



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE MULHERES ACOMETIDAS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM SOBRAL-CEARÁ

Autores: Ana Karoline Soares Arruda¹ Raissa Mont'Alverne Barreto¹ José Cleano Dias Arruda¹ Isabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque²

¹Estudante do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família – UFC Campus Sobral; E-mail: anakarolsoares84@gmail.com; ¹ Estudante do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família – UFC Campus Sobral; Email: raissinha_@hotmail.com; ¹ Estudante do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva pelo Mestrado Interinstitucional UNINTA/UNICAMP; E-mail: med.cleanodias@gmail.com ; ²Docente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família – UFC Campus Sobral; E-mail: izabellemontalverne@gmail.com

RESUMO: O Brasil apresenta altas taxas de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC), constituindo a principal causa de morte entre mulheres idosas. Este trabalho objetivou descrever o perfil epidemiológico e clínico das mulheres acometidas por AVC em Sobral, Ceará. Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 178 mulheres diagnosticadas com AVC nos serviços de saúde do município entre 2015 e 2016. Evidenciou-se o acometimento de AVC entre mulheres com mais de 60 anos, pardas, com baixo grau de escolaridade (analfabetas e com ensino fundamental incompleto) e renda familiar menor que um salário mínimo. Quanto aos aspectos clínicos, prevaleceu o subtipo isquêmico e presença de fatores de risco modificáveis, predominando a Hipertensão Arterial Sistêmica. Diante deste cenário, as ações de prevenção primária e secundária realizadas pela Estratégia Saúde da Família direcionadas aos fatores de risco modificáveis colaboram para a redução da morbimortalidade por AVC.

Palavras-Chave: Acidente Vascular Cerebral; Fatores de Risco; Mulheres.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil vem mudando o seu perfil de morbimortalidade com as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) liderando as principais causas de morte com destaque para o Acidente Vascular Cerebral (AVC), responsável por 10% dos óbitos na população adulta e consistindo no diagnóstico de 10% das internações hospitalares públicas (BRASIL, 2017).

Segundo Brito (2013), a incidência de AVC dobra a cada década após os 55 anos, ocupando posição de destaque entre a população idosa. Lotufo (2017) afirma que de todos os países da América Latina, o Brasil é o que apresenta as maiores taxas de mortalidade por AVC, sendo entre as mulheres idosas a principal causa de morte. Diante do significativo impacto do acometimento deste agravo

entre mulheres, em especial, as idosas, este trabalho objetivou descrever o perfil epidemiológico e clínico das mulheres acometidas por AVC no município de Sobral, Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, o qual integra uma pesquisa maior, intitulada: Registro Epidemiológico e Biobanco Brasileiro de Acidente Cerebrovascular, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), de base populacional, multicêntrico, prospectivo e observacional ocorrido em uma cidade de cada macrorregião geográfica brasileira, na qual Sobral foi contemplada na região Nordeste com a participação de 366 pessoas acometidas por AVC. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com parecer favorável, nº 828.538.

Neste recorte, a amostra foi constituída por 178 mulheres diagnosticadas com AVC atendidas nos serviços de urgência/emergência hospitalar, ambulatorios e em unidades básicas de saúde do município de Sobral, Ceará. A coleta de dados foi realizada durante o período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016 no banco de dados do Registro Epidemiológico e Biobanco Brasileiro de AVC.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mulheres entrevistadas apresentavam idade média de 70,7 anos, variando de 21 a 97 anos, com 76,9% delas com idade acima de 60 anos, 135 (75,8 %) afirmaram ser o primeiro episódio de AVC, 138 (77,5%) eram analfabetas ou fizeram até a quarta série do ensino fundamental, dezesseis (8,9%) completaram o ensino fundamental, doze (6,7%) mulheres concluíram o ensino médio e apenas seis (3,3%) finalizaram o ensino superior, a escolaridade era desconhecida entre seis mulheres.

