



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Junqueira Xavier, André; Sedrez dos Reis, Sandro; Machado Paulo, Elizabeth; d'Orsi, Eleonora
Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e
cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 13, núm. 5, setembro-outubro, 2008, pp. 1543-1551

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013516>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007

Time of adhesion to the Family Health Strategy protects elderly against cardiovascular and cerebrovascular accidents in Florianópolis, 2003 to 2007

André Junqueira Xavier^{1,2}
 Sandro Sedrez dos Reis³
 Elizabeth Machado Paulo²
 Eleonora d'Orsi⁴

Abstract *The Family Health Strategy (FHS) provides longitudinal follow-up and integrated health-care. This study evaluated the influence of the time of adhesion to the FHS upon the incidence of cardiovascular and cerebral vascular accidents among the elderly enrolled in the CASSI-Florianópolis. The events were selected because of their high incidence, good notification and association with risk factors the FHS is able to modify. The longer the time of adhesion to the strategy the lower the incidence of these events, demonstrating the effectiveness of the FHS. A historical cohort study was conducted with 674 senior participants (60 or more years), registered between November/2003 and March/2007. The analysis used Student's T test, bivariate and multivariate analysis with logistic regression. The independent risk factors were: age over 80 years, ($OR=3,44; CI\ 95\%: 1,8-6,2$), diabetes ($OR=2,62; CI\ 95\%: 1,4-4,7$), hypertension ($OR=1,68; CI\ 95\%: 1,0-2,6$) and physical inactivity ($OR=2,06; CI\ 95\%: 1,2-3,2$). The study found no significant association between gender, dislipidemia, obesity, smoking, alcoholism and the studied events. The long time of adhesion to the FHS showed independent protective effect ($OR=0,43; CI\ 95\%: 0,2-0,8$) after adjustment to earlier covariates, being effective in reducing the incidence of cardiovascular and cerebral vascular accidents among the enrolled population of elderly.*

Key words Primary care, Family health, Geriatrics, Health evaluation

Resumo *A Estratégia de Saúde da Família (ESF) proporciona acompanhamento longitudinal e atenção integral à saúde. Este estudo avaliou a influência do tempo de adesão à ESF sobre a incidência de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares entre idosos cadastrados na CASSI-Florianópolis. Os agravos selecionados justificam-se pela alta incidência, boa notificação e associação com fatores de risco modificáveis pela ESF. Quanto maior o tempo de adesão à ESF, menor a incidência de eventos agudos, demonstrando efetividade da mesma. Foi realizado estudo de coorte histórica, com 674 idosos (60 anos ou mais) cadastrados entre novembro de 2003 a março de 2007. Realizou-se análise bivariada e multivariada com regressão logística. Identificaram-se como fatores de risco independentes: idade acima de 80 anos ($OR=3,44; IC95\%: 1,8-6,2$), diabetes ($OR=2,62; IC95\%: 1,4-4,7$), hipertensão ($OR=1,68; IC95\%: 1,0-2,6$) e sedentarismo ($OR=2,06; IC95\%: 1,2-3,2$). Não houve associação significativa com gênero, dislipidemia, obesidade, tabagismo ou alcoolismo. O maior tempo de adesão à ESF demonstrou efeito protetor independente ($OR=0,43; IC95\%: 0,2-0,8$), após ajuste para covariáveis anteriores, sendo eficiente na redução do risco de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares entre idosos cadastrados.*

Palavras-chave Atenção primária em saúde, Estratégia de Saúde da Família, Geriatria, Avaliação em saúde

¹ Departamento de Medicina, Universidade do Sul de Santa Catarina, Campus de Tubarão, Av. José Acácio Moreira 787, Bairro Dehon. 88704-900 Tubarão SC.
 andre.xavier@unisul.br

² Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) de Santa Catarina.

³ Gerência de Gestão de Pessoas, Banco do Brasil.

⁴ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina.

Introdução

Objetivando a implantação e implementação de programa de saúde efetivo, foi concebido em 1994, pelo Ministério da Saúde, um modelo estruturante da atenção básica no país, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com proposta baseada na atenção integral, contínua e resolutiva, este modelo se baseia nas ações voltadas para garantia da oferta de serviços e de melhoria do acesso e no fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde¹.

