

ARTIGO ORIGINAL

Caracterização epidemiológica dos casos de acidente vascular encefálico em reabilitação no Sistema Único de Saúde em Mossoró, Rio Grande do Norte

Epidemiological characterization of stroke cases under rehabilitation on the Brazilian Unified Health System in Mossoró, Rio Grande do Norte

Alini Dantas Custódio¹ , Alcivan Batista Morais Filho² , Aline Thaiz Nunes Gomes² , Inácia Allyne Fernandes Lobato² , José Rodolfo Lopes P. Cavalcanti^{1,2} , Daniel Falcão³ , Marco Aurelio M. Freire^{1,*} 

¹Programa de Pós-graduação em Saúde e Sociedade, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil.

²Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil.

³VCUHealth Systems, Virginia Commonwealth University. Richmond, Virgínia, Estados Unidos da América.

Recebido em 28/5/2021, aceito em 16/9/2021, publicado em 23/12/2021

PALAVRAS-CHAVE

Acidente vascular encefálico
Epidemiologia
Reabilitação
Sistema Único de Saúde

RESUMO

Objetivos: Identificar as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes em tratamento decorrente de acidente vascular encefálico (AVE) na única clínica de reabilitação pública de Mossoró/RN (Centro de Reabilitação Doutor Ozias Alves de Souza).

Métodos: Estudo quantitativo de caráter prospectivo, descritivo, transversal, de cunho exploratório, estruturado a partir de respostas a um questionário clínico-epidemiológico e sócio-demográfico com 39 itens, de modo a avaliar aspectos concernentes ao perfil dos pacientes acometidos por AVE e em tratamento de reabilitação.

Resultados: Vinte e oito indivíduos com sequelas de AVE em tratamento no centro de reabilitação foram identificados, cujas características clínico-epidemiológicas revelaram equivalência em relação ao sexo (50% masculino:feminino), predominância da cor/raça branca e parda (46,4% cada) e com sobrepeso (35,7%). Em sua maioria, os pacientes conviviam em meio familiar com cônjuge (64,3%), eram aposentados (71,4%), com renda mensal entre um e dois salários-mínimos (64,3%), apresentando sequelas hemiplégicas decorrentes do AVE (85,7%) e dificuldades de adaptação ao modo de vida atual (75%).

Conclusão: O presente estudo permite um escrutínio inicial a respeito dos casos de AVE em Mossoró/RN e seu processo de reabilitação. Tais informações podem contribuir para melhoria na assistência e intervenções pelas secretarias governamentais, de modo a proporcionar aos pacientes uma reinserção na prática laboral e nas relações sociais.

*Autor de correspondência:

Programa de Pós-graduação em Saúde e Sociedade, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

End.: Rua Atirador Miguel Antônio da Silva Neto, s/n - Bairro: Aeroporto. Mossoró, RN, Brasil | CEP 59.607-360

Fone: (84) 3207-7119

E-mail: freire.m@gmail.com (Freire MAM)

Este estudo foi realizado na Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

<https://doi.org/10.21876/rcshci.v11i4.1163>

Como citar este artigo: Custódio AD, Morais Filho AB, Gomes ATN, Lobato IAF, Cavalcanti JRLP, Falcão D, et al. Epidemiological characterization of stroke cases under rehabilitation on the Brazilian Unified Health System in Mossoró, Rio Grande do Norte. Rev Cienc Saude. 2021;11(4):70-77. <https://doi.org/10.21876/rcshci.v11i4.1163>

2236-3785/© 2021 Revista Ciências em Saúde. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob uma licença CC BY-NC-SA (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.pt_BR)



KEYWORDS

Brazilian Unified Health System
Epidemiology
Rehabilitation
Stroke

ABSTRACT

Objective: To identify the clinical and epidemiological characteristics of patients undergoing treatment for a stroke at the only public rehabilitation clinic in Mossoró/RN (Doctor Ozias Alves de Souza Rehabilitation Center).

Methods: Quantitative, prospective, descriptive, cross-sectional, exploratory study, structured from responses to a clinical-epidemiological and sociodemographic questionnaire with 39 items, to assess aspects concerning the profile of patients affected by stroke and undergoing rehabilitation treatment.

