

DANIELA SILVA NEVES

**TAXA DE INTERNAÇÃO POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: UM
PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO
DO RETIRO, MINAS GERAIS.**

ARAÇUAÍ/MINAS GERAIS

2010

DANIELA SILVA NEVES

**TAXA DE INTERNAÇÃO POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: UM
PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO
DO RETIRO, MINAS GERAIS.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da
Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Juliana Dias Pereira dos
Santos

ARAÇUAÍ/MINAS GERAIS

2010

Dedico a Deus, pelo Dom da Vida, pela saúde que me concede a cada dia, pelo amor, pela companhia inseparável, por sempre caminhar junto a mim, me fortalecendo nos momentos difíceis e me acompanhando nos felizes... por nos presentear com a nossa
linda filha Manuela!

Dedico ao Wagner, meu esposo, pelo amor, carinho e abraços aconchegantes... Por ouvir meus medos, angústias e anseios... pelo apoio... pelas palavras de incentivo e conforto... pelos vários momentos de afastamento, horas seguidas de estudo sem jamais reclamar.

Dedico à nossa princesinha Manu, mesmo tão pequenina, por compreender a minha ausência quando a vontade era estar junto... por aceitar os meus “nãos”... “hoje não tenho tempo... não posso... tô ocupada agora... não vou poder ir...”. Desculpe filha!

Dedico ainda aos meus pais, irmãos, cunhados e sobrinhos, por vocês existirem... por me fazer tão bem a companhia de vocês... por ser referência para mim de calma e paz...

E finalmente aos meus sogro e sogra, por estarem sempre dispostos a nos ajudar ...por nos socorrer nos momentos difíceis...

Dedico-lhes acima de tudo meu afeto e incondicional amor.

“Para conhecermos os amigos é necessário passar pelo sucesso e pela desgraça. No sucesso, verificamos a quantidade e, na desgraça, a qualidade”.

(CONFÚCIO) - filósofo chinês

Agradeço à minha orientadora Juliana que foi peça-chave para que esta pesquisa fosse possível... obrigada pela paciência... pela sua competência... pelo seu retorno rápido... pelas ligações onde as conversas diretas esclareciam mais as dúvidas... pelo seu carinho que eu sentia mesmo sem conhecer pessoalmente... você me conquistou. Muito obrigada!

Ao Farley, secretário municipal de Saúde de Santo Antônio do Retiro, por autorizar a utilização dos dados do Sispacto do município nesta pesquisa, uma pessoa maravilhosa, inteligente, a qual eu me orgulho de trabalhar ao lado. Com você eu sempre aprendo a ser mais humana, e a aprender que na vida estamos sempre aprendendo...

Às minhas colegas de trabalho: a dentista Naty e as enfermeiras Ivanete (Pida), Renata e agora, Luzy, por compreender o desafio que foi para eu confeccionar esta monografia e concluir esta especialização devido à falta de tempo... por me cobrir no trabalho em alguns turnos para que eu pudesse avançar e concluir a monografia.

A todos que colaboraram de alguma forma para concretizar este desafio!

Muito Obrigada!!!

“Se minha Teoria da Relatividade estiver correta, a Alemanha dirá que sou alemão e a França me declarará um cidadão do mundo. Mas, se não estiver, a França dirá que sou alemão e os alemães dirão que sou judeu”.

(ALBERT EINSTEIN)

“O que mais surpreende é o homem, pois perde a saúde para juntar dinheiro, depois perde o dinheiro para recuperar a saúde. Vive pensando ansiosamente no futuro, de tal forma que acaba por não viver nem o presente, nem o futuro. Vive como se nunca fosse morrer e morre como se nunca tivesse vivido”.

(DALAI LAMA)

RESUMO

OBJETIVOS: Analisar a Internação por AVC do município de Santo Antônio do Retiro na faixa etária de 30 a 59 anos e realizar uma proposta de intervenção para o enfrentamento do problema no município.

MÉTODOS: Análise de dados secundários através do Indicador Taxa de Internação por AVC do Pacto pela Saúde, extraído do aplicativo Sispecto nos anos de 2007 e 2008.

RESULTADOS: Identificou-se alta taxa de internação por AVC nos anos de 2007 (31,61) e 2008 (64,45) no município, sendo superior às de Minas Gerais (8,6 e 8,1) e Brasil (6,6 e 6,2) no mesmo período.

CONCLUSÕES: A elevada taxa de internação por AVC, como foi a apresentada por Santo Antônio do Retiro, está associada à deficiência na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária à saúde de forma que necessita de uma estratégia de intervenção abrangendo gestão e assistência.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Acidente Vascular Cerebral, Vigilância em População, Indicadores Básicos de Saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To analyze the hospitalization due to stroke in Santo Antônio do Retiro aged 30 to 59 years and perform an intervention proposal for addressing the problem in the county.

METHOD: Secondary data analysis using the indicator rate of hospitalization due to stroke by Covenant Health, extracted from the application Sispecto in the years 2007 and 2008.

RESULTS: We identified a high rate of hospitalization for stroke in the years 2007 (31.61) and 2008 (64.45) in the city, being superior to those of Minas Gerais (8.6 and 8.1) and Brazil (6, 6 and 6.2) in the same period.

CONCLUSIONS: The high rate of hospitalization for stroke, as was submitted by St. Anthony's Retreat, is linked to deficiency in service coverage and / or low outcomes of primary health care in a way that requires an intervention strategy involving management and assistance.

Keywords: Primary Health Care, Stroke, Surveillance Population, Health Status Indicators.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Meta Brasil para o Indicador Taxa de Internação por AVC	18
Tabela 2-Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral em Santo Antônio do Retiro, Minas Gerais e Brasil nos anos 2007 e 2008.....	23

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-Documento de Orientações acerca dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão17

Quadro 2- Plano de Ação para reduzir a Taxa de internação por AVC em Santo Antônio do Retiro.....27

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mapa de Minas Gerais e Localização do município de Santo Antônio do Retiro	22
---	-----------

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral em Santo Antônio do Retiro, Minas Gerais e Brasil nos anos 2007 e 2008.....	23
---	-----------

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	01
2- OBJETIVOS	02
2.1- Objetivo Geral	02
2.2- Objetivos Específicos	02
3- METODOLOGIA	03
4- REVISÃO DE LITERATURA	05
4.1- Definição e Tipos de Acidente Vascular Cerebral	05
4.2- Epidemiologia do Acidente Vascular Cerebral no Mundo e no Brasil	05
4.2.1- Incidência e Morbimortalidade no Mundo e no Brasil	05
4.2.2- Fatores Associados ao Acidente Vascular Cerebral	06
4.2.3- A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Acidente Vascular Cerebral	07
4.3- Faixa etária acometida.....	09
4.4- Diagnóstico do AVC	10
4.5- Tratamento do AVC	11
4.6- Prejuízos/ Danos decorrentes do AVC	12
4.7- O Pacto pela Saúde	14
4.8- O Sispecto	16
4.9- Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral	17
4.10- Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família	19
5- DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	22
5.1 Caracterização do Município Santo Antônio do Retiro	22
5.2 Análise do indicador sobre AVC do Sispecto em Santo Antônio do Retiro	23
6- PLANO DE INTERVENÇÃO	27

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34
ANEXO A - Termo de Concordância autorizando a realização da pesquisa	37

1- INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) está associada a custos menores, maior satisfação dos usuários e melhores indicadores de saúde. As taxas de hospitalização têm sido utilizadas de forma crescente como indicadores na avaliação de programas de atenção primária buscando avaliar em que medida programas ou sistemas de APS, ao atingir suas metas, melhoram a condição de saúde da população assistida. Menores taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde estão associados a serviços de atenção primária de melhor qualidade (ALFRADIQUE, *et al.*, 2009).

Falcão *et al.* (2004) diz que o Acidente Vascular Cerebral (AVC), representa a terceira causa de morte em países industrializados e a primeira causa de incapacidade entre adultos. No Brasil, a distribuição dos óbitos por doenças do aparelho circulatório vem apresentando crescente importância entre adultos jovens, já a partir dos 20 anos, assumindo o patamar de primeira causa de óbito na faixa dos 40 anos e predominando nas faixas etárias subsequentes. Dessa forma, o mesmo autor diz que o AVC é causa de insatisfação com a vida e de limitações funcionais diversas, pela perda da autonomia decorrente das incapacidades. Além disso, o mesmo acarreta também grandes gastos, tanto para o seu tratamento específico como para a reabilitação, ocasionando um ônus familiar e social elevados.