A ESF desenvolve as seguintes atribuições: planejamento de ações que produzam impacto positivo apropriado sobre as condições de saúde da população de sua área de abrangência, promoção e vigilância à saúde conscientizando os indivíduos para serem sujeitos e não apenas pacientes (passivos) neste processo, interdisciplinaridade potencializando o resultado do trabalho e abordagem integral da família².

A Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) é uma entidade de autogestão em saúde, integrante do sistema de saúde suplementar brasileiro que assiste, hoje, mais de 800.000 pessoas distribuídas por todo o território nacional. Surgiu como uma associação dos empregados do Banco do Brasil e manteve esta identidade associativa ao longo de seus 63 anos de existência³.

Após sua reforma estatutária de 1996, a CASSI redefiniu-se como organização que pretende administrar a saúde da população sobre a qual é responsável. Foi assumido o princípio de atenção integral à saúde, estruturando a Atenção Primária à Saúde (APS)⁴ como eixo da reorganização do sistema; este passou a ser o referencial estratégico da CASSI.

A ESF representou a operacionalização da APS na CASSI. Após experimento piloto, a partir de 1999^{4,5}, nos grandes centros, onde se encontravam as maiores unidades da CASSI, foram constituídas estruturas próprias de serviços em ESF, com base em princípios de hierarquização dos níveis de atenção à saúde e constituição de referência e contra-referência com a finalidade de resgatar plenamente a história clínica e de agravos à saúde da população assistida.

Na CASSI de Florianópolis, a ESF foi oficialmente lançada em 07 de novembro de 2003. Os idosos (acima de 60 anos) desde então iniciaram o processo de cadastramento, pois foram considerados como população prioritária em função de sua alta morbimortalidade e consequente intensa demanda sobre os serviços de saúde.

A estruturação da ESF considerou o seguinte formato de equipes: para cada 1.200 pessoas da área de abrangência do serviço, foi disponibilizado um médico de família e um técnico de enfermagem – denominados equipe nuclear. Para cada três equipes nucleares foi disponibilizado um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo. Em cada módulo estruturado desse serviço foi também disponibilizado um nutricionista^{4,5}.

Essas equipes foram submetidas a capacitações continuadas, com curso básico de saúde do idoso e acesso a cursos de especialização em saúde da família. A referência principal foi a metodologia canadense na abordagem assistencial^{6,7}. Entre outras habilidades, as equipes se aprofundaram nos principais problemas, bem como as peculiaridades da população a ser assistida.

Com normas definidas relativas à área de abrangência, profissionais e carga horária diferenciada, a estratégia executa o papel de acompanhamento de grupos de risco, dentre eles os idosos. A priorização da população idosa em termos de organização do acesso à ESF na CASSI se justifica pelo acelerado processo de envelhecimento da população que necessita de novas e mais efetivas formas de assistência à saúde, com vinculação ao serviço e cuidado integral à saúde, em sintonia com a experiência de outros países⁸. Embora representasse menos de 8% da população brasileira, o grupo com 60 anos e mais absorveu 21% dos recursos do SUS destinados ao pagamento de internações hospitalares em março de 1997⁹.

A população idosa adstrita à ESF de Florianópolis que atualmente se encontra 100% cadastrada é composta por indivíduos que são acompanhados efetivamente desde o início do cadastramento até aqueles que foram cadastrados recentemente, pois o processo é contínuo, com o ingresso constante de indivíduos que atingem 60 anos. Trata-se de uma população heterogênea em termos de exposição à ESF e seus programas de promoção da saúde.

Estes são alguns dos programas desenvolvidos dentro da estratégia: cadastramento de todos os idosos e realização de entrevistas com uso de instrumento de Avaliação de Saúde e Qualidade de Vida – ASQV, grupo de convivência de idosos, programa de prevenção e redução do tabagismo de forma individual e em grupos – Tabas, Grupos de Vida Saudável – GVS, grupos de caminhada, melhoria da adesão a tratamentos por meio de descontos no uso de medicações de uso contínuo, grupos de orientação nutricional, grupos de inclusão digital.