Quanto à renda, segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB (ABEP, 2016), o qual mensura a classe social não a partir da renda propriamente dita, mas sim do nível de conforto, escolaridade e serviços públicos presente na vida de cada família, constata-se que 50,5% (90 mulheres), encontram-se incluídas na classe social D (com renda familiar até R\$ 424,00 reais), seguida da classe C, contemplando 38,2% das entrevistadas (renda até R\$ 927,00 reais), 8,9% pertencentes à classe B (rendas entre R\$ 1.669,00 a R\$ 2.804,00 reais), apenas 1,6% encontravam-se na classe A (renda até R\$ 4.648,00 reais) e uma (0,5%) mulher apresenta renda de até R\$ 207,00 reais, constituindo a classe E. No que concerne à raça, 94 (52,8%) declararam-se pardas, 60 (33,7%) consideraram-se brancas, 22 (12,3%) afirmaram ser negras, 2 mulheres responderam (1,2%).

Quando questionadas sobre antecedentes familiares para AVC, 46 (25,8%) delas confirmaram a presença da doença entre os genitores e 47 (26,4%) mulheres confirmaram a presença do AVC entre parentes de primeiro grau. Quanto à classificação do AVC, prevaleceu o subtipo isquêmico (76,9 %),

e os fatores de risco modificáveis identificados foram: hipertensão arterial sistêmica em 128 (71,9%) mulheres, contudo, apenas 109 delas realizavam o tratamento regularmente. Das 178 mulheres, 50 (28%) afirmaram ter dislipidemia, 42 (23,5%) eram diabéticas, das quais 36 cumpriam regularmente o tratamento farmacológico, 38 (21,3%) eram cardiopatas, 37 (20,7 %) eram tabagistas e 25 (14%) consumiam bebidas alcoólicas.

A presença de sequelas foi avaliada segundo critérios da escala de Rankin modificada, o qual objetiva mensurar o grau de incapacidade e dependência nas atividades da vida diária em pacientes acometidos por AVC, sendo originalmente dividida em seis graus, onde o grau zero corresponde aos indivíduos sem sintomas residuais ou incapacidade e o grau cinco aos indivíduos com incapacidade grave, restrito ao leito ou à cadeira, geralmente incontinente. Posteriormente, a escala foi modificada para acréscimo do grau seis, que corresponde à morte. (BRITO, 2013).

De acordo com a referida escala, as mulheres que não manifestaram sintomas (rankin 0) totalizaram 37 (20,7%), 31 (17,4%) não apresentaram nenhuma deficiência significativa (rankin 1), 20 (11,2%) apresentaram uma leve deficiência (rankin 2), oito (4,4%) apresentaram deficiência moderada (rankin 3), 21 (11, 7%) manifestaram deficiência moderadamente grave (rankin 4), sete (3,9%) apresentaram deficiência grave (rankin 5) e 56 (31,4%) mulheres evoluíram para óbito intra hospitalar, incluídas na classificação 6 de rankin.

Tabela 1: Caracterização das mulheres segundo as variáveis faixa etária, número de episódios, escolaridade, renda, raça, antecedentes familiares, subtipos, fatores de risco e avaliação funcional

VARIÁVEIS	N	%
Faixa Etária		
< 60 anos	41	23
60 – 65	11	6,1
66 – 70	18	10,1
71 – 75	28	15,7
76 – 80	27	15,1
> 80	53	29,7
Nº de episódios de AVC		
1º Episódio	135	75,8
> 1 Episódio	43	24,2
Escolaridade		
Analfabetas ou até 4ª série do ensino fundamental	138	77,5
Ensino fundamental completo	16	8,9
Ensino médio completo	12	6,7
Ensino superior	6	3,3
Desconhecida	6	3,3
Renda		
Até R\$ 4.648,00 reais	3	1,6
Entre R\$ 1.669,00 a R\$ 2.804,00 reais	16	8,9