Ao trabalhar como enfermeira da Estratégia Saúde da Família por mais de 4 anos e ainda, desenvolver Projetos e realizar Pactuações na Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Retiro junto ao secretário, a autora se deparou com um indicador do Pacto pela Saúde (aplicativo Sispacto) que em todos os anos se apresentava elevado no município: Taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral, bem acima das taxas obtidas pelo estado de Minas Gerais e pelo Brasil. A partir dessa experiência despertou na autora o desejo de estudar melhor este indicador, de tentar descobrir os fatores que levaram à elevação da taxa e apresentar uma solução para minimizar o problema no município. Através do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família surgiu a oportunidade, e através desta pesquisa a autora espera contribuir para a melhoria da atenção primária à saúde no meu município.

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivo Geral

- Analisar a Taxa de internação por AVC no município de Santo Antônio do Retiro, nos anos de 2007 e 2008, na faixa etária de 30 a 59 anos, disponíveis no Sispacto, e realizar uma proposta de intervenção para o enfrentamento do problema no município.

2.2- Objetivos Específicos

- Comparar as taxas de Internação por AVC do município com as do estado de Minas Gerais e do Brasil;
- Esclarecer para os gestores municipais o significado do resultado encontrado;
- Traçar um Plano de Intervenção para orientar a adoção de medidas de prevenção e controle, principalmente entre os pacientes na faixa etária de 30 a 59 anos, que não são considerados grupo de risco para AVC.

3- METODOLOGIA

Este estudo trata de uma análise de dados secundários e proposta de intervenção no tema Acidente Vascular Cerebral e Atenção Primária à Saúde.

Inicialmente realizou-se uma revisão de literatura sobre o tema Acidente Vascular Cerebral salientando os aspectos relacionados à prevenção e aos cuidados prestados na Atenção Primária à Saúde.

Na seqüência apresentou-se o município de Santo Antônio do Retiro – MG e o indicador Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral-AVC, na faixa etária de 30 a 59 anos, referente aos anos de 2007 e 2008 neste município.

Esse indicador consta no Sispecto (Pacto de Indicadores da Atenção Básica, acordado entre os governos federal, estadual e municipal) e busca avaliar de forma indireta as ações básicas de prevenção e controle da doença hipertensiva no município.

O indicador escolhido (Taxa Internação por AVC) é calculado da seguinte forma:

$$\frac{\text{Número de internações por acidente vascular cerebral (AVC) na população de 30 a 59 anos, em determinado local e período}}{\text{População de 30 a 59 anos, no mesmo local e período}} \times 10.000$$

Após ter recebido autorização do secretário municipal de saúde de Santo Antônio do Retiro e o mesmo ter assinado o termo de concordância para a realização do estudo (ANEXO A), utilizou-se a planilha do Sispecto, disponível no endereço eletrônico <http://200.198.43.8> como instrumento de pesquisa. Essa planilha contém os resultados alcançados pelo município de Santo Antônio do Retiro nos anos de 2007 e 2008, que são os mais recentes disponíveis no Sispecto.

A partir da revisão de literatura e da caracterização do problema no município, traçou-se um Plano de Intervenções para orientar a adoção de medidas de prevenção e controle, principalmente entre os pacientes na faixa etária de 30 a 59 anos, nos quais a ocorrência de AVC sinaliza um evento prevenível.

O plano de Intervenções foi entregue ao Secretário Municipal de Saúde de Santo Antônio do Retiro para execução.

4- REVISÃO DE LITERATURA

4.1- Definição e Tipos de Acidente Vascular Cerebral

Pode-se dividir o Acidente Vascular Cerebral (AVC) em dois grupos sistemáticos: “o Acidente Vascular Isquêmico, corresponde a 80% dos AVC’s, que baseia-se na oclusão de um vaso sanguíneo, impossibilitando que o fluxo de sangue alcance uma parte específica do cérebro. Já o Acidente Vascular Hemorrágico, estimado em 20% dos AVC’s, por sua vez, está associado a outros fatores complicadores, entre os quais podemos citar pressão intracraniana e o edema cerebral” (GAGLIARD, 2010).

De acordo com Radanovic (2000), o termo Acidente Vascular Cerebral é usado para designar o déficit neurológico (transitório ou definitivo) em uma área cerebral secundária a lesão vascular, e representa um grupo de doenças com manifestações clínicas semelhantes, mas que possuem etiologias diversas:

- AVC hemorrágico (AVCh) compreende a hemorragia subaracnóide, em geral decorrente da ruptura de aneurismas saculares congênitos localizados nas artérias do polígono de Willis e a hemorragia intraparenquimatosa, cujo mecanismo causal básico é a degeneração hialina de artérias intraparenquimatosas cerebrais, tendo como principal doença associada a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
- AVC isquêmico (AVCi) descreve o déficit neurológico resultante da insuficiência de suprimento sanguíneo cerebral, podendo ser temporário (episódio isquêmico transitório) ou permanente, e tendo como principais fatores de risco a HAS, as cardiopatias e o Diabetes Mellitus.

4.2- Epidemiologia do Acidente Vascular Cerebral no Mundo e no Brasil

4.2.1- Incidência e Morbimortalidade no Mundo e no Brasil

“O Acidente Vascular Cerebral representa a terceira causa de morte em países industrializados e a primeira causa de incapacidade entre adultos” (FALCÃO *et al.*, 2004).

Para Pereira *et al.* (2009), a prevalência mundial na população geral é estimada em 0,5% a 0,7%. Além de elevada mortalidade, a maioria dos sobreviventes apresenta seqüelas, com limitação da atividade física e intelectual além de elevado custo social. Em 1999, o número de mortes por AVC em todo o mundo foi de 5,54 milhões, e 2/3 dessas mortes ocorreram em países menos desenvolvidos. Projeções sugerem que, sem intervenção, o número de mortes por AVC aumentará para 6,3 milhões em 2015 e 7,8 milhões em 2030.

Dados epidemiológicos americanos estimam que a doença cerebrovascular (DCV) seja responsável por pelo menos 50% dos casos neurológicos atendidos num hospital geral (ADAMS e VICTOR, 1997).

Segundo registros dos Indicadores e Dados Básicos de 1997 do Ministério da Saúde, a mortalidade proporcional devida a doenças do aparelho circulatório é de 32,3 %, liderando as causas de óbito no Brasil. Dentro deste grupo, as DCV ocupam o primeiro lugar, sendo responsável por cerca de 1/3 das mortes, ultrapassando a doença isquêmica coronariana (BRASIL,1999).

O Sistema Único de Saúde (SUS) registrou no ano de 2008 cerca de 200 mil internações por AVC, que resultaram em um custo de aproximadamente R\$ 270 milhões para os cofres públicos. Desse total, 33 mil casos evoluíram para óbito (ABRAMCZUK E VILLELA, 2010).

Alfradique *et al.* (2009) diz que em 2006, as internações por condições sensíveis à atenção primária foram responsáveis por 2.794.444 entre as 9.812.103 internações pelo SUS, correspondendo a 28,5% do total de hospitalizações, excluindo-se partos. A taxa de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária foi igual a 149,6 e a taxa de hospitalização por AVC foi 9,7 por 10 mil habitantes.

Para Radanovic (2000), o AVC representa grande ônus em termos sócioeconômicos, pela alta incidência e prevalência de quadros sequelares, como será visto mais adiante.

4.2.2- Fatores Associados ao Acidente Vascular Cerebral

Os fatores relacionados aos AVCs são os mais diversos possíveis. Assim, pode-se apontar o tabagismo, as doenças cardíacas, diabetes, hiperlipidemia, álcool, pílulas anticoncepcionais, distúrbios da coagulação, as doenças inflamatórias e

imunológicas, bem como o uso de drogas. No entanto, o principal fator apontado por especialistas em geral é a Hipertensão Arterial. Desse modo, Gagliard (2010, p.03) considera que:

A hipertensão arterial (HA) é o principal fator de risco modificável para as doenças cerebrovasculares (DCV) principalmente para o AVC. Cerca de 80% dos AVCs estão relacionados à HA, que pode causar todos os diferentes tipos de AVC, como infarto, hemorragia, grandes AVCs ou lacunares e as demências vasculares. A detecção e controle da pressão arterial é um ponto básico e fundamental de qualquer programa de prevenção de AVC, devendo ser esse o maior foco.

Falcão *et al.* (2004) destaca a hipertensão arterial como um dos mais importantes e mais fortes fatores de risco correlacionados ao AVC, como também ressalta que a terapia anti-hipertensiva é capaz de reduzir a morbidade e mortalidade por essa causa.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco preditivo para AVC, pois está presente em cerca de 70% dos casos de DCV. Cardiopatias são consideradas o segundo fator de risco mais importante para AVC, (cuja frequência é 41,9% para AVCi, contra cerca de 2% para AVC hemorrágico). Fibrilação atrial crônica (FA) é a doença cardíaca mais associada com AVC, representando cerca de 22% destes casos. Diabete Melito (DM) é fator de risco independente para a DCV, uma vez que acelera o processo aterosclerótico. Cerca de 23% de pacientes com AVCi são diabéticos (PIRES *et al.*, 2004).

