

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO

Programa de Mestrado em Ciências da Saúde

Fernanda Galvão Canda Kimura Dias

**A IMPORTÂNCIA DA FARMACOTERAPIA PARA A PREVENÇÃO
SECUNDÁRIA EM PACIENTES COM DOENÇAS
CARDIOVASCULARES, ASSISTIDOS EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA.**

São Paulo

2018

Fernanda Galvão Canda Kimura Dias

**A IMPORTÂNCIA DA FARMACOTERAPIA PARA A PREVENÇÃO
SECUNDÁRIA EM PACIENTES COM DOENÇAS
CARDIOVASCULARES, ASSISTIDOS EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Patrícia Colombo de Souza

São Paulo

2018

Agradecimentos

Ao Grande Mestre por me permitir trilhar os desafios dessa jornada com coragem e determinação.

Aos meus pais Mauro e Simone pelo apoio e amor em todas as minhas escolhas.

À minha filha Cecilia, pela sua compreensão, paciência, e por sua existência repleta de amor em minha vida.

Aos meus irmãos, aos meus amigos, pela ajuda e apoio em todos os momentos.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Patrícia Colombo de Souza, os meus agradecimentos com toda minha admiração, pelo seu carinho, por sua confiança, pelos seus ensinamentos e exemplo de ser humano e de docente a ser seguido.

A todos os professores do Curso de Pós Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde da UNISA, pela formação que me proporcionaram.

Aos meus novos amigos do Curso de Pós Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde da UNISA, pelo companheirismo.

À Profa. Dra. Jane de Eston Armond, por confiar em mim sempre com carinho, por seus ensinamentos, pelo seu exemplo de amor pela docência e por sua amizade.

Ao Prof. Dr. Carlos Gun, que tem toda minha admiração e respeito, por me prestigiar e fortalecer a minha pesquisa.

À UNISA pela oportunidade e acolhimento.

À Secretaria Municipal de Saúde de Embu-Guaçu pela confiança e parceria.

DA OBSERVAÇÃO

“Não te irrites, por mais que te fizerem

Estuda, a frio, o coração alheio.

Farás, assim, do mal que eles te querem,

Teu mais amável e sutil recreio.”

Mario Quintana

Resumo

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) constituem a primeira causa de morte no mundo. Engloba as Doenças Cardiovasculares (DCV), as Doenças Isquêmicas do Coração (DIC), tendo como maior representante a entidade: Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e as Doenças Cerebrovasculares (DCBV). Em 2013, o Estudo da Carga Global das DCV, estimou que 30% de todas as mortes em todo o mundo foram causadas por DCV, sendo 28,7% dos óbitos em países em desenvolvimento e 26,6% em países desenvolvidos, de acordo com a Organização Mundial de saúde (OMS). Medidas preventivas, incluindo farmacoterapia, são importantes não apenas para diminuir a morbidade e mortalidade das DCV, mas também porque tem impacto na qualidade de vida. Segundo diretrizes internacionais de prevenção secundária das DCV recomenda-se tratamento medicamentoso ao longo da vida com antiagregante plaquetários (aspirina), beta bloqueadores, estatinas e inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA). **Objetivo:** avaliar a prevenção secundária medicamentosa em pacientes que já apresentaram eventos cardiovasculares, frequentadores das Unidades saúde da família do município de Embu-Guaçu. **Método:** estudo observacional, transversal e analítico. Participaram do estudo 67 pacientes que apresentaram pelo menos um evento cardiovascular e que responderam a um questionário contemplando dados sócio demográficos, identificação do evento cardiovascular, medicações prescritas, prescritores e o local de acompanhamento. **Resultados:** a média de idade dos pacientes foi de 64 anos. O AVE foi o evento mais prevalente ($p= 0,0000$) seguido de IAM. Não houve diferença significativa na distribuição dos eventos segundo o gênero. Apenas 21% das prescrições estavam adequadas e em sua grande maioria, são acompanhados pelo cardiologista ($p=0,0000$). Dos pacientes acompanhados pela atenção primária à saúde, apenas 26% estavam com a prescrição adequada. **Conclusão:** A prevenção secundária medicamentosa considerada adequada, está longe de ser considerada ideal em nossa população estudada (26%) e muito aquém do que se observa em alguns estudos que chega a ser 90%. Das classes medicamentosas, os IECAS foram os mais prescritos. O acompanhamento dos pacientes é feito principalmente pelo cardiologista com diferença significativa com a UBSF, Hospital e Neurologista. O acompanhamento pela AP foi de 51%, sendo que todos os pacientes estão no território de abrangência e cadastrados pelas UBSF.

Descritores: Doenças cardiovasculares; Epidemiologia; Prevenção secundária; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases are the leading cause of death in the world. It encompasses Cardiovascular Diseases (CVD) Ischemic Heart Disease (ICD) with the largest representative being the entity: Acute Myocardial Infarction (AMI) and Cerebrovasculares Diseases (CBVD). In 2013, the Global Cargo Study (CSD) estimated that 30% of all death world were caused by CVD, with 28.7% of deaths in developing countries and 26.6% in developed countries, according to the World Health Organization (WHO). Preventive measures, including pharmacotherapy, are important not only to decrease CVD morbidity and mortality but also because it has an impact on quality of life. According to international guidelines for secondary prevention of CVD, it is recommended to use lifelong medical treatment with antiplatelet agents (aspirin), beta blockers, statins and angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI). With increasing use of this treatment for secondary prevention, more than 104 lives could be saved and 191 recurrent ischemic events could be avoided with every 10,000 presentations. **Objective:** this research aimed to evaluate secondary drug prevention in patients who have already presented cardiovascular events, members of the family health units of the municipality of Embu-Guaçu. **Method:** A cross-sectional observational and analytical study was conducted. The study included 67 patients who had at least one cardiovascular event, which answered a questionnaire that included socio-demographic data, identification of the cardiovascular event, and of the prescribed medications, prescribers and follow-up of these patients. **Results:** The mean age of patients was 64. The stroke was the most prevalent event ($p = 0.0000$) followed by AMI. There wasn't significant difference in the distribution of events according to gender. Only 21% of prescriptions were adequate. Patients are mostly accompanied by cardiologists ($p = 0.0000$). Of patients treated by primary health care, only 26% had the proper prescription. **Conclusion:** Adequate secondary drug prevention is far from ideal in our studied (26%) and far bellow what is observed in some classes, which is 90%. Of the drug classes, the ACEI were the most prescribed. The follow-up of the patients is done mainly by the cardiologist with significant difference with the Basic Units family Health, Hospital and Neurologist. Monitoring by the Primary Care was 51%, and all patients are in the territory covered by and registered basic unit family health.

Descriptors: Cardiovascular diseases; Epidemiology; Secondary prevention; Primary health care.

Lista de Abreviaturas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AAS	Ácido Acetilsalicílico
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BRA	Bloqueadores de Receptor de Angiotensina
CV	Cardiovascular
DAOP	Doença Arterial Obstrutiva Periférica
DCBV	Doenças Cerebrovasculares
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DCV	Doença Cardiovascular
DIC	Doença Isquêmica do coração
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FR	Fator de risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IECA	Inibidores de Enzima Conversora de Angiotensina
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica Saúde da Família
UNISA	Universidade Santo Amaro

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
2. OBJETIVOS.....	Erro! Indicador não definido.
3. MÉTODO.....	17
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
6. CONCLUSÃO	Erro! Indicador não definido.
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.
8. REFERÊNCIAS	39
ANEXOS.....	43

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem a primeira causa de morte no mundo.^{1,2,3,4} No Brasil, as DCV também são as principais causas de morte entre homens e mulheres. Duas tendências importantes contribuíram para manter esse ranking nas últimas décadas. A primeira é a ocorrência de mudança no estilo de vida relacionadas à urbanização e à globalização, com maior ingestão calórica e menor gasto energético. O segundo é o rápido envelhecimento populacional causado pela maior expectativa de vida e menor fecundidade.⁵ As doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos.⁴

A prevenção das doenças cardiovasculares pode ser primária, que envolve abordar os fatores de risco existentes ou não, em pessoas sem a doença cardiovascular como o sedentarismo, níveis de pressão arterial, colesterol, tabagismo, diabetes mellitus, entre outros.⁶ A Hipertensão Arterial, principal fator de risco para doenças cardiovasculares, causa 7,5 milhões de mortes por ano (12,8% de todas as mortes). Ao tabagismo são atribuídas 6 milhões de mortes por ano, ao passo que a inatividade física, sobrepeso/obesidade, níveis elevados de colesterol e consumo abusivo de álcool são responsáveis respectivamente por 3,2, 2,8, 2,6, e 2,3 milhões de mortes por ano.⁷

A prevenção secundária das DCV tem como objetivo reduzir o risco de um novo evento cardiovascular e morte, visando, melhorar a sobrevida dos pacientes que sofreram o evento cardiovascular, por ser tratar de pacientes de muito alto risco.^{8,9} Ademais, os cuidados com o paciente coronariano crônico são fundamentais para se evitar novas internações e novos episódios de síndrome coronariana aguda. O controle correto dos fatores de risco em questão como a hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, tabagismo, dieta não saudável e não aderência aos medicamentos, diabetes mellitus e sedentarismo são determinantes no sentido de se impedir novos problemas agudos, diminuindo, dessa forma, reinternações, descompensações cardíacas, e prevenindo futuros eventos.¹⁰

Medidas preventivas, incluindo farmacoterapia, são importantes não apenas para diminuir a morbidade e mortalidade das DCV, mas também porque tem impacto na qualidade de vida.^{11,12} Segundo diretrizes internacionais de prevenção secundária

das DCV recomenda-se tratamento medicamentoso ao longo da vida com antiagregante plaquetários (aspirina), beta bloqueadores, estatinas e inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA).^{12,13,14,15} Com o aumento do uso desse tratamento para prevenção secundária, mais de 104 vidas poderiam ser salvas e 191 eventos isquêmicos recorrentes poderiam ser evitados se a maioria destes pacientes com doenças crônicas fossem tratados na Atenção Primária. A Atenção Primária à Saúde (APS), termo amplamente reconhecido em nível internacional (*primary health care*), é uma forma de organização dos serviços, na qual há uma porta de entrada ao sistema de saúde, que se configura como espaço de coordenação das respostas às necessidades dos indivíduos, suas famílias e comunidade, por meio de ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação de problemas de saúde agudos e crônicos, assim como atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde.¹⁶

A Saúde da Família é a estratégia do Estado brasileiro para organizar a APS dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetiva ampliar em número e qualidade os serviços do primeiro nível do sistema, a fim de alcançar os principais objetivos propostos pelo SUS: universalidade, integralidade e equidade.¹⁶

A dinâmica proposta pela ESF, centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção dos fatores que a colocam em risco, permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos com vistas à prevenção de doenças, principalmente as cardiovasculares, tendo um impacto sobre as taxas de incidência das mesmas.¹⁰

Diante do impacto causado pelas DCV na saúde do mundo e sendo a primeira causa de mortalidade na região estudada, pretende-se com este estudo, conhecer a forma como a atenção primária está realizando a prevenção secundária destas doenças, principalmente no que se diz respeito à terapia medicamentosa, visando o entendimento dos motivos que ainda levam a apresentar índices elevados dessas doenças.