Results: Twenty-eight individuals with stroke sequelae undergoing treatment at the rehabilitation center were identified, whose clinical-epidemiological characteristics revealed equivalence concerning gender (50% male:female), the predominance of white and brown color/race (46.4% each), and overweight (35.7%). Most of the patients lived in a family environment with a spouse (64.3%), were retired (71.4%), with monthly income between one and two minimum wages (64.3%), with hemiplegic sequelae resulting from the stroke (85.7%) and difficulties in adapting to the current way of life (75%).

Conclusion: The present study allows an initial scrutiny of stroke cases in Mossoró/RN and their rehabilitation process. Such data may contribute to a better understanding of issues concerning stroke by government sectors, aiming to improve care and multidisciplinary interventions to provide patients with reinsertion in both work practice and in everyday social relationships.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) são as causas mais comuns de morte desde o início do século XXI na população adulta e idosa no Brasil. As regiões Norte e Nordeste apresentam uma maior incidência do AVE no país, com a região Sudeste registrando os menores valores¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve as doenças crônicas não transmissíveis como a maior carga de mortalidade prematura entre 30 e 69 anos de idade. O IAM e o AVE são os maiores causadores dessas mortes, tendo sido responsáveis por 15,2 milhões de óbitos em 2016². Ainda de acordo com a OMS, o Brasil ocupa a quarta posição para taxa de mortalidade por AVE entre os países da América Latina e Caribe, sendo a causa mais frequente de óbito em adultos (10%), correspondendo a 10% das internações hospitalares públicas².

Dentro do grupo das doenças cerebrovasculares, o AVE tornou-se uma das principais causas de morte e incapacidade, sendo considerado a segunda maior causa de mortes globalmente³. Aspectos ambientais, culturais e de políticas públicas são fatores importantes na incidência do AVE, apresentando taxas crescentes em países em desenvolvimento⁴, havendo relatos de sua associação com anormalidades na dentição e na visão⁵⁻⁷.

Pesquisas epidemiológicas prospectivas realizadas pelo Estudo de Carga de Doença Global (GBD) apontam que, de 1990 até 2016, a quantidade de óbitos em decorrência de AVE apresentou declínio, com concomitante elevação no índice de acometimentos e incapacidades decorrentes do mesmo⁸. Essa característica é explicada pela melhora da expectativa de vida global, notadamente em países desenvolvidos, e avanço nas tecnologias em saúde, sendo o aumento de sobreviventes ao AVE proporcional à quantidade de pacientes sequelados⁹. No entanto, de acordo com projeções da OMS, estima-se que até 2030 o AVE permanecerá como um grande fator causal de óbitos em âmbito mundial, responsável por mais de 12% dos óbitos previstos¹⁰.

O AVE é classificado como hemorrágico ou isquêmico, sendo este último o mais frequente (85% dos casos)¹¹. A aterosclerose de pequenas e grandes artérias cerebrais é o fator responsável pela maioria dos AVE, com cerca de 20% derivando de êmbolos cardiogênicos, mais comumente associados à fibrilação atrial intermitente. No entanto, cerca de 30% dos AVE permanecem idiopáticos após extensa investigação etiológica². O diagnóstico é inicialmente clínico com base em sintomas reconhecíveis, indicando déficits neurológicos de origem vascular de início súbito e não baseados em achados radiológicos, conforme definição padrão fornecida pela OMS na década de 1970: “Comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) e provável origem vascular”¹².

No Brasil, aproximadamente 68 mil óbitos por AVE são registrados anualmente, representando a primeira causa de morte e incapacidade no país. Outro agravante são as causas frequentes de internação hospitalar entre os idosos, com o AVE representando um total de 5% destas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) até os 60 anos, 5,4% até os 70 anos e mais que o dobro (11,6%) após os 80 anos em indivíduos do sexo feminino. Para pessoas do sexo masculino o percentual é de 6,2% para 60 anos, 7,9% até os 70 e 13,3% após os 80 anos¹³.

As sequelas decorrentes do AVE têm forte impacto econômico associado. Estimativas apontam que o Brasil sofreu importante perda na produtividade do trabalho e diminuição da renda familiar entre os anos de 2006 e 2015, gerando uma queda de US\$ 4,18 bilhões na economia, resultante de apenas três doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, doença cardíaca e AVE)¹⁴.