4.2.3- A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Acidente Vascular Cerebral

A Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS configura-se como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Estimativas indicam que sua prevalência está ascendente e seu impacto nas populações será ainda mais danoso nos próximos anos (GAGLIARD, 2010).

Boing e Boing (2007) relatam que a HAS é um dos agravos crônicos mais comuns e com repercussões clínicas mais graves. Estima-se que, em todo o mundo, 7,1 milhões de pessoas morram anualmente por causa de pressão sangüínea elevada e que 4,5% da carga de doença no mundo seja causada pela HAS. Entre as principais complicações da HAS, estão o infarto agudo do miocárdio (IAM), o acidente vascular

cerebral (AVC) e a insuficiência renal crônica (IRC). No Brasil, as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de óbitos já há algumas décadas. Quanto à hipertensão, estudos de base populacional apontam prevalência nas cidades brasileiras variando entre 22% e 44% (adotando-se como critério pressão $\geq 140/90$ mmHg).

De acordo com VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (2009), 25% de adultos de idade maior ou igual a 18 anos referem diagnóstico médico de hipertensão arterial na cidade de Belo Horizonte.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é comumente apontada como o principal fator para as doenças cerebrovasculares e, sobretudo, os Acidentes Vasculares Cerebrais. Assim, segundo GAGLIARD (2010, p.04):

Existe uma relação muito próxima entre DCV e HAS: o cérebro, muitas vezes, é o causador da HAS e ao mesmo tempo a principal vítima dessa doença. O cérebro é, em geral, o órgão que mais precocemente e mais intensamente sofre as conseqüências da HAS. O comprometimento é precoce e progressivo; quanto maior o tempo de exposição à HAS, maior o risco, e quanto maiores os índices da HAS, igualmente maiores serão as complicações. Os estudos de Framingham comprovam esse risco progressivo. Uma constatação bastante interessante e ainda sem explicação adequada é que a HAS normalmente é mais lesiva ao cérebro do que a outros órgãos.

Nesse sentido, mesmo a Hipertensão Arterial mais discreta produz efeitos maléficos ao tecido cerebral. Assim, são diversas as complicações clínicas trazidas pela Hipertensão, entre as quais podemos citar: infarto cerebral, hemorragia cerebral e déficits cognitivos.

O infarto cerebral (AVCi) e as hemorragias cerebrais (AVCh), são situações normalmente dramáticas, com alto índice de sequelas e de óbito. O AVC é a principal causa de sequelas em adultos e de morte, no Brasil 5. As alterações cognitivas são menos mencionadas, comparativamente aos AVCs, porém também são importantes complicações da HA. (GAGLIARD 2010: 06)

A HAS constitui o principal fator de risco modificável para AVCi, com risco relativo de seis vezes de pacientes hipertensos desenvolverem AVCi (PIRES *et al.*, 2004).

O AVC é a principal causa de morte e de sequelas em adultos no Brasil. No entanto, Filho e Martinez (2002) dizem que com relação à redução do risco relativo de

AVC e redução da pressão arterial tem-se que o controle da HAS diminuiu o AVC em cerca de 42%. Gagliard (2010) afirma que quando há uma redução de 2 mmHg, o risco relativo cai 4%; de 3 mmHg, o risco relativo cai 8%; e de 10 mmHg, o risco relativo chega a cair 33%. Trata-se de um benefício eficaz e efetivo até se chegar a níveis de 115 x 75 mmHg.

Em estudo realizado por Falcão *et al.* (2004), o conhecimento de doença pré-existente associada ao AVC, entre as mulheres, foi de quase 73% e entre os homens de menos de 42%, sendo a hipertensão arterial a doença mais referida. Dentre os que conheciam uma doença anterior ao AVC, 50% das mulheres realizaram tratamento contra 20% dos homens. No momento da entrevista, cerca de 30% dos casos não estavam em tratamento médico-medicamentoso e entre os demais foi freqüente a irregularidade do tratamento e a falta de acompanhamento por profissional de saúde.

Neste cenário, a constante análise e o levantamento de informações sobre a HAS são de fundamental importância para planejadores e gestores de saúde (BOING e BOING, 2007).

4.3- Faixa etária acometida

As DCV incidem com maior freqüência na idade avançada, período de vida em que se observam as maiores taxas de óbito e seqüelas. O doente idoso, comparado ao doente jovem, possui algumas características próprias em relação à etiologia e prevenção destas doenças (PIRES *et al.*, 2004).

No Brasil, a distribuição dos óbitos por doenças do aparelho circulatório vem apresentando crescente importância entre adultos jovens, já a partir dos 20 anos, assumindo o patamar de primeira causa de óbito na faixa dos 40 anos e predominando nas faixas etárias subseqüentes. A mortalidade nas capitais e em regiões metropolitanas é maior que a da população da América do Norte, onde vem declinando nos últimos 30 anos (FALCÃO *et al.*, 2004).

Para Zétola *et al.* (2001), os AVC's têm pico de incidência entre a 7ª e 8ª décadas de vida quando se somam com as alterações cardiovasculares e metabólicas relacionadas à idade. Entretanto, o AVC pode ocorrer mais precocemente e ser relacionado a outros fatores de riscos, como os distúrbios da coagulação, as doenças

inflamatórias e imunológicas, bem como ao uso de drogas. Estudos prévios demonstram incidência de 10% em pacientes com idade inferior a 55 anos e de 3,9% em pacientes com idade inferior a 45 anos.

Segundo Falcão *et al.* (2004), ao observar o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), no período de um ano, demonstrou no total de internações de moradores do Recife, em hospitais próprios ou conveniados ao SUS no estado, que as doenças do aparelho circulatório (DAC) ocupam o segundo lugar nas internações hospitalares, excluídas as complicações da gravidez, parto e puerpério e os transtornos mentais. No total das internações por DAC, o peso maior é o da faixa de 20 anos e mais, com, aproximadamente, 37% delas entre 20 a 59 anos, o que, possivelmente, resulta em maiores ou mais graves repercussões, por ser essa fase de intensa atividade sócio-produtiva. Por essa razão e por ser a faixa disponível no Sispecto, essa faixa etária de 30 a 59 anos passa a ser o grupo de interesse deste estudo.

4.4- Diagnóstico do AVC

A avaliação diagnóstica torna-se um elemento primordial, uma vez que tal avaliação possibilita um trabalho clínico mais consistente. Assim, são analisados o conjunto de sinais e sintomas apresentados pelo paciente (critério clínico) como são utilizados métodos específicos como ultrassom de carótidas e vertebrais, ecocardiografia, angiografia e tomografia computadorizada (diagnóstico radiológico) (GAGLIARD, 2010).

Para o mesmo autor, os sintomas podem ser: cefaléia, vertigem, rebaixamento do nível de consciência, alienação visual, disfasia, paresia, convulsão, náusea e vômito, perda da coordenação, tremor, dispnéia, mal-estar epigástrico, agitação psico-motora, disfasia ou liberação esfinteriana.

Em estudo realizado por Radanovic (2000), foi constatado que 19% dos pacientes não realizaram TC de crânio, sendo o diagnóstico atribuído com base apenas em critérios clínicos. Tal fato certamente tem impacto negativo sobre o tratamento do AVC na fase aguda, bem como sobre a possibilidade de orientar adequadamente o

paciente do ponto de vista da profilaxia de novos eventos, dada à dificuldade de se estabelecer qual o tipo e etiologia do AVC sem exame de neuroimagem.

O atendimento adequado ao paciente com AVC ainda constitui um desafio, pelo alto potencial de morbidade e mortalidade associados a este diagnóstico. O cuidado ideal deste paciente é caro, pois demanda a realização de exames subsidiários de alto custo para confirmação do diagnóstico, etiologia e planejamento terapêutico (TC de crânio, arteriografia cerebral, ressonância magnética de encéfalo), pode requerer internação em UTI ou intervenção neurocirúrgica e necessita de equipe de reabilitação desde as fases mais precoces (RADANOVIC, 2000).

4.5-Tratamento do AVC

Várias modalidades terapêuticas têm sido preconizadas, todas objetivando minimizar o grau de lesão neuronal que ocorre após uma oclusão ou sangramento arterial. As intervenções objetivam a otimização do fluxo sanguíneo (farmacológicas e cirúrgicas), melhorar o metabolismo neuronal (drogas neuroprotetoras, uso de agentes anestésicos) e controlar a hipertensão intracraniana. Além disso, um intenso esforço tem sido despendido na tentativa de controlar os fatores de risco e na profilaxia de novos eventos, também através da terapêutica medicamentosa ou intervenção cirúrgica precoce (endarterectomias) nos pacientes de alto risco (RADANOVIC, 2000).

