

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FERNANDA FORMIGA FLÁVIO

AS PRINCIPAIS DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM HOMENS DO BRASIL E
NORDESTE BRASILEIRO: INTERNAÇÕES E ÓBITOS

CAJAZEIRAS-PB

2014

Fernanda Formiga Flávio

AS PRINCIPAIS DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM HOMENS DO BRASIL E
NORDESTE BRASILEIRO: INTERNAÇÕES E ÓBITOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Me. Rosimery Cruz Oliveira Dantas.

CAJAZEIRAS-PB

2014

Fernanda Formiga Flávio

AS PRINCIPAIS DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM HOMENS DO BRASIL E
NORDESTE BRASILEIRO: INTERNAÇÕES E ÓBITOS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Graduação de Graduação de
Enfermagem da Universidade Federal de
Campina Grande, como requisito parcial à
obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof^a. Me. Rosimery Cruz Oliveira Dantas
(Orientadora - UFCG)

Prof^a. Me. Álissan Karine Lima Martins
(Membro - UFCG)

Prof^o. Dr^a. Anubes Pereira de Castro
(Membro - UFCG)

Dedico

*Aos meus pais Aécio e Desterro que são
fonte maior da minha motivação, razão
maior do meu ser e da minha vida.
Valeu a pena passar por tudo que passei
e por todos os obstáculos vencidos, se
cheguei até aqui foi graças a vocês e por
vocês.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS, que me guiou no transpor dos obstáculos, me iluminando e dando força.

Aos meus pais Aécio e Desterro pelo amor, força, apoio, incentivo e por tudo que fazem por mim. Este sonho realizado hoje, também tem parte de vocês, meu eterno agradecimento e amor.

À minha irmã Amanda por todo amor, força e apoio nas horas precisas.

Ao meu namorado Ravick Rolim por todo amor, compreensão e paciência ao longo do curso. Sempre me acolhendo nos momentos de aflição. Obrigada por contribuir para a realização deste meu sonho, a você o meu eterno agradecimento.

Aos anjos colocados por DEUS em minha vida, Geraldo e Fátima, por toda ajuda, apoio e carinho.

Ao meu tio Mazinho por todo carinho e incentivo, e por sempre acreditar no meu potencial.

Ao meu avô Assis e a minha avó Cândida pela atenção e apoio.

Às minhas amigas Tamirys e Dayanne por sempre se fazerem presentes na minha vida, pelo carinho, apoio e pelos momentos de descontração.

À minha orientadora, a professora Me. Rosimery Cruz Oliveira Dantas, que muito ajudou para meu aprimoramento intelectual, pela amizade, pelo apoio, pela sua competência e dedicação para a realização desta pesquisa.

A todos os professores da Graduação de Enfermagem que contribuíram para a definição do meu papel como enfermeira.

*A todos que não foram citados, mas que; de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização deste sonho. **A todos, muito obrigada!***

RESUMO

FLÁVIO, Fernanda Formiga. **As principais doenças cardiovasculares em homens do Brasil e Nordeste Brasileiro: Internações e Óbitos**. Trabalho de conclusão de curso de Bacharelado em Enfermagem. 40 Páginas. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2014.

As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte e internações hospitalares na modernidade. Dentre estas a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais frequente. Sendo uma condição multifatorial é considerada um fator de risco para eventos como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC). Objetivou-se investigar a ocorrência de internações e óbitos hospitalares das principais DCV na Região Nordeste e no Brasil, no período de 2006 a 2012. É um estudo exploratório de cunho epidemiológico, de abordagem quantitativa, com análise descritiva. Dados coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde- DATASUS/ Sistema de Internação Hospitalar, internação e óbito por HAS, IAM e AVC e as variáveis: sexo e faixa etária. Os resultados apontam o IAM como principal causa de internações e óbitos no Brasil. A HAS assume a segunda posição em internações e o AVC em óbitos, com ênfase no grupo etário de 20-29 anos. No nordeste brasileiro a HAS apareceu como primeira causa de internações. Os três agravos foram mais incidentes na faixa etária de 50-59 anos, com pequenas oscilações nos demais grupos etários. Conclui-se que o sistema básico de saúde vem enfrentando dificuldades nos três níveis de atenção, principalmente na Região Nordeste, por parte de sua população residir em zona rural ou em pequenos municípios que não dispõem de unidade de suporte à vida rápido e adequado, onde faltam insumos e profissional capacitado para ação imediata diante de um caso de IAM e AVC. Enfatiza-se a necessidade do controle dos fatores de risco da HAS com ações da Atenção Primária à Saúde voltadas, principalmente, para o grupo masculino, ainda muito distantes dos serviços.

Palavras-Chave: Doenças Cardiovasculares, Saúde do homem, Internações e óbitos.

ABSTRACT

FLÁVIO, Fernanda Formiga **The main cardiovascular disease in men in Brazil and Northeast Brazil: Hospitalizations and Deaths**. Work completion for Bachelor of Nursing. 40 pages. Federal University of Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2014.

Cardiovascular diseases (CVD) are the leading causes of death and hospitalization in modernity. Among these systemic hypertension (SH) is the most frequent. Being a multifactorial condition is considered a risk factor for events such as acute myocardial infarction (AMI) and stroke (CVA). This study aimed to investigate the occurrence of hospital admissions and deaths of major CVDs in the Northeast and in Brazil, in the period 2006-2012. Is An exploratory study of epidemiological studies, quantitative, descriptive analysis. Data collected from the Department of the Health System-Datasus / Hospitalization System, hospitalization and death from hypertension, myocardial infarction and stroke, and variables such as gender and age. The results indicate AMI as the main cause of hospitalizations and deaths in Brazil. SAH takes second in stroke hospitalizations and deaths in, with emphasis on the age group of 20-29 years. In northeastern Brazil SAH appeared as the leading cause of hospitalizations. The three diseases were most prevalent in the age group of 50-59 years, with small oscillations in other age groups. We conclude that the primary health care system has struggled in the three levels of care, especially in the Northeast, by its population resides in rural areas or in small towns that do not have unit support fast and suitable life where missing inputs and qualified professional for immediate action on a case of AMI and stroke. Emphasizes the need to control the risk factors of hypertension with shares of Primary Health Care focused mainly for the male group, still far Services.

Keywords: Cardiovascular Diseases, Men's Health, Hospitalizations and Deaths.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACTP – Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea
AIT – Ataque Isquêmico Transitório
APS – Atenção Primária de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
DATAPREV – Empresa de Tecnologia e informações da Previdência Social
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCV – Doenças Cardiovasculares
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
ICP – Intervenção Coronariana Percutânea
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
PA – Pressão Arterial
PAISM – Programa Integral de Saúde à Mulher
PNAISH – Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SUS – Sistema Único de Saúde
UC – Unidade Coronariana
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das internações e óbitos por HAS ocorridas no Brasil segundo a faixa etária - 2006 a 2012	22
Tabela 2 – Distribuição das internações e óbitos por HAS ocorridas na Região Nordeste segundo a faixa etária - 2006 a 2012.....	24
Tabela 3 – Distribuição das internações e óbitos por IAM ocorridas no Brasil segundo a faixa etária - 2006 a 2012	25
Tabela 4 – Distribuição das internações e óbitos por IAM ocorridas na Região Nordeste segundo a faixa etária - 2006 a 2012.....	26
Tabela 5 – Distribuição das internações e óbitos por AVC ocorridas no Brasil segundo a faixa etária - 2006 a 2012	28
Tabela 6 – Distribuição das internações e óbitos por AVC ocorridas na Região Nordeste segundo a faixa etária - 2006 a 2012.....	29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 GERAL	12
2.2 ESPECÍFICOS	12
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
3.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM – PNAISH	13
3.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA – HAS	14
3.3 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO – IAM	16
3.4 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC	17
4 METODOLOGIA	19
4.1 TIPO DE ESTUDO	19
4.2 LOCAL DA PESQUISA	19
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	19
4.4 COLETA DE DADOS	20
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA	20
4.6 ANÁLISE DE DADOS	20
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO	22
6 CONCLUSÃO	31
REFERENCIAS	33
APÊNDICE	36
APÊNDICE B - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVE	37
APÊNDICE C – TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE	38
APÊNDICE A – CONSOLIDADO DOS HOMENS INTERNADOS E QUE FORAM A ÓBITO SEGUNDO A FAIXA ETARIA NA REGIÃO NORDESTE E NO BRASIL (2006 A 2012).	39