Até R\$ 927,00 reais	68	38,2
Até R\$ 424,00 reais	90	50,5
Até R\$ 207,00 reais	1	0,5
Raça		
Pardas	94	52,8
Branças	60	33,7
Negras	22	12,3
Não declararam	2	1,2
Antecedentes Familiares		
Genitores com AVC	46	25,8
Parentes de primeiro grau com AVC	47	26,4
Sem antecedentes familiares para AVC	61	34,2
Desconhece antecedente entre quaisquer familiares	28	15,7
Subtipo de AVC		
Isquêmico	137	76,9
Hemorragico	15	8,4
Hemorragia Subaracnóide	9	5
Acidente Isquêmico Transitório	16	8,9
Não classificado	1	0,5
Fatores de Risco		
Hipertensão Arterial Sistêmica	128	71,9
Dislipidemia	50	28
Diabetes <i>Mellitus</i>	42	23,5
Cardiopatía	38	21,3
Tabagismo	37	20,7
Etilismo	25	14
Avaliação Funcional		
Sem sintomas	37	20,7
Nenhuma deficiência significativa	31	17,4
Leve deficiência	20	11,2
Deficiência moderada	8	4,4
Deficiência moderadamente grave	21	11,7
Deficiência grave	7	3,9
Óbito	56	31,4

No presente estudo constata-se a prevalência de AVC entre pessoas pertencentes às classes sociais mais baixas e com precário nível educacional, chamando a atenção o índice de analfabetismo e o nível de escolaridade até a 4ª série. Segundo demonstra o Estudo de Mortalidade e Morbidade do Acidente Vascular Cerebral (EMMA), em São Paulo, a diferenciação social não induziria somente à maior incidência da doença cerebrovascular, mesmo em condições de atendimento médico adequado ao evento agudo, a mortalidade subsequente guarda relação com indicadores socioeconômicos, como menor grau de educação formal, o que representou um fator de risco para pior sobrevida a longo prazo (GOULART, 2016).

Um estudo nacional desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde em 2003, o qual foi considerado o mais completo sobre saúde

e seus determinantes já realizada no Brasil, também revelou, em seus achados, maior prevalência de DCNT entre pessoas com níveis de educação baixos, padrão este detectado em vários estudos realizados em países desenvolvidos (MALTA, 2016).

Segundo a American Heart Association (2013), os fatores de risco para AVC dividem-se em não modificáveis, tais como idade (quanto mais idoso maior o risco), sexo (homens têm maior risco do que as mulheres), raça (negros, latino-americanos e asiáticos tem maior risco do que brancos), história familiar de AVC ou doença cardíaca e ter sofrido um AVC prévio ou ataque isquêmico transitório e fatores de risco modificáveis, como pressão arterial elevada, doença cardíaca, doença arterial de carótidas, tabagismo, altos níveis de colesterol, diabetes, obesidade, sedentarismo e alcoolismo.

Nesta pesquisa, foram relevantes a presença dos fatores de risco modificáveis em mulheres acometidas por AVC, com destaque para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dislipidemia e Diabetes *Mellitus*. A literatura destaca a HAS como o mais fortemente fator de risco correlacionado ao AVC, como também ressalta que a terapia anti-hipertensiva é capaz de reduzir a morbidade e mortalidade por essa causa, no entanto, constata-se que, mesmo sabendo-se portador de doença hipertensiva e ainda após a primeira hospitalização por AVC, muitos pacientes continuam sem um controle adequado da HAS, contribuindo para a ocorrência de novos episódios, de aumento do potencial de instalação de incapacidades, além do aumento da letalidade (FALCÃO, 2014).

Adicionalmente, na coorte de Bambuí, estado de Minas Gerais, a incidência de hipertensão foi significativamente mais elevada entre os pobres e entre aqueles com menor educação formal, independentemente de fatores relativos a etnia e ou ancestralidade genética (LIMA-COSTA, 2016). Por essa razão, ações ligadas diretamente à identificação, ao tratamento e controle da hipertensão arterial devem ser considerados determinantes principais para a redução da mortalidade: primeiro, por diminuir a incidência da doença; segundo, por alterar a história natural da doença, reduzindo a letalidade (LOTUFO, 2017).

As doenças cerebrovasculares, contudo, são apontadas como Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde – CSAP, os quais são agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas através de uma atenção primária oportuna e eficaz (BRASIL, 2012). Ademais, o controle e acompanhamento longitudinal com vigilância à saúde podem melhorar a adesão aos tratamentos para as DCNT e diminuir a incidência de eventos agudos que precipitem o AVC. Portanto, a Estratégia Saúde da Família assume uma posição privilegiada dentro da linha de cuidados integrada para a assistência em AVC, com ações capazes de influenciar em sua prevenção primária e secundária, além da redução da morbimortalidade (BRASIL, 2012).

CONCLUSÕES

A partir dos resultados deste estudo, evidenciou-se que a incidência de AVC é significativa entre mulheres com mais de 60 anos, pardas, com baixo grau de escolaridade, e renda familiar menor que um salário mínimo. Quanto aos aspectos clínicos prevaleceu o subtipo isquêmico e presença de fatores de risco modificáveis para o AVC, predominando a HAS, além de dislipidemia, Diabetes *Mellitus*, tabagismo e etilismo.

Quanto à avaliação funcional por meio da escala de Rankin modificada, verificou-se que 49,7% das mulheres não apresentaram sintomas ou apenas uma leve deficiência, com a qual é possível ainda realizar atividades da vida diária. No entanto, houve expressiva letalidade com uma em cada três mulheres diagnosticadas evoluindo para óbito. Neste contexto, as ações de prevenção primária e secundária realizadas pela Estratégia Saúde da Família direcionadas aos fatores de risco modificáveis colaboram para a redução da morbimortalidade por AVC.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), e às instituições que colaboram com a coleta de dados em Sobral, a saber: Secretaria de Saúde, Santa Casa de Misericórdia, Hospital Regional Norte, Policlínica, Centros de Saúde da Família e a todos os profissionais que contribuíram com os pesquisadores.

REFERÊNCIAS

- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil – 2016. Disponível em: < <http://www.abep.org/>>. Acesso em 03/09/2018.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. Guidelines for Prevention of Stroke in Patients With Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack A Statement for Healthcare Professionals. *Stroke*. 2013; 37:577-617.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Acidente Vascular Cerebral. 2017. Disponível em: < <http://portalsms.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidente-vascular-cerebral-avc>> Acesso em: 03/09/2018
- BRASIL. Linha de cuidados em acidente vascular cerebral (avc) na rede de atenção às urgências e emergências. Ministério da Saúde. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221. Lista de condições sensíveis à atenção primária. 17 de abril de 2008.
- BRITO, R. G. *et al*: Instrumentos de Avaliação Funcional Específicos Para o Acidente Vascular Cerebral. *Rev Neurocienc* 2013;21(4):593-599
- GOULART, A. C. EMMA Study: a Brazilian communitybased cohort study of stroke mortality and morbidity. *Sao Paulo Med J* 2016 Nov-Dec; 134(6): 543-54.
- LIMA-COSTA, M. F; MAMBRINI, J. V; LEITE, M. L; PEIXOTO, S. V; FIRMO, J. O; LOYOLA FILHO, A. I. *et al*. Socioeconomic Position, But Not African Genomic Ancestry, Is Associated with

Blood Pressure in the Bambui-Epigen (Brazil) Cohort Study of Aging. *Hypertension* 2016; 67(2): 349-55.

LOTUFO, P.A. et al. Doença cerebrovascular no brasil De 1990 a 2015: Global burden of disease 2015. *Rev BRas epidemiol maio* 2017; 20 sUppl 1: 129-141

MALTA, D. C; BERNAL, R. T; SOUZA, M. F; SZWARCOWALD, C. L; LIMA, M. G; BARROS, M. B. Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic non-communicable diseases in Brazil: national health survey 2013. *Int J Equity Health* 2016 Nov 17; 15(1): 153.