Em nosso meio, constatamos que, mesmo sabendo-se portador de doença hipertensiva e ainda após a primeira hospitalização por AVC, muitos pacientes continuavam sem um controle adequado da hipertensão arterial. Fato que pode determinar a ocorrência de novos episódios de AVC, de aumento do potencial de instalação de incapacidades, além do aumento da letalidade (FALCÃO *et al.*, 2004).

Segundo Gagliard (2010), o AVC pode ser tratado através de 3 estágios: tratamento preventivo, tratamento do acidente vascular cerebral agudo e o tratamento de reabilitação pós-acidente vascular cerebral.

O tratamento preventivo abarca a identificação e o controle dos fatores de risco. Assim, a avaliação e o acompanhamento neurológicos adequados são artifícios do tratamento preventivo. Desse modo, o domínio da hipertensão, da diabete, a interrupção do tabagismo e o uso de determinadas drogas (anticoagulantes) que contribuem para a diminuição da incidência de acidentes vasculares cerebrais também trazem benefícios.

O tratamento agudo do acidente vascular cerebral isquêmico, por sua vez, incide sobre a utilização de terapias antitrombóticas que tentam interromper o acidente vascular cerebral quando ele está acontecendo, mediante a ligeira dissolução do coágulo que está originando a isquemia. Portanto, a possibilidade de recobrimento aumenta quanto mais rápida for a ação terapêutica nestes casos. Em alguns casos selecionados pode ser usada a endarterectomia de carótida. Desse modo, o acidente vascular cerebral em desenvolvimento compõe uma emergência médica, devendo ser tratado rapidamente em ambiente hospitalar.

Por fim, tem-se o último estágio de tratamento do AVC. Dessa maneira, reabilitação pós-acidente vascular cerebral auxilia o indivíduo a suplantar os problemas resultantes dos danos causados pela lesão. Assim, o uso de terapia antitrombótica é importante para evitar recorrências. Além disso, deve-se controlar outras complicações, principalmente em pacientes acamados (pneumonias, tromboembolismo, infecções, úlceras de pele) onde a instituição de fisioterapia e a terapia ocupacional previne e tem papel importante na recuperação funcional do paciente.

De acordo com Falcão *et al.* (2004), o fato de uma pessoa ter conhecimento de ser hipertenso e receber medicação não é o bastante para prevenir suas conseqüências, uma vez que, de acordo com estudo realizado pelos autores, poucos pacientes (apenas 20%) associavam hipertensão e AVC, demonstrando um conhecimento menor que o desejável. O estudo mostra ainda que diagnosticar e tratar o AVC agudo não significa diagnosticar e tratar as incapacidades resultantes, que se o diagnóstico e o tratamento são apenas da doença, a assistência pode não ser suficiente para que o indivíduo volte a interagir normalmente com o seu meio e a incluir-se socialmente.

4.6-Prejuízos/ Danos decorrentes do AVC

O fato de as doenças do aparelho circulatório atingirem pessoas em idade produtiva tem um forte impacto econômico calculado por anos produtivos de vida perdidos, nos custos de hospitalização e de uso de serviços de saúde.

No grupo das doenças cerebrovasculares, considerando tal faixa de idade 20 a 59 anos, o acidente vascular cerebral agudo (AVC) corresponde a pouco mais de 80%

das internações pelo Sistema Único de Saúde no ano investigado. Mas, além da elevada incidência, há também que se considerar as sérias conseqüências médicas e sociais que podem resultar de um AVC, como: as seqüelas de ordem física, de comunicação, funcionais, emocionais, entre outras (FALCÃO *et al.*, 2004).

Para o mesmo autor, essas seqüelas implicam algum grau de dependência, principalmente no primeiro ano após o AVC, com cerca de 30 a 40% dos sobreviventes impedidos de voltarem ao trabalho e requerendo algum tipo de auxílio no desempenho de atividades cotidianas básicas. Além dos óbitos, dos custos hospitalares e previdenciários, a perda de autonomia entre adultos e a sua conseqüente dependência é uma outra forma de expressão da gravidade das incapacidades resultantes do AVC.

Abramczuk e Villela (2010) em estudo concluíram que um paciente com AVC custa para o SUS, em média, R\$ 6 mil, mas esse valor varia de acordo com a gravidade de cada caso. O paciente que recupera completamente o déficit neurológico terá necessidade de um período de internação curto (de 3 a 5 dias), a um custo de aproximadamente R\$ 640. Porém, nos casos em que o paciente fica com sequelas graves, o período de internação pode ser de mais de um mês, gerando um custo de R\$ 32 mil.

Falcão *et al.* (2004) relatam serem comuns, em casos de AVC, a ansiedade, a depressão, os distúrbios do sono e da função sexual, distúrbios motores, sensoriais, cognitivos e de comunicação, e alterações fisiológicas durante atividades físicas (dispnéia, angina, hipertensão), que causam limitações para o retorno ao trabalho produtivo.

No artigo o autor observou que o AVC trouxe modificações na condição de vida da população estudada. Antes do AVC, 83% dos homens e 54% das mulheres encontravam-se trabalhando; após o AVC, apenas 25% dos homens e 4,5% das mulheres mantiveram essa condição. Após o AVC, a fonte de renda principal deixou de ser o trabalho (assalariado, autônomo ou informal) sendo substituída pela aposentadoria e por benefício previdenciário, para quase 50% dos homens e 32% das mulheres.

Aproximadamente, 10% dos homens e 45% das mulheres passaram a ter como fonte de renda as doações ou recursos de familiares (FALCÃO *et al.*, 2004).

Dessa forma, para mesmo autor, o AVC é causa de insatisfação com a vida e de limitações funcionais diversas, pela perda da autonomia decorrente das incapacidades. Além disso, o mesmo acarreta também grandes gastos, tanto para o seu tratamento específico como para a reabilitação, ocasionando um ônus familiar e social elevados.

Os custos indiretos decorrentes do AVC são inestimáveis à sociedade, já que o paciente seqüelado tem dificuldade para retornar à atividade profissional, e muitas vezes necessita de cuidadores, além do impacto social e psicológico decorrentes da reestruturação socioeconômica familiar (NEVES *et al.*, 2002).

4.7- O Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (união, estados e municípios) e representam o compromisso entre os gestores do Sistema Único de Saúde em torno de prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação que impactam nas condições de saúde da população. O Pacto pela Saúde contempla três grandes áreas:

a) **Pacto pela Vida**

b) **Pacto de Gestão do SUS**

c) **Pacto em Defesa do SUS.**

(BRASIL, 2010, disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/>>)

Segundo Schneider (2007):

- O **Pacto pela Vida** tem como foco central o estabelecimento de um conjunto de prioridades sanitárias a serem assumidas pelos gestores das três esferas. As prioridades são apresentadas em forma de metas nacionais, estaduais, regionais e municipais. Elas se originam a partir da realidade específica de cada gestão. São prioridades do Pacto pela Vida:
 1. Saúde do Idoso;
 2. Controle do Câncer do Colo de Útero e da Mama;

3. Redução da Mortalidade Infantil e Materna;
 4. Fortalecimento das Capacidades de Resposta às Doenças Emergentes e Endemias, com Ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária, Influenza, Hepatite e Aids;
 5. Promoção da Saúde;
 6. Fortalecimento da Atenção Básica;
 7. Saúde do Trabalhador;
 8. Saúde Mental;
 9. Fortalecimento da Capacidade de Resposta do Sistema de Saúde às pessoas com Deficiência;
 10. Atenção Integral às pessoas em situação ou Risco de Violência.
- **O Pacto de Gestão do SUS** é a segunda dimensão do Pacto pela Saúde. São Responsabilidades do Pacto de Gestão do SUS:
 1. Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS;
 2. Responsabilidades na Regionalização;
 3. Responsabilidades no Planejamento e Programação;
 4. Responsabilidades na Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;
 5. Responsabilidades da Educação na Saúde;
 6. Responsabilidades na Participação e Controle Social.
 - **O Pacto em Defesa do SUS** tem como objetivo discutir o sistema a partir dos seus princípios fundamentais. Pode-se dizer que se trata de repolitizar o debate em torno do SUS para reafirmar seu significado e sua importância para a cidadania brasileira. Ele é parte do processo democrático do país e tem como primeira finalidade a promoção e efetivação do direito à saúde. Embora esse propósito muitas vezes seja desvirtuado por diferentes interesses, é fundamental que a sociedade compreenda a importância da política pública para a efetivação dos direitos. O Pacto em Defesa do SUS ainda não foi regulamentado, mas suas diretrizes operacionais recomendam:
 - a) Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal;

b) Desenvolver e articular ações no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

O Pacto pela Saúde é composto por 40 indicadores de saúde, sendo 29 indicadores correspondentes ao componente Pacto pela Vida e 11 indicadores ao Pacto de Gestão do SUS. O componente Pacto em Defesa do SUS ainda não foi regulamentado e, portanto, ainda não possui indicadores.