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte e internações hospitalares na modernidade. Dentre estas, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais frequente, sendo considerada um dos principais problemas de saúde pública, tanto por apresentar alta prevalência quanto por estar intimamente ligada a eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Por ser uma condição multifatorial é considerada um fator de risco para eventos como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC) (SÃO PAULO, 2011; VIEIRA et al., 2011).

O IAM ocorre devido a uma isquemia ocasionada por um vasoespasma e/ou trombose sobre uma placa aterosclerótica. Responsável por alta incidência e taxa de mortalidade, principalmente no atendimento pré-hospitalar. O AVC decorre de distúrbios focais (por vezes global) da função neurológica com uma evolução rápida. Subdivide-se em isquêmico, causado, geralmente, pelo deslocamento de um trombo em vaso do pescoço ou cabeça impedindo o suprimento sanguíneo do cérebro de forma parcial ou total, e hemorrágico caracterizado pela ruptura de um aneurisma que leva ao extravasamento de fluídos em regiões cerebrais. Tem caráter mais incapacitante que fatal (MANSUR et al., 2009; ROWLAND; PEDLEY, 2012).

Várias condições favorecem o acometimento dos pacientes por IAM e AVC como: alimentação, doenças de base (principalmente HAS/*Diabetes Mellitus* (DM)), fatores econômicos e socioculturais, sendo esse último o que possui mais influência, pela incorporação de hábitos e costumes, nocivos ou não, independente da raça ou gênero, no cotidiano dos sujeitos.

O gênero masculino, por uma postura machista incorporada ao longo de toda história, se mantém mais afastado dos serviços e cuida-se menos que o feminino. Essa realidade despertou o interesse para se trabalhar com homens entre 20 e 59 anos, grupo alvo da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH). Escosteguy et al. (2011); Aguiar e Almeida (2011); Vieira et al. (2011) corroboram afirmando que a saúde para esse grupo é colocada em segundo plano sendo enfatizada apenas quando a doença os impossibilita de desenvolver suas atividades cotidianas.

Essa condição faz com que os homens ocupem elevados índices de morbimortalidade, dados disponibilizados no sistema de informação do DATASUS. Daí o

interesse em realizar este trabalho analisando o número de homens que adentraram a rede hospitalar no período de 2006 a 2012 com diagnóstico de HAS, IAM e AVC, fazendo uma relação com óbitos hospitalares. O interesse pela temática justifica-se pelo fato de que, ao longo dos estágios realizados na rede básica de saúde foi possível ter a oportunidade de vivenciar o dilema da resistência na adesão desse grupo as políticas públicas interferindo assim, de maneira direta nos seus indicadores de saúde. Para tanto se optou por trabalhar os dados da região nordeste comparando-os com a totalidade nacional.

Diante do exposto, espera-se ampliar as informações acerca do predomínio dessas enfermidades, caracterizando a de maior incidência e mortalidade entre os homens nordestinos e do território brasileiro. Além disso, que ele possa constituir-se elemento para a operacionalização de políticas e estratégias adequadas a esses problemas de saúde. Portanto justifica-se a necessidade de investigação sobre as DCV descritas, para que seus resultados possam ajudar na tomada de decisões em prol da qualidade da assistência a saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Investigar a ocorrência de internações e óbitos hospitalares das principais doenças cardiovasculares na Região Nordeste e no Brasil.

2.2 ESPECÍFICOS

- Comparar a ocorrência das principais doenças cardiovasculares entre a região nordeste e o Brasil;
- Identificar o agravo de maior frequência no grupo masculino no tocante a internação e óbito;
- Caracterizar os homens acometidos pelas principais doenças cardiovasculares segundo a faixa etária.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM – PNAISH

Ao homem, desde a infância, foram incorporados tabus como: “homem tem que ser durão, não chora e não adoce”, inculcando costumes machistas na população masculina (BRASIL, 2009). Esse imaginário tem levado a população masculina a caracterizar a doença como um sinal de fragilidade, não reconhecida como inerentes à sua própria condição biológica, fazendo com que se julguem invulneráveis e se exponham a condições de risco (VIEIRA et al., 2011).

Esse pensar/agir faz com que a saúde só seja enfatizada quando esta começa a impossibilitar o exercício de suas atividades cotidianas, até porque, em sua grande maioria, o trabalho encontra-se em primeiro lugar (AGUIAR; ALMEIDA, 2011). Excluídos dos serviços de saúde, de forma não declarada, o homem não tem sido inserido nas decisões ou ações destinadas a sua saúde. Vieira et al, (2011) destacam que ao se inserir o homem no tema saúde, ele passa a aparecer como sujeito colaborador no alcance dos objetivos de saúde, desarticulando a visão clássica do homem como parte dos problemas.

Estabelecida pela portaria 1.944, de 27 de agosto de 2009, a PNAISH tem por diretriz central a integralidade da atenção à saúde da população masculina, proporcionando dupla perspectiva: a compreensão de que parte dos problemas que comprometem a saúde do homem deve ser avaliado no âmbito social, cultural e biológico. E, além disso, promover o acolhimento às suas necessidades de saúde nos níveis primário, secundário e terciário da atenção, assegurando a continuidade das ações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009).

O objetivo da PNAISH é:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. (BRASIL, 2009, p. 38).

Dessa conjuntura se torna notável a intenção de aproximar a população masculina dos serviços de saúde, com a proposta de implementar o Programa

Saúde do Homem nas unidades da atenção primária a saúde, semelhantemente ao que sucedeu a população feminina com a implantação do Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM). Todavia, se corre o risco da visualização prioritária do corpo humano, esquecendo aspectos de ordem cultural e social, quesitos fundamentais para a integralidade da atenção (GOMES, 2008).

A PNAISH tem sido empregada pelo Ministério da Saúde (MS) com o intuito de qualificar a saúde da população masculina, voltando sua atenção a um contingente populacional que carece de um plano de ação específico prevenindo e minimizando os agravos, colaborando de forma efetiva para a redução da morbidade e mortalidade desse grupo por meio do enfrentamento dos fatores de risco e mediante a simplificação ao acesso, às ações e aos serviços de saúde (VIEIRA et al., 2011).

Sua prática envolve decisões tomadas por todos agentes envolvidos, desde seus idealizadores até os encarregados da sua operacionalização: gestor municipal de saúde, equipe técnica local e os profissionais que atuam no serviço, obedecendo à lógica hierarquizada de atenção a saúde, fundamentada na promoção de saúde, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, ocorrendo de forma integral as demais políticas existentes (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012).

Para que essa política seja efetivada é necessário à compreensão das particularidades que incidem sobre o gênero masculino, para que possa se vencer barreiras políticas, econômicas e socioculturais (VIEIRA et al., 2011).