Um estudo retrospectivo realizado entre os anos de 1988 e 2010 avaliando as nove unidades federativas da região Nordeste do Brasil acerca da incidência de AVE e sua taxa de mortalidade detectou uma média anual de 31,33 casos/100 mil habitantes até o ano de 2002. Após esse período, ocorreu uma diminuição de 64%, declinando para uma média de 11,4 casos/100 mil habitantes. Entre os anos de 1998 e 2001 observaram-se

maiores incidências nos Estados do Rio Grande do Norte, Maranhão, Sergipe e Alagoas, cujos valores estavam acima do patamar de 30 casos/100 mil habitantes, com o Rio Grande do Norte apresentando quase 80 casos de AVE/100 mil habitantes em 1999¹⁵.

O Rio Grande do Norte ainda não possui Centro de Atendimento de Urgência ao AVE. Em Mossoró, segunda maior cidade do Estado, a assistência dispõe dos três níveis de atendimento, com o paciente com sinais clínicos de AVE sendo direcionado pelo Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU) a alguma de suas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) (total de três) ou ao Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia, principal unidade hospitalar pública da Macrorregião do Oeste Potiguar. Após a alta, o paciente recebe monitoramento e cuidados junto à Unidade Básica de Saúde (UBS) do seu território. Caso necessite de reabilitação, a UBS encaminha o cliente ao Centro de Reabilitação Doutor Ozias Alves de Souza, para acompanhamento.

Inexistem, até o presente momento, dados descritivos referentes às características clínicas e epidemiológicas dos pacientes em tratamento de reabilitação em decorrência de AVE na cidade de Mossoró. Nesse sentido, o presente trabalho objetivou descrever as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes em tratamento de reabilitação em decorrência de AVE nesta cidade, a partir de uma investigação de cunho exploratório no centro de reabilitação supracitado, única clínica de reabilitação pública do município.

MÉTODOS

Estudo quantitativo de caráter prospectivo, descritivo, transversal, de cunho exploratório, delineado a partir de aplicação de questionário clínico-epidemiológico e sócio-demográfico com 39 itens para pacientes em tratamento no centro de reabilitação, localizado em Mossoró/RN no período de fevereiro a julho de 2018, nos turnos matutino (das 7 h às 11 h) e vespertino (das 13 h às 17 h). Por se tratar de um centro de referência o paciente foi devidamente encaminhado pela UBS portando solicitação de reabilitação e diagnóstico médico.

A execução do projeto foi realizada mediante parecer substanciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/UERN) (número CAAE: 69900717.6.0000.5294), com parecer favorável sob o número 2.461.838, sendo realizada de acordo com os princípios que norteiam a pesquisa com seres humanos, estabelecidos pela resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), complementada pela resolução CNS 510/2016.

Durante os seis meses correspondentes à coleta de dados foram atendidos no Centro de Reabilitação 513 pacientes destinados à reabilitação ortopédica, neurológica e respiratória, dos quais 155 eram pacientes neurológicos. Foi realizada avaliação dos prontuários de reabilitação neurológica, sendo selecionados aqueles que se enquadrassem nos critérios de inclusão: pacientes com seqüela de AVE em processo de reabilitação, bem como familiares e/ou cuidadores que atuam

diretamente no cuidado diário do indivíduo, de ambos os sexos e com idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos pacientes atendidos pela clínica que não tivessem sido acometidos por AVE, devidamente atestado por diagnóstico médico, ou que não residissem no município. Todos os pacientes compatíveis com os critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo e, após informações verbais complementares a respeito da natureza da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após leitura, atestando sua aceitação voluntária.

A coleta dos dados se deu por meio do preenchimento de questionário, com data agendada e escolhida pelo participante dentro do período da coleta. O questionário foi aplicado a cada participante uma única vez durante seu tratamento fisioterapêutico no Centro de Reabilitação, em ambiente reservado e de forma individual, durante o período diurno. O local possuía boas condições estruturais, sendo bem iluminado, com ar refrigerado, mesa individual e cadeira ergonômica, garantindo assim um ambiente livre de perturbações.

O questionário aplicado foi confeccionado com base em dois modelos de formulários já validados: o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁶ que aborda perguntas de âmbito social, econômico, demográfico, educacional e financeiro de um determinado grupo, com intuito de formar perfis para estudo populacional, e o instrumento Medida de Independência Funcional (MIF)¹⁷, que compreende itens motores e cognitivos e um sistema de graduação da resposta do paciente que pode variar de 1 a 7 pontos. As perguntas trataram de aspectos sociodemográficos (gênero, estado civil, cor/raça, idade, escolaridade máxima concluída até o momento de preenchimento do questionário, moradia própria), aspectos clínicos (tipo de AVE, quantidade de episódio de AVE, doenças crônicas, lado do corpo com menor capacidade após o AVE, tabagismo, ingestão de bebida alcoólica de modo regular, índice de massa corpórea - IMC) e de independência (diminuição de sentidos, disartria, disfagia, dificuldade para agarrar objetos, independência funcional para realizar atividades de vida diária e controle na eliminação vesical/intestinal). Após preenchimento, os documentos foram escaneados e os arquivos armazenados em computador e em nuvem (*Google Drive*).