No componente Pacto pela Vida, a prioridade VI-Fortalecimento da Atenção Básica, o Indicador 20 corresponde à Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC), e é o objeto de estudo nesta pesquisa.

4.8- O Sispacto

O Sispacto é um Sistema de Informação do Pacto pela Saúde, um instrumento virtual de pactuação de indicadores que foi criado pelo governo federal, por meio do Ministério da Saúde, como uma estratégia para avaliação dos indicadores de saúde em todo o Brasil. No aspecto operacional, é relevante assinalar que todo o processo de negociação e pactuação das metas adotadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde-SES e Secretarias Municipais de Saúde-SMS deverá ser realizado no aplicativo SISPACTO, mediante acesso ao endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sispacto. (BRASIL, 2009 - PORTARIA Nº 2.669)

Através das informações na base de dados do SISPACTO são emitidos relatórios e indicadores de saúde, por municípios, regiões, estados, de acordo com faixas etárias, tipos de doenças, causas mortes, deficiências e pontos fortes na área de saúde em todos os locais. Essas informações garantem agilidade na transmissão das informações bem como sua credibilidade.

De posse dos indicadores do SISPACTO, gestores de saúde têm então, uma importante ferramenta para planejar ações e estratégias para atender as áreas deficitárias, debelar focos de doenças, dentre outros, ou seja, os gestores tem condições de criarem estruturas para sanar as deficiências e tornar ainda melhor o Sistema de Saúde do Brasil, rumando para a assistência plena e universal a todo cidadão.

4.9-Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral

Está descrito a seguir trecho do Sispecto, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sispecto, que descreve a Prioridade e os Objetivos deste indicador, as Ações e Estratégias que podem contribuir no alcance desta meta, o método de Cálculo e a meta Brasil para os próximos anos (2010 e 2011):

Quadro 1-Documento de Orientações acerca dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão.

Prioridade VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Indicador 20 - Taxa de Internações por acidente vascular cerebral (AVC).

Objetivo: Reduzir a internação hospitalar por acidente vascular cerebral (AVC) no âmbito do SUS.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual, DF e Municipal.

Descrição do indicador: Mede a ocorrência de internações hospitalares por acidente vascular cerebral - AVC na população de 30 a 59 anos. Avalia o impacto das ações de saúde relacionadas às doenças cardiovasculares, especialmente no que se refere ao diagnóstico, promoção do autocuidado e tratamento adequado de casos.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de internações por acidente vascular cerebral (AVC) na população de 30 a 59 anos, em determinado local e período}}{\text{População de 30 a 59 anos, no mesmo local e período}} \times 10.000$$

Registro no SISPACTO: taxa com duas casas decimais (XX,XX / 10.000)

Fonte:

Numerador: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS.

Denominador: Base demográfica do IBGE.

Tabela 1- Meta Brasil para o Indicador Taxa de Internação por AVC

Indicador	Meta Brasil	
	2010	2011
Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral-AVC.	Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC) $\leq 5,2$ por 10.000 habitantes.	Taxa de internações por Acidente vascular cerebral (AVC) $\leq 4,7$ por 10.000 habitantes.

Ações estratégicas que podem contribuir para o alcance das metas:

- Estimular a adesão e utilização dos protocolos de prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica, conforme cadernos de atenção básica nº 14 e 15 - Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Capacitação de quatro mil profissionais, médicos e enfermeiros da rede básica, para as ações de controle de hipertensão e diabetes mellitus, nas cidades com população entre 50 a 100 mil habitantes, por meio de convênio com a Funcor.
- Melhorar o acesso regular a medicamentos definidos nos protocolos de controle de hipertensão e diabetes, conforme Portaria GM nº 3.237/2007.
- Monitorar o cadastramento no Sis-Hiperdia, de todos os portadores de Hipertensão como forma de garantir a melhoria da informação.

Recomendações, observações e informações adicionais:

Nessa faixa etária, de 30 a 59 anos, o AVC se configura como agravo de aparecimento precoce e pode ser sensível à intervenções preventivas pela Atenção Básica/Saúde da Família, como a política de medicamentos, de promoção da saúde e de atenção ao portador de hipertensão e diabetes.

Fonte: Disponível em <http://www.saude.gov.br/sispacto>, acesso em 05 de julho de 2010, às 09h38min.

Em concordância com o Sispacto, Alfradique *et al.* (2009) diz que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Esse excesso de hospitalizações representa um sinal de alerta, que pode acionar

mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência. Vários estudos demonstram que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde.

Para Boing e Boing (2007), esses indicadores buscam avaliar de forma indireta as ações básicas de prevenção e controle da doença hipertensiva. Visando amenizar, Alfradique *et al.* (2009) reforça que altas taxas não são obrigatoriamente indicativas de necessidade de mudanças imediatas, mas sim um sinal de alerta para uma investigação de maior profundidade nos diferentes locais e que a institucionalização do uso de indicadores como as internações por condições sensíveis à atenção primária faz parte de uma estratégia para aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde por autoridades nacionais, estaduais e locais.

4.10- Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família

O Brasil tem experimentado grandes mudanças na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família, foi implantado no Brasil em 1994, sendo concebido para ser porta de entrada do sistema de saúde e desenvolver a atenção básica de forma integral e resolutiva, proporcionando além de extensão de cobertura e ampliação do acesso, a substituição das práticas tradicionais, contribuindo para a reestruturação do sistema de saúde. Nos primeiros anos da implantação do Programa a adesão foi maior em municípios de menor porte, sobretudo no Nordeste Brasileiro, onde a carência de serviços de assistência à saúde era mais acentuada. A ampliação da cobertura nos municípios acima de 100 mil habitantes só ocorreu nos primeiros anos do século XXI, em parte decorrente da ênfase dada pelo Ministério da Saúde ao Projeto de Expansão do Saúde da Família (PROESF) (CAVALCANTE *et al.*, 2006).

Seguindo a mesma linha, Alfradique *et al.* (2009) diz que a Estratégia Saúde da Família (ESF), foi desenvolvida com a finalidade de melhorar o acesso à atenção primária e a qualidade desta em todo o país. Seu caráter estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. A estratégia busca maior racionalidade na

utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos no que se refere à avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde, à oferta de ações de saúde e ao acesso e uso de serviços e à redução da mortalidade infantil.

Na atualidade, as ações primárias estão bem representadas pela ESF, que presta assistência a toda a população visando ao controle e à prevenção de doenças. 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 da população, culminando com um envelhecimento saudável (PIRES *et al.*, 2009).

De acordo com Alfradique *et al.* (2009):

- A efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações. As atividades, como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas, devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas.
- As hospitalizações por essas causas evitáveis deveriam ser essencialmente eliminadas na presença de uma atenção primária à saúde de qualidade.
- Por outro lado, no caso das doenças crônicas que levam à ampla utilização dos serviços de saúde, os agravamentos podem ocorrer, mas são mais frequentes quando não há acompanhamento regular pela atenção primária à saúde. Nos casos de doenças crônicas em estágios mais avançados, as internações por condições sensíveis à atenção primária podem indicar barreiras de acesso à atenção primária ou a outros serviços de saúde, ou ainda falta de manejo adequado para prevenir o agravamento da enfermidade e a hospitalização. Nessas situações, o papel da atenção primária à saúde é reduzir as internações por complicações agudas da doença, as readmissões e o tempo de permanência no hospital.

