persistente, a aterosclerose do arco aórtico, a tração de lipoproteínas, abuso de drogas, estresse, anticorpos antifosfolípidos, o anticoagulante lúpico e o fator 11 de Leiden, além de outros não estudados. <sup>(22)</sup>

## 1.2 Justificativa da intervenção

O conhecimento da importância destes fatores de risco, coloca nas mãos do profissional de saúde, um instrumento de inestimável valor, dado que seu controle, através do programa **de medicina comunitária** estabelecido, permitirá ter um arsenal terapêutico adicional ao uso dos fármacos, anticoagulantes como a aspirina e mais modernamente a triclopidina e o clopidogrel. <sup>(23)</sup>

Como existem poucos estudos no Município de Ibirarema sobre a doença, seus fatores de risco e predisponentes e, levando-se em conta o benefício que os resultados podem trazer para a área de abrangência do programa de atenção comunitária, torna-se a motivação para a realização deste projeto, que poderá resultar em ações mais efetivas para a comunidade.

Neste sentido, percebe-se que os pacientes frequentemente não realizam acompanhamento adequado das Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), muitas vezes sem tratamento adequado e em alguns casos iniciaram o uso de tratamento pela influência de conhecidos ou vizinhos.

Assim, pretende-se oferecer argumentos que apontem elementos importantes para a prevenção da DCBV, com a futura capacitação do profissional médico e de outras profissões envolvidas neste cuidado, dedicados à atenção dos pacientes afetados pela mesma.

Com isso, as perguntas são: Qual é o comportamento clínico-epidemiológico da DCBV no Município de Ibirarema, São Paulo, no prazo compreendido entre Janeiro 2015 até Janeiro 2016? Quais os principais fatores de risco, que prevalecem?

## 2. OBJETIVOS

**2.1 Objetivo Geral:** Determinar o comportamento Clínico-Epidemiológico das Doenças Cerebrovasculares na Estratégia Saúde da Família em Ibirarema/SP.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- I- Determinar idade, sexo e raça do levantamento de pacientes na área.
- II- Identificar a forma clínica das DCBV e os principais fatores de risco.
- III- Avaliar o tratamento profilático e medicamentoso.
- IV- Reafirmar a importância do Projeto de intervenção: "Viver 120".
- V- Conscientizar acerca da importância da consulta periódica, monitoramento dos fatores de risco, avaliação dos efeitos colaterais e da resposta terapêutica, assim como a modificação dos estilos de vida.
- VI- Trabalhar semanalmente, com o grupo de pacientes e os profissionais da saúde, nas quais cada dia será discutido um tema relacionado à fatores de risco.
- VII- Esclarecer a importância da atividade física e doenças envolvidas, sob formas variadas.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção**

A população adscrito constitui-se por 3.624 pessoas, dispostas em 1.023 famílias.

A intervenção envolve os pacientes cadastrados na Unidade de Saúde da Família II com risco de DCBV e uma equipe formada para a intervenção. A equipe envolvida será composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis Agentes Comunitárias de Saúde, dois farmacêuticos, duas fisioterapeutas e uma psicóloga.

#### **3.2 Contexto da intervenção**

A intervenção será realizada na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família II, localizada no município de Ibirarema, Estado de São Paulo.

#### **3.3 Estratégias e ações**

##### ***Etapa 1***

Inicialmente será necessária a identificação da população com fatores de risco para as DCBV, presente entre os pacientes cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF), para, assim, direcionar as ações. Essa investigação será através de abordagem no momento do acolhimento na unidade de saúde e durante as consultas, além do uso dos registros da história de saúde familiar e individual.

##### ***Etapa 2***

Os selecionados, então, serão convocados para uma reunião na unidade de saúde, para descrição rápida do objetivo e a importância do Projeto de intervenção: “Viver 120” e convite para comporem o grupo.

##### ***Etapa 3***

Agendamento de consultas individuais para conscientização da importância da consulta periódica, monitoramento dos fatores de risco, avaliação dos efeitos

colaterais e da resposta terapêutica, assim como a modificação dos estilos de vida.

#### **Etapa 4**

Serão realizadas reuniões semanais, na Unidade de saúde ou no Clube da Terceira Idade, com o grupo de pacientes e os profissionais da saúde, nas quais cada dia será discutido um tema relacionado à fatores de risco, importância da atividade física e doenças envolvidas, sob formas variadas, de acordo com o profissional selecionado para a data.

Para isso realizamos um plano de atividades semanais. (*Quadro 1*)

*Quadro 1*

<b>PLANO DE ATIVIDADES</b>		
<b>Semanas</b>	<b>TEMA</b>	<b>Palestrante</b>
1º	Acolhimento e explanação do projeto. Atividade Introdutória.	Equipe de Saúde
2º	Indicação, manejo adequado de medicamentos e orientações médicas.	Médica
3º	Tratamento farmacológico.	Farmacêutica Médica
4º	Atividade Física.	Fisioterapeuta
5º	Propostas de medidas alternativas, não farmacológicas.	Enfermeira
6º	Discussão analítica e global do projeto. Aplicação do questionário (Anexo 1) Confraternização.	Equipe de Saúde

### **3.4 Avaliação e monitoramento**

Durante as reuniões semanais que são realizadas com toda a equipe de saúde da unidade, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções necessárias.

Os pacientes serão estimulados, durante as reuniões, a testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

A aplicação de questionário (Anexo I) possibilitará avaliar os pontos positivos, negativos do ponto de vista dos pacientes, os tópicos esperados e alcançados por eles, com a intervenção.

