



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

TAMIRES LAYANE DE LIMA

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES
ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM UMA REGIÃO DO
NORDESTE BRASILEIRO

FORTALEZA- CEARÁ

2016

TAMIRES LAYANE DE LIMA

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES
ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM UMA REGIÃO DO
NORDESTE BRASILEIRO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Braga Neto.

FORTALEZA – CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Lima, Tamires Layane de.

Prevenção secundária e qualidade de vida em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral em uma região do Nordeste brasileiro [recurso eletrônico] / Tamires Layane de Lima. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 147 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof. Dr. Pedro Braga Neto.

1. Acidente vascular cerebral. 2. Adesão a medicação. 3. Doenças cerebrais. I. Título.

TAMIRES LAYANE DE LIMA

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES
ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM UMA REGIÃO DO
NORDESTE BRASILEIRO

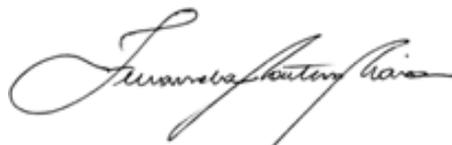
Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva
do Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva do Centro de Ciências da
Saúde da Universidade Estadual do
Ceará, como requisito parcial à obtenção
do título de mestre em Saúde Coletiva.
Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Data da aprovação: 22 de fevereiro de 2016

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Pedro Braga Neto (Orientador)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof.^a Dr.^a Fernanda Martins Maia
Universidade De Fortaleza – UNIFOR



Prof.^a Dr.^a Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão
Universidade Estadual do Ceará – UECE

À minha família que sempre me incentivou a lutar pelos meus objetivos, que, mesmo estando longe, sempre almejaram o meu sucesso, e em especial ao meu esposo, Samuel Cunha, que desde o início de minha trajetória acadêmica está ao meu lado, são mais de 13 anos de companheirismo, apoio, ajuda, paciência, incentivo, dedicação e amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora de Fátima que me protege, me ilumina e me guia todos os dias na minha vida pessoal, trajetória profissional e acadêmica.

Ao Prof. Dr. Pedro Braga Neto, por ter acreditado no meu trabalho desde a seleção do Mestrado em Saúde Coletiva, por ter me conduzido e orientado neste estudo com dedicação, paciência, compartilhando suas sabedorias e conhecimentos. Pela segurança transmitida no desenvolvimento desta pesquisa e incentivo aos estudos.

Às Prof.^a Dr.^a Tereza Maria Magalhães e Prof.^a Dr.^a Paula Francinetti pelas contribuições na qualificação. À P Prof.^a Dr.^a Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão e Prof.^a Dr.^a Fernanda Martins Maia pela disponibilidade e contribuições na defesa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, todos os funcionários e aos meus amigos, mestres em Saúde Coletiva da turma 2015, pela parceria fortalecida no decorrer dos anos, apoio e troca de experiências.

Ao meu amigo Dr. Randson Soares, enfermeiro e lutador nesta vida árdua da academia, uma pessoa que me incentivou e me ajudou a fazer a seleção para o Mestrado em Saúde Coletiva.

A todos que fazem parte do serviço da Unidade de AVC e do Ambulatório de Neurologia do Hospital Geral de Fortaleza, pela disponibilidade e ajuda em todo período que estive em meio aos seus trabalhos.

Aos acadêmicos de medicina Marcos Vinicius e Hícaro Hellano que estiveram ao meu lado durante toda a coleta de dados e desenvolvimento da pesquisa compartilhando as dificuldades e conhecimentos.

E por fim, aos meus pacientes do serviço de Neurologia do Hospital Geral de Fortaleza pela disponibilidade na participação do meu estudo, por permitir uma troca de conhecimento e apoio numa fase difícil de suas vidas.

“O saber agente aprende com os mestres e com os livros, a sabedoria se aprende é com a vida e com os humildes”.

Cora Coralina

RESUMO

A prevenção secundária do acidente vascular cerebral (AVC) ocorre com o controle dos fatores de risco, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), além de algumas medidas como a antiagregação plaquetária e/ou anticoagulação. Objetivou-se neste estudo analisar a associação entre as características sociodemográficas e clínicas, a qualidade de vida (QV) e adesão ao tratamento como medida de prevenção secundária de um novo AVC. Tratou-se de um estudo analítico em coorte única. O estudo aconteceu no Hospital Geral de Fortaleza, no período de abril a novembro de 2016 com pacientes após primeiro AVC. Para o cálculo da amostra, considerou-se a variável de desfecho mensurada pela escala ordinal que mede a adesão ao tratamento. Coletou-se os dados com os pacientes durante a internação na unidade de AVC (UAVC) e após 3 meses do ictus, no ambulatório de neurologia do mesmo hospital. Nos casos em que o paciente não compareceu a consulta, realizou-se contato por telefone. Aplicou-se um questionário individual. Foram também aplicadas escalas, como Escala de AVC do *National Institute of Health* (NIHSS), escala de Rankin Modificada (MRS), índice de Barthel, escala de Qualidade de vida Específica no AVC (EQVE-AVC), Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e o instrumento de Medidas de Adesão ao Tratamento (MAT). Obteve-se maior prevalência do sexo masculino, idosos, não pardos, procedentes da capital, aposentados, com pelo menos 8 anos de estudo e uma renda salarial média de 2 salários mínimos, com 3 pessoas na família e procedentes de Fortaleza. Detectou-se que 85,8% já possuíam comorbidades para AVC, 70% já faziam uso de medicamentos, 91,6% tiveram AVC isquêmico (AVCi) e desses 33% eram do tipo AVCi lacunar. 68,3% tinham HAS, 48,1% dislipidemia e 29,8% DM. No retorno de três meses no ambulatório de neurologia, observamos uma recorrência de AVC em 2,1% dos pacientes e 9,1% de óbitos. 84,9% foram considerados aderentes ao tratamento. O uso regular prévio de medicamentos após o AVC, a utilização da fisioterapia como reabilitação e a não dificuldade de acesso ao SUS estava associado significativamente maiores pontuações de adesão à terapia medicamentosa oral. A maioria apresentou-se com boa QV, porém pior QV nos pacientes com os tipos de AVCi de síndrome da circulação total anterior (TACS). Considerou-se baixo desenvolvimento cognitivo com uma média de 23 pontos entre os pacientes coletados levando em consideração que possuíam no máximo 8 anos

de estudo. Com relação ao índice Barthel, a maioria apresentou incapacidades leves (40,8% e 71,8%, respectivamente). Pela MRS, a maioria apresentou sintomas sem incapacidades (20%). Na categorização MRS, obtivemos 55% pacientes na categoria de 3 a 6 (maior incapacidade) na primeira avaliação, enquanto, na segunda avaliação, 66,1% na categoria de 0 a 2 (menor incapacidade). O maior número de indivíduos acompanhados na atenção básica estava entre aqueles que antes do AVC usavam medicamentos prescritos. Concluiu-se a importância do controle dos fatores de risco, do serviço de ambulatório de referência neurológica, da reabilitação para melhora das sequelas e consequente melhor QV e a importância do acesso ao SUS (Sistema único de Saúde).

Palavras-chave: Acidente vascular cerebral. Adesão a medicação. Doenças cerebrais.

ABSTRACT

Secondary prevention of stroke occurs with the control of risk factors, such as systemic arterial hypertension (SAH) and diabetes mellitus (DM), in addition to some measures such as platelet antiaggregation and / or anticoagulation. The objective of this study was to analyze the association between sociodemographic and clinical characteristics, quality of life (QoL) and adherence to treatment as a secondary prevention measure of a new stroke. We conducted a single cohort study at the Hospital Geral de Fortaleza, from april to november 2016, with patients after the first stroke. For the calculation of the sample, we considered the outcome variable measured by the ordinal scale that measures adherence to the treatment. Data were collected with the patients during hospitalization at the stroke unit (UAVC) and after 3 (three) months of the stroke, at the neurology clinic of the same hospital. In cases in which the patient did not attend the consultation, telephone contact was made. An individual questionnaire was applied. Scales such as National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS), Modified Rankin Scale (MRS), Barthel Index, Stroke Specific Quality of Life (EQVE-AVC), Mini Mental State Examination (MMSE) and the instrument of Measures of Adherence to Treatment (MAT). There was a higher prevalence of males, elderly, non-pardos, from the capital, retirees, with at least 8 (eight) years of study and an average salary of 2 (two) minimum salaries, with 3 (three) people in the Family and coming from Fortaleza. It was found that 85.8% already had comorbidities for stroke, 70% were already using medications, 91.6% had ischemic stroke and 33% were lacunar stroke type. 68.3% had hypertension, 48.1% dyslipidemia and 29.8% DM. At the return of three months in the neurology clinic, we observed a recurrence of stroke in 2.1% of patients and 9.1% of deaths. 84.9% were considered adherent to the treatment. Regular prior use of medications after stroke, use of physiotherapy as rehabilitation, and non-access difficulty to SUS were associated with significantly higher scores for adherence to oral drug therapy. The majority presented with good QoL, but worse QoL in patients with the stroke types Total Circulation Syndrome (TACS). Low cognitive development was observed with an average of 23 points among the patients collected. Regarding the Barthel index, the majority had mild disabilities (40.8% and 71.8%, respectively). For the modified Rankin scale, the majority presented symptoms without disabilities (20%). In the categorization of Rankin scale we obtained 55% of patients in the category of 3 to

6 in the first evaluation (high impairment), while in the second evaluation, 66.1% in the category of 0 to 2 (low impairment). The largest number of individuals followed in the primary care was among those who before the stroke used medicines. The importance of controlling risk factors, neurological referral clinic service, rehabilitation to improve sequelae and consequent better QoL, and the importance of access to SUS (Single Health System) were concluded.

Keywords: Stroke. Adhesion to medication. Brain diseases.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resumo sequencial das escalas de avaliação conforme seguimento da pesquisa.....	46
Quadro 2 – Classificação Clínica e Radiológica OCSP.....	47
Quadro 3 – Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.....	49
Quadro 4 – Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos.....	49
Quadro 5 – Critérios para Avaliação da Dislipidemia.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sociodemográficos de pessoas acometidas por Acidente Vascular Cerebral (n = 120). Fortaleza – 2016.....	60
Tabela 2 – Características clínicas e fatores de riscos da amostra dos pacientes já presentes antes do Acidente Vascular Cerebral (n = 120). Fortaleza – 2016.....	61
Tabela 3 – Características clínicas da amostra dos pacientes após o Acidente Vascular Cerebral (n = 120). Fortaleza – 2016.....	62
Tabela 4 – Características clínicas pós-alta médica de pessoas acometidas por Acidente Vascular Cerebral (n = 120). Fortaleza – 2016.....	63
Tabela 5 – Medidas de Prevenção Secundária pós-alta médica de pessoas acometidas por Acidente Vascular Cerebral (n = 120). Fortaleza – 2016.....	64
Tabela 6 – Avaliação da Qualidade de Vida pós-alta médica baseado em auto referências das pessoas acometidas por Acidente Vascular Cerebral (n = 120). Fortaleza – 2016.....	66
Tabela 7 – Comparações do status clínico de pacientes com AVC nas avaliações sequenciais efetuadas. Fortaleza, 2016.....	68
Tabela 8 – Comparação dos valores da 1^a e 2^a avaliação da escala Rankin modificada aplicada em pacientes com AVC. Fortaleza, 2016.....	69
Tabela 9 – Comparação dos valores da escala Rankin modificada de acordo com as variáveis clínicas anteriores ao AVC. Fortaleza, 2016.....	70
Tabela 10 – Variáveis clínicas que apresentaram relação com a Medida de adesão à terapia medicamentosa (MAT) e com a escala de qualidade de vida (EQVE-AVC). Fortaleza, 2016.....	71
Tabela 11 – Variáveis sociodemográficas que apresentaram significância estatística com características clínicas pós-AVC. Fortaleza, 2016.....	72

Tabela 12 – Características clínicas pós-AVC que apresentaram relação estatística com Medidas de Prevenção Secundária. Fortaleza, 2016.....	73
--	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	ATENÇÃO BÁSICA
ABVDs	ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA
ADL	<i>ACTIVITIES OF DAILY LIVING</i>
AHA	<i>AMERICAN HEART ASSOCIATION</i>
AC	ARTÉRIA CEREBRAL
ACO	ANTICOAGULANTE ORAL
AIT	ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO
AVC	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
AVCh	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL HEMORRÁGICO
AVCi	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO
CFM	CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CID	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS
CRM	CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DCV	DOENÇA CARDIOVASCULAR
DM	DIABETES MELLITUS
DRC	DOENÇA RENAL CRÔNICA
EMMA	ESTUDO DE MORTALIDADE E MORBIDADE DO AVC
EQVE	ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA ESPECÍFICA
FA	FIBRILAÇÃO ATRAL
FOP	FORAME OVAL PATENTE
HAS	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
HSA	HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE
HGF	HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA
HGWA	HOSPITAL GERAL WALDEMAR DE ALCÂNTARA
IAM	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO
IB	ÍNDICE DE BARTHEL
IC	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
ICA	ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA
ICH	HEMORRAGIA INTRACEREBRAL

IMC	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL
IRC	INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA
LACS	<i>LACUNAR STROKE</i> (SÍNDROME LACUNAR)
MAT	MEDIDAS DE ADESÃO AO TRATAMENTO
MCA	ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA
MEC	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
MEEM	MINI EXAME DO ESTADO MENTAL
MMSE	MINI MENTAL STATE EXAMINATION
MRS	<i>MODIFIED RANKIN SCALE</i> (ESCALA MODIFICADA DE RANKIN)
NIHSS	Escala de AVC do <i>National Institute of Health</i>
OCSP	<i>OXFORDSHIRE COMMUNITY STROKE PROJECT</i>
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
OR	<i>ODDS RATION</i>
PA	PRESSÃO ARTERIAL
PACS	<i>PARTIAL ANTERIOR CIRCULATION STROKE</i> (SÍNDROME DA CIRCULAÇÃO ANTERIOR PARCIAL)
PAD	PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA
PAS	PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA
PHC	<i>PRIMARY HEALTH CARE</i>
POCS	<i>POSTERIOR CIRCULATION STROKE</i> (SÍNDROME DE CIRCULAÇÃO POSTERIOR)
QV	QUALIDADE DE VIDA
QOL	<i>QUALITY OF LIFE</i>
RM	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
RTPA	ATIVADOR DO PLASMINOGÊNIO TECIDUAL RECOMBINANTE
SAH	<i>SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION</i>
SPSS	<i>STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES</i>
SS-	<i>STROKE SPECIFIC QUALITY OF LIFE</i>
QOL	<i>TOTAL ANTERIOR CIRCULATION STROKE</i> (SÍNDROME DA CIRCULAÇÃO ANTERIOR TOTAL)
TACS	CIRCULAÇÃO ANTERIOR TOTAL)
TC	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UAVC UNIDADE DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

UBS UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

UTI UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	23
2.1	GERAL.....	23
2.2	ESPECÍFICOS	23
3	REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1	O QUE É AVC?	24
3.2	CLASSIFICAÇÃO DE BAMFORD E TROMBÓLISE.....	24
3.3	FATORES DE RISCO PARA AVC.....	26
3.4	QUADRO CLÍNICO NO AVC	31
3.5	INCIDÊNCIA E MORBIMORTALIDADE DO AVC NO BRASIL E NO MUNDO.....	32
3.6	UNIDADES DE TRATAMENTO DE AVC.....	35
3.7	PREVENÇÃO SECUNDÁRIA NO AVC.....	38
4	MÉTODO	42
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	42
4.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	42
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	43
4.4	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	44
4.5	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	46
4.5.1	Critérios para classificação do AVCi e uso do trombolítico	47
4.5.2	Critérios clínicos para classificar a presença do fator de risco	48
4.5.3	Descrição das Escalas de Avaliação utilizadas na investigação clínica	51
4.5.3.1	Escala de Medição da Adesão a Terapia Medicamentosa Oral (MAT)...	51
4.5.3.2	Escalas de Avaliação Específicas para AVC.....	51
4.5.3.2.1	<i>Escala de Rankin Modificada para avaliação funcional após AVC</i>	52
4.5.3.2.2	<i>Escala de AVC da National Institute of Health (NIHSS)</i>	52
4.5.3.2.3	<i>Escala de Qualidade de Vida Específica para AVE (EQVE-AVC)</i>	53
4.5.3.2.4	<i>Índice de Barthel</i>	53
4.5.3.2.5	<i>Mini-Exame do Estado Mental – MEEM</i>	53

4.6	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	54
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	55
5	RESULTADOS	57
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	57
5.2	DADOS CLÍNICOS E FATORES DE RISCO PARA AVC.....	61
5.3	MEDIDAS DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIAS E QUALIDADE DE VIDA APÓS AVC.....	64
5.4	ESTADIAMENTO CLÍNICO DOS PACIENTES COM BASE EM ESCALAS DE AVALIAÇÃO.....	67
6	DISCUSSÃO	75
6.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	76
6.2	DADOS CLÍNICOS E FATORES DE RISCO PARA AVC.....	78
6.3	MEDIDAS DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIAS E QUALIDADE DE VIDA APÓS AVC.....	85
6.4	ESTADIAMENTO CLÍNICO DOS PACIENTES COM BASE EM ESCALAS DE AVALIAÇÃO.....	95
6.5	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	102
7	CONCLUSÃO	103
7.1	CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES DO ESTUDO.....	103
7.2	IDENTIFICAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E FATORES DE RISCO DOS PACIENTES.....	103
7.3	ADOÇÃO DE MEDIDAS DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA.....	104
7.4	ADESÃO A TERAPIA DE MEDICAÇÃO ORAL DOS PACIENTES.....	104
7.5	ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS COM A ADESÃO A TERAPIA MEDICAMENTOSA ORAL COMO MEDIDA DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E A QUALIDADE DE VIDA.....	104
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
	REFERÊNCIAS	106

APÊNDICES	115
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	116
APÊNDICE B – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO.....	118
APÊNDICE C – RESUMO DO PROCESSO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	119
ANEXOS	122
ANEXO A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	123
ANEXO B – ESCALA DO NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH PARA AVALIAÇÃO DO AVC (NIHSS)	127
ANEXO C – ESCALA DE RANKIN MODIFICADA.....	133
ANEXO D – ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA ESPECÍFICA PARA AVC (EQVE-AVC).....	134
ANEXO E – ÍNDICE DE BARTHEL.....	137
ANEXO F – MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS (MAT).....	139
ANEXO G – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM).....	141
ANEXO H – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA..	143

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) caracteriza-se pelo comprometimento abrupto da função cerebral, decorrente da diminuição do fluxo sanguíneo cerebral ou hemorragia por rompimento de um vaso, causando lesão celular e danos às funções neurológicas, podendo ser focal ou global. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006).

Rolim e Martins (2011) definem o AVC como uma síndrome que consiste no desenvolvimento rápido de distúrbios clínicos focais da função cerebral, global no caso do coma, que duram mais de 24 horas ou conduzem a morte sem outra causa aparente, que não a de origem vascular.

Os sintomas podem ser um ou mais de acordo com os distúrbios focais ou globais da função encefálica, como: distúrbios da motricidade, alterações do equilíbrio e da coordenação, distúrbio sensorial, afasia ou disfasia, hemianopsia, apraxia, além de diplopia, disartria, disfagia, convulsões e déficits das funções cognitivas (Organização Mundial de Saúde, 2006). Implicam em graus de dependência, impedimento ao trabalho, perda de autonomia e impactos substanciais na qualidade de vida destes indivíduos (LEITE; NUNES; CORRÊA, 2011).

Os AVC's podem ser do tipo isquêmico (AVCi) ou hemorrágico (AVCh). Os isquêmicos ocorrem por obstrução das principais artérias que levam sangue ao encéfalo, cujas áreas irrigadas por essas artérias deixam de receber sangue oxigenado, e correspondem a 80% dos AVC's. Os hemorrágicos ocorrem por ruptura de uma dessas artérias do encéfalo, levando ao sangramento no sistema nervoso central. (LEITE; NUNES; CORRÊA, 2011).

Dentre 35 milhões de mortes atribuídas às doenças crônicas que ocorreram em todo o mundo em 2005, o AVC foi responsável por 5,7 milhões (16,6%) das mortes, sendo que 87% ocorreram em países subdesenvolvidos. Dessa forma, o AVC é um problema de saúde mundial. (LEITE; NUNES; CORRÊA, 2011).

Na América Latina, a taxa de incidência do AVC gira em torno de 150 casos por 100.000 habitantes e as taxas de letalidade varia de 10 a 55%. O Brasil apresenta a quarta taxa de mortalidade por AVC entre os países da América Latina e Caribe. A mortalidade nos primeiros 30 dias é de 10%, atingindo 40% no primeiro ano pós-evento. (BRASIL, 2012).

A magnitude em termos da prevalência e incidência sinaliza sua importância epidemiológica no Brasil. (ROLIM; MARTINS, 2011). Eles também dizem que o mais frequente, com cerca de 85% dos casos, é o AVCi, que se caracteriza pela interrupção do fluxo sanguíneo (obstrução arterial por trombos ou êmbolos) em uma determinada área do encéfalo. No Brasil, o AVCi representa, na população nacional, segundo diferentes estatísticas, entre 53% a 85% dos casos de AVC.

Estatísticas brasileiras indicam que o AVC é a causa mais frequente de óbito na população adulta (10% dos óbitos) e consiste no diagnóstico de 10% das internações hospitalares públicas. (BRASIL, 2012).

No Brasil as taxas de mortalidade, ajustadas à idade, para o AVC estão entre as maiores em nove países da América Latina (LEITE; NUNES; CORRÊA, 2011).

Já dados provenientes de estudo prospectivos nacional indicaram incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes, taxa de fatalidade aos 30 dias de 18,5% e aos 12 meses de 30,9%, sendo o índice de recorrência após um ano de 15,9%. (BRASIL, 2013).

Enquanto indicador da qualidade do cuidado, a mortalidade hospitalar constitui uma ferramenta preliminar de rastreamento (*screening*) para discriminar hospitais potencialmente com risco de estarem prestando serviços de qualidade inadequada ou inferior ao padrão esperado. Nessa avaliação, é imprescindível um adequado ajuste de risco para fatores clínicos e demográficos do paciente, dado que o perfil de gravidade do caso interfere sobre os resultados do cuidado (ROLIM; MARTINS, 2011).

Dados do Ministério da Saúde do Brasil (2013) descrevem também que conhecer os fatores de risco para o AVC é essencial para prevenir sua ocorrência. A prevenção reduz os custos, especialmente em reabilitação e hospitalização. Essa prevenção deve ocorrer em todos os níveis de atenção, sendo a maior ênfase na atenção básica, alcançando, principalmente, aqueles que já tiveram um primeiro AVC e minimizando, dessa forma, riscos de recorrência e maiores comorbidades em longo prazo.

Além do processo de cuidado adequado, diversos outros fatores influenciam o resultado do tratamento do AVCi, incluindo aqueles individuais (idade, sexo, estado socioeconômico, gravidade do AVC e comorbidades) e os relacionados

ao sistema de saúde, como o volume de atendimento do hospital, a existência de unidade de cuidado intensivo especializada e outras intervenções. (ROLIM; MARTINS, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2013), a prevenção secundária do AVC é realizada com o controle dos principais fatores de risco, sendo tomadas algumas medidas, como a antiagregação plaquetária e/ou anticoagulação, controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS), e o controle do diabetes mellitus (DM).

Esenwa e Gutierrez (2015) relatam que, em geral, um dos principais objetivos na redução de novos eventos cerebrovasculares é controlar os fatores de risco vasculares, como HAS, DM, dislipidemia, cessação do tabagismo, assim como, instituir mudanças no estilo de vida com uma dieta saudável e exercícios aeróbicos. Estes devem ser associados aos mecanismos específicos de prevenção de um evento recorrente.

Um exemplo também descrito por Esenwa e Gutierrez (2015), foi o cardioembolismo por FA tem e anticoagulação, seu maior modificador de risco de AVC recorrente. A warfarina é associada a 60% a 70% de redução do risco relativo de AVC e tem sido o padrão ouro na prevenção de AVC primária e secundária em doentes com fibrilação conhecida. O papel da anticoagulação com possível embolia paradoxal através de um FOP é clara, e as diretrizes atuais suportam o uso de agentes antiplaquetários para prevenção secundária neste sentido.

A pessoa com alteração funcional secundária ao AVC pode ser atendida em uma unidade ambulatorial, por equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar. Especialidades que podem integrar esta equipe incluem: assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. A avaliação individual e contextualizada, a partir dos potenciais e não da deficiência, e o trabalho em parceria com a família e/ou cuidadores permitem o diagnóstico funcional mais acurado e melhor prognóstico, principalmente quando estes agentes estão consonantes. (BRASIL, 2013).

Em relação ao diagnóstico funcional, Brasil (2013) descreve que é aquele que, além da condição clínica, inclui a avaliação das funções sensoriais, motoras e psicomotoras, de linguagem e cognitivas, dentro do contexto social do sujeito, como base do programa de reabilitação. Nesse contexto, deve ser considerada a diversidade de alterações secundárias ao AVC, como os comprometimentos de força, flexibilidade, equilíbrio, sensibilidade e capacidade de execução das

atividades de vida autônoma e social. Outras alterações como comunicação, audição, cognição e fatores humorais não podem ser negligenciadas e devem também constituir a avaliação, para que o planejamento do cuidado na reabilitação contemple toda a integralidade da pessoa que sofreu AVC.

Justificou-se, então, a realização desta pesquisa pela importância epidemiológica da doença juntamente com a necessidade de ampliar o conhecimento sobre os pacientes acometidos e pela necessidade de se conhecer o seguimento do cuidado aos pacientes pós-evento de AVC, sua qualidade de vida (QV), prevenção secundária e controle dos fatores de risco para que não ocorra um novo AVC.

Acrescentou-se a isso que a investigação sobre as condições que permita uma boa QV ao paciente em tratamento pós-evento de AVC, com o objetivo de compreender este fenômeno, controlar os fatores de risco e subsidiar meios de melhorar a prevenção secundária ao AVC é de relevância científica e social.

Este trabalho motivou-se pelo interesse em desenvolver um estudo que levantasse o maior número de informações a respeito dos pacientes que recebem alta da unidade de tratamento específico para AVC de Fortaleza, Ceará, Brasil.

O nosso maior interesse foi de buscar informações como: os fatores de risco no qual esses pacientes apresentam, o curso de seu tratamento, a QV dos nossos pacientes, e como acontece a prevenção secundária para que estes não venham a ter um novo episódio de AVC.

Essa realidade, aliada à necessidade que se faz dos profissionais como equipe multiassistencial conhecerem mais profundamente a doença. Contribuir assim, para uma assistência de qualidade, a fim de minimizar o sofrimento e as sequelas que a doença traz, assim como, proporcionarem uma melhor qualidade de vida para os pacientes e maior realização enquanto profissional da saúde.

A partir deste cenário, formulamos os seguintes questionamentos: Está havendo adesão ao tratamento medicamentoso para prevenção secundária dos pacientes com AVC? Quais os fatores sociodemográficos, clínicos e epidemiológicos associados às medidas de prevenção secundária no AVC? Que fatores podem estar associados qualidade de vida de pacientes com AVC na prevenção secundária?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar a associação entre as características sociodemográficas e clínicas, a qualidade de vida, e as medidas adesão ao tratamento como prevenção secundária de um novo AVC.

2.2 ESPECÍFICOS

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes do estudo;
2. Identificar as características clínicas (presença de fatores de risco para um novo AVC, ocorrência de um novo AVC e presença de sequelas de AVC) dos pesquisados;
3. Averiguar a adoção de medidas de prevenção secundária de novo AVC (controle dos fatores de risco) pelos pacientes;
4. Descrever a adesão á terapia medicamentosa oral desses pacientes pela escala Medidas de Adesão ao Tratamento Oral - MAT;
5. Relacionar as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com a adesão a terapia medicamentosa oral como medida de prevenção secundária de um novo AVC e com a qualidade de vida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O QUE É AVC?

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2016) o AVC é definido por sinais de distúrbio focal da função cerebral, de evolução rápida, durando mais de 24 horas e de origem vascular. Pode advir de uma isquemia (80% dos casos), que consiste na oclusão de um vaso sanguíneo, interrompendo o fluxo de sangue para regiões específicas do cérebro e causando prejuízo nas funções neurológicas dependentes da região afetada, ou de uma hemorragia em aproximadamente 20% dos casos.

A localização do AVC, bem como sua extensão, apresenta relação direta com as manifestações clínicas e o prognóstico. (CAMPOS *et. al.*, 2014).

A Organização Mundial de Saúde define também como "desenvolvimento rápido dos sintomas e / ou sinais focais (ou às vezes globais) alterações neurológicas, e que pode durar ou não mais de 24 horas (ou levando à morte), e de origem vascular". (BRASIL, 2012).

Fernandes *et. al.* (2012) descrevem cada evento deve ser confirmado por estudo de neuroimagem sem contraste e avaliação neurológica durante a internação. O diagnóstico de AVC deve ser confirmado por médicos segundo os subtipos de AVC com base na Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão como acidente vascular cerebral isquêmico (CID-10: I-63) ou hemorragia intracerebral (CID-10: I-61).

3.2 CLASSIFICAÇÃO DE BAMFORD E TROMBÓLISE PARA AVC

Segundo Asdaghi *et. al.* (2011) os AVCs são comumente classificados pelo *Oxfordshire Community Stroke Project* (OCSP), uma ferramenta clínica que categoriza as síndromes em 4 subtipos: síndrome da circulação anterior total (TACS), síndrome da circulação anterior parcial (PACS), síndrome lacunar (LACS) e síndrome da circulação posterior (POCS). Cada classificação OCSP tem valor de prever a localização mais provável da oclusão vascular subjacente e o desfecho clínico.

A precisão da classificação OCSP foi previamente avaliada com estudos de neuroimagem que se baseavam em tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM). (ASDAGHI *et. al.*, 2011).

Hideaki *et. al.* (2000) descrevem ainda em outro estudo os 4 subgrupos propostos OCSP que são facilmente identificados pela apresentação dos sintomas e sinais e fáceis de prever o prognóstico com o padrão vascular subjacente e TC. Os resultados do estudo demonstram que o prognóstico do AVCi de acordo com a classificação de OCSP, sendo pior no grupo TACS bem como a presença de estenoses em grandes vasos ou maior gravidade dos sintomas neurológicos.

Em relação à trombólise em pacientes com AVCi, Araújo *et al.* (2010) relatam que até nas últimas décadas, o desfecho do AVCi era determinado pela evolução natural e medidas de suporte. Em junho de 1996, o *Food and Drug Administration* (FDA) aprovou o ativador do plasminogênio tissular recombinante (rt-PA) para tratamento do AVC no estágio agudo.

Araújo *et. al.* (2010) afirmam também que a probabilidade do tecido afetado progredir para necrose depende tanto do fluxo sanguíneo cerebral residual na região afetada quanto da duração da isquemia. O principal objetivo dos trombolíticos é a restituição precoce do fluxo sanguíneo na área afetada, com consequente redução da isquemia e limitação da lesão neurológica.

Conforme Longo, Moro e Cabral (2004) é consenso atual que o uso de rt-PA é útil no tratamento do AVCi agudo, sendo que a sua eficácia está diretamente relacionada com o intervalo de tempo entre o início dos sintomas e a administração da droga, isto é, quanto menor for este intervalo maior a chance de um bom prognóstico. Eles descrevem ainda que de maneira geral os resultados reforçam a noção já existente da segurança do uso da rt-PA na prática clínica diária quando utilizada dentro das diretrizes preconizadas e por pessoal capacitado no atendimento de pacientes com AVCi.

Araújo *et. al.* (2010) descrevem ainda que a quantidade utilizada de rt-PA varia em razão do peso do paciente, uma vez que foi considerado o protocolo de tratamento de 0,9 mg/kg e diferentes pesos médios para homens e mulheres, 75 kg e 65 kg, respectivamente. Além disso, a diferença entre o tratamento com rt-PA e tratamento conservador recai também sobre o custo de internação.

