PERFIL SOCIAL E FUNCIONAL DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM AVE

PROFILE OF SOCIAL AND FUNCTIONAL OF USERS FAMILY HEALTH STRATEGY WITH STROKE

**Candice Simões Pimenta de Medeiros; Ozair Argentille Pereira da Silva; Jusciele Bezerra de Araújo; Damião Ernane de Souza; Enio Walker Azevedo Cacho; Roberta de Oliveira Cacho.**

**Medeiros CSP, Silva OAP, Araujo JB, Souza DE, Cacho EWA, Cacho RO**

**RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar o perfil social e funcional dos usuários de Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família com Acidente Vascular Encefálico (AVE) em Santa Cruz, município do estado do Rio Grande do Norte. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal constituído por 39 indivíduos com diagnóstico clínico de AVE. Foram avaliados o perfil sociodemográfico e o comprometimento cognitivo, funcional e sensório – motor através das escalas: Mini Exame do Estado Mental, Medida de Independência Funcional, Escala de Equilíbrio de Berg, Escala de Desempenho Físico de Fugl-Meyer, Timed Up and Go e a escala de Deambulação Funcional.  **Resultados:** A idade média dos sujeitos foi 68,94±14,01 anos onde 56,41% eram mulheres, 58,97% casados, 58,97% pardos, 46,15% analfabetos, 41,03% agricultores, 71,79% aposentados e 84,62%. residentes em casa própria. O hemisfério cerebral esquerdo (56,41%) e o tipo isquêmico (61,54%) mostraram-se mais prevalentes nesta população. O tempo de lesão após o AVE foi de 6,7±6,9 anos, onde 66,67% apresentaram um único evento. 97,4% dos avaliados apresentavam fatores de risco associados, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (74,35%) o de maior destaque. Observou-se a presença de grave comprometimento cognitivo, maior independência funcional, grave comprometimento motor, equilíbrio pobre com significativo risco para quedas. **Conclusão:** O elevado número de acometimento do AVE relacionado com as características epidemiológicas da região estão associados com os déficits funcionais, cognitivos e sensório motores encontrados evidenciando um grave problema de saúde pública.

**Descritores:** Acidente Vascular Encefálico; Epidemiologia; Fatores de risco.

**ABSTRACT:**

**Objective:** Evaluate the profile of social and functional users Basic Health Units/Family Health Strategy with stroke in Santa Cruz, municipio in the state of Rio Grande do Norte. **Methods:** It is a transversal study compound 39 patients with clinical diagnosis of stroke. We evaluated the sociodemographic perfil and cognitive, functional and sensory-motor impairment across the scales: The Mini-Mental State Examination, Functional Independence Measure, Berg Balance Scale, Fugl-Meyer Assessment of Sensorimotor Impairment, Timed Up and Go and Functional Ambulation Category Scale. **Results:** Average age of patients was about 68.94 ± 14.01 years where 56.41% were women, 58.97% were married, 58.97% were mulatto, 46.15% were illiterate, 41.03% were farmers, 71.79% were retirees and 84.62% lived in their own home. The left cerebral hemisphere (56.41%) and ischemic type (61.54%) were more prevalent in this population. The injury time after stroke was 6.7 ± 6.9 years, where 66.67% had a only event. 97.4% of the individuals had risk factors associated where the Hypertension (HAS) (74.35%), had the bigger prominence. We observed the presence of severe cognitive impairment, bigger functional independence, severe motor impairment, poor balance with significant risk for fall. **Conclusion:** The high number the stroke involvement related with the epidemiological characteristics of the region is associated with functional deficits, cognitive and sensory motor found showing a serious public health problem.

**Descriptors:** Stroke; Epidemiology; Risk Factors.

**INTRODUÇÃO**

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) corresponde a uma disfunção neurológica aguda, de origem vascular, causada por uma interrupção do fluxo sanguíneo para áreas focais do encéfalo, podendo ocorrer na sua forma isquêmica ou hemorrágica1. O AVE isquêmico é decorrente da insuficiência de suprimento sanguíneo cerebral ocasionado principalmente por placas ateroscleróticas; já o evento hemorrágico tem a hemorragia hipertensiva como causa mais comum de lesão, seguida dos aneurismas saculares e malformações arteriovenosas (MAV’s)2. Por se tratar de uma das principais causas de morbi-mortalidade no mundo, além de proporcionar incapacidades motoras e cognitivas, o AVE é uma doença comum e de grande impacto na saúde pública3,4.

As crescentes mudanças no estilo e expectativa de vida associadas com o aumento dos fatores de risco para as doenças cerebrovasculares podem servir como justificativa para a grande incidência do AVE5-7. O conhecimento e percepção dos fatores de risco são medidas essenciais para se obter um maior controle da doença e melhor adesão a medidas preventivas8.