As informações coletadas por meio dos questionários foram ordenadas em uma planilha de dados no programa *Microsoft Office Excel*[®], para a realização dos cálculos de média e percentual dos valores obtidos.

RESULTADOS

Dos 150 pacientes neurológicos atendidos, 28 eram portadores de AVE, constituindo o grupo de estudo do presente trabalho. Os resultados da caracterização sociodemográfica, em relação ao gênero, apontaram para um número equivalente na frequência de acometimento por AVE entre homens e mulheres (n = 14; 50% cada). Para a cor/raça as variáveis branca e parda mostraram resultados equivalentes (46,4% cada), com a negra sendo minoritária (7,2%). Em relação ao estado

civil, a maioria possuía cônjuge (64,3%), com a média de faixa etária correspondendo a 62,9 anos, com maior frequência de pacientes entre 39 e 59 anos (42,9%), com renda aproximada de 1,7 salários-mínimos, sendo predominantemente aposentados (71,4%) e residindo em casa própria (75%), de alvenaria (100%) (Tabela 1).

As particularidades observadas na distribuição do gênero dos pacientes foram cruzadas com as variáveis etiologia e idade para identificação da prevalência do tipo de AVE nesse contexto. Enquanto o gênero feminino apresentava predominância do AVE isquêmico na faixa etária de 39 a 59 anos (n = 10; 60%), o gênero masculino mostrou prevalência de AVE isquêmico na faixa etária de 60 a 70 anos (n = 9; 54,5%) (Figura 1A).

Todos os casos de AVE hemorrágico no gênero feminino ocorreram em pacientes jovens, na faixa de 39 a 59 anos (n = 4). Já no gênero masculino a variação de acometimento do AVE hemorrágico (n = 5) por idade se deu na faixa de 60 a 70 anos (46%), com os demais grupos etários apresentando prevalência igual a 18% (Figura 1B).

Tabela 1 – Aspectos sociodemográficos do grupo analisado (N = 28) nos meses de fevereiro a julho de 2018 em clínica de reabilitação do SUS em Mossoró/RN.

Variável	n (%)
Gênero	
Masculino	14 (50)
Feminino	14 (50)
Faixa etária	
39 a 59 anos	12 (42,9)
60 a 70 anos	10 (35,7)
71 a 89 anos	5 (17,9)
90 anos ou mais	1 (3,6)
Estado civil	
Com cônjuge	18 (64,3)
Sem cônjuge	10 (33,7)
Cor/raça	
Branca	13 (46,4)
Parda	13 (46,4)
Preta	2 (7,2)
Renda mensal (salário-mínimo)	
4	2 (7,1)
3	5 (17,9)
2	8 (28,6)
1	10 (35,7)
0	3 (10,7)
Aposentado (a)	
Não	8 (28,6)
Sim	20 (71,4)
Moradia	
Própria	21 (75)
Outra	7 (25)
Tipo de moradia	
Alvenaria	28 (100)
Outra	0 (0)

Com relação às características clínicas, o AVE mais prevalente foi o isquêmico (67,9%), com o número de ocorrência de um episódio por pessoa correspondendo a 78,6%. Em relação a doenças crônicas, 85,7% afirmaram serem portadores de diabetes, hipertensão ou asma, enquanto 92,9% confirmaram fazer uso de medicação diária. Houve equivalência entre os pacientes com IMC dentro da faixa de peso normal e com sobrepeso (35,7% cada), e 78,6% reportaram nunca terem feito uso de cigarro e bebida alcóolica (Tabela 2).

Com relação ao nível de independência funcional, foi constatado que a disfagia estava presente em 64,3% dos pacientes e a dificuldade de agarrar objetos em 85,7%. Quanto à diminuição da capacidade de motricidade de um lado do corpo (hemiplegia), 53,6% referiram o lado esquerdo. O controle na eliminação vesical/intestinal foi considerado negativo em 39,3% dos pacientes; 57,1% dos indivíduos não apresentam dependência para as atividades de vida diária, relatando uma melhor qualidade de vida em decorrência da condição de autonomia, com 17,9% apresentando-se muito dependentes. No tocante à característica adaptação ao estilo de vida atual, 75% dos pacientes reportam não conviverem de forma ajustada ao estado de saúde/doença atual (Tabela 3).