O uso do trombolítico rt-PA nas primeiras três horas de evolução do AVC pode mudar a história natural da doença. Digno de nota, essa é a única intervenção

efetiva disponível no arsenal terapêutico atual, em substituição ao tratamento conservador e expectante. Ressaltamos ainda, que hoje usamos o trombolítico até 4 horas e meia. Essa intervenção pode minimizar custos diretos, pela redução do tempo de hospitalização e reabilitação e, especialmente, reduzir os custos indiretos (perda de produtividade, absenteísmo, morte prematura), com grande repercussão socioeconômica. (ARAÚJO *et. al.*, 2010).

3.3 FATORES DE RISCO PARA AVC

Cavalcante, Araújo e Lopes (2010), descrevem que envelhecimento populacional, associado ao aumento dos indicadores de risco para as doenças cerebrovasculares como HAS, DM, tabagismo, etilismo, dislipidemia e obesidade explicam, em parte, a grande incidência do AVC.

Conforme a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2016) o AVC é a manifestação mais comum da lesão vascular causada pela HAS. Cronicamente, a terapia anti-hipertensiva eficaz, mantendo PA menor que 130/80 mmHg, tem tido um papel decisivo na prevenção secundária de todos os tipos de AVC. Desde que se obtenha a redução da PA, qualquer medicamento anti-hipertensivo poderá ser utilizado. No momento, não há evidências que iniciar a terapêutica anti-hipertensiva seja efetiva com pressão arterial sistólica (PAS) menor que 140 mmHg em pacientes com passado de AVC.

Nos casos de AVCi, para pacientes sem indicação de terapia trombolítica e PA inicial > 220/120 mmHg, não se deve reduzir PA em mais de 15-20%, mantendo-se a pressão arterial diastólica (PAD) em 100 -110 mmHg nas primeiras 24 horas. O nível ideal de PA a ser obtido não é conhecido, mas existe consenso de que não se deve instituir tratamento anti-hipertensivo durante o atendimento inicial, a menos que a PAS seja > 220 mmHg ou PAD > 120 mmHg. No entanto, para pacientes com indicação de terapia trombolítica, deve-se reduzir a PA para <185/105 mmHg e até nas primeiras 24 horas após infusão do mesmo. (DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

Nos acompanhamentos de um a cinco anos após AVC, grandes proporções de homens e mulheres tinham uma PAS acima da meta de tratamento (≤ 139 mmHg), o qual é um dos principais fatores de risco. Estes resultados indicam que muitos pacientes não são suficientemente acompanhados na atenção primária

no que diz respeito à prevenção secundária para prevenir AVC recorrente. (KREMER; JEONSSON, 2014).

Chaves (2000) descreveu que a HAS é o principal fator de risco para AVC, estando associada à doença de pequenas e grandes artérias. A avaliação da relação entre hipertensão sistólica isolada e outros fatores de risco com subtipos de AVCi e AVCh em idosos demonstrou associação de idade, fumo, DM, pressão sistólica elevada, baixo colesterol HDL e anormalidades eletrocardiográficas com incidência aumentada de AVC genérico, ataque isquêmico transitório (AIT), ou AVCI.

A DM constitui risco para AVC por mecanismos aterogênicos diretos e por interagir com outros fatores de risco, como HAS e dislipidemia, a coexistência de fumo e HAS potencializa o risco de doença cerebrovascular. A redução do risco de AVC pelo tratamento farmacológico da HAS é muito maior em hipertensos leves não-fumantes que em fumantes com hipertensão leve, destacando a importância do fumo também como fator de risco para o AVC. (CHAVES, 2000)

Tziomalos *et. al.* (2014) trazem em seus estudos o DM como um dos principais fatores de risco independentes para doença cardiovascular (DCV), incluindo AVC. DM foi responsável por 5% da população atribuível risco de AVC. Dada a prevalência crescente do DM devido à epidemia de obesidade, o número de pacientes que sofrem de AVC devido a DM está previsto um aumento adicional.

Em contraste com a associação inequívoca entre DM e o aumento do risco de AVCi, pacientes com DM podem ainda sofrer eventos mais graves ou ter pior desfecho após AVC em comparação com indivíduos sem DM. Além disso, é incerto se DM é independentemente associada com AVC mais grave e com pior desfecho ou se esta relação é devido à maior prevalência de outros fatores de risco de DCV em pacientes com DM, incluindo HAS, dislipidemia e obesidade. (TZIOMALOS *et. al.*, 2014).

Atualmente, para a Organização Mundial de Saúde (2011) um etilista é considerado aquele indivíduo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do comportamento social e econômico.

A Organização Mundial de Saúde estabelece que para evitar problemas com o álcool, o consumo aceitável é de até 15 doses/semana para homens e 10 para mulheres, sendo que 1 dose equivale a aproximadamente 350 mL de cerveja,

150 mL de vinho ou 40 mL de uma bebida destilada, considerando que cada uma contém entre 10 e 15 g de etanol. (Organização Mundial de Saúde, 2011).

Pinto, Rviere e Bardach (2015) descrevem que o tabagismo é um dos principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e a principal causa global prevenível de morbidade e mortalidade, responsável por cerca de seis milhões de mortes ao ano. A evidência epidemiológica disponível aponta uma relação de causalidade entre o tabagismo e cerca de 50 doenças, das quais se destacam as cardiovasculares, respiratórias e cânceres.

Estudos apontam que 45% dos óbitos por doença coronariana (IAM), 85% por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), 25% por doenças cerebrovasculares e 30% por câncer podem ser atribuídos ao consumo de derivados do tabaco. A política de controle do tabagismo no Brasil avançou sobremaneira nos últimos 25 anos, com resultados positivos que se refletem na redução da prevalência. (PINTO; RIVIERE; BARDACH, 2015).

Sherzai e Elkind (2015) descrevem ainda em seu estudo que fumar tem sido fortemente associado ao aumento do risco de AVC. O efeito longo do tabagismo sobre risco de morte e eventos vasculares. Relataram que pacientes com AVC foram examinados em um estudo de 1589 casos de AVC, onde os pacientes que eram fumantes no momento do AVCi (primeiro ou recorrente) foram comparados com não-fumantes.

Os fumantes e ex-fumantes no início do estudo, após 28 dias, tinham pior resultado em comparação com nunca fumantes. O risco de eventos vasculares recorrentes também foi maior nos fumantes atuais do que os ex-fumantes, demonstrando que o fumo é fator de risco para doença cardíaca. Com isso a proibição de fumar em comunidades pode reduzir o risco de AVC. (SHERZAI; ELKIND, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2011) o tabagismo é o ato de se consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina. A OMS afirma também que o tabagismo deve ser considerado uma pandemia, ou seja, uma epidemia generalizada, e como tal precisa ser combatido.

Costa e Duarte (2002) em seu estudo, dizem que o sedentarismo além de ser considerado um fator de risco modificável para AVC com a prática de atividade física, as pessoas com sequelas de AVC estão, na sua maioria, alijadas da prática

da atividade física regular para a manutenção da sua saúde ou da sua condição orgânica, o que proporciona melhor QV.

Costa e Duarte (2002) descrevem que o que é oferecido como opção de atividade para o paciente após AVC, na realidade, se resume à prática de exercícios de manutenção no âmbito da fisioterapia, o que, muitas vezes, se torna monótono e enfadonho, uma vez que a deficiência já está estabelecida e muito pouco há por se fazer, a não ser evitar o agravamento ou o surgimento de deficiências secundárias.

Os programas de atividade físicas regulares desenvolvidos no Brasil, como também em grande parte do mundo, têm, como objetivo principal, quase sempre, o caráter preventivo, ou seja, atividades que evitem a ocorrência de um AVC. (COSTA; DUARTE, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (2011) diz que o sedentarismo é o quarto fator de morte no mundo, mas 31% da população mundial não são fisicamente ativas. De acordo com a OMS, pessoas de mais de 18 anos que fazem ao menos 150 minutos de atividade física aeróbica por semana pode reduzir vários riscos como diabetes e problemas cardíacos.

A ausência de uma disciplina de atividades físicas como causa mortis só perde para as doenças relacionadas ao aumento da pressão arterial, ao fumo e à glicemia elevada. Para a OMS, é fundamental alertar as populações sobre os benefícios dos exercícios físicos regulares. O ideal para quem não faz atividades físicas é começar de forma gradual e frequente. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

Segundo Sherzai e Elkind (2015), a FA tem sido reconhecida como uma das principais causas de AVC, bem como o papel dos anticoagulantes para prevenir AVC em pacientes com FA.

A FA é uma causa comum de AVC incapacitante, resultando de embolia de trombos provenientes geralmente do átrio esquerdo, além disso os mesmos autores destacam a HAS como fator de risco modificável mais importante tanto do infarto cerebral quanto da hemorragia intracerebral (ICH). Estudos têm consistentemente demonstrado uma forte, contínua e independente relação positiva entre PA e AVC, de tal modo que quanto maior for a PA, maior é o risco de se ter um AVC. (SHERZAI; ELKIND, 2015).

A FA é uma doença relacionada à insuficiência cardíaca (IC), mortalidade por inúmeras causas e possui estreita relação de causa e efeito com o AVC,

configurando-se um problema de saúde pública (STEWART; HOLE; MCMURRAY, 2004). É considerada a condição clínica isolada de maior risco relativo para o AVC, pela ocorrência de complicações por eventos tromboembólicos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Os AVCi têm origem cardioembólica em 1/3 dos casos, podendo estes casos ser passíveis de prevenção com a utilização de anticoagulantes orais (ACO). (BRASIL, 2012). Segundo Prins *et al.* (2009), o uso clínico dos ACO está indicado nos casos de tromboembolismo venoso e pulmonar, fibrilação atrial (FA), infarto agudo do miocárdio (IAM), valvopatias, cardiomiopatias dilatada e AVC.

No tocante à estratégia de uso de anticoagulantes, Hankey (2014) fala que a seleção de um agente anticoagulante deve ser individualizada com base na função renal e hepática, potencial para interações medicamentosas, preferência do paciente, custo, tolerabilidade, e outras características clínicas, incluindo o intervalo terapêutico se o paciente tem vindo a tomar warfarina.

O risco de AVC recorrente em sobreviventes de eventos agudo em adultos jovens (18-50 anos de idade) é de cerca de 19%, incluindo fatores de risco vascular prevalentes (idade avançada, HAS, DM ou fumar), anterior doença vascular sintomática (AVC, IAM ou doença arterial periférica), instável doença vascular (vários eventos isquêmico recorrente do cérebro, incluindo a síndrome do aviso capsular), fontes e causas embólicas (FA, ou AVCi, causado por embolia do coração ou grandes artérias). (HANKEY, 2014).

Yamamoto (2012) descreveu que o AVCi em adultos jovens é relatado como raro, compreendendo menos do que 10% de todos os pacientes com AVC. No entanto, na prática clínica, nos deparamos não raramente com pacientes com menos de 45 anos que sofreram um AVC, muitos deles sem fatores de risco para aterosclerose e sem diagnóstico etiológico claro final, mesmo após uma investigação completa.

A aterosclerose é considerada uma causa incomum de AVC em jovens, e recentemente traz um aumento significativo nos fatores de risco tradicionais como HAS, DM, obesidade, dislipidemia e tabagismo entre adolescentes e jovens hospitalizados. (YAMAMOTO, 2012).

Na ocorrência da Doença Arterial Coronariana quando uma placa de gordura obstruindo a luz do vaso, podendo levar a angina. Por sua vez, geralmente,

o desenvolvimento da placa está muito associado à dislipidemia. (DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Laurinaviciu e Santos (2008) descreveram que portadores de insuficiência renal crônica (IRC) apresentam elevado risco cardiovascular. Parte do excesso de risco pode ser atribuída à alta incidência de dislipidemia que essa população apresenta.

A doença cardiovascular (DCV) é tão frequente nesse grupo que a prevalência dessas comorbidade entre os pacientes submetidos à diálise é aproximadamente trinta vezes maior que na população geral. Essa associação não surpreende, pois existe uma importante superposição de fatores de risco entre a IRC e a DCV: HAS, DM, dislipidemia, tabagismo e idade são fatores de risco para ambas as condições. (LAURINAVICIUS; SANTOS, 2008).

3.4 QUADRO CLÍNICO NO AVC

O AVC é a primeira causa de incapacidade funcional no mundo ocidental, devido às sequelas e déficits neurológicos que ocasiona ao paciente. As sequelas são variáveis e podem ser sensitivas, motoras e/ou cognitivas, gerando prejuízos das atividades funcionais, limitação das atividades de vida diária, possível presença de déficits de linguagem, depressão e restrições para o convívio social. (BRITO *et. al.*, 2013).

Trata-se de uma doença que apresenta elevada prevalência e comumente está associada a elevados índices de morbidade e incapacidade funcional. As manifestações clínicas principais do AVC incluem comprometimento sensoriomotor, distúrbios cognitivos e da linguagem, transtornos posturais e da marcha, depressão e labilidade emocional. (CAMPOS *et. al.*, 2014).

Oliveira (2007) em um estudo de revisão fala que apesar de inespecíficos, alguns sinais clínicos indicam mais determinadas patologias. Entre eles, o modo de início é um dos mais indicativos. Déficit de instalação durante o sono sugere AVCi aterotrombótico, enquanto a instalação súbita, durante a vigília e máxima desde o início, usualmente ocorre no AVCi embólico. Perda de consciência transitória é mais comumente vista no AVCh, bem como a apresentação com cefaleia intensa e vômito.

Quanto à topografia, o acometimento de circulação anterior (carotidiana) mais comumente resulta em déficits de linguagem (afasia), déficit motores e alterações visuais e negligência. Já o acometimento da circulação posterior (vértebro-basilar), mais comumente resulta de sintomas de equilíbrio (ataxia), déficits de nervos cranianos, disfagia, disartria, vômito e “síndromes cruzadas”, com déficits motores e de nervos cranianos contralateralmente. (OLIVEIRA, 2007).

Oliveira e Andrade (2001) descrevem que o diagnóstico clínico de AVCi se baseia no achado de estenose ou oclusão arterial por aterosclerose em um ou mais sítios. O infarto pode ser pequeno e indistinguível daqueles de origem cardioembólica. Descrevem ainda que nos casos de hipertensão acentuada, a redução da PA deve ser cautelosa e lenta. Tem-se indicado o uso de medicamentos anti-hipertensivos quando a PA média estiver acima de 130 mmHg ou a PAS estiver acima de 220 mmHg.

Para os AVCh's eles relatam uma atribuição a HAS e ocorrem caracteristicamente nos núcleos da base, tálamo, ponte e cerebelo. Essas áreas são supridas por vasos de pequeno calibre, ramos diretos de vasos mais largos, e assim mais vulneráveis aos efeitos da pressão. (OLIVEIRA; ANDRADE, 2001).

3.5 INCIDÊNCIA E MORBIMORTALIDADE DO AVC NO BRASIL E NO MUNDO

O encargo financeiro e social de dependência funcional devido à doença cerebrovascular é um importante foco de discussão em saúde pública, particularmente entre os países com recursos escassos. (FERNANDES *et. al.*, 2012).

Falando em países com recursos escassos, Makita *et. al.* (2010) relatam que durante as duas últimas décadas, vários trabalhos epidemiológicos têm indicado que as doenças cerebrovasculares são um problema de saúde pública no Brasil.

O impacto das doenças cerebrovasculares traz questões não só por causa dos custos de internações, mas também por causa dos efeitos tardios da doença, tais como o grau de deficiência motora, depressão pós-AVC, redução da função cognitiva e, conseqüentemente, a redução da qualidade de vida entre os sobreviventes de AVC e seus cuidadores. No entanto, os dados de mortalidade tem uma limitação natural; inquéritos de prevalência clássica são relativamente caros; e

estudos a base de incidência populacional só são adequados para cidades de pequeno e médio porte. (MAKITA *et. al.*, 2010).

O AVC é considerado a terceira causa de morte mundial e no cenário brasileiro corresponde a primeira causa de óbito. No Brasil, a doença afeta entre 156 a 168 em cada 100.000 pessoas. Após os 55 anos, a incidência do AVC dobra a cada década de vida, sendo os homens os mais acometidos, cerca de 19% a mais que as mulheres. Entre 65 e 74 anos a incidência é de 14,4/1000 habitantes; entre 75 e 84 anos são de 24,6/1000; pessoas com idade superior a 85 anos, a incidência sobe para 27/1000 habitantes. (BRITO *et. al.*, 2013).

Pawlowski *et. al.* (2013) mencionam que no Brasil, o AVC é considerado uma das principais causas de internações, a primeira causa de mortalidade e incapacitação, em especial na faixa etária acima de 50 anos. Com a evolução do tratamento de doenças cardiovasculares, verifica-se um aumento progressivo na incidência de AVC, sendo aproximadamente 80-85 % AVCi associados a uma interrupção do fluxo sanguíneo que pode ser causado por um êmbolo cardíaco ou por uma lesão aterosclerótica com obstrução arterial distal.

Os casos de AVCh correspondem a aproximadamente 15-20 % e a principal causa é a HAS. Os AVCh apresentam uma taxa maior de mortalidade e incapacidade quando comparados aos isquêmicos. (PAWLOWSKI *et. al.*, 2013).

Fernandes *et. al.* (2012) descreve que embora as taxas de mortalidade por AVC variem gradativamente, os países de baixa renda são os mais afetados. Apesar do crescimento econômico rápido em algumas regiões, o Brasil tem a maior taxa de mortalidade por AVC das Américas. Uma revisão recente de fatores socioeconômicos e AVC revela evidência que sugere uma forte relação entre status socioeconômico e um risco aumentado de mortalidade por AVC.

Um estudo de coorte realizado na vigilância de AVC, o estudo EMMA (Estudo de Mortalidade e Morbidade acidente vascular cerebral), identificou quase 85% de sobreviventes de AVCi. Além da ocupação e renda, educação é considerada um dos mais confiáveis marcadores de status socioeconômicos. Além disso, o nível educacional pode ser aplicado igualmente a ambos os sexos. Isso é também um indicador mais confiável de status socioeconômico para as pessoas economicamente inativas. (FERNANDES *et. al.*, 2012).

Cavalcante, Araujo e Lopes (2010) descreveram um estudo sobre a epidemiologia das doenças cardiovasculares no Brasil mostrou existir disparidades inter e intrarregionais e essas não têm sido estudadas.

Outra pesquisa transversal desenvolvida com 180 pacientes que apresentaram o diagnóstico médico de AVC revelou que a mortalidade por AVC é maior nas regiões mais pobres do Brasil, como o Nordeste, e, em grande parte, essa elevada morbimortalidade é atribuída aos fatores sociais desfavoráveis. Conclui-se que os portadores de AVC, avaliados em Fortaleza, são mais jovens e apresentaram maiores índices de HAS. Em contrapartida, são menos etilistas e tabagistas. Houve, porém, limitação na impossibilidade de comparar outros fatores como a escolaridade e o nível socioeconômico. (CAVALCANTE; ARAUJO; LOPES, 2010)

Ressaltam-se ainda a necessidade de se ampliar o conhecimento, por meio da realização de mais estudos científicos, sobre a saúde da população brasileira no seu conjunto e estratificada por regiões, tendo em vista que a idade, fatores de risco, econômicos e sociais podem influenciar a incidência do AVC de forma diferente nas diversas regiões do Brasil. (CAVALCANTE; ARAUJO; LOPES, 2010).

Fernandes *et. al.* (2012) trazem dois estudos brasileiros de base populacional estimou as taxas de incidência e de letalidade para primeiro AVC nas cidades de Joinville, Matão, Estado de Santa Catarina e Estado de São Paulo. Em Matão, as taxas de incidência por 100.000 habitantes para AVCi e AVCh foi de 91,9 e 14,7, respectivamente. A taxa de letalidade de 30 dias foi de 18,5% e a taxa de letalidade de um ano foi de 30,9%. Já no estudo realizado em Joinville, a letalidade em 30 dias para todos os subtipos de AVC foi de 19,1%.

Em um estudo de registro de base hospitalar (abril de 2006 a dezembro de 2008), realizado na cidade de São Paulo, encontraram proporções subtipo de AVC (AVCi 84,9%, 15,1% hemorragia intracerebral) que eram semelhantes aos dos estudos realizados em Matão e Joinville. (FERNANDES *et. al.*, 2012). No entanto, a taxa caso-fatalidade de 30 dias do curso total foi inferior (12,8%, pela primeira vez e de repetição) do que em Matão (18,5%), Joinville (19,1%) e Fortaleza (20,9%), e semelhante à que em Natal (10,4%).

Carvalho *et. al.* (2011) descreveram resultados também semelhantes aos outros registros baseados em hospitais da região Nordeste do Brasil, assim como, em Fortaleza, Ceará.

Cavalcante, Araujo e Lopes, (2010) em seu estudo realizado em 2010, trazem dados no Nordeste brasileiro, onde falam que em 2003, a taxa de mortalidade pelo AVC foi de 54,6/100 mil habitantes. Descrevem ainda que no Ceará, em 2004, essa taxa foi de 44,8/100 mil habitantes. No município de Fortaleza, nesse mesmo ano, as doenças do aparelho circulatório corresponderam a 25,4% do total de internações, realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS), em indivíduos acima de 65 anos.

Carvalho *et. al.* (2011) descreveram um estudo onde foram avaliados 2418 pacientes consecutivos com diagnóstico de AVC nos Hospitais de Fortaleza nos mostrou AVCi o subtipo mais frequente (72,9%) seguido por hemorragia intracerebral (15,2%), hemorragia subaracnóidea (6,0%), AIT (3,0%) e AVC indeterminado (2,9%). O tempo mediano desde o início dos sintomas até a admissão hospitalar foi de 12,9 (3,8 - 32,5) horas. Um total de 22% dos pacientes foi admitido dentro de 3 horas após o início dos sintomas, 28,1% dentro de 4,5 horas e 33,8% dentro de 6 horas a partir do início dos sintomas.

Estudos anteriores realizados no Brasil sobre epidemiologia do AVC e padrões de tratamento não eram representativos do país como um todo. Em geral, a epidemiologia do AVC, incluindo idade, sexo, a prevalência de fatores de risco de AVC, foi semelhante a outros estudos publicados na América Latina. (CARVALHO *et. al.*, 2011).

ZHANG *et. al.* (2015) descreveram dados de uma análise clínica com 646 pacientes com AVCi agudo na China nos mostra que a incidência de AVC na China está crescendo a uma taxa anual de 8,7% e esta tendência provavelmente continuarão ao longo das próximas três décadas.

O AVC tende a tornar-se a principal causa de morte em chinês, superior à doença do câncer e do coração. O AVCi tem taxas de morbidade e incapacidade mais elevadas na China do que em países europeus, em parte devido a um atraso no manejo agudo da doença. Atualmente, o tratamento de perturbações neurológicas agudas, como o infarto cerebral ainda está longe de níveis desejados e a taxa de trombólise real é muito baixa. (ZHANG *et. al.*, 2015).

Yamamoto (2012) descreve que apesar de ferramentas de diagnósticos mais precisos recentemente adquiridos em neuroimagem vascular, hematológicas e estudos genéticos, atualmente, o número de pacientes jovens com AVC continua alto, realizando 30-40%.

3.6 UNIDADES DE TRATAMENTO DE AVC

O AVC é um importante problema de saúde pública, cujas consequências podem ter grande impacto na vida dos pacientes, gerando enormes demandas de recursos físicos e financeiros no diagnóstico, tratamento e reabilitação. É considerado a principal causa de comprometimento neurológico grave e um problema de saúde pública por ser uma das maiores causas de morte no mundo e pelos altos custos de tratamento. (CAMPOS *et. al.*, 2014).

BRASIL (2013) descreve que os serviços de saúde autorizados a prestar assistência aos pacientes acometidos por AVC no âmbito do SUS deverão observar a linha de cuidados em AVC e o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do AVCi agudo, instituído por meio da Portaria nº 664/GM/MS, de 12 de abril de 2012.

A linha de cuidados ao AVC trazem exigências ao cuidado especializado como dispor de equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista com título de especialista em neurologia reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM) ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC). (BRASIL, 2013).

Cavalcante, Araujo e Lopes (2010) descreveram que a tendência elevada de hospitalizações por AVC gera expressivo aumento dos custos com as internações hospitalares, as quais requerem tratamentos especializados e complexos. Além disso, consideram as sérias consequências de saúde e sociais, tais como as sequelas de ordem física, funcionais e emocionais.

A partir da alta hospitalar, torna-se fundamental a parceria entre o hospital e o domicílio, com vistas a garantir a continuidade da assistência, diminuir as reinternações e, por conseguinte, reduzir os custos com a hospitalização por AVC. Essas sequelas implicam algum grau de dependência, sobretudo no primeiro ano após a ocorrência de AVC, com aproximadamente 30 a 40% dos sobreviventes impedidos de voltar ao trabalho, tornando-os dependentes de aposentadoria e benefícios da Previdência Social. (CAVALCANTE; ARAUJO; LOPES, 2010).

Os fatores de risco cardiovasculares são frequentes mesmo em pacientes jovens que sofreram AVCi. Portanto, as medidas de prevenção secundária não podem ser negligenciadas nessa faixa etária. É indispensável extensa propedêutica

para o diagnóstico topográfico e etiológico do evento encefálico, o que requer sofisticada infraestrutura hospitalar. A frequente necessidade de reabilitação indica a importante morbidade causada pelo AVC em jovens. (SOUSA-PEREIRA *et. al.*, 2010).

Campos *et. al.* (2014) também relataram que os danos neurológicos podem limitar de modo significativo o desempenho funcional do indivíduo, com consequências negativas nas relações pessoais, familiares, sociais e, sobretudo, na QV. As incapacidades funcionais podem piorar a independência do indivíduo para realizar tarefas básicas e essenciais do dia-a-dia, interferindo, de modo negativo, no desempenho de suas atividades funcionais.

Em virtude das incapacidades, conjugar uma doença crônica com QV é um desafio tanto para profissionais da saúde, como para pessoas que vivenciam a doença e seus familiares. A avaliação do paciente com comprometimento neurológico deve incluir sempre a avaliação da gravidade do quadro clínico e da repercussão na capacidade funcional. (CAMPOS *et. al.*, 2014).

Campos *et. al.* (2014) também citam em seu estudo que o nível de independência funcional dos pacientes com AVC depende da efetividade da reabilitação realizada quando o paciente está internado e do local para o qual o paciente é encaminhado após a alta hospitalar, ou seja, se ele vai para casa ou para outro serviço de reabilitação.

Os pacientes que ficam em casa apresentam um declínio gradual da sua independência nas ABVD. Esse resultado aponta para outro problema que pode estar ocorrendo com pacientes na fase crônica do AVC. É possível que esses pacientes não estejam sendo acompanhados quanto ao comprometimento neurológico e a sua funcionalidade. (BADRIAH *et. al.*, 2013).

Em seu estudo, Fernandes *et. al.* (2012) também sugeriram que baixo nível socioeconômico pode ser associado a mais AVC's graves, assim como um aumento da dependência nas ABVD, aumento da deficiência e outra desvantagens, AVC recorrente, a gravidade do AVC, o localização anatômica da lesão cerebral, e tendo um elevado nível de dependência funcional no hospital.

Fernandes *et. al.* (2012) descreveram ainda que muitos estudos têm utilizado a escala de Rankin modificada (MRS) para investigar a curto e longo prazo incapacidade após AVC. Alguns relatórios de países em desenvolvimento descrevem as taxas de dependência funcional em cerca de 30%, três meses após

AVC agudo. Os dados sobre incapacidade pós-AVC em meio a países de baixa renda é escassa.

Duas populações em estudos realizados na América Latina, incluindo o Brasil, descrevem uma dependência funcional com taxas entre 18% e 30% seis meses após AVC. Relatórios anteriores têm tentado identificar fatores associados com prognóstico funcional após AVC à alta hospitalar, mas muitas vezes com contraditórios resultados. (FERNANDES *et. al.*, 2012)

Oliveira (2007) descreve o atendimento ao paciente com AVC na fase aguda, a primeira parte do tratamento diz respeito ao manuseio de uma emergência médica, potencialmente grave ou já desde a sua instalação, com instabilidade. Deve-se obter com informante ou o próprio paciente, informações sobre o início preciso do quadro, os sinais e sintomas envolvidos e a evolução dos mesmos desde a sua instalação.

No caso de paciente já gravemente enfermo, os cuidados com via aérea, respiração, parâmetros hemodinâmicos são os iniciais, ao mesmo tempo em que se avalia o quadro neurológico. O tratamento da fase crônica necessita muitas vezes de uma equipe multidisciplinar, envolvendo médico, fisioterapeuta, fisiatra, fonoaudiólogo, nutricionista, nutrólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e outros. (OLIVEIRA, 2007).

Martins (2006) descreve em seu estudo que a unidade de emergência em geral representa o primeiro contato entre o paciente e o hospital. A equipe da emergência deve estar treinada para diagnosticar o AVC agudo, ter linhas bem estabelecidas de contato com os serviços de ambulância, estar familiarizada com a equipe de AVC, saber como é ativada e como ela funciona.

Médicos e enfermeiros, deve participar das atividades educacionais relacionadas ao diagnóstico e tratamento do AVCi agudo pelo menos duas vezes por ano. No departamento de emergência, devem existir fluxogramas de atendimento dos pacientes com AVC. Já em relação à unidade de AVC, descreve que deve ser dirigida e atendida por equipe multidisciplinar (neurologistas, clínicos, cardiologistas, intensivistas, técnicos, enfermeiros) com treinamento em cuidados de pacientes com doença cerebrovascular. (MARTINS, 2006).

Martins (2006) ressalta ainda a importância da monitorização cardíaca contínua e monitorização contínua de PA não invasiva. Nos hospitais em que a unidade de AVC fizer parte da unidade de tratamento intensivo (UTI) ou do Serviço

de Emergência, a enfermagem necessita receber treinamento específico para cuidar dos pacientes com AVC. Além disso, a equipe precisa receber treinamento para a aplicação da escala de AVC do NIHSS.

3.7 PREVENÇÃO SECUNDÁRIA NO AVC

Sherzai e Elkind (2015) trazem em seu estudo de revisão, relatos de pesquisas abordando a prevenção primária, explorado a necessidade de agentes anti-hipertensivos para tratar a pré-hipertensão, adicionadas as escolhas de estilo de vida como dieta e exercício e sua relação com o risco de AVC. Eles relatam também existir uma série de estudos que têm testado anti-hipertensivos no tratamento de pacientes com doença cardiovascular sem HAS, pacientes estes com doença aterosclerótica ou fatores de risco para a aterosclerose.

O tratamento com um inibidor da enzima de conversão da angiotensina ou bloqueador de receptor de angiotensina diminui o risco para o resultado cardiovascular, incluindo AVC, ou seja, pacientes com doença sem HAS, que receberam medicação anti-hipertensiva tiveram uma redução do risco de AVC, e quanto á prevenção secundária, eles dizem ser a intervenção mais importante, sendo esta realizada precocemente nas primeiras 24 horas em pacientes com AVCi agudo que estão neurologicamente estáveis. (SHERZAI; ELKIND, 2015).

No advento da prevenção secundária, Brasil (2012), define atenção básica (AB) como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral à saúde da população de sua área de abrangência.

Brasil (2012) descreve que a ação da AB na linha de cuidado do AVC não se resume ao evento agudo. A equipe da unidade básica de saúde (UBS) deve realizar ações, no âmbito individual e coletivo, para promoção de hábitos de vida saudáveis e prevenção das doenças cardiovasculares. Nos pacientes com doenças crônicas cardiovasculares, deve ser realizado o tratamento, com abordagem ampliada, não restrita à prescrição de medicamentos, mas envolvendo atuação multiprofissional e atuando na promoção do autocuidado e cuidado compartilhado,

bem como realizando estratificação de risco e acompanhamento próximo dos casos de mais alto risco.

Hankey (2014) relata em seu estudo que a prevenção secundária pode ser realizada para evitar AVCi recorrente precoce, citou o uso da aspirina e o uso do clopidogrel como redutor do risco de AVC e outros grandes eventos vasculares em cerca de 9% em comparação com aspirina.

A prevenção secundária também é citada em outro estudo de revisão, onde traz a realização de revascularização, principalmente em pacientes com aterosclerose intracraniana, inclui o tratamento para dislipidemia, redução o colesterol no sangue em pacientes de elevado risco cardiovascular como uma estratégia significativa na prevenção de AVC. (SHERZAI; ELKIND, 2015).