Os autores9 mostram que os principais fatores de risco que podem aumentar a propensão ao AVE são os altos perfis lipídicos, diabetes mellitus, sobrepeso e obesidade, além do tabagismo e sedentarismo. Um estudo realizado em Fortaleza-CE mostrou que 77,2% dos pacientes com AVE eram hipertensos, 23,5% diabéticos, 3,9% tabagistas e 21,2% etilistas6. Em Caxias do Sul – RS, observaram na amostra estudada que os principais fatores de risco para o AVE foram: Sedentarismo (43,2%), Tabagismo (12,5%), Hipertensão (11,1%), Dislipidemia (8,6%) e Diabetes (2,8%)9. Além disso, os principais dados sobre epidemiologia e fatores de risco associados ao AVE são baseados principalmente em estudos norte-americanos ou europeus e existe uma escassez de resultados dessa patologia em países em desenvolvimento2. Em um estudo de revisão sistemática realizada na América do Sul sobre o AVE, foi observado que dos 200 trabalhos revisados somente 7 apresentavam informações sobre a epidemiologia desta doença.

No Brasil, apesar do declínio nas taxas de mortalidade o AVE ainda é a principal causa de morte3,5. Em 2003, no Nordeste, a taxa de mortalidade pelo AVE foi de 54,6/100 mil habitantes6. De acordo com o DATASUS, o estado do Rio Grande do Norte apresentou coeficiente de mortalidade por doenças cerebrovasculares nos anos de 2007 e 2008, com valores de 44,9/100 mil habitantes e 43,5/100 mil habitantes, respectivamente. Dados do DATASUS sobre o município de Santa Cruz, RN informam que, das internações hospitalares ocorridas no ano de 2009, 19,6% ocorreram na faixa etária de 50 a 64 anos e 21,1% em 65 anos ou mais foram em decorrência de doenças do sistema circulatório. Além disso, o município de Santa Cruz apresentou no ano de 2011 a taxa de internações por AVE de 8,65/10.000 habitantes e o coeficiente de mortalidade por doenças cerebrovasculares no ano de 2008 de 66,2/100 mil habitantes10.

As consequências, em longo prazo, após o AVE vão depender do tamanho e localização da lesão, além da capacidade de neuroplasticidade cerebral. A funcionalidade e motricidade ficam completamente afetados e as incapacidades e sequelas geradas acarretam limitações funcionais e grande dependência11. As repercussões e sequelas do AVE propiciam diversas alterações pessoais e sociais na vida dos indivíduos, que por sua vez geram restrições e alterações relacionadas a limitações nas Atividades de Vida Diárias (AVD’s). A utilização de instrumentos de avaliação para pacientes pós-AVE é de extrema importância para analisar e compreender o impacto das limitações dessa patologia além de sua correlação com as alterações do comprometimento sensório-motor, sensitivo e funcional. Diversas escalas de avaliação para o AVE são usadas na prá­tica clínica e em pesquisas para diagnósticos, prognósticos, resposta a tratamentos e avaliação da severidade clínica11,12. Os estudos sobre a epidemiologia e mortalidade por doenças cerebrovasculares são necessários para que se conheça sua distribuição por localidade, a fim de subsidiar políticas de atenção aos agravos agudos e crônicos mais prevalentes. Além disso, mesmo com a alta taxa de mortalidade em países menos desenvolvidos, ainda existem poucas informações sobre a prevalência de doenças neurológicas, dentre elas o AVE. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo avaliar o perfil social e funcional dos usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS)/Estratégia Saúde da Família (ESF) com Acidente Vascular Encefálico (AVE) acima de 50 anos do município de Santa Cruz - Rio Grande do Norte.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, onde foram selecionados sujeitos com diagnóstico clínico de AVE adscritos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Santa Cruz-RN.

Foram incluídos na pesquisa os indivíduos com idade superior a 50 anos com diagnóstico clínico de AVE apresentando ou não sinais clínicos de sequela. Os sujeitos com qualquer outra patologia neurológica associada foram excluídos da pesquisa assim como os casos de desistência e mudança de cidade.

Após contato com as UBS dos bairros Centro, Conjunto Cônego Monte, Paraíso, Maracujá e DNER, os entrevistadores realizaram coleta de dados em prontuários e agendaram visita domiciliar para entrevista e análise das condições clínicas do paciente.

A caracterização sóciodemográfica se deu através de questionário semi-estruturado onde foram preenchidas informações sobre nome, sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação, fonte de renda, tempo decorrido desde o primeiro AVE, hemicorpo acometido. Além, da aplicação das escalas de avaliação: Mini-Exame do Estado Mental13, Medida de Independência Funcional14,15, Escala de Equilíbrio de Berg16, Escala de Desempenho Físico de Fugl-Meyer17, Escala de Categorias de Deambulação Funcional18,19 e Timed Up and Go20.