Fundamentação Teórica

Muitos povos do século passado foram testemunhas das melhorias mais dramáticas da saúde na história. O perfil do estado de saúde e doença das sociedades tem sido historicamente ligada ao seu nível de desenvolvimento econômico e de organização social, assim como o aumento da expectativa de vida. Com a industrialização, as principais causas de morte e incapacidades, nas sociedades mais avançadas, passaram de uma predominância de deficiências nutricionais e doenças infecciosas, para os classificados como doenças degenerativas (doença cardiovascular, câncer e diabetes). Esta mudança tem sido chamada de “transição epidemiológica”.¹

Essa transição ocorreu no Brasil em torno de 1960, em paralelo com o aumento das taxas de urbanização, que passou de 40% na década de 60 a 80% em 2010, melhores condições de saneamento e nutrição, aumento da cobertura vacinal, e crescimento econômico. Isso resultou na atual carga tripla de doenças: uma agenda inacabada de doenças infecciosas, um número crescente de mortes por causas externas (principalmente homicídios e acidentes de trânsito), e as doenças não transmissíveis. No avanço dessa epidemia, o gradiente social também reverte cada vez mais vítimas vulneráveis em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento.⁵

O crescimento das DCV em países em desenvolvimento, são atribuídos ao aumento da incidência de doenças ateroscleróticas, talvez devido à urbanização e a elevação dos níveis dos fatores de risco, como a obesidade, diabetes, dislipidemia e hipertensão, a idade relativamente jovem em que esses fatores de risco se manifestam, a grande população, e a elevada proporção de indivíduos que são adultos jovens, ou de meia idade nesses países.¹ Em 2012, as regiões do Cáucaso e Ásia Central apresentaram as maiores taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares no mundo, 400 mortes por 100.000 habitantes, em ambos os sexos.¹⁷

As taxas mais baixas de mortalidade por DCV foram estimadas na região da Oceania (85 mortes por 100.000 habitantes).¹⁷ Por exemplo, cerca de metade das mortes atribuídas à DCV em países em desenvolvimento, na década de 90, ocorreu com idade inferior a 70 anos, em contraste com cerca de um quarto nos países desenvolvidos.¹

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem a primeira causa de morte no mundo.^{1,2,3,4} Englobam as Doenças Cardiovasculares (DCV), as Doenças Isquêmicas do Coração (DIC), tendo como maior representante a entidade: Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e as Doenças Cerebrovasculares (DCBV). Em 2013, o Estudo da Carga Global das DCV, estimou que 30% de todas as mortes em todo o mundo foram causadas por DCV,⁷ sendo 28,7% dos óbitos em países em desenvolvimento e 26,6% em países desenvolvidos, de acordo com a Organização Mundial de saúde (OMS).¹⁰ Nos países da Europa Ocidental e EUA, a morte por DIC é cerca de três vezes mais frequente que pelas DCBV, o que não é observado nos países do leste Europeu, Ásia e América Latina.⁴ No Brasil, a OMS em 2005, estimou um aumento da mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), de até 22% até 2025.⁷ Porém as taxas de mortalidade estão diminuindo na maioria dos países nas últimas décadas, esse declínio foi menor nos países em desenvolvimento, mas ainda sendo a causa número um de mortalidade.²

No Brasil, as DCV também são as principais causas de morte entre homens e mulheres. Duas tendências importantes contribuíram para manter esse ranking nas últimas décadas. A primeira é a ocorrência de mudança no estilo de vida relacionadas à urbanização e à globalização, com maior ingestão calórica e menor gasto energético. O segundo é o rápido envelhecimento populacional causado pela maior expectativa de vida e menor fecundidade.⁵ São responsáveis por cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos.⁴ O risco ajustado pela idade de morte por doenças cardíacas e vasculares ateroscleróticas aumentou desde a década de 1940, e provavelmente atingiu seu pico na década de 1980 e desde então, apresentou declínio progressivo. Em 2011, após corrigir a subnotificação e as causas mal definidas, 84.615 mortes foram atribuídas as DCV, correspondendo a 31% de todos os óbitos e 42% de todas as mortes por doenças não transmissíveis.⁵

As DCBV predominam sobre as DIC, mas a tendência de redução das DCBV foi maior que a observada para as DIC.⁴ Apesar de ser a principal causa de morte, a mortalidade das DCV vem caindo nas últimas décadas, sendo que a redução da mortalidade foi maior nas regiões Sul e Sudeste e na faixa etária acima de 60 anos.^{5,4}

Essas elevadas taxas de portadores de fatores de risco e DCV, geram custo elevado, com impacto significativo no orçamento dos órgãos financiadores da saúde,

especialmente quanto ao gasto com medicamentos, internações e na atenção de alta complexidade.¹⁸

Embora a doença cardiovascular seja a primeira causa de morte do mundo, as taxas de mortalidade de pessoas com DCV tem diminuído de forma constante ao longo das últimas décadas. Em vários países industrializados, como a França, as doenças cardiovasculares estão em segundo lugar do ranking após o câncer, devido à melhoria da gestão das DCV e um aumento dos casos de câncer.¹⁹

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a redução efetiva da mortalidade cardiovascular deve ser baseada em três pontos: 1-vigilância (mapeamento e monitorização epidemiológica das DCV), 2- prevenção (redução da exposição aos fatores de risco), 3- gestão (cuidados de saúde equitativos à pessoas com DCV).¹⁷ A identificação dos fatores de risco de maior prevalência populacional permitiu que programas de prevenção cardiovascular bem conduzidos em vários países a exemplo dos Estados Unidos, Canadá, Finlândia, Reino Unido, Austrália e Japão, conseguissem reduzir de forma expressiva a mortalidade por doenças cardiovasculares.²⁰

A prevenção pode ser primária, que envolve abordar os fatores de risco existentes ou não, em pessoas sem a doença cardiovascular como o sedentarismo, níveis de pressão arterial, colesterol, tabagismo, diabetes mellitus, entre outros.⁶ A Hipertensão Arterial, principal fator de risco para doenças cardiovasculares, causa 7,5 milhões de mortes por ano (12,8% de todas as mortes). Ao tabagismo são atribuídas 6 milhões de mortes por ano, ao passo que a inatividade física, sobrepeso/obesidade, níveis elevados de colesterol e consumo abusivo de álcool são responsáveis respectivamente por 3,2, 2,8, 2,6, e 2,3 milhões de mortes por ano.⁷

Em 2013 o Ministério da Saúde realizou a primeira pesquisa nacional representativa sobre condições de saúde, morbidade e fatores de risco em uma amostra de brasileiros acima de 18 anos, chamada de ‘Pesquisa Nacional de Saúde’ (PNS), porém determinar a prevalência de fatores de risco cardiovascular em um País tão grande como o Brasil, não foi tarefa fácil. Esse estudo mostrou que o fator de risco mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica seguido do tabagismo, dislipidemia e diabetes melitus.⁵ A prevenção secundária das DCV tem como objetivo reduzir o

risco de um novo evento cardiovascular e morte, visando, melhorar a sobrevida dos pacientes que sofreram o evento cardiovascular, por ser tratar de pacientes de muito alto risco.^{8,9} Ademais, os cuidados com o paciente coronariano crônico são fundamentais para se evitar novas internações e novos episódios de síndrome coronariana aguda. O controle correto dos fatores de risco em questão como a hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, tabagismo, dieta não saudável e não adesão aos medicamentos, diabetes mellitus e sedentarismo são determinantes no sentido de se impedir novos problemas agudos, diminuindo, dessa forma, reinternações, descompensações cardíacas, e prevenindo futuros eventos.¹⁰

Medidas preventivas, incluindo farmacoterapia, são importantes não apenas para diminuir a morbidade e mortalidade das DCV, mas também porque tem impacto na qualidade de vida.^{11,12} Segundo diretrizes internacionais de prevenção secundária das DCV recomenda-se tratamento medicamentoso ao longo da vida com antiagregante plaquetários (aspirina), beta bloqueadores, estatinas e inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA).^{12,13,14,15} Com o aumento do uso desse tratamento para prevenção secundária, mais de 104 vidas poderiam ser salvas e 191 eventos isquêmicos recorrentes poderiam ser evitados a cada 10.000 apresentações.²⁰

O Estudo da Carga Global das DCV: parte II, onde se estudou vários grupos étnicos do mundo, conclui que, em primeiro lugar, DCV aterosclerótica é um problema global que afeta todos os grupos étnicos; segundo, que as sociedades passam por “urbanização” e isso aumenta os fatores de risco. Em terceiro lugar, esforços conscientes em nível social (através de mudanças na legislação ou políticas sociais) e no nível individual através de modificação dos fatores de risco e uso de tratamentos baseados em evidências, podem prevenir ou reverter as consequências adversas da urbanização, como demonstram os acentuados declínios nas taxas das DCV em muitos países. Quarto, embora possa haver variações na susceptibilidade genética entre diferentes grupos étnicos, os fatores ambientais e de risco comuns geralmente desempenham um papel dominante no desenvolvimento da doença clínica em todos os grupos.²¹

Muitos pacientes com doenças crônicas são tratados na Atenção Primária. A Atenção Primária à Saúde (APS), termo amplamente reconhecido em nível

internacional (*primary health care*), é uma forma de organização dos serviços, na qual há uma porta de entrada ao sistema de saúde, que se configura como espaço de coordenação das respostas às necessidades dos indivíduos, suas famílias e comunidade, por meio de ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação de problemas de saúde agudos e crônicos, assim como atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde.¹⁶ As práticas da integralidade devem estar fundamentadas na definição ampliada de saúde, que inclui, para além dos parâmetros biológicos, o sentido e a qualidade de vida.²² Este é um desafio de como cuidados de alta qualidade de doenças crônicas, requerem uma estrutura organizacional que permita a gestão de base populacional.¹⁵ A APS pode desempenhar um papel importante no fornecimento da gestão do risco cardiovascular para as populações, mas pesquisas anteriores demonstram que nem todos os pacientes elegíveis receberam a prevenção ideal para aterosclerose relacionada com a DCV.²³ Muitos países europeus, tem adotado programas de grande escala para melhorar a gestão do risco cardiovascular, incluindo a remuneração por desempenho na APS, no Reino Unido.²⁴

A Saúde da Família é a estratégia do Estado brasileiro para organizar a APS dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetiva ampliar em número e qualidade os serviços do primeiro nível do sistema, a fim de alcançar os principais objetivos propostos pelo SUS: universalidade, integralidade e equidade.¹⁶ O programa teve início em 1994, como estratégia capaz de provocar mudanças no modelo assistencial ao romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações para e junto à comunidade.²⁵ O objetivo desse programa foi ampliar a resolubilidade dos problemas de saúde e produzir maior impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.²⁶ A dinâmica proposta pela ESF, centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção dos fatores que a colocam em risco, permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos com vistas à prevenção de doenças, principalmente as cardiovasculares, tendo um impacto sobre as taxas das DCV.¹⁰

2.OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Avaliar a prevenção secundária medicamentosa de pacientes que já apresentaram eventos cardiovasculares, frequentadores das Unidades saúde da família do município de Embu-Guaçu.