- Através do modelo proposto por Caminal-Homar & Casanova-Matutano, com adaptações para as condições brasileiras, assume-se que, para algumas condições de saúde, a atenção primária oportuna e de boa qualidade pode evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência. Isso significa que o cuidado deve ser resolutivo e abrangente, de forma que a referência se dará somente naqueles casos raros e incomuns que extrapolarem sua competência, sendo responsabilidade da atenção primária a coordenação do cuidado daqueles que utilizarem serviços em outros níveis de atenção, tornando-os integrados. Igualmente, considera-se que, sendo de qualidade, a atenção primária à saúde reduza as hospitalizações por complicações agudas de doenças não transmissíveis (o indivíduo é atendido por serviços de atenção primária e tem o seu problema de saúde resolvido). Em um sistema de saúde cuja porta de entrada é a atenção primária resolutiva, oportuna e de boa qualidade, espera-se que a seqüência A predomine, uma vez que existem estudos mostrando que esse nível de assistência é capaz de resolver até 80% dos problemas de saúde. As internações por condições sensíveis à atenção primária podem ser usadas para comparar o desempenho de diferentes serviços de saúde, para avaliar os efeitos de políticas de saúde e como parte da avaliação da resolutividade, qualidade e acessibilidade da atenção primária à saúde. Também pode fazer parte de investigações sobre iniquidades de acesso entre as regiões, comunidades e grupos populacionais.
- Existem várias características que podem determinar o uso inadequado dos serviços de saúde, como características sócio-demográficas da população, padrões de utilização dos serviços, atitudes em face do tratamento, variações na prevalência de doenças na população, inexistência de rede de proteção social, barreiras de acesso, dotação de recursos insuficiente, incapacidade organizativa para gerenciar processos, manejo clínico inadequado, facilidade de acesso à atenção especializada e hospitalar e baixa ou nula coordenação do primeiro nível assistencial.

5- DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

5.1. Caracterização do Município Santo Antônio do Retiro

No dia 21 de Dezembro de 1995, através da Lei Estadual 12.030 de 21/12/95, Santo Antônio do Retiro deixou de ser o distrito do município de Rio Pardo de Minas e se tornou um município independente.

O município possui 7.087 habitantes (IBGE 2009), destes 1.608 estão na zona urbana e 5.479 na zona rural. Está localizado no norte de Minas Gerais, a 738 km de Belo Horizonte, seu território limita-se com cinco municípios.

Figura 1- Mapa de Minas Gerais e Localização do município de Santo Antônio do Retiro.



Fonte: IGA (Instituto de Geociência Aplicada) em 10/05/2009

O município vive basicamente da agricultura familiar, predominando o plantio de feijão, milho, arroz, café, hortaliças, mandioca e cana-de-açúcar. Os dois últimos são utilizados na produção de goma, farinha, aguardente e rapadura, que são processados artesanalmente nas propriedades rurais e comercializadas no município e cidades circunvizinha. Na pecuária, existem pequenos criadores de bovinos, suínos e frangos. Fazem parte da economia também os pequenos comércios, a produção de carvão vegetal, o funcionalismo público, os aposentados e os programas sociais do governo. A grande parte das famílias é carente e necessita de projetos de geração de renda.

Na área da saúde, o município integra a microrregião de Salinas/Taiobeiras, oferece apenas a Atenção Primária à Saúde sendo que os casos de Média Complexidade

são encaminhados para a sede da microrregião (Taiobeiras), e os casos de Alta complexidade são encaminhados para a sede da macrorregião, Montes Claros. No ano de 1999, foi implantada a Estratégia de Saúde da Família para reorganizar a Atenção Básica e conta hoje com 03 Equipes de Saúde da Família, cobrindo 100% da população.

5.2. Análise do indicador sobre AVC do Sispecto em Santo Antônio do Retiro

Segundo as informações colhidas no SISPECTO e documentos relacionados, foi construída a tabela comparativa com os dados abaixo. (Tabela 2)

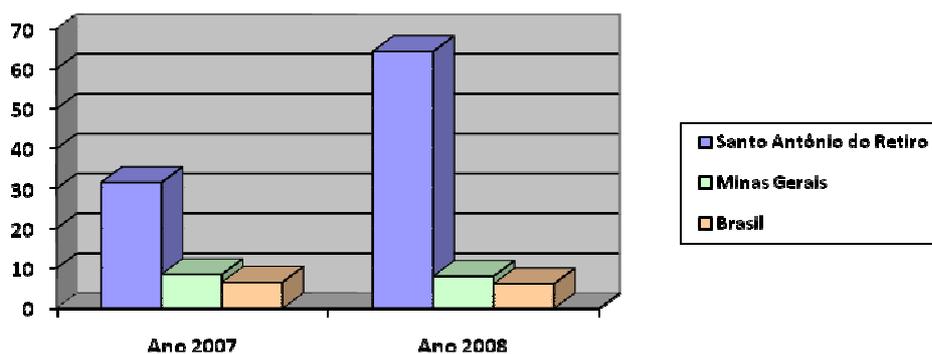
Tabela 2-Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral de Moradores de Santo Antônio do Retiro, Minas Gerais e Brasil nos anos 2007 e 2008.

Ano	Santo Antônio do Retiro	Minas Gerais	Brasil
2007	31,61 *	8,6 **	6,6 **
2008	64,45 *	8,1 **	6,2 **

*: Dados disponíveis em: <http://200.198.43.8>

** : Dados disponíveis em: www.saude.gov.br/sispecto - Documento de Orientações acerca dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, Dezembro de 2009.

Gráfico 1- Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral de Moradores de Santo Antônio do Retiro, Minas Gerais e Brasil nos anos 2007 e 2008.



Os dados referentes à Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral demonstram que o município de Santo Antônio do Retiro vem apresentando um elevado número de casos.

Em 2007, o município apresentou uma taxa de 31,61, que corresponde a aproximadamente 7 casos. O dado é obtido pelo seguinte cálculo:

Taxa Internação por AVC = $6,31 / 1998 \times 10.000 = 31,58$ (aproximadamente 31,61)

Já em 2008 o resultado foi ainda pior, correspondendo a aproximadamente 13 casos, veja abaixo:

Taxa Internação por AVC: $=12,67 / 1967 \times 10.000 = 64,41$ (aproximadamente 64,45)

Comparando-se com as taxas no estado de Minas Gerais (8,6 e 8,1) e no Brasil (6,6 e 6,2) nos anos correspondentes, percebe-se que o município de Santo Antônio do Retiro, com taxas de 31,61 e 64,45, vem apresentando um elevado número de internações por AVC.

Alfradique *et al.* (2009) diz que em um sistema de saúde cuja porta de entrada é a atenção primária resolutive, oportuna e de boa qualidade, espera-se que 80% dos problemas de saúde sejam resolvidos. Boing e Boing (2007) relatam que as taxas de internação por AVC são indicativos indiretos de diagnóstico precoce, tratamento e/ou educação em saúde, englobando o controle e a prevenção da hipertensão. Menores taxas refletem o impacto positivo destas ações nos municípios. Esse indicador busca avaliar de forma indireta as ações básicas de prevenção e controle da doença hipertensiva.

A alta taxa de internação por AVC apresentada pelo município representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência. Como profissional de saúde que atua há mais de 4 anos no município, a autora percebe que vários fatores contribuem para o desenvolvimento da doença hipertensiva e, conseqüentemente do AVC: hábitos alimentares não-saudáveis (alto consumo de sal, sanduíches, salgadinhos, refrigerantes) já iniciados pelos escolares no horário da merenda, não realização de atividades físicas regulares (ausência de local adequado para realização de caminhadas, pouco incentivo), baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo como prescrito pelo médico, o sistema Hiperdia não usado pelos profissionais de saúde, grupos operativos de Hipertensão e Diabetes com pouca participação, instabilidade profissional (grande parte dos profissionais são contratados)

e a falta de um rastreamento sistemático de pacientes assintomáticos, especialmente na faixa etária de 30 a 59 anos.

Nessa faixa etária, de 30 a 59 anos, o AVC se configura como agravo de aparecimento precoce e pode ser sensível à intervenções preventivas pela Atenção Básica/Saúde da Família, como a política de medicamentos, de promoção da saúde e de atenção ao portador de hipertensão e diabetes (BRASIL, 2009).

Para Pires *et al.*(2004), as Doenças Cerebrovasculares incidem com maior frequência na idade avançada, período de vida em que se observam as maiores taxas de óbito e seqüelas. Porém, em estudo realizado por Falcão *et al.* (2004), no grupo das doenças cerebrovasculares, considerando a faixa etária de 20 a 59 anos, o acidente vascular cerebral agudo (AVC) corresponde a pouco mais de 80% das internações pelo Sistema Único de Saúde no ano de 2004. Mas, além da elevada incidência, há também que se considerar as sérias conseqüências médicas e sociais que podem resultar de um AVC, como: as seqüelas de ordem social, física, de comunicação, funcionais, emocionais, entre outras.

Alfradique *et al.* (2009) reforça ainda que altas taxas de internação não são obrigatoriamente indicativas de necessidade de mudanças imediatas no funcionamento da APS, mas sim um sinal de alerta para uma investigação de maior profundidade, e que o uso de indicadores como as internações por condições sensíveis à atenção primária são úteis para avaliar os efeitos de políticas de saúde, da resolutividade, qualidade e acessibilidade à atenção primária à saúde. Essa utilização de indicadores de internação hospitalar para avaliar a qualidade da APS fazem parte de uma estratégia para aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde por autoridades nacionais, estaduais e locais.