Tabela 2 – Caracterização clínica do grupo analisado (N = 28) quanto à distribuição das frequências absoluta e percentual dos casos de AVE nos meses de fevereiro a julho de 2018 em clínica de reabilitação do SUS em Mossoró/RN.

Variável	n (%)
Tipo de AVE	
Isquêmico	19 (67,9)
Hemorrágico	9 (32,1)
Quantidade de episódios de AVE	
1	22 (78,6)
2	5 (17,9)
3	1 (3,6)
Doenças crônicas	
Portador	24 (85,7)
Não portador	4 (14,3)
Uso diário de medicação	
Não	2 (7,1)
Sim	26 (92,9)
Tabagismo	
Não	22 (78,6)
Sim	6 (21,4)
Consumo de álcool	
Não	22 (78,6)
Sim	6 (21,4)
Índice de massa corporal	
Baixo peso	1 (3,6)
Intervalo normal	10 (35,7)
Sobrepeso	10 (35,7)
Obesidade classe I	7 (25)

AVE: Acidente Vascular Encefálico.

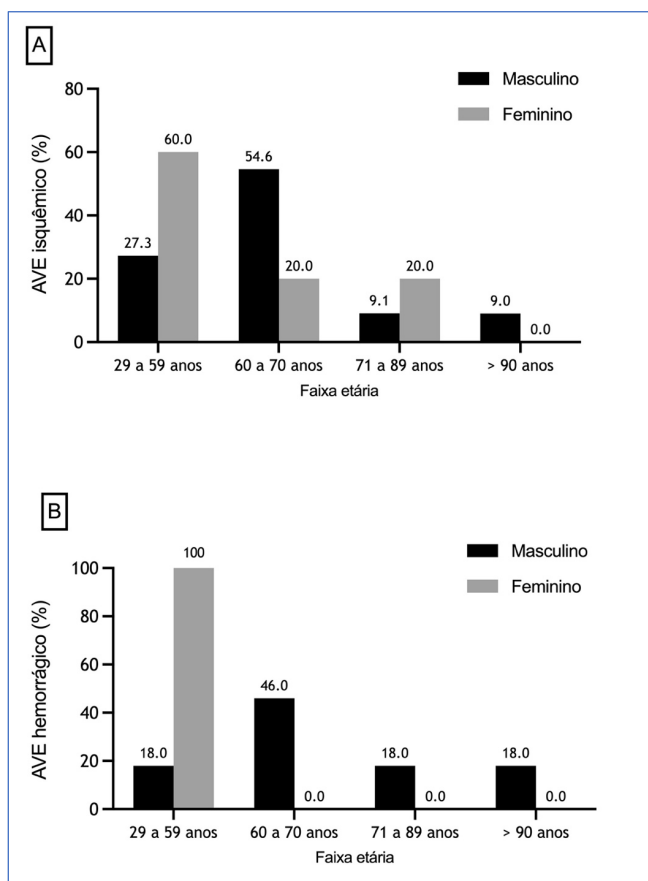


Figura 1 – Cruzamento das variáveis gênero, etiologia e idade do grupo analisado (N = 28) nos meses de fevereiro a julho de 2018 em clínica de reabilitação do SUS em Mossoró/RN.

Tabela 3 – Caracterização das variáveis de independência funcional do grupo analisado (N = 28) quanto à distribuição das frequências absoluta e percentual dos casos de AVE nos meses de fevereiro a julho de 2018 em clínica de reabilitação do SUS em Mossoró/RN.

Variável	n (%)
Disfagia	
Sim	10 (35,7)
Não	18 (64,3)
Dificuldade para agarrar objetos	
Sim	24 (85,7)
Não	4 (14,3)
Hemiplegia	
Lado direito	13 (46,4)
Lado esquerdo	15 (53,6)
Dependência para atividades da vida cotidiana	
Muito dependente	5 (17,9)
Pouco dependente	7 (25,0)
Não dependente	16 (57,1)
Controle na eliminação vesical/intestinal	
Sim	17 (60,7)
Não	11 (39,3)
Adaptação ao modo de vida atual	
Sim	7 (25)
Não	21 (75)

AVE: Acidente Vascular Encefálico.