Dentro das atividades da equipe de saúde da família, também se encontram: rastreio para tabagismo, obesidade, quedas, problemas cognitivos e de capacidade funcional, depressão, resistência insulínica e ***diabetes mellitus***, além de determinação do risco cardiovascular por meio de escore padronizado, juntamente com o rastreio de alterações vasculares periféricas usando-se o índice tornozelo-braquial.

Especificamente, as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares são as primeiras causas de morbimortalidade entre idosos, sendo que o aumento da idade é o principal fator de risco. A prevalência de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) acima de 75 anos chega a 10% e tem como causas principais a hipertensão arterial sistêmica e as cardiopatias isquêmicas. A insuficiência coronariana pode chegar a uma prevalência de 70%, mas somente 20 a 30% são sintomáticas nesta faixa etária¹⁰⁻¹². Cerca de 50% dos idosos atendidos em ambulatório apresentam pelos menos uma cardiopatia. A prevalência de IAM e DAC entre idosos brasileiros é cerca de 29% e de 3% para AVC¹³.

A alta incidência da doença arterial coronariana (DAC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC) resulta da longa interação de fatores de risco, tais como hipertensão arterial sistêmica (HAS), ***diabetes mellitus*** (DM), dislipidemias, tabagismo, sedentarismo, estresse e obesidade. O controle e acompanhamento longitudinal com vigilância à saúde dos idosos pode melhorar a adesão aos tratamentos e diminuir a incidência de eventos agudos aqui representados pela DAC, IAM e AVC¹².

A compreensão da história natural destes agravos, coordenada com a prevenção primária – educação em saúde para as modificações de estilo de vida necessárias à diminuição da morbimortalidade e medidas de prevenção secundária com rastreio, diagnóstico precoce, tratamento adequado e consequente contenção do dano, minimiza grandes prejuízos que resultam em perda de independência e autonomia desta população. IAM, DAC e AVC são condições de controle factível, passíveis de ações preventivas por meio de programas efetivos de políticas públicas, através da ação focada na promoção e proteção de saúde¹¹.

A ESF, pela sua capacidade de acompanhamento longitudinal implementando medidas de prevenção primária, secundária e terciária, é fundamental em uma população que responde por cerca de 83% das mortes por infarto agudo do

miocárdio¹⁴. O estudo da relação entre as patologias cardiovasculares e cerebrovasculares entre idosos (acima de 60 anos) e o tempo de adesão dos mesmos à ESF se justifica pela sua alta incidência destes agravos, boa notificação, e por que estão associados a fatores de risco modificáveis pela ESF.

Este trabalho discute o tempo de participação na ESF como agente protetor contra a exposição da população idosa aos fatores de risco para os referidos eventos, com consequente compreensão da morbidade. Quanto maior o tempo de adesão à estratégia, menor deverá ser a incidência de eventos agudos. A diminuição da taxa de incidência por estes agravos demonstraria a efetividade das ações e serviços de saúde¹³.

O objetivo deste estudo é avaliar a influência do tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família sobre o risco de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares entre os idosos cadastrados na CASSI-Florianópolis, controlando para o perfil demográfico, de hábitos de vida e morbidade, em um período de 41 meses.

Na tentativa de delimitar adequadamente o objeto a ser avaliado, torna-se importante definir como o presente estudo se encaixa na terminologia da avaliação em saúde em termos de espectro de avaliação, abordagens, atributos ou características a serem avaliados, estratégias e desenhos de pesquisa¹⁵. Em termos do espectro da avaliação, trata-se de uma pesquisa avaliativa, que busca responder à pergunta: o tempo de adesão à ESF pode diminuir o risco de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares?