Vieira et al. (2011) afirmam que para a efetivação dessa política é necessário o fortalecimento e qualificação da atenção primária, já que os homens normalmente adentram nos serviços pela atenção especializada, como consequência da somatização da exposição aos fatores de risco e socioculturais ao longo da vida.

Em decorrência a esta somatização as DCVs encontram espaço propício para sua instalação, dentre elas destacando-se a HAS, o IAM e o AVE.

3.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA – HAS

A HAS é a mais frequente das DCV, caracterizada como uma condição clínica multifatorial pela persistência da pressão arterial sistólica acima de 135 mmHg e a diastólica acima de 85 mmHg. Associa-se a variações funcionais de órgãos-alvo e a alterações metabólicas, sendo o principal fator de risco para as complicações mais

comuns como IAM, AVC além da doença renal crônica terminal (SBC; SBH; SBN, 2010).

Considerada um dos principais problemas de saúde pública por sua alta prevalência e forte relação com eventos cardiovasculares fatais e não fatais, é visualizada pela equipe de saúde como um sinal de estado clínico do paciente, um fator de risco para DCV aterosclerótica e doença de natureza crônica e degenerativa assumindo um importante papel na mortalidade, uma vez que esses riscos se elevam progressivamente com o aumento da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 (SÃO PAULO, 2011; MENEZES JUNIOR et al., 2011).

Os fatores de risco para a HAS são classificados em modificáveis, aqueles que podem ser transformados a partir de ações do sujeito, e não modificáveis: aqueles que não podem ser alterados, pois é uma condição inerente ao sujeito. Dentre os fatores de risco não modificáveis se encontra a idade, que com o aumento da expectativa de vida, também se eleva a prevalência das doenças crônicas, dentre elas a HAS, que afeta mais de 60% da população com mais de 65 anos e aumentando progressivamente com o passar dos anos (SBC; SBH; SBN, 2010).

O sexo não representa um fator de risco para hipertensão, pois sua prevalência entre homens e mulheres é análoga, no entanto mostra-se mais elevada nos homens até os 50 anos e inverte-se nas mulheres a partir da 5ª década de vida (GIROTTTO et al., 2009; CIPULLO et al., 2009).

O sobrepeso se associa ao aumento da prevalência da HAS. Mesmo em indivíduos fisicamente ativos, incrementos de 2,4 kg/m² no índice de massa corpórea acarreta um maior risco de desenvolver hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010).

Hábitos alimentares inadequados, com ênfase na ingestão exagerada de sódio mantêm associação com o risco de desenvolver hipertensão. Aproximadamente cerca de 50% dos hipertensos são sensíveis ao sal (MENEZES JUNIOR et al., 2011; GIROTTTO et al., 2009; CIPULLO et al., 2009.).

Outro fator determinante é o sedentarismo, que atrelado aos hábitos alimentares inadequados contribui de forma crescente para a obesidade. Atividades físicas regulares reduzem a incidência de HAS, mesmo em pessoas pré-hipertensas bem como a mortalidade e o risco para DCV (CIPULLO et al., 2009).

Destaca-se a necessidade da mudança no estilo de vida para que atividades físicas aconteçam, o que na maioria das vezes são dificultadas em função da realidade enfrentada pelo sujeito.

De maneira similar, os fatores socioeconômicos influenciam para a instalação da HAS, porém essa se torna complexa e difícil de ser estabelecida. Todavia a HAS apresenta no Brasil maior prevalência nos grupos com menor escolaridade e poder aquisitivo, que por sua vez leva a hábitos alimentares inadequados, IMC elevado, predisposição a estresses psicossociais e maior dificuldade em acessar o sistema de saúde (SÃO PAULO, 2011; GIROTTO et al., 2009).

Hábitos alimentares inadequados, principalmente quanto ao consumo de sal, excesso de peso, sedentarismo, alcoolismo e tabagismo são fatores de risco que devem e podem ser controlados. Entretanto, mesmo evidenciados como risco, esses fatores continuam crescendo na sociedade, induzindo a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS (MANSUR et al., 2009; AZAMBUJA et al., 2008).

Estratégias de saúde pública que abordem mais intimamente esses fatores aumentarão benefícios individuais e coletivos, reduzirão o risco de exposição e proporcionarão uma redução significativa na carga de doenças cardiovasculares em geral (MENEZES JUNIOR et al., 2011; AZAMBUJA et al., 2008).

Estando a HAS instalada e diagnosticada se faz necessário à iniciação terapêutica seguida da estratificação do risco cardiovascular, com a devida investigação da presença de DCV assim como lesões em órgão-alvo (SÃO PAULO, 2011).

É necessário ter em mente que motivar o paciente para que ele não venha a abandonar a terapêutica é um dos fatores primordiais para o controle da hipertensão. A presença de outras morbidades implica na necessidade de um gerenciamento mais cuidadoso das ações terapêuticas exigindo dos pacientes, perseverança e motivação e dos profissionais de saúde um processo permanente de educação continuada (SBC; SBH; SBN, 2010).

3.3 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO – IAM

As DCVs são as principais causas de óbitos e internações hospitalares. Representam um grupo de doenças que, pela alta incidência, se encontram em projeções crescentes de mortalidade, responsabilizando-se por aproximadamente 32% dos óbitos (MANSUR et al., 2009; GIL et al., 2012).

Dentre as principais DCVs se encontra o IAM, que apresenta incidência e taxas de mortalidade elevadas, respondendo pelo óbito de uma boa parcela de

pacientes antes de ocorrer o serviço de emergência (MENEZES JUNIOR et al., 2011; ALVES et al., 2013).

O IAM decorre de uma isquemia ocasionada por um vasoespasma e/ou trombose sobre uma placa aterosclerótica, que provoca um desequilíbrio entre a oferta de oxigênio, nutrientes sanguíneos e necessidades fisiológicas do músculo cardíaco, induzindo uma necrose celular cuja extensão depende do grau de comprometimento tecidual. Os sintomas mais frequentes são dor precordial intensa irradiando para o membro superior esquerdo, pescoço e/ou mandíbula e, em alguns casos, epigastralgia seguida de náuseas e vômitos (GIL et al, 2012). Por sua condição clínica necessita de uma intervenção imediata, de até 12 horas do início dos sintomas, a base de fibrinolíticos ou intervenção mecânica, para restabelecer o fluxo coronariano, melhorar o prognóstico e conseqüentemente o quadro clínico do paciente (MARQUES et al., 2012; ESCOSTEGUY et al., 2011).

Apesar do grande avanço terapêutico obtido nas últimas décadas, o IAM ainda é uma das causas mais importantes de morte na atualidade. Tornar o tratamento disponível para a população como um todo é um grande desafio, pois a maneira pela qual o serviço é organizado e disposto reflete direto e indiretamente na evolução do paciente.

A gravidade que o quadro representa mostra o quanto é indispensável à hospitalização em uma Unidade Coronariana ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde, através dos conhecimentos teórico/científicos, o profissional desenvolva uma abordagem emergencial rápida e eficaz (ESCOSTEGUY et al., 2011).

3.4 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC

O AVC é o distúrbio neurológico mais frequente entre os adultos, apresentando altas taxas de prevalência e morbidade. Encontra-se entre as quatro maiores causas de morte no mundo e primeira causa entre as DCV no Brasil (BRASIL, 2013).

É definido, de forma ampla e recente, como sendo o conjunto de sinais ocasionados por distúrbios focais (por vezes global) da função cerebral de evolução rápida, durante mais de 24 horas, ou ocasionando morte sem outra causa aparente se não aquela de origem vascular (BRASIL, 2013; CANCELA, 2008). Segundo

Rowland e Pedley (2012) além da duração são classificados pela patologia cerebral subjacente como sendo de um infarto ou hemorragia.