DISCUSSÃO

Nossos resultados apontam que 64,9% dos pacientes indicam estado civil com cônjuge. Estudos indicam que o maior número de acometidos por AVE está associado ao estado civil sem cônjuge^{22,23}. O estado civil é percebido na literatura como significativamente associado à sobrevida após o AVE²¹, dado que as pessoas que possuem relação afetiva estável têm melhor enfrentamento e aceitação da doença, além de impacto positivo no processo de reabilitação^{22,23}.

A maior parte dos participantes do presente trabalho apresentava baixa renda, compatível com o fato de o local da coleta dos dados ser exclusivo para usuários do SUS, refletindo a maior tendência de pacientes aposentados procurarem atendimento, os quais possuíam renda mensal aproximada de dois salários-mínimos e eram provedores do lar. Esta condição, associada à carência de acesso a informações e serviços de saúde, pode gerar aumento na chance de adoecimento, diretamente relacionado a um poder aquisitivo mais baixo²⁴. Os resultados do presente estudo estão em concordância com dados de Dias (2006)²⁵, realizado como pesquisa transversal com 82 usuários em 12 Unidades de Saúde da Família da cidade de Divinópolis/MG, cuja prevalência foi de R\$ 622,00 como média da renda familiar.

Os dados relacionados à etiologia do AVE demonstraram que 67,9% dos sujeitos da pesquisa informaram possuir diagnóstico de AVE isquêmico. Tal achado revela um percentual menor em comparação com outros estudos, uma vez que entre a classificação dos AVE hemorrágico e isquêmico o último é mais frequente, correspondendo entre 80 e 85% dos casos relatados^{9,11}. Dentre os fatores de risco associados ao AVE, a hipertensão arterial emerge como um dos mais importantes^{26,27}, bem como o tabagismo, obesidade, diabetes mellitus, dislipidemias, idade e sedentarismo^{11,28-31}.

No presente trabalho, em contraposição ao descrito na literatura^{31,32}, a maior incidência de AVE não foi observada nas idades mais avançadas, o que pode estar associado ao tamanho da população analisada. Este dado é interessante, na medida em que a incidência de AVE está associada ao avanço da idade especialmente em indivíduos do sexo masculino³².

Em relação às doenças crônicas, 85,7% dos pacientes relataram serem acometidos de diabetes, hipertensão ou asma, com 92,9% afirmando fazer uso regular de medicações, valor maior do que os descritos em outros estudos, os quais retratam a prevalência de 45,1% de indivíduos que referiram ter pelo menos uma doença crônica não transmissível^{33,34}. Em nosso estudo, 16 pacientes (57,1%) não apresentam limitações, divergindo de estudos prévios^{33,35}. Tal diferença pode ser explicada pela avaliação de pacientes em processo avançado de reabilitação. No que se refere ao grau de limitação intenso e/ou muito intenso para realização das atividades de vida diária, o AVE ocupa o segundo lugar (25,5%) dentre as doenças crônicas não transmissíveis investigadas^{33,35}.

A grande maioria (85%) dos pacientes apresentaram dificuldade para agarrar objetos, sendo o lado esquerdo o mais frequentemente acometido (53%),

valor esse que se mostra maior do que os parâmetros reportados na literatura. Duncan e colaboradores (2015)³⁶ afirmam que 40% dos pacientes com AVE sofrem com deficiências funcionais moderadas e 15% a 30% com incapacidade grave, sendo a paralisia uma disfunção comumente identificada em indivíduos acometidos com AVE³⁷.

Em nosso estudo, a variável controle na eliminação vesical/intestinal apontou que 39,3% dos pacientes tinham dificuldade no controle dessa função após sequelas do AVE. A incontinência urinária (IU) é um problema comum após o AVE^{38,39}, afetando, na fase aguda, entre 50 e 79% dos sobreviventes^{39,40}, o que explica a porcentagem observada no presente estudo, uma vez que os pacientes já ultrapassaram a fase aguda. Embora a IU se resolva de forma rápida e espontânea em alguns sobreviventes, em alguns indivíduos este problema persiste, e um ano após o AVE um terço dos indivíduos ainda apresenta algum grau de IU⁴¹.