Para mensurar o comprometimento cognitivo foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). O MEEM é dividido em sete dimensões, que incluem orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, atenção e cálculo, evocação, linguagem e construção visual. A sua pontuação total do MEEM varia de 0 a 30 pontos, onde alguns autores estabeleceram o ponto de corte para os analfabetos (13 pontos), de 1 a 8 anos de estudo (18 pontos) e mais de 8 anos de escolaridade (26 pontos). A pontuação para os alfabetizados vai de 30 a 26 (função cognitiva preservada), 26 a 24 (alteração não sugestiva de déficit) e menor, igual a 23 (déficits cognitivos). Este instrumento foi validado no Brasil, sendo levado em consideração à idade e o nível de escolaridade dos indivíduos participantes da pesquisa13.

A Medida de Independência Funcional (MIF) foi utilizada para medir o nível de independência funcional dos sujeitos e compreende um conjunto de 18 tarefas, referentes às subescalas de autocuidado, controle esfincteriano, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. Cada item pode ser classificado em graus de dependência de sete níveis, sendo o valor um correspondente à dependência total e o valor de sete corresponde à normalidade na realização de tarefas de forma independente; assim a pontuação total varia de 18 a 12614,15.

O equilíbrio foi avaliado pela Escala de Equilíbrio de Berg. A escala compreende 14 tarefas onde cada uma recebe uma pontuação de 0 a 4 (0, incapaz de realizar; 4, completa a tarefa) que classificam a qualidade do desempenho da tarefa, o tempo gasto para concluir a tarefa ou para manter-se em uma determinada postura. Somadas todas as atividades, obtém-se uma pontuação máxima de 56 pontos, sendo que de 0 a 20 são considerados indivíduos com equilíbrio pobre e de 40 a 56, com um bom equilíbrio16.

O comprometimento motor e sensitivo foi avaliado pela Escala de Desempenho Físico de Fugl-Meyer. Esta escala possui um total de 226 pontos que são divididos em 5 sub-itens: função motora (100 pontos no total, sendo 66 para membro superior e 34 para membro inferior), função sensorial (24 pontos), equilíbrio (14 pontos), amplitude de movimento (44 pontos) e dor articular (44 pontos). Cada um destes itens são pontuados por uma escala ordinal de 3 pontos (0 - não pode realizar, 1 - realiza parcialmente, 2 - realiza completamente). A função motora sugere a severidade do AVE: 0 – 35, comprometimento motor severo; 36-55, comprometimento motor severamente moderado; 56-79, comprometimento motor moderado; > 80, comprometimento motor leve 17.

A escala de Categorias de Deambulação Funcional (Functional Ambulatory Cathegory – FAC) classifica a capacidade do paciente em deambular e é dividida em seis níveis: 0, o paciente não pode andar ou requer auxílio de duas ou mais pessoas; 1, O indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que suporte seu peso e ajude com seus passos, equilíbrio e coordenação; 2, O indivíduo precisa de leve suporte (contínuo ou intermitente) de uma pessoa que ajude com o equilíbrio e coordenação; 3, O indivíduo deambula em superfície plana sem contato manual mas precisa de uma pessoa para supervisão ou dicas verbais; 4, O indivíduo pode deambular independente em superfície plana mas requer supervisão para escadas, rampas e superfícies irregulares; 5, O indivíduo pode andar independente em qualquer lugar, incluindo escadas18.

A fim de analisar o equilíbrio dinâmico em conjunto com a velocidade da marcha utilizou-se o *Timed Up and Go* – TUG. O teste é realizado a partir de uma posição inicial sentada, com as costas apoiadas em uma cadeira, sem o auxílio dos membros superiores, e solicitado a andar um percurso linear de 3 metros até um ponto pré-determinado por uma marca no chão, girar 180°, retornar e sentar novamente, apoiando as costas na mesma cadeira. O paciente é instruído a realizar o teste usando seus calçados habituais, a não conversar durante a execução e a realizá-lo em velocidade normal, de forma segura. São verificados o número de passos dados durante o percurso (para cálculo de cadência: passos/minuto) e o tempo gasto na realização da tarefa (em segundos). Para tempo inferior a 20 segundos, o paciente apresenta baixo risco de quedas; entre 20 e 29 segundos, médio risco de quedas e acima de 30 segundos, alto risco de quedas 20.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFRN (#060/2011) e os sujeitos que concordaram em participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados coletados foram tabulados no software Microsoft Office Excel e posteriormente analisados de forma descritiva através do BioEstat 5.0. Foram calculados os valores de frequência absoluta (n) e percentual (%) das variáveis categóricas, a média e o desvio padrão das variáveis contínuas.