A interpretação de dados de origem secundária, como os oriundos dos Sistemas de Informações em Saúde nacionais, sempre requer análise crítica e cautela. Ainda que não tenha a excelência total nos dados oficiais, o Brasil tem avançado sensivelmente na qualificação destes. Além disso, a utilização e análise desses dados é passo importante e fundamental para a sua melhoria, permitindo que gestores tenham em mãos ferramentas mais adequadas para subsidiar decisões e o meio científico para avaliar políticas de prevenção e controle dos agravos em saúde. (Boing e Boing, 2007)

Baseado nos principais fatores causais da elevada taxa de internação por AVC no município, foi elaborado um Plano de Intervenções visando reduzir esta taxa para os próximos anos.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Tema: Taxa de internação por AVC no município de Santo Antônio do Retiro

Problema: Taxa elevada de Internação por AVC no município de Santo Antônio do Retiro

Descrição do Problema:

O município de Santo Antônio do Retiro vem apresentando na sua série histórica do Sispecto, uma elevada taxa de internação por AVC, na faixa etária de 30 a 59 anos:

31,61 no ano de 2007 e 64,45 no ano de 2008. Esses dados estão bem elevados se comparados ao estado de Minas Gerais (8,6 e 8,1) e ao Brasil (6,6 e 6,2) nos anos respectivos. Sendo que o Brasil traçou como meta as taxas de $\leq 5,2$ (para o ano de 2010) e $\leq 4,7$ (para o ano de 2011).

Objetivo:

- Orientar a adoção de medidas de prevenção e controle, principalmente entre os pacientes na faixa etária de 30 a 59 anos, que não são considerados grupo de risco para AVC no município de Santo Antônio do Retiro.

Quadro 2- Plano de Ação para reduzir a Taxa de internação por AVC em Santo Antônio do Retiro.

Nó crítico*	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Medidas Estratégicas	Recursos necessários	Responsável	Prazo
1-Hábitos Alimentares não-saudáveis	Alimentar-se com saúde Modificar hábitos alimentares da população	População mais informada e com hábitos alimentares saudáveis	- Campanhas educativas; - Programa “Merenda saudável” nas escolas; - Programa Cultivo de Hortaliças.	- Organizacional (Tempo)= para organizar as campanhas educativas; - Cognitivo= Informação sobre o tema e estratégias de comunicação; - Político= Articulação	- Farley Eleandro Costa (Secretário Municipal de Saúde)	- Apresentar proposta em 2 meses; - Liberação de recursos financeiros em 3 meses;

				intersetorial com a rede de ensino e com a Emater. - Financeiro= Para aquisição de folhetos educativos		- Início das atividades em 4 meses.
2-Não realização de atividades físicas regulares	Exercitar para viver melhor Estimular e instruir a prática orientada de atividade física	População praticando atividade física regularmente	- Campanhas educativas; - Programa de caminhada orientada, coordenada por um fisioterapeuta; - Espaço físico adequado para a prática de atividade física coletiva (avenida para caminhadas, e praça para alongamentos e outros).	- Organizacional (Tempo)= para organizar as caminhadas; - Cognitivo= Informação sobre o tema, estratégias de comunicação e elaboração de projeto de adequação - Político= Trabalho multiprofissional com a Fisioterapia; Decisão do prefeito municipal em liberar recursos para construção do espaço físico. - Financeiro= Para construção do espaço físico.	- Fernanda de Moura Mesquita (Fisioterapeuta)	- Apresentar um projeto em 2 meses; - Início das atividades em 4 meses.
3-Baixa adesão ao Tratamento	Não se esqueça de tomar o remédio! Instruir a população a usar adequadamente os medicamentos, principalmente pessoas	Portadores de Hipertensão tomando a medicação conforme prescrito diariamente; Medicamentos disponíveis na Farmácia Básica regularmente de	- Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde; - Reposição da medicação anti-hipertensiva quando ausente na Farmácia Básica, para que não falte medicamento; - Prescrição legível	- Organizacional (tempo)= para organizar a capacitação; - Cognitivo= Informação sobre o tema para capacitar os ACS; Estratégias para reorganizar a distribuição dos medicamentos e monitoramento das tomadas. - Político= Decisão do	- Paula Adriana de Freitas (Farmacêutica)	- Apresentar projeto em 2 meses; - Liberação de recursos financeiros em 4 meses; - Início das atividades em 5 meses.

	analfabetas.	acordo com os protocolos de controle de hipertensão e diabetes, conforme Portaria GM nº 3.237/2007.	por parte dos médicos.	prefeito municipal em liberar recursos para aquisição de medicamentos extra-Farmácia Básica. - Financeiro= Para reposição de medicação anti-hipertensiva; para capacitação dos ACS (lanche e material didático)		
4-Portadores de Hipertensão não cadastrados no HiperDia	HiperDia 100% Cadastrar 100% da população Hipertensa e Diabética do município.	Monitorar o cadastramento no Sis-HiperDia, de todos os portadores de Hipertensão como forma de garantir a melhoria da informação.	- Cadastrar os Hipertensos e Diabéticos nos Grupos Operativos; - Realizar busca ativa dos portadores que não frequentarem os grupos.	- Organizacional (tempo)= para realizar o cadastro	- Renata Elisane Borborema (Enfermeira referência HiperDia no município)	- 1 mês para o início do cadastramento
5-Grupo Operativo de Hipertensão e Diabetes com pouca participação	Saber + Aumentar a frequência nos Grupos Operativos e divulgar a importância da troca de experiências que acontece no	Portadores de Hipertensão participando dos Grupos Operativos e se envolvendo com os assuntos discutidos e com as dinâmicas apresentadas.	- Cada ESF agendar e divulgar os Grupos Operativos; - Distribuir brindes/lanches para estimular a participação; - Presentear o participante 100% de presença no final do ano.	- Organizacional (tempo)= para planejar e organizar as reuniões; - Cognitivo= Informação sobre o tema; - Financeiro= Para comprar brindes e lanche; para custear material recreativo utilizado em dinâmicas etc.	- Daniela Silva Neves (Enfermeira e coordenadora do projeto)	- Apresentar o proposta em 1 mês; - Liberar os recursos em 2 meses; - Início em 5 meses.

	mesmo.					
6-Falta de rastreamento sistemático dos pacientes assintomáticos (especialmente a população de 30 a 59 anos)	Prevenir é o melhor Remédio! Identificar níveis pressóricos elevados em pessoas assintomáticas/não diagnosticadas ainda como hipertensas.	Realizar Campanhas de rastreamento a cada semestre através de aferições da PA.	- Capacitar a ESF; - estudar as datas de maior movimento na cidade para realizar o evento; - Encaminhar as pessoas com níveis pressóricos elevados para a ESF de referência para dar continuidade às aferições e posterior diagnóstico/acompanhamento.	- Organizacional (tempo)= para planejar e organizar as campanhas; - Cognitivo= Informação sobre o tema; - Financeiro= Para custear a Capacitação (materiais didáticos e lanche) e as Campanhas de Rastreamento (materiais didáticos, aparelhos de PA, lanche)	- Daniela Silva Neves (Enfermeira e coordenadora do projeto)	- Apresentar projeto de rastreamento sistemático em 3 meses; - Liberar recursos em 4 meses; - Iniciar rastreamento sistemático em 6 meses.
7- Inutilização dos protocolos de prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica.	Cuidar Melhor Utilização dos Protocolos pelos profissionais para direcionar/ padronizar o atendimento	Médicos e enfermeiros utilizando os protocolos no atendimento aos pacientes hipertensos.	- Capacitar os profissionais médicos e enfermeiros para utilizarem os protocolos. - Estimular a adesão e utilização dos protocolos de prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica,	- Organizacional (tempo)= para planejar e organizar a capacitação; - Cognitivo= Informação sobre o tema; - Político= demanda muito grande de pacientes p/ atendimento, afogando a disponibilidade dos profissionais, necessitando de revisão da situação. - Financeiro= Para custear a Capacitação (materiais didáticos e lanche);	- Farley Eleandro Costa (Secretário municipal de Saúde)	- Solicitar protocolos à GRS suficientes para os profissionais em 1 mês; - Planejar Capacitação em 2 meses; - Iniciar a utilização dos protocolos em 3 meses.

			conforme cadernos de atenção básica nº 14 e 15 - Hipertensão Arterial Sistêmica.			
8- Alta rotatividade dos Profissionais	Estabilidade profissional Diminuir a insegurança dos profissionais, principalmente dos enfermeiros, que são os mais cobrados pela prevenção e promoção da saúde.	Profissionais recontratados ou efetivos, trabalhando com maior estabilidade, aumentando o vínculo com a população adscrita.	- Priorizar a recontração dos profissionais que já trabalham no município; - Realizar concurso Público afim de efetivar os profissionais.	- Organizacional (tempo)= para organizar o Concurso Público; - Cognitivo= Compreender os prejuízos da rotatividade de profissionais para o município e da insatisfação do trabalhador diante da instabilidade do emprego; Estratégias para organizar o Concurso Público. - Político= Decisão do prefeito municipal em manter os profissionais que já estão trabalhando no município e para realizar o Concurso Público. - Financeiro= Para realização do Concurso Público	Farley Eleandro Costa (Secretário Municipal de Saúde)	- Apresentar proposta em 4 meses; - Liberação de recursos financeiros em 6 meses; - Início das atividades em 8 meses.