Sobre as características da independência funcional, 64,3% das pessoas em nosso estudo referiram disfagia. Em geral se nos primeiros 10 dias após o AVE não houver o retorno de uma ingestão segura, o paciente pode levar até dois ou três meses para apresentar sinais de recuperação, com a ausência de retorno da deglutição em casos extremos⁴². Até o presente momento, o Centro de Reabilitação em Mossoró não disponibiliza esse atendimento. A disfagia tem um impacto significativo no aumento dos gastos com saúde, por risco de broncoaspiração, necessitando de exames como radiografias de tórax ou administração de antibióticos para diagnóstico e tratamento. Sobre sua frequência após o AVE, existe uma variação considerável entre os estudos, variando entre 50% e 80%⁴³⁻⁴⁵.

A depressão representa o distúrbio emocional mais comumente vivenciado em pacientes acometidos por AVE, tendo sido descrita em até um terço dos doentes⁴⁶ e, quando associada a déficits cognitivos mais graves, torna mais difícil a reabilitação, com aumento do risco de morbimortalidade⁴⁶. No presente estudo, a variável adaptação ao modo de vida atual apresentou um valor importante de 75% de pessoas que não aceitam o estado atual, um reflexo semelhante ao relatado em estudos anteriores, indicando que todas as dificuldades descritas pactuam para o sentimento de descontentamento e difícil adaptação para muitos pacientes acometidos por AVE^{47,48}.

Atualmente há uma preocupação global a respeito de um melhor entendimento das questões

relacionadas ao acometimento do AVE nas diferentes populações⁴⁹. No Brasil, há a necessidade premente da realização de mais estudos sobre a prevalência da doença e seu impacto social. Apenas em anos recentes projetos do Ministério da Saúde passaram a incluir as diretrizes de tratamento para as doenças cerebrovasculares. Portanto, ainda há muito a se investigar sobre os aspectos relacionados ao AVE na população brasileira, notadamente no que concerne ao processo de reabilitação funcional dos pacientes, de modo a lhes garantir uma reinserção adequada no trabalho e nas relações sociais.

A principal limitação do presente estudo consistiu no tamanho da população estudada, visto que em um estrato pequeno, quaisquer tendências são menos identificáveis. Além disso, conforme descrito, existe apenas um local de atendimento no município, ocasionando uma restrição no atendimento aos pacientes com sequelas de AVE. Por fim, por ser o estudo pioneiro na área realizado no município, não havia dados para comparação prévia em relação às indicações de AVE, o que poderia fornecer subsídios adicionais para um melhor desempenho do serviço público de saúde.

CONCLUSÃO

As características clínicas e epidemiológicas identificadas no presente estudo revelaram que os pacientes em tratamento eram de ambos os sexos, de maioria branca e parda, e apresentavam sobrepeso, comorbidade diretamente associada ao desenvolvimento de alterações cerebrovasculares. Em sua maioria, conviviam em meio familiar com cônjuge, eram aposentados, com renda mensal relativamente baixa e apresentavam maior prevalência de AVE isquêmico, com sequelas hemiplégicas na deglutição e eliminações fisiológicas. Sendo este o primeiro estudo abordando o tema na cidade de Mossoró, um importante polo do RN, há a necessidade premente de estudos adicionais que visem contribuir com dados a respeito do processo de reabilitação dos pacientes. Tais informações podem contribuir para um melhor entendimento de questões concernentes ao AVE junto aos setores governamentais, visando a melhoria na assistência e intervenções multidisciplinares de modo a proporcionar aos pacientes uma reinserção na eventual prática laboral e nas relações sociais cotidianas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo crânioencefálico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2021 Nov 17]. 130 p. Available from: <https://bit.ly/3Cwc6XL>
2. WHO. World Health Statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2021 Nov 17]. Vol 3. Available from: <https://bit.ly/32ca3ff>
3. Katan M, Luft A. Global Burden of Stroke. *Semin Neurol*. 2018;38(2):208-11. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1649503> PMID:29791947
4. Feigin VL, Mensah GA, Norrving B, Murray CJL, Roth GA, GBD 2013 Stroke Panel Experts Group. Atlas of the Global Burden of Stroke (1990-2013): The GBD Study. *Neuroepidemiology* 2015;45(3):230-6. <https://doi.org/10.1159/000441106> PMID:26505985 PMID:PMC4630023
5. Straka M, Trapezanlidis M. Periodontitis and stroke. *Neuro Endocrinol Lett*. 2013;34(3):200-6. Available from: <https://bit.ly/3FqaZe7>
6. Fagundes NCF, Couto RSD, Brandão APT, Lima LAO, Bittencourt LO, Souza-Rodrigues RD et al. Association between tooth loss and stroke: A systematic review. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2020;29(8):104873.