**RESULTADOS**

Foram encontrados e notificados 97 casos de AVE em todas as UBS/ESF de Santa Cruz/RN, porém, somente 39 indivíduos preencheram os critérios de inclusão. Dos 58 excluídos, 15 se enquadraram nos critérios de exclusão, 02 desistiram de participar do estudo e 41 mudaram de cidade.

A distribuição dos indivíduos com AVE segundo os fatores sócio-demográficos está descrita na Tabela 1. Os resultados encontrados apontam para predominância feminina (56,41%), sendo o estado civil mais prevalente o casado (58,97%). A média de idade dos indivíduos foi de 68,94 anos (±14,01). O nível de escolaridade predominante foi o de analfabetos (46,15%). A raça foi autoreferida e 58,97% denominou-se como pardos. A agricultura representou a principal fonte de ocupação (41,03%) e como era de se esperar, para a faixa etária encontrada, cerca de 71,79% eram aposentados e residentes de casa própria (84,62%) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos indivíduos com AVE de acordo com os aspectos sócio-demográficos. Santa Cruz – Rio Grande do Norte, Brasil.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variáveis** | | **n** | | **%** |
| Gênero | Feminino | 22 | | 56,41 |
| Masculino | 17 | | 43,59 |
| Idade (Anos) | 68,94±14,01 | | | |
| Estado Civil | Casado | | 23 | 58,97 |
| Viúvo | | 11 | 28,21 |
| Solteiro | | 5 | 12,82 |
| Escolaridade | Analfabetos | | 18 | 46,15 |
| Primeira à quarta série | | 8 | 20,51 |
| Alfabetizados | | 6 | 15,38 |
| Segundo grau ou ensino superior completo ou incompleto | | 7 | 17,95 |
| Raça | Pardos | | 23 | 58,97 |
| Brancos | | 10 | 25,64 |
| Negros | | 5 | 12,82 |
| Amarelos | | 1 | 2,56 |
| Ocupação | Agricultura | | 16 | 41,03 |
| Atividades do lar | | 5 | 12,82 |
| Outros | | 18 | 46,15 |
| Fonte de Renda | Aposentadoria | | 28 | 71,79 |
| Pensão | | 5 | 12,82 |
| Pensão e aposentadoria, ajuda de terceiros | | 6 | 15,38 |
| Tipo de Moradia | Casa Própria | | 33 | 84,62 |
| Casa Alugada | | 6 | 15,38 |

Com relação às características clínicas, o AVE no hemisfério esquerdo (56,41%) e a etiologia do tipo isquêmica (61,54%) foram predominantes. Cerca de 97,4% dos avaliados apresentavam fatores de risco associados, onde a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) equivaleu a 74,35% da amostra. A caracterização dos pacientes de acordo com os aspectos clínicos encontra-se descrita na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização dos indivíduos com AVE de acordo com os aspectos clínicos. Santa Cruz – Rio Grande do Norte, Brasil.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variáveis** |  | | **n** | **%** |
| Hemisfério Cerebral Acometido | Esquerdo | | 22 | 56,41 |
| Direito | | 10 | 25,64 |
| Direito e Esquerdo | | 3 | 7,69 |
| Não definido | | 4 | 10,26 |
| Etiologia do AVE | Isquêmico | | 24 | 61,54 |
| Hemorrágico | | 9 | 23,08 |
| Sem identificação | | 6 | 15,38 |
| Tempo de Lesão (Anos) | | 6,7±6,9 | | |
| Eventos de AVE | Único evento | | 26 | 66,67 |
| Dois eventos | | 9 | 23,08 |
| Três eventos | | 4 | 10,26 |
| Presença de FR | Sim | | 38 | 97,4 |
| Não | | 1 | 2,6 |
| FR | HAS | | 29 | 74,35 |
| Sedentarismo | | 23 | 58,97 |
| DM | | 18 | 46,15 |
| Doenças Cardíacas | | 17 | 43,58 |
| Tabagismo | | 12 | 30,76 |
| Colesterol Elevado | | 7 | 17,94 |
| Etilismo | | 6 | 15,38 |
| Obesidade | | 3 | 7,69 |

Legenda: FR, Fatores de risco; HAS, Hipertensão Arterial Sistêmica; DM, Diabetes Mellitus.