Classifica-se sob a forma clínica em isquêmico e hemorrágico. O AVC isquêmico subdivide-se em cinco tipos: trombose de grandes vasos, trombose de pequenas artérias perforantes, acidente vascular embólico cardiogênico, criptogênico e por outras causas. Os hemorrágicos caracterizam-se de acordo com a área da hemorragia, desencadeando assim uma possível hemorragia craniana, extradural, subdural, subaracnóide ou intracraniana. Podendo ser resultado muitas vezes da ruptura de um aneurisma, determinadas substâncias (como anfetaminas e anticoagulantes), malformação arteriovenosa ou hipertensão descontrolada (ROWLAND, 2012; BRASIL, 2013; PIRES et al., 2013).

Os AVCs são consequências de condições predisponentes que se originaram anos antes do primeiro evento. Nestas condições a HAS (segundo maior fator de risco modificável de acidente cerebral), doenças cardíacas, diabetes, hipercolesterolemia, sedentarismo, tabagismo, abuso de álcool e história prévia de ataque isquêmico transitório (AIT) merecem destaque como fatores de risco (LEE et al., 2009; PEREIRA et al., 2013).

Eles são as principais causas de incapacidade neurológica grave acarretando custos enormes, medidos sob a forma de recursos financeiros, por cuidados de saúde e produtividade perdida, por isso requer ações dos profissionais da atenção primária, com ênfase nos fatores modificáveis e na existência de co-morbidades, a instituição do tratamento médico (BRASIL, 2013; PEREIRA et al., 2013; PIRES et al., 2013).

Diante dessa problemática a enfermagem tem um importante papel na reabilitação neurológica daqueles pacientes que já experimentaram um AVC, sistematizando de forma humanística ações que melhorem a mobilidade e previnam deformidades assim como o controle da dor, tratamento da disfagia, controle intestinal e vesical, integridade cutânea e melhora da comunicação (PEREIRA et al., 2013; PIRES et al., 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo exploratório, de cunho epidemiológico, base secundária, de abordagem quantitativa, com análise descritiva. A pesquisa epidemiológica é empírica, baseada na coleta sistemática de informações sobre eventos relacionados à saúde de uma população a fim de quantificar esses eventos possibilitando à construção de hipóteses. (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

As pesquisas de natureza exploratória possuem como finalidade esclarecer, desenvolver e modificar conceitos através da formulação de hipóteses ou problemas pesquisáveis. Como possui menor rigidez no planejamento o produto final deste processo é um problema mais esclarecido que pode ser investigado posteriormente mediante procedimentos sistematizados. (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010; GIL, 2008).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A referida pesquisa foi realizada através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, utilizando os dados da Região Nordeste e de todo território Nacional, nos períodos de 2006 a 2012, do Sistema de Informação Hospitalar.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população, conforme Gil (2008) é um conjunto de todos os elementos que possuem determinadas características em comum.

Neste sentido a população estudada foi o registro de todos os homens que foram internados e os óbitos na rede hospitalar, cujos dados estão disponibilizados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), entre os anos de 2006 a 2012, em todo território nacional enfatizando a região Nordeste.

A amostra é composta dos registros de internações e óbitos dos homens da faixa etária compreendida entre 20 e 59 anos com o diagnóstico de HAS, IAM e AVC, constante no DATASUS.

A escolha se fez em decorrência das características demográficas, sociais, culturais e econômicas da Região nordeste, que a coloca no enfrentamento de sérios problemas, não somente de saúde pública, mas também na necessidade de políticas mais elaboradas para as dificuldades enfrentadas pela região.

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através das informações contidas no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), através do site <http://www.datasus.gov.br>: “informação de saúde”, “informações epidemiológicas e morbidade”, “geral, por local de residência”, “Brasil por região e unidade de federação”, “sexo”, “faixa etária”.

O acesso ocorreu em dois momentos distintos um acessando-se a Região Nordeste e o outro todo o território Nacional, selecionando-se como linha as internações e posteriormente os óbitos, cada uma das doenças pesquisadas individualmente e as variáveis que se queria correlacionar, ano a ano investigado cuidadosamente.

Optando por se analisar um recorte histórico entre os anos de 2006 a 2012, um período possível de se correlacionar a implantação das políticas públicas com os indicadores de saúde. Porém nos anos antecedentes a 2008 não havia a variável raça/cor, excluindo-a da análise, restringindo-se apenas a variável faixa etária constatada em todos os anos.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA

Foi utilizado um instrumento para consolidação dos dados ano a ano, de acordo com o agravo estudado e sua condição se internação ou óbito (Apêndices A). Cada um foi preenchido individualmente, a fim de ser utilizado posteriormente para a construção de tabelas e/ou gráficos.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Para análise dos dados foi utilizado estatística simples descritiva, com proporção, com o qual se alcançou os dados percentuais. De posse dos dados coletados no sítio do DATASUS, foram reconstruídas manualmente tabelas

agrupando os dados por ano. Em seguida, foram construídas no Excel 2010 seis tabelas com frequência e percentual, incluindo todos os dados dos sete anos conforme variáveis investigadas.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Os resultados dessa pesquisa estão descritos e dispostos em tabelas, para uma melhor visualização. Sua discussão tem como referência trabalhos científicos sobre a temática.

Tabela 1 – Distribuição das internações e óbitos por HAS ocorridas no Brasil segundo a faixa etária - 2006 a 2012

Ano	Idade	20 – 29		30 – 39		40 - 49		50 – 59		Total
		n	%	n	%	N	%	N	%	
2006	Internações	1328	6,2	3095	14,4	6619	30,8	10421	48,6	21463
	Óbitos	5	2,3	31	14,4	59	27,3	121	56,0	216
2007	Internações	1277	6,11	2993	14,3	6515	31,2	10130	48,4	20915
	Óbitos	8	3,5	21	9,3	67	29,7	130	57,5	226
2008	Internações	1169	6,40	2571	14,09	5635	30,87	8879	48,64	18245
	Óbitos	5	2,45	21	10,29	55	26,97	123	60,29	204
2009	Internações	1205	6,75	2550	14,28	5584	31,26	8523	47,71	17862
	Óbitos	7	3,74	16	8,56	55	29,41	109	58,29	187
2010	Internações	1098	6,40	2532	14,76	5242	30,55	8284	48,29	17156
	Óbitos	7	3,95	16	9,04	49	27,68	105	59,32	177
2011	Internações	1097	6,78	2335	14,43	5076	31,36	7678	47,43	16186
	Óbitos	12	7,27	18	10,91	48	29,10	87	52,72	165
2012	Internações	1119	7,38	2286	15,07	4651	30,65	7116	46,91	15172
	Óbitos	6	4,22	13	9,16	36	25,35	87	61,27	142

Fonte: DATASUS, Sistema de Informação de Internação Hospitalar (SIH). (2006-2012).

Na tabela 1 os dados revelam que houve uma redução no número total de internações e óbitos por HAS ao longo dos sete anos analisados, bem como nas faixas etárias, excetuando-se o grupo de 20-29 anos que se manteve oscilante. Ano a ano observou-se uma média de 18.144 internações e de 149 óbitos, com queda percentual média de 5.6% nas internações e 5.7% nos óbitos.

No tocante a faixa etária a de 50-59 anos foi a que apresentou o maior número de internações com 61.031. O somatório das demais faixas etárias totalizou 65.977. Nos óbitos a faixa etária de 50-59 anos pontuou 762 notificações, e os outros grupos etários ficaram abaixo desse valor com 555 óbitos.