Entre as abordagens possíveis no campo de avaliação em saúde, a divisão clássica proposta por Donabedian¹⁶ em estrutura, processo e resultado, este trabalho pretende avaliar o resultado, ou seja, se existe modificação no estado de saúde dos idosos cadastrados na ESF da CASSI, de acordo com o tempo de adesão. Quanto aos possíveis níveis que podem ser avaliados, trata-se de uma avaliação de serviços de saúde, em especial a Estratégia de Saúde Da Família, implantada neste serviço. Em termos dos atributos ou características avaliáveis, pretende-se avaliar a efetividade, ou seja, o possível efeito do tempo de adesão à ESF no estado de saúde dos idosos acompanhados em condições habituais do serviço¹⁵. Por fim, entre a diversidade de estratégias e desenhos de pesquisa, este se encaixa em um estudo epidemiológico do tipo longitudinal (coorte), considerado adequado para avaliar resultados¹⁵.

Material e métodos

O estudo realizado foi do tipo coorte histórica. Foram analisados 715 idosos (idade igual ou superior a 60 anos) cadastrados na CASSI-Florianópolis no período de novembro de 2003 a março de 2007. Os desfechos analisados foram os eventos cardiovasculares e cerebrovasculares, fatais ou não, codificados pela 10^a Classificação Internacional de Doenças em: angina pectoris (I20), infarto agudo do miocárdio (I21, I22, I23, I24), doença isquêmica crônica do coração (I25) e acidente vascular encefálico (I63, I64, I67.8, I67.9, I69). Estes desfechos foram avaliados em dois momentos: no momento do cadastramento e ao final do período de seguimento (março de 2007). Foram excluídos da análise os participantes que apresentavam os desfechos anteriormente ao cadastramento (informação obtida via questionário na entrevista do cadastramento), óbito por causa não relacionada a evento cardiovascular, mudança de endereço, cadastramento posterior ao período de estudo e data de cadastramento não encontrada.

Foi selecionado o primeiro quintil (20%) de idosos que foram cadastrados de novembro de 2003 até maio de 2004 para representar o grupo com maior tempo de exposição à ESF e este grupo foi comparado ao restante da população que compreende aqueles cadastrados de junho de 2004 até março de 2007 (os 80% cadastrados há menos tempo).

Os dois grupos foram comparados entre si em relação às variáveis de confundimento: sexo, idade, hipertensão arterial sistêmica (pressão arterial $\geq 140/85$ mmHg), diabetes, obesidade (índice de massa corporal > 30), dislipidemia, sedentarismo (atividade física com freqüência inferior a 30' duas vezes por semana), tabagismo e alcoolismo.

A coleta de dados foi realizada por médico geriatra com experiência no acompanhamento ambulatorial desta população. A entrevista de cadastramento e o preenchimento dos prontuários foram realizados por enfermeira capacitada (com especialização em gerontologia e saúde da família) e treinada para esta finalidade. Os dados foram coletados no prontuário eletrônico Sinergis, nos prontuários em papel, nos questionários de Avaliação da Saúde e Qualidade de Vida (ASQV) implementados na CASSI para a população idosa no cadastramento, nas planilhas de vigilância das equipes de Saúde da Família da CASSI-SC, no banco de dados SOC para eventos com internação e no controle de dispensação de

medicações de uso contínuo do setor da farmácia FECOB/programa de medicamentos.

Diferenças entre médias foram testadas pelo teste t de Student e diferenças entre proporções pelo teste de qui-quadrado. Os dois grupos foram comparados em relação aos desfechos cardiovasculares e cerebrovasculares em análise bivariada e multivariada com regressão logística. Foi elaborado um modelo ajustado para variáveis demográficas, hábitos de vida e morbidades. Foram apresentadas as razões de chance brutais e ajustadas, com intervalos de confiança de 95% e p-valores (teste de Wald). Foi considerada associação estatisticamente significativa quando $p < 0,05$.

Foram utilizados os programas Excel® para planilha e o pacote estatístico SPSS 8® para análise estatística.

Resultados

Foram cadastrados 715 idosos (idade igual ou superior a 60 anos) na Estratégia de Saúde da Família da CASSI-Florianópolis entre novembro de 2003 e março de 2007. Destes, 41 foram excluídos da presente análise devido a: óbito durante o período de estudo, por causa não relacionada a evento cardiovascular (1), por cadastramento posterior ao período de estudo (2), por data de cadastramento não encontrada (2), por mudança de moradia (1) e por apresentarem eventos cardiovasculares e/ou cerebrovasculares anteriormente ao cadastramento (35).