Sherzai e Elkind (2015) ainda sugerem que o tratamento com estatinas reduz o risco de AVC e outros eventos cardiovasculares. Além disso, terapias antiplaquetária para AVCi, são realizadas a combinação de aspirina e clopidogrel, eficazes também na prevenção do AVC, e considerada como terapia inicial dentro de 24 horas no AVCi menor.

A redução da PA é recomendada em todos os pacientes com AVC, mas é preciso cuidado, particularmente em doentes com doenças de carótidas ou doença cardíacas oclusivas. O tempo ideal para começar a redução da PA após AVC é incerto, mas deve ser iniciado antes da alta hospitalar. (HANKEY, 2014).

Hankey (2014) descreve que as drogas para redução da PA são escolhidas de acordo com as morbidades dos pacientes e que a combinação de um inibidor da enzima de conversão da angiotensina (ou angiotensina II antagonista do receptor) e bloqueador do canal de cálcio (ou diurético em idosos) podem ser preferíveis porque reduzem a PA em 1 á 5 mm Hg sistólica e 2 á 5 milímetros Hg diastólica e reduz AVC recorrente em cerca de um quinto. Reduções maiores na pressão sanguínea de 10 mm Hg sistólica e 5 mm Hg diastólica, estão associados com reduções maiores ainda para AVC recorrente de cerca de um terço.

Em relação às estratégias de prevenção geral, Esenwa e Gutierrez (2015) trazem dados de estudos onde os antiagregantes plaquetário oferecem uma redução do risco absoluto de 2% em eventos vasculares por ano, ao custo de um aumento de 0,1% á 0,3% em grandes hemorragias extracranianas. A aspirina é a mais estudada, mais barata e o medicamento antiagregante plaquetário mais comumente usado na prevenção secundária do AVC.

A escolha de agentes antiplaquetários depende das comorbidades específicas do paciente, e acesso aos cuidados de saúde. Em decorrência do baixo custo e uma vasta experiência com aspirina, esta é a principal escolha na maioria dos casos. Reduzir aPA média leva a uma redução do risco absoluto de 4% em AVC recorrente, com reduções similares em pacientes com e sem história de prevenção secundária do AVC pequeno subcorticais. As diretrizes atuais da *American Heart Association* recomendam metas de PA, de 140 mmHg e diastólica, de 90 mmHg. (ESENWA; GUTIERREZ, 2015).

Outros fatores de risco também são descritos nos estudos de Hankey (2014) quando ele menciona a relação aos comportamentos de vida. Os pacientes devem parar de fumar que pode ser feito através de medidas como uma combinação de fármacos (reposição de nicotina terapia, bupropiona, cytisine, ou vareniclina) e medidas comportamentais.

O consumo de álcool deve ser limitado. Atividades rotineiras da vida diária devem ser completadas por exercícios físicos moderados (de preferência rapidamente), jogos, ciclismo, natação, ou outro exercício de dinâmica- 30-60 min em 4-7 dias por semana. Pacientes de alto risco (por exemplo, aqueles com doença cardíaca) deve participar de programas de exercício supervisionado. (HANKEY, 2014).

Hankey (2014) descreve ainda que o índice de massa corporal (IMC) deve ser mantido a $18.5-24.9 \text{ kg / m}^2$, e circunferência da cintura inferior a 80 cm para as mulheres e menos de 94 cm para os homens. A ingesta de sódio recomendada diária adequada para as pessoas com idade 9-50 anos é de 1500 mg, diminuindo a 1300 mg de indivíduos de 50-70 anos de idade e para 1200 mg para aqueles mais de 70 anos. Um limite diário de consumo superior 2.300 mg não deve ser excedido em qualquer faixa etária. Manter uma dieta saudável e equilibrada, comer uma dieta baixa em gordura saturada, colesterol e sódio; e rica em frutas frescas, legumes, laticínios com pouca gordura, dietética solúvel, grãos integrais e proteínas a partir de fontes vegetais.

Sherzai e Elkind (2015) descrevem ainda na sua revisão que o ato de fumar tenha sido fortemente associado com aumento do risco de AVC, e mencionam um estudo em que os pacientes que eram fumantes no momento do AVCi (primeiro ou recorrente) tiveram pior resultado. A exposição à fumaça ambiental do tabaco (cigarro passivo, fumo, ou "de segunda mão" fumo do tabaco) é estabelecida como

fator de risco para doença cardíaca e fornecem evidências de que a proibição de fumar em comunidades podem reduzir o risco de AVC.

A dieta tem crescente relação com AVC, onde há ampla evidência de que uma dieta rica em frutas e vegetais está associada com redução do risco de AVC. E para finalizar, eles fazem menção á atividade física que é conhecida por melhorar o funcionamento cardiovascular, concluindo que são todos fatores de risco modificáveis se realizado uma correta prevenção secundária. (SHERZAI; ELKIND, 2015).

Esenwa e Gutierrez (2015) mencionam ainda a dislipidemia, como outro alvo em geral na prevenção secundária do AVC. Há evidências do benefício da terapia com estatinas em pacientes com um AIT ou AVC, as estatinas tornaram-se o esteio na terapia de redução de lipídios após AVC ou AIT.

A diabetes é um dos mais importantes fatores de risco para AVC e um alvo de alto rendimento para medidas preventivas. Entre os pacientes com diabetes, o risco de eventos vasculares é aumentado três vezes em comparação com não diabéticos, e em combinação com outros fatores de risco, o risco aumenta exponencialmente em comparação com indivíduos com esses fatores de risco, sem DM. (ESENWA; GUTIERREZ, 2015).

Hankey (2014) relatam que além da terapia farmacológica, a modificação do estilo de vida, incluindo uma dieta saudável, atividade física regular, e perda de peso em pacientes com sobrepeso ou obesos, os benefícios são substanciais sobre a PA e níveis de lipídios e, em última análise, a recorrência de AVC. A dieta em geral, incentiva uma alta ingestão de nutrientes à base de plantas, a baixa ingestão de sal, e limitada ou quase nenhuma ingesta de gorduras saturadas e açúcares simples, isto trazem benefícios cardiovasculares significativos se aderidos por um longo período de tempo.

O uso do tabaco deve ser fortemente desencorajado e entre os fumantes, a cessação do tabagismo leva a uma redução significativa. Ele traz a importância da mudança no estilo comportamental e uma abordagem multidisciplinar. (HANKEY, 2014).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Desenvolveu-se um estudo analítico em coorte única e aberta, de natureza quantitativa, na qual os pacientes foram incluídos no grupo de estudo à medida que foram recrutados, com o intuito de estabelecer o nível de prevenção secundária medindo a adesão ao tratamento dos pacientes com AVC e sua relação com a qualidade de vida destes pacientes.

Segundo Gil (2008), os estudos de coorte são observacionais, onde dois ou mais grupos de pessoas livres da condição/doença (desfecho analisado no estudo) são selecionados e diferirão quanto ao grau de exposição à causa potencial da condição/doença (desfecho analisado). Os investigadores selecionam um grupo de indivíduos expostos a uma causa potencial da condição/doença. Uma das vantagens da realização do estudo de coorte é ter um alto poder analítico.

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo realizou-se na Unidade de AVC (UAVC) e ambulatório do serviço de neurologia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), onde pacientes com diagnóstico de AVC são internadas para o devido tratamento. A UAVC faz parte de uma série de medidas determinadas pelo Programa de Atenção Integral e Integrada às doenças cerebrovasculares da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – única unidade federativa com política governamental destinada à prevenção e tratamento do AVC.

O HGF é o maior hospital da rede pública do Ceará, servindo a população do estado e, por sua complexidade, também aos estados vizinhos, em diferentes áreas de saúde. É referência nas especialidades de Cirurgia Geral, Neurologia, Neurocirurgia, Reumatologia, Nefrologia, Transplante Renal, Gineco-obstetrícia, Traumatologia-ortopedia, Oftalmologia, entre outras. Em outubro de 2009, o HGF inaugurou a UAVC, com estrutura moderna e equipe interdisciplinar assistencial (médicos neurologistas e clínicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e maqueiro) 24 horas de plantão e somados a esses (fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, fisioterapeutas e nutricionista) no período diurno do plantão. (CEARÁ, 2015).

Desse modo, esta instituição se configura como referência pela complexidade e qualidade no atendimento de seus pacientes, englobando os setores de emergência, unidade de internação e ambulatório para o acompanhamento especializado a pacientes acometidos por acidente vascular cerebral, justificando ser o local do estudo.

A coleta realizou-se no período de abril a novembro de 2016 na referida Unidade de Internação, que hoje, atende cerca de 90 (noventa) pacientes por mês, mas este número pode chegar a 150 (cento e cinquenta) se houver uma rede secundária pronta para receber os pacientes já estabilizados.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população estudada foi composta por pacientes com idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos, em tratamento após o primeiro evento cerebrovascular, que estiveram internados na UAVC no período da coleta dos dados.

Em vista, utilizou-se como critérios de exclusão, pacientes que receberam alta da UAVC a pedido ou que foram a óbito; pacientes com instabilidade hemodinâmica grave no momento da coleta de dados, visto que, nestas condições, impossibilita emocionalmente até o acompanhante/cuidador responsável a participar da pesquisa e responder aos questionamentos.

Para o cálculo da amostra, considerou-se a variável desfecho mensurada a partir de uma escala ordinal que mede a adesão ao tratamento como medida de prevenção secundária de 6 (seis) níveis e composta por 7 (sete) itens perfazendo uma variação na pontuação entre 6 (seis) e 42 (quarenta e dois) pontos. A estimativa do tamanho amostral foi obtida a partir de uma suposição inicial de distribuição normal dos escores da escala, tomando como média o ponto médio do intervalo total de pontos da escala, ou seja, 24 (vinte e quatro) pontos. Considerou-se também a distância entre o ponto médio da escala e o valor máximo a ser obtido como equivalente a 3 (três) desvios-padrão, ou seja, 18 (dezoito) pontos, de modo que um desvio-padrão corresponderia a 6 (seis) pontos. Além disso adotou-se um erro amostral de no máximo 5% do verdadeiro valor da média dos escores, o qual correspondeu a uma diferença de 1,8 pontos. Adotou-se um nível de confiança de 95% para uma distribuição bilateral do erro amostral, um poder estatístico de 80% e

utilizando a fórmula para estimativa de uma média a seguir, obteve-se uma estimativa inicial de 88 (oitenta e oito) sujeitos.

$$n_1 = \left(\frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}) \cdot S}{e} \right)^2 = \left(\frac{(1,96 + 0,84) \cdot 6}{1,8} \right)^2 @ 88$$

Todavia, considerando-se que pontuações de escalas tendem a não apresentar distribuição normal, a análise dos dados é quase sempre baseada na aplicação de métodos não paramétricos, adotou-se uma correção de 5% baseada na possível perda de poder, ou seja, $n_2 = n_1/0,95 = 93$ (noventa e três) sujeitos. Considerou-se ainda uma possível perda de 15% da amostra durante o período de seguimento a amostra final ficou estabelecida $n = n_2/0,85 = 110$ (cento e dez) sujeitos.

Na fórmula, temos que $Z_{1-\alpha/2}$: nível de confiança; $Z_{1-\beta}$: poder estatístico; S: desvio padrão; e “e” corresponde ao amostral absoluto.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Coletou-se os dados por meio de fonte primária, ou seja, prioritariamente com os pacientes que estiveram internados na UAVC, mas nos casos dos pacientes que no momento da coleta já estavam com sequelas que o incapacitavam e impossibilitavam de falar, foi inserido seu acompanhante/cuidador responsável para que o mesmo respondesse aos questionamentos e informações necessárias a pesquisa. O mesmo questionário foi aplicado desde a admissão do paciente na unidade, saída de alta médica e acompanhamento no decorrer do tratamento e vida domiciliar durante o período estimado da pesquisa (ANEXO A) e por fonte secundária, mediante a busca de registros complementares nos prontuários.

Além da autora da pesquisa, os dados foram coletados por dois acadêmicos do curso de medicina da Universidade Estadual do Ceará que fazem parte da liga de Neurociências (NEURUECE). Selecionou-se os acadêmicos mediante rendimento acadêmico, interesse na temática e disponibilidade de horário para que não prejudicasse seu rendimento acadêmico, houve um treinamento antes do início da coleta com a autora do estudo. Somente, após a congruência entre as

atividades realizadas, foram considerados aptos a seguir para a coleta nos referidos locais de pesquisa.

Durante a internação na UAVC, uma média de 2 (dois) a 5 (cinco) dias após o ictus, aplicou-se juntamente com o questionário individual (ANEXO A), a escala de AVC do *National Institute of Health* (NIHSS) para Avaliação na fase aguda do AVC (ANEXO C), escala de Rankin Modificada (ANEXO D) e o Índice de Barthel (ANEXO F).

Antes da alta da unidade marcou-se uma consulta de retorno no ambulatório do hospital onde se realiza a pesquisa para que o paciente comparecesse 3 (três) meses após. Solicitou-se também que o mesmo acompanhante /cuidador responsável que participou da primeira coleta, viesse acompanhar o paciente neste momento do encontro de retorno para segunda coleta e avaliação para que houvesse o devido acompanhamento deste em relação ao seu tratamento, controle dos fatores de risco e adesão à terapia medicamentosa como medida de prevenção secundária.

Após 1 (um) mês de alta da UAVC, realizou-se um contato por dispositivo de comunicação telefone com o paciente, para certificar a participação deste na continuidade da pesquisa.

Nos casos do paciente não comparecer a esta consulta de retorno, realizou-se novamente o contato por dispositivo de comunicação telefone, sendo obtidas as principais informações em relação ao seguimento no seu tratamento, sendo realizada a segunda parte do questionário individual com informações e avaliação após alta, aplicado às escalas de Rankin Modificada (ANEXO D) e o Índice de Barthel (ANEXO F) realizados no primeiro encontro na UAVC e o teste de Medida da Adesão ao Tratamento (MAT) (ANEXO G) como medida de prevenção secundária. Na consulta de retorno, 3 (três) meses após a alta, aplicou-se o questionário individual com a parte que trás informações sobre avaliação após alta, juntamente com a escala de Qualidade de Vida Específica para AVC (EQVE-AVC) (ANEXO E), o Teste de Medida da Adesão ao Tratamento (MAT) (ANEXO G), o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO H) e novamente a NIHSS (ANEXO C), escala de Rankin Modificada (ANEXO D) e o Índice de Barthel (ANEXO F) realizados no primeiro encontro na UAVC.

Quadro 1 – Resumo sequencial das escalas de avaliação conforme seguimento da pesquisa

PRIMEIRA AVALIAÇÃO	RETORNO DE 3 MESES	
UAVC	TELEFONE*	AMBULATÓRIO
Questionário Individual (1ª parte)	Questionário Individual (2ª parte)	Questionário Individual (2ª parte)
NIHSS	Rankin	Medida casual da PA
Rankin	Barthel	Rankin modificada
Barthel	MAT	Barthel
		MAT
		EQVE-AVC
		MEEM
* Apenas para pacientes que não compareceram na consulta do ambulatório.		

Fonte: Elaborado pela autora.

UAVC = Unidade de Acidente Vascular Cerebral; NIHSS = *National Institute of Health*; MAT = Medida de Adesão ao Tratamento; PA = Pressão Arterial; EQVE-AVC = Escala de Qualidade de Vida Específica para Acidente Vascular Cerebral; MEEM = Mini Exame do Estado Mental.

No ambulatório de neurologia, realizou-se também a aferição da PA casual durante a consulta de retorno para posterior classificação dos estágios de HAS.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O questionário aplicado na coleta continham temas sobre dados sociodemográficos, tais como sexo, idade, cor da pele, procedência, religião, estado civil, números de pessoas na família, renda familiar, ocupação e escolaridade. Com relação à caracterização clínica e de tratamento, pesquisou-se dados como data do evento ou internação, medicamentos utilizados e comorbidades e/ou fatores de risco cerebrovasculares como: HAS, DM, tabagismo, sedentarismo, consumo de álcool, DRC e doenças cardiovasculares (DCV), definidos conforme literatura vigente que os classifica como tal, autoreferência clínica como queixa principal e estilo de vida e dados preenchidos com a pesquisa no prontuário como o tipo de AVC e a Classificação Clínica e Radiológica OCSP ou classificação de Bamford segundo Asdaghi *et. al.* (2011) (Quadro 2) e se realizou trombólise após admissão no hospital de referência.

4.5.1 Critérios para classificação do AVCi e uso do trombolítico

Quadro 2 – Classificação Clínica e Radiológica OCSP ou BAMFORD

Classificação OCSP Clínica		Classificação OCSP Radiológica
Síndrome da circulação anterior total (TACS)	Combinação de: Disfunção do campo visual; Defeito motor ipsilateral e/ou Deficiência sensorial envolvendo pelo menos rosto, braço e perna; Consciência e/ou função cerebral comprometidas.	Lesões com qualquer uma das seguintes características: Infarto do território da artéria carótida interna (ICA); Infarto maior que 1/3 da artéria cerebral média (MCA) ou infarto cortical na MCA ou anterior em territórios da artéria cerebral (AC), além da região ipsilateral; Infarto dos gânglios basais no território da MCA.
Síndrome da circulação anterior parcial (PACS)	Dois dos três componentes do TACS com maior grau de disfunção sozinha, ou com déficit motor / sensorial mais restrito que aqueles cuja síndrome é classificada como um LACS.	Infartos corticais ou subcorticais em MCA ou ACA. Territórios que não satisfazem os critérios TACS ou LACS.
Síndrome lacunar (LACS)	Déficit hemi-sensorial ou motor envolvendo proporcionalmente pelo menos dois (rosto, braço e perna) com/sem sinais cerebelares ipsilaterais e ausência de qualquer dos seguintes sinais: Disfasia, novas perturbação, predominante perda sensorial proprioceptiva, características que localizam claramente a lesão; Distribuição vertebrobasilar, por exemplo, paralisias do olhar ou déficits cruzados; Nível de consciência comprometido.	Infarto esferoidal na substância branca profunda, nos gânglios do tronco cerebral com um diâmetro máximo de 1,5 cm.
Síndrome da circulação posterior (POCS)	Déficit motor contralateral e/ou sensorial; Déficit motor bilateral e/ou sensorial; Desordem do movimento do olho conjugado; Disfunção cerebelar sem déficit ipsilateral do trato longo; Defeito do campo visual isolado.	Lesões na circulação posterior que não atendem aos critérios LACS

Fonte: Elaborado pela autora. Baseado na Classificação de OXFORDSHIRE COMMUNITY STROKE PROJECT ou BAMFORD de Asdaghi *et. al.* (2011).

Realizou-se a coleta do registro no prontuário da realização da trombólise endovenosa ou não do paciente na admissão à UAVC.

4.5.2 Critérios Clínicos para classificar a presença do Fator de Risco

Para realizarmos a classificação dos pacientes em relação à HAS, realizou-se a medição da PA casual nos pacientes atendidos na consulta de retorno após 3 (três) meses no ambulatório de Neurologia do HGF e classificou-se obedecendo os seguintes critérios conforme a tabela da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016). (MILECH *et. al.*, 2015-2016).

Quadro 3 – Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
*Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.		
*Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.		

Fonte: Elaborado pela autora. Baseado na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016). PAS = Pressão Arterial Sistólica; PAD = Pressão Arterial Diastólica;

Já em relação ao DM, classificou-se os pacientes de acordo com os exames laboratoriais apresentados durante a consulta de retorno no ambulatório, durante a internação ou que tivessem sido realizados posteriormente após a alta para acompanhamento no tratamento. Considerou-se o paciente portador de DM aqueles em que os valores de glicemia apresentavam-se alterados, conforme a Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes Mellitus (2016) e posteriormente

averiguou-se o uso ou não do medicamento para controle e seguimento no tratamento. (MILECH *et. al.*, 2015-2016).

Quadro 4 – Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes *mellitus* e seus estágios pré-clínicos

Categoria	Jejum	2 h após 75 g de glicose	Casual
Glicemia Normal	<100	<140	
Tolerância à glicose Diminuída	≥ 100 a < 126	≥ 140 a < 200	
Diabetes <i>Mellitus</i>	≥ 126	≥ 200	(com sintomas clássicos)

Fonte: Elaborado pela autora. Baseado na Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes Mellitus (2016).

Em relação ao sedentarismo, perguntou-se ao paciente durante a consulta de retorno se este estava praticando alguma atividade física e com que frequência.

Na investigação em relação ao tabagismo, perguntou-se ao paciente durante a coleta na UAVC a existência do hábito de fumar ou não antes do AVC, sendo considerado tabagista o uso de qualquer quantidade da droga.

Em relação ao consumo de bebida alcoólica, também realizou-se a investigação perguntando durante a consulta de retorno se a prática era realizada e com que frequência.

Assim como no DM, na investigação para o diagnóstico de dislipidemia, classificou-se os pacientes ao analisarmos os exames laboratoriais apresentados durante a consulta de retorno no ambulatório, tivessem eles sido realizados durante a internação ou que tivessem sido realizados posteriormente após a alta para acompanhamento no tratamento. Então se considerou o paciente dislipidêmico aqueles em que os valores de colesterol apresentavam-se alterados conforme a Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose (2013) e posteriormente averiguou-se o uso ou não do medicamento para controle e seguimento no tratamento.

Quadro 5 – Critérios para Avaliação da Dislipidemia

LIMÍTROFE		ALTO
COLESTEROL TOTAL	200-239	≥ 240
HDL	> 60 (DESEJÁVEL) < 40 (BAIXO)	
LDL	130-159	160-189
TRIGLICERÍDEOS	150-200	200-499

Fonte: Elaborado pela autora. Baseado na Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose (2013).

A investigação sobre a existência de DCV e DRC ocorreu-se através do histórico do prontuário e evoluções médicas. Conforme a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010) a insuficiência renal crônica consiste na perda gradual e irreversível da função renal, de forma que o organismo não consegue manter o equilíbrio hidroeletrólítico e acidobásico, caracterizando-se pelo aumento da ureia no sangue (SILVA; COELHO; DINIZ, 2012).

4.5.3 Descrição das Escalas de Avaliação utilizadas na investigação clínica

4.5.3.1 Escala de Medição da Adesão a Terapia Medicamentosa Oral (MAT).

Para avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso que, assim como o controle dos fatores de risco e mudança no estilo de vida, são tidos como medida de prevenção secundária utilizou-se o instrumento da Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), composto por sete itens que avaliam o comportamento do paciente em relação ao uso diário da medicação. As respostas são obtidas por meio de uma escala de seis pontos, que varia de 1 - sempre a 6 - nunca. Os valores 5 e 6 são computados com o valor um (o que corresponde a aderente) e os demais valores são computados como zero (o que corresponde a não aderente) (ANEXO G), então, os valores vão de 7 a 42 pontos, menor de 34 pontos são considerados não aderentes, e acima de 35 a 42 pontos são considerados aderentes. (DELGADO; LIMA, 2001).

4.5.3.2 Escalas de Avaliação Específicas para AVC

4.5.3.2.1 Escala de Rankin Modificada para avaliação funcional após AVC (ANEXO D)

A Escala de Rankin foi desenvolvida em 1957 por J. Rankin, com o objetivo de mensurar o grau de incapacidade e dependência nas ABVD em pacientes acometidos por AVC. A escala original é dividida em 6 (seis) graus, onde o grau 0 (zero) corresponde aos indivíduos sem sintomas residuais ou incapacidade e o grau 5 (cinco) aos indivíduos com incapacidade grave, restrito ao leito ou à cadeira, geralmente incontinente. Posteriormente, a escala foi modificada para acréscimo do grau 6 (seis), que corresponde à morte. A escala é de rápida e fácil aplicação e apresenta uma confiança interavaliação substancial, o que indica uma confiabilidade clinicamente satisfatória, não sendo relatadas dificuldades para sua aplicação. Utilizou-se a versão modificada da escala e fez-se uma correlação também já utilizada em outros estudos onde considerou-se que uma pontuação na escala de Rankin modificada menor/igual a 2 (dois) é indicativo de que o doente se encontra funcionalmente independente e uma pontuação maior que 2 (dois) é indicativo do estado funcionalmente dependente. (CAMPOS *et al.*, 2014).

4.5.3.2.2 Escala de AVC da National Institute of Health (NIHSS) (ANEXO C)

Esta escala foi desenvolvida pelos Institutos Nacional de Saúde norte-americano, constitui-se em um dos instrumentos de avaliação mais utilizados internacionalmente, sendo um indicador do tamanho e gravidade da lesão, e ainda correlaciona-se com o prognóstico de pacientes acometidos por AVC. Esta escala é composta por 11(onze) itens, sendo cada um deles mensurável de acordo com o déficit apresentado. Ainda de acordo com Campos *et. al.* (2014), a pontuação na NIHSS ajuda a identificar aqueles pacientes com grandes riscos de hemorragia crâniana associada a tratamento trombolítico, sendo de fácil e rápida aplicação. (CAMPOS *et. al.*, 2014).

4.5.3.2.3 Escala de Qualidade de Vida Específica para AVE (EQVE-AVC), (ANEXO E)

Segundo Lima (2008), esta escala tem um formato traduzido para o português da *Stroke Specific Quality of Life Scale* (SSQOL) que foi originalmente desenvolvido para medir a QV de indivíduos com sequela de AVC. A EQVE-AVC apresenta, como possibilidade de resultado, o escore de 245 (duzentos e quarenta e cinco) a 49 (quarenta e nove) pontos, sendo que quanto menor o escore maior a dependência e dificuldade para realização de tarefas. A escala contém 49 (quarenta e nove) itens distribuídos em 12 (doze) domínios (energia, papel familiar, linguagem, mobilidade, humor, personalidade, autocuidado, papel social, raciocínio, função de membro superior, visão e trabalho/produktividade), elaborados a partir de entrevistas com hemiplégicos, que identificaram as áreas mais afetadas pelo AVC. (WILLIAMS *et. al.*, 1999).

Assim como em estudos anteriores, o presente estudo usou-se como critério de classificação para QV, ponto de corte de 60%, que corresponde a 147 (cento e quarenta e sete) pontos da pontuação máxima do EQVE-AVC (WILLIAMS *et. al.*, 1999; MOREIRA *et. al.*, 2015).

4.5.3.2.4 Índice de Barthel (ANEXO F)

Instrumento que também se usou em nossa pesquisa no primeiro e segundo momento da coleta de dados, e trata-se de um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização das 10 (dez) ABVD: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. IB tem sido amplamente utilizado com o objetivo de “quantificar” e monitorizar a (in) dependência dos indivíduos para a realização das ABVD. (ARAÚJO *et. al.*, 2007).

4.5.3.2.5 Mini-Exame do Estado Mental – MEEM (ANEXO H)

Utilizou-se também este instrumento no segundo encontro de retorno cuja pontuação varia de 0 (zero) (maior grau de comprometimento cognitivo) a 30 (trinta) pontos (melhor capacidade), e as notas de corte são ajustadas segundo a

escolaridade: 13 (treze) pontos para analfabetos, 18 (dezoito) pontos para baixa (1 a 4 anos incompletos) e média escolaridades (4 a 8 anos incompletos), e 26 (vinte e seis) pontos para alta (8 ou mais anos) (BERTOLUCCI *et. al.*, 1994). É dividido em 7 (sete) dimensões, que incluem orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, atenção e cálculo, evocação, linguagem e construção visual. A sua pontuação total varia de 0 (zero) a 30 (trinta) pontos. Este instrumento possui validação brasileira considerando a idade e o nível de escolaridade dos indivíduos participantes da pesquisa. Como instrumento clínico, pode ser utilizado na detecção de perdas cognitivas, no seguimento evolutivo de doenças e no monitoramento de resposta ao tratamento ministrado. Como instrumento de pesquisa, tem sido largamente empregado em estudos epidemiológicos populacionais, fazendo parte integrante de várias baterias neuropsicológicas (BRUCKI *et. al.*, 2003).

4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a organização dos dados, utilizou-se o *software Excel*. Analizou-se os dados com apoio do *software SPSS* versão 22.0 e complementou-se com o *software R* versão 3.2.1., adotou-se um nível de significância de 5% para todas as análises.

A análise descritiva dos dados baseou-se no cálculo de frequências absolutas e percentuais para variáveis qualitativas e em medidas de tendência central (média aritmética e mediana) e de dispersão (desvio-padrão e intervalo interquartilico). Para variáveis nominais apresentou-se intervalos de confiança de 95% e para todas as variáveis quantitativas a aderência à distribuição normal foi verificada com a aplicação do teste de Lilliefors.

Para comparar o status clínico de pacientes com AVC em avaliações sequenciais aplicou-se o teste dos postos assinalados de Wilcoxon quando foram comparadas duas mensurações de variáveis quantitativas. Ao se comparar três ou mais medidas quantitativas utilizou-se o teste de Friedman com aplicação posterior dos testes de Dunn-Bonferroni na comparação pós-hoc para os pares de medidas.

O teste de Homogeneidade marginal aplicou-se na comparação de medidas sequenciais quando as variáveis qualitativas apresentavam três ou mais categorias.

O teste de qui-quadrado de Pearson utilizou-se para verificação de associação entre variáveis qualitativas sociodemográficas e o status clínico dos pacientes com AVC, desde que seus pressupostos estatísticos estivessem confirmados. Caso contrário, utilizou-se o teste da probabilidade exata de Fisher. Nos casos em que as variáveis qualitativas apresentavam três ou mais categorias, utilizou-se o teste Z com correção de Bonferroni para identificar as diferenças de proporção entre as categorias. Utilizou-se a *odds ratio* como medida de magnitude dos efeitos entre pares de variáveis dicotômicas. Para as variáveis quantitativas, aplicou-se o Teste U de Mann-Whitney para identificar diferenças sociodemográficas de acordo com o status clínico do paciente quando este apresentasse duas categorias. No caso do status clínico ser classificado em três ou mais categorias, aplicou-se o teste H de Kruskal-Wallis com aplicação do teste de Dunn para comparação pós-hoc entre os pares de categorias do status clínico. Calculou-se as medidas de correlação não paramétricas baseada no coeficiente de Spearman para verificar a relação linear entre duas variáveis quantitativas.

A apresentação ocorreu por meio de fluxogramas e tabelas para melhor compreensão dos resultados, com discussão fundamentada na literatura pertinente e com a finalidade de produzir evidências que colaborem com a Saúde Coletiva.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa iniciou-se após submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza/SUS (Instituição Proponente), Número do Parecer: 1.408.216 (ANEXO I) e número da CAA: 52928616.0.0000.5040.

Todos os pacientes que participarem do estudo foram informados dos objetivos da pesquisa e manifestaram aceitação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Assinou-se também por parte da instituição na qual o paciente se encontra em tratamento, o Termo de Fiel Depositário (APÊNDICE B) para que sejam extraídas as informações necessárias e complementares dos prontuários.

Assegurou-se aos participantes da pesquisa a confidencialidade e a privacidade e a proteção da imagem, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, conforme recomendações da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

Os resultados do estudo serão disponibilizados a sociedade, como forma de esclarecimentos e informações acerca dos fatores de risco para se desenvolver um AVC, e como acontece sua prevenção secundária para se evitar um novo evento, com base na realidade do público em questão.