Em relação a aplicação dos instrumentos de avaliação, observou-se que o teste do Mini Exame do Estado Mental (MEEN) obteve-se uma pontuação média de 17,1±7,4 pontos, onde 32 pacientes (82,05%) foram classificados com um grave comprometimento e déficits cognitivos. Na Medida de Independência Funcional (MIF) obteve-se uma média de 80,4±34,4 pontos, onde 19 pacientes (48,72%) apresentaram independência funcional. A Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) obteve média de 24,5±18,5, onde 17 pacientes (43,59%) obtiveram equilíbrio pobre. Na Escala de Desempenho Físico de Fugl-Meyer (FM), somente 32 pacientes completaram a avaliação com a pontuação média total de 48,3±32,3. Os outros 6 pacientes não completaram a avaliação pois o lado afetado não foi identificado ou a hemiplegia era bilateral. Dos avaliados, 15 (46,88%) apresentaram um grave grau de comprometimento motor. Na aplicação do teste Time Up And Go (TUG) 14 pacientes não conseguiram realizar o teste. Dentre os 25 pacientes avaliados, obteve-se a média, em segundos, de 29,7±27,5 onde 13 indivíduos (52%) foram classificados com baixo risco de quedas. Na aplicação da Escala de Deambulação Funcional (FAC), cerca de 30,77% dos avaliados apresentaram marcha independente (Tabela 3).

Tabela 3. Tabela 3. Representação de acordo com a caracterização funcional dos indivíduos com AVE, Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESCALA** | **CLASSIFICAÇÃO** | **n** | **%** | **Média Total** | | |
| MEEM (n =39) | Déficit cognitivo | 32 | 82,05 |  | | |
| Sem déficit | 5 | 12,82 | 17,1(±7,4) | | |
| Cognição preservada | 2 | 5,13 |  | | |
| MIF (n=39) | Grave | 5 | 12,82 | | |  |
| Moderado | 15 | 38,4 | | | 80,4(±34,4) |
| Independência funcional | 19 | 48,72 | | |  |
| EEB (n=39) | Equilíbrio pobre | 17 | 43,59 | | |  |
| Equilíbrio moderado | 11 | 28,21 | | | 24,5(±18,5) |
| Equilíbrio bom | 11 | 28,21 | | |  |
| FM (n=32) | Comprometimento grave | 15 | 46,88 | | |  |
| Comprometimento grave-moderado | 12 | 37,50 | | | 48,3(±32,3) |
| Comprometimento moderado | 4 | 12,5 | | |  |
| Comprometimento leve | 1 | 3,13 | | |  |
| TUG (n=25) | Alto risco de quedas | 9 | 36 | | |  |
| Baixo risco de quedas | 13 | 52 | | | 29,7(±27,5) |
| Risco normal de quedas | 3 | 12 | | |  |
| FAC (n=39) | Não pode andar | 9 | 23,07 | |  | |
| Necessidade de suporte contínuo | 5 | 12,82 | |  | |
| Auxilio no equilíbrio e coordenação | 4 | 10,26 | | - | |
| Ajuda com escadas e superfícies irregulares | 9 | 23,08 | |  | |
| Marcha independente | 12 | 30,77 | |  | |

Legenda: MEEM, Mini Exame do Estado Mental; MIF, Medida de Independência Funcional; EEB, Escala de Equilíbrio de Berg; FM, Escala de Desempenho Físico Fugl-Meyer; TUG, Timed Up and Go; FAC, Escala de Deambulação Funcional.

**DISCUSSÃO**

Os resultados do presente estudo apontam o acometimento do AVE predominante no sexo feminino, com idade média de 68 anos, casados e de raça parda com a presença de uma amostra heterogênea. O predomínio do AVE no sexo feminino corrobora com alguns achados da literatura 2, 21. A mulher apresentam fatores potenciais que aumentam a chance de desenvolver a doença, como altos níveis de glicemia, o uso de contraceptivos orais, enxaquecas, HAS, DM, dislipidemia e doenças tromboembólicas 21. Além disso, o predomínio no sexo feminino também pode ser atribuído à faixa etária, haja vista que as mulheres apresentam sobrevida maior.

Em um estudo com 180 pacientes com AVC em Fortaleza – CE foi observado que 53,9% da amostra era composta por indivíduos com companheiros e com idade média de 62,3 anos6. Em Natal – RN, em um estudo descritivo com hemiplégicos pós-AVC, observaram a idade média de 65,9 anos e 50% da amostra composta por pacientes casados1 corroborando com os resultados encontrados no presente estudo. Dentre 5.834 óbitos analisados em um estudo no Paraná, observou-se que 76,9% dos mesmos ocorreram na faixa etária igual ou superior a 65 anos22. O aumento progressivo do acometimento do AVE de acordo com a idade é esperado uma vez que a idade é o principal fator de risco não modificável, reforçando ainda a necessidade de prevenção e controle de fatores de risco para doença cerebrovascular 3.