2.2Objetivos específicos:

- Identificar os eventos cardiovasculares apresentados pelos pacientes estudados.
- Conhecer os medicamentos prescritos e utilizados pelos pacientes e compará-los aos preconizados pelas diretrizes vigentes.
- Identificar a procedência da prescrição medicamentosa.
- Levantar o número de pacientes que fazem o acompanhamento na atenção primária e secundária especializada.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo:

Estudo observacional, transversal e analítico.

3.2 População:

Foram estudados todos os indivíduos que já sofreram evento cardiovascular, cadastrados nas seguintes Unidades Básicas de Saúde da Família: UBS Sapateiro, UBS Recanto Lagoa Grande e UBS Penteadado, no município de Embu-Guaçu. A coleta ocorreu entre os meses de setembro e dezembro de 2016.

3.3 Local de estudo:

Embu-Guaçu, situa-se na região metropolitana de São Paulo, sul da capital paulista. Faz divisa com o bairro de Parelheiros. No último censo realizado em 2010 pelo IBGE, constatou uma população de 62.769 habitantes.²⁷ É um município com uma área geográfica de 155 km². Faz divisa com São Paulo, Itanhaém, Jujutiba, São Lourenço e Itapeceira da Serra.²⁸ Grande parte do seu território é área rural.

O município conta atualmente com 17 Equipes Saúde da Família (ESF), tendo uma cobertura de 90% da população com essa estratégia. Destacamos em nossa pesquisa, três delas, por terem características rurais: ESF Sapateiro, ESF Penteadado, ESF Recanto Lagoa Grande.

Unidades ESF	Número de Famílias	População maiores de 18 anos
Sapateiro	734	1872
Recanto Lagoa Grande	569	1371
Penteadado	721	1743



Figura 1: Mapa destacando alguns bairros do município e seus limites

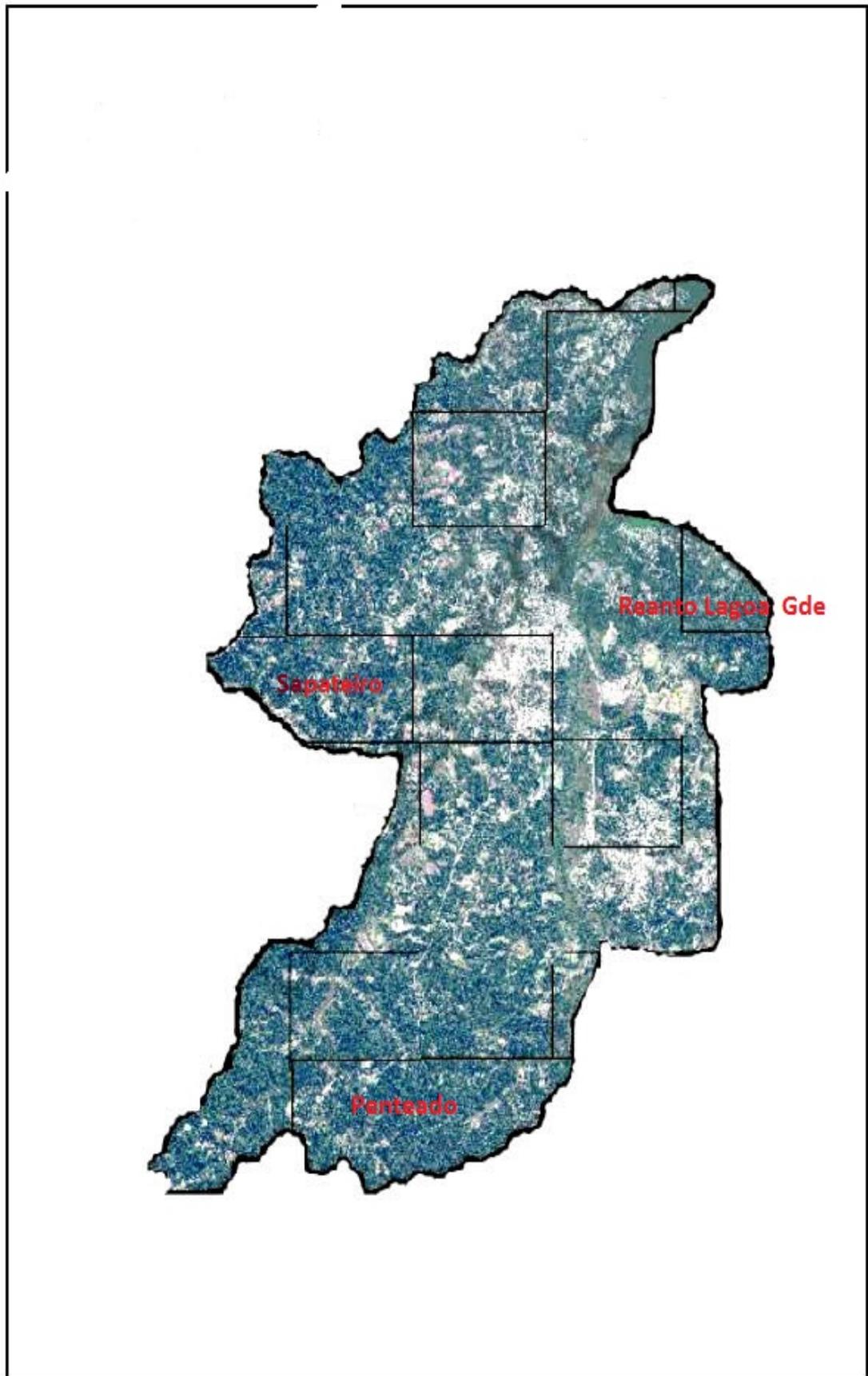


Figura 2: Mapa de satélite, destacando os bairros das ESF com área rural

3.4 Instrumento de coleta de dados

Como instrumento da pesquisa foi utilizado um questionário com dados sobre tratamento medicamentoso necessário para a prevenção secundária das DCV (ANEXO A). Consta de dados de identificação do paciente (área e micro área a que pertence sua equipe de saúde, idade e gênero) e questões específicas da prevenção secundária como: qual DCV o acometeu, quais as medicações que está usando, quem prescreveu suas medicações, quem faz seu acompanhamento atual, quantos episódios de DCV já sofreu.

3.5 Variáveis estudadas:

- Idade: foram estudados os pacientes que já sofreram evento CV, com idade acima de 18 anos.

- Gênero: foram contemplados os gêneros feminino e masculino.

- Medicamentos: foi avaliado se os medicamentos prescritos estavam de acordo com as diretrizes vigentes da Sociedade Brasileira de Cardiologia²⁹, conforme sua classe medicamentosa:

Grupo	Fármaco
Anti-agregante plaquetário	Ácido Acetil Salicílico (AAS)
Estatinas	Atorvastatina / Rosuvastatina / Sinvastatina
Beta bloqueadores	Atenolol / Carvedilol / Metoprolol / Propranolol
Inibidores de Enzima Conversora de Angiotensina – IECA e Bloqueadores de Receptor de Angiotensina – BRA	Captopril / Enalapril / Iperindopril / Ramipril Candesartan / Losartan / Valsartan

- Eventos Cardiovasculares: foi verificado quais e quantos eventos CV os pacientes estudados sofreram, tais como: Infarto Agudo do Miocárdio, hospitalização por angina, Acidente Vascular Encefálico, Cirurgia de revascularização, Doença arterial obstrutiva periférica.

- Prescrição médica: levantou-se a procedência da primeira prescrição pós evento (hospital, UBS, ambulatório de especialidades), e atualmente onde é realizado seu acompanhamento médico (UBS, hospital, ambulatório de especialidades).

- Local onde retira a medicação: Farmácia da UBS, (VERIFICAR a sigla utilizada, padronizar) Farmácia popular, Farmácia Comum.

3.6. Coleta de dados:

O questionário foi aplicado pelos Agentes Comunitários de Saúde, que conhecem sua comunidade sabendo identificar e localizar quem apresentou DCV. A coleta foi realizada pelo ACS, individualmente, na residência do paciente em visitas domiciliares.

Os ACS foram treinados previamente, pela pesquisadora, de maneira que houvesse uniformidade na coleta das informações.

3.6. Aspectos Éticos:

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Santo Amaro CAAE 58809916.2.0000.0081 e Número do Parecer: 1.695.918 (Anexo C) e autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Embu-Guaçu (Anexo D).

3.7. Análise dos dados:

Os dados sócios demográficos (gênero e idade) foram apresentados em forma de tabelas descritivas.

Foram analisados os eventos cardiovasculares encontrados segundo as UBSF e as suas prevalências. Foi realizada uma comparação entre as prevalências dos eventos cardiovasculares entre os gêneros.

Em uma tabela descritiva foram apresentadas as prescrições de medicamentos de acordo com o mecanismo de ação, segundo o evento cardiovascular apresentado.

As prescrições de medicamentos para tratamento dos eventos cardiovasculares foram apresentadas em porcentagem pelo total de indivíduos estudados em cada evento.

Foi relacionada também, a procedência do profissional de saúde que prescreveu a medicação para cada evento.

3.8. Análise Estatística:

Para análise dos resultados foram aplicados:

- 1- Teste do Qui-quadrado ou Teste exato de Fisher para estudar possíveis associações entre variáveis estudadas.
- 2- Análise de variância de Kruskal-Wallis para avaliar as idades entre diferentes eventos cardiovasculares.
- 3- Teste G de Cochran com a finalidade de estudar a concomitância dos eventos cardiovasculares tanto para mulheres, quanto para homens e para as UBSF.

Fixam-se em 0,05 ou 5% o nível de significância.

3.9 Limitações do estudo:

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser levadas em consideração ao se analisar os resultados. Apesar de se tratar de uma amostra de base populacional, os indivíduos participantes foram limitados àqueles atendidos em apenas 3 das 17 equipes da Estratégia de Saúde da Família existentes no município, o que pode afetar a generalização dos resultados, levando a necessidade de continuidade do estudo para ampliar a amostra e também a participação de indivíduos atendidos em outras unidades.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As DCV são consideradas as principais causas de morte em quase todo o mundo, e a maioria dessas mortes são evitáveis com medidas preventivas tanto na prevenção primária como na secundária^{1,5}

Das três unidades de saúde da família que participaram do estudo, 67 pacientes apresentaram eventos cardiovasculares (Tabela 1). Do total da população estudada acima de 18 anos, correspondeu a 1,34% da população.

Tabela 1- Pacientes com evento CV, segundo UBSF.

UBSF	N	%
Penteado	26	38,8
Recanto Lagos Grande	20	29,9
Sapateiro	21	31,3
Total	67	100

A Tabela 2 apresenta o número de homens e mulheres que participaram desse estudo de acordo com a UBS. A distribuição de gênero entre as UBS não apresentou diferença significativa, mostrando uma distribuição homogênea.

Estudos que analisaram o perfil social de pacientes com DCV, mostram essa homogeneidade entre os gêneros, porém todos com uma porcentagem masculina maior.^{2,30,31,32} Na nossa pesquisa, a não ser pela UBSF Sapateiro, as outras unidades também apresentam uma porcentagem do gênero masculino maior que do feminino.