5 RESULTADOS

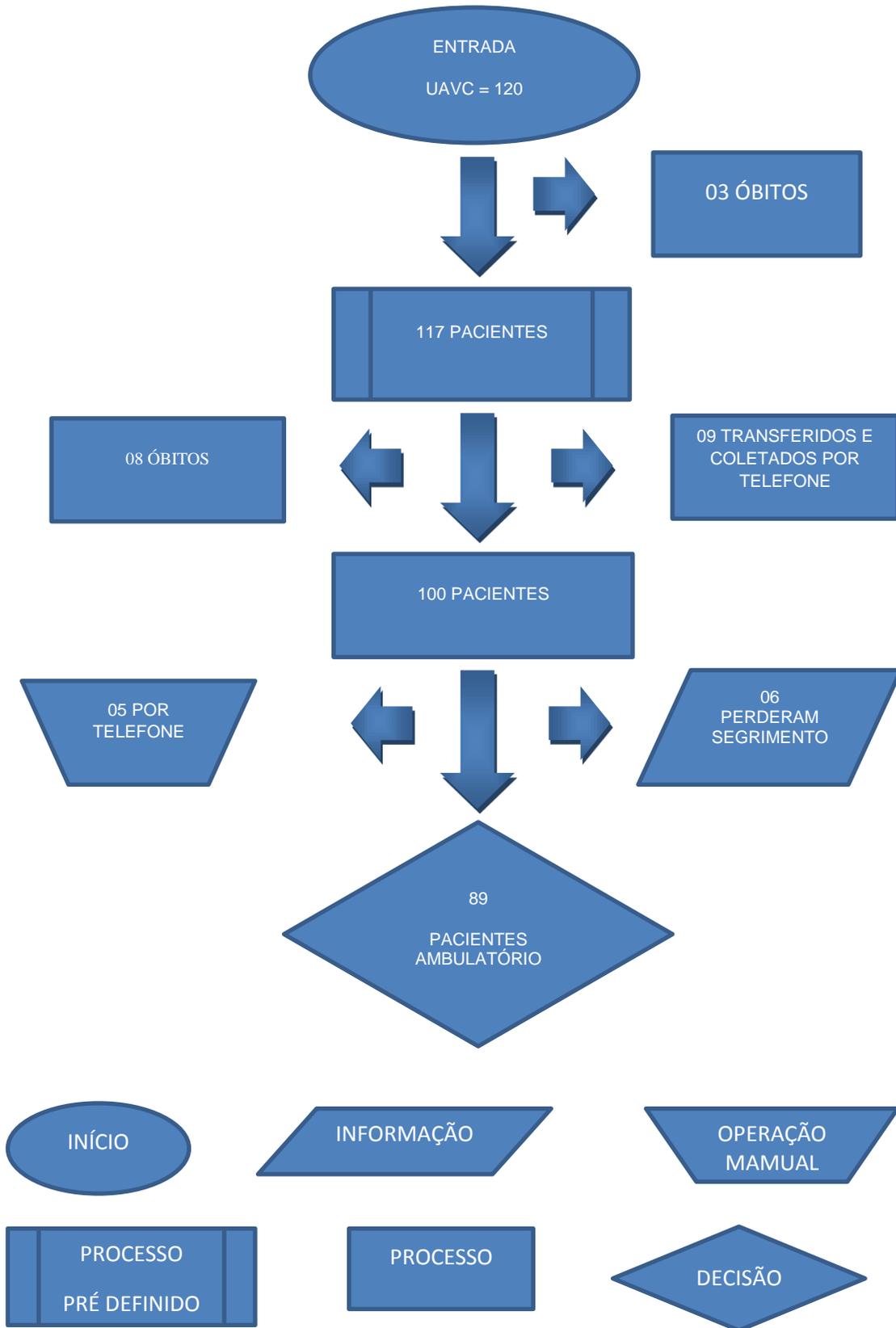
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Dos 120 pacientes incluídos no hospital do estudo, 3 (três) pacientes foram a óbito e 9 (nove) pacientes foram transferidos para tratamento hospitalar e ambulatorial em outra unidade de referencia de AVC no estado do Ceará (Hospital Geral Waldemar de Alcântara – HGWA). Com estes, a coleta foi realizou-se por contato telefônico.

Posteriormente, 8 (oito) pacientes remanescentes no Hospital Geral de Fortaleza foram a óbito antes do retorno de 3 (três) meses e perderam seguimento, permanecendo então, 100 (cem) pacientes. Destes 100 (cem) pacientes, 11 (onze) não retornaram ao ambulatório após 3 (três) meses restando um quantitativo de 89 (oitenta e nove) pacientes que retornaram para o ambulatório de neurologia do HGF. Dos 11 (onze) pacientes que não retornaram, 6 (seis) perderam seguimento por motivos diversos e saíram da pesquisa (1 (um) paciente com gravidez gemelar, 1 (um) paciente que abandonou o tratamento por ser procedente do interior do Estado, 3 (três) pacientes abandonaram o tratamento por achar que já estavam bem ou não mais compareceram a unidade e ainda 1 (um) paciente saiu da pesquisa por mudança de diagnóstico no período de 3 (três) meses do tratamento) e 5 (cinco) foram realizados contato por telefone e realizadas as devidas perguntas para complementação da coleta e aplicação das escalas de avaliação.

Iniciamos com um n=120 (cento e vinte) pacientes coletados na UAVC obedecendo os critérios de inclusão da pesquisa e finalizamos com 89 (oitenta e nove) pacientes com retornos presenciais acrescidos a mais 14 (treze) pacientes por telefone. Destacamos ainda que 11(onze) pacientes ao todo faleceram durante o acompanhamento e 6 (seis) pacientes não inclusos na análise por perda de seguimento na pesquisa.

Fluxograma 1 – Caracterização da amostra na UAVC

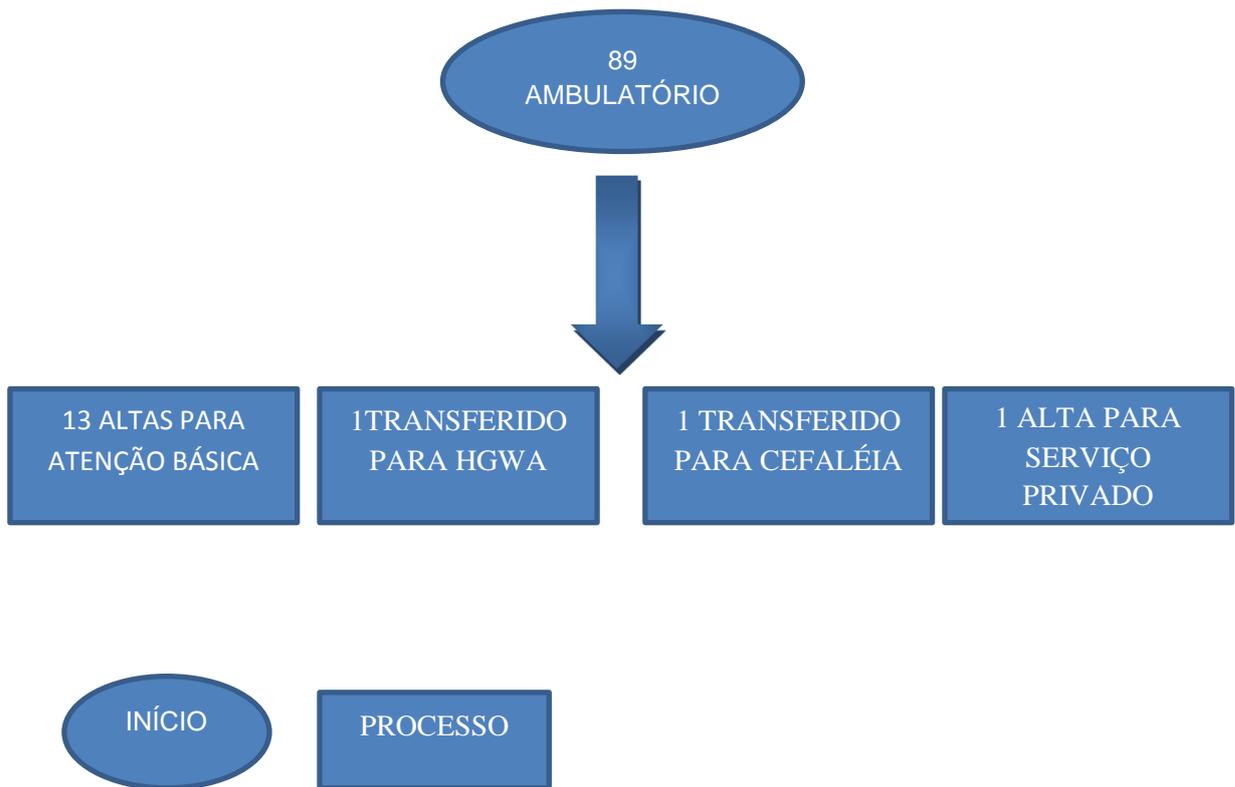


Fonte: Elaborado pela autora.

Após o retorno presencial de 3 (três) meses no ambulatório de neurologia do HGF, 13 (treze) pacientes receberam alta médica para continuar tratamento na

atenção básica, 1 (um) paciente foi transferido para outra unidade de referência de AVC, o HGWA, 1 (um) paciente foi transferido para o ambulatório de cefaleia do mesmo hospital da pesquisa e 1 (um) paciente recebeu alta do ambulatório do HGF para tratamento no serviço privado.

Fluxograma 2 – Caracterização da amostra de pacientes que retornaram ao ambulatório de neurologia após 3 meses



Fonte: Elaborado pela autora.

A tabela 1 traz os dados sociodemográficos de pessoas acometidas por acidente vascular cerebral da amostra.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos de pessoas acometidas por Acidente Vascular Cerebral (n = 120). Fortaleza – 2016

Variáveis	N	%	IC95%		
1. Sexo					
Masculino	70	58,3	49,0	67,1	
Feminino	50	41,7	32,8	51,0	
2. Estado Civil					
Com companheiro	80	66,7	57,4	74,8	
Sem companheiro	40	33,3	25,1	42,6	
3. Raça					
Não Pardo	94	78,3	69,7	85,1	
Pardo	26	21,7	14,9	30,3	
4. Ocupação					
Desempregado	3	2,5	0,6	7,7	
Aposentado / Pensionista / Auxílio doença	46	38,3	29,7	47,7	
Doméstica / Do lar	12	10,0	5,5	17,2	
Autônomo / Vendedor / Comerciante / Diarista	23	19,2	12,8	27,6	
Agricultor	13	10,8	6,1	18,1	
Outros	23	19,2	12,8	27,6	
5. Procedência de moradia					
Capital	63	52,5	43,2	61,6	
Interior do Ceará	55	45,8	36,8	55,1	
Outro Estado	2	1,7	0,3	6,5	
6. Religião					
Nenhuma	9	7,5	3,7	14,1	
Católica	82	68,3	59,1	76,3	
Evangélica	27	22,5	15,6	31,2	
Outra	2	1,7	0,3	6,5	
	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor p*
7. Idade (anos)	60,93	15,40	63,0	27,0	0,067
8. Numero pessoas na família	3,41	1,77	3,0	2,0	<0,001
9. Renda (Salário Mínimo)	2,53	1,99	2,0	2,0	<0,001
10. Escolaridade (anos)	7,78	4,85	8,0	8,0	0,001

Fonte: Elaborada pela autora.

*Distribuição equitativa por sexo (vide IC95%) e procedência (Capital / Interior).

Teste de Lilliefors.

Observou-se que houve predominância de pacientes do sexo masculino (58,3%), idosos (média de 60 anos), com companheiro (66,7%), raça não parda (78,3%), aposentado ou pensionista ou recebia auxílio doença (38,3%), procedentes da capital de Fortaleza (52,5%) e católicos (68,3%). Metade da amostra tinha até 3 (três) membros na família, recebia até 2 (dois) salários mínimos e tinha um tempo de escolaridade de até 8 (oito) anos de estudo.

5.2 DADOS CLÍNICOS E FATORES DE RISCO PARA AVC

A tabela 2 apresenta dados clínicos e fatores de risco já diagnosticados antes do AVC e relatados pelos pacientes da amostra do estudo e registros dos prontuários.

Tabela 2 – Características clínicas e fatores de riscos da amostra dos pacientes já presentes antes do Acidente Vascular Cerebral (n = 120).

Fortaleza – 2016

Variáveis	N	%	IC95%	
1. Comorbidades / fatores de risco para AVC	103	85,8	78,0	91,3
2. Usava Medicamentos antes do AVC	84	70,0	60,8	77,8
3. Medicamentos usados tinham prescrição	77	64,2	54,8	72,6
4. Uso de anti-hipertensivos	67	55,8	46,5	64,8
5. Tabagismo	55	45,8	36,8	55,1
6. Uso de outros medicamentos	54	45,0	36,0	54,3
7. Historia familiar de AVC	54	45,0	36,0	54,3
8. Etilismo	46	38,3	29,7	47,7
9. DCV prévia	33	27,5	19,9	36,5
10. Uso de antidiabéticos	31	25,8	18,5	34,8
11. Uso de anticolesterolêmicos	22	18,3	12,1	26,7

Fonte: Elaborada pela autora.

Teste de Lilliefors; AVC = Acidente Vascular Cerebral; DCV = Doença Cardiovascular.

Detectou-se que a maioria possuía comorbidades e/ou fatores de risco para AVC (85,8%) antes do evento, usava medicamentos antes do AVC (70%) e relatavam que tais medicamentos tinham prescrição (64,2%).

Já a tabela 3 mostra as características clínicas pós-AVC identificados na amostra, a classificação do tipo de AVC e a classificação de BAMFORD para os pacientes com AVCi.

Tabela 3 – Características clínicas da amostra dos pacientes após o Acidente Vascular Cerebral (n = 120). Fortaleza – 2016

Sinais e sintomas	N	%	IC95%		
1. Alteração em membros	91	75,8	67,0	83,0	
2. Alteração na fala*	50	42,4	33,4	51,8	
3. Cefaleia / dor na nuca	33	27,5	19,9	36,5	
4. Alteração na face	32	26,7	19,2	35,6	
5. Tontura / zumbido	20	16,7	10,7	24,8	
6. Alteração da consciência	18	15,0	9,4	22,9	
7. Mal estar geral	9	7,5	3,7	14,1	
8. Tremores**	2	1,7	0,3	6,5	
9. Realizou trombólise	28	28,6	20,1	38,7	
10. Classificação de Bamford***					
TACS	29	31,2	22,2	41,7	
PACS	16	17,2	10,4	26,7	
LACS	34	36,5	23,1	55,4	
POCS	14	15	8,8	24,3	
11. Tipo de AVC**					
Isquêmico	109	91,6	84,7	95,7	
Hemorrágico	10	8,4	4,3	15,3	
	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor p*
12. Tempo de internação (dias)	4,53	3,13	4,0	2,0	<0,001

Fonte: Elaborada pela autora.

*n = 118; **n = 119; ***n = 103; Teste de Lilliefors; AVC = Acidente Vascular Cerebral.

O principal sintoma relatado pelos pacientes na ocorrência do AVC foi a alteração nos membros (75,8%), que significa fraqueza e/ou dormência de qualquer um dos membros fossem eles superiores e/ou inferiores. Esta queixa clínica foi a mais frequente relatada seguida da alteração na fala.

Encontrou-se também percentual elevado de comorbidades e predominância de AVCi em 91,6% da amostra. Houve a predominância de pacientes com Síndrome Lacunar (LACS) (33%) seguida da Síndrome Circulação Total (TACS) (28,1%). Observou-se 28,6% dos pacientes da amostra foram submetidos à trombólise.

Detectou-se que metade dos pacientes estava internada há 4 (quatro) dias no momento da coleta de dados.

A tabela 4 mostra as características clínicas pós-alta dos pacientes acometidas por AVC e avaliados com três meses após o evento durante a consulta de retorno no ambulatório de neurologia, correlacionando com escalas de avaliação.

Tabela 4 – Características clínicas pós-alta médica de pessoas acometidas por Acidente Vascular Cerebral (n = 120). Fortaleza – 2016

Variáveis	N	%	IC95%
1. Hipertensão	71	68,3	58,3
2. Dislipidemia	50	48,1	38,2
3. Outras doenças	45	43,3	33,7
4. Diabetes Mellitus	31	29,8	21,4
5. Tabagismo	8	7,7	3,6
6. Etilismo	4	3,8	1,2
7. Internação pós- AVC	12	11,5	19,6
1. PA após 3 meses*			
Normal	30	38,5	27,9
Pré-Hipertenso	14	17,9	10,5
Hipertensão estágio I	22	28,2	18,9
Hipertensão estágio II	7	9,0	4,0
Hipertensão estágio III	5	6,4	2,4

Fonte: Elaborada pela autora.

*n = 78; PA = Pressão Arterial (Medida casual na consulta de retorno).

Os principais dados clínicos e fatores de risco detectados nos pacientes após o AVC foram HAS (68,3%), dislipidemia (48,1%) e DM (29,8%) em proporções altas na amostra.

Na consulta de 3 (três) meses 11,5% dos pacientes relataram internação após o AVC. Após aferição e classificação da PA casual observou-se uma predominância de pacientes com a PA normal (38,5%), seguidos de Hipertensão estágio I (28,2%) no ambulatório de neurologia.

5.3 MEDIDAS DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIAS E QUALIDADE DE VIDA APÓS AVC

Com relação às medidas do estudo na consulta de retorno de 3 (três) meses após o AVC, 2 (dois) pacientes tiveram recorrência de um novo evento (2,1%), sendo um com AVCi PACS e o outro com AVCi LACS. Além disso, de 11 (onze) pacientes que foram a óbito antes dos 3 (três) meses (9,1%) por motivos diversos, 3 (três) desses pacientes com diagnóstico de AVCi do tipo TACS e 8 (oito) pacientes sem classificação determinada e registrada em prontuário durante a coleta.

A tabela 5 nos mostra as variáveis coletadas durante a consulta de retorno no ambulatório de neurologia para se analisar as medidas de prevenção secundárias apresentadas pelos pacientes da amostra.

Tabela 5 – Medidas de Prevenção Secundária pós-alta médica de pessoas acometidas por Acidente Vascular Cerebral (n = 120). Fortaleza – 2016

Variáveis	N	%	IC95%	
1. Aderentes (MAT)	93	89,4	81,5	94,3
2. Acompanhamento ambulatorial regular	96	93,2	86	97,0
3. Uso regular de medicamentos	89	85,6	77,0	91,4
4. Sedentarismo	69	66,3	56,3	75,1
5. Acompanhamento na AB	53	51,0	41,0	60,8
6. Possui outros planos além do SUS	5	4,8	1,8	11,4
7. Reabilitação				
Fisioterapia *	41	39,8	30,4	49,9
Fonoaudiologia	12	11,5	6,4	19,6
Terapia Ocupacional	3	2,9	0,7	8,8
Outra	2	1,9	0,3	7,4
8. Dificuldades de acesso ao SUS				
“Serviço ruim” (sic)	27	26,0	18,1	35,6
Falta de transporte*	15	14,6	8,6	23,2
Barreiras arquitetônicas	7	6,7	3,0	13,8
Falta de companhia*	2	1,9	0,3	7,5
Falta de dinheiro	2	1,9	0,3	7,4
Outros*	9	8,7	4,3	16,4

Fonte: Elaborada pela autora.

*n = 103; MAT = Medidas de Adesão ao Tratamento; AB = Atenção Básica; SUS = Sistema Único de Saúde; AVC = Acidente Vascular Cerebral.

Ao se aplicar a escala de medidas de adesão ao tratamento medicamentoso oral, observou-se que a maioria dos pacientes da amostra foi classificada como aderentes (84,9%). Observou-se também que fazem acompanhamento ambulatorial regular seja no HGF ou em outro serviço terciário (93,2%). Relataram usar regularmente os medicamentos (85,6%). Grande porcentagem de pacientes relatou que permaneciam sedentários após o AVC (66,3%). Pouco mais da metade dos pacientes analisados faziam acompanhamento e tratamento no serviço de saúde da AB (51%) enquanto que apenas 4,8% dos pacientes relataram possuir outros planos de saúde além do SUS (4,8%). Outro aspecto avaliado que interfere diretamente na prevenção secundária e consequente realização do tratamento e acompanhamento dos fatores de risco da forma correta são as dificuldades de acesso aos serviços do SUS, onde a maioria relatou não comparecer aos serviços de AB pelo “serviço ser ruim” (sic) (26%), seguido pela falta de transporte (14,6%).

Com relação às medidas de reabilitação, a predominante foi fisioterapia (39,8%) com proporções mais baixas de uso de fonoaudiologia (11,5%) e terapia ocupacional (2,9%).

A tabela 6 traz também variáveis clínicas coletadas durante a consulta de retorno no ambulatório de neurologia que podem ser usadas para mensurar e avaliar o grau de QV em que os pacientes da amostra se encontram após três meses do evento.

Tabela 6 – Avaliação da Qualidade de Vida pós-alta médica baseado em auto referências das pessoas acometidas por Acidente Vascular Cerebral (n = 120).

Fortaleza – 2016

Variáveis	N	%	IC95%		
1. Deambula	87	83,6	74,8	89,9	
2. Auxílio à marcha	21	20,2	13,2	29,4	
3. Possui adaptação em casa	7	6,7	3,0	13,8	
4. Recebeu orientação profissional	4	3,8	1,2	10,1	
5. Queixas pós-AVC					
Dificuldade para movimentar membros	38	36,5	27,5	46,6	
Dificuldade para falar	33	31,7	23,1	41,7	
Alteração da memória	28	26,9	18,9	36,7	
Alteração da visão	26	25,0	17,3	34,6	
Sintomas depressivos	23	22,1	14,8	31,5	
Incontinência urinária / fecal	17	16,3	10,1	25,2	
Dificuldade de deglutição	17	16,3	10,1	25,2	
Infecção urinária	4	3,8	1,2	10,1	
Pneumonia	2	1,9	0,3	7,4	
Lesão por pressão	1	1,0	0,0	6,0	
Outras queixas	41	39,4	30,1	49,5	
6. Sente alguma dor*					
Nenhuma	58	56,3	46,2	65,9	
Dor nos MMSS / MMII	26	25,2	17,4	34,9	
Cefaleia	17	16,5	10,2	25,4	
Outras dores	2	1,9	0,3	7,5	
7. Queda pós-AVC*					
Nenhuma	82	79,6	70,3	86,7	
Uma	17	16,5	10,2	25,4	
Duas ou mais	4	3,9	1,2	10,2	
8. Impacto das sequelas nas ABVDs					
Nenhum	28	26,9	18,9	36,7	
Pouco	30	28,8	20,6	38,7	
Muito	46	44,2	34,6	54,3	
9. Cuidador					
	27	26,0	18,1	35,6	
Nenhum					
Cônjuge	31	29,8	21,4	39,7	
Filhos	33	31,7	23,1	41,7	
Outro cuidador	13	12,5	7,1	20,8	
	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor p¹
10. EQVE-AVC**	192,4	50,2	205,0	66,0	<0,001
11. MEEM***	23,42	6,00	24,5	8,0	0,012

Fonte: Elaborada pela autora.

1 – Teste de Lilliefors; * n = 103; ** n = 83; ***n = 78; MMSS = Membros Superiores; MMII = Membros Inferiores; ABVD = Atividades Básicas de Vida Diária.

EQVE = Escala de Qualidade de Vida Específica; MEEM = Mini Exame do Estado Mental; AVC = Acidente Vascular Cerebral.

A maioria relatou que deambula (83,6%) e uma minoria relatou fazer uso de algum tipo de auxílio á marcha (20,2%). Por outro lado, poucos pacientes relataram terem realizado adaptação em casa (6,7%) e recebido orientação profissional (3,8%).

A principal queixa após o AVC foi a dificuldade para movimentar os membros (36,5%), seguida de dificuldade para falar (31,7%), alteração da memória (26,9%), alteração da visão (25%) e sintomas depressivos (22,1%), mas também tivemos outras queixas auto relatadas em menores proporções num montante de 39,4%, fossem elas do tipo queimação corpo, insônia, agressividade, dormência, audição prejudicada, formigamentos, constipação, sonolência, olfato ruim, cansaço, olhos lacrimejam, tonturas, manchas corpo, convulsões, paladar ruim, taquicardia, engasgos, agitação, edema em MMII, pirose, diarreia e dor no peito.

Pouco mais da metade da amostra relatou não sentir nenhuma dor (56,3%). No entanto, a maioria relatou não ter sofrido nenhuma queda (79,6%) e em relação ao impacto das sequelas nas AVDS, a maioria relatou muito impacto (44,2%).

Outro aspecto importante é a presença ou não de um cuidador durante o tratamento após o AVC. Detectou-se que a maioria possuíam cuidador (74%) e na maioria esse cuidador eram os filhos (31,7%).

Observou-se que a maioria apresentava com boa QV com 83% da amostra apresentando pontuação superior á 147 (cento e quarenta e sete) pontos correspondendo a uma boa QV, apenas 17% da amostra obteve pontuação inferior aos 147 (cento e quarenta e sete) pontos.

Metade da amostra relatou um nível de qualidade de vida correspondente a cerca de 83% do máximo medido pela escala EQVE (205 / 245). Fato similar ocorreu para o Minimental (81,7%).

Para o MEEM, observou-se baixo desenvolvimento cognitivo com uma média de 23 (vinte e três) pontos entre os pacientes coletados ao considerarmos a escolaridade de pelo menos 8 (oito) anos de estudo para os pacientes da amostra.

5.4 ESTADIAMENTO CLÍNICO DOS PACIENTES COM BASE EM ESCALAS DE AVALIAÇÃO

A tabela 7 faz um comparativo com os valores obtidos nas avaliações sequenciais das escalas de avaliação clínica para analisar o tratamento, quadro

clínico, evolução, medidas de prevenção e QV dos pacientes acompanhados, comparando os períodos em que foram aplicadas de acordo com o momento em que o paciente se encontrava após o AVC.

Tabela 7 – Comparações do status clínico de pacientes com AVC nas avaliações sequenciais efetuadas. Fortaleza, 2016

Variáveis	1ª Avaliação		2ª Avaliação		Valor p
	n (120)	%	N (103)	%	
1. Escala de Barthel					
Muito Grave	43	35,8	10	9,7	<0,001 ¹
Grave	6	5,0	4	3,9	
Moderada	22	18,3	15	14,6	
Leve	49	40,8	74	71,8	
2. Escala de Rankin					
	n (120)	%	n (115)	%	<0,001 ¹
Assintomático	18	15	32	27,8	
Sintomas sem incapacidade	24	20	32	27,8	
Incapacidade leve	12	10	12	10,4	
Incapacidade moderada	16	13,3	13	11,3	
Incapacidade moderada a grave	36	30	15	13,0	
Incapacidade grave	14	11,7	0	0,0	
Óbito	0	0	11	9,6	
	Mediana Adm. (IIQ)	Mediana I (IIQ)	Mediana II (IIQ)	Valor p	
3. Escala NIHSS	7,0 ^a (13,0)	4,0 ^b (8,0)	1,0 ^c (4,0)	<0,001 ²	
4. Escala de Rankin	--	3,0 (3,0)	1,0 (3,0)	<0,001 ³	
5. Escala de Barthel	--	2,0 (3,0)	3,0 (1,0)	<0,001 ³	

Fonte: Elaborada pela autora.

1 – Teste de Homogeneidade marginal; 2 – Teste de Friedman. Letras sobrescritas diferentes correspondem a valores estatisticamente diferentes pelo teste pós-hoc de Dunn-Bonferroni; 3 – Teste dos postos assinalados de Wilcoxon; NIHSS = National Institute of Health Stroke Scale;

Observou-se na escala de Barthel que tanto na primeira como na segunda avaliação a maioria apresentavam incapacidades leves (40,8% e 71,8%).

Com relação à escala de Rankin modificada, a maioria dos pacientes apresentou a pontuação 4 (quatro) que corresponde a incapacidade moderada a grave na primeira avaliação (30%). Já na avaliação após 3 (três) meses apresentam assintomáticos correspondente a pontuação 0 (zero) (27,8%) e com sintomas sem incapacidade pontuação 1 (um)(27%) também.

Ao compararmos as avaliações sequenciais das escalas NIHSS, Rankin modificada e Barthel, detectou-se que os valores de NIHSS diminuíram significativamente com o evoluir dos pacientes na admissão, primeira avaliação na Unidade de AVC e retorno ao ambulatório após 3 (três) meses, Rankin e Barthel avaliados também na internação e consulta após 3 (três) meses no ambulatório também diminuíram e constataram a melhora do paciente.

As tabelas 8, 9, 10 e 11 realizou-se um descritivo da análise da escala Rankin modificada aplicada nos pacientes na UAVC (1ª avaliação) e na consulta de ambulatório (2ª avaliação) estratificando os pacientes da amostra de acordo com os valores apresentados nas categorias de 0 a 2 (zero a dois) e de 3 a 6 (três a seis) pontos.

Tabela 8 – Comparação dos valores da 1ª e 2ª avaliação da escala Rankin modificada aplicada em pacientes com AVC. Fortaleza, 2016

Rankin	1ª. Avaliação			2ª. Avaliação		
	N	%	IC95%	N	%	IC95%
0 – 2	54	45,0	40,0 – 54,3	76	66,1	56,6 – 74,5
3 – 6	66	55,0	45,7 – 64,0	39	33,9	25,5 – 43,4
Total	120	100,0		115	100,0	

1ª. Avaliação	2ª. Avaliação		OR [IC95%]	χ^2	Valor p
	0 – 2	3 - 6			
0 – 2	51	2	0,08 [0,01 – 0,32]	17,93*	<0,001
3 – 6	25	37			

Fonte: Elaborada pela autora.
Qui-quadrado de McNemar.

Observou-se um maior número de pacientes com Rankin, na categoria de 3 a 6 (três a seis) (55%) na primeira avaliação, enquanto, na segunda avaliação, a maior prevalência foi na categoria considerada melhor com pontuação de 0 a 2 (zero a dois) (66,1%).

Ao analisarmos a progressão clínica destes pacientes que se encontravam nas referidas categorias, observou-se que houve uma chance de 12x (doze vezes) maior do paciente apresentar melhora na segunda avaliação, ou seja, 1/0,08, 92% de chance de melhora.

Na tabela 9 analisamos as variáveis clínicas que influenciaram os valores de Rankin modificada na primeira avaliação, ou seja, as características clínicas

apresentadas pelos pacientes antes do evento cerebrovascular que influenciaram os Rankin na UAVC, assim como, as escalas de avaliação como Barthel e NIHSS que também nos dizem a gravidade do paciente e influenciam os valores de Rankin modificada.

Tabela 9 – Comparação dos valores da escala Rankin modificada de acordo com as variáveis clínicas anteriores ao AVC. Fortaleza, 2016

Variáveis	Rankin (1ª Aval.)		Rankin (1ª Aval.)		OR [IC95%]	Valor p
	0 – 2		3 – 6			
	N	%	N	%		
1. Uso de Anti-hipertensivo						
Não	30 _a	56,6	23 _b	43,4	2,34	0,023 ¹
Sim	24 _a	35,8	43 _b	64,2	[1,12 – 4,89]	
2. Uso de Antidiabéticos						
Não	45 _a	50,6	44 _b	49,4	2,50	0,038 ¹
Sim	9 _a	29,0	22 _b	71,0	[1,04 - 6,03]	
3. Uso de Anticolesterolêmicos						
Não	47 _a	48,0	51 _a	52,0	1,97	0,169 ¹
Sim	7 _a	31,8	15 _a	68,2	[0,74 - 5,27]	
4. Tabagismo						
Não	30 _a	46,2	35 _a	53,8	1,11	0,782 ¹
Sim	24 _a	43,6	31 _a	56,4	[0,54 - 2,28]	
5. Escala de Barthel						
Severa	0 _a	0,0	43 _b	100,	--	<0,001 ²
Grave	1 _a	16,7	5 _a	83,3		
Moderada	9 _a	40,9	13 _a	59,1		
Leve	44 _a	89,6	5 _b	10,4		
NIHSS (1ª Aval.)						
Rankin (1a. Avaliação)	NIHSS (1ª Aval.)		NIHSS (1ª Aval.)		Estatística	Valor p
	N	Média dos postos	N	Média dos postos		
0 – 2	54	33,19	33,19	307,5	<0,001 ³	
3 – 6	66	82,84	82,84			

Fonte: Elaborada pela autora.

1 – Teste de Qui-quadrado de Pearson; 2 – Teste de Fisher – Freeman – Halton; 3 – Teste U de Mann-Whitney; Letras subscritas diferentes correspondem a categorias cujas proporções das colunas diferem pela aplicação do teste Z ao nível de 5%; NIHSS = National Institute of Health Stroke Scale.

Observou-se uma maior porcentagem de pacientes na categoria melhor do Rankin (0-2) aqueles que não faziam uso de medicamentos para HAS (56,6%), não faziam uso de medicamentos para DM (50,6%), não faziam uso de medicamentos para dislipidemia (48%) e não eram tabagistas (46,2%). As maiores porcentagens dos pacientes na categoria pior do Rankin (3-6) estavam entre aqueles que usavam medicamentos para HAS (64,2%), usavam medicamentos para DM (71%), usavam medicamentos para dislipidemia (68,2%) e eram tabagistas (56,4%).

Ao compararmos os valores de Rankin modificada com o índice de Barthel observou-se que os pacientes com incapacidades muito graves estavam 100% na categoria de pior Rankin (3-6) e quanto ao NIHSS, a maior média dos postos estavam também na categoria do Rankin 3 a 6.

A tabela 10 avalia as variáveis clínicas que apresentaram relação com a adesão à terapia medicamentosa (MAT) e com a QV (EQVE-AVC).

Tabela 10 – Variáveis clínicas que apresentaram relação com a Medida de adesão à terapia medicamentosa (MAT) e com a escala de qualidade de vida (EQVE-AVC). Fortaleza, 2016

Variáveis	MAT		Estatística	Valor p
	N	Média dos postos		
1. Uso regular prévio de medicamentos				
Não	15	27,73	296,0 ¹	<0,001
Sim	89	56,67		
2. Fisioterapia				
Não	62	46,89	954,0 ¹	0,024
Sim	41	59,73		
3. Dificuldade de acesso ao SUS por falta de companhia				
Não	10	52,84	16,5 ¹	0,031
Sim	2	9,75		
4. Dificuldade de acesso ao SUS por falta de dinheiro				
Não	10	53,34	16,5 ¹	0,030
Sim	2	9,75		
Variáveis	EQVE-AVC		Estatística	Valor p
	N	Média dos postos		
1. Usava Medicamentos antes do AVC				
Não	25	50,74	506,5 ¹	0,030
Sim	58	38,23		
2. BAMFORD³				
TACS ^b	19	23,05		
PACS ^{ab}	11	43,68		
LACS ^a	30	105,52		
POCS ^{ab}	12	44,79		

Fonte: Elaborada pela autora.

1 – Teste U de Mann-Whitney; 2 – Teste H de Kruskal-Wallis; 3 – Letras diferentes correspondem a medias de postos diferentes pelo teste de Dunn; MAT = Medidas de Adesão ao Tratamento; SUS = Sistema Único de Saúde; EQVE = Escala de Qualidade de Vida Específica; AVC = Acidente Vascular Cerebral;

A tabela 10 descreveu que as pessoas em uso regular prévio de medicamentos após o AVC, que realizavam a fisioterapia como reabilitação e que não apresentavam dificuldade de acesso ao SUS por falta de companhia ou de dinheiro apresentaram significativamente maiores pontuações de adesão à terapia medicamentosa oral.

Em relação à qualidade de vida, observou-se melhor QV para os pacientes que não usavam medicamentos antes do AVC e significativamente pior QV nos pacientes com os tipos de AVCi TACS (média de 23 pontos) e, melhor QV em pacientes com AVC dos tipos LACS (média de 105,5 pontos).

A tabela 11 faz uma relação entre os dados sociodemográfico dos pacientes avaliados com as características clínica apresentadas pós-AVC e a realização da reabilitação por estes pacientes.

Tabela 11 – Variáveis sociodemográficas que apresentaram significância estatística com características clínicas pós-AVC. Fortaleza, 2016

Variáveis	Idade		Estatística	Valor p
	N	Média dos postos		
2. Realizou Trombólise				
Sim	70	58,96	715,0 ¹	0,037
Não	28	45,71		
3. HAS conforme PA casual				
Sim	70	58,36	709,5 ¹	0,002
Não	33	38,50		
4. Dislipidemia				
Sim	50	63,04	823,0 ¹	0,001
Não	54	42,74		
	Escolaridade		Estatística	Valor p
	N	Média dos postos		
6. HAS				
Sim	70	47,81	862,0 ¹	0,037
Não	33	60,88		

Fonte: Elaborada pela autora.

1 – U de Mann-Whitney; PA = Pressão Arterial; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica.

Observou-se que a realização da trombólise na admissão hospitalar, a prevalência de pacientes classificados com HAS após a medição da PA casual no consultório três meses após AVC, o uso do anti-hipertensivo após alta e o registro

de HAS no relatório de alta durante a consulta ao ambulatório e ter dislipidemia foram mais frequentes entre indivíduos mais velhos.

Em relação ao nível de escolaridade, observou-se que a hipertensão arterial também foi mais comum em indivíduos com escolaridade menor.

A tabela 12 faz uma relação com as características clínicas pós-AVC que apresentaram relação estatística com medidas de prevenção secundária, usando a classificação de BAMFORD, trombólise e a realização de atividades de reabilitação.

Tabela 12 – Características clínicas pós-AVC que apresentaram relação estatística com Medidas de Prevenção Secundária. Fortaleza, 2016

Características clínica pós-AVC Medidas de Prevenção Secundária	OR	IC95%	Valor p
1. Acompanhamento na AB			
Medicamentos usados tinham prescrição - Classificação de Bamford (AVCi)	3,10	1,28 – 7,77	0,006 ¹
TACS	3,48	0,60 – 26,53	0,141 ²
PACS	2,56	0,38 – 21,61	0,414 ²
LACS	1,93	0,33 – 14,44	0,467 ²
POCS	0,71	0,07 – 6,97	1,000 ²
2. Realizou Trombólise			
- Classificação de Bamford (AVCi)			
TACS	Inf.	1,57 – Inf.	0,007 ²
PACS	Inf.	0,55 – Inf.	0,104 ²
LACS	Inf.	1,20 – Inf.	0,017 ²
POCS	Inf.	0,14 – Inf.	0,486 ²
3. Fisioterapia			
- Classificação de Bamford (AVCi)			
TACS	Inf.	3,59 – Inf.	<0,001 ²
PACS	Inf.	0,47 – Inf.	0,124 ²
LACS	Inf.	1,81 – Inf.	0,005 ²
POCS	Inf.	0,02 – Inf.	1,000 ²
4. Fonoaudiologia			
- Classificação de Bamford (AVCi)			
TACS	Inf.	1,06 – Inf.	0,031 ²
PACS	Inf.	0,00 – Inf.	1,000 ²
LACS	Inf.	0,08 – Inf.	1,000 ²
POCS	Inf.	0,00 – Inf.	1,000 ²

Fonte: Elaborada pela autora.

1 – Teste de Qui-quadrado de Pearson; 2 – Teste Exato de Fisher; AB = Atenção Básica; AVCi = Acidente Vascular Cerebral isquêmico.

Houve uma maior chance de indivíduos serem acompanhados na AB entre aqueles que antes do AVC usavam medicamentos prescritos.

A chance dos pacientes serem submetidos à trombólise era maior entre aqueles indivíduos que sofreram AVCi dos tipos Lacunar (LACS) ou Circulação Total Anterior (TACS).

O maior número de pacientes que realizaram fisioterapia estavam entres os que apresentaram AVCi dos tipos TACS e LACS. Para os que realizaram fonoaudiologia como reabilitação, houve uma maior frequência entre aqueles que tiveram AVCi do Tipo TACS.

6 DISCUSSÃO

Observou-se que estudos prévios que buscam avaliar a associação entre as características sociodemográficas e clínicas, a qualidade de vida e adesão ao tratamento como medida de prevenção secundária no AVC são escassos. O mesmo observou-se ao obtermos dados na temática principalmente no Brasil e mais especificamente no Nordeste.

Observou-se ainda que existem estudos que avaliam a temática do presente estudo parcialmente, como o estudo de Cavalcante, Araujo e Lopes (2010) que trata dos fatores demográficos e indicadores de risco de AVC, como o de Fillipin *et. al.* (2013) que fala da relação da qualidade de vida com fatores clínicos, sociodemográficos e familiares de sujeitos pós-AVC e o estudo de Asberg *et. al.* (2016) que fala do AVC e prevenção secundária na prática clínica.

O crescimento da ocorrência de AVC no país gera grande preocupação da OMS em ações de conscientização e vigilância em saúde para os fatores de risco da doença e encaminhamento adequado dos pacientes acometidos às unidades especializadas de atendimento.

No Brasil, o conhecimento da população sobre as ações preventivas ainda é inferior ao ideal segundo um estudo epidemiológico descritivo, cujos dados foram obtidos por meio do acesso às informações de saúde sobre internamento por AVC, no período de 2008 a 2012, oriundos do DATASUS.

As ações de saúde voltadas para melhor atender esses pacientes foram garantidas por lei desde 2012, e devem ser implementadas a fim de contemplar as demandas regionais. Dessa maneira, as ações de saúde voltadas a prevenção (educação em saúde) devem ser intensificadas em todas as regiões brasileiras, com maior ênfase para a região Nordeste, já que apresentou maior taxa de mortalidade durante o internamento na rede hospitalar. (DATASUS, 2012).

Esses dados nos trouxeram uma reflexão dos impactos que o AVC pode causar na vida de uma pessoa e na população como um todo. Para melhor organização e compreensão da discussão dividiram-se os resultados em tópicos, conforme foi realizado a apresentação dos resultados e serão descritos a seguir.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Observou-se na coleta da amostra de pacientes que a maioria era do sexo masculino, possuíam companheiro, eram não pardos. A literatura nos mostra dados, os quais citam uma maior incidência de AVC na raça negra (O'SULLIVAN; SCHMITZ, 2005; GUZIK; BUSHNELL, 2017).

A predominância do sexo masculino nesta pesquisa talvez se explique por esta população ser mais susceptível a adquirir doenças. A população feminina tem uma tendência a maior procura ao atendimento de saúde, melhor adesão ao tratamento e conseqüentemente controle dos fatores de risco evitando assim não só doenças cerebrovasculares, mas muitas outras, em contrapartida, os homens são menos assíduos nos tratamentos, controle dos fatores de risco e melhor estilo de vida.

Em controvérsia a esta pesquisa, uma publicação da revista Lancet de 2014 no Dia Internacional da Mulher, nos trouxeram dados publicados nas diretrizes da *American Heart Association* (AHA) e da American Stroke Associação. Os dados avaliaram os fatores de risco para AVC nas mulheres em comparação com os homens e recomendações baseadas em evidências para prevenção do AVC ao longo da vida útil. (SEMANAL LANCET, 2016)

As mulheres têm um risco mais elevado de AVC do que os homens e a mortalidade por AVC é mais elevada nas mulheres do que nos homens em países de alta renda. Nos EUA, 60% das mortes relacionadas com AVC em 2009, ocorreram em mulheres. Esses fatos são frequentemente atribuídos a maior esperança de vida das mulheres. (SEMANAL LANCET, 2016)

A Lancet ainda descreveram que a medida que a população envelhece, prevê-se que a prevalência de sobreviventes de AVC aumente, especialmente entre as mulheres mais velhas. E acordo com esses dados, o estudo de Carvalho *et. al.* (2011) também descreveram uma amostra com a idade média 67 anos e 51,8% dos pacientes eram do sexo feminino.

Na presente pesquisa, detectou-se uma predominância do sexo masculino, assim como, em um estudo transversal realizado no Nordeste do Brasil por Rangel, Belasco e Diccini (2013), onde descreveram que dentre os participantes, 59% eram homens, idade média de 59,4 anos, 59% casados, 59% com ensino

fundamental e 67,6% recebiam salário mínimo, uma realidade bem próxima deste presente estudo.

O estudo transversal e descritivo que avaliou 378 pacientes com AVC de Fernandes *et. al.* (2013) descrevem também que 50,58% dos pacientes acometidos por AVC pertenciam ao sexo masculino, com faixa etária compreendida entre 45 a 81 anos, todos do município do Maranhão.

A maioria dos pacientes coletados era procedente da capital de Fortaleza, visto que, torna-se importante a educação da população para o reconhecimento dos sinais de AVC e procura rápida ao atendimento médico para que haja redução nos desfechos graves e redução de incapacidades com melhora na qualidade de vida desses pacientes com AVC. (CARVALHO *et. al.*, 2011).

No presente estudo, a maioria era idosa. Vidmar *et. al.* (2011) dizem que com o aumento da expectativa de vida aumenta também a possibilidade de o idoso ser acometido por doenças de ordens diversas. Em paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade.

O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante com cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos. (VIDMAR *et. al.*, 2011).

Em um estudo de coorte realizado por 20 (vinte) anos com um seguimento de homens e mulheres mostrou que 70% dos AVCs ocorridos foram admitidos no hospital. A idade mediana dos pacientes no estudo foi de 70,6 anos. (HART, HOLE E SMITH, 2000).

O fato de a maioria dos nossos sujeitos da presente pesquisa serem aposentados, receberem auxílio doença ou serem pensionistas pode ser justificado pela idade e/ou pelo fato de que as sequelas do AVC muitas vezes são incapacitantes e prejudicam ou até mesmo impossibilitam o retorno ao trabalho, ocasionando aposentadorias precoces.

Uma baixa renda, também pode estar relacionada com a situação de aposentadoria. Metade da amostra tinha até três membros na família, baixa renda salarial (máximo dois salários mínimos) e baixa escolaridade (máximo oito anos de estudo).

Segundo Falcão *et. al.* (2004), a baixa escolaridade constitui em ponto negativo, para recuperação, pois evidências da literatura relacionam escolaridade mais elevada, com aumento da sobrevivência, melhores controles dos fatores de risco para doenças cardiovasculares e melhor capacidade de retornar as suas atividades.

Ribeiro *et. al.* (2012) descreveram em seu estudo que a situação socioeconômica 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. No seu estudo, a maioria dos entrevistados possuía renda familiar entre um a dois salários mínimos (49,3%) para manutenção de toda família, condição que exige manejo e readaptação familiar frente às exigências terapêuticas da pessoa com seqüela do AVC.

O perfil epidemiológico brasileiro é marcado por um acentuado aumento de mortes por doenças cerebrovasculares e também por um maior número de pessoas com doenças e incapacidades crônicas devido a esse crescente envelhecimento populacional. Dentro das doenças cerebrovasculares, o AVC destacou-se como sendo uma das grandes preocupações da atualidade, tendo em vista ser a terceira maior causa de morte por doença no mundo (CAVALCANTE; ARAUJO; LOPES, 2010).

6.2 DADOS CLÍNICOS E FATORES DE RISCO PARA AVC

A maioria relatou possuir comorbidades e/ou fatores de risco para AVC, já faziam uso de alguns tipos de medicamentos antes do AVC e relataram que tais medicamentos tinham prescrição.

Barroso (2010) em uma reflexão para revista Lancet, fala sobre um dos principais estudos sobre AVC em todo o mundo, o estudo de caso-controle INTERSTROKE, onde descreve os fatores de risco independentes para AVC e sua prevalência e contribuição para a carga países de baixa renda e de renda média (dos 22 países participantes na fase um do estudo, apenas três eram países de alta renda). Os investigadores descobriram que dez fatores de risco modificáveis (HAS, tabagismo, obesidade abdominal, dieta com baixo índice de consumo de peixe e frutas, inatividade física, DM, consumo excessivo de álcool, stress psicossocial, apolipoproteínas [especialmente uma relação entre apolipoproteína B e

apolipoproteína A1], e causas cardíacas, especialmente FA) representam mais de 90% as causas do AVC.

Guzik e Bushnell (2017) descrevem em seu artigo que a HAS é o mais comum fator de risco modificável para AVC, que a PA explica cerca de 50% do excesso de risco de AVC. Descrevem ainda a importância do tratamento da dislipidemia com as estatinas aliada a uma dieta saudável na prevenção do AVC, que o DM é fator de risco isolado para AVC recorrente em idosos.

Guzik e Bushnell (2017) destacam outra condição importante e fator de risco para AVC, a síndrome metabólica, uma doença que apresenta múltiplos componentes e é diagnosticada quando três dos cinco fatores de risco a seguir estão presente: (1) glicose plasmática em jejum de 100 mg / dL ou superior; (2) lipoproteína de alta densidade HDL de 40mg / dL ou menos em homens ou 50mg / dL ou menos em mulheres; (3) triglicéridos de 150 mg / dL ou superior; (4) Circunferência da cintura 102 cm ou maior em homens ou 88 cm em mulheres; (5) PAS superior á 130 mmhg ou PAD superior a 85 mmhg.

Wei *et. al.* (2010) em um estudo, prospectivo, nacional e multicêntrico, com uma visão geral da prática atual de prevenção secundária para AVCi na China urbana relataram também um perfil de pacientes tipicamente elevados para o risco cardiovascular e fatores de risco como HAS e sobrepeso. Na admissão hospitalar, 72%, 85% e 25% dos pacientes apresentaram HAS, DM e dislipidemia respectivamente.

Lenore *et. al.* (1999) destacaram em seu estudo que, entre os fatores de risco de AVC modificáveis, a serem controlados, a redução de peso em pacientes obesos pode levar indiretamente no controle da HAS e hiperglicemia, com moderadas reduções na pressão sanguínea sistólica e diastólica. Destacaram ainda que a redução dos níveis pressóricos pode também reduzir significativamente o risco de AVC. Além disso, ainda que a cessação do tabagismo também diminui rapidamente o risco de AVC, benefícios esses mais evidentes após 2-5 anos de tabagismo.

O DM causa alterações ateroscleróticas no coração e artérias cerebrais e estão associadas a diferentes subtipos de AVCi, incluindo lacunar, grande artérias oclusivas e tromboembólicas. Além disso, o risco de FA - uma causa de AVC tromboembólico - é aumentado em 40% nos indivíduos com DM. Fatores de risco para AVC incluem não só fatores específicos associados a DM, também fatores de

risco vascular (por exemplo, hipertensão, dislipidemia), genética, fatores demográficos e estilo de vida (LUITSE *et. al.*, 2012).

Yamamoto (2012) descreveu que o tabagismo é fator de risco independente de AVC. Considerou os diferentes subtipos de AVC, o risco atribuído ao tabagismo é maior para HAS, intermediário para AVCI e menor para AVCh. Já Guzik e Bushnell (2017) descreveram que o tabagismo é um fator de risco significativo para AVC, bem como infarto silencioso e que o aconselhamento para cessação do tabagismo reduz o risco de AVC e deve-se incluir a oferta de medicamentos disponíveis para a terapia de reposição de nicotina, Bupropiona, vareniclina. Descreveram ainda que a exposição ambiental ao fumo passivo foi identificado como fator de risco para AVC, aumentando este risco de até 30% entre os não fumantes.

Outro fator de risco para AVC relatado na literatura é o sedentarismo, Yamamoto (2012) descreveu ainda que a atividade física deve ser plenamente encorajada com forma de se reduzir os altos índices de AVC, devendo ser praticada regularmente por pessoas de todas as faixas etárias. Trinta minutos diários de caminhada, pelo menos quatro vezes por semana, são suficientes para diminuir significativamente o risco de AVC.

Guzik e Bushnell (2017) explicaram em seu artigo que obesidade é uma doença e fator de risco para AVCI e que para cada 1 unidade de aumento no IMC, o risco de AVCI aumenta cerca de 5%, descreveram ainda que o mecanismo de doença cardiovascular, AVC e obesidade se explica quando o tecido adiposo acumula células inflamatórias, o que pode contribuir para a resistência à insulina e hiperglicemia e posteriormente promover aterosclerose. Relataram que atividade física e perda de peso têm efeitos importantes sobre a resistência à insulina e desinflamação do músculo esquelético.

No presente estudo, os principais dados clínicos e fatores de risco detectados nos pacientes após o AVC foram dos tipos considerados modificáveis, como: HAS, dislipidemia e DM nesta ordem em proporções altas na amostra e FA, em menores proporções mais não menos importante fator de risco para AVC.

Em um estudo de registro de AVC sueco de coorte com 14.529 pacientes, Åsberg *et. al.* (2010) relataram que HAS, DM, FA e tabagismo são, em conjunto com a dislipidemia, os principais fatores AVCI. Portanto, uma terapia preventiva secundária eficaz deve ser garantida. Eles descreveram que numa terapia baseada

em evidências após AVCi, conforme recomendado por diretrizes, indicaram o uso de antiagregantes plaquetários, drogas inibidoras da enzima de conversão da angiotensina (ECA) e estatinas para um amplo espectro de pacientes com AVC e terapia anticoagulante para pacientes com FA.

Com relação à consulta de retorno ao ambulatório, no presente estudo detectou-se uma alta taxa de internação após o AVC levando em consideração que estava com apenas 3 (três) meses do ictus e de acordo com a medida da PA casual, a maioria estava com a PA normal seguido de pacientes com hipertensão estágio I conforme a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), ou seja, o fator de risco HAS, encontrou-se controlado até os 3 (três) meses, fato este se explica pelo uso regular da medicação e adesão à terapia medicamentosa no período de 3 (três) meses após o ictus.

Este presente estudo mostrou também que a HAS estava mais frequente nos pacientes com menor escolaridade, pacientes esses com menos acesso a uma assistência de saúde de qualidade e mais expostos aos fatores de risco, o que dificulta a regularidade e continuidade no tratamento.

Rangel, Belasco e Diccini (2013) descreveram em seu estudo que a baixa escolaridade tem sido relacionada a elevada incidência de AVC principalmente quando combinada aos fatores socioeconômicos e culturais e dificuldade de acesso à informação, além de dificultar a conscientização dos cuidados com a saúde, aderência ao tratamento e manutenção de estilo de vida, enquanto, escolaridade mais elevada aponta para o aumento da sobrevida, melhor controle de fatores de risco das doenças cardiovasculares e maior capacidade de retornar ao trabalho.

Oliveira (2007) descreveu que entre os fatores de risco modificáveis, a HAS é o principal deles, acarretando um aumento superior a três vezes na incidência de AVC. Há ainda clara relação direta entre os níveis tensionais e a elevação da incidência do AVC e tanto a elevação dos níveis sistólicos como diastólicos representa aumento de risco. Por outro lado, o controle pressórico diminui em 42% o risco de AVC, com rápido benefício já após o primeiro ano do tratamento. Estimou-se que para maior eficácia desta redução, os níveis tensionais devam ser normalizados ao invés de apenas reduzidos. As patologias cardíacas, principalmente arritmias potencialmente emboligênicas e entre elas a FA é um fator de risco importante, porém, neste presente estudo a FA foi pouco descrita nos registros de prontuários dos pacientes da amostra pesquisada.

Luitse *et. al.* (2012) também relataram em seu estudo de revisão que o DM é um dos vários fatores de risco para AVC modificáveis, assim como, a PA e dislipidemia, que foram alvo de várias grandes ensaios clínicos randomizados. O estilo de vida provavelmente tem o maior efeito sobre o risco de AVC. Comportamentos com, tabagismo, obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de álcool, dietas não saudáveis devem ser fortemente desencorajadas. Modificação do estilo de vida está associada a um declínio substancial incidência de AVC. Além disso, a modesta perda de peso (5-10% do peso) em indivíduos com DM tem sido associada à melhoria substancial dos fatores de risco cardiovasculares e controle glicêmico.

Hart, Hole e Smith (2000) em sua coorte também nos relataram que a elevação da PA foi um importante fator de risco para o aumento da incidência de AVCs e mortalidade. Além disso, o aumento do colesterol e da glicose em indivíduos não diabéticos esteve relacionado com o aumento da incidência e mortalidade por AVC em mulheres, mas não homens. Fumar foi visto como um fator de risco importante sobre homens. O tabagismo foi encontrado como o preditor mais forte da mortalidade e que a cessação do tabagismo reduziu o risco de incidência de AVC.

No presente estudo, o principal sintoma relatado pelos pacientes na ocorrência do AVC foi a alteração nos membros, que significa fraqueza e/ou dormência de qualquer um dos membros fossem eles superiores e/ou inferiores. Esta queixa clínica foi a mais frequente relatada seguida da alteração na fala.

Quanto aos sinais e sintomas súbitos do AVC, Fábio e Massaro (2009) relataram que o AVCi que envolve o território carotídeo e pode se manifestar com isquemia retiniana e encefálica (com síndromes neurológicas que associam déficit de funções corticais, como afasia, e déficit motor e/ou sensitivo). Já o AVCi do sistema vértebro-basilar pode apresentar sintomas vestibulo-cerebelares (vertigem, ataxia), anormalidades na movimentação ocular (diplopia) e déficit motor e/ou sensitivo unilateral ou bilateral, além das alterações visuais, como hemianopsia.

Os sintomas mais comuns na instalação de um AVC são: Alteração de força e/ou sensibilidade em um ou ambos os lados do corpo; Dificuldade para falar; Confusão ou dificuldade para entender e se comunicar; Dificuldade para a marcha ou equilíbrio; Dificuldade para enxergar com um ou ambos os olhos; Cefaleia súbita e atípica. (FÁBIO; MASSARO, 2009).

É preciso que a população de forma geral e equipes médicas e interdisciplinares de atendimento pré-hospitalar ou emergencial sejam educadas e treinadas no reconhecimento destes sintomas como indicadores de possível AVC, para pronto encaminhamento dos pacientes a serviços de referência.

Por outro lado Oliveira e Andrade (2001) descreveram a apresentação clássica dos pacientes com AVChs, sendo geralmente de um déficit neurológico focal súbito que progride em minutos ou horas, com rebaixamento do nível de consciência, muitas vezes acompanhado por cefaleia, náusea, vômitos e elevação da PA.

Na maioria dos estudos epidemiológicos e bancos de dados de AVCs, 75% a 85% dos casos de AVCs são isquêmicos e 15% a 25% são hemorrágicos. (FABIO; MASSARO, 2009). Nesta pesquisa houve também a predominância de AVCi com frequência de 91,6%.

Ao realizarmos a descrição dos tipos de AVCi pela classificação de BAMFORD, obteve-se uma predominância de AVCi dos tipos LACS seguidos de TACS, divergindo do que nos traz o padrão original descrito Bamford *et. al.* (1991), onde há a predominância do tipo mais grave TACS, provavelmente isso ocorreu devido aos critérios de exclusão da pesquisa, onde os pacientes mais graves eram excluídos pela impossibilidade de aplicação das escalas e instabilidade hemodinâmica no momento da coleta.

Em um estudo de validação da classificação clínica para subtipos de AVC agudo com uma amostra de 536 pacientes com AVC realizado por Anderson *et. al.* (1994) descreveram o sistema de classificação derivado OCSP para infarto cerebral por Bamford *et. al.* (1991) demonstrou-se bom conteúdo e construiu validade. Foi desenvolvido por uma equipe com extensas pesquisas clínicas e experiência em doença cerebrovascular. Mostrou-se que esse sistema de classificação também tem boa validade de critério. As síndromes clínicas corresponderam com precisão às lesões nos diferentes territórios vasculares e foram classificados como TACS (30%), PACS (29%), LACS (24%) ou POCS (12%).

No estudo de Mead *et. al.* (2000), eles descreveram o projeto de AVC de Oxfordshire (OCSP) é uma classificação clínica para subdividir os AVCs agudos. Os doentes são classificados apenas por critérios clínicos. Síndromes lacunares (LACS) incluem AVC sensorial e hemiparesia, pacientes com acometimento de tronco encefálico e sinais cerebelares. Hemianopsia são classificadas como circulação

posterior (POCS). Aqueles com Síndromes de circulação total anterior (TACS), por definição, são presente com a tríade de hemiparesia (ou perda hemisensorial), disfasia (ou outras disfunção cortical superior) e hemianopia. Pacientes com lesão Síndrome de circulação, por definição, com apenas duas das características do TACS, ou isoladas como disfasia ou sinais do lobo parietal são classificados como PACS. Relataram ainda que a classificação OCSP é particularmente útil se um AVC não for visto na TC e em estudos epidemiológicos em que o acesso a imagem cerebral pode ser limitada.

Então, neste presente estudo, observou-se que a maioria dos pacientes da amostra apresentou o subtipo LACS, com prováveis acometimentos sensoriais, hemiparesia, assim como, acometimento de tronco encefálico e sinais cerebelares. Porém, não sendo o subtipo mais crítico, quando Anderson *et. al.* (1994) relataram ainda em seu estudo que o subtipo LACS evolui com um prognóstico relativamente bom em termos de mortalidade e incapacidades de longo prazo.

No presente estudo, confirmou-se a afirmativa de Anderson *et. al.* (1994) ao constatarmos que a maioria dos pacientes da amostra pesquisada tinham apresentado AVCi do tipo LACS e também apresentaram bom prognóstico ao constatarmos boa QV para maioria, porém, observou-se uma alta mortalidade levando em consideração o tempo da pesquisa onde os pacientes estavam com apenas 3 (três) meses de acompanhamento após o ictus.

No estudo de Silva (2013) os pacientes apresentaram predomínio de sequelas neurológicas do hemisfério esquerdo. Relataram que diferentes manifestações clínicas após um AVC são os reflexos do hemisfério afetado e a extensão da lesão cerebral. Indicaram que pacientes com exposição do hemisfério esquerdo possuem menos prejuízo da capacidade de caminhar e realizar atividades diárias do que os pacientes com sequelas para o hemisfério direito.

Assim, a diferenciação entre déficits funcionais de pacientes com sequelas neurológicas do hemisfério direito é importante porque pode auxiliar na decisão terapêutica e no processo de seleção de atividades adequadas para o paciente e tratamento adequado.

6.3 MEDIDAS DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIAS E QUALIDADE DE VIDA APÓS AVC

Obteve-se nos resultados do presente estudo que antes do retorno com 3 (três) meses após o AVC, apenas 2 (dois) pacientes tiveram recorrência de um novo evento, esses, um com AVCi PACS e o outro com AVCi LACS. Obteve-se um percentual de 9,1% de pacientes que foram á óbito, percentual elevado considerando que estavam apenas com 3 (três) meses do ictus, sendo que 45% desses pacientes que foram á óbito tiveram AVCi do tipo TACS.

A mortalidade nos primeiros 30 dias após o AVCi é de aproximadamente 10%, sendo principalmente relacionada à sequela neurológica, podendo chegar a 40% ao final do primeiro ano. A maioria dos pacientes que sobrevivem à fase aguda do AVC apresenta déficit neurológico que necessita de reabilitação, sendo que aproximadamente 70% não retomarão o seu trabalho e 30% necessitarão de auxílio para caminhar. (FÁBIO; MASSARO, 2009).

Esta taxa de mortalidade obtida no presente estudo foi considerada elevada pelo fato dos pacientes estarem com apenas três meses de acompanhamento ambulatorial.

Dados do Ministério da Saúde (MS) de 2008 informaram que no Brasil as doenças cerebrovasculares ocupam o 1º lugar em óbitos por causa definida com 70.232 óbitos registrados em 2008. É responsável pela primeira causa de internações e incapacidades, superando até mesmo o câncer e as doenças cardíacas. (DELFIM *et. al.*, 2012).

No Brasil, poucos estudos relataram a realidade prognóstica dos pacientes com AVC e a análise dos seus fatores de risco. Em um estudo de grande relevância realizado por Carvalho *et. al.* (2011) observou-se um pouco da realidade brasileira com evidências do prognóstico de pacientes com AVC. Os autores desse estudo analisaram uma amostra de 2418 pacientes internados em diversos hospitais de Fortaleza, públicos, privados ou filantrópicos. Mostrou-se ainda uma taxa de incapacidades de 82,3% para todos os casos e 74,3% para AVCi.

O estudo realizado na China de Wei *et. al.* (2010) relatou que a China tem um quinto da população mundial e que 40% de todos os óbitos são por AVC. O AVC então é listado como uma das principais causas de morte e que os programas de detecção e tratamento de doenças e fatores de risco são críticos para reduzir o AVC

na China. Grande parte desta carga diz respeito a eventos recorrentes de um em três pacientes, aumentando a morbidade e mais que o dobro o risco de morte.

Já em um estudo de revisão realizado por Lackland *et. al.* (2014) descreveu que a mortalidade por AVC tem diminuído desde o início do século XX. Um exemplo disso é o que ocorre nos EUA em que a mortalidade por AVC naquele país diminuiu do terceiro para o quarto lugar. Esse dado representa uma grande melhora na saúde para ambos os sexos e para todos os grupos raciais / étnicos e de idade, além do impacto global em menos vidas perdidas. Estas melhoras significativas nos resultados de AVC são concomitantes com intervenções de controle de fatores de risco cardiovascular e no controle da HAS, DM e controle de dislipidemia e programas de cessação do tabagismo.

Dados relatados por Fábio e Massaro (2009) nos mostraram que apesar das evidências do AVC ser um dos maiores problemas de saúde pública mundial, ainda são escassos os fundos de pesquisa direcionados para esta área, quando comparados com as doenças cardíacas ou neoplásicas. O conceito de AVC como uma emergência médica ainda é muito precário no Brasil.

Pontes-Neto *et. al.* (2008) descreveram em seu estudo transversal realizado em quatro cidades brasileiras com 814 indivíduos e verificou-se 29 diferentes nomes para AVC. Constataram que somente 35% dos entrevistados reconheciam 192 como número nacional de emergência médica e 22% deles não reconheciam nenhum sinal de alerta para AVC.

No que concerne às práticas de prevenção secundária, Åsberg *et. al.* (2010) consideraram uma maior frequência de comorbidades entre os pacientes mais velhos, além do grande impacto dessas doenças sobre o tempo de vida e suas complicações, resultou-se em seu estudo observacional, uma prevenção secundária com o uso de inibidores da ECA e estatinas para uma população média de 65 anos de idade. Além disso, o tratamento com anticoagulantes e estatinas foi associada à redução do risco de morte. Esses achados devem encorajar os médicos a seguirem as diretrizes atuais para o cuidado do AVC.

Guzik e Bushnell (2017) descreveram em seu artigo de revisão que a prevenção secundária acontece com o gerenciamento de fatores de risco como HAS, dislipidemia, DM e uso de tabaco, bem como Terapia antitrombótica.

No presente estudo, grande porcentagem de pacientes relatou que permaneciam sedentários após o AVC, mesmo levando em consideração o impacto

da realização da atividade física como fator preventivo para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

Observando por outro ângulo, percebemos que o sedentarismo interfere diretamente também na QV, pois muitos eram sedentários por não poderem praticar nenhuma atividade física por conta das sequelas deixadas pelo AVC.

Ainda em relação ao sedentarismo como fator de risco e a fisioterapia como reabilitação, Costa e Duarte (2002) descreveram que após o evento agudo AVC, o quadro clínico tende, com o tempo, a se estabilizar e o paciente apresenta, na maioria das vezes, uma hemiparesia ou uma hemiplegia sem progressão de melhora.

O grau de comprometimento motor, por sua vez, depende não somente da área cerebral afetada, como também da extensão deste acometimento. Isto faz com que a pessoa torne-se um eterno paciente da fisioterapia, desenvolvendo, na maioria das vezes, uma atividade relativa. Outra situação que ocorre habitualmente, e que é ainda pior, é quando o paciente retorna para casa e permanece no sedentarismo. Costa e Duarte (2002) descreveram que este sedentarismo, talvez, tenha sido uma das causas provocadoras do seu AVC e agora poderá talvez vir a ser a causa de um novo AVC.

O processo de envelhecimento é influenciado por vários fatores como a genética, as patologias e o sedentarismo, porque estes fatores estão diretamente relacionados com QV, sendo que o sedentarismo é o que mais compromete a QV do idoso. Então, para que o idoso tenha uma vida saudável, seja independente nas suas ABVD's, é de extrema importância a realização de atividade física regular, pois esta retarda as alterações fisiológicas do envelhecimento e, quando associada a outros cuidados, contribui para a prevenção de determinadas doenças. (VIDMAR *et. al.*, 2011).

Um dado importante do nosso estudo também foi a baixa taxa de acompanhamento e tratamento dos pacientes no serviço de saúde da AB, pouco mais da metade dos pacientes. Portanto, um aspecto avaliado que interfere diretamente na prevenção secundária e consequente realização do tratamento e acompanhamento dos fatores de risco da forma correta são as dificuldades de acesso aos serviços do SUS.

A principal justificativa dos pacientes para a não adesão ao tratamento no serviço de AB foi baixa qualidade dos serviços. No entanto, alguns relataram a

confiança no serviço de ambulatório terciário na qual já estavam sendo acompanhados e não sentiam a necessidade de procurar a AB.

Fernandes *et. al.* (2013) descreveram que no Brasil, onde 78% da população (150 milhões) usam SUS, a prevenção do AVC ocorre nas Unidades Básicas de Saúde, sendo focada, principalmente, nas pessoas portadoras de HAS, DM, tabagismo e dislipidemia. A abordagem é de fundamentalmente, prevenir dois desfechos importantes: AVC e IAM.

Wei *et. al.* (2010) enfatizaram também no estudo da China que a qualidade da relação médico-paciente influencia a adesão à prevenção secundária. Neste mesmo estudo, porém, uma descontinuação no uso da aspirina foi observada e particularmente elevada, com 71% dos doentes recusando ou não preenchendo a prescrição para a medicação. Tal descontinuação atribuiu-se à falta de consciência da importância tratamento e os efeitos benéficos. Assim, pacientes com desmotivação e equívocos têm dificuldade em continuar o tratamento.

Curiosamente, poucos pacientes no estudo de Wei *et. al.* (2010) relataram dificuldades financeiras como principal motivo para a cessação da medicação. Isso pode ter sido pela inclusão de muitos segurados que poderiam pagar os cuidados hospitalares e os medicamentos, divergindo então em nossa realidade, ao constatarmos que poucos pacientes do presente estudo relataram possuir outros planos de saúde além do SUS, poucos tinham a oportunidade do serviço privado através de outro plano de saúde, conseqüentemente pela baixa renda familiar.

Com relação a escala MAT, e a adesão aos pacientes deste estudo a terapia medicamentosa oral, observou-se que a maioria dos pacientes da amostra foi classificada como aderentes (89,4%) e em acompanhamento ambulatorial regular (93,2%). Entendeu-se, então, que apesar de muitos não estarem em acompanhamento e controle dos fatores de risco no serviço de AB, estavam na continuidade do tratamento ambulatorial e medicamentoso no hospital terciário na qual foram atendidos mantendo o uso regular da medicação prescrita no curso do seu tratamento.

No estudo de Delgado e Lima (2001) foram analisados 167 pacientes que sofriam de alguma doença crônica e também assim como neste presente estudo, faziam uso de comprimidos para HAS e DM. Neste estudo, também se utilizou a escala MAT com sete itens de adesão aos tratamentos, os resultados da estatística

descritiva revelaram que a amostra de sujeitos que participaram neste estudo é constituída em mais de 60% por pacientes aderentes.

Os resultados nos levam a pensar na hipótese que o problema da adesão aos tratamentos não ocorre só relativamente a toma dos medicamentos prescritos pelo profissional de saúde; coloca-se também noutros momentos mais a montante do processo terapêutico (falta às consultas, não aquisição de todos os medicamentos prescritos etc.).

Carvalho *et. al.* (2010) fizeram um estudo sobre a adesão à anticoagulação oral e descreveram que adesão pode ser definida como o grau de concordância entre as recomendações do prestador de cuidados de saúde e o comportamento do indivíduo frente ao regime terapêutico e vários são os fatores para a não adesão ao tratamento farmacológico como: fatores relacionados à pessoa sob tratamento, à doença, ao tratamento, aos serviços de saúde e ao apoio social.

Os pacientes da amostra do estudo de Carvalho *et. al.* (2010), assim como os deste presente estudo, responderam ao questionário MAT. Participaram 178 pacientes que faziam uso do ACO e de medicamentos, tais como: anti-hipertensivos, diuréticos, betabloqueadores e outros. Nas respostas obtidas os valores cinco e seis foram computados com o valor 1 (um) (o que na escala original corresponde a aderente) e os demais foram computados com o valor 0 (zero) (não aderentes na escala original). Após essa categorização, 173 (97,2%) sujeitos foram classificados como aderentes e apenas 5 (2,8%) como não aderentes.

Observou-se então que esta mesma forma de categorização usada no estudo de Carvalho *et. al.* (2010) foi realizada neste presente estudo e que também se obteve um maior percentual de pacientes aderentes ao tratamento medicamentoso oral pela escala MAT.

No presente estudo, observou-se ainda que os pacientes em uso regular de medicamentos após o AVC, que realizaram fisioterapia como reabilitação e que relataram não ter dificuldade de acesso ao SUS por falta de companhia ou de dinheiro apresentaram maiores pontuações de adesão à terapia medicamentosa oral. Este dado se explica pela maioria dos pacientes da pesquisa ser aposentados, pensionistas ou receberem auxílio doença, pela presença do cuidador que facilita o acesso do paciente aos serviços de tratamento e este tendo acesso aos serviços

possivelmente tem maior chances de realizar uma reabilitação e prevenção com o uso da medicação.

Carvalho-Pinto e Faria (2016) descreveram que maioria dos participantes do seu estudo (54,5%) utiliza os serviços da unidade de saúde para renovar as suas prescrições médicas. Esse resultado reflete a realidade da medicalização do atendimento, em que o uso de drogas é considerado como a principal ação terapêutica por ambos os médicos e pacientes. Reflete também na orientação e atendimento ao diagnóstico médico apenas.

No presente estudo, a reabilitação predominante foi a fisioterapia, com proporções baixas de uso de fonoaudiologia e terapia ocupacional. Observou-se que existe uma maior disponibilidade de fisioterapia no serviço SUS. Além disso, a demanda pelo fisioterapeuta parece ser maior de acordo com as sequelas apresentadas onde a principal queixa após o AVC foi à dificuldade para movimentar os membros.

No presente estudo, poucos pacientes relataram ter realizado adaptação em casa e recebido orientação profissional, fato de grande importância para melhora das ABVD e QV, denota-se a falta de orientação por parte das equipes de saúde da família do seu território e pelos problemas relatados no acesso aos serviços do SUS.

Outro aspecto importante neste presente estudo é a maioria dos participantes possuir como cuidador os filhos, estes que os acompanhavam no tratamento e recuperação.

Filippin *et. al.* (2013) demonstram em seu estudo a importância da presença de um cuidador, seja ele formal ou informal, a necessidade de apoio/suporte para o paciente e seus familiares e cuidadores, bem como, a relevância da participação social dos sujeitos após o AVC para sua QV.

Rangel, Belasco e Diccini (2013) descreveram a necessidade de envolvimento familiar no processo do adoecimento, o que pode justificar a elevada prevalência de pacientes que possuíam cuidador (97%) em seu estudo transversal em relação à QV de pacientes com AVC.

Já Oliveira (2007) descreveu que de uma forma geral o prognóstico da linguagem se define em seis meses, enquanto o motor em 1 a 2 anos. Após tais intervalos, usualmente os déficits existentes devem ser considerados sequela do evento ocorrido. Ele descreveu ainda que cerca de 33% dos pacientes apresentarão recuperação completa, 33% déficits parciais que não comprometerão a

independência e 23% ficarão completamente dependentes. A mortalidade do AVC se situa em torno de 10% relacionando-se à própria lesão neurológica ou complicações clínicas decorrentes, principalmente infecciosas.

Programas de reabilitação devem ter como objetivo fundamental auxiliar o paciente portador de AVC a adaptar-se às suas deficiências, facilitar a sua recuperação funcional, motora e neuropsicológica, além de promover sua reintegração familiar, social e profissional. Um programa de reabilitação multidisciplinar para os que perderam sua autonomia pela AVC representa um dos maiores investimentos de um sistema de saúde, em termos de custos (PIMENTA, 2009).

Em relação às medidas de prevenção, Lenore *et. al.* (1999) concluíram em seu estudo que mesmo se a terapia farmacêutica é otimizada para modificar os fatores de risco de AVC, os meios mais eficazes para reduzir os riscos são aquelas que incorporam mudanças de estilo de vida. Quando viável esta deve ser a primeira abordagem tomada com os pacientes. Infelizmente, pacientes idosos muitas vezes não conseguem alcançar o controle por modificação do comportamento e podem requerer tratamento com uma forte ênfase em medicamentos. Novas estratégias para o controle de fatores de risco devem ser consideradas. Eles relataram que em um estudo de telecomunicações em que os pacientes fizeram *check-in* semanalmente e receberam *feedback* do controle de sua HAS, aqueles que foram previamente não aderente ao tratamento registraram uma média de aumento de 6,0 mm Hg, enquanto que os indivíduos de controle tiveram um aumento de 2,8 mm Hg na PAD. Concluíram que Médicos e pacientes precisam ser capazes de utilizar novos sistemas.

Para melhorar o comportamento do paciente e do médico, talvez fosse necessário se ampliar o círculo do paciente-médico para enfermeiros, auxiliares médicos e outros auxiliares, podendo resultar em um acompanhamento mais cuidadoso e controle definitivo de fatores de risco de AVC.

No presente estudo, pouco mais da metade da amostra relatou não sentir nenhuma dor. Além disso, a maioria relatou não ter sofrido nenhuma queda e em relação ao impacto das sequelas nas ABVD's, a maioria relatou muito impacto por interferirem diretamente na sua vida profissional e social principalmente.

A presença de sequelas após o AVC gera dependência por parte dos pacientes para a realização das ABVD's. Na pesquisa de Rangel, Belasco e Diccini

(2013) 49,6% dos pacientes apresentavam dependência de seus familiares para a realização das ABVD's entre moderada e severa. Eles descreveram ainda que a presença do cuidador é considerada essencial no tratamento de pacientes que tiveram AVC, entretanto, sua intervenção precisa ser positiva para poder influenciar na recuperação e reabilitação de pacientes, por meio de incentivos, não subestimando ou superestimando a capacidade dos mesmos.

O estudo de Carvalho-Pinto e Faria (2016) descreveram participantes que tiveram AVC com incapacidades crônicas relacionadas a estrutura e função do corpo, tais como mudanças na função, limitações em certas atividades, mudanças na mobilidade, aumento do risco de queda durante atividades e restrição de participação. Além disso, descreveram que os pacientes percebiam seu ambiente como um obstáculo e como requisito para cuidados de saúde contínuos. Para a maioria dos participantes, os cuidados de saúde foram direcionados às práticas médicas e prescrições de medicamentos, sem acesso a práticas relacionadas com a educação e função em saúde.

Em relação às quedas, Carvalho-Pinto e Faria (2016) relataram que os efeitos adversos das quedas são o declínio funcional em um risco aumentado para novos eventos de queda. Em pacientes que já demonstram incapacidade crônica por AVC, os efeitos das quedas podem piorar ainda mais sua saúde, resultando em novas hospitalizações e necessidade de cuidado extra.

Assim como em estudos anteriores, o presente estudo usou como critério de classificação para QV, ponto de corte 60% que corresponde a 147 pontos da pontuação máxima do EQVE-AVC (WILLIAMS *et. al.*, 1999; MOREIRA *et. al.*, 2015), então, nesta pesquisa observou-se a maioria com boa QV, porém, com um baixo estado mental ao analisarmos o MEEM, considerou-se ainda a amostra como alfabetizados e observou-se baixo desenvolvimento cognitivo entre os pacientes coletados.

Vidmar *et. al.* (2011) descreveram em seu estudo de revisão que o termo QV tem recebido uma variedade de definições ao longo dos anos. A QV baseou-se em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação. A QV também se relacionou com os seguintes componentes: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e autoproteção de saúde.

Filippin *et. al.* (2013) descreveram em seu estudo que o termo QV relacionada a saúde e pode ser usado para medir as condições da vida do sujeito, a percepção subjetiva das dimensões físicas, funcional, psicológica e social influenciadas pela doença, tratamento ou outros agravos.

Assim, a QV tem sido amplamente utilizada como uma importante medida para avaliar o impacto do AVC.

Em relação aos fatores que influenciam na QV dos pacientes acometidos por AVC, Rangel, Belasco e Diccini (2013) descreveram de forma divergente ao que resultou no presente estudo. Os autores relataram que a QV geral e específica dos pacientes com AVC, em reabilitação, está diminuída e correlacionam-se com limitações para a realização das ABVD's. A presença de sintomas disfóricos ou depressivos, maior grau de dependência do cuidador, maior número de AVCs, menor nível de escolaridade, maior número de pessoas dependentes da renda interferiram negativamente na QV específica.

Carvalho-Pinto e Faria (2016) assim como, neste presente estudo, fizeram uso da EQVE-AVC a fim de avaliar a QV e contataram que os pacientes avaliados no seu estudo apresentaram uma média de 164 pontos, no qual usou os mesmos critérios de corte que o presente estudo e também obteve boa QV.

No estudo de Filippin *et. al.* (2013), o escore total da EQVE-AVC para os sujeitos avaliados foi de 151, eles então consideraram um baixo escore ao correlacionar as variáveis clínicas com a QV, o que implica em uma percepção ruim dos sujeitos sobre sua QV. Papéis familiares e sociais, trabalho/produtividade, energia e mobilidade foram os domínios mais afetados. Os menos afetados foram visão, memória e linguagem. Relataram ainda que uma melhor função cognitiva, verificada pelo MEEM, esta correlacionada com uma melhor QV, estados cognitivos alterados podem configurar fatores contribuintes para a pobre percepção da QV em sujeitos com seqüela de AVC.

No presente estudo, apesar de considerado uma boa QV, não se pode fazer uma associação considerando os pacientes com bom status mental ao observarmos os valores do MEEM, isso se explica pela baixa escolaridade dos pacientes da amostra.

Canuto, Nogueira e Araújo (2016) descreveram em seu estudo transversal com 255 pacientes com AVC para avaliar a QV que dentre as pessoas sem déficit cognitivo, a média no MEEM foi 24,9, tal resultado esteve relacionado a

uma boa escolaridade da amostra pesquisada, e que houve associação moderada positiva entre pontuações do MEEM e a QV relacionada à saúde, este resultado divergiu dos dados encontrados no presente estudo.

Já a variável escolaridade, dislipidemia, hemiplegia esquerda e dificuldade de fala interferiram negativamente na QV relacionada à saúde. Então, no estudo de Canuto, Nogueira e Araújo (2016) a pontuação total obtida na EQVE-AVC teve média de 146,84.

Estudo alemão determinou como baixa QV os escores inferiores a 60% (<147 pontos), critério adotado neste presente estudo. Dessa forma, a QV relacionada à saúde encontrou-se comprometida. No caso de doenças crônicas e suas sequelas, a QV relacionada à saúde geralmente é afetada e tende se comprometer. Eles associaram que um melhor estado cognitivo contribui positivamente para uma melhor QV conforme descreveram Canuto, Nogueira e Araújo (2016), o que não ocorreu em nosso estudo.

No presente estudo, observou-se que pessoas de classes sociais mais baixas e baixa escolaridade são frequentemente mais acometidas por AVC que influencia as ABVDs e a QV, já que possuem menores acessos a informação, a alimentação adequada e atividades físicas preventiva para controle dos fatores de risco.

A QV relacionada à saúde específica de pessoas acometidas por AVC no presente estudo relacionou-se a uma melhora do estado clínico dos pacientes como observou-se nas melhores pontuações das escalas de avaliações sequenciais. Em contrapartida, encontrou-se diminuída após sua ocorrência e associação a algumas características como baixas condições sociais, presença de fatores de risco, presença de sequelas que acometem suas ABVDs.

Já menores pontuações no MEEM estiveram associadas principalmente à baixa escolaridade, conseqüentemente também à baixa renda familiar e dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

No presente estudo, observou-se melhor QV para os pacientes que não usavam medicamentos antes do AVC e significativamente pior QV nos pacientes com os tipos de AVCi TACS e, melhor QV em pacientes com AVC dos tipos LACS. Ao correlacionarmos a QV com os subtipos de AVCi apresentados pelos pacientes do presente estudo, observou-se pior QV nos pacientes com os tipos de AVCi

TACS, melhor QV em pacientes com AVC dos tipos LACS e intermediária QV para os que tiveram AVCi PACS, POC.

Comprovaram-se então os achados do presente estudo, onde a maioria dos pacientes apresentou-se com boa QV, a maioria apresentou AVCi e com o subtipo LACS pela classificação de BAMFORD e por confirmar o que diz a literatura, que os pacientes com o subtipo TACS, apresentam pior prognóstico (BAMFORD et. al., 1991) e conseqüentemente pior QV.

6.4 ESTADIAMENTO CLÍNICO DOS PACIENTES COM BASE EM ESCALAS DE AVALIAÇÃO

No presente estudo, com os resultados da escala de Barthel tanto na primeira como na segunda avaliação a maioria apresentou-se com incapacidades leves, tanto na UAVC quanto no ambulatório de neurologia pelo estado físico e clínico dos pacientes.

Minosso *et. al.* (2010) em seu estudo de validação da escala de Barthel com idosos descreveram a classificação geral dos pacientes segundo o grau de dependência, conforme o Índice de Barthel (IB). Demonstraram que os idosos entrevistados eram, em sua maioria, independentes, pois 63% não necessitavam de qualquer ajuda para realizar as atividades básicas da vida diária; 23% apresentavam dependência moderada; 9% dependência leve; 3% dependência severa e apenas 2%, dependência total.

Fonseca e Penna (2008) em seu estudo sobre o perfil dos cuidadores de pacientes com AVC descreveram que todos os pacientes cuidados pelos entrevistados tinham sofrido apenas um episódio de AVC, apresentavam variados graus de dependência para realização das ABVDs, havendo desde pacientes com dependência total até aqueles com leve dependência e segundo escores obtidos pela escala de Barthel e relato dos cuidadores, a maioria dos pacientes era dependente para realização da higiene pessoal e banho e parcialmente dependente (necessidade de ajuda ou supervisão) para deambulação.

Assim como o IB, a escala Rankin modificada também é um instrumento de grande relevância na avaliação prognóstica, em nossa pesquisa, a maioria apresentou Rankin 4 (quatro) na primeira avaliação e na segunda avaliação Rankin 0 (zero) e 1 (um), respectivamente, denotando sempre uma melhora do paciente que

nos mostra também a importância de se reconhecer precocemente os sinais e sintomas do AVC e a procura ao atendimento em saúde, assim como, a qualidade do tratamento oferecido na UAVC com equipe multidisciplinar e de estar sendo acompanhado regularmente no ambulatório especializado de neurologia.

Em nosso estudo utilizou-se a versão modificada da escala e fez-se ainda uma correlação também já utilizada em outros estudos onde se diz que uma pontuação na escala de Rankin modificada menor/igual a 2 (dois) é indicativo de que o doente se encontra funcionalmente independente e uma pontuação maior que 2 (dois) é indicativo do estado funcionalmente dependente.

Silva (2013) em sua dissertação de mestrado sobre a avaliação funcional de doentes com diagnóstico de AVCi descreveu a utilização da escala de Rankin modificada, e assim como em nosso presente estudo, também fez uma correlação na escala de Rankin modificada onde valores menor/igual a 2 é indicativo de que o doente se encontra funcionalmente independente e uma pontuação maior que 2 é indicativo do estado funcionalmente dependente.

Silva (2013) analisou uma amostra de 533 pacientes, onde 279 eram do gênero masculino e 254 do gênero feminino. No gênero masculino 45,8% obtiveram pontuações menor que 2, encontrando-se funcionalmente independentes e 37,2% obtiveram pontuações maior que 2, encontrando-se funcionalmente dependentes. No gênero feminino 43,7% obtiveram pontuações maior que 2, encontrando-se funcionalmente dependente e 33,8% obtiveram pontuações menor que 2, encontrando-se funcionalmente independentes.

Ao realizarmos esta categorização dos valores de Rankin modificada utilizada por Silva (2013) nas pontuações dos pacientes do nosso presente estudo, obteve-se como resultados sempre pacientes funcionalmente independentes, pois conforme resultou a nossa pesquisa, os pacientes apresentaram pontuações 4, 1 e 0 (quatro, um e zero) nas avaliações sequenciais.

Observou-se também um maior número de pacientes com Rankin na categoria de 3 a 6 (três a seis) (55%) na primeira avaliação, ou seja, pacientes funcionalmente dependentes, enquanto, na segunda avaliação, a maior prevalência foi na categoria considerada com pontuação de 0 a 2 (zero a dois) (66,1%), pacientes funcionalmente independentes.

Concluiu-se então, uma chance de 12x maior do paciente apresentar melhora da primeira para segunda avaliação. Isto pode ser explicado pelo fato dos

pacientes da nossa amostra ter sido coletado obedecendo aos critérios de exclusão onde continha paciente grave sem condições clínicas de avaliação, entrevista e aplicação de escalas.

Assim como o Rankin, no presente estudo, o NIHSS também diminuiu com o passar das avaliações sequenciais, comparando a chegada ao HGF, a primeira avaliação e a segunda avaliação após três meses, configurou-se então, recuperação e melhora do estado de saúde dos pacientes.

No estudo de validação prospectivo de Saver *et. al.* (2010), assim como neste estudo, eles avaliaram pacientes com AVC usando as escalas do NIHSS, Rankin modificada e MEEM, a idade média dos pacientes foi de 71,5 anos, 48% eram do sexo feminino e o diagnóstico final foi AVCi em 66%, AVCh em 26% e AIT em 8%. Para o NIHSS obtiveram uma mediana de 3, já no MEEM, a pontuação mediana foi 29 e ao realizar a aplicação da escala Rankin modificada obtiveram a mediana de 2,0 que corresponde a incapacidades leves como em nosso presente estudo.

Costa, Silva e Rocha (2011) analisaram o estado neurológico de pacientes com AVC e observaram que média da gravidade clínica dos pacientes aferida pelo NIHSS foi 13. Considerou-se então, na avaliação inicial estado neurológico moderado fato este que corrobora com a necessidade de um bom entendimento do nível cognitivo destes pacientes para maior efetividade do tratamento.

Nesse sentido, alguns autores relataram que a pontuação final encontrado no NIHSS na data da admissão do paciente a terapia pode ajudar no planejamento da recuperação do doente, indicando a necessidade de cuidados em longo prazo que esse paciente necessitará.

Adams *et. al.* (1999), compararam pontuações do NIHSS como preditores de prognóstico no período de sete dias a três meses do AVCi. Concluíram que a pontuação do NIHSS fornece informação diagnóstica, podendo ser utilizada por médicos, paciente e familiar, permitindo também ser utilizado como critério de inclusão ou exclusão de pacientes em tratamento para AVC. Os dados demonstram que pacientes com comprometimento graves (pontuação do NIHSS maior que 15) têm menos de 20% de chance de obter uma recuperação excelente. Concluíram, então, que a pontuação do NIHSS é o mais importante fator na probabilidade de recuperação de um paciente após o AVCi. Uma pontuação maior prediz alta

probabilidade de morte ou grave incapacidade, enquanto que uma pontuação menor que seis prediz uma boa recuperação.

Um estudo transversal realizado por Panício *et. al.* (2014) acerca o conhecimento dos pacientes sobre AVC, descreveram o intervalo de tempo mediano entre o início dos sintomas para admissão hospitalar foi de 6,5 horas. Apenas 33,7% dos pacientes chegaram dentro das primeiras 4,5 horas após o início dos sintomas, 17,7% dos pacientes com AVCi foram tratados com trombólise intravenosa. Embora 66,2% dos pacientes conhecessem os sinais de AVC, apenas 7,8% tinham um tempo limitado na janela terapêutica.

Panício *et. al.* (2014) descreveram que pacientes que estavam cientes dos sinais e sintomas do AVC, não eram semelhantes em idade, nível educacional e renda familiar. Os pacientes conscientes da janela de tempo terapêutica possuíam maior rendimento familiar. Apenas 10,3% dos pacientes relataram ter recebido informações e um profissional de saúde (outras fontes incluem: televisão em 13,8%, família e amigos em 20,7%, internet em 6,9%, e outros em 48,3%).

Os pacientes com AVC prévio foram mais prováveis saberem sobre sinais e sintomas do AVC e chegaram mais cedo em ambulância e tiveram derrames mais graves (NIHSS 13). Grau de AVC medido pelo NIHSS foi o único preditor independente de chegada precoce por ambulância. Pois pacientes com função quase normal tendem a não procurar serviços médicos com urgência, são mais heterogêneos e têm limitações funcionais mais graves. (PANÍCIO *et. al.*, 2014).

Entendeu-se então, a importância da educação em saúde da população em geral e das campanhas de alerta para os sinais de AVC, como neste presente estudo, mostrou-se que o nível educacional influencia um melhor status funcional e compreensão da saúde, a renda familiar influencia na facilidade de acesso aos serviços de saúde.

O NIHSS então foi preditor da gravidade do AVC, conforme a gravidade do paciente. O NIHSS apresentou-se menor quando possivelmente mais rapidamente o serviço de emergência é solicitado, então, no presente estudo, pode ser mensurado de forma correta e eficaz para prosseguir nos cuidados ao paciente desde a admissão no serviço especializado até o retorno com três meses no acompanhamento ambulatorial, onde se pode observar sempre uma melhora clínica do paciente.

No estudo de Costa, Silva e Rocha (2011) eles analisaram o desempenho cognitivo de pacientes com AVC e constataram que a média do MEEM para os pacientes analfabetos foi 15,92 e para aqueles escolarizados foi 19,3. Observou-se então, que a média do MEEM ficou um pouco abaixo dos pontos de corte brasileiro proposto em sua validação, tanto para pacientes escolarizados quanto para analfabetos, evidenciando uma média cognitiva sugestiva de comprometimento nesta população.

Anderson *et. al.* (1994) em seu estudo de validação da classificação clínica de subtipos para AVC agudo descreveram que embora o sistema de classificação OCSP defina subgrupos de AVC com resultados diferentes, o risco de morte ou de dependência é melhor medida a partir de variáveis clínicas, tais como o nível de consciência, gravidade da paresia e incapacidade e a presença de incontinência urinária no início, que refletem a gravidade do déficit neurológico em vez dos mecanismos fisiopatológicos presumidos. Neste estudo, os pacientes comatosos, incontinentes ou com plegas graves apresentavam cerca de duas a três vezes o risco de morte ou deficiência um ano após o primeiro AVC em comparação com os pacientes com alerta, continente ou não parético, respectivamente, o que influencia diretamente na QV destes pacientes.

No presente estudo o maior número de indivíduos acompanhados na unidade básica estavam entre aqueles que antes do AVC usavam medicamentos prescritos e tiveram AVCi de subtipo TACS. Tal associação explicou-se pelo fato de se já faziam uso de medicamentos prescritos, certamente já realizavam acompanhamento médico, então permaneceram na assistência básica e possuíam o subtipo de AVCi mais grave.

No que concerne ao AVCh, o tipo de AVC menos relatado nos estudos anteriores assim como neste presente estudo, porém, não menos importante e impactante na vida do paciente acometido, Lavor, Agra e Nepomuceno (2011) descreveram em seu estudo a magnitude deste tipo de AVC e relataram que estes são provocados pelo sangramento no tecido cerebral, ventrículos ou espaços subaracnóides e que diferem entre si em relação a etiologia sintomas tratamento e complicações.

A hemorragia é caracterizada por uma queixa de cefaleia súbita, abrupta, de forte intensidade, em todo o crânio com persistência de vários dias e apresentando pouca melhora com analgésicos. Associado à cefaleia, o paciente

pode apresentar náuseas, vômitos, tonturas, mal-estar geral, convulsões, distúrbios vegetativos, além de perda do nível de consciência de curta duração e até coma. No AVCh, os fatores de risco modificáveis são similares aos do AVCi, como tabagismo, etilismo, HAS entre outros. Isto explica o achado de nosso estudo onde pacientes com AVCh são os que mais estavam em acompanhamento na AB. (LAVOR; AGRA E NEPOMUCENO, 2011).

Um estudo descritivo realizado em Belo Horizonte por Carvalho-Pinto e Faria (2016) com pacientes que faziam uso da AB, descreveu que a maioria dos participantes 72,7% relatou nunca ter recebido informações sobre AVC na unidade de saúde, ou em encontros domiciliares com profissionais da unidade de saúde, nem do Serviço de Saúde da Família. No entanto, 79,5% dos participantes declararam que acreditavam ser importante receber informações e esclarecimentos a fim de melhorar os cuidados de saúde.

Observou-se então que nível educacional e baixa renda podem ser fatores que limitam o acesso à informação sobre condições de saúde e a compreensão de prescrições, tratamentos e cuidado que as doenças crônicas, como AVC, exigem.

Yamamoto (2012) descreveu que o AVCh apresenta elevada morbimortalidade: mais que 1/3 dos pacientes morrem em 30 dias e apenas 1/5 recupera independência funcional após 6 meses. No entanto, a nossa experiência mostra que o AVCh ocorre em menores proporções que o AVCi e isso se deve possivelmente ao controle inadequado de seu principal fator de risco, a HAS.

Oliveira e Andrade (2001) descreveram que os AVChs representam aproximadamente 10% dos AVCs e tendem a ocorrer mais cedo que os infartos. São mais frequentes que a hemorragia subaracnóidea e mais agressivos que o AVCi. Alguns dados apontam mortalidade entre 30% e 50% no primeiro mês, metade das mortes ocorrendo nos primeiros dois dias. Após um mês, 10% apresentam vida independente e, após seis meses, 20%. A HAS e o aumento da idade são os principais fatores de risco para o AVCh. Existe discreta predileção por homens e negros jovens e de meia idade.

No presente estudo, ao associarmos a reabilitação com o subtipo de AVCi apresentado, observou-se que o maior número de pacientes que realizaram fisioterapia estavam entre os que apresentaram AVCi dos tipos TACS.

Para os que realizaram fonoaudiologia como reabilitação, houve uma maior frequência também entre aqueles que tiveram AVCi do Tipo TACS, nos mostrando que os pacientes com AVCi TACS, o subtipo mais grave, foram aqueles que mais precisaram e tiveram a oportunidade de realizar a reabilitação.

Neste estudo, observou-se uma taxa de trombólise de 28,6% da amostra pesquisada. A literatura vigente relata que quanto menor o tempo do ictus á procura ao atendimento de saúde e internação maior o número de trombólises realizadas, um achado diretamente relacionado ao menor tempo de chegada a unidade hospitalar de referência conforme critério para trombólise endovenosa.

Martins *et. al.* (2012) com a construção das Diretrizes para o tratamento do AVCi – Parte II: tratamento do AVC em 2012 firmou que quando administrado em 4 horas e 30 minutos após o acidente vascular cerebral, demonstrou-se que o ativador de plasminogênio tecidual recombinante (rt-PA) intravenoso diminui a incapacidade funcional em comparação com o placebo e se tornou um dos tratamentos específicos recomendados para o tratamento do AVCi agudo.

A taxa de trombólise total em nossos pacientes foi considerada boa levando em consideração que a maioria da população pesquisada era procedente de Fortaleza, porém, poderia ser melhor e mais eficaz, más, a população pesquisada apresentou-se com baixa escolaridade e condições socioeconômicas que dificultam o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do AVC e o acesso mais rápido ao serviço de saúde.

Em seu estudo de coorte realizado no Nordeste, Carvalho *et. al.* (2011) relataram uma menor taxa de trombólise, eles falaram que nos centros de referência de AVC no Brasil, a porcentagem de pacientes com acesso à trombólise são grandes, mas em alguns hospitais estratégicos e, principalmente, nos privados, localizados em regiões Sudeste e Sul, as regiões mais ricas do país, porém, a maioria dos pacientes com AVC são atendidos nos hospitais públicos, onde os protocolos para o uso da trombólise não estão rotineiramente disponíveis.

Outro obstáculo da trombólise no Brasil é a falta de conhecimento, indivíduos com maior nível de escolaridade, nível socioeconômico, cobertura de saúde privada, leigos sobre os sinais e sintomas do AVC levam a atrasos na internação. (CARVALHO *et. al.*, 2011).

Neste presente estudo destacou-se a importância do papel dos profissionais de saúde na recuperação funcional, melhoria da QV e acompanhamento sistemático do AVC em unidades de atenção básica.

No entanto, são extremamente importantes as ações primárias que se destinam a impedir a existência dos fatores de risco para o desenvolvimento de AVC e outras doenças crônicas incapacitantes e suas complicações e secundárias para o controle dos fatores de risco já existentes na população.

6.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação do estudo foi o curto tempo de acompanhamento dos pacientes.

Constatou-se também uma heterogeneidade dos sujeitos, baixa escolaridade e renda que afetam diretamente a qualidade de vida e a existência de medidas de prevenção secundária, assim como, ausência de um acompanhamento longitudinal no tratamento.

Portanto, torna-se importante a realização de novos estudos para melhor compreender as variáveis analisadas nas medidas de prevenção secundária, além de relacionar as variáveis da QV e controle dos fatores de risco, contribuindo, assim, para a melhora assistência, recuperação e atenção voltada a essas pessoas.

7 CONCLUSÃO

7.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES DO ESTUDO

A amostra dos pacientes do nosso estudo compôs-se na maioria de pacientes do sexo masculino, não pardos, idosos, com companheiros, aposentado ou pensionista ou recebia auxílio doença, procedentes da capital de Fortaleza, católicos, com uma renda familiar mensal de no máximo 2 (dois) salários mínimos e escolaridade de no máximo 8 (oito) anos de estudo.

7.2 IDENTIFICAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E FATORES DE RISCO DOS PACIENTES

Os principais fatores de risco encontrados foram HAS, DM e dislipidemia em maiores proporções, sedentarismo, tabagismo, etilismo e FA em proporções menores, mas não menos impactantes, como sendo condições que corroboram diretamente para o surgimento da doença. O tipo de AVC mais comum entre os pacientes da amostra foi o AVCi do tipo LACS seguido do TACS. Nas avaliações sequenciais das escalas específicas para AVC, obteve-se uma redução nos valores de Rankin modificada e NIHSS, configurando a melhora clínica do paciente.

Obteve-se baixa recorrência de um novo evento, porém, alto percentual de pacientes que foram á óbito também antes do retorno dos 3 (três) meses ao ambulatório de neurologia. Um aspecto importante também presente na maioria dos pacientes do nosso estudo foi a presença de um cuidador no processo de adaptação, reabilitação e tratamento.

A maioria dos pacientes apresentou boa pontuação na escala de Barthel que nos remete á incapacidades leves na realização das ABVDs, conseqüentemente boa QV. Porém, ao analisarmos o MEEM, detectou-se baixo estado mental pela baixa escolaridade da amostra pesquisada e condições sociais, que interfere diretamente na qualidade do cuidado, no acesso aos serviços de saúde, no controle dos fatores de risco modificáveis e estilo de vida, e acesso aos serviços de reabilitação que proporcionam uma melhor QV, melhoria das sequelas e diminuição do impacto nas ABVDs.

7.3 ADOÇÃO DE MEDIDAS DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

Quanto às medidas de prevenção secundária, observou-se regular acompanhamento ambulatorial, porém baixa adesão ao acompanhamento dos fatores de risco na atenção básica e a não realização de atividade física após o AVC. Outro aspecto avaliado que interfere diretamente na prevenção secundária e consequente realização do tratamento e acompanhamento dos fatores de risco da forma correta são as dificuldades de acesso aos serviços do SUS, onde a maioria relatou não comparecer aos serviços de AB pelo “serviço ser ruim” (sic).

Detectou-se grande porcentagem de pacientes que realizaram trombólise endovenosa. Com relação às medidas de reabilitação, a fisioterapia foi mais utilizada, tanto pelas necessidades apresentadas pelos pacientes onde as sequelas mais relatadas foram as dificuldades motoras, como por ser a atividade de reabilitação de mais fácil acesso no serviço SUS.

7.4 ADESÃO A TERAPIA DE MEDICAÇÃO ORAL DOS PACIENTES

Em relação à adesão a terapia medicamentosa medida pela escala MAT que também é tida como medida de prevenção secundária obteve-se uma boa adesão por parte dos pacientes com taxa de 89,4% dos pacientes considerados aderentes ao tratamento.

7.5 ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS COM A ADESÃO A TERAPIA MEDICAMENTOSA ORAL COMO MEDIDA DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E A QUALIDADE DE VIDA

Ao analisarmos as características clínicas apresentadas pelos pacientes antes do evento cerebrovascular, observou-se que os pacientes que não faziam uso de medicamentos para HAS, DM, dislipidemia e não eram tabagistas estavam mais presentes na categorização de Rankin 0 a 2 (zero a dois). Os que faziam uso das referidas medicações e eram tabagistas estavam mais presentes na piora classificação da escala Rankin modificada 3 a 6 (três a seis). Esta relação dos fatores de risco com o Rankin se explica pelo fato de que menos fatores de risco geram melhor funcionalidade e consequente melhor Rankin na avaliação dos

pacientes. Já comparando o Rankin com Barthel e NIHSS observou-se que os pacientes com incapacidades muito graves estavam 100% na categoria de pior Rankin (3-6) e os pacientes com piores valores de NIHSS também se encontravam em maior número na categoria do Rankin 3 a 6(três a seis).

Observou-se que o maior número de indivíduos acompanhados na unidade básica estava entre aqueles que antes do AVC usavam medicamentos prescritos e que haviam sofrido AVCi do tipo TACS. Tal associação se explica pelo fato de se já faziam uso de medicamentos prescritos, certamente já realizavam acompanhamento médico, então permaneceram na assistência básica e estes ainda possuíam o subtipo mais grave de AVCi.

Constatou-se ainda que o maior número de pacientes que realizaram fisioterapia estavam entres os que apresentaram AVCi dos tipos TACS e LACS. Para os que realizaram fonoaudiologia como reabilitação, também houve uma maior frequência entre aqueles que tiveram AVCi do Tipo TACS.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se a importância do controle dos fatores de risco, assim como, do serviço de ambulatório de referência neurológica, da reabilitação para melhora das sequelas, conseqüente melhor QV e realização das ABVDs e a influência do nível de instrução educacional e condições socioeconômicas do paciente e sua família, assim como, o conhecimento do cuidado e acesso ao serviço em saúde e acesso ao SUS.

Torna-se imprescindível um acompanhamento multidisciplinar em saúde, assim como, a importância da educação em saúde da população, para que os primeiros sinais de um AVC sejam reconhecidos precocemente a fim de minimizar os danos ocasionados pela patologia.

Diante do exposto, torna-se indispensável à efetivação prática da Lei 8080/90 que preconiza a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ressalta-se ainda, a importância da educação em saúde, das necessidades de melhorias ou modificações nas estratégias de políticas de saúde em relação ao AVC, como realização de campanhas educativas nas escolas, postos de saúde e hospitais e sugere-se ainda que mais estudos sejam realizados nesta temática que engloba prevenção, tratamento, reabilitação e QV de pacientes com AVC, estudos que analisem variáveis que colaborem com desfechos para a ampliação do cuidado em Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS

ADAMS, H.P. et al. Baseline NIH stroke scale score strongly predicts outcome after stroke: a report of the trial of org 10172 in acute stroke treatment (TOAST).

Neurology, v. 53, p. 126-131, 1999.

ANDERSON, C. S. et al. Validation of a clinical classification for subtypes of acute cerebral infarction. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, v. 57, p. 1173-1179, 1974.

ARAÚJO, F. et al. Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Qualidade de vida**, v. 25, n. 2, dez. 2007.

ARAUJO, D. V. et al. Análise de custo-efetividade da trombólise com alteplase no Acidente Vascular Cerebral. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, n. 1, p. 12-20, jul. 2010.

ÅSBERG, S. et al. Ischemic stroke and secondary prevention in clinical practice. **Stroke**, v. 41, p. 1338-1342, 2010.

ASDAGHI, N. et al. Oxfordshire community stroke project classification poorly differentiates small cortical and subcortical infarcts. **Stroke**, v. 42: p. 2143-2148, 2011.

BAMFORD, J. et al. Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. **Lancet**, v. 337, n. 8756, p. 1521-1526, 1991.

BARROSO, E. B. Public health strategies could reduce the global stroke epidemic. **The Lancet Neurology**, London, v. 9, set. 2010.

BERTOLUCCI, P. H. et al. O Mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuro-Psiquiatr.**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 510/2016**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Linha de cuidados em acidente vascular cerebral (AVC) na rede de atenção às urgências e emergências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Portal Brasil. **Acidente vascular cerebral**. 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/acidente-vascular-cerebral-avc>>. Acesso em: 23 jan. 2017.

BRITO, R. G. et al. Instrumentos de avaliação funcional específicos para o acidente vascular cerebral. **Rev Neurocienc**, v. 21, n. 4, p. 593-599, 2013.

BRUCKI, S. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 3, p. 777-781, 2003.

CAMPOS, T. F. et al. Grau neurológico e funcionalidade de pacientes crônicos com acidente vascular cerebral: Implicações para a prática clínica. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 21, n. 1, p. 28-33, jan./mar. 2014.

CANUTO, M. A. O.; NOGUEIRA, L. T.; ARAÚJO, T. M. E. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. 2016. **Acta Paul Enferm.**, v. 29, n. 3, p. 245-52, 2016.

CARVALHO, A. R. S. et al. Adaptação e validação de uma medida de adesão à terapia de anticoagulação oral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, maio/jun. 2010.

CARVALHO, J. J. F. et al. Stroke epidemiology, patterns of management, and outcomes in Fortaleza, Brazil: a hospital-based multicenter prospective study. **Stroke**, v. 42, n. 33, p. 3341-3346, dez. 2011.

CARVALHO-PINTO, B. P. B.; FARIAS, C. D. C. M. Health, function and disability in stroke patients in the community. **Braz J Phys Ther.**, v. 20, n. 4, p. 355-366, jul./ago. 2016.

CAVALCANTE, T. F., M. R. P.; ARAUJO, T. L.; LOPES, M. V. O. Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 703-708, jul./ago. 2010.

CHAVES, M. L. F. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. **Rev. Bras. Hipertens**, v. 4, p. 372-382, 2000.

COSTA, A. M.; DUARTE, E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida de pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral isquêmico. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento**, v. 10, n. 1, p. 47-54, 2002.

COSTA, F. A.; SILVA, D. L. ARAÚJO; R., V. M. Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 5, p. 1083-1088, 2011.

DELFIM, L. V. V. et al. A Percepção de Enfermeiros sobre o atendimento de pacientes com Acidente Vascular Encefálico Agudo. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 6, n. 9, set. 2012.

DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, saúde e doenças**, v. 2 n. 2, p. 81-100, 2001.

EDITORIAL INTERNATIONAL WOMEN'S DAY. For the AHA/ASA guidelines. Sex differences and stroke prevention. **Lancet**, v. 383, p. 245–255, 2014.

ESENWA, C.; GUTIERREZ, J. Secondary stroke prevention: challenges and solutions. **Vascular Health and Risk Management**, v. 11, p. 437-450, 2015.

FÁBIO, S. A R. C.; MASSARRO, C. H. C. **Programa de aperfeiçoamento continuado no tratamento do acidente vascular cerebral: pacto AVC**. 2. ed. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, 2009.

FALCÃO, I. V. et al. Acidente vascular cerebral precoce: Implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 1, p. 95-101, jan./mar. 2004.

FERNANDES, D. R. Caracterização de pacientes com doença cerebrovascular: uma avaliação retrospectiva. **Cad. Pesq.**, São Luís, v. 20, n. 1, jan./abr. 2013.

FERNANDES, G. T. et al. Os níveis de ensino e a dependência funcional dos sobreviventes de AVC isquêmico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1581-1590, ago. 2012.

_____. Early stroke case-fatality rates in three hospital registries in the Northeast and Southeast of Brazil. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 70, n. 11, p. 869-873, ago. 2012.

FILIPPIN, N. T. Relação da qualidade de vida com fatores clínicos, sociodemográficos e familiares de sujeitos pós-acidente vascular encefálico, 2013. **Fisioterapia Brasil**, v. 14, n. 2, mar./abr. 2013.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatr. Res.**, v. 12, n. 3, p. 189-198, nov.1975.

FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1175-1180, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

GUZIK, A. M. Y.; BUSHNELL, C. Stroke epidemiology and risk factor management. **Continuum Journal.com.**, v. 23, n. 1, p. 15-39, 2017.

HANKEY, G. J. Secondary stroke prevention. **Lancet Neurol**, v. 13, fev. 2014.

HART, C. L.; HOLE, D. J.; SMITH, G. D. Comparison of risk factors for stroke incidence and stroke mortality in 20 years of follow-up in men and women in the renfrew/paisley study in scotland. **Stroke**, v. 31, p.1893-1896, 2000.

HIDEAKI, T. E. I. *et al.* Deteriorating Ischemic Stroke in 4 Clinical Categories Classified by the Oxfordshire Community Stroke Project. **Stroke**, v. 31, p. 2049-2054, 2000.

KREMER, C., JEONSSON, A. C., E. K. J. Outcome of men and women after atrial fibrillation and stroke. **Acta Neurol Scand**, v. 132, n. 2, p.125-131, nov. 2015.

LACKLAND, D. T. Factors influencing the decline in stroke mortality. **Stroke**, v. 45, p. 315-353, 2014.

LAURINAVICIUS, A. G.; SANTOS, R. D. Dislipidemia, estatinas e insuficiência renal crônica. **Rev. Bras. Hipertens**, v.15, n. 3, p.156-161, 2008.

LAVOR, Í. G.; AGRA, G.; NEPOMUCENO, C. M. Perfil dos casos de acidente vascular cerebral registrados em uma instituição pública de saúde em campina grande - PB. 2011. **Rev. Tema**, Campina Grande, v. 12, n. 17, jul./dez. 2011.

LENORE, N. J. et al. Risk factor modification in stroke prevention: the experience of a stroke clinic. **Stroke**, v. 30, p. 16-20, 1999.

LEITE, R. H.; NUNES, A. P. N.; CORREA, C. L. Perfil epidemiológico e qualidade de vida dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 15, n. 1, p. 15-21, jan./abr. 2011.

LIMA, R. C. M. et al. Propriedades psicométricas da versão brasileira da escala de qualidade de vida específica para acidente vascular encefálico: aplicação do modelo *Rasch*. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 12, n. 2, p.149-56, mar./abr. 2008.

LONGO, A. L.; MORO, C. H. C.; CABRAL, N. L. Trombólise endovenosa com Alteplase em AVC Isquêmico: experiência em 27 casos, Joinville-SC. **Revista Neurociências**, v. 12, n. 3, jul./set. 2004.

LUITSE, M. J. A. et al. Diabetes, hyperglycaemia, and acute ischaemic stroke. **Lancet Neurol.**, v. 11, p. 261–271, 2012.

MAKITA, A. I. et al. Validation of a stroke symptom questionnaire for epidemiological surveys. **São Paulo Med J.**, São Paulo, v. 128, n. 4, p. 225-231, 2010.

MARTINS, S. O. C. et al. Guidelines for acute ischemic stroke treatment. Part II: Stroke treatment. **Arq Neuropsiquiatr.**, v. 70, n. 11, p. 885-893, 2012.

MEAD, G. E. et al. How well does the oxford shire community stroke project classification predict the site and size of the infarct on brain imaging? 2000. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, v. 68, p. 558-562, 2000.

MINOSSO, J. S. M. et. al. Validação, no Brasil, do índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-23, 2010.

MOREIRA, N. R. T. L. Qualidade de vida em indivíduos acometidos por Acidente Vascular Cerebral. **Rev Neurocienc.**, v. 23, n. 4, p. p. 530-53, 2015.

OLIVEIRA, L. D. **Acidente vascular cerebral**. Belo Horizonte: UFMG, 2007. Disponível em: <<http://www.ciape.org.br>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

OLIVEIRA, R. M. C.; ANDRADE, L. A. F. Acidente vascular cerebral. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 8, n. 3, jul./set. 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual dos passos do acidente vascular cerebral**: mar./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

O'SULLIVAN, S. B.; SCHIMITZ, T.J. **Fisioterapia**: avaliação e tratamento. São Paulo: Manole, 2005.

PANÍCIO, M. I. et al. The influence of patient's knowledge about stroke in Brazil: a cross sectional study. **Arq Neuropsiquiatr.**, v. 72, n. 12, p. 938-941, 2014.

PAWLOWSKI, J. et. al. Avaliação neuropsicológica breve de adultos pós-acidente vascular cerebral em hemisfério esquerdo. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá, v. 31, n. 1, p. 33-45, 2013.

PIMENTA, C. P. **Prevenção das doenças cerebrovasculares no Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde**. 2009. 231 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PINTO, M. T.; RIVIERE, A. P.; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, jun. 2015.

PONTES-NETO, O. M. et al. Stroke awareness in Brazil: alarming results in a community based study. **Stroke**, v. 39, p. 292-296, 2008.

PRINS, M. H. et al. Multinational development of a questionnaire assessing patient satisfaction with anticoagulant treatment: the “Perception of Anticoagulant Treatment Questionnaire” (PACT-Q©). **Health Qual Life Outcomes**, v. 7, n. 9, 2009.

RANGEL, E. S. S; BELASCO, A. G. S; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paul. Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 205-212, 2013.

RIBEIRO, K. S. Q. S. et al. Perfil de usuários acometidos por acidente vascular cerebral adscritos à estratégia saúde da família em uma capital do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, supl. 2, p. 35-44, 2012.

ROLIM, C. L. R. C., MARTINS, M. Qualidade do cuidado ao acidente vascular no SUS. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2106-2116, nov. 2011.

SAVER, J. L. et al. Improving the reliability of stroke disability grading in clinical trials and clinical practice: the rankin focused assessment (RFA). 2010. **Stroke**, v. 41, n. 5, p. 992–995, maio 2010.

SHERZAI, A. Z.; ELKIND, M. S.V. Advances in stroke prevention. **Ann N Y Acad Sci.**, p.1-15, mar. 2015.

SILVA, A. S.; COELHO, D. M.; DINIZ, G. C. Qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise em um hospital público de Betim, Minas Gerais. **Sinapse Múltipla**, v.1 n. 2, p. 103-113, dez. 2012.

SILVA, C. A. M. **Avaliação do estado funcional dos doentes admitidos num hospital regional com diagnóstico de AVC isquêmico**: experiência profissionalizante na vertente de farmácia comunitária, hospitalar e investigação. 2013. 142 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade da Beira do Interior, Covilhã, 2013.

SILVA, S. M. Comparison of quality-of-life instruments for assessing the participation after stroke based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). **Braz J Phys Ther.**, v. 17, n. 5, p. 470-478, set./out. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de arritmias: diretrizes de fibrilação atrial. **Arq Bras Cardiol.**, v. 81, p. 1-242, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.**, v. 107, n. 3, supl. 3, set. 2016 .

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. In: MILECH, A. et. al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016**. São Paulo: A. C. Farmacêutica, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE. **Arq Bras Cardiol.**, v. 101, supl.1, p. 1-22, 2013.

SOUSA-PEREIRA, S. R. et al. Acidente vascular encefálico em adultos jovens: análise de 44 casos. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 4, p. 514-518, 2010.

STEWART, S, H. C. L.; HOLE, D. J.; MCMURRAY, J. J. A population- based study of the long term risks associated with atrial fibrillation: 20 years follow-up of the Renfrew/ Paisley study. **Am J Med.**, v.113, p. 359-369, 2002.

TZIOMALOS, K. et al. Type 2 diabetes is associated with a worse functional outcome of ischemic stroke. **World J Diabetes**, v. 5, n. 6, p. 939-944, dez. 2014.

VIDMAR, M. F. et al. Atividade física e qualidade de vida em idosos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 3, p. 417-424, set./dez. 2011.

WEI, J. et al. Secondary prevention of ischemic stroke in urban China. **Stroke**, v. 41, p. 967-974, 2010.

WILLIAMS, L. S. et al. Development of a stroke-specific quality of life scale. **Stroke**, v. 30, n. 7, p. 1362-1369, 1999.

YAMAMOTO, F. I. Ischemic stroke in young adults: an overview of etiological aspects. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 70, n. 6, p. 462-466, jun. 2012.

ZHANG, P. et al. Use of intravenous thrombolytic therapy in acute ischemic stroke patients: evaluation of clinical outcomes. **Cell Biochem Biophys**, v. 72, n. 1, p. 11-17. jan. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: Prevenção Secundária e Qualidade de Vida em pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral em uma região do Nordeste brasileiro, que está sob a responsabilidade do pesquisador: Tamires Layane de Lima e do orientador: Prof. Dr. Pedro Braga Neto e tem como objetivos: Analisar a associação entre as características sociodemográficas e clínicas, a qualidade de vida e adesão ao tratamento como medida de prevenção secundária de um novo AVC. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer momento do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas conforme o seu consentimento. Esta pesquisa poderá trazer benefícios à população pesquisada quanto à importância de conhecer o seu tratamento e as medidas para se evitar um novo evento de AVC também chamado de Derrame Cerebral e conseqüentemente melhora na sua qualidade de vida e recuperação, mas poderá trazer riscos mínimos do tipo desconforto, incomodo, ansiedade, vergonha e cansaço ao paciente no momento da coleta de dados, porém, os pesquisadores se responsabilizam e garantem sua resolução buscando assistência de profissionais de saúde para sua segurança e bem estar se for de seu interesse. A coleta acontecerá em dois momentos do tratamento, o primeiro momento ocorrerá na Unidade de AVC, e o paciente terá que responder um questionário com seus dados pessoais, de tratamento, estilo de vida e medicações utilizadas, sendo estas complementadas com registros dos prontuários, além de responder a algumas escalas que irão medir a gravidade da lesão de seu Derrame Cerebral e suas incapacidades nas atividades do dia-a-dia, já o segundo momento ocorrerá três meses após a alta da Unidade de AVC, onde o paciente terá que retornar ao ambulatório de neurologia do Hospital Geral de Fortaleza para dar continuidade a coleta, neste momento ele será novamente avaliado pelo pesquisador e médico responsável pelo serviço e terão que responder o restante do questionário que trazem perguntas sobre seu tratamento e vida após a alta médica, tendo que responder também mais algumas escalas que avaliarão como está novamente sua lesão, sua qualidade de vida, reabilitação, realização nas tarefas do dia-a-dia e adesão ao tratamento medicamentoso. Este segundo momento ficará previamente agendado logo no momento da alta e haverá o registro fidedigno dos contatos de telefone para que possamos nos manter comunicados no decorrer destes três meses. Caso o paciente no momento da coleta esteja já com sequelas que o incapacite e impossibilite-o de falar, será inserido seu acompanhante/cuidador responsável para que o mesmo responda aos questionamentos e informações necessárias a pesquisa e solicitaremos que este mesmo que participar da primeira coleta, venha acompanhar o paciente no momento do encontro de retorno para segunda coleta e avaliação.

A sua participação é de caráter **voluntário**, isto é, a qualquer momento o (a) Sr. (a) pode recusar-se a responder qualquer pergunta e poderá entrar em contato com a responsável pela pesquisa pelo telefone (85) 9927-9525, sempre que houver alguma dúvida em relação á pesquisa. Suas recusas não trarão nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é feito em duas vias, no qual o Sr. (a) terá uma cópia. O (a) Sr. (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza - HGF (85) 3101-7078 .

Fortaleza, ___/___/___

Participante da pesquisa

Digitais caso não assine:

Acompanhante/Cuidador responsável

Pesquisador



APÊNDICE B – Termo de Fiel Depositário



TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, [assinatura], Gerente do Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC) fiel depositário(a) dos prontuários e da base de dados dessa Instituição, Hospital Geral de Fortaleza (HGF), declaro que TAMARES WAYNE DE LIMA

está autorizado a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO EM UMA REGIÃO DO NORDESTE BRASILEIRO sob a responsabilidade do orientador PEDRO BRAGA NETO.

cujo objetivo geral é ANALISAR A ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS A QUALIDADE DE VIDA A DESERVAÇÃO AO TRATAMENTO E AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DE UM NOVA JARU.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos do sujeito, dentre outros, assegurados pela Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

- 1- Assegurar a confidencialidade e a privacidade, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades;
- 2- Assegurar que o material e os dados obtidos na pesquisa sejam utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo de pesquisa;
- 3- Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;

Informo-lhe ainda, que o acesso aos prontuários somente será permitido após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza (CEP-HGF), para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência e justiça.

Fortaleza, 08 de Jan de 2016

[assinatura]

APÊNDICE C – Resumo do Processo de Coleta e Análise dos Dados

Estudo de...	Instrumento a ser aplicado	Objetivo do instrumento	Variáveis contidas no instrumento	Quem responderá	Como ocorreu sua análise
Características socioeconômicas e clínicas.	Questionário com variáveis socioeconômicas e clínicas.	Caracterização da clientela.	<p>Socioeconômicas: sexo, idade, estado civil, renda e escolaridade;</p> <p>Clínicas: fatores de risco cerebrovasculares (hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, sedentarismo e consumo de álcool), auto referência clínica e estilo de vida.</p>	Pacientes acometidos por primeiro AVC e dados a serem preenchidos com a pesquisa no prontuário.	Distribuição equitativa dos dados (IC 95%); Teste de Lilliefors;
Características clínicas.	AVC (NIHSS)	Avalia tamanho e gravidade da lesão, bem como do prognóstico de pacientes acometidos por AVC.	Gravidade da lesão e Prognóstico.	Pacientes acometidos por primeiro AVC.	Teste de Friedman. Letras sobrescritas diferentes correspondem a valores estatisticamente diferentes pelo teste pos hoc de Dunn-Bonferroni;

Características clínicas.	Escala de Rankin modificada de evolução funcional após AVC.	Mensurar o grau de incapacidade e dependência nas atividades da vida diária em pacientes acometidos por AVC.	Incapacidade e dependência nas atividades da vida diária.	Pacientes acometidos por primeiro AVC.	Teste de Homogeneidade marginal; Teste dos postos assinalados de Wilcoxon; Qui-quadrado de McNemar;
Qualidade de vida (QV).	Escala de Qualidade de Vida Específica para AVC (EQVE-AVC).	Escala específica de avaliação da qualidade de vida em pacientes após AVC.	Qualidade de vida e domínios para as atividades do dia-a-dia.	Pacientes acometidos por primeiro AVC.	Teste de Lilliefors;
ABVD	Índice de Barthel (IB)	“Quantificar” e monitorizar a (in)dependência dos indivíduos para a realização das ABVD.	(In) dependência dos indivíduos para a realização das ABVD.	Pacientes em tratamento após primeiro AVC ou acompanhante responsável.	Teste de Homogeneidade marginal;

Medida da Adesão ao Tratamento (MAT)	Teste de Medida da Adesão ao Tratamento.	Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso como medida de prevenção secundária avaliam o comportamento do paciente em relação ao uso diário da medicação.	Regularidade na terapia medicamentosa oral.	Pacientes em tratamento após primeiro AVC ou acompanhante responsável.	Teste de Liliefors;
Exame do Estado Mental.	Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), de acordo com a escolaridade.	Rastrear o comprometimento cognitivo, o seguimento evolutivo das doenças e o monitoramento das respostas ao tratamento ministrado.	Memória, domínios, atenção e escrita.	Pacientes acometidos por primeiro AVC.	Teste de Liliefors;

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento para Coleta de Dados

Questionário Individual

Prevenção secundária em pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral em uma unidade de atendimento especializado em Neurologia de referência do Ceará

Data: _____ **(INTERNAÇÃO) – 1º MOMENTO**

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- Nome: _____
- Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____
- Sexo: _____
- Cor da pele: parda () não parda ()
- Cidade: _____ Estado: _____
- Telefone: _____
- Estado Civil: () com companheiro () sem companheiro
- Religião: _____
- Nível de instrução: _____(converter para anos de estudo)
- Ocupação: _____ () atual () anterior ao AVC
- Renda Familiar: _____ (em salários mínimos)
- Nº de pessoas na família: _____

2. DADOS CLÍNICOS

- Data da Internação: ____/____/____
- Medicamentos utilizados anteriormente ao AVC:

- Usa medicamentos sem prescrição: () sim () não
- Historia Familiar de AVC: () sim () não
- Comorbidades: ()HAS ()DM
()tabagismo ()etilista
()DCV ()IRC ()outras _____

- Diagnóstico: AVC: () hemorrágico () isquêmico
- Subtipo de AVCi: _____
- Data do episódio: _____
- Tempo de estadia hospitalar: _____
- Queixa Principal: _____
- NIHSS admissional: _____

Aplicação das escalas:

- 1- National Institute of Health para Avaliação na fase aguda do AVC (NIHSS);
- 2- Escala de Rankin Modificada
- 3- Índice de Barthel

2º MOMENTO

3. AVALIAÇÃO PÓS-ALTA

- Data da consulta: ___ / ___ / ___
- Por telefone: () sim () não
- Se não, verificar Pressão Arterial: _____
- Episódio de novo AVC: () sim () não
- Acompanhamento e controle dos fatores de risco:
 - hipertensão arterial: () sim () não
 - diabetes mellitus: () sim () não
 - dislipidemia: () sim () não
 - tabagismo: () sim () não
 - etilismo: () sim () não
 - sedentarismo: () sim () não
- Acompanhamento ambulatorial: () sim () não
- Acompanhamento na atenção básica: () sim () não
- Medicamentos em uso atualmente:

- Uso regular dos medicamentos: () sim () não
- Faz reabilitação: () fisioterapia () fonoaudiologia
() TO () outros _____

- Doenças associadas: _____
- Órteses e/ou dispositivos de auxílio à marcha:

- Incontinência urinária: () sim () não
- Déficit visual : () sim () não

4. AUTORREFERÊNCIAS

- Após o AVC teve?
() Queda(Caiu) () Pneumonia () Depressão () úlceras ou feridas na pele
() Infecções Urinárias () Dor em alguma articulação
- O Sr(a)...() Anda independente () Anda em casa, mas na vizinhança tem necessidade de supervisão () Anda apenas em casa () Não anda, incapacidade absoluta para deambulação.
- Depois do AVC o Sr(a) apresentou alguma dificuldade ou fraqueza para?
() movimentar os braços () para movimentar as pernas () mastigar e engolir
() para falar () com a sua memória () com a sua visão () continência urinária
() continência fecal .
- Caso tenha assinalado presença de incontinência urinária ou fecal, responda se por causa desse problema o Sr(a) costuma usar:
() fralda () forro de proteção(absorvente) () forro de proteção na cama () não usa nada.
- Caiu alguma vez? () Sim () Não
- Quantas vezes caiu no último mês?
() nenhuma () Uma vez () Duas vezes ou mais
- Após o AVC, precisou ficar internado? Sim () Não ()
Motivo? _____
- Quanto às sequelas ou complicações após o AVC interferem em suas atividades diárias? () muito () pouco () nada
- O Sr(a) tem plano de saúde, além do SUS? () Sim () Não

- O Sr(a) tem alguma dificuldade para acessar/ usar serviços de saúde, quando precisa? () sim () não
- Se sim, qual o motivo? () Falta de transporte () não tem companhia () falta recurso financeiro () não consegue ir devido as barreiras arquitetônicas () O serviço é ruim () outro
- Sr(a) faz algum tipo de tratamento de reabilitação por causa do AVC ou suas complicações? Sim () Não ()
- Se não, responder porquê? () Não sentiu necessidade () não foi orientado, nem encaminhado pela equipe de saúde a procurar reabilitação () não tinha ninguém para me levar ,falta de acompanhante () falta de transporte () não conseguiu vaga () outro motivo.
- A sua casa recebeu algum tipo de adaptação depois do AVC? () sim () não.
- Se sim, qual? () Barras () rampas () mudança na disposição dos móveis () adaptações no banheiro como altura do vaso () outros
- Essa adaptação foi orientada por algum profissional? () Sim () Não
- O Sr(a) tem cuidador? () Sim () Não
- Se sim, Quem o Sr(a) considera seu cuidador principal?
() Cônjuge/ companheiro(a) () Filho(a)/Enteado(a) () Neto (s) () Irmã (os)
() genro/ nora () outros familiares e amigos () pessoa contratada

Aplicação das escalas:

1. Escala de Rankin Modificada
2. Escala de Qualidade de Vida Específica para AVE (EQVE-AVC)
3. National Institute of Health para Avaliação do AVC (NIHSS);
4. Índice de Barthel
5. Teste de Medida da Adesão ao Tratamento (MAT);
6. Mini-Exame do Estado Mental – MEEM.