Foram estudados, portanto, 674 idosos, sendo 50,6% do sexo masculino, idade média de 69,1 anos, mediana de 68 anos, idade máxima 97 anos, 9,5% com idade igual ou superior a 80 anos, sendo 29,2% sedentários, 5,8% tabagistas, 11,8% obesos, 42,2% hipertensos, 35,1% portadores de dislipidemia e 10,3% diabéticos.

O grupo dos 20% cadastrados há mais tempo (G1) teve média de 32 meses de exposição à ESF e o grupo dos 80% cadastrados há menos tempo (G2) teve média de 23 meses de exposição à ESF, diferença significativa ($p < 0,001$).

A prevalência de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares na população total estudada ($n=715$), obtida anteriormente ao cadastramento, foi de 3,9%; sendo que no grupo G1 foi de 5,0% e no grupo G2 foi de 3,7%; não houve diferença estatisticamente significativa entre estas proporções.

O grupo G1 (com mais tempo de adesão à ESF) foi composto por 146 idosos: 45,2% do sexo

masculino, idade média de 69,4 anos, 27,4% sedentários, 55,5% hipertensos, 40,4% portadores de dislipidemia, 19,9% obesos, 13,7% diabéticos, 3,4% tabagistas, nenhum alcoolista e 8,9% com eventos cardiovasculares (Tabela 1).

O grupo G2 (com menor tempo de adesão à ESF) foi composto por 528 idosos: 52,1% do sexo masculino, idade média de 69,1 anos, 29,7% sedentários, 39,0% hipertensos, 33,9% portadores de dislipidemia, 10,4% obesos, 9,5% diabéticos, 6,4% tabagistas, 1,1% de alcoolistas e 15,5 com eventos cardiovasculares (Tabela 1).

No grupo G1, houve significativamente maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica ($p<0,001$), maior prevalência de obesidade ($p=0,002$) e menor incidência de eventos cardiovasculares ($p=0,042$). Não houve diferença significativa entre os dois grupos em relação à diabetes, alcoolismo, sedentarismo, tabagismo e dislipidemia (Tabela 1).

A média etária daqueles com pelo menos um evento cardiovascular ou cerebrovascular foi de 71,8 anos contra 68,5 daqueles livres de eventos ao final do período de estudo ($p<0,001$).

Tabela 1. Distribuição dos participantes cadastrados na Estratégia de Saúde da Família segundo tempo de cadastramento e características demográficas, morbidade e hábitos de vida. CASSI-Florianópolis, novembro de 2003 a março de 2007.

Variáveis	Tempo de cadastramento				p^*
	Grupo 1 N=146		Grupo 2 N=528		
	n	%	n	%	
Sexo					0,141
Masculino	66	45,2	275	52,1	
Feminino	80	54,8	253	47,9	
Idade					0,965
Até 79 anos	132	90,4	478	90,5	
80 anos ou mais	14	9,6	50	9,5	
Hipertensão					< 0,001
Sim	81	55,5	206	39,0	
Não	65	44,5	322	61,0	
Diabetes					0,138
Sim	20	13,7	50	9,5	
Não	126	86,3	478	90,5	
Dislipidemia					0,145
Sim	59	40,4	179	33,9	
Não	87	59,6	349	66,1	
Obesidade					0,002
Sim	29	19,9	55	10,4	
Não	117	80,1	473	89,6	
Tabagismo					0,167
Sim	5	3,4	34	6,4	
Não	141	96,6	494	93,6	
Sedentarismo					0,583
Sim	40	27,4	157	29,7	
Não	106	72,6	371	70,3	
Alcoolismo					0,196
Sim	0	-	6	1,1	
Não	146	100	522	98,9	
Evento cardiovascular					0,042
Sim	13	8,9	82	15,5	
Não	133	91,1	446	84,5	

*Teste qui-quadrado

Na análise bivariada, houve risco significativamente maior de evento cardiovascular para os idosos acima de 80 anos, hipertensos, diabéticos ou sedentários. Não se observou associação significativa do sexo masculino, dislipidemia, obesidade, tabagismo ou alcoolismo com eventos cardiovasculares. O maior tempo de adesão à ESF demonstrou efeito protetor significativo (Tabela 2).