Tabela 2- Pacientes estudados nas três UBS, segundo gênero.

UBS	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Penteado	18	41,9	8	33,3
Recanto	13	30,2	7	29,2
Sapateiro	12	27,9	9	37,5
Total	43	100	24	100

Teste do Qui-Quadrado $X^2 = 0.747$ $p = 0,6884$ (N.S.)

A ocorrência das DCV, se dá pela combinação de fatores de risco modificáveis (como tabagismo, alimentação, stress) e pelos não modificáveis como a idade, genética, gênero. Muitos estudos demonstram que a idade média do aparecimento das DCV em homens é de 55 anos e de 65 anos para as mulheres, sendo a idade média para ambos os gêneros em torno de 65 anos.^{30,31,32}

Assim como a idade, o gênero parece influir sobre a apresentação clínica do infarto agudo do miocárdio⁴. As mulheres com infarto agudo do miocárdio, além de serem cerca de dez anos mais velhas em relação aos homens, apresentam maior incidência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, coronárias normais e sinais clínicos de insuficiência cardíaca (apesar da fração de ejeção não ser menor que a do homem).³³ Ainda não está definido se a maior mortalidade em mulheres com infarto agudo do miocárdio ocorre pelo acometimento em idade mais avançada, pela diferença da incidência dos vários fatores de risco, ou se existe uma associação independente entre sexo feminino, morbidade e mortalidade pós-infarto agudo do miocárdio.³⁴

A idade dos pacientes (tabela 3) que participaram do estudo por UBS, não teve diferença significativa pelo teste Kruskal-Wallis, com mediana de idades de 66,5, 63,5 e 66, nas Unidades do Penteado, Recanto e Sapateiro respectivamente.

Tabela 3- Idade dos pacientes que participaram do estudo, segundo UBS.

Penteado		Recanto		Sapateiro	
78	61	57	66	72	46
63	48	55	80	81	48
56	62	53	44	59	63
77	43	52	56	66	19
91	80	63	64	75	75
71	65	60	72	69	73
53	60	78	44	70	66
55	74	67		76	50
70	68	34		66	
51	53	67		72	
53	76	66		58	
85	82	75		66	
73	64	64		64	
N= 26 X= 66,5 μ i= 66,5		N= 20 X= 63,5 μ i= 60,9		N= 21 X= 66,0 μ i= 63,5	
Análise de variância de Kruskal-Wallis		Hcal= 2,014		p=0,3652 (N.S.)	

A tabela 4, mostra a distribuição dos eventos CV segundo as UBS estudadas. As doenças isquêmicas e as cerebrovasculares são as de maior impacto na morbimortalidade das DCV. As DCBV estão mais associadas a doenças hipertensivas diagnosticadas tardiamente ou tratadas inadequadamente, indicando falha nos serviços de saúde. Por sua vez, as doenças isquêmicas (principal representante o IAM), são as principais causas de morte nos países desenvolvidos, enquanto as DCBV são importantes causas de morte nos países em desenvolvimento.³⁵

No Brasil, entre 1983 e 2005, houve redução de 11,8% nas taxas de mortalidade por DCVs. Em 1983, as DCVs representaram a principal causa de morte no país, atingindo prevalência de 26%, sendo que 8,7% delas eram provenientes de doença arterial coronária e 8,7% devido a acidente cerebrovascular. Em 2005, o AVE apresentou redução de 16,4% da taxa de mortalidade em comparação ao registro anterior, embora permanecendo na liderança de razão de morte. Infarto agudo do miocárdio continuou em segunda posição, com redução de 8,5% da taxa de mortalidade comparada a 1983. Entretanto, a tendência mostra um aumento

proporcional da mortalidade por DCVs em relação à mortalidade por todas as causas, já que em 2005 aumentou 2,2 pontos, alcançando 28,2% da mortalidade geral.³⁶

Tabela 4 - Eventos cardiovasculares apresentado pela população estudada, segundo as UBS.

Eventos	UBS						Total	
	Penteado		Recanto		Sapateiro		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Infarto	10	41,6	7	36,8	6	25	23	34,3
Angina	4	16,7	1	5,3	10	41,6	15	22,4
AVE	10	41,7	11	57,9	6	25	27	40,3
DAOP	0	0	0	0	2	8,4	2	3,0
Total	24	100	19	100	24	100	67	100

Bhatnagar e col. Em estudo epidemiológico realizado no reino Unido em 2014, demonstraram que a prevalência de infarto agudo do miocárdio em homens foi três vezes maior do que em mulheres; angina duas vezes mais prevalente em homens; AVE 2,53% em homens e 1,99% em mulheres.³⁷

A tabela 5 também nos mostra que os AVEs, predominam sobre os IAMs, e ambos sobre todos os outros eventos, contradizendo alguns estudos que demonstram que a porcentagem de IAMs se sobressaem aos AVEs, como o *Epidemiological studies oh CHD and the evolution of preventive cardiology*, que diz que doença cardíaca isquêmica, é a manifestação predominante das DCV, e causa 46% das mortes CV em homens e 38% em mulheres. A doença cerebrovascular é a forma de DCV com a segunda maior mortalidade – 34% em homens e 37% nas mulheres.³⁸

Tabela 5 – Eventos cardiovasculares apresentados pelos pacientes estudados nas 3 unidades básicas de saúde da família.

IAM	Angina	AVC/AVE	DAOP
$\Sigma = 24$	$\Sigma = 15$	$\Sigma = 27$	$\Sigma = 2$
% = 28,2	% = 17,6	% = 31,7	% = 2,3

G de Cochran

G calculado = 38,333

p= 0,0000*

AVE > maior do que todos

Os eventos cardiovasculares analisados nessa pesquisa, tiveram sua distribuição entre os gêneros masculino e feminino sem diferença significativa em todos eles (tabela 6). Em estudo realizado no reino Unido em 2014, a prevalência de IAM na população masculina foi três vezes maior do que em mulheres (2,46% em homens e 0,87% em mulheres). No mesmo estudo a prevalência de angina foi de 3,05% em homens e 1,79% em mulheres; já os AVEs, 2,53% em homens e 1,99% nas mulheres, totalizando 1,7% na população em geral.³⁷

Tabela 6 - Presença do evento cardiovascular, segundo o gênero.

Evento	Feminino % Sim	Masculino % Sim	Teste do Qui- quadrado Teste exato de fisher
IAM	29	26,4	p = 0,8885 (N.S.)
Angina	19,3	17	p = 0,9382 (N.S.)
AVC/AVE	32,3	32,1	p = 0,929 (N.S.)
DAOP	0	3,8	P = 0,5332 (N.S.)

Os cuidados com os pacientes crônicos são fundamentais para se evitar novas internações e novos episódios de síndrome coronariana aguda: o controle correto da hipertensão, dislipidemia, tabagismo, dieta saudável e adesão aos medicamentos é determinante no sentido de se impedir novos problemas agudos, diminuindo, dessa forma, reinternações, descompensações cardíacas e prevenindo eventos futuros. O uso correto dos medicamentos já disponibilizados na rede do SUS pode, com certeza, contribuir significativamente para esses objetivos.¹⁰

Apesar das recomendações das diretrizes sobre a doença arterial coronariana crônica e das evidências científicas disponíveis para mostrar que o tratamento farmacológico ideal, além de uma intervenção vigorosa dos fatores de risco e estilo de vida trazem benefícios em relação à redução de eventos CV não fatais e sobre a mortalidade, há uma lacuna entre o conhecimento científico e sua aplicação na prática clínica em pacientes com DAC. Esse fato ocorre em todo mundo, como demonstram os estudos Europeus sobre prevenção secundária através da intervenção para reduzir os eventos – EUROASPIRE, que revelou que a prevenção das DCV na prática clínica é inadequada nos países em que é necessário um gerenciamento mais efetivo em relação à prescrição de medicamentos com eficácia comprovada e modificação do estilo de vida, com controle de fatores de risco em pacientes com DCV.^{12,39}

Atualmente, as diretrizes europeias de prevenção cardiovascular em pacientes com doença coronariana estabelecida recomendam o uso de terapia antiplaquetária, agentes hipolipemiantes, um betabloqueador, e agentes de redução da PA adicionais no caso de uma PA sistólica acima de 140 mmHg.¹⁷

Tabela 7 – Medicamentos prescritos, de acordo com o mecanismo de ação, segundo o evento cardiovascular apresentado.

Eventos	Grupo Medicamentoso							
	Anti-agregante Plaquetário		Estatinas		Beta Bloqueadores		IECAS/BRA	
	N	%	N	%	N	%	N	%
IAM (23)	15	65	14	61	17	74	18	78
Angina (15)	9	60	12	80	10	66,7	15	100
AVE (27)	16	59	18	66,7	9	33,4	23	85
DAOP (2)	1	50	1	50	1	50	1	50
TOTAL (84)	41	64,28	57	67,8	50	59,2	74	88,1

Os benefícios estabelecidos em prevenção secundária conferem indicação de uso do AAS em todos os pacientes com IAMCST por tempo indeterminado. No grupo colaborativo de estudos de antiagregantes plaquetários, uma metanálise envolvendo 16 estudos de prevenção secundária, evidenciou que a utilização da aspirina conferiu grande redução absoluta nos eventos vasculares (6,7% vs. 8,2% ao ano; $p < 0,0001$), com um aumento não significativo no AVC hemorrágico, mas com reduções de cerca de um quinto no AVC total (2,08% vs. 2,54% ao ano; $p = 0,002$) e nos eventos coronários (4,3% vs. 5,3% ao ano; $p < 0,0001$), com resultados agregados similares em homens e mulheres.²⁹

Em nosso estudo, apenas 64% dos pacientes que sofreram algum evento fazem uso de antiagregantes plaquetários. Desses, os que sofreram IAM, são a maioria com 65%, seguidos dos que tiveram angina (tabela 7).