Essa expressividade no aumento percentual em todas as faixas etárias talvez possa ser explicada pelas dificuldades enfrentadas pela UBS de se trabalhar com a educação em saúde com o contingente masculino, bem como de mantê-los mais presentes nos serviços. Aguiar e Almeida (2012) afirmam que a saúde só é posta em ênfase quando esta os impede de realizar suas tarefas rotineiras.

Pode-se perceber que existe uma forte relação da ocorrência da HAS com a faixa etária, pois sua frequência aumenta conforme a idade também aumenta por isso, ela se mostra mais elevada nos homens com mais de 50 anos. Girotto et al. (2009) afirmam que isso ocorre como consequência da falta de cuidado com a saúde na juventude.

Entretanto a média percentual da mortalidade hospitalar apresentou um decréscimo no período analisado, com pequena elevação à medida que a idade se torna mais avançada. Seus valores ainda são expressivos e apontam para a necessidade de ações/intervenções por parte da atenção básica para minimizar as internações, as complicações e consequentemente o número de óbitos por HAS. A SBC; SBH; SBN (2010) destaca que a hipertensão apresenta altas prevalências, porém baixo controle, sendo portanto, uma síndrome multifatorial que apresenta elevado custo médico-social, principalmente por sua participação em doenças cerebrovasculares como o AVC e o IAM.

Isso demonstra a importância da interação das equipes de saúde da rede básica com as agências governamentais para concentrarem esforços e assim conseguirem atingir metas voltadas ao tratamento e controle da HAS.

Visualizando a tabela 2 percebe-se uma oscilação na curva de notificações de internações e óbitos por HAS no nordeste brasileiro nos anos analisados, bem como nas faixas etárias, excluindo-se o grupo de 50-59 anos que se manteve em declínio. Observa-se ano a ano uma média de 5.044 internações e 46 óbitos, com queda percentual média de 2,2% nas internações e 1,2% nos óbitos.

O grupo de 50-59 anos mostrou-se em evidência com maior número de internações totalizando no período 16.034 representando 45,4% do valor total, as demais faixas etárias juntas somaram 19.274. Em relação aos óbitos o grupo etário de 50-59 anos foi responsável por 177 notificações, ficando as demais abaixo deste valor com 145 óbitos.

Na Região Nordeste a HAS foi a principal causa de internações em todos os grupos analisados, sendo este um dado interessante, pois demonstra que a política de manuseio e controle da hipertensão acaba por não contemplar satisfatoriamente os grupos entre as faixas etárias de 20-29 e 30-39 anos, pois normalmente neste grupo a doença é diagnosticada tardiamente necessitando, na maioria das vezes, de intervenção medicamentosa, e por ser uma população economicamente ativa os

cuidados com a saúde entram em segundo plano, principalmente pelas dificuldades socioeconômicas evidenciadas na Região.

Essa realidade reflete de maneira negativa nas faixas etárias mais avançadas, demonstrando a necessidade de uma assistência que atenda as necessidades desta população, já que em sua grande maioria enfrentam dificuldades de acesso à UBS, seja por horário de atendimento ou por não reconhecer-se no ambiente, essa situação impacta no resultado das metas estabelecidas de controle e tratamento, que por sua vez potencializa os riscos para o agravamento e surgimento de doenças decorrentes de complicações da HAS como no caso dos outros agravos investigados neste estudo.

Aguiar e Almeida (2012) corroboram com este estudo ao afirmarem que entre as dificuldades para a implementação de um Programa Saúde do Homem estão às barreiras impostas pelos serviços de saúde e pelo próprio modo como o sujeito masculino lida com sua situação de saúde. Outro agravante que pode comprometer a procura pelos serviços de saúde está relacionado com os horários de funcionamento das instituições de saúde, conflitando com o período de trabalho e com o ambiente médico, como hospitais ou clínicas, que não são locais em que os homens tendem a sentir-se a vontade.

Tabela 2 – Distribuição das internações e óbitos por HAS ocorridas na Região Nordeste segundo a faixa etária - 2006 a 2012

Ano	Idade	20 – 29		30 – 39		40 – 49		50 – 59		Total
		n	%	n	%	N	%	N	%	
2006	Internações	371	7,08	798	15,22	1542	29,43	2530	48,27	5241
	Óbitos	2	4,25	10	21,28	16	34,04	19	40,43	47
2007	Internações	413	7,71	816	15,21	1627	30,34	2506	46,74	5362
	Óbitos	1	1,96	6	11,76	14	27,46	30	58,82	51
2008	Internações	386	7,93	753	15,47	1473	30,26	2256	46,34	4868
	Óbitos	0	0	3	7,32	9	21,95	29	70,73	41
2009	Internações	409	8,34	779	15,89	1472	30,04	2241	45,73	4901
	Óbitos	2	4,08	4	8,16	15	30,61	28	57,15	49
2010	Internações	448	8,34	903	16,80	1618	30,11	2405	44,75	5374
	Óbitos	2	3,70	6	11,11	13	24,08	33	61,11	54
2011	Internações	414	8,18	851	16,82	1619	32	2175	43	5059
	Óbitos	7	17,5	4	10	13	32,5	16	40	40
2012	Internações	393	8,73	791	17,57	1398	31,04	1921	42,66	4503
	Óbitos	2	5	5	12,5	11	27,5	22	55	40

Fonte: DATASUS, Sistema de Informação de Internação Hospitalar (SIH). (2006-2012).

Na tabela 3 se destaca um aumento no número total de Internações e óbitos por IAM em todas as faixas etárias no território brasileiro, exceto no grupo de 20-29

anos que manteve sua curva oscilante. Obteve-se uma média anual de 24.131 internações e de 1.693 óbitos, com aumento percentual médio de 8% nas internações e de 7,8% nos óbitos. Em todos os grupos etários observou-se um maior índice de internações e óbitos no ano de 2011.

Na variável faixa etária a de 50-59 anos apresentou maior índice de internações com 102.457 expressando 60,6% do total nos sete anos analisados. As demais faixas etárias somaram 66.465. Foram notificados 7.962 óbitos no grupo de 50-59 anos ficando a soma dos demais inferior a este valor com 3.895 registros.

Tabela 3 – Distribuição das internações e óbitos por IAM ocorridas no Brasil segundo a faixa etária - 2006 a 2012

Ano	Idade	20 – 29		30 – 39		40 - 49		50 – 59		Total
		N	%	n	%	N	%	N	%	
2006	Internações	388	2,12	1487	8,09	5862	31,89	10643	57,90	18380
	Óbitos	23	1,80	78	6,10	336	26,29	841	65,81	1278
2007	Internações	403	2,10	1571	8,20	5920	30,93	11250	58,77	19144
	Óbitos	22	1,48	109	7,36	383	25,84	968	65,32	1482
2008	Internações	375	1,99	1466	7,78	5761	30,56	11247	59,67	18849
	Óbitos	24	1,81	84	6,36	341	25,79	873	66,04	1322
2009	Internações	408	1,99	1499	7,30	6242	30,36	12408	60,35	20557
	Óbitos	20	1,44	84	6,03	336	24,12	953	68,41	1393
2010	Internações	538	1,66	2287	7,04	9698	29,84	19970	61,46	32493
	Óbitos	30	1,27	147	6,23	570	24,17	1611	68,33	2358
2011	Internações	597	1,72	2460	7,07	10070	28,95	21657	62,26	34784
	Óbitos	34	1,37	153	6,15	622	25	1679	67,48	2488
2012	Internações	483	1,95	1900	7,69	7050	28,53	15282	61,83	24715
	Óbitos	16	1,05	98	6,38	385	25,06	1037	67,51	1536

Fonte: DATASUS, Sistema de Informação de Internação Hospitalar (SIH). (2006-2012).