**Nó Crítico* são as possíveis causas que impactam no *Problema* “Taxa elevada de Internação por AVC no município de Santo Antônio do Retiro”, para as quais são traçadas as propostas de intervenção.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do presente estudo foi possível analisar a Taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral de Santo Antônio do Retiro e compreender que este indicador do Sispacto pode representar a qualidade da Atenção Primária à Saúde prestada pelo município. Foi possível compreender também que nessa faixa etária, de 30 a 59 anos, o AVC se configura como agravo de aparecimento precoce e pode ser sensível à intervenções preventivas pela estratégia Saúde da Família e ainda que uma elevada taxa de internação por AVC, como foi a apresentada por Santo Antônio do Retiro está associada à deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária de forma que necessita de uma estratégia de intervenção.

Concluiu-se que diante dos danos e prejuízos de ordem física, psíquica e social causados pelo AVC que a melhor justificativa de gastos deveria ser direcionado para campanhas e mutirões de detecção precoce de doenças hipertensivas. Esta ação provavelmente reduziria a incidência de AVC nesta faixa etária. Outros estudos deveriam ser realizados visando conhecer o impacto sócio-econômico que esta população causa em uma sociedade em desenvolvimento e suas implicações.

Programas de avaliação da Atenção Primária quanto ao cuidado com os pacientes hipertensos e também entre aqueles sem o agravo, garantindo-se uma assistência farmacêutica de qualidade aos que necessitem de medicamentos, o acesso regular ao serviço de saúde e às informações, além de ações inter-setoriais que permitam às pessoas exercitarem as opções saudáveis de vida, são fundamentais. A redução da obesidade, cessação do tabagismo e o estímulo à prática regular de exercícios físicos são metas que devem constar na pauta de ações para o controle da hipertensão. O Brasil já estabeleceu suas metas para este indicador para os anos de 2010 e 2011, sendo, respectivamente taxas menores que 5,2 e menores que 4,7 por 10.000 habitantes. Se nossa taxa não reduzir, implicará no não cumprimento da meta nacional.

É neste contexto que se enquadra a Estratégia Saúde da Família que, levada com seriedade, poderá influenciar na diminuição do impacto do AVC e determinar uma melhor qualidade de vida para a população.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para melhorar a qualidade e acesso à Atenção Primária à Saúde no município de Santo Antônio do

Retiro e que sirva como mais uma referência para outros municípios, considerando a adaptação do uso deste indicador de grande potencialidade na construção de sistemas de saúde baseados na atenção primária.

REFERÊNCIAS

ABRAMCZUK, Beatriz; VILLELA, Edlaine. *A luta contra o AVC no Brasil*. Revista Eletrônica de Jornalismo Científico: Com Ciência. Disponível em <http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=47&id=582>, acesso em 15 de outubro de 2010 às 15h.

ADAMS, R.D.; VICTOR, M.A.H. **Cerebrovascular diseases**. In: Adams RD, Victor M, Ropper AH (eds) Principles of neurology. 6Ed. New York: McGraw-Hill, 1997: 777-873.

ALFRADIQUE, M.E. *et al.* *Interações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde* (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, p.1337-1349, jun, 2009.

BOING, A.C., BOING, A.F. *Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde*. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.14, nº2, Florianópolis, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2010. Disponível em < <http://200.198.43.8> acesso em 05 de Julho de 2010, às 11h.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade**. DATASUS – TABNET. Indicadores e Dados Básicos, 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.com.br>>, acesso em 06 de julho de 2010, às 18h12min.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Orientações acerca dos indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão para o biênio 2010 – 2011**. Brasília, Dezembro de 2009. Pag 62-64. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sispacto>>, acesso em 05 de julho de 2010, às 09h38min.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011*. **Portaria nº 2.669 de 3 de Novembro de 2009**. Disponível em <www.saude.gov.br/sispacto>, acesso em 14 de Julho de 2010, às 10h.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2010. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/>>, acesso em 20 de Agosto de 2010, às 15h23min.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 116 p.

CAVALCANTE, M.G.S. *et al.* *Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro*. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v.6, p.437-445, out/dez., 2006.

CHOPRA, M. *et al.*, **A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition**. **Bulletin of the World Health Organization**, 2002.

ELIAS, E., MAGAJESWSKI, F. *A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004*. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.11, n°4, São Paulo, dez. 2008.

FALCÃO, I.V. *et al.* *Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde*. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v.4, n°1, Recife jan/mar 2004.

FILHO, R.D.S., MARTINEZ, T.L.R. *Fatores de Risco para Doença Cardiovascular: Velhos e Novos Fatores de Risco, Velhos Problemas*. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, v.46, n°3, junho, 2002.

GOMES, M.M. *Doenças do cérebro: prioridade de política de saúde pública no Brasil?* **Revista Brasileira de Neurologia**, v.28, p.11-16, 1992.

GAGLIARD, Rubens José. *Hipertensão arterial e AVC*. **Revista Brasileira de Jornalismo Científico**, São Paulo, 2010

IBGE, Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Disponível em www.ibge.gov.br, acesso em 27 de Julho de 2010, às 15h34min.

IGA, Instituto de Geociências Aplicadas. **Localização das sedes municipais de Minas Gerais**. Disponível em www.iga.br, acesso em 10 de maio de 2009, às 18h.

NEVES, A.C. *et al.* *Custos do Paciente com Acidente Vascular Cerebral no Setor de Emergência do Hospital São Paulo*. **Revista de Neurociência**, v. 10, São Paulo, 2002.

PEREIRA, A.B.C.N.G. *et al.* *Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família*. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, nº9, Rio de Janeiro, set. 2009.

PIRES, S.L. *et al.* *Estudo das Frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos*. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v.62, p. 844-851, São Paulo, 2004.

RADANOVIC, Márcia. *Características do Atendimento de pacientes com Acidente Vascular Cerebral em Hospital Secundário*. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v.58, p. 99-106, 2000.

SCHNEIDER, A. *et al.* **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?** Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP e Fórum Sul da Saúde. Passo Fundo, 2007.

SCHRAMM, J.M.A. *et al.* *Transição epidemiológica de carga de doença no Brasil*. **Arquivo de Ciências e Saúde Coletiva**, v.9, nº 4, Rio de Janeiro, out/dez 2004.

TOSCANO, C.M. *As Campanhas Nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial*. **Arquivo de Ciências e Saúde Coletiva**, v.9, nº 4, Rio de Janeiro, out/dez 2004.

YAMASHITA, L.F. *Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico já é atendido com mais rapidez no Hospital São Paulo*. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v.78, São Paulo, 2004.

ZÉTOLA, V.H.F. *et al.* *Acidente Vascular Cerebral em Pacientes Jovens*. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v.59, nº 3, São Paulo, Setembro 2001.

ANEXO A – Termo de Concordância autorizando a realização da pesquisa.**TERMO DE CONCORDÂNCIA**

Eu, FARLEY ELEANDRO COSTA, Secretário Municipal de Saúde de Santo Antônio do Retiro, autorizo a realização da pesquisa Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral-AVC do município, através da análise do indicador do Sispacto: Taxa de Internação por AVC a ser efetuada pela servidora municipal Daniela Silva Neves, enfermeira da Estratégia Saúde da Família, inscrita no CPF= 057.431.036-31 e RG= MG: 12.106.743.

O Objetivo central deste estudo consiste em Analisar a Taxa de internação por AVC no município de Santo Antônio do Retiro, nos anos de 2007 e 2008, na faixa etária de 30 a 59 anos, disponíveis no Sispacto, e realizar uma proposta de intervenção para o enfrentamento do problema no município.

Atenciosamente,

Secretário Municipal de Saúde de Santo Antônio do Retiro

Santo Antônio do Retiro, 10 de Agosto de 2010.