Na análise multivariada, ter 80 anos de idade ou mais foi o fator de risco independente com mais forte associação com o desfecho. Os idosos

acima de 80 anos apresentaram chance 3,5 vezes maior de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares. Em segundo lugar, ficou ter diabetes com chance 2,62 vezes maior do evento. Em terceiro lugar no modelo, entrou o sedentarismo com chance 2,06 vezes maior do evento. Pertencer ao grupo G1 se revelou fator de proteção independente entrando em quarto lugar no modelo, com chance 57% menor de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares para os idosos cadastrados há mais tempo. Em quinto lugar, entrou no modelo a hipertensão arterial sistêmica com chance 1,68 vezes maior de eventos cardiovasculares (Tabela 3).

Tabela 2. Distribuição dos participantes cadastrados na Estratégia de Saúde da Família segundo incidência de eventos cardiovasculares e/ou cerebrovasculares, tempo de cadastramento e características demográficas, morbidade e hábitos de vida. CASSI-Florianópolis, novembro de 2003 a março de 2007.

Variáveis	Participantes	Eventos cardiovasculares e/ou cerebrovasculares		OR bruto	IC 95%	p
Tempo de cadastramento		n	%			
Grupo 1	146	13	8,9	1,0	0,2-0,9	
Grupo 2	528	82	15,5	0,53	0,9-2,2	0,044
Sexo						
Masculino	341	55	16,1	1,4	0,9-2,2	0,126
Feminino	333	40	12,0	1,0		
Idade						
Até 79 anos	610	74	12,1	1,0	2,0-6,3	
80 anos ou mais	64	21	32,8	3,5	<0,001	
Hipertensão					1,2-3,0	
Sim	287	54	18,8	1,9	0,027	
Não	387	41	10,6	1,0		
Diabetes					1,7-5,4	
Sim	70	21	30,0	3,0	0,001	
Não	604	74	12,3	1,0		
Dislipidemia					0,9-2,2	
Sim	238	41	17,2	1,4	0,085	
Não	436	54	12,4	1,0		
Obesidade					0,8- 2,7	
Sim	84	16	19,0	1,5	0,165	
Não	590	79	13,4	1,0		
Tabagismo					0,2-2,0	
Sim	39	4	10,3	0,7	0,480	
Não	635	91	14,3	1,0		
Sedentarismo					1,3-3,3	
Sim	197	42	21,3	2,1	<0,001	
Não	477	53	11,1	1,0		
Alcoolismo					0,1-10,5	
Sim	6	1	16,7	1,2	0,856	
Não	668	94	14,1	1,0		

Tabela 3. Análise multivariada dos fatores associados à incidência de eventos cardiovasculares e/ou cerebrovasculares entre participantes cadastrados na Estratégia de Saúde da Família. CASSI-Florianópolis, novembro de 2003 a março de 2007.

Variável	ORajustado	IC 95%	p
Idade			
Até 79 anos	1,0		
80 anos ou mais	3,44	1,8-6,2	<0,001
Diabetes			
Sim	2,62	1,4-4,7	0,001
Não	1,0		
Sedentarismo			
Sim	2,06	1,2-3,2	0,002
Não	1,0		
Tempo de cadastramento			
Grupo 1	0,43	0,2-0,8	0,012
Grupo 2	1,0		
Hipertensão			
Sim	1,68	1,0-2,6	0,026
Não	1,0		

Discussão

Este trabalho avaliou a influência do tempo de adesão à ESF sobre o risco de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares, encontrando efeito protetor independente de sexo, idade, presença de hipertensão arterial sistêmica, diabetes, obesidade, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo.