Neste estudo o IAM aparece como primeira causa de internações e óbitos no Brasil, observando-se que houve um aumento no número de internações em todas as faixas etárias no ano de 2011, aumento este que pode estar ligado ao não reconhecimento por parte dos pacientes, quando os sintomas se apresentam, como sendo um evento cardíaco, o que acarreta um retardo à procura do serviço. De acordo com Marques et al. (2012), esse agravo apresenta um elevado impacto sobre os custos da assistência médica e qualidade de vida principalmente sobre grupo de idade mais avançada, que permanecem um maior período de tempo hospitalizado.

Segundo Franco et al. (2008), os pacientes com experiência prévia, captam melhor sua clínica, pois reconhecem os sintomas cardíacos precocemente. Diante desse comentário percebe-se que a prática educativa desponta como principal

estratégia de promoção em saúde na qual, não deve ser dada ênfase apenas para o paciente, mas também para seus familiares.

Estes números destacam a necessidade de fundamentos e métodos científicos que qualifiquem ainda mais os profissionais de saúde no serviço de urgência/emergência para que eles possam lidar com a situação com a agilidade e rapidez que o quadro necessita. Assim como fatores relevantes para a melhora dos resultados que incluem o trabalho em equipe multidisciplinar, segundo Alves et al.(2013) faz-se necessário o sentimento de pertencimento de profissionais e de gestores ao processo de melhoria da qualidade da assistência e o envolvimento de lideranças locais. Nesse contexto, as limitações do conhecimento destes profissionais elevam a potencialidade de lesões graves e, até mesmo, a morte para os usuários.

Tabela 4 – Distribuição das internações e óbitos por IAM ocorridas na Região Nordeste segundo a faixa etária - 2006 a 2012

Ano	Idade	20 – 29		30 – 39		40 - 49		50 – 59		Total
		n	%	N	%	N	%	N	%	
2006	Internações	48	2,20	192	8,80	670	30,71	1272	58,29	2182
	Óbitos	3	1,90	8	5,06	49	31,01	98	62,03	158
2007	Internações	62	2,74	176	7,78	726	32,08	1299	57,40	2263
	Óbitos	5	2,65	15	7,93	45	23,81	124	65,61	189
2008	Internações	45	2,02	173	7,76	721	32,35	1290	57,87	2229
	Óbitos	8	4,67	10	5,85	51	29,83	102	59,65	171
2009	Internações	61	2,16	200	7,09	851	30,17	1709	60,58	2821
	Óbitos	4	2,13	13	6,92	36	19,15	135	71,80	188
2010	Internações	89	2,70	245	7,43	999	30,28	1966	59,59	3299
	Óbitos	7	2,97	15	6,36	55	23,30	159	67,37	236
2011	Internações	77	2,14	300	8,30	1052	29,12	2183	60,44	3612
	Óbitos	5	1,77	25	8,84	62	21,90	191	67,49	283
2012	Internações	93	2,29	352	8,63	1152	28,27	2478	60,81	4075
	Óbitos	3	1,13	25	9,36	64	23,97	175	65,54	267

Fonte: DATASUS, Sistema de Informação de Internação Hospitalar (SIH). (2006-2012).

Na tabela 4 os números demonstram um aumento no índice total de internações por IAM no nordeste enquanto o de óbitos manteve-se oscilante nos sete anos analisados. Situação semelhante ocorreu nas faixas etárias, a partir do ano de 2008, exceção apenas no grupo de 20-29 anos que se manteve oscilante em ambas notificações.

No período estudado ocorreu uma média de 2.925 internações e de 213 óbitos, com acréscimo percentual médio de 11,3% nas internações e 10% nos óbitos. No tocante as faixas etárias o maior número de internações ocorreu no ano

de 2012, com ênfase no grupo de 50-59 anos com 12.197 internações e 985 óbitos (65,9%), respondendo as demais pelas 8.284 internações e 508 óbitos restantes.

Percebe-se no nordeste brasileiro um aumento no número de óbitos por IAM, em todos os grupos estudados, excetuando-se a faixa etária de 20-29 que foi o AVC. Uma região que apresenta baixo nível de escolaridade e socioeconômico, o grande desafio continua sendo trazer esse público ao serviço de saúde de modo que os indicadores de promoção da saúde possam ser melhorados à medida que o desconhecimento causado pela baixa escolaridade pode ser vencido. Franco et al. (2008) corroboram com esse estudo, quando destaca que o baixo nível socioeconômico é considerado um dos fatores do retardo a atenção.

O serviço de saúde em determinadas áreas desta região se torna tão precário que a maioria dos usuários evolui para óbito antes de entrarem no serviço de emergência, já que, muitas vezes, a ambulância primeiramente transfere o paciente até o serviço mais próximo, não necessariamente especializado, e que não estão equipados com recursos preconizados para o atendimento de pacientes vítimas de IAM e AVC.

O que se reflete na ascensão das médias percentuais desses agravos, principalmente do IAM pela letalidade que o quadro apresenta. Uma hipótese para a manutenção desses índices hospitalares pode ser a existência inadequadas de equipes de SAMUs, ou sua ausência na maioria das áreas mais longínquas, somando-se, ainda, ao difícil acesso ao diagnóstico por imagem de rápida execução como corrobora Lopes et al. (2013).

Na tabela 5 se observa que houve uma oscilação no índice total de internações e óbitos no Brasil por AVC nas faixas etárias no período analisado, excetuando-se o grupo de 30-39 anos que apresentou uma redução de 2010 a 2012. Observa-se uma média de 2.416 internações e de 514 óbitos anos, com regressão percentual média de 0,2% nas internações e 6,9% nos óbitos.

O grupo de 50-59 anos foi o que mais se destacou no número de internações e óbitos, com 9.988 e 1.828 notificações respectivamente.

O AVC neste estudo permaneceu como a terceira causa de internações e a segunda de óbitos no Brasil, encontrando-se os resultados dentro do esperado concordando com os argumentos de Brasil (2013) e Pereira et al.(2013) ao afirmarem que os AVCs são mais incapacitantes do que fatais.

Tabela 5 – Distribuição das internações e óbitos por AVC ocorridas no Brasil segundo a faixa etária - 2006 a 2012

Ano	Idade	20 – 29		30 – 39		40 - 49		50 – 59		Total
		N	%	N	%	N	%	N	%	
2006	Internações	182	7,75	246	10,46	623	26,50	1300	55,29	2351
	Óbitos	116	16,52	102	14,53	185	26,35	299	42,60	702
2007	Internações	191	7,28	271	10,32	706	26,88	1458	55,52	2626
	Óbitos	129	13,45	138	14,39	256	26,69	436	45,46	959
2008	Internações	100	4,40	215	9,47	615	27,08	1341	59,05	2271
	Óbitos	33	7,90	47	11,24	123	29,43	215	51,43	418
2009	Internações	97	4,02	237	9,82	654	27,09	1426	59,07	2414
	Óbitos	35	7,45	58	12,34	127	27,02	250	53,19	470
2010	Internações	127	4,88	223	8,56	675	25,91	1580	60,65	2605
	Óbitos	38	7,79	51	10,45	131	26,84	268	54,92	488
2011	Internações	118	4,95	212	8,90	616	25,86	1436	60,29	2382
	Óbitos	7	2,58	25	9,23	71	26,20	168	61,99	271
2012	Internações	117	5,17	180	7,95	531	23,45	1436	63,43	2264
	Óbitos	14	4,83	22	7,59	62	21,38	192	66,20	290

Fonte: DATASUS, Sistema de Informação de Internação Hospitalar (SIH). (2006-2012).