- <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104873>
PMid:32689647
7. Hughes AD, Falaschetti E, Witt N, Wijetunge S, McG Thom SA, Tillin T, et al. Association of retinopathy and retinal microvascular abnormalities with stroke and cerebrovascular disease. *Stroke*. 2016;47(11):2862-4.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.014998>
PMid:27729577 PMCid:PMC5082730
 8. GBD 2016 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2019;48:439-58. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30034-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30034-1)
 9. IHME. Instituto de Métrica e Avaliação em Saúde. Estudo de Carga de Doença Global: gerando evidências, informando políticas de saúde. Seattle, Universidade de Washington WA - EUA, 2013 [cited 2021 Nov 17]. Available from: <https://bit.ly/3FrONk0>
 10. World Health Organization. Health statistics and information systems - Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030. Geneva: WHO;2013
 11. Guzik A, Bushnell C. Stroke epidemiology and risk factor management. *Continuum*. 2017;23(1):15-39.
<https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000416>
PMid:28157742
 12. Aho K, Harmsen P, Hatano S, Marquardsen J, Smirnov VE, Strasser T. Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study. *Bull World Health Organ*. 1980;58(1):113-30. PMCid:PMC2395894
 13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Número 25. Rio de Janeiro: IBGE; 2009 [cited 2021 Nov 17]. Available from: <https://bit.ly/3DrZySB>
 14. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegon M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007;370:1929-38.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61696-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61696-1)
 15. Lopes JM, Medeiros AJL, Oliveira KBA, Dantas FG. Acidente vascular cerebral isquêmico no Nordeste brasileiro: uma análise temporal de 13 anos de casos de hospitalização. *ConScientiae Saúde*. 2013;12 (2):321-8.
<https://doi.org/10.5585/conssaude.v12n2.4100>
 16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Questionário Básico CD2010. Available from: <https://bit.ly/3ql6VC2>
 17. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr*. 2004;11(2):72-6.
<https://doi.org/10.5935/0104-7795.20040003>
 18. Kelly-Hayes M, Beiser A, Kase CS, Scaramucci A, D'Agostino RB, Wolf PA. The Influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the framingham study. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2003;12:119-26.
[https://doi.org/10.1016/S1052-3057\(03\)00042-9](https://doi.org/10.1016/S1052-3057(03)00042-9)
 19. Reeves MJ, Bushnell CD, Howard G, Gargano JW, Duncan PW, Lynch G, et al. Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. *Lancet Neurol*. 2008;7:915-26. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70193-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70193-5)
 20. Hiraga A. Gender differences and stroke outcomes. *Neuroepidemiology*. 2017;48(1-2):61-62.
<https://doi.org/10.1159/000475451> PMid:28419999
 21. Dupre ME, Lopes RD. Marital history and survival after stroke. *J Am Heart Assoc*. 2016;5(12):e004647.
<https://doi.org/10.1161/JAHA.116.004647> PMid:27974292
PMCid:PMC5210404
 22. Engström G, Khan FA, Zia E, Jerntorp I, Pessah-Rasmussen H, Norrving B, et al. Marital dissolution is followed by an increased incidence of stroke. *Cerebrovasc Dis*. 2004;18(4):318-24. <https://doi.org/10.1159/000080770>
PMid:15359099
 23. Dupre ME. Race, marital history, and risks for stroke in US older adults. *Soc Forces* 2016;95(1):439-68.
<https://doi.org/10.1093/sf/sow040> PMid:29187763
PMCid:PMC5703199
 24. Oliveira GMM, Klein CH, Silva NAS. Mortalidade por doenças cardiovasculares em três estados do Brasil de 1980 a 2006. *Rev Panam Salud Publica* 2010;19(2):85-93.
<https://doi.org/10.1590/S1020-49892006000200003>
PMid:16551382
 25. Dias KS. Perfil dos indivíduos portadores de acidente vascular cerebral vinculados ao programa de saúde da família no município de Divinópolis-MG: A demanda por cuidados fisioterapêuticos [Dissertação em Promoção de Saúde]. Universidade de Franca; 2006.
 26. Droste DW, Ritter MA, Dittrich R, Heidenreich S, Wichter T, Freund M, et al. Arterial hypertension and ischaemic stroke. *Acