

Perfil de Usuários Acometidos por Acidente Vascular Cerebral Adscritos à Estratégia Saúde da Família em uma Capital do Nordeste do Brasil

Profile of users affected by stroke followed by the Family Health Strategy in a capital of northeastern Brazil

KÁTIA SUELY QUEIROZ SILVA RIBEIRO¹
ROBSON DA FONSECA NEVES¹
GERALDO EDUARDO GUEDES BRITO¹
JAIRO DOMINGOS DE MORAIS²
ELEAZAR MARINHO DE FREITAS LUCENA²
JÉSSICA MASCENA DE MEDEIROS³
LUCIANA MOURA MENDES²

RESUMO

Objetivo: Este trabalho objetivou traçar o perfil sócio-demográfico e clínico dos usuários com sequela de Acidente Vascular Cerebral (AVC) adscritos à Saúde da Família. **Material e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva, transversal realizada no município de João Pessoa-PB, com 140 pacientes vinculados à Estratégia de Saúde da Família (ESF) que tiveram AVC em até cinco anos antes da realização da pesquisa. **Resultados:** A grande maioria dos indivíduos deste estudo possui faixa etária de 60 anos ou mais, do gênero feminino e alfabetizada. São casados e possuem renda mensal familiar entre 1 a 2 salários mínimos. A maioria dos entrevistados não soube informar a etiologia do AVC e o hemisfério acometido foi bastante distribuído. A grande maioria dos indivíduos deste estudo possuía cuidador e apresentou um episódio de AVC, porém houve vários casos de recidiva do mesmo. Dentre as principais doenças associadas ao diagnóstico clínico, observou-se a hipertensão arterial e o diabetes, bem como a distribuição de usuários com os hábitos de fumar e etilismo. **Conclusão:** Este estudo dá visibilidade ao perfil dessa população e suas principais características, servindo de base para os profissionais e população em relação aos cuidados, enfrentamento de sequelas, prevenção e uma atenção integral a estes usuários e suas famílias, observando suas necessidades reais.

DESCRIPTORIOS

Acidente Cerebral Vascular. Programa Saúde da Família. Perfil de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Fatores de Risco.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to determine the socio-demographic and clinical profile of users with sequels of stroke (CVA) followed by the Family Health Strategy. **Material and Methods:** This was a descriptive, cross-sectional research, carried out in the city of João Pessoa, PB, with 140 patients linked to the Family Health Strategy (FHS), who had history of stroke in up to five years before the research. **Results:** The vast majority of individuals in this study were 60 years old or more, female, literate, married, and had monthly household income of 1-2 minimum wages. Most respondents could not inform the etiology of stroke, and the hemi-body affected was quite distributed. The vast majority of individuals in this study had a caregiver and one episode of stroke, even though there were many cases of recurrence. Among the main diseases associated with clinical diagnosis, it could be observed high blood pressure and diabetes, as well as smoking habits and alcohol consumption. **Conclusion:** This study gives visibility to the profile of this population and its main characteristics, as a way to support professionals and community in relation to care; how to face sequels; as well as prevention and comprehensive care to these users and their families according to their real needs.

DESCRIPTORS

Stroke. The Family Health Program. Health Profile. Primary Health Care. Risk Factors.

1 Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

2 Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

3 Mestrando em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães (FioCRUZ), Recife/PE, Brasil.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido pela Organização Mundial de Saúde como uma síndrome clínica, caracterizada pelo desenvolvimento acelerado e abrupto de complicações clínicas focais da função cerebral, com duração superior a 24 horas. É classificado como isquêmico quando é ocasionado pela interrupção do fluxo sanguíneo cerebral e hemorrágico quando ocorre por ruptura de um vaso. A literatura especializada o considera uma síndrome neurológica e uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo, cujos sinais e sintomas variam de acordo com a extensão da lesão e o local acometido (CARR, SHEPHERD, 2008, CESÁRIO, PENASSO, OLIVEIRA, 2006, STARFIELD, 2002, BOCCHI, ANGELO, 2005, KELLY-HAYES *et al.*, 2003, FALCÃO *et al.*, 2004).

Contextualizando a sua magnitude, o AVC atualmente representa a terceira causa de morte nos países industrializados e a principal causa de incapacidade funcional entre toda a população mundial. No ano de 2008, foi responsável por cerca de 10% do total de mortes no mundo, o que representou em números absolutos aproximadamente 6 milhões, concentrados principalmente nos países em desenvolvimento. Para o ano de 2015 e 2030 projetam-se números expressivos e alarmantes, com a expectativa de 18 e 23 milhões de novos casos no mundo, respectivamente. No Brasil, são registrados aproximadamente 100 mil óbitos por ano e segundo a Sociedade Brasileira de Neurologia (SBN), uma pessoa morre a cada 5 minutos no país em decorrência deste acometimento (CESÁRIO, PENASSO, OLIVEIRA, 2006).

Sua incidência aumenta consideravelmente com a idade e dobra a cada década de vida após os 55 anos e é cerca de 19% maior em homens, em comparação com as mulheres e, para ambos os gêneros, aumentam com o avançar da idade (STARFIELD, 2002, BOCCHI, ANGELO, 2005, PETRILLI *et al.*, 2002, CABRAL *et al.*, 2004). Estima-se que entre 30 e 40% dos sobreviventes de episódios de AVC desenvolvem algum grau de dependência funcional, o que os impede de se reinserirem no mercado de trabalho e demanda algum tipo de auxílio no desempenho de atividades básicas de vida diária - AVD (STARFIELD, 2002). Embora o seu pico de incidência seja entre a faixa etária de 70 e 80 anos, pode ocorrer mais precocemente em indivíduos com alguns fatores de risco, como os distúrbios da coagulação, as doenças inflamatórias e imunológicas, o

diabetes mellitus, o hábito de fumar e o uso de drogas (NEAU *et al.*, 1998).

Dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) apontam que as taxas de internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Estado da Paraíba vêm diminuindo em ritmo lento, porém encontram-se ainda bastante elevadas. Em 2006 a taxa foi de 40,6 para cada 100.000 habitantes do estado, e no município de João Pessoa de 38 para cada 100.000 habitantes. Esses dados refletem os pequenos e representativos ganhos no controle de fatores de riscos para a ocorrência do AVC, mas sugerem também que é elevado o número de pessoas acometidas e que precisam de assistência especializada (SCHAU *et al.*, 2003).

Nesse sentido, o AVC é considerado uma doença comum e de grande impacto na saúde pública em todo o mundo (PEREIRA, COELHO, BARROS, 2004, PETRILLI *et al.*, 2002, SAPOSNIK, DEL BRUTTO, 2003) por ser a principal causa de incapacidades neurológicas em adultos (CORRÊA *et al.*, 2005, JONKMAN, DE WEERD, VRIJENS, 1998), acometendo a função das extremidades de membros, controle motor, equilíbrio, força e mobilidade (DEAN, RICHARDS, MALOUIN, 2000), e devido aos altos custos despendidos com o seu tratamento a curto e longo prazo (PEREIRA, COELHO, BARROS, 2004). Na atualidade, representa um importante desafio para a sociedade, tanto pelo impacto social, quanto pelas repercussões na vida das pessoas e suas famílias (NIKCEVIC *et al.*, 2007), pois, quando não é letal, o AVC geralmente deixa comprometimentos funcionais permanentes com graves repercussões para o indivíduo e a sua família.

A Atenção Primária a Saúde (APS), em nosso país, representada centralmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (LIMA *et al.*, 2006), desempenha papel chave no controle e redução da morbi-mortalidade relacionada ao AVC, por meio de seus atributos essenciais e derivados como o acesso, a continuidade, a integralidade, a coordenação, a orientação familiar, comunitária e competência cultural (MEDINA, SHIRASS, GOLDEFER, 1998). Assim, a ESF se apresenta como um ambiente propício para as ações de prevenção e promoção da saúde, onde o AVC deve ser pauta de ações.

Com base no exposto, evidencia-se a relevância de estudar a condição de pessoas após AVC vinculadas às Unidades de Saúde da Família (USF). Apesar dos avanços nesta área, as pesquisas com usuários

acometidos por AVC no contexto da ESF ainda são incipientes, já que a maioria das publicações na área envolve sujeitos que frequentam os serviços de saúde especializados ou institucionalizados. Cabe destacar, também, que os resultados de estudos que traçam o perfil socioeconômico e de saúde física de usuários acometidos por AVC, além de darem visibilidade deste problema para o sistema de saúde, podem ainda ser de grande relevância para a formulação e sistematização das políticas de saúde.

Neste contexto, o objetivo deste trabalho foi traçar o perfil socioeconômico e de saúde física de usuários adscritos à ESF no município de João Pessoa-PB, acometidos por AVC nos 5 anos que antecederam a coleta dos dados.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal, realizado com uma amostra de sujeitos adscritos à ESF no município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba. Faz parte do projeto de pesquisa “Acidente Vascular Cerebral (AVC): análise da funcionalidade dos usuários na Atenção Básica em conformidade com o acesso a reabilitação”, desenvolvido pelo Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva – LEPASC, do Departamento de Fisioterapia, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, financiado pela Fapesq/PB.

População-alvo e amostra

A população-alvo deste estudo formam os usuários adscritos à ESF na área urbana de João Pessoa, de ambos os gêneros e com idade igual ou superior a 18 anos, com pelo menos um episódio de AVC entre os anos de 2006 e 2010. Para captação dos sujeitos, foi solicitada à direção de cada um dos cinco distritos sanitários da cidade, a elaboração de listas pelas equipes de saúde da família com os sujeitos que se enquadravam nos critérios de inclusão acima descritos.

O cálculo amostral teve como base o total de 324 sujeitos informados pelos distritos sanitários a partir da busca ativa dos agentes comunitários de saúde. O tamanho amostral foi definido a partir da fórmula: $n = n = Z^2 PQ/d^2$, sendo n = tamanho amostral mínimo; Z = variável reduzida; P = probabilidade de encontrar o

fenômeno estudado; $Q = 1 - P$; d = precisão desejada. Adotou-se $p = 50\%$, por se tratar de uma avaliação multidimensional, e a precisão almejada para o estudo de 90%.

Com base nesse critério, a amostra mínima prevista calculada foi de 147 sujeitos. Estimando-se as perdas amostrais em 10%, definiu-se como tamanho amostral de 161 sujeitos. No entanto foram entrevistados 140 indivíduos, pelo fato de que nas listas constava uma quantidade significativa de usuários que não se adequavam aos critérios de inclusão por não ter diagnóstico de AVC, apresentar tempo de acometimento superior a cinco anos ou ter ido a óbito, correspondendo a 18,52% do número total de sujeitos.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas no domicílio dos sujeitos, por 10 entrevistadores devidamente treinados no uso da CIF e na aplicação do instrumento. Em seguida procedeu-se a aplicação piloto em usuários da Clínica Escola da UFPB e elaboração do manual do pesquisador. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre julho de 2010 a abril de 2011.

Instrumento de coleta de dados

Utilizou-se como instrumento um formulário estruturado que contemplava questões relativas aos aspectos sociodemográficos: idade, gênero, nível de escolaridade, profissão, renda domiciliar, estado civil, co-habitação e aspectos de saúde física: tipo de AVC, dimídio afetado, tempo e quantidade de vezes de acometimento; e aspectos do tratamento: acesso à reabilitação, tempo do início e duração do tratamento, serviço e profissional envolvido na reabilitação, motivo pelo qual não fez o tratamento, existência de encaminhamento e a origem do mesmo. O formulário foi confeccionado pelos pesquisadores com base em outros modelos e formulários da literatura.

A pesquisa foi autorizada pela Secretária Municipal de Saúde do município de João Pessoa e aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley – UFPB (protocolo nº 430/09).

Análise dos dados

A entrada de dados e o controle de qualidade foram realizados utilizando-se o programa Epi Info™.

Neste programa foi calculada a frequência dos dados referentes às características sociodemográficas e de saúde física e seus respectivos intervalos de confiança a 95% na população total entrevistada.

RESULTADOS

Foram entrevistados 140 sujeitos e no que se refere ao gênero, a amostra apresentou uma distribuição homogênea entre homens (47,9%) e mulheres (52,1%) da faixa etária de 60 anos ou mais (73,6%), com uma média de 63,3 anos e um desvio padrão de + 12,8. Mais da metade dos entrevistados declarou-se alfabetizado (60,0%), estavam casados (64,3%), vivendo com mais de três pessoas no domicílio (75,5%) e com renda familiar entre um e dois salários mínimos (49,3%). Estas características são apresentadas pela Tabela 1.

Dos entrevistados (tabela 2), 95,5% declarou ser portador de pelo menos uma doença crônico-degenerativa, sendo que, 86,4% declarou diagnóstico de hipertensão arterial, 41,4% de Diabetes Mellitus, 27,1% de alguma doença cardíaca e 93,6% necessitando da figura de um cuidador em sua vida. O consumo regular de álcool e/ou o hábito de fumar foram relatados por 20,7% e 16,4% da amostra respectivamente.

Cerca de metade dos entrevistados não souberam informar o tipo de AVC que os acometeu (47,1%) e entre os que responderam, 40% declarou ter sido hemorrágico e 12,9% isquêmico. Não foram verificadas grandes diferenças de prevalência quanto ao lado acometido (44,3% do direito e 41,4% do esquerdo) e apenas 4,3% com ambos hemicorpos/dimídios corporais. Nos cinco anos que antecederam a data da entrevista, 65,7% apresentou um episódio de AVC e 34,3% dois ou mais episódios (tabela 3).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra

Características	n	%	IC 95%
Gênero			
<i>Feminino</i>	73	52,1	43,5 – 60,7
<i>Masculino</i>	67	47,9	39,3 – 56,5
Faixa etária			
<i>25-44 anos</i>	7	5,0	2,0 – 10,0
<i>45-59 anos</i>	30	21,4	14,9 – 29,2
<i>60 anos e mais</i>	103	73,6	64,7 – 80,0
Alfabetizado			
<i>Sim</i>	84	60,0	51,4 – 68,2
<i>Não</i>	55	39,3	31,1 – 47,9
<i>Não sabia / não respondeu</i>	1	0,7	0,0 – 3,9
Estado civil			
<i>Casado/Morando juntos</i>	90	64,3	55,8 – 72,2
<i>Separado/ Desquitado</i>	28	20,0	13,7 – 27,6
<i>Viúvo e solteiro</i>	22	15,7	10,1 – 22,8
Cohabitação			
<i>1 e 2</i>	35	25,0	18,1 – 33,0
<i>3 e 4</i>	60	42,9	34,5 – 51,5
<i>5 ou mais</i>	45	32,1	24,5 – 40,6
Renda			
<i>< 1 salário mínimo</i>	4	2,9	0,8 – 7,2
<i>De 1 a 2 salários mínimos</i>	69	49,3	40,7 – 50,9
<i>3 ou mais salários mínimos</i>	64	45,7	37,3 – 54,3
<i>Não sabia / não respondeu</i>	3	2,1	0,2 – 5,1

Fonte: dados da pesquisa João Pessoa, 2011.

Tabela 2. Características de saúde física da amostra

Características	N	%	IC 95%	
Diagnóstico autoreferido de doença crônico-degenerativa	<i>Sim</i>	133	95,0	90,0 – 98,0
	<i>Não</i>	7	5,0	2,0 – 10,0
Diagnóstico autoreferido de HA	<i>Sim</i>	121	86,4	79,6 – 91,6
	<i>Não</i>	19	13,6	8,4 – 20,4
Diagnóstico autoreferido de DM	<i>Sim</i>	58	41,4	33,2 – 50,1
	<i>Não</i>	82	58,6	49,9 – 66,8
Diagnóstico autoreferido de Doença cardíaca	<i>Sim</i>	38	27,1	20,0 – 35,3
	<i>Não</i>	102	72,9	64,7 – 80,0
Possuem cuidador	<i>Sim</i>	131	93,6	88,1 – 97,0
	<i>Não</i>	9	16,4	11,3 – 19,4
Etilistas	<i>Sim</i>	29	20,7	14,3 – 28,4
	<i>Não</i>	111	79,3	70,8 – 85,1
Tabagistas	<i>Sim</i>	23	16,4	10,7 – 23,6
	<i>Não</i>	117	83,6	76,4 – 89,3

Fonte: dados da pesquisa João Pessoa, 2011.

Tabela 3. Características do AVC e hemiplegia

Características	N	%	IC 95%
Tipo de AVC			
<i>Hemorrágico</i>	56	40,0	31,8 – 41,6
<i>Isquêmico</i>	18	12,9	7,8 – 19,6
<i>Não sabiam</i>	65	47,1	38,7 – 55,8
Lado afetado			
<i>Direito</i>	62	44,3	35,9 – 52,9
<i>Esquerdo</i>	58	41,4	33,2 – 50,1
<i>Ambos</i>	6	4,3	1,6 – 9,1
<i>Não sabiam</i>	14	10,0	5,6 – 16,2
Número de episódios			
<i>1 vez</i>	92	65,7	57,2 – 73,5
<i>2 ou mais vezes</i>	48	34,3	26,5 – 42,8

Fonte: dados da pesquisa João Pessoa, 2011.

DISCUSSÃO

O levantamento do perfil dos indivíduos portadores de AVC adscritos às Unidades de Saúde da Família (USF) de João Pessoa evidenciou o acometimento de indivíduos na faixa etária de 60 anos ou mais (73,6%), do gênero feminino (52,1%) e alfabetizados (60%). São casados ou vivem em união estável (64,3%) e a renda mensal familiar apresentou entre 1 a 2 salários mínimos (49,3%) para manutenção de toda a família.

Um importante número de usuários da pesquisa não soube informar o tipo de AVC (47,1%) que os tinha acometido, e o hemisfério acometido foi bastante distribuído, não havendo diferença significativa entre os hemisférios. A grande maioria dos indivíduos deste estudo possuía cuidador (93,65) e nos cinco anos que antecederam a entrevista, apresentaram um episódio de AVC (65,7%), sendo importante observar a recidiva do mesmo. Em conjunto com as principais doenças associadas ao diagnóstico clínico, observou-se a hipertensão arterial e diabetes, bem como a distribuição de usuários com os hábitos de fumar e etilismo.

A literatura especializada (FALCÃO *et al.*, 2004, DUNCAN *et al.*, 2003, SAPOSNIK, DEL BRUTTO, 2003, MEDINA, SHIRASSU, GOLDEFER, 1998, RODRIGUES, SÁ, ALOUCHE, 2004, NUNES, PEREIRA, SILVA, 2005, RADANOVIC, 2000, PIRES, GAGLIARDI, GORZONI, 2004, MELCON, MELCON, 2006, DANESI, OKUBADEJO, OJINI, 2007) aponta que, no que se refere ao gênero, os homens apresentam uma maior prevalência de AVC quando comparados às mulheres (DIAS, 2006). O presente estudo apresenta o gênero feminino (52,1%) como prevalente em relação ao homem. De acordo com os resultados de FALCÃO *et al.*, (2006), em pesquisa transversal, com uma amostra de 46 sujeitos após alta hospitalar em Recife-PE, houve prevalência do gênero masculino entre sua amostra (52%). Em contrapartida no estudo de MAKIYAMA *et al.*, (2004), com uma amostra de 66 usuários, em pesquisa transversal, prevaleceu o gênero feminino (53,3%) na amostra, corroborando com o presente estudo.

Observa-se, nas últimas décadas, o aumento da expectativa de vida e conseqüentemente da quantidade de pessoas idosas sequeladas por AVC. Esse dado evidenciou-se neste estudo ao identificar que a faixa etária acima de 60 anos é a mais acometida (73,3%),

corroborando achados da literatura (FALCÃO *et al.*, 2004, PETRILLI *et al.*, 2002, PIRES, GAGLIARDI, GORZONI, 2004). O estudo de PIRES, GAGLIARDI, GORZONI (2004) em pesquisa retrospectiva com 1015 prontuários na Clínica Neurológica do Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo corrobora com esta pesquisa apresentando prevalência na faixa etária de 60-70 anos (66%), mostrando a idade como fator importante no acometimento de AVC.

Considerando-se a importância da hipertensão arterial e do diabetes como causa de AVC e o acompanhamento realizado pelas equipes de saúde da família a esses usuários, torna-se primordial o trabalho com a promoção da saúde, na tentativa de redução de incidências de doenças crônicas e incapacitantes e melhora da qualidade de vida das pessoas acometidas destes agravos.

Tomando como parâmetro o nível de escolaridade dos participantes deste estudo, constata-se, em princípio, que a maioria é alfabetizada (60,0%), contrariando a literatura (FALCÃO *et al.*, 2006, TEXEIRA-SALMELA *et al.*, 2000) que aponta a prevalência de AVC em indivíduos com baixa escolarização. No entanto, é importante salientar que 39,3% dos sujeitos da amostra não são escolarizados e que 47,2% enquadram-se na categoria de analfabetismo funcional, ou seja, frequentaram a escola por menos de 4 anos (Tabela 1). Este dado preocupa, tendo em vista a necessidade de apreensão de medidas preventivas relacionadas ao autocuidado que, muitas vezes, exigem bagagem educacional dos usuários.

O baixo nível de escolaridade associado aos fatores socioeconômicos e culturais pode contribuir para o aparecimento das doenças cardiovasculares, dificultando a conscientização em relação às medidas terapêuticas e às mudanças nos hábitos de vida, muitas vezes necessárias para o estabelecimento de condutas saudáveis no caminhar da vida (DIAS, 2006). Nesse sentido, a equipe de saúde precisa ser capacitada sobre o AVC, seus sinais e sintomas e sobre as condutas frente às situações emergenciais (MIKULÍK *et al.*, 2008, PONTES-NETO *et al.*, 2008, SUG YOON *et al.*, 2001). Deve estar engajada e ciente que a educação em saúde passa pelo entendimento das dificuldades e potencialidades dos usuários, pela disponibilidade ao diálogo horizontal e pelo reconhecimento dos

envolvidos como protagonistas no seu processo saúde doença. Assim, o processo educativo em saúde direciona ações por meio da conversa acolhedora e não pela imposição de hábitos considerados saudáveis.

A situação sócio-econômica também desempenha um papel determinante na saúde dos indivíduos e populações, sendo a renda familiar baixa associada a condições de vida inadequadas e, conseqüentemente, a elevadas taxas de mortalidade por problemas cardiovasculares. Neste estudo, a maioria dos entrevistados possui renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos (49,3%) para manutenção de toda família, condição que exige manejo e readaptação familiar frente às exigências terapêuticas da pessoa com seqüela de AVC. Corroborando com o estudo de DIAS (2006), em pesquisa transversal, com 82 usuários, em 12 Unidades de Saúde da Família da cidade de Divinópolis-MG, cuja prevalência foi de 622 reais como média da renda familiar.

Nesse sentido, a dependência do serviço público de saúde, ainda deficitário, o custo de alguns alimentos recomendados e a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, podem se constituir como aspectos que dificultam a prevenção dos fatores de risco e que estão diretamente associados aos problemas de ordem econômica.

O estado civil também é um grande marcador no contexto deste estudo. Percebe-se a alta frequência (64,3%) de pessoas casadas (aqui também incluídas aquelas em união estável) quando comparado às pessoas que vivem sem companheiro (Tabela 1). SUG YOON *et al.*, (2001) realizaram um estudo sobre o conhecimento dos fatores de risco para o AVC, sintomas de alarme, e tratamento em uma população urbana da Austrália, com uma amostra de 822 usuários, e observaram a prevalência (59,5%) de pessoas casadas ou em união estável. Os mesmos resultados foram identificados por FALCÃO *et al.* (2006) e MELLO (2003). Esses dados se apresentam como pontos positivos, uma vez que a presença do parceiro é fundamental no compartilhamento das situações geradoras de conflito, bem como no lidar com o impacto físico, social e psicológico que a doença traz. Assim, a presença do companheiro está relacionada à melhoria e continuidade dos cuidados em saúde, pois o ajustamento da família, o apoio e a compreensão dispensada ao paciente são fatores fundamentais para sua adaptação após o AVC

(ESCARCEL, MULLER, RABUSKE, 2010)

Sendo o AVC uma doença com apresentação clínica súbita, exige de todos os membros da família uma mobilização rápida da capacidade de administrar a crise, ocorrendo o reajuste na estrutura, nos papéis e no manejo afetivo dos cônjuges e demais membros do microsistema familiar (CHAGAS, MONTEIRO, 2004).

A maioria das pessoas acometidas por AVC vive o desamparo e a incerteza sobre o futuro todos os dias e perde a independência, principalmente nas suas Atividades de Vida Diária (AVDs), necessitando de um acompanhante para ajudá-las a realizar suas tarefas. Portanto, a presença de um cônjuge apresenta-se como importante indicador no contexto deste estudo por ter possibilidade de impactar nos resultados da reabilitação do paciente.

Dentre as características de saúde física, destaca-se o fato de que a maioria dos sujeitos da pesquisa declarou diagnóstico de hipertensão arterial e quase a metade dos mesmos relataram diagnóstico de diabetes mellitus. O consumo regular de álcool e o hábito de fumar foram evidenciados como fatores de risco associados ao AVC. No estudo de DUNCAN *et al.*, (2003), em uma pesquisa prospectiva randomizada, na cidade de Kansas-EUA, com uma amostra de 17 usuários, os autores demonstram como prevalentes as comorbidades, hipertensão, diabetes, artrite, dor crônica, depressão e problemas de visão, fazendo relação com os fatores de risco para o AVC.

Nas últimas décadas, muitas pesquisas têm sido realizadas na tentativa de contribuir com a redução da morbidade e da mortalidade dos indivíduos acometidos por AVC. Dentre os fatores de risco associados ao AVC descritos na literatura é ressaltado a hiper-tensão arterial como um dos mais importantes e mais fortemente correlacionados ao AVC (FALCÃO *et al.*, 2006, RODRIGUES, SÁ, ALOUCHE, 2004, RADANOVIC, 2000, PIRES, GAGLIARDI, GORGOZONI, 2004), seguidos de Diabetes Mellitus, acompanhados de dislipidemia, tabagismo e etilismo (PETRILLI *et al.*, 2002, DUNCAN *et al.*, 2003, SCHAU *et al.*, 2003, RADANOVIC, 2000, PIRES, GAGLIARDI, GORGOZONI, 2004),

Os fatores de risco para a instalação do AVC são bem conhecidos, evidencia-se, contudo, uma grande necessidade de se otimizar o aspecto da prevenção. Prevenir e controlar os fatores de risco para o AVC, assim

como para outras patologias, envolve a implementação e a necessidade de maximizar medidas educativas, de prevenção e promoção para a melhoria da saúde desta população (RADANOVIC, 2000).

Destaca-se, assim, a prevenção como capaz de favorecer a conscientização e a apropriação do indivíduo como autônomo e protagonista no seu processo saúde-doença. Para tanto, é preciso que os profissionais de saúde e a comunidade estejam engajados coletivamente na reorientação das práticas de saúde. As equipes de saúde da família têm um papel de suma importância no sentido de contribuir para o controle da hipertensão e diabetes, uma vez que realizam um cuidado continuado ao usuário, conhecendo bem o contexto onde está inserido e identificando efetivamente sua adesão ao tratamento, assim como a eficácia do mesmo.

Os dados relatados no presente estudo relacionados à etiologia do AVC (tabela 3), demonstram que 47,1 % dos sujeitos da pesquisa não souberam informar o tipo de AVC que lhe tinha acometido. Tal fato certamente tem impacto negativo sobre o tratamento do AVC na fase aguda, bem como sobre a possibilidade de orientar adequadamente o paciente do ponto de vista da profilaxia de novos eventos.

A falta de informação quanto à etiologia pode ainda estar relacionada a uma falha na consolidação do sistema de referência e contra-referência, bem como ao nível de escolaridade do usuário aliado ao descaso dos profissionais de saúde em explicar aos usuários seu problema, dificultando a continuidade da assistência. Ainda acerca dos dados sobre a etiologia, o presente estudo revela que dentre os usuários que conheciam a causa do seu AVC, 40% declararam ter sido hemorrágico o que corrobora com achados da literatura (PEREIRA, COELHO, BARROS, 2004, SAPOSNIK, DEL BRUTTO, 2003, RODRIGUES, SÁ, ALOUCHE, 2004, NUNES, PEREIRA, SILVA, 2005, RADANOVIC, 2000, PIRES, GAGLIARDI, GORGOZONI, 2004).

Em relação ao lado acometido não foram verificadas grandes diferenças de prevalência, sendo o lado direito reportado por 44,3% dos sujeitos, 41,4% o lado esquerdo e apenas 4,3% com ambos hemicorpos, o que coincide com a pesquisa de OLIVEIRA, MEIRA E LUCENA (2001), na qual o acometimento é bem distribuído entre os dois hemicorpos. Contudo, isso não parece ser relevante como fator prognóstico, pois a

literatura mostra variações nessa frequência (KELLY-HAYES *et al.*, 2003, PETRILLI *et al.*, 2002, DUNCAN *et al.*, 2003, RODRIGUES, SÁ, ALOUCHE, 2004, DIAS, 2006).

No que diz respeito ao número de episódios de AVC nos cinco anos que antecederam a data da entrevista, 65,7% apresentaram um episódio de AVC e 34,3% dos sujeitos apresentaram dois ou mais episódios. Esses dados corroboram com os estudos RADANOVIC (2000) e ESCARCEL, MULLER, RABUSKE (2010), ambos realizados em serviços de alta complexidade, evidenciando a alta incidência de recidivas e a dificuldade de controle do fator que causou o acidente vascular.

CONCLUSÃO

Este estudo colabora para dar visibilidade ao perfil dessa população vinculada à Estratégia de Saúde da Família e suas principais características, servindo de base para os profissionais de saúde e população no sentido da produção dos cuidados necessários, do enfrentamento das limitações impostas pelas sequelas, bem como da prevenção desse agravo. Objetiva-se, assim, a uma atenção integral a estes usuários e suas famílias, observando as necessidades reais destes sujeitos, contribuindo com a diminuição do impacto do AVC e para uma melhor qualidade de vida para os mesmos.

Nos resultados aqui obtidos destaca-se a presença das doenças cronicodegenerativas, com destaque para a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus, muitas vezes associadas no mesmo usuário, com potencial de risco para a repetição do evento que causou o acidente vascular cerebral.

É imperativo que o planejamento das ações de saúde contemple ações destinadas às pessoas com seqüela de AVC, como também ações preventivas visando ao controle efetivo dos fatores de risco do AVC.

Nesse sentido, sugere-se que outros estudos sejam realizados com essa temática a fim de contribuir para ampliação do cuidado em saúde, respeitando a singularidade do indivíduo e o perfil das pessoas acometidas por AVC, orientando a realização das medidas preventivas e ações de reabilitação, sobretudo aquelas realizadas no âmbito da atenção primária.

Referências

1. BOCCHI SCM, ANGELO, M. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. *Ciênc Saúde Colet.* 2005; 10(3): 729-738.
2. CABRAL NL, VOLPATO D, OGATA DR, RAMIREZ T, MORO C, GOUVEIA S. Fibrilação atrial crônica, AVC e anticoagulação. Sub-uso de warfarina? *Arq Neuropsiquiatr.* 2004; 62(4):1016-1021.
3. CARR J, SHEPHERD R. Reabilitação neurológica: otimizando o desempenho motor. 1ed. Barueri: Editora Manole; 2008.
4. CESÁRIO CMM, PENASSO P, OLIVEIRA APR. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Encefálico. *Rev Neurocienc.* 2006; 14(1):6-9,.
5. CHAGAS NR, MONTEIRO ARM. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral. *Acta sci. Health sci.* 2004; 26(1): 193-204.
6. CORRÊA FI, SOARES F, ANDRADE DV, GONDO RM, PERES JA, FERNANDES AO, CORRÊA JCF. Atividade muscular durante a marcha após acidente vascular encefálico. *Arq Neuropsiquia.* 2005; 63(3-B): 847-851.
7. DANESI M, OKUBADEJO N, OJINI F. Prevalence of stroke in an urban, mixed income community in Lagos, Nigeria. *Neuroepidemiology.* 2007; 28: 216-223.
8. DEAN CM, RICHARDS CL, MALOUIN F. Task-Related Circuit Training Improves Performance of Locomotor Tasks in Chronic Stroke: A Randomized, Controlled Pilot Trial. *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation.* 2000; 81(4): 409-417.
9. DIAS KS. Perfil dos indivíduos portadores de acidente vascular cerebral vinculados ao programa de saúde da família no município de Divinópolis-MG: a demanda por cuidados fisioterapêuticos. [Dissertação de Mestrado]. Franca: Universidade de Franca; 2006. (118p).
10. DUNCAN P, STUDENSKI S, RICHARDS L, GOLLUB E, LAI SM, REKER D, PERERAS, YATES J, KOCH V, RIGLER S, JOHNSON D. Randomized Clinical Trial of Therapeutic Exercise in Subacute Stroke. *Stroke.* 2003; 34(9):2173-2180.
11. ESCARCEL BW, MULLER MR, RABUSKE M. Análise do controle postural de pacientes com AVC Isquêmico próximo a alta hospitalar. *Rev Neurocienc.* 2010; 18(4):498-504.
12. FALCÃO IV, CARVALHO EMF, BARRETO KML, LESSA FJD, LEITE VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2004; 4(1):95-101.
13. JONKMAN EJ, DE WEERD AJ, VRIJENS NL. Quality of life after a first ischemic stroke. Long-term developments and correlations with changes in neurological deficit, mood and cognitive impairment. *Acta Neurol Scand.* 1998; 98(3):169-17,.
14. KELLY-HAYES M, BEISER A, KASE CS, SCARAMUCCI A, D'AGOSTINO RB, WOLF PA. The Influence of Gender and Age on Disability Following Ischemic Stroke: The Framingham Study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases.* 2003; 12(3):119-126.
15. LIMA V, CAETANO JA, SOARES E, SOUSA ASZM. Fatores de risco associados a hipertensão arterial sistêmica em vítimas de acidente vascular cerebral. *RBPS.* 2006; 1993(3):148-154,.
16. MAKIYAMA TY, BATTISTELLA LR, LITVOC J, MARTINS LC. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. *Acta Fisiatr.* 2004; 11(3):106-109.
17. MEDINA MCG, SHIRASSU MM, GOLDEFER MC. Das incapacidades e do acidente cerebrovascular. In: KARSCH UMS, organizadora. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, 199-214, 1998.
18. MELCON CM, MELCON MO. Prevalence of stroke in an Argentina community. *Neuroepidemiology.* 2006; 27: 81-88.
19. MELLO ALLC. Prevalência e sobrevida de casos de acidente vascular encefálico, no município do Rio de Janeiro, no ano de 1998. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola nacional de saúde pública. De-partamento de epidemiologia e métodos quantitativos em saúde, 2003. (95p).
20. MIKULÍK R, BUNT L, HRDLICKA D, DUSEK L, VÁCLAVÍK D, KRYZA J. Calling 911 in response to stroke: a nationwide study assessing definitive individual behavior. *Stroke.* 2008; 39(6):1844-1849.
21. NEAU JP, INGRAND P, MOUILLE-BRACHET C, ROSIER MP, COUDERQ C, ALVAREZ UM, GIL R. Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. *Cerebrovasc Dis.* 1998; 8(5): 296-302.
22. NIKCEVIC L, SAVIC M, ZARIC N, NIKOLIC D, PLAVSIC A, MUJOVIC N. Effects of early rehabilitation on the outcome of cerebrovascular insult rehabilitation in women over 65 in correlation with initial neurological deficit gravity. *Acta Fisiátrica.* 2007; 14(4): 237- 241.
23. NUNES S, PEREIRA C, SILVA MG. Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão. *EssFisiOnline.* 2005; 1(3): 3-20.
24. OLIVEIRA SCF, MEIRA, JR, LUCENANMG. Fisioterapia em grupo utilizando técnicas de relaxamento: influência no grau de independência funcional de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral. *Fisio Bras.* 2001; 2(4):247-252.
25. PEREIRA S, COELHO FB, BARROS H. Acidente vascular cerebral: hospitalização, mortalidade e prognóstico. *Acta Med Port.* 2004; 17:187-92,.
26. PETRILLI S, DURUFLE A, NICOLAS B, PINEL JF, KERDONCUFF V, GALLIEN P. Prognostic Factors in the Ability to Walk After Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases.* 2002; 11(6):330-335.
27. PIRES SL, GAGLIARDI RJ, GORZONI ML. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2004; 62(3b):844-851.
28. PONTES-NETO OM, SILVA GS, FEITOSA MR, DE FIGUEIREDO NL, FIOROT JA JR, ROCHA TN, MASSARO AR, LEITE JP. Stroke awareness in Brazil: alarming results in a community-based study. *Stroke.* 2008; 39(2): 292-296.
29. RADANOVIC M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2000; 58(1): 99-106.
30. SAPOSNIK G, DEL BRUTTO OH. Stroke in South America: A Systematic Review of Incidence, Prevalence, and Stroke Subtypes. *Stroke.* 2003; 34(9):2103-2108.

31. RODRIGUES JE, SÁ MS, ALOUCHE SR. Perfil dos pacientes acometidos por AVE tratados na clínica escola de fisioterapia da UMESP. *Rev Neurocienc.* 2004; 12(3): 117-122.
32. SCHAUB B, BOYSEN G, TRUELSENT T, BODEN-ALBALA B, CHENG J, BABAMOTO E, ZAHER C, SACCO RL. Development and Validation of A Model to Estimate Stroke Incidence in A Population. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases.* 2003; 12(1): 22-28.
33. STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
34. SUG YOON S, HELLER RF, LEVI C, WIGGERS J, FITZGERALD PE. Knowledge of stroke risk factors, warning symptoms, and treatment among an Australian urban population. *Stroke.* 2001; 32(8):1926-1930.
35. TEIXEIRA-SALMELA LF, OLIVEIRA ESG, SANTANA EGS, RESENDE, GP. Fortalecimento muscular e condicionamento físico em hemiplégicos. *Acta Fisiátrica.* 2000; 7(3):108-118.

Correspondência

Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva - LEPASC

Universidade Federal da Paraíba – UFPB - Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Fisioterapia - Campus I - Cidade Universitária – João Pessoa - Paraíba - Brasil
CEP - 58059-900

Email: lepasc@ccs.ufpb.br