ANEXO B – Escala do National Institute of Health para Avaliação do AVC (NIHSS)

Instrução	Definição da Tabela	Escore
<p>1a. Nível de Consciência</p> <p>O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um 3 é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.</p>	<p>0 = Alerta; reponde com entusiasmo.</p> <p>1 = Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage.</p> <p>2 = Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados).</p> <p>3 = Responde somente com reflexo motor ou reações autonômicas, ou totalmente irresponsivo, flácido e arreflexo.</p>	
<p>1b. Perguntas de Nível de Consciência.</p> <p>O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta – não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou esturpor que não compreendem as perguntas irão receber 2. Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão um 1. É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não “ajude” o paciente com dicas verbais ou não verbais.</p>	<p>0 = Responde ambas as questões corretamente.</p> <p>1 = Responde uma questão corretamente.</p> <p>2 = Não responde nenhuma questão corretamente.</p>	
<p>1c. Comandos de Nível de Consciência</p> <p>O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada.</p>	<p>0 = Realiza ambas as tarefas corretamente.</p> <p>1 = Realiza uma tarefa corretamente.</p> <p>2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.</p>	

<p>2. Melhor olhar conjugado</p> <p>Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada.</p> <p>Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o escore será 1. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (NC III, IV ou VI), marque 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador.</p> <p>Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.</p>	<p>0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar. Este escore é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. 2 = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.</p>	
<p>3. Visual</p> <p>OS campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente deve ser encorajado, mas se olha para o lado do movimento dos dedos, deve ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou e nucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Marque 1 somente se uma clara assimetria, incluindo quadrantanopsia, for encontrada. Se o paciente é cego por qualquer causa, marque 3. Estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver uma extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.</p>	<p>0 = Sem perda visual. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</p>	
<p>4. Paralisia Facial</p> <p>Pergunte ou use pantomima para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou sorrir e fechar os olhos. Considere a simetria de contração facial em resposta a estímulo doloroso em paciente pouco responsivo ou incapaz de compreender. Na presença de trauma /curativo facial, tubo orotraqueal, esparadrapo ou outra barreira física que obscureça a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>	<p>0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial leve (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial total ou quase total da região inferior da face). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior da face).</p>	

<p>5. Motor para braços</p> <p>O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas para baixo) a 90o (se sentado) ou a 45o (se deitado). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pelo braço não-parético. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no ombro, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém o braço 90o (ou 45o) por 10 segundos completos.</p> <p>1 = Queda; mantém o braço a 90o (ou 45o), porém este apresenta queda antes dos 10 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte.</p> <p>2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço não atinge ou não mantém 90o (ou 45o), cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade.</p> <p>3 = Nenhum esforço contra a gravidade; braço despenca.</p> <p>4 = Nenhum movimento.</p> <p>NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p> <p>5a. Braço esquerdo 5b. Braço direito</p>	<p>D</p>
<p>6. Motor para pernas</p> <p>A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30o (sempre na posição supina). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pela perna não-parética. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no quadril, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém a perna a 30o por 5 segundos completos.</p> <p>1 = Queda; mantém a perna a 30o, porém esta apresenta queda antes dos 5 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte.</p> <p>2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna não atinge ou não mantém 30o, cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade.</p> <p>3 = Nenhum esforço contra a gravidade; perna despenca.</p> <p>4 = Nenhum movimento.</p> <p>NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p> <p>6^a. Perna esquerda 6^b. Perna direita</p>	<p>D</p>
		<p>E</p>

<p>7. Ataxia de membros</p> <p>Este item é avaliado se existe evidência de uma lesão cerebelar unilateral. Teste com os olhos abertos. Em caso de defeito visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes índex-nariz e calcanhar-joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, somente, se for desproporcional à fraqueza. A ataxia é considerada ausente no paciente que não pode entender ou está hemiplégico. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulações, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha. Em caso de cegueira, teste tocando o nariz, a partir de uma posição com os braços estendidos.</p>	<p>0 = Ausente. 1 = Presente em 1 membro. 2 = Presente em dois membros. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____ _____</p>	
<p>8. Sensibilidade</p> <p>Avalie sensibilidade ou mímica facial ao beliscar ou retirada do estímulo doloroso em paciente torporoso ou afásico. Somente a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é registrada como anormal e o examinador deve testar tantas áreas do corpo (braço [exceto mãos], pernas, tronco e face) quantas forem necessárias para checar acuradamente um perda hemisensitiva. Um escore de 2, "grave ou total" deve ser dado somente quando uma perda grave ou total da sensibilidade pode ser claramente demonstrada.</p> <p>Portanto, pacientes em esturpor e afásicos irão receber provavelmente 1 ou 0. O paciente com AVC de tronco que tem perda de sensibilidade bilateral recebe 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, marque 2. Pacientes em coma (item 1ª=3) recebem arbitrariamente 2 neste item.</p>	<p>0 = Normal; nenhuma perda. 1 = Perda sensitiva leve a moderada; a sensibilidade ao beliscar é menos aguda ou diminuída do lado afetado, ou há uma perda da dor superficial ao beliscar, mas o paciente está ciente de que está sendo tocado. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>	
<p>9. Melhor linguagem</p> <p>Uma grande quantidade de informações acerca da compreensão pode ser obtida durante a aplicação dos itens precedentes do exame. O paciente é solicitado a descrever o que está acontecendo no quadro em anexo, a nomear os itens na lista de identificação anexa e a ler da lista de sentença anexa. A compreensão é julgada a partir destas respostas assim como das de todos os comandos no exame</p>	<p>0 = Sem afasia; normal. 1 = Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressão ou forma de expressão. A redução do discurso e/ou compreensão, entretanto, dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material</p>	

<p>neurológico geral precedente. Se a perda visual interfere com os testes, peça ao paciente que identifique objetos colocados em sua mão, repita e produza falas. O paciente intubado deve ser incentivado a escrever. O paciente em coma (Item 1ª=3) receberá automaticamente 3 neste item. O examinador deve escolher um escore para pacientes em estupor ou pouco cooperativos, mas a pontuação 3 deve ser reservada ao paciente que está mudo e que não segue nenhum comando simples.</p>	<p>fornecido, o examinador pode identificar figuras ou item da lista de nomeação a partir da resposta do paciente. 2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; grande necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do ouvinte. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o ouvinte carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente. 3 = Mudo, afasia global; nenhuma fala útil ou compreensão auditiva.</p>	
<p>10. Disartria Se acredita que o paciente é normal, uma avaliação mais adequada é obtida, pedindo-se ao paciente que leia ou repita palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser graduada. Somente se o paciente estiver intubado ou tiver outras barreiras físicas a produção da fala, este item deverá ser considerado não testável (NT). Não diga ao paciente por que ele está sendo testado.</p>	<p>0 = Normal. 1 = Disartria leve a moderada; paciente arrasta pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses, pode ser entendido, com alguma dificuldade. 2 = Disartria grave; fala do paciente é tão empastada que chega a ser ininteligível, na ausência de disfasia ou com disfasia desproporcional, ou é mudo/anártrico. NT = Intubado ou outra barreira física; explique_____</p>	
<p>11. Extinção ou Desatenção (antiga negligência) Informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o paciente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o escore é normal. Se o paciente tem afasia, mas parece atentar para ambos os lados, o escore é normal. A presença de negligência espacial visual ou anosagnosia pode também ser considerada como evidência de negligência. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>	<p>0 = Nenhuma anormalidade. 1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. 2 = Profunda hemi-desatenção ou hemi-desatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta somente para um lado do espaço.</p>	
	TOTAL	

SENTENÇAS PARA LEITURA ÍTEM 9. MELHOR LINGUAGEM

Você sabe como fazer.
De volta pra casa.
Eu cheguei em casa do trabalho.
Próximo da mesa, na sala de jantar.
Eles ouviram o Pelé falar no rádio.

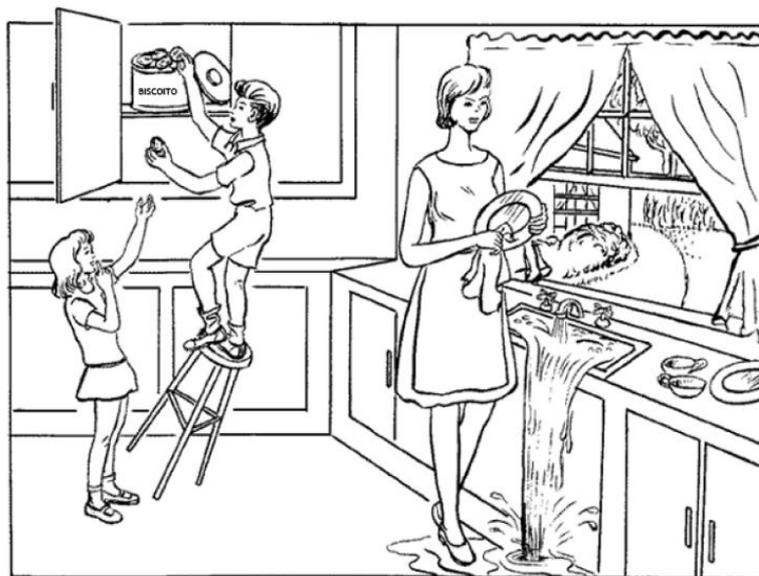
LISTA PARA ITEM 10. DISARTRIA

Mamãe
Tic-tac
Paralelo
Obrigado
Estrada de Ferro
Jogador de Futebol

LISTA PARA NOMEAÇÃO NO ITEM 9. MELHOR LINGUAGEM



Lista para nomeação no item 9. Melhor linguagem



Copyright © 1983 by Lee & Fetig

Figura para o item 9. Melhor linguagem

ANEXO C – Escala de Rankin Modificada

Escore	Classificação	Descrição
0	Assintomático	Regressão dos sintomas.
1	Sintomas sem incapacidade	Capaz de realizar suas tarefas e atividades habituais prévias.
2	Incapacidade leve	Incapaz de realizar todas as suas atividades habituais prévias, mas capaz de realizar suas necessidades pessoais sem ajuda.
3	Incapacidade moderada	Requer alguma ajuda para suas atividades, mas é capaz de andar sem ajuda de outra pessoa.
4	Incapacidade moderada a grave	Incapaz de andar e de realizar suas atividades sem ajuda.
5	Incapacidade grave	Limitado à cama, incontinência, requer cuidados e atenção constante.
6	Óbito	---

Fonte: Pawlowski *et al.* (2013).

ANEXO D – Escala de Qualidade de Vida Específica para AVC (EQVE-AVC)

Pontuação: cada item será pontuado com o seguinte critério	
Ajuda Total – Não pude fazer de modo algum – Concordo Inteira-mente	<u>1</u>
Muita ajuda – Muita dificuldade – Concordo mais ou menos	<u>2</u>
Alguma ajuda – Alguma dificuldade – Nem concordo nem Discordo	<u>3</u>
Um pouco de ajuda – Um pouco de dificuldade – Discordo mais ou menos	<u>4</u>
Nenhuma ajuda necessária – Nenhuma dificuldade mesmo – Discordo inteiramente	<u>5</u>
ITEM	PONTUAÇÃO
Energia	
1. Eu me senti cansado a maior parte do tempo.	
2. Eu tive que parar e descansar durante o dia.	
3. Eu estava cansado demais para fazer o que eu queria.	
Papéis Familiares	
1. Eu não participei em atividades apenas por lazer/diversão com minha família.	
2. Eu senti que era um fardo/peso para minha família.	
3. Minha condição física interferiu com minha vida pessoal.	
Linguagem	
1. Você teve dificuldade para falar? Por exemplo, não achar a palavra certa, gaguejar, não conseguir se expressar, ou embolar as palavras?	
2. Você teve dificuldade para falar com clareza suficiente para usar o telefone?	
3. Outras pessoas tiveram dificuldade de entender o que você disse?	
4. Você teve dificuldade em encontrar a palavra que queria dizer?	
5. Você teve que se repetir para que os outros pudessem entendê-lo?	
Mobilidade	
1. Você teve dificuldade para andar? (Se o paciente não pode andar, vá para questão 4 e pontue as questões 2 e 3 com 1 ponto.)	
2. Você perdeu o equilíbrio quando se abaixou ou tentou alcançar algo?	
3. Você teve dificuldade para subir escadas?	

4. Ao andar ou usar a cadeira de rodas você teve que parar e descansar mais do que gostaria?	
5. Você teve dificuldade para permanecer de pé?	
6. Você teve dificuldade para se levantar de uma cadeira?	
Humor	
1. Eu estava desanimado sobre meu futuro.	
2. Eu não estava interessado em outras pessoas ou em outras atividades.	
3. Eu me senti afastado/isolado das outras pessoas.	
4. Eu tive pouca confiança em mim mesmo.	
5. Eu não estava interessado em comida.	
Personalidade	
1. Eu estava irritável. (“Com os nervos à flor da pele”)	
2. Eu estava impaciente com os outros.	
3. Minha personalidade mudou.	
Autocuidado	
1. Você precisou de ajuda para preparar comida?	
2. Você precisou de ajuda para comer? Por exemplo, para cortar ou preparar a comida?	
3. Você precisou de ajuda para se vestir? Por exemplo, para calçar meias ou sapatos, abotoar roupas ou usar um zíper?	
4. Você precisou de ajuda para tomar banho de banheira ou chuveiro?	
5. Você precisou de ajuda para usar o vaso sanitário?	
Papéis Sociais	
1. Eu não saí com a frequência que eu gostaria.	
2. Eu dediquei menos tempo aos meus hobbies e lazer do que eu gostaria.	
3. Eu não encontrei tantos amigos meus quanto eu gostaria.	
4. Eu tive relações sexuais com menos frequência do que gostaria.	
5. Minha condição física interferiu com minha vida social.	
Memória / Concentração	
1. Foi difícil para eu me concentrar.	
2. Eu tive dificuldade para lembrar das coisas.	
3. Eu tive que anotar as coisas para me lembrar delas.	
Função da Extremidade Superior	
1. Você teve dificuldade para escrever ou digitar?	
2. Você teve dificuldade para colocar meias?	
3. Você teve dificuldade para abotoar a roupa?	
4. Você teve dificuldade para usar o zíper?	
5. Você teve dificuldade para abrir uma jarra?	

Visão	
1. Você teve dificuldade em enxergar a televisão o suficiente para apreciar um programa?	
2. Você teve dificuldade para alcançar as coisas devido à visão fraca?	
3. Você teve dificuldade em ver coisas nas suas laterais/de lado?	
Trabalho / Produtividade	
1. Você teve dificuldade para fazer o trabalho caseiro diário?	
2. Você teve dificuldade para terminar trabalhos ou tarefas que havia começado?	
3. Você teve dificuldade para fazer o trabalho que costumava fazer?	
PONTUAÇÃO TOTAL:	

Fonte: Lima RCM *et al.* Propriedades psicométricas da versão brasileira da escala de qualidade de vida específica para acidente vascular encefálico: aplicação do modelo Rasch. Rev Bras Fisioter, 2008; São Carlos, 12(2): 149-56, mar. /abr.

ANEXO E – Índice de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
1) Como você realiza as suas refeições ?	
Independente. Capaz de comer por si só em tempo razoável. A comida pode ser cozida ou servida por outra pessoa.	10
Necessita de ajuda para se cortar a carne, passar a manteiga, porém é capaz de comer sozinho.	5
Dependente. Necessita ser alimentado por outra pessoa.	<u>0</u>
2) Como você toma seu banho ?	
Independente. Capaz de se lavar inteiro, de entrar e sair do banho sem ajuda e de fazê-lo sem que outra pessoa supervisione.	<u>5</u>
Dependente. Necessita de algum tipo de ajuda ou supervisão.	0
3) Como você se veste ? (Parte superior e inferior do corpo)	
Independente. Capaz de vestir- se e despir-se sem ajuda.	10
Necessita ajuda. Realiza todas as atividades pessoais sem ajuda mais da metade das tarefas em tempo razoável.	5
Dependente. Necessita de alguma ajuda.	0
4) Como você realiza seus asseios ?	
Independente. Realiza todas as atividades pessoais sem nenhuma ajuda; os componentes necessários podem ser providos por alguma pessoa.	5
Dependente. Necessita alguma ajuda.	0
5) Como é sua evacuação ?	
Continente. Não apresenta episódios de incontinência.	10
Acidente ocasional. Menos de uma vez por semana necessita de ajuda para colocar enemas ou supositórios.	5
Incontinente. Mais de um episódio semanal.	0
6) Como é sua micção . Como você a realiza ?	
Continente. Não apresenta episódios. Capaz de utilizar qualquer dispositivo por si só (sonda , urinol ,garrafa).	10
Acidente ocasional. Apresenta no máximo um episódio em 24 horas e requer ajuda para a manipulação de sondas ou de outros dispositivos.	5
Incontinente. Mais de um episódio em 24 horas.	0

7) Como você vai ao banheiro ?	
Independente. Entra e sai sozinho e não necessita de ajuda por parte de outra pessoa.	10
Necessita ajuda. Capaz de mover-se com uma pequena ajuda; é capaz de usar o banheiro. Pode limpar-se sozinho.	5
Dependente. Incapaz de ter acesso a ele ou de utilizá-lo sem ajuda maior.	0
8) Como você realiza as suas transferências (cama , poltrona , cadeira de rodas) ?	
Independente. Não requer ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama.	15
Mínima ajuda. Incluindo uma supervisão ou uma pequena ajuda física.	10
Grande ajuda. Precisa de uma pessoa forte e treinada.	5
Dependente necessita um apoio ou ser levantado por duas pessoas. É incapaz de permanecer sentada.	0
9) Como você realiza a deambulação (locomoção , caminhar) ?	
Independente. Pode andar 50 metros ou seu equivalente em casa sem ajuda ou supervisão. Pode utilizar qualquer ajuda mecânica exceto andador. Se utilizar uma prótese, pode colocar a prótese nela e tirar sozinho.	15
Necessita ajuda. Necessita supervisão ou uma pequena ajuda por parte de outra pessoa ou utiliza andador.	10
10) Como você realiza a subida e descida de escadas ?	
Independente. Capaz de subir e descer um piso sem ajuda ou supervisão de outra pessoa.	10
Necessita ajuda. Necessita ajuda e supervisão.	5
Dependente. É incapaz de subir e descer degraus.	0
VALORES	
Severa	< 45 pontos
Grave	45 – 49 pontos
Moderada	60 – 80 pontos
Leve	80 – 100 pontos
PONTUAÇÃO TOTAL	

Fonte: Araújo *et al.* (2007).

ANEXO F – Medida de adesão aos tratamentos (MAT)

1. Quantas vezes você já se esqueceu de tomar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2. Quantas vezes você deixou de tomar o medicamento fora do horário?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3. Quantas vezes você deixou de tomar o medicamento por estar se sentindo melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4. Quantas vezes você deixou de tomar os medicamentos por estar se sentindo pior ou causar problemas e mal estar?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5. Quantas vezes você mudou a dose do medicamento por ter se esquecido desse remédio no dia anterior e ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6. Quantas vezes você deixou de tomar os medicamentos por ter deixado em casa ou outro local, por falta de dinheiro, por ter acabado o remédio?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7. Quantas vezes você deixou de tomar os medicamentos por motivos alheios a sua vontade, tais como não poder comprar o remédio ou o remédio está em falta na farmácia ou na unidade básica de saúde?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Pontuação: _____

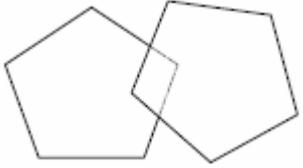
Fonte: Delgado; Lima (2001).

ANEXO G – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Data: ___/___/___

Analfabeto: () Sim () Não

AValiação	NOTA	VALOR
ORIENTAÇÃO TEMPORAL		
. Que dia é hoje?		1
. Em que mês estamos?		1
. Em que ano estamos?		1
. Em que dia da semana estamos?		1
. Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)		1
ORIENTAÇÃO ESPACIAL		
. Em que local nós estamos? (consultório, enfermaria, andar)		1
. Qual é o nome deste lugar? (hospital)		1
. Em que cidade estamos?		1
. Em que estado estamos?		1
. Em que país estamos?		1
MEMÓRIA IMEDIATA		
Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir, preste atenção, pois depois você terá que repeti-las novamente. (dê 1 ponto para cada palavra) Use palavras não relacionadas.		3
ATENÇÃO E CÁLCULO		
5 séries de subtrações de 7 (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). (Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorriger). Ou: Soletrar a palavra mundo ao contrário		5
EVOCAÇÃO		
Pergunte quais as três palavras que o sujeito acabara de repetir (1 ponto para cada palavra)		3
NOMEAÇÃO		
Peça para o sujeito nomear dois objetos mostrados (1 ponto para cada objeto)		2
REPETIÇÃO		
Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: Nem aqui, nem ali, nem lá. (considere somente se a repetição for perfeita)		1
COMANDO		
Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). (Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas)		3

LEITURA		
Mostre a frase escrita: FECHE OS OLHOS. E peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. (Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando)		1
FRASE ESCRITA		
Peça ao indivíduo para escrever uma frase. (Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos)		1
COPIA DO DESENHO		
Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos.		1
		
TOTAL		

Considerar apto para ingressar no programa pacientes com pontuação igual ou acima de 19, para analfabetos e pontuação igual ou acima de 24 para pessoas com escolaridade.

Fonte: Brucki *et al.* (2003).

ANEXO H – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO EM UMA REGIÃO DO NORDESTE BRASILEIRO

Pesquisador: PEDRO BRAGA NETO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52928616.0.0000.5040

Instituição Proponente: Hospital Geral de Fortaleza/SUS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.447.975

Apresentação do Projeto:

Projeto de Dissertação a ser apresentado ao Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará como requisito para a Qualificação. Este estudo tem como objetivo analisar a associação entre as características sociodemográficas e clínicas, a qualidade de vida e adesão ao tratamento de pacientes internados após o primeiro evento cerebrovascular, como medida de prevenção secundária de um novo AVE. O estudo acontecerá no Hospital Geral de Fortaleza, no período de fevereiro a agosto de 2016. A população estudada será composta por pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, em tratamento após o primeiro evento cerebrovascular que estiveram internados na Unidade de AVC no período da coleta dos dados. Para o cálculo da amostra, considerou-se a variável desfecho mensurada a partir de uma escala ordinal que mede a adesão ao tratamento como medida de prevenção secundária de seis níveis e composta por sete itens perfazendo uma variação na pontuação entre seis e quarenta e dois pontos. A estimativa do tamanho amostral foi obtida a partir de uma suposição inicial de distribuição normal dos escores da escala, tomando como média o ponto médio do intervalo total de pontos da escala, ou seja, 24 pontos. Considerou-se também a distância entre o ponto médio da escala e o valor máximo a ser obtido como equivalente a três desvios-padrão, ou seja, 18 pontos, de modo que um desvio-padrão corresponderia a 6 pontos. Além disso adotou-se um

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900	
Bairro: Papiquí	CEP: 60.155-290
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-7078	Fax: (85)3101-3163
	E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

Continuação do Parecer: 1.447.975

erro amostral de no máximo 5% do verdadeiro valor da média dos escores, o qual correspondeu a uma diferença de 1,8 pontos. Adotando-se um nível de confiança de 95% para uma distribuição bilateral do erro amostral, um poder estatístico de 80% e utilizando a fórmula para estimativa de uma média a seguir, obteve-se uma estimativa inicial de 88 sujeitos. Todavia, considerando-se que pontuações de escalas tendem a não apresentar distribuição normal, a análise dos dados é quase sempre baseada na aplicação de métodos não paramétricos, adotou-se uma correção de 5% baseada na possível perda de poder, ou seja, $n_2 = n_1/0.95 = 93$ sujeitos. Considerando ainda uma possível perda de 15% da amostra durante o período de seguimento a amostra final ficou estabelecida $n = n_2/0,85 = 110$ sujeitos. A coleta de dados será durante a internação na Unidade de AVC, e antes da alta médica, será marcado um encontro de retorno para três meses após o ictu, no ambulatório do hospital para que se dê seguimento ao acompanhamento no tratamento, e caso o paciente não compareça, será realizado um contato por telefone. Nos dois momentos, haverá aplicação de um questionário individual contendo dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, renda e escolaridade, caracterização clínica e de tratamento, data do evento ou internação, medicamentos utilizados e comorbidades e/ou fatores de risco cerebrovasculares: hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo e consumo de álcool). Serão também aplicadas escalas, como Escala para avaliação do AVE (NIHSS), Rankin Modificada, índice de Barthel, Escala de Qualidade de vida Específica no AVE e para avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso, que, assim como o controle dos fatores de risco e mudança no estilo de vida são tidos como medida de prevenção secundária, será utilizado o instrumento de Medidas de Adesão ao Tratamento. Para a organização dos dados, será utilizado o software Excel, e a análise estatística será realizada com a utilização do programa SPSS – Statistical Package for Social Science, versão 20.0. A análise de correlação entre os valores da escala de adesão e os valores obtidos nas escalas de Rankin, Escala para avaliação do AVE (NIHSS), Escala de Qualidade de vida Específica no AVE e índice de Barthel será efetuada utilizando-se o coeficiente de correlação de Pearson, desde que a distribuição dos valores destas escalas apresente aderência à distribuição normal. No caso de não normalidade, será calculado o coeficiente de Spearman.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL: Analisar a associação entre as características sociodemográficas e clínicas, a qualidade de vida, e adesão ao tratamento como medida de prevenção secundária de um novo AVE.

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900
Bairro: Papicú CEP: 80.155-290
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

Continuação do Parecer: 1.447.975

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes do estudo;
- Identificar as características clínicas (presença de fatores de risco para um novo AVE, ocorrência de um novo AVE e presença de sequelas de AVE) dos pesquisados;
- Averiguar a adoção de medidas de prevenção secundária de novo AVE (controle dos fatores de risco e adesão à terapia medicamentosa oral) pelos pacientes;
- Relacionar as características sociodemográficas e clínicas com a adesão a terapia medicamentosa oral como medida de prevenção secundária de um novo AVE e a qualidade de vida;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: A pesquisa beneficiará a população pesquisada quanto à importância de conhecer o seu tratamento e as medidas para se evitar um novo evento de AVE e conseqüentemente melhora na sua qualidade de vida e recuperação...

Riscos: ...mas poderá trazer riscos mínimos do tipo desconforto, incomodo, ansiedade, vergonha e cansaço ao paciente no momento da coleta de dados, os pesquisadores se responsabilizam na sua resolução buscando assistência de profissionais de saúde para segurança e bem estar do paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante uma vez que seus resultados poderão contribuir para uma assistência de qualidade, a fim de minimizar o sofrimento e as sequelas que a doença traz, assim como, proporcionarem uma melhor qualidade de vida para os pacientes, produzindo assim, evidências que colaborem com a Saúde Coletiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE:foi apresentado com as modificações sugeridas

A Folha de Rosto: Preenchida corretamente. Todos os dados estão completos, inclusive apresenta nome e assinatura do dirigente da instituição.

Os instrumentos utilizados na coleta de dados: Encontram-se detalhados no projeto

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900
Bairro: Papicú CEP: 60.155-290
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

Continuação do Parecer: 1.447.975

O cronograma: Está apresentado de forma clara e as datas propostas definem o início do trabalho após aprovação do mesmo pelo Comitê de Ética e Pesquisa no período de fevereiro a agosto de 2016. No projeto completo esclarece ainda que será realizado um teste piloto da pesquisa após aprovação do comitê de ética e pesquisa, sendo então, iniciado nos meses de fevereiro á abril a coleta dos pacientes que entrarão no estudo e nos meses de maio á agosto, estes pacientes coletados serão acompanhados com os seus destinos de tratamento.

O orçamento financeiro:

Especifica que o projeto não contará com auxílio financeiro de nenhuma instituição, e os recursos necessários para a realização da pesquisa, serão financiados pelo autor do projeto sem acarretar nenhum ônus para a instituição que sediará o estudo.

Recomendações:

Foram atendidas as recomendações com relação aos critérios de inclusão e exclusão:

Critério de inclusão e Exclusão:

Critério de Inclusão: A população estudada será composta por pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, em tratamento após o primeiro evento cerebrovascular que estiveram internados na Unidade de AVC no período da coleta dos dados.

Critério de Exclusão: pacientes que saírem da UAVC por alta a pedido ou óbito; pacientes com instabilidade hemodinâmica grave no momento da coleta de dados, visto que, nestas condições, impossibilita emocionalmente até o acompanhante/cuidador responsável a participar da pesquisa e responder aos questionamentos.

Atendidas também as recomendações para o TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa apresenta relevância social, podendo dar subsídios para melhora na qualidade dos serviços prestados pelo hospital. Pesquisador efetuou as recomendações sugeridas.

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900
Bairro: Papicú CEP: 60.155-290
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

Continuação do Parecer: 1.447.975

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_650700.pdf	18/02/2016 23:04:40		Aceito
Outros	projetotamiresfinal_vermelho.docx	18/02/2016 23:03:46	PEDRO BRAGA NETO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetotamiresfinal.docx	18/02/2016 22:57:44	PEDRO BRAGA NETO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.docx	18/02/2016 22:53:15	PEDRO BRAGA NETO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	02/02/2016 14:53:42	PEDRO BRAGA NETO	Aceito
Outros	Carta_SEAP.pdf	02/02/2016 14:49:43	PEDRO BRAGA NETO	Aceito
Outros	Termo_fiel_depositario.pdf	08/01/2016 13:16:38	PEDRO BRAGA NETO	Aceito
Outros	anuencia_hgf.pdf	06/01/2016 22:39:13	PEDRO BRAGA NETO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 11 de Março de 2016

Assinado por:
Ilvana Lima Verde Gomes
(Coordenador)

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900
Bairro: Papicú CEP: 60.155-290
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: cep@hgf.ce.gov.br