Verificou-se uma queda nos padrões médios de incidência de internações e óbitos a nível nacional, o que pode ser justificado pela elaboração do Plano de Reorganização da Atenção aos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitos (DM) com ênfase a rede de Atenção Primária em 2001. Segundo Lopes et al.(2013) esta política oferta aos cidadãos uma assistência de monitoramento da pressão arterial, controle da DM, terapia farmacológica com anti-hipertensivos de ação diurética, de canais de cálcio e autonômicas assim como ações que visem à promoção de hábitos saudáveis de vida.

Outra Justificativa para a redução destes índices é a atuação em conjunto da rede hospitalar com as equipes de Serviço Atendimento Móvel as Urgências-SAMU nos grandes centros, que conta no momento com 114 Serviços de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil, estando em atividade em 926 municípios no Brasil, atingindo 92.7milhões de pessoas, Segundo Paraná (2012).

Os dados evidenciam a necessidade de ações que visem o controle dos fatores de risco, principalmente a HAS, considerada diretamente responsável por até metade dos casos de AVCs e pelo aumentado em quatro vezes do risco do individuo desenvolvê-lo (LOPES et al., 2013).

Essa necessidade coloca a UBS em destaque, já que, como porta de entrada do serviço de saúde, postula uma atenção interativa e criativa, pois a

atenção/reabilitação desses pacientes deve acontecer a fim de se melhorar a qualidade de vida e possíveis sequelas.

Tabela 6 – Distribuição das internações e óbitos por AVC ocorridas na Região Nordeste segundo a faixa etária - 2006 a 2012

Ano	Idade	20 – 29		30 – 39		40 – 49		50 – 59		Total
		n	%	n	%	N	%	N	%	
2006	Internações	62	14,94	52	14,21	76	20,77	176	48,08	366
	Óbitos	44	34,65	26	20,47	21	16,54	36	28,34	127
2007	Internações	40	13,70	38	13,02	78	26,71	136	46,57	292
	Óbitos	35	26,72	23	17,55	34	25,96	39	29,77	131
2008	Internações	13	6,40	31	15,25	44	21,68	115	56,65	203
	Óbitos	3	9,68	5	16,13	9	29,03	14	45,16	31
2009	Internações	10	4,02	22	8,83	74	29,72	143	57,43	249
	Óbitos	2	3,45	5	8,62	17	29,31	34	58,62	58
2010	Internações	16	5,30	28	9,27	83	27,48	175	57,95	302
	Óbitos	6	9,37	8	12,5	20	31,25	30	46,88	64
2011	Internações	19	6,23	38	12,46	94	30,82	154	50,49	305
	Óbitos	2	3,70	6	11,11	15	27,78	31	57,41	54
2012	Internações	24	6,49	46	12,43	73	19,73	227	61,35	370
	Óbitos	6	9,10	7	10,60	12	18,18	41	62,12	66

Fonte: DATASUS, Sistema de Informação de Internação Hospitalar (SIH). (2006-2012)

Os dados expressos na tabela 6 apontam uma redução do número total de internações nos anos de 2007 e 2008 por AVC na região nordeste, seguido de um aumento nos anos posteriores. Nos grupos etários, excluindo-se o grupo de 40-49 anos, todos se mantiveram oscilantes. Comportamento semelhante teve o número de óbitos, só que em todas as faixas etárias. Anualmente observou-se uma média de 298 internações e de 76 óbitos, com um aumento percentual médio de 2,6% nas internações e 5,1% nos óbitos.

Analisando as faixas etárias destaca-se o grupo de 50-59 anos, que apresentou maior índice de internações e óbitos, sendo respectivamente 1.126 e 225 notificações. As demais faixas etárias juntas pontuaram 961 internações e 306 óbitos.

O cenário aponta a necessidade urgente de ações que busquem a prevenção desse agravo, pois isso reflete na resolutividade dos serviços, já que os mesmos não estão preparados para lidar com as incapacidades geradas pelo AVC. Dessa realidade o indivíduo incapacitado fica impossibilitado de alcançar um padrão de vida satisfatório.

Cancela (2008) corrobora afirmando ser necessário à prevenção do primeiro AVC ou sua recorrência, tendo como base o controle dos fatores de risco, para que

se possa minimizar os danos secundários desencadeados pelo evento. Para tanto é imprescindível à atuação de uma equipe de saúde multidisciplinar, uma vez que o AVC afeta diversos aspectos da vida de uma pessoa.

6 CONCLUSÃO

As DCV são as principais causas de morte e internações hospitalares na modernidade. Várias condições favorecem seu aparecimento como fatores socioeconômicos, alimentação e doenças de base principalmente HAS/Diabetes Mellitus (DM).

Verificou-se que o IAM foi a principal causa de internações e óbitos tanto no Brasil como no nordeste brasileiro. A HAS se destaca como a segunda causa de internações no Brasil, mas despontou como primeira causa na região nordeste. O AVC apareceu como segunda causa de óbitos no Brasil, e a primeira entre o grupo etário de 20-29 anos na região nordeste. Essa realidade leva ao questionamento sobre a forma de condução do tratamento da HAS e das formas de controle adotadas no Brasil.

Esse resultado confirma as dificuldades de se trabalhar com a primeira linha de cuidado no nordeste brasileiro. O déficit da assistência preventiva acaba por colaborar para o surgimento das DCVs. A realidade da região desenha um cenário que necessita da elaboração e implementação de políticas públicas que supram as necessidades desta população.

Dentre as faixas etárias estudadas a de maior ocorrência dos três agravos analisados foi a de 50-59 anos, seguindo-se de pequenas oscilações nos demais grupos etários. Diante dos dados pode-se concluir que a política de manuseio e controle da hipertensão acaba por não contemplar satisfatoriamente os grupos de homens em idades mais jovens, refletindo de maneira negativa nas faixas etárias mais avançadas, em decorrência da somatização dos problemas de saúde desenvolvidos ao longo dos anos. Haja vista que é um gênero que coloca a saúde em segundo plano, propiciando espaço para o surgimento e instalação das DCVs.

Os resultados desta pesquisa possibilitaram a comparação do índice das principais DCVs na Região Nordeste e no Brasil, caracterizando os homens acometidos por estes agravos conforme a faixa etária e permitindo a identificação do agravo de maior frequência no grupo masculino no tocante a internação e óbito.

Sendo excluídos de forma não declarada o homem acaba por não participar das ações destinadas a sua saúde, articulando aquela visão clássica do homem como parte do problema. Isto acaba por implicar em uma resistência na adesão

desse grupo as políticas públicas, interferindo de maneira direta nos seus indicadores de saúde.

Este grupo, como os demais que compõe a sociedade, tem especificidades que devem ser conhecidas para que as abordagens se tornem resolutas e eficazes. É preciso adotar estratégias capazes de mobilizar a população masculina adulta da faixa de 20-59 anos de idade, para adoção da APS como porta de entrada do Sistema de Saúde. Essa sensibilização deve começar pela identificação do perfil epidemiológico dos agentes causadores de morbimortalidade, além das características sociais, econômicas e culturais dos homens que receberão assistência à saúde.

Estes homens devem participar do planejamento das ações a serem desenvolvidas, de modo que realmente possam ser sujeitos de todo processo, com responsabilidades definidas. Para tanto os profissionais de saúde devem privilegiar dinâmicas em pequenos grupos de reflexão, onde estes possam falar e ser ouvidos, discutindo os principais problemas de saúde e compartilhando opiniões, sugestões e experiências entre os participantes.