Vários estudos clínicos em metanálise realizadas em mais de 30 mil pacientes demonstraram, de forma inequívoca, ação dos bloqueadores beta-adrenérgicos na redução dos eventos isquêmicos cardiovasculares, como a morte e reinfarto. Esses estudos envolveram tanto fármacos tradicionais, como propranolol, timolol e metropolol, como outros mais recentes, como carvedilol e bisoprolol, com efeito

predominante sobre os pacientes de médio e alto risco, em termos de isquemia residual e disfunção ventricular esquerda, com ou sem terapêuticas reperfusão miocárdicas.²⁹

Os Betabloqueadores devem ser usados de forma indefinida em todos os pacientes com IAM, exceto na presença de contraindicações absolutas ou relativas (na dependência de uma análise individual), como: frequência cardíaca menor, 60 bpm, intervalo PR>0,24s, pressão sistólica < 100 mmHg, insuficiência cardíaca descompensada grave, BAV de segundo ou terceiro grau, doença pulmonar obstrutiva crônica e doença arterial periférica com sintomatologia grave.²⁹

Um medicamento com eficácia comprovada, e que impede a reincidência dos eventos, apenas 59% dos pacientes avaliados usam betabloqueadores. Os pacientes que sofreram AVE, são os que menos utilizam, e os mais beneficiados são os que colocaram stent seguidos dos que sofreram IAM.²⁹

Em relação ao uso dos IECAS E BRAS, há argumentos para seu uso em todos os pacientes após IAM, em função da sua atuação anti-isquêmica, antiaterosclerótica, e da consequente diminuição da recorrência de eventos isquêmicos, já evidenciadas em vários estudos. O uso rotineiro e por tempo indeterminado nos pacientes de maior risco, como portadores de IAM com disfunção de VE (FE< 40%) ou localização na parede anterior, hipertensos, diabéticos e portadores de nefropatia crônica estável, tem recomendações formal. Entre pacientes de mais baixo risco, ou seja, aqueles com FEVE normal nos quais os fatores de risco cardiovascular estejam bem controlados em algum procedimento de revascularização tenha sido realizado, o uso de IECA pode trazer benefícios, sendo razoável sua utilização.²⁹

De todas as classes medicamentosas em questão, a mais utilizada em nosso estudo, são os IECAs e os BRAs, utilizada por 88% dos pacientes sendo que 100% dos pacientes com angina fazem seu uso. Quanto aos pacientes que fizeram revascularização, alguns deles tiveram em suas receitas, dois medicamentos dessa mesma classe prescritos, sabendo que essa medida é desnecessária.

Os benefícios do uso de estatinas na prevenção secundária são comprovados de modo inequívocos e estudos clínicos randomizados também demonstraram o benefício da utilização precoce e com estatina altamente potente. A metanálise

recente dos estudos comparando terapias redutoras de LDL-c mais potentes vs. menos potentes indicou que a primeira promoveu reduções significantes da mortalidade cardiovascular, IAM não fatal, AVC isquêmico e revascularização miocárdica. Com o objetivo de intensificar a implementação do uso de estatinas para grupo de pacientes com benefícios comprovados, recente publicação, em 2013, da diretriz para manejo do colesterol ressalta o grupo de prevenção secundária de modo claro e independente de metas de LDL.²⁹

Apesar desses benefícios comprovados pelas estatinas, somente 67% dos pacientes fazem seu uso. Os pacientes que sofreram AVE, 67% usam as estatinas, e os infartados somente 61%.

O estudo WHO PREMISE descobriu que em países de baixa ou média renda econômica, menos de 40% dos pacientes com IAM receberam IECA e apenas 20% receberam estatinas.⁴⁰ O estudo epidemiológico rural prospectivo urbano PURE, confirmou que a adesão com drogas para a prevenção secundária nos pacientes com DCV estabelecida era geralmente baixa e pior nos países de baixa renda: com mais de 80% não recebendo nenhum dos tratamentos necessários no sul da Ásia.^{41,42}

Brasil e colaboradores, em estudo onde fizeram intervenção para melhora da prescrição medicamentosa em pacientes com DCV (comparando grupo antes e depois da intervenção), mostrou que o uso de antiagregantes plaquetários e de estatinas não teve mudança estatisticamente significativas: de 96,3% para 96,4 para antiagregantes, e de 98,55 vs 97,7%. Para os IECA houve uma redução estatisticamente significativa de 67,2% para 56,8%, porém houve aumento do uso dos BRA, também significativa de 25,5% para 32,9%. Em relação aos betabloqueadores houve aumento de 88,7% para 91,9% ($p=0,047$).¹²

Em estudo similar COURAGE, mostrou, com seguimento de 5 anos, que o uso de antiagregantes plaquetário foi de 87% para 96%, estatinas de 64% para 93%, IECA e BRA de 46% para 72% e betabloqueadores de 69% para 85%.⁴³ Outro estudo similar, CHAMP, avaliou os pacientes com características já discutidas e demonstrou que o tratamento preventivo iniciado precocemente, durante a admissão e antes da alta, substancialmente melhorou a prescrição de drogas e a adesão, resultando em redução significativa dos eventos CV um ano após a alta em relação ao IAM

recorrente, hospitalização e mortalidade cardíaca e total ($p < 0,05$ para todos os eventos).^{44,12}

Já no estudo longitudinal realizado no Reino Unido, *The UK National Health Service – delivering equitable across the spectrum of coronary disease*, onde foram analisadas prescrições de médicos da atenção primária para pacientes com IAM, entre 1999 a 2007, verificou que o uso de aspirina aumentou de 43% para 64%, IECA e BRA de 22% para 59%, os Betabloqueadores de 33% para 55% e estatinas de 38% para 72%.⁴⁵

Na tabela 8, observamos que, dos 67 pacientes avaliados, apenas 20,9% apresentaram prescrições medicamentosas contendo um representante de cada classe recomendada. Sabe-se que alguns podem ter contraindicações para algumas classes, porém a percentagem é muito aquém do esperado. Não houve diferença significativa entre as três unidades, o que nos faz refletir sobre o serviço de atenção primária que deve coordenar o cuidado desses pacientes.

No município de Embu- Guaçu, as medicações são disponibilizadas na farmácia central, e também nas farmácias populares. Há períodos em que há falta das medicações nesses estabelecimentos, trazendo uma dificuldade para a população.

Tabela 8 – Pacientes com prescrições que contém ao menos, 1 medicamento de cada classe das medicações recomendadas, segundo UBS.

UBS	Prescrições adequadas				Total de Sim	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Penteado	6	42,8	20	29,8	26	23,1
Recanto	3	21,5	17	25,3	20	15
Sapateiro	5	35,7	16	23,9	21	23,8
Total	14	100	53	100	67	20,9

Teste exato de Fisher $p = 0,7396$ (N.S.)

A tabela 9 mostra que a maioria das prescrições foram feitas no hospital com significância estatística ($p=0,0000^*$). Este fato pode ser explicado devido aos episódios de DCV que na maioria são agudos, com necessidade de cuidados em nível de atenção secundária e terciária, ou seja, em ambiente hospitalar, muitas das vezes com internação, e na sua alta, os pacientes já saem com a prescrição medicamentosa.

Tabela 9 – Pacientes com eventos cardiovasculares, segundo serviço de saúde do profissional médico prescritor.

UBS	HOSPITAL	AMBULAT.	OUTROS
$\Sigma = 23$	$\Sigma = 35$	$\Sigma = 15$	$\Sigma = 0$
% = 31,5	% = 47,9	% = 20,5	% = 0,0

G de Cochran

G calculado = 33.4348

p= 0,0000*

HOSPITAL > maior do que todos

Já quanto ao acompanhamento, a maioria dos pacientes são acompanhados pelo cardiologista (tabela 10).

Esse resultado nos leva reflexão sobre o serviço de atenção primária em questão. A atenção primária, é o nível de saúde que além de ser a porta de entrada do SUS, é onde a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado devem ser diretrizes absolutas no cuidado dos pacientes. Em se tratando de doenças crônicas, essas diretrizes são irrevogáveis. No Brasil, com a estratégia saúde da família, o cuidado e acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, deveria ser feito 100% na AP, mesmo com a necessidade de acompanhamento com nível secundário de atenção, a coordenação do cuidado é de responsabilidade da atenção primária.

Tabela 10 – Especialidade médica do profissional que acompanha os pacientes estudados.

UBS	CARDIOLOG.	HOSPITAL	NEUROLOG.
$\Sigma = 34$	$\Sigma = 40$	$\Sigma = 06$	$\Sigma = 07$
% = 39,0	% = 45,9	% = 6,9	% = 8,0

G de Cochran

G calculado = 53.9573

p= 0,0000*

CARDIOLOGISTA > maior do que todos

Grande parte da responsabilidade pela prevenção secundária e gerenciamento de problemas efetivos a longo prazo associados a acidentes vasculares cerebrais são das equipes de atenção primária. Os médicos de família estão bem posicionados para implementar a prevenção secundária para esses pacientes. No entanto, as principais deficiências na distribuição da prevenção secundária após AVC foram demonstradas nas configurações de atenção primária. Os resultados da National Sentinel Audit of Stroke em 2001 no Reino Unido revelaram que 24% dos pacientes com história de doença cerebrovascular anterior não estavam com medicação antitrombótica adequadas.³

Alguns estudos demonstram que a AP é de extrema importância nos cuidados dos pacientes com DCV, tanto na prevenção primária quanto na secundária, e que após treinamento das equipes de saúde, houve melhora significativa em relação à prevenção secundária.^{3,8,9,46}

Importante ressaltar, que os médicos que estão atuando nas equipes estudadas, não são médicos de família e comunidade e fazem parte do programa mais médicos.

As tabelas 11 e 12, mostram que o serviço de atenção primária está ineficaz quanto ao acompanhamento desses pacientes, pois apenas 50% estão sendo acompanhados nas UBSF, com distribuição homogênea entre as três unidades. E que também as prescrições medicamentosas não estão adequadas com as diretrizes sobre prevenção secundária das DCV.

Tabela 11 – Pacientes acompanhados no serviço de atenção primária à saúde, segundo UBS.

UBS	Acompanhamento				Total de Sim	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Penteado	14	41,2	12	36,3	26	53,8
Recanto	8	23,5	12	36,3	20	40
Sapateiro	12	35,3	9	27,4	21	57,7
Total	34	100	33	100	67	50,7

Teste do Qui quadrado $X^2= 1,37$ $p= 0,5046$ (N.S.)

Tabela 12 – Pacientes acompanhados exclusivamente no serviço de atenção primária, que apresentaram prescrições contendo um medicamento de cada classe de medicações recomendadas.

UBS	Prescrição Adequada				Total de Sim	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Penteado	4	44,4	10	40	14	28,5
Recanto	2	22,2	6	24	8	25,0
Sapateiro	3	33,4	9	36	12	25,0
Total	9	100	25	100	34	26,5

Teste do Qui-quadrado $X^2= 0,05$ $p= 0,9734$ (N.S.)

O AVE, além da alta mortalidade e morbidade, também é uma causa significativa de deficiência em adultos e tem consequências econômicas substanciais. Os sobreviventes de um ataque isquêmico transitório (AIT) ou de um AVE, tem risco aumentado de outro AVE, que é uma fonte importante de aumento da mortalidade e da morbidade. Além disso, esses pacientes também apresentam maior risco de infarto do miocárdio e de outros eventos vasculares. Os ensaios clínicos forneceram fortes evidências que a prevenção secundária efetiva reduz significativamente a mortalidade

e a taxa de recorrência associada ao AVE. Portanto, a instituição rápida de prevenção secundária baseada em evidências para pacientes com AVC merece alta prioridade.³

Os eventos cardiovasculares recorrentes são comuns em pessoas que já tiveram um infarto do miocárdio. Vários estudos encontraram uma taxa de recorrência de cerca de 50% para qualquer evento cardiovascular ou para revascularização subsequente no ano após o IAM. E até 75% dos pacientes apresentaram um evento recorrente dentro de 3 anos. Na Inglaterra 13% de todos os eventos CV foram infarto do miocárdio recorrentes. Nos EUA, estima-se que 300.000 pessoas tenham um ataque recorrente. Fatores associados ao maior índice de recorrência incluem: idade avançada, status econômico, não procedimentos de revascularização, presença de comorbidades, e falta de adesão à medicação de prevenção secundária.¹⁷

Tabela 13 – Pacientes que sofreram mais de um evento CV por UBS.

Número de eventos	Penteado	Recanto	Sapateiro	Total	%
Dois	7	4	4	15	68,2
Três ou mais	3	2	2	7	31,8
Total	10	6	2	22	100

Teste do Qui-quadrado X^2 calculado = 0,26 $p=0,8796$ (N.S.)

Em nossa pesquisa, dos 67 pacientes analisados (tabela 13), 22 (33%) sofreram mais de um evento CV, desses, 32% sofreram mais de 3 eventos sendo que, a distribuição desses pacientes foi homogênea nas três unidades. Essa alta taxa de recorrência, nos faz pensar sobre a qualidade da prevenção secundária realizada nas UBSF avaliadas, corroborando com a informação de que apenas 26% das prescrições estão adequadas e também com o cuidado com os principais fatores de risco das DCV, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade e tabagismo.

5. CONCLUSÃO

No presente estudo, o AVE é a DCV mais prevalente da população estudada com 40% dos casos, seguido do IAM (34%). A angina e a doença arterial obstrutiva crônica se apresentam com 22% e 3% respectivamente.

A prevenção secundária medicamentosa dos pacientes estudados nessas UBSF no município de Embu-Guaçu, está longe de ser considerada ideal, pois apenas 26% dessas prescrições encontram-se adequadas segundo as diretrizes sobre prevenção secundária medicamentosa das DCV, e aquém de alguns estudos que chegam a ser 90%. Das classes medicamentosas, os IECAS foram os mais prescritos, o que possa ser explicado devido seu uso estar fortemente associado ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, que é o fator de risco mais prevalente das DCV.

A maioria das prescrições são procedentes do hospital (48%), seguido das prescrições das Unidades Básicas de Saúde com cerca de 31%.

Contradizendo o esperado, pois todos os pacientes deveriam ser acompanhados pela atenção primária à saúde, a maioria dos pacientes são acompanhados pelo cardiologista (49%), seguido das UBS com 32%.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo as doenças cardiovasculares, principalmente o IAM e o AVE, responsáveis pelo primeiro lugar no ranking da mortalidade no Brasil, estudar as causas desse indicador, deve fazer parte das ações públicas de saúde.

A prevenção secundária medicamentosa junto com a prevenção dos fatores de risco para as DCV, devem priorizar intervenções que se associem à redução de ocorrência de novos eventos cardiovasculares, diminuindo a morbimortalidade.

A Estratégia Saúde da Família, como política pública da atenção primária brasileira, deve ser o principal foco de ação, com treinamento dos profissionais e ações de intervenção para essas doenças.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yusuf S, Reddy s, Ôunpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases Part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impacto of urbanization. *Circulation*. 2001;104: 2746-53.
2. Souza RKT, Bortoletto MSS, Loch RM, González DA, Matsuo T, Cabrera MAS, Remondi FA, Yonamine CY. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011):estudo de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013 Jul-Set; 22(3):435-444.
3. Chen CXR, Chan SL, Law TC, Choi SK, Chan KH. Secondary prevention of stroke: na evidence-based clinical audit in the primary care. *Hong Kong Med J*. 2011;17:469-77.
4. Mansur AP, Favarato D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. *Arq Bras Cardiol*. 2012; 99(2):755-761.
5. Ribeiro ALP, Duncan BB, Brant LCC, Lotufo PA, Mill JG, Barreto SM. Cardiovascular Health in Brasil- Trends and Perspectives. *Circulation*. 2016;133:422-433.
6. World Health Organization. (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010: Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants.[periódico na internet]. 2011Apr [acesso em 2016 Apr 17].[aproximadamente 176 p.]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
7. Malta DC, Iser BPM, Claro RM, Moura L, Bernal RTI, Nascimento AF, Silva Jr JB, Monteiro CA. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013 jul-set;22(3):423-434.
8. Brotons C, Maiques A, Mostaza J, Pinto X, Vilaseca J. Control lipídico en prevención secundaria: estudio multicéntrico, observacional en atención primaria. *Aten Primaria*. 2004; 34(2):81-6.
9. Sicras-Mainar A, Velasco-Velasco S, González-Rojas GN; Clemente-Igeño C, Rodríguez-Cid JL. Influencia de la morbilidad, control metabólico y uso de recursos de los sujetos ensituación de riesgo cardiovascular en el ámbito de la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2008;40(9):447-54.
10. Anndrade JP, Mattos LAP, Carvalho AC, Machado CA, Oliveira GMM. Programa nacional de qualificação de médicos na prevenção e atenção integra às doenças cardiovasculares. *Arq. Bras. Cardiol*.2013;100(3): 203-211.
11. Poredos P, Jezovnik MK. Do the effects of secondary prevention of cardiovascular events in PAD patients differ from other atherosclerotic disease. *Int J Mol Sci*. 2015;16:14477-89.
12. Brasil CKOI, Avezum Jr A, Uint L, Del Monaco MI, Barros VM, Campos SYR, Souza AMR. Cardiovascular prevencion in coronary heart disease patients: guidelines implementacion in clinical practice. *Rev Bras Cir Cardiovasc*.2013;28(2):238-47.
13. Therapeutic guidelines cardiovascular, 6th edn. Melbourne, Vic: Cardiovascular Expert Group. Therapeutic Guidelines,2012.

14. Delsart P, Lemesle G, Lamblin N, Tricot O, Meurice T, Mycinski C, Elkohen M, Chmait A, Haulon S, Bauters C. Secondary medical prevention and clinical outcome in coronary artery disease patients with a history of non-coronary vascular intervention: a report from the CORONOR investigators. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2015; 22(7): 864-871.
15. Lieshout van J, Grol R, Campbell S, Falcoff H, Capell EF, Glehr M, Goldfracht M, Kumpusalo E, Künzi B, Ludt S, Petek D, Vanderstighelen V, Wensing M. Cardiovascular risk management in patients with coronary heart disease in primary care: variation across countries and practices. An observational study based on quality indicators. *BMC Family Practice*. 2012;13:96-103.
16. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
17. Bansilal S, Castellano JM, Fuster V. Global Burden of CVD: focus on secondary of cardiovascular disease. *International Journal of Cardiology*. 2015; 201(1): S1-7.
18. Pereira FJR, Silva CCda, Lima NEA. Perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras. *Saúde debate [Internet]*. 2015 Dec [cited 2017 Sep 24]; 39(107): 1008-1017.
19. Blacher J, Levy BI, Mourad JJ, Safar ME, Bakris G. From epidemiological transition to modern cardiovascular epidemiology: hypertension in the 21st century. *Lancet*. 2016 Jul 30;388(10043):530-2.
20. Schhmid O, Chalmers L, Bereznicki L. Evidence-to-practice gaps in the management of community-dwelling Australian patients with ischaemic heart disease. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2015;40:398-403.
21. Yusuf S, Reddy S, Ôunpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases path II: variations in cardiovascular disease by specific ethnic groups and geographic regions and prevention strategies. *Circulation*. 2001;104:2855-2864.
22. Anderson MIP, Rodrigues RD. Integralidade na prática do médico de família e na atenção primária à saúde. In: Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de medicina de família e comunidade*. 1a ed. Porto Alegre: Artmed;2012.
23. Kotseva K, Wood D, De Baker G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U, EUROASPIRE Study Group:EUROASPIRE III: A survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries, *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2009;16:121-137.
24. Van Lieshout J, Wensing M, Campbell SM, Grol R. Primary care strength linked to prevention programs for cardiovascular disease. *Am J Manag Care*. 2009; 15:255-262.
25. Brasil Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília:MS. 2011.
26. Ministério da saúde. Secretaria de atenção básica à saúde. Departamento de atenção básica. Programa saúde da família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2003;3(1):113-125.

27. <http://cidades.ibge.gov.br/>
28. <http://www.embuguacu.sp.gov.br/>
29. Piegas, LS, Timerman, A, Feitosa, GS, Nicolau, JC, Mattos, LAP, Andrade, MD, Avezum, A, Feldman, A, De Carvalho, ACC, Sousa, ACS, Mansur, AP, Bozza, AEZ, Falcão, BAA, Markman Filho, B, Polanczyk, CA, Gun, C, Serrano Junior, CV, Oliveira, CC, Moreira, D, Précoma, DB, Magnoni, D, Albuquerque, DC, Romano, ER, Stefanini, E, Santos, ES, God, EMG, Ribeiro, EE, Brito Júnior, FS, Feitosa-Filho, GS, Arruda, GDS, Oliveira, GBF, Oliveira, GBF, Lima, GG, Dohmann, HFR, Liguori, IM, Costa, JR, Saraiva, JFK, Maia, LN, Moreira, LFP, Arrais, M, Canesin, MF, Coutinho, MSSA, Moretti, MA, Ghorayeb, N, Vieira, NW, Dutra, OP, Coelho, OR, Leães, PE, Rossi, PRF, Andrade, PB, Lemos, PA, Pavanello, R, Vivacqua Costa, RC, Bassan, R, Esporcatte, R, Miranda, R, Giraldez, RRCV, Ramos, RF, Martins, SK, Esteves, VBC, & Mathias Junior, W. (2015). V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 105(2, Suppl. 1), 1-121.
30. Berwanger O, Mattos LAP, Martin JFV, Lopes RD, Figueiredo EL, Magnoni D, Precoma DB, Machado CA, Guimarães JI, Andrade JP. Prescrição de terapias baseadas em evidências para pacientes de alto risco cardiovascular: estudo REACT. *Arq. Brasil. de Cardiologia*. 2013;100(33):212-220.
31. Munoz MA, Subirana I, Ramos R, Franzi A, Vila J, Marrugat J. *Med Clin (Barc)*. Eficacia de um programa intensivo de prevenção secundaria de cardiopatia isquêmica tras 5 anos de intervención. 2008;130(14):521-5.
32. Almeida MC, Montenegro CEL, Sarteschi C, Montenegro GL, Montenegro PBR, Livera JR, Montenegro SML, Montenegro ST, Silva OB, Carvalho EMF. Comparação do perfil clínico-epidemiológico entre homens e mulheres na síndrome coronariana aguda. *Ver Bras Cardiol*. 2014;27(6):423-429.
33. Simão AF, Precoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GMM, Murro ALB, Campos A, Alessi A, Avezum Junior A, Achutti AC, Miguel ACMG, Sousa ACS, Lotemberg AMP, Lins AP, Falud AA, Brandão AA, Sanjuliani AF, Sbissa AS, Alencar Filho AC, Herdy AH, Polanczyk CA, Lantieri CJ, Machado CA, Scherr C, Stoll C, Amodeo C, Araújo CGS, Saraiva D, Moriguchi EH, Mesquita ET, Fonseca FAH, Campos GP, Soares GP, Feitosa GS, Xavier HT, Castro I, Giuliano ICB, Rivera IV, Guimaraes ICB, Issa JS, Souza JRM, Faria Neto JR, Cunha LBN, Pellanda LC, Bortolotto LA, Bertolami MC, Miname MH, Gomes MAM, Tambascia M, Malachias MVB, Silva MAM, Izar MC, Magalhães MEC, Bacellar MSC, Milani M, Wajngarten M, Ghorayeb N, Coelho OR, Villela PB, Jardim PCBV, Santos Filho RD, Stein R, Cassani RSL, D'Avila RL, Ferreira RM, Barbosa RB, Povia RMS, Kaiser SE, Ismael SC, Carvalho T, Giraldez VZR, Coutinho W, Souza WKS. I Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. 2013; 101(6):2-50.
34. Conti RAS, Solimene MC, Luz PL, Benjó AM, Lemos Neto PA, Ramires JAF. Comparação entre Homens e Mulheres Jovens com Infarto Agudo do Miocárdio. *Arq Bras Cardiol*. 2002; 79: 510-7.
35. Guimarães RM, Andrade SSCA, Machado EL, Bahia CA, Oliveira MM, Jacques FVL. Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças

- cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(2):83-9.
36. Avezum A, Maia LN, Nakazone M. In Timerman A, Bertolami M, Ferreira JFM. *Manual de Cardiologia*. São Paulo, Atheneu, 2012. p.1-5, tab. Monografia Português | SES SP - Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia | ID: ses-2688
 37. Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Williams J, Rayner M, Townsend N. The epidemiology of cardiovascular disease in the UK 2014. *Heart*. 2015;101: 1182-89.
 38. Wong ND. Epidemiological studies of CHD and the evolution of preventive cardiology. *Nat Rev Cardiol*. 2014;11:276-289.
 39. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, De Backer G, Rydén L, Jennings C, Gyberg V, Amouyel P, Bruthans J, Castro Conde A, Cífková R, Deckers JW, De Sutter J, Dilic M, Dolzhenko M, Erglis A, Fras Z, Gaita D, Gotcheva N, Goudevenos J, Heuschmann P, Laucevicius A, Lehto S, Lovic D, Miličić D, Moore D, Nicolaidis E, Oganov R, Pajak A, Pogosova N, Reiner Z, Stagmo M, Störk S, Tokgözoğlu L, Vuclic D. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Eur J Prev Cardiol*. 2016 Apr;23(6):636-48.
 40. Mendis S, Abegunde D, Yussuf S, Ebrahim S, Shaper G, Ghannem H, et al. WHO study on Prevention of Recurrences of Myocardial Infarction and Stroke (WHO PREMISSE). *Bull World Health Organization*. 2005;83(11):820-9.
 41. Yussuf S, Islam S, Chow CK, Rangarajan S, Dagenais , Diaz R, et al. Use of Secondary Prevention Drugs for Cardiovascular Disease in the Community in High-income, Middle-income, and Low-income Countries (the Pure Study): a prospective epidemiological survey. *Lancet*. 2011;378(9798):1231-43.
 42. Castellano JM, Bueno H, Fuster V. The cardiovascular polypill: clinical data and ongoing studies. *International journal of cardiology*. 2015;S1:S8-S14.
 43. Marrow DJ, Boden WE, O'Rourke RA, Hartigan PM, Calfas KJ, Mancini GB, et al; COURAGE Trial Research Group. Intensive multifactorial intervention for stable coronary artery disease: optimal medical therapy in the COURAGE (Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation) trial. *J Am Coll Cardiol*. 2010;55(13):1348-58.
 44. Fonarow GC, Gawlinski A, Moughrabi S, Tillisch JH. Improved treatment of coronary heart disease by implementation of Cardiac Hospitalization Atherosclerosis Management Program (CHAMP). *Am J Cardiol*. 2001;87(7):819-22.
 45. Hawkins NM, Scholes S, Bajekal M, Love H, O'Flaherty M, Raine R, Capewell S. The UK National health service: delivering equitable treatment across the spectrum of coronary disease. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2013;6:208-216.
 46. Escolano ER, Beltran DO, Tortosa MG, Palaón NA, Fort AC, Pérez JN, Munuera CC, Martínez SP, Bahilo ES, Muntó FB, Cubero JB, Martínez MAN, Martínez VB, Pineda AL, Guillén VFG. El estudio PROPESE: resultados de um novo modelo organizativo em atención primaria para para pacientes com cardiopatia isquêmica crónica basado em uma intervención multifactorial. *Aten Primaria*. 2014;46(supl 3):10-15.

ANEXOS

Lista de ANEXOS

ANEXO A – Questionário

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

ANEXO C – PARECER CEP

ANEXO D – Termo autorização de pesquisa Prefeitura Municipal de Embu Guaçu.

ANEXO E – Folha de rosto envolvendo pesquisa para seres humanos

ANEXO F- Eventos cardiovasculares apresentados pelos pacientes estudados nas 3 unidades básicas de saúde da família. (Teste G de Cochran)

ANEXO G- Número de pacientes por USF segundo médico (serviço) que prescreveu seus medicamentos. (Teste G de Cochran)

ANEXO H- Número de pacientes que são acompanhados por médico da UBSF, Cardiologista, hospital, Neurologista, segundo as UBSF. (Teste G de Cochran)

ANEXO A

Questionário

IDENTIFICAÇÃO

1. Área: _____ Micro área: _____
2. Família: _____ Equipe: _____
3. Idade: _____ Gênero: _____
4. Data de nascimento: _____

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

7. Qual das condições abaixo você apresentou?
 - a. () Infarto Agudo do Miocárdio (ataque cardíaco)
 - b. () Hospitalizado por angina (dor no peito)
 - c. () Derrame (AVE/AIT)
 - d. () Fez cirurgia para dilatar os "vasos" (ICP/stent)
 - e. () Fez cirurgia de Ponte de Safena (Cirurgia de Revascularização Miocárdica)
 - f. () Teve entupimento dos vasos da perna (DAOP)

8. Você teve esses eventos mais de uma vez?

a. Sim. Quantas vezes: _____

b. Não

9. Faz tratamento com quais medicações:

a. aspirina (AAS)

b. Sinvastatina

c. Atorvastatina

d. Rosuvastatina

e. Propranolol

f. Atenolol

g. Metoprolol

h. Carvedilol)

i. ramipril

j. aptopril

k. enalapril

l. iperindopril

m. losartan

n. candesartan

o. valsartan

10. Quem prescreveu ?

a. Médico da USF

b. Médico do Hospital

c. Médico do Ambulatório

d. Outro Médico _____

11. Atualmente qual médico que faz o acompanhamento da sua saúde?

a. Médico da USF

b. Médico do Hospital

c. Médico Cardiologista

d. Médico Neurologista

12. Local onde você pega a medicação:

a. Farmácia da USF/posto

b. Farmácia Popular

c. Farmácia comum

d. Outro local: _____

27. Toma a medicação corretamente?

a. sim

b. não

28. Observações:

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PROTOCOLO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA MEDICAMENTOSA EM PACIENTES COM DOENÇA CARDIOVASCULAR ACOMPANHADOS EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.

Estes esclarecimentos estão sendo apresentados para solicitar sua participação livre e voluntária, no projeto PREVENÇÃO SECUNDÁRIA MEDICAMENTOSA EM PACIENTES COM DOENÇA CARDIOVASCULAR ACOMPANHADOS EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, do Programa de Pós Graduação – Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro - UNISA, que será realizado por Fernanda Galvão Canda Kimura Dias, mestranda, como Trabalho de Conclusão de Curso sob orientação do Prof. Dra. Patrícia Colombo de Souza.

Essa pesquisa tem como finalidade avaliar se o tratamento com remédios para pessoas que já sofreram infarto, derrame, angina, ou alguns tipos de cirurgia cardíaca, tais como ponte de safena, colocação de stent, está sendo adequado, pois essas doenças são a primeira causa de morte no Brasil e no mundo.

A pesquisa irá identificar qual doença cardiovascular é mais frequente, quais são os medicamentos usados pelos pacientes, quem receitou a medicação, se os pacientes estão usando a medicação corretamente, quem faz acompanhamento com médicos especialista, e propor melhoras, em todos os sentidos, nessa questão.

Será feita através de um questionário, aplicado pelo seu Agente Comunitário de Saúde, tendo você a possibilidade de não responder qualquer questão que não desejar.

Toda pesquisa está sujeita à riscos, mesmo sendo através de questionário, por exemplo, se os entrevistados não responderem corretamente.

Os benefícios que este estudo poderá trazer, conforme seu resultado final, será de melhorar o tratamento medicamentoso feito pelas Estratégias Saúde da Família.

É garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ou informações sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Pesquisador Responsável: Fernanda Galvão Canda Kimura Dias – Rua Cuba, 137 – Embu-Guaçu.

CEP-UNISA: Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 2141-8687.

O pesquisador responsável é Fernanda Galvão Canda Kimura Dias, médica de família e comunidade, que pode ser encontrada na UNISA – Campus I, Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNISA) – Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 2141-8687.

É garantida sua liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de qualquer benefício que você tenha obtido junto à Instituição, antes, durante ou após o período deste estudo.

As informações obtidas pelos pesquisadores serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum deles.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. (No caso de ressarcimento de despesas dos participantes da pesquisa e delas decorrentes, tais como transporte e alimentação, explicitar como ocorrerá esse ressarcimento e suas condições – Res. 466/12.II.21).

Em caso de dano pessoal, diretamente relacionado aos procedimentos deste estudo (nexo causal comprovado), a qualquer tempo, fica assegurado ao participante o respeito a seus direitos legais, bem como procurar obter indenizações por danos eventuais.

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

São Paulo, ___/___/___

Fernanda Galvão Canda Kimura Dias

Se você concordar em participar desta pesquisa assine no espaço determinado abaixo e coloque seu nome e o nº de seu documento de identificação.

Nome: (do participante)

Doc. Identificação:.....

...OU...

Nome: (do representante legal).....

Doc. Identificação:.....

Nível de representação: (genitor, tutor, curador, procurador, ...)

Nome do participante:.....

Declaro(amos) que obtive(mos) de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou do representante legal deste participante) para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

Pesquisador Responsável: (nome) – endereço e telefone.

CEP-UNISA: Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 2141-8687.

Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo Data / /

Assinatura dos demais pesquisadores Data / /

ATENÇÃO: As páginas sem as assinaturas devem conter rubrica de todos os participantes. Todas as assinaturas devem estar na mesma página. O endereço e contato dos pesquisadores e do CEP devem constar em todas as páginas; propomos o rodapé. Res. 466/12.IV.d.

ANEXO C

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA MEDICAMENTOSA EM PACIENTES COM DOENÇA CARDIOVASCULAR ACOMPANHADOS EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.

Pesquisador: Fernanda galvão Canda Kimura Dias

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58809916.2.0000.0081

Instituição Proponente: Universidade de Santo Amaro - UNISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.695.918

Apresentação do Projeto:

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem a primeira causa de morte no mundo.^{4,5,6} Engloba as Doenças Cardiovasculares (DCV), as Doenças Isquêmicas do Coração (DIC), tendo como maior representante a entidade: Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e as Doenças Cerebrovasculares (DCBV).⁷ Em 2013, o Estudo da Carga Global das DCV, estimou que 30% de todas as mortes em todo o mundo foram causadas por DCV,⁸ sendo 28,7% dos óbitos em países em desenvolvimento e 26,6% em países desenvolvidos, de acordo com a Organização Mundial de saúde (OMS). A prevenção secundária das DCV tem como objetivo reduzir o risco de um novo evento cardiovascular e morte, visando, melhorar a sobrevivência dos pacientes que sofreram o evento cardiovascular, por ser tratar de pacientes de muito alto risco.^{12,13} Ademais, os cuidados com o paciente coronariano crônico são fundamentais para se evitar novas internações e novos episódios de síndrome coronariana aguda. Medidas preventivas, incluindo farmacoterapia, são importantes não apenas para diminuir a morbidade e mortalidade das DCV, mas também porque tem impacto na qualidade de vida.^{17,18} Segundo diretrizes internacionais de prevenção secundária das DCV recomenda-se tratamento medicamentoso ao longo da vida com antiagregante plaquetários (aspirina), beta bloqueadores, estatinas e inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA).^{19,20,21} Com o aumento do uso desse tratamento para prevenção secundária, mais de 104 vidas

Endereço: Rua Profª Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

Continuação do Parecer: 1.695.918

poderiam ser salvas e 191 eventos isquêmicos recorrentes poderiam ser evitados a cada 10.000 apresentações.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a prevenção secundária medicamentosa em pacientes que já apresentaram eventos cardiovasculares, frequentadores das Unidades saúde da família do município de Embu-Guaçu.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Constrangimento do paciente ao responder o questionário.

Benefícios: A partir da análise dos dados da pesquisa, aprimorar o trabalho da atenção primária relacionado à prevenção secundária das doenças cardiovasculares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante do ponto de vista clínico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto: adequado.

Risco: adequado.

Benefícios: adequado.

Carta de co-participante: Adequada

Questionário: adequado.

TCLE: adequado - Risco e benefício descrito adequadamente.

Cronograma: Adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_770793.pdf	09/08/2016 19:28:21		Aceito
Folha de Rosto	FOLHAFERNANDA.pdf	09/08/2016 19:26:57	Fernanda galvão Canda Kimura Dias	Aceito
Outros	CARTACOPARTFERNANDA.pdf	05/08/2016 12:42:54	Fernanda galvão Canda Kimura Dias	Aceito

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

Continuação do Parecer: 1.695.918

Outros	questionario.docx	05/08/2016 12:42:06	Fernanda galvão Canda Kimura Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFERNANDA.docx	05/08/2016 12:40:30	Fernanda galvão Canda Kimura Dias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocompleto.docx	05/08/2016 12:38:44	Fernanda galvão Canda Kimura Dias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 25 de Agosto de 2016

Assinado por:
José Antonio Silveira Neves
(Coordenador)

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340
Bairro: Jardim das Imbuías **CEP:** 02.450-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2141-8687 **E-mail:** pesquisaunisa@unisa.br

DECLARAÇÃO DE CO-PARTICIPANTE

PROJETO DE PESQUISA: AVALIAÇÃO DA PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

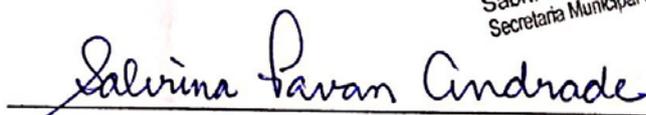
PESQUISADORES: Dra. Fernanda Galvão Canda Kimura Dias. Orientação: Profa. Dra. Patrícia Colombo.

INSTITUIÇÃO PREPONENTE: UNISA Universidade de Santo Amaro.

Declaro ter lido e concordado com o parecer ético emitido pela CEP da instituição preponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/12. Esta instituição está ciente das suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária, para a garantia de segurança e bem estar.

São Paulo, 13 de junho de 2016.

Sabrina Pavan Andrade
Secretaria Municipal de Saúde



Assinatura e Carimbo do responsável pela instituição participante.

Secretaria Municipal de Saúde de Embu-Guaçu

Secretaria Municipal de Saúde
Embu-Guaçu / SP
Telefone 4664-9150
46 523 148/0001-01

ANEXO E



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA MEDICAMENTOSA EM PACIENTES COM DOENÇA CARDIOVASCULAR ACOMPANHADOS EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 60			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Fernanda galvão Canda Kimura Dias			
6. CPF: 180.832.238-08	7. Endereço (Rua, n.º): Rua Cuba, 137 fazenda da ilha EMBU-GUACU SAO PAULO 06900000		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 11941741326	10. Outro Telefone:	11. Email: fernandakimura@yahoo.com.br

Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.

Data: 05 / 08 / 2016.

Assinatura

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

12. Nome: Universidade de Santo Amaro - UNISA	13. CNPJ: 18.301.267/0004-27	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (11) 2141-8687	16. Outro Telefone:	

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Responsável: Guilherme Jesus Pereira CPF: 065 358 398 - 20

Cargo/Função: Pro. Reitor de PG, Pesquisa e Extensão

Data: 8 / 08 / 16.

Assinatura

PATROCINADOR PRINCIPAL

Não se aplica.

ANEXOF: Eventos cardiovasculares apresentados pelos pacientes estudados nas 3 unidades básicas de saúde da família.

Infarto	Angina	Derrame	Stent	Ponte		L1	L2
				Safena	DAOP		
0	0	1	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
0	1	0	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
1	0	0	1	0	0	2	4
0	0	1	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
1	0	1	0	1	0	3	9
1	0	0	1	0	0	2	4
0	0	1	0	0	0	1	1
1	0	0	1	0	0	2	4
0	0	1	0	0	0	1	1
0	1	0	0	0	0	1	1
0	0	0	1	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
0	1	0	0	0	0	1	1
0	0	0	0	1	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
0	1	0	0	0	0	1	1
1	0	0	0	1	0	2	4
1	0	0	0	0	0	1	1
0	0	0	1	1	0	2	4
0	0	1	0	0	0	1	1

0	0	1	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
0	1	0	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
1	0	0	1	0	0	2	2
0	0	1	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
0	0	0	0	0	1	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
0	1	0	1	0	0	2	4
1	1	0	1	0	0	3	9
1	0	0	0	1	0	2	4
0	1	0	0	0	0	1	1
1	0	1	1	0	0	3	9
0	0	1	0	0	0	1	1
0	1	0	0	0	0	1	1
0	1	0	0	0	0	1	1
1	1	0	0	0	1	3	9
0	0	1	0	0	0	1	1
1	1	0	0	0	0	2	4
0	1	0	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
0	0	0	1	0	0	1	1

0	1	0	1	0	0	2	4
0	0	1	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
0	0	0	0	1	0	1	1
<hr/>							
24	15	27	11	6	2	85	127
<hr/>							

ANEXO G: Número de pacientes por UBS segundo médico (serviço) que prescreveu seus medicamentos

USF	Prescreve		Precreve		Prescreve	
	Hospital	ambulatÓrio	Outro	L1	L2	
1	1	0	0	2	4	
1	1	0	0	2	4	
0	1	0	0	1	1	
1	1	0	0	2	4	
0	1	0	0	1	1	
0	1	0	0	1	1	
0	1	0	0	1	1	
0	1	1	0	2	4	
0	1	0	0	1	1	
0	1	0	0	1	1	
0	0	0	1	1	1	
0	1	0	0	1	1	
0	0	1	0	1	1	
0	1	0	0	1	1	
1	0	0	0	1	1	
0	1	0	0	1	1	
1	0	1	0	2	4	
0	0	1	0	1	1	
0	0	1	0	1	1	
1	0	0	0	1	1	
1	0	0	0	1	1	
1	0	0	0	1	1	
0	0	0	1	1	1	
1	0	0	0	1	1	
1	1	0	0	2	4	
0	0	1	0	1	1	
0	1	0	0	1	1	
1	0	0	0	1	1	
1	0	0	0	1	1	

0	1	0	0	1	1
1	0	0	0	1	1
0	1	0	0	1	1
0	1	0	0	1	1
0	1	0	0	1	1
0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	1	1
0	1	0	0	1	1
0	1	0	0	1	1
1	0	0	0	1	1
1	0	0	0	1	1
0	1	0	0	1	1
0	1	0	0	1	1
0	0	1	0	1	1
0	1	0	0	1	1
0	0	1	0	1	1
0	1	0	0	1	1
0	0	1	0	1	1
0	1	0	0	1	1
0	0	1	0	1	1
0	1	0	0	1	1
0	0	1	0	1	1
0	0	1	0	1	1
1	0	0	0	1	1
0	0	1	0	1	1
0	0	1	0	1	1
0	0	1	0	1	1
1	0	0	0	1	1
1	0	0	0	1	1
0	1	0	0	1	1
1	1	0	0	2	4
1	0	1	0	2	4
0	1	0	0	1	1
0	1	0	0	1	1
0	1	0	0	1	1

0	1	0	0	1	1
1	0	0	0	1	1
0	1	0	0	1	1
1	1	0	0	2	4
<hr/>					
23	35	15	2	75	93
<hr/>					

ANEXO H: Número de pacientes que são acompanhados por médico da UBSF, Cardiologista, hospital, Neurologista, segundo as UBSF.

USF	Acompanha Cardiologista	Acompanha Hospital	Acompanha neurologista	L1	L2	
1	0	0	0	1	1	1
1	0	0	1	2	4	4
0	0	1	0	1	1	1
1	0	0	0	1	1	1
1	0	0	0	1	1	1
0	1	0	0	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	1	1	1
1	0	0	0	1	1	1
1	0	0	0	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0
0	1	1	0	2	4	4
0	1	0	0	1	1	1
0	1	0	0	1	1	1
1	1	0	0	2	4	4
0	1	0	0	1	1	1
1	0	0	1	2	4	4
0	1	0	0	1	1	1
1	0	0	0	2	4	4
1	0	0	1	2	4	4
1	0	0	0	1	1	1
1	1	0	0	2	4	4
1	0	0	1	2	4	4
0	1	0	0	1	1	1
1	1	0	0	2	4	4
0	1	0	0	1	1	1
1	1	0	0	2	4	4
1	0	0	0	1	1	1
1	0	0	0	1	1	1

0	0	0	0	0	0
1	1	0	1	3	9
1	1	0	0	2	4
0	1	0	0	1	1
0	1	1	0	2	4
0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	1	1
0	1	0	0	1	1
0	0	0	1	1	1
1	0	0	0	1	1
0	1	0	0	1	1
0	0	1	0	1	1
1	1	0	0	2	4
0	1	0	0	1	1
0	1	0	0	1	1
0	1	0	0	1	1
1	0	0	0	1	1
0	1	0	0	1	1
0	1	0	0	1	1
1	1	0	0	2	4
0	1	0	0	1	1
1	1	0	0	2	4
0	1	0	0	1	1
1	1	0	0	2	4
1	1	0	0	2	4
0	1	0	0	1	1
1	1	0	0	2	4
1	0	0	0	1	1
0	1	0	0	1	1
1	0	0	1	2	4
1	1	0	0	2	4
0	1	0	0	1	1
0	1	0	0	1	1
0	1	1	0	2	4

1	0	0	0	1	1
1	0	0	0	1	1
0	0	1	0	1	1
1	1	0	0	2	4
<hr/>					
34	40	6	7	87	137
<hr/>					