No presente estudo, observou-se predominância de indivíduos analfabetos, residentes em casa própria e que após o AVE a principal fonte de renda deixou de ser o trabalho assalariado sendo substituída pela aposentadoria. Cavalcante et al. (2010) encontraram em sua amostra de pacientes com AVE, uma escolaridade média de 4,3 anos e renda de 513 reais6. Enquanto isso, no município de Vassouras – RJ 61% da amostra com AVC avaliada era composta aposentados, 70% residentes em zona urbana, 46% com grau de escolaridade até a 4º série e 26% de analfabetos4. Dessa forma, a alta porcentagem de indivíduos com baixos níveis de escolaridade encontrados, chamando atenção para o número de analfabetos reflete nas condições e incidência da doença já que a baixa quantidade de informações sobre os meios de prevenção, os hábitos e comportamentos de risco á saúde fazem com que o segmento populacional de baixa escolaridade esteja mais suscetível ao AVE.

A raça parda foi a mais referida no estudo, entretanto esse resultado não corrobora com os dados encontrados na literatura onde a raça negra é mais descrita como maior prevalência para o AVE3. Essa divergência encontrada pode ser justificada pelos diferentes modos de avaliação da raça, já que no estudo em questão utilizou-se a avaliação auto-referida. A investigação das características socioeconômicas, como a raça, nível educacional e renda permitem observar que a condição social associada com a falta de informações, sobre prevenção e fatores de risco à saúde deixam os indivíduos mais propensos a um evento de AVE.

O acometimento do AVE foi maior no hemisfério cerebral esquerdo, predominando a partir da forma isquêmica. Os achados encontrados na literatura remetem a um maior acometimento do AVE isquêmico. Estudos como Pereira et al. (2009) encontraram 62,2% de casos isquêmicos3, Costa et al. (2011) observaram 90% de casos isquêmicos e Pires et al (2004) evidenciaram 52,5% de acometimento no hemisfério cerebral direito2. Em um estudo realizado na cidade de Rivera no Uruguai com 114 indivíduos com AVC observou-se que 75,4% dos casos aconteciam na forma isquêmica23. A maior abrangência do AVE isquêmico encontrada no estudo está intimamente associada e correlacionada com a prevalência dos principais fatores de risco. Desse modo, o impacto da lesão isquêmica, sua gravidade, localização e extensão são extremamente relevantes para o quadro de morbi-mortalidade24.

Em relação ao tempo de lesão houve uma média de 6,7 anos onde 97,4% dos indivíduos avaliados tinham algum tipo de fator de risco para o AVE. Diversos estudos relacionados aos principais fatores de risco para o AVE corroboram com os resultados encontrados no presente estudo. Segundo Rosamond et al. (2007),os principais fatores de risco que podem aumentar a propensão ao AVE são os altos perfis lipídicos, diabetes mellitus, sobrepeso e obesidade, além do tabagismo e sedentarismo9. Os estudos mostram a elevada incidência da HAS bem como sua significativa potencialidade para ocasionar o AVE 5,2. A HAS é considerada como um dos principais fatores de risco modificáveis para o AVE e um dos mais importantes problemas de saúde pública, gerando maior propensão para o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares25. Sendo o principal fator de risco para o acometimento do AVE encontrado no estudo, essa alta prevalência pode ser justificada já que a idade elevada é um dos fatores para a presença da HAS. A DM aparece como o segundo principal fator de risco do estudo e é um elemento determinante representando um grave risco para o desenvolvimento do AVE, gerando alterações nos vasos, desordem hemodinâmica e formação de placas ateroscleróticas. Dessa forma, como o AVE é um processo patológico de origem multifatorial, a ação de vários fatores de risco pode ser o elo para ocasionar as mais diversas comorbidades e sequelas2.

Ainda se sabe pouco sobre como, o tempo e em que extensão as modificações nos principais fatores de risco podem refletir de forma significativa na mortalidade do AVE26. Porém, a identificação e o controle dos fatores de risco são medidas essenciais e prioritárias para a prevenção primária na população, pois permitem uma redução significativa da incidência e recidiva do AVC, por meio de mudança nos hábitos de vida, além de ser uma obrigação para os envolvidos com os cuidados em saúde. Caracterizar determinantes de recorrência e mortalidade após o AVE reflete a prevenção secundária haja vista que a recorrência do AVE ainda é a maior ameaça para os sobreviventes21,26. As consequências, em longo prazo, após o AVE vão depender do tamanho e localização da lesão, além da capacidade de neuroplasticidade cerebral. A funcionalidade e motricidade após o AVE ficam completamente afetados e as incapacidades e sequelas geradas acarretam limitações funcionais e grande dependência27.