#### 4. RESULTADOS ESPERADOS

Através de atitude ativa, persistente e duradoura de toda a equipe, os pacientes do “Grupo Viver 120” alcançarão a percepção dos riscos que se apresenta em estilos de vida inadequados traz a eles e conseqüentemente o combate dos fatores de risco e as complicações mais frequentes em pacientes com predisposição a sofrer de Doença Cerebrovascular.

#### 5. CRONOGRAMA

<b>Atividades</b>	<b>Janeiro</b>	<b>Fevereiro</b>	<b>Março</b>	<b>Abril</b>	<b>Maior</b>	<b>Junho</b>	<b>Julho</b>
<i>Elaboração do projeto</i>	X	X					
<i>Identificação da população</i>		X	X				
<i>Estudo do referencial teórico</i>	X	X	X	X	X	X	
<i>Implantação do projeto</i>				X	X		
<i>Análise dos resultados</i>						X	
<i>Divulgação dos resultados</i>							X



## 6. REFERÊNCIAS

1. Mansur AP, Favarato D, Souza MF, Avakian SD, Aldrighi JM, César LA, et al. Tendência da mortalidade por doenças circulatórias no Brasil de 1979 a 1996. *Arq Bras Cardiol.* 2011;76(6):497-510.
2. Marinho de Souza MF, Timerman A, Serrano CV Jr, Santos RD, de Pádua Mansur A. Tendências do risco de morte por doenças circulatórias nas cinco regiões do Brasil no período de 1979 a 1996. *Arq Bras Cardiol.* 2001;77(6):562-75.
3. Truelsen T, Mähönen M, Tolonen H, Asplund K, Bonita R, Vanuzzo D; WHO MONICA Project. Trends in stroke and coronary heart disease in the WHO MONICA Project. *Stroke.* 2013;34(6):1346-52.
4. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics--2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2011;123(4):e18-e209.
5. Stegmayr B, Vinogradova T, Malyutina S, Peltonen M, Nikitin Y, Asplund K. Widening gap of stroke between east and west: eight-year trends in occurrence and risk factors in Russia and Sweden. *Stroke.* 2010;31(1):2-8.
6. Mansur A deP, Favarato D, Avakian SD, Ramires JA. Trends in ischemic heart disease and stroke death ratios in Brazilian women and men. *Clinics (Sao Paulo).* 2010;65(11):1143-7.
7. Mansur A deP, Souza M deF, Timermann A, Ramires JA. Tendência do risco de morte por doenças circulatórias, cerebrovasculares e isquêmicas do coração em 11 capitais do Brasil de 1980 a 1998. *Arq Bras Cardiol.* 2012;79(3):269-84.
8. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil - 2013. [Acesso em 2012 mar 1]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking.doc>
9. Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. Age Standardization of rates: a new WHO standard. Geneva: WHO; 2011. (GPE Discussion Paper series N° 31).
10. Glantz SA. *Primer of biostatistics, version 4.02.* New York: McGraw-Hill; 2006.
11. André C, Curioni CC, Braga da Cunha C, Veras R. Progressive decline in stroke mortality in Brazil from 1980 to 1982, 1990 to 1992, and 2000 to 2002. *Stroke.* 2011;37(11):2784-9.
12. Mansur A deP, Lopes AI, Favarato D, Avakian SD, César LA, Ramires JA. Epidemiologic transition in mortality rate from circulatory diseases in Brazil. *Arq Bras Cardiol.* 2013;93(5):506-10.
13. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med.* 2008;358(23):2468-81.

14. Pontes-Neto OM, Silva GS, Feitosa MR, de Figueiredo NL, Fiorot JA Jr, Rocha TN, et al. Stroke awareness in Brazil: alarming results in a community-based study. *Stroke*. 2008;39(2):292-6.
15. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saude*. 2009;15(1):35-45.
16. Cipullo JP, Martin JF, Ciorlia LA, Godoy MR, Cação JC, Loureiro AA, et al. [Hypertension prevalence and risk factors in a Brazilian urban population]. *Arq Bras Cardiol*. 2010;94(4):519-26.
17. Mansur AP, Mattar AP, Tsubo CE, Simão DT, Yoshi FR, Daci K. Prescription and adherence to statins of patients with coronary artery disease and hypercholesterolemia. *Arq Bras Cardiol*. 2011;76(2):111-8.
18. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl J Med*. 2012;356(23):2388-98.
19. Bassanesi SL, Azambuja MI, Achutti A. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da Evidência à Ação. *Arq Bras Cardiol*. 2012;90(6):370-9.
20. Ishitani LH, Franco Gda C, Perpétuo IHO, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):684-91
21. Avezum A, Braga J, Santos I, Guimarães HP, Marin-Neto JA, Piegas LS. Cardiovascular disease in South America: current status and opportunities for prevention. *Heart*. 2010;95(18):1475-82.
22. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.
23. Mansur AP, Favarato D, Ramires JA. Vacina contra o vírus da influenza e mortalidade por doenças cardiovasculares na cidade de São Paulo. *Arq Bras Cardiol*. 2011;93(4):395-9.

## 7. ANEXO

1. Foi instrutiva para você a sua participação no Projeto de Intervenção sobre DCBV?

sim  não

2. Você considera que o projeto de intervenção aumentou seu conhecimento sobre o cuidado de sua saúde?

sim  não

3. O projeto ajudou você entender sobre sua doença e o uso correto da medicação?

sim  não

4. Na sua opinião, que fatores você considera foram positivos e quais negativos dessa intervenção?

5. As atividades trouxeram mudanças em seu estilo de vida? Quais?

6. Além do que foi proposto neste projeto, você gostaria de participar de outras intervenções/ações organizadas pela equipe de saúde?