Também faz-se necessária melhor aplicação dos recursos públicos, já que as diferenças entre as regiões promovem mudanças nos hábitos de vida e no acesso aos serviços de saúde. O Nordeste brasileiro por se tratar de uma região pobre, apresenta dificuldades nos três níveis de atenção, principalmente pelo fato de ter uma boa parcela de sua população residindo em zona rural ou em pequenos municípios que não dispõem de unidade de suporte à vida rápido e adequado. Acrescenta-se ainda que a infraestrutura das redes hospitalares não oferece profissional capacitado, insumos e recursos humanos para ação imediata diante de um caso de IAM e AVC.

Muitos são os desafios e as barreiras interpostas pelos serviços de saúde e as decorrentes da própria socialização dos homens. O que confirma a necessidade de uma melhoria na primeira linha de cuidado à saúde do homem e a criação de mecanismos para o seu acolhimento para que assim se alcance a integralidade da assistência e um serviço realmente de qualidade e resolutivo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M.C.; ALMEIDA, O.S. A implementação da política nacional de atenção integral à saúde do homem no Brasil: um desafio para a saúde pública. In.: **Revista Diálogos & Ciência**. v. 30, p.144-147, Jun. 2012. Disponível em: <http://dialogos.ftc.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=317&Itemid=15>. Acesso em: 24 jul. 2013.

ALVES, T.E. et al. Atuação do enfermeiro no atendimento emergencial aos usuários acometidos de infarto agudo do miocárdio. In.: **Revista de Enfermagem da UFPE**. online. v. 07, n.01, p.176-183, Jan 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3464/5471>>. Acesso em: 13 set. 2013.

AZAMBUJA, M.R. et al. Impacto econômico dos casos de doenças cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. In.: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 91, n.3, p. 163-71, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n3/05.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Especializada— Brasília: Ed.do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf>. Acesso em: 06 set. 2013.

_____. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. **Home**. Disponível em:<<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 30 out. 2013.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, Ago. 2009. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

CANCELA, D.M.G. Acidente Vascular Cerebral – Classificação, principais consequências e reabilitação. In.: **Psicologia.com.pt**. O Portal dos Psicólogos. 2008. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2013.

CIPULLO. J.P. et al. Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira. In.: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n4/aop00810.pdf>>. Acessado em: 04 dez. 2013

ESCOSTEGUY, C.C. et al. Implementando diretrizes clínicas na atenção ao infarto agudo do miocárdio em uma emergência pública. In.: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 96, n. 01, p. 18-25, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop13810.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

FRANCO, B. et al. Pacientes com infarto agudo do miocárdio e os fatores que interferem na procura por serviços emergências: implicações para educação em saúde. In.: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.16, n3, Maio- Jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_13.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, G.P. et al. Evolução clínica de pacientes internados em decorrência do primeiro episódio da síndrome coronariana aguda. In.: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 20, n. 05, p. 01-08, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_03.pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

GIROTTI, E. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família. In.: **Revista Acta Scientiarum**. Health Sciences. Maringá, v. 31, n. 1, p. 77-82, 2009. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/4492/4492>>. Acessado em: 04 dez. 2013.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

KAUARK, F.; MANHÃES F.C.; MEDEIROS C.H. **Metodologia da pesquisa: guia prático**. Bahia: via Litterarum, 2010. Disponível em:<<http://www.pgcl.uenf.br/2013/download/LivrodeMetodologiadaPesquisa2010.pdf>>. Acesso em: 02 nov.2013.

LEAL, A.F.; FIGUEIREDO, W.S.; SILVA, G.S.N. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. In.: **Revista Ciência & Saúde**. v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/10.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2013.

LEE, H. et al. Infarction in territory of anterior inferior cerebellar artery: spectrum of audiovestibular loss stroke. In.: **Stroke - Journal of the American Heart Association**. v. 40, n. 12, p. 3745-3751, 2009. Disponível em: <<http://stroke.ahajournals.org/content/40/12/3745.full.pdf+html>>. Acesso em: 04 set. 2013.

LOPES, J.M. et al. Acidente vascular cerebral isquêmico no Nordeste brasileiro: uma análise temporal de 13 anos de casos de hospitalização. In.: **ConScientiae Saúde**. v. 12, n. 2, p. 321-328, Abr-Jun.2013. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/pdf/929/92928018019.pdf>>. Acesso em: 13 mar.2014

MANSUR, A.P. et al. Transição epidemiológica da mortalidade por doenças circulatórias no Brasil. In.: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 93, n. 5, p. 506-510, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n5/a11v93n5.pdf>>. Acesso em: 12 out.2013.

- MARQUES, R. et al. Custo da cadeia de procedimentos no tratamento do infarto agudo do miocárdio em hospitais brasileiros de excelência e especializados. In.: **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 58, n. 01, p. 104-111, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n1/v58n1a22.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2013.
- MENEZES JUNIOR, J.E. et al. Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos. In.: **Revista da Rede de enfermagem do Nordeste**. v.12 (esp), p. 1045-1051, 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/334/pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2013.
- PEREIRA, R.A. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. In.: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 47, n. 01, p. 185-192, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a23v47n1.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2013.
- PIRES, A.P.A.B. et al. Vestibular function in carotid territory stroke patients. In.: **Brazilian Journal of Otorhinolaryngol.** v. 79, n. 01, p. 22-27, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v79n1/v79n1a05.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2013.
- ROWLAND, L.P.; PEDLEY, T.A. **Tratado de Neurologia**. Revisão Técnica José Luiz de Sá Cavalcante; Tradução Fernando Diniz Mundim 12. Ed.– Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- PARANÁ. (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **SAMU**. (2012). Disponível em: <<http://samu.saude.sc.gov.br/index.php/samu-br/abrangencia-do-samu-no-brasil>>. Acesso em: 14 jan. 2014.
- SÃO PAULO. (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Gabinete do Secretario. Acessória Técnica. **Manual de orientações clínicas: hipertensão arterial sistêmica (HAS)**. São Paulo: SES/SP, 2011.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. In.: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 95 (1 supl.1), p. 01-57, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2013.
- VIEIRA, L.C.S. et al. A política nacional de saúde do homem: uma reflexão sobre a questão de gênero. In.: **Revista Enfermagem em Foco**. v. 2, n. 4, p. 215-217, 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/186/122>>. Acesso em: 20 jul.2013.

APÊNDICE



APÊNDICE A

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Pesquisa: AS PRINCIPAIS DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM HOMENS DO BRASIL E NORDESTE BRASILEIRO: INTERNAÇÕES E ÓBITOS

Eu, ROSIMERY CRUZ DE OLIVEIRA DANTAS, Professora da Unidade Acadêmica de Enfermagem- CFP/UFCEG, portadora do SIAPE nº 1663760, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/2012 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Responsabilizo-me também pelo projeto de pesquisa, pelo fiel acompanhamento das atividades pesquisadas, pela orientação do pesquisador colaborador, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande e pelos resultados da pesquisa para a sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cajazeiras, 28 de novembro de 2013.

Rosimery Cruz Oliveira Dantas

Pesquisadora



APÊNDICE B

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR COLABORADOR

Pesquisa: AS PRINCIPAIS DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM HOMENS DO BRASIL E NORDESTE BRASILEIRO: INTERNAÇÕES E ÓBITOS

Eu, FERNANDA FORMIGA FLÁVIO, aluna da Unidade Acadêmica de Enfermagem-CFP/UFCG, portadora do RG 3475853 e CPF 090220494-77 responsabilizo-me, junto com minha orientadora, a professora Rosimery Cruz de Oliveira Dantas a desenvolver o projeto de pesquisa proposto, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da resolução 466/2012 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Responsabilizo-me também pelo zelo do projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com a mesma, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande, e pelos relatórios da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cajazeiras, 28 de novembro de 2013.

Fernanda Formiga Flávio

Pesquisadora Participante