A pontuação do MEEM evidencia um grande comprometimento e déficits cognitivos nos pacientes avaliados. Esses resultados podem estar associados com o elevado índice de indivíduos idosos além da alta demanda de analfabetos associado com as alterações cognitivas provocadas pelo evento vascular rápido e súbito. Com os resultados da MIF obteve-se uma maior independência funcional na amostra estudada, corroborando com estudos encontrados na literatura que avaliaram a capacidade funcional de idosos com AVE em Campinas – SP e encontraram a média da MIF total de 97 sendo resultado sugestivo de independência funcional 28. Na aplicação da escala FM observou-se comprometimento motor grave e resultados semelhantes podem ser observados nos estudos de Cacho, Melo e Oliveira (2004)29 que avaliaram o comprometimento motor de dez indivíduos hemiplégicos e encontraram para a função motora total da FM 70% da amostra com comprometimento severo. O comprometimento da função motora proporciona déficits na coordenação dos movimentos, fraqueza muscular, tônus e ajustes posturais anormais e falta de mobilidade, dificultando a realização de atividades de vida diária e reduzindo a qualidade de vida.

Os indivíduos acometidos pelo AVE apresentam alterações de mobilidade, equilíbrio e controle postural estando mais suscetíveis a eventos de quedas e tendo sua incidência diretamente proporcional ao grau de déficit funcional30. No presente estudo observou-se equilíbrio pobre em 43,59% dos avaliados com a EEB, um baixo risco de quedas na avaliação da TUG para 52% da amostra e os resultado da FAC indicam que 46,15% da amostra apresenta dificuldade parcial ou total e/ou ausência de deambulação. Em um estudo com 30 idosos avaliados, 36% realizaram o teste do TUG em 30 segundos ou mais, apresentando alto risco de quedas30. No estudo com hemiparéticos observou-se que dos 21 indivíduos avaliados com a TUG, 19% levaram mais de 30 segundos para completar o teste, o que indica que os mesmos são considerados dependentes na maioria das AVD e na capacidade de mobilidade31. Em um estudo com a aplicação da EEB em 22 casos de AVE verificou-se um risco de quedas em 100% dos avaliados32. A manutenção da postura ereta envolve diversos e constantes ajustes corporais com o propósito de manter os segmentos corporais alinhados e orientados de acordo com a tarefa e as sequelas geradas pelo AVE fazem com que os pacientes empenhem-se na busca do centro de equilíbrio, uma vez que apresentam uma perda sensorial e motora significativa, acarretando maior propensão para eventos de quedas31,32. O presente estudo teve como desvantagem um pequeno número de pacientes avaliados. Como limitações, houve extensa dificuldade em rastrear os indivíduos com AVE nos bairros da cidade e detectar dados mais precisos sob a lesão dos pacientes.

**CONCLUSÃO**

O elevado número de acometimento do AVE associado com as características epidemiológicas da região emendam a associação com os déficits funcionais, cognitivos e sensório motores encontrados. Esses achados evidenciam o grave problema de saúde pública que essa patologia representa juntamente com a necessidade da implementação de estratégias preventivas, educacionais e de conscientização da população para reduzir a incidência do AVE. Desse modo,é de grande importância instituir melhorias ou modificações nas estratégias de políticas de saúde em relação ao AVE, como realização de campanhas educativas nas escolas, postos de saúde, hospitais, visando à conscientização e melhoria da qualidade de vida da população. Além disso, torna-se necessário expandir esse conhecimento através de novos e mais abrangentes estudos científicos para que possa ampliar a margem de conhecimento do AVE.

**AGRADECIMENTO:** Reuni – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz.

**REFERÊNCIAS**

1- Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral. Revista da Escola de Enfermagem - USP. 2011; 45(5):1083-88.

2 - Pires SL, Gagliardi RJ, Gorzoni ML. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para o Acidente Vascular Cerebral isquêmico em idoso. Arquivo Neuropsiquiatria. 2004; 62(3): 844-51.

3 - Pereira ABNG, Alvarenga H, Pereira Júnior RS, Barbosa MTS. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública. 2009; 25(9):1929-36.

4 – Appelros P, Stegmayr B, Terent A. Areview on sex differences in stroke treatment and outcome. Acta Neurologica Scandinavica. 2010; 121:359-69.

5 - Lotufo PA. Stroke in Brazil: A neglected disease.São Paulo Medical Journal*.* 2005; 123(1):3-4.

6 - Cavalcante TF, Moreira RP, Araujo TL, Lopes MVO. Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: Comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2010; 18(4).

7 - Peter JK, Crispino G, Sheehan O, Kelly L, Marnane M, Merwick A, et al. Incidence, event rates, and early outcome of stroke in Dublin, Ireland: The North Dublin population stroke study. Stroke. 2012; 43(8):2042-47.

8 - Falavigna A, Teles AR, Vedana VM, Kleber FD, Mosena G, VelhoMC, et al. Awareness of stroke risk factors and warning signs in southern Brazil. Arquivo Neuropsiquiatria.2009; 67(4):1076-81.

9 - Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Haasen, et al. Heart Disease and Stroke Statistics 2007 Update. A Report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation. 2007; 115:69-171.

10 - Datasus: Departamento de informações do SUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rn.htm>> Acesso em 14/12/2012 ás 18:20.

11 – Piassaroli CAP, Aalmeida GC, Luvizotto JC, Suzan ABBM. Modelos de reabilitação fisioterápica em pacientes adultos com sequelas de AVC isquêmico. Revista de Neurociências.2012; 20(1):128-137.

12 - Teles MS, Gusmão C. Avaliação funcional de pacientes com acidente vascular cerebral utilizando o protocolo de Fugl-Meyer. Revista Neurociências. 2012; 20(1):42-49.

13 - Almeida OP. Mini Exame do Estado Mental e o diagnóstico de demência no Brasil. Arquivo de Neuropsiquiatria. 1998; 56(3):605-612.

14 – Riberto M. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. Acta Fisiátrica. 2001; 8(1):45-52.

15 – Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. Acta Fisiátrica. 2004; 11(2):72–76.

16 - Berg KO, .Maki BE, Williams JI, Holiday PJ, Wood-Dauphinee SL. Clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 1992; 73:1073-80.

17 – Fugl-Meyer AR, Jaasko L, Leyman L, Olsson S, Steglind S. The poststroke hemiparetic patients: a method for evaluation of physical performance. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine. 1975; 7:13-31.

18 - Mehrholz J, Wagner K, Rutte K, Meisser D, Pohl M. Predictive validity and responsiveness of the Functional Ambulation Category in hemiparetic patients after stroke. Archives Physical Medicine Rehabilitation. 2007; 88:1314-9.

19 – Holden MK; Gill KM; Magliozzi MR; Nathan J; Piehl-baker L. -Clinical gait assessment in the neurologically impaired. Reliability and meaningfulness. Phys Ther 1984; 64:35-40.

20 - Podsiadlo D, Richardson S. The timed up and go: a test of basic mobility for frail persons*.* Jornal da American Geriatrics Society. 1991; 39:142-8.

21 – Carvalho JJF, Aalvez MB, Viana GAA, Machado CB, Santos BFC, Kanamura AH, et al. Stroke epidemiology, patterns of management, and outcomes in Fortaleza, Brasil – A hospital-Based Multicenter Prospective Study. Stroke. 2011; 42:3341-6.

22 – Furukawa TS, Mathias TAF, Marcon SS. Mortalidade por doenças cerebrovasculares por residência e local de ocorrência do óbito: Paraná, Brasil, 2007. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2011; 27(2):327-34.

23 - Hochman B, Coelho J, Segura J, Galli M, Ketzoian C, Pebet M. Incidencia Del accidente cerebrovascular en la ciudad de Rivera, Uruguay. Revista Neurologia. 2006; 43(2):78-83.

24 - Azevedo ERFBM, Macedo LS, Paraizo MFN, Oberg TD, Lima NMFV, Cacho EWA. Correlação do déficit de equilíbrio, comprometimento motor e independência funcional em indivíduos hemiparéticos crônicos. Acta Fisiatrica. 2008;15(4):225-8.

25 - Santos ABC, Barreto VP, Oliveira SM, Gomes CAM, Vian KM, Brasil BO, Abrantes TG. Perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica na população de Cajazeiras, Paraíba. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2013; 17(3):253-62.

26 - Chaves MLF. Acidente Vascular Encefálico: Conceituação e fatores de risco. Revista Brasileira de Hipertensão. 2000;7(4):332-8.

27 – Piassaroli CAP, et al. Modelos de reabilitação fisioterápica em pacientes adultos com sequelas de AVC isquêmico. Revista de Neurociências. 2012; 20(1): 128-137.

28 - Cruz KCT, Diogo MJD. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. Acta Paulista de Enfermagem. 2009; 22(5):666-72.

29 - Cacho EWA, Melo FRLV, Oliveira R. Avaliação da recuperação motora de pacientes hemiplégicos através do protocolo de desempenho físico Fugl-Meyer. Revista Neurociências. 2004; 12(2):94-102.

30 - Borges OS, Marinho Filho LEN, Mascarenhas CH. Correlação entre equilíbrio e ambiente domiciliar com risco de quedas em idosos com acidente vascular encefálico. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2010;13(1):41-50.

31 - Giriko HC, Azevedo RAN, Kuriki HU, CarvalhoAC. Capacidade funcional de hemiparéticos crônicos submetidos a um programa de fisioterapia em grupo. Fisioterapia e Pesquisa. 2010; 17(3):214-19.

32 - Meneghetti CHZ, Delgado GM, Pinto FD, Canonice AP, Gaino MRC. Equilíbrio em indivíduos com acidente vascular encefálico: clínica escola de fisioterapia da Uniararas. Revista Neurociencias. 2009; 17(1):14-18.