Entre as limitações do trabalho, podemos citar as dificuldades inerentes ao diagnóstico de problemas cardiogeriatrivos, em função de fatores ligados ao envelhecimento em si, à polimedicação no idoso, à alta freqüência de quadros assintomáticos, oligossintomáticos, bem como sinais e sintomas inespecíficos, característicos dessa faixa etária, assim como a qualidade do preenchimento do prontuário.

Especificamente quanto ao grupo de idosos estudado, o G1 na época do cadastramento possuiu maior morbidade em relação à HAS e obesidade; fatores de risco já bem estabelecidos em relação a problemas cardiovasculares e cerebrovasculares. Seria de se esperar em função disso maior incidência de eventos nesta população ao final do tempo de acompanhamento. No entanto, houve uma proteção significativa desta população com mais tempo de acompanhamento pela ESF, sugerindo melhor controle dos fatores

de risco modificáveis, tais como, sedentarismo, obesidade, tabagismo, HAS e diabetes em função do acesso e da coordenação de cuidados.

Este fenômeno corrobora com a ação da estratégica de saúde da família ao focar não somente o controle das patologias mais prevalentes, mas também o desenvolvimento de programas de atividade física, cessação do tabagismo, educação em saúde, prevenção primária e rastreio de fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou cerebrovasculares e grupos de idosos.

O estudo foi viabilizado pela opção da CASSI em cadastrar prioritariamente os idosos, população na qual os efeitos de uma APS bem gerenciada podem ser melhor percebidos, sanitária e economicamente⁸. Soma-se a isto uma certa homogeneidade da população estudada: em sua maioria, funcionários de carreira de uma mesma instituição com nível socioeconômico e escolaridade comparáveis.

As possibilidades observadas de se subsidiar a gestão em sua tomada de decisões, a partir de análises como esta, recomendam o estímulo a estudos e investigações semelhantes por todos os serviços envolvidos no projeto desta ou de outras instituições. Foram realizados diversos estudos de avaliação em APS/ESF, priorizando os mais diversificados ângulos de classificação de indicadores. Em geral, são priorizados os in-

dicadores de processo e as avaliações do grau de implantação dos programas, mas não avaliam os resultados em termos de modificação no estado de saúde da população-alvo do programa, conhecimento necessário para os diversos fóruns de gestão dos sistemas e organizações de saúde quanto à efetividade^{8, 17-19}.

Favorecer a participação social dos usuários do serviço, na formulação das políticas de saúde, é uma medida que estimula a ampliação da discussão e efetivação do controle social por meio da participação das entidades representativas no Conselho de Usuários, favorecendo o vínculo do indivíduo com a equipe de saúde, o que pode contribuir para melhoria da resposta terapêutica do paciente²⁰⁻²². A ESF deve estar preparada para atender aos novos objetivos em saúde: mudanças de atitude, mudanças de comportamento, aderência crônica aos tratamentos e inclusão social.

Conclusão

Juntamente com a idade avançada, diabetes, sedentarismo e hipertensão arterial, que representaram fatores de risco independentes, pertencer à Estratégia de Saúde da Família há mais tempo representou fator independente de proteção para eventos cardiovasculares e cerebrovasculares entre os idosos cadastrados na CASSI-SC. Ressalta-se que a população cadastrada há mais tempo obteve maior proteção a despeito de uma prevalência significativamente maior de HAS e obesidade. O estudo indica um efeito protetor dependente do tempo de participação na Estratégia de Saúde da Família, isto é, quanto mais

tempo na ESF, maior a proteção contra doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Os eventos cardiovasculares podem ser bons marcadores para a avaliação do impacto da ESF em idosos. A ESF mostrou, neste estudo, ser eficiente na promoção da saúde dos idosos cadastrados.

Perspectivas

Deve-se aprofundar este estudo, juntando-se outras variáveis sociodemográficas e de saúde, com estudos de sobrevida e tempo até determinado evento cardiovascular e cerebrovascular. Também é necessária a continuidade deste estudo para que se tenha uma avaliação contínua da qualidade da atenção à saúde na CASSI-SC. Outras variáveis poderão ser estudadas, tais como a presença e o grau de arteriopatia periférica que constitui evento proximal e anterior aos desfechos agudos cardiovasculares e cerebrovasculares e sintomas depressivos que também influenciam um maior adoecimento do sistema circulatório. A mortalidade poderá ser uma variável de desfecho a ser estudada, assim como outros indicadores da qualidade do cuidado na Estratégia de Saúde da Família.

Considerando a presença geográfica continental da CASSI e de seus serviços de APS/ESF, bem como sua interligação por rede lógica, sistemas de prontuários eletrônicos com acompanhamento longitudinal e outros instrumentos, dentre os quais uma estrutura de gestão de informação, poderão ser efetuados estudos sobre sua população, hoje superior a meio milhão de pessoas, prestando um serviço ao país no que tange à gestão e promoção da saúde.

Colaboradores

AJ Xavier e E d'Orsi participaram da concepção teórica, coleta e análise de dados, elaboração e revisão final do texto, SS dos Reis participou da concepção teórica, elaboração e revisão final do texto, EM Paulo participou da coleta de dados, elaboração e revisão final do texto.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2003; 3(1):113-125.
2. Santos PP. *Programa Saúde da Família: Estudo sobre a confiabilidade das informações do cadastro familiar* [dissertação]. Florianópolis (SC): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
3. Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil. [acessado 2007 Mar]. Disponível em: <http://www.cassi.br>
4. Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil. Diretoria de Saúde/Gerência de Saúde. Documento Diretor para Organização dos Serviços Próprios. Brasília: CASSI; 2001.
5. Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil. Diretoria de Saúde/Gerência de Saúde. Organização do Sistema de Saúde da CASSI: Diretrizes para Implantação/Reorganização dos Serviços Próprios. Brasília: CASSI; 2001.
6. Bergman J. *Evaluation of a primary care clinic and generalization of the results to provide a framework and tools for other users*. Calgary: Health Transition Funds; 2000.
7. Haggerty J, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Goulet F, Rodrigue J, Gauthier J. *Accessibility and continuity of primary care in Quebec*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2004.
8. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):657-667.
9. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31(2):184-200.
10. Borges JL, organizador. *Manual de cardiogeriatría*. São Paulo: Libbs; 2006.
11. Muñoz AM, Marrugat J. Secondary prevention of coronary heart disease is less aggressive in patients over 64 years. *Revista Española Cardiología* 2003; 56:586-593.
12. Cournot M, Cambou JP, Quentzel S, Danchin N. Reasons for the under-use of secondary prevention therapies in coronary patients over the age of 70 years. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)* 2005; 54(Suppl 1):S17-23.
13. Franken RA, Taddei CFG, organizadores. I Diretrizes do Grupo de Estudos em Cardiogeriatria da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Grupo de Estudos em Cardiogeriatria da Sociedade Brasileira de Cardiologia (GEBRAC/SBC). *Arg Bras Cardiol* 2002; 79(Supl 1).
14. Alexander KP, Newby KL, Cannon CP, Armstrong PW, Cannon CP, Gibler WB, Rich MW, Van de Werf F, White HD, Weaver WD, Naylor MD, Gore JM, Krumholz HM, Ohman EM. Acute Coronary Care in the Elderly, part I: non-ST-Segment-Elevation Acute Coronary Syndromes: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: In Collaboration With the Society of Geriatric Cardiology. *Circulation* 2007; 115:2549-2569.
15. Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. *Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 15-39.
16. Donabedian A. *The definition of quality and approach to its assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
17. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):669-681.
18. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(Supl):191-202.
19. Viana ALA, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):577-606.
20. Paulo E, Reis SS. Consejo de usuarios de salud: participación y transparencia como práctica del control social. Apresentação no I Congresso Regional Iberoamericano WONCA; 2006 Out 11-14; Buenos Aires, Argentina.
21. Correia MVC. *Que controle social? Os Conselhos de Saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
22. Reis SS, Santos CHC, Said CF. *Avaliação da efetividade do serviço de atenção primária na autogestão*. Brasília: FEPAR/CASSI; 2005.

Artigo apresentado em 19/07/2007

Aprovado em 07/10/2007

Versão final apresentada em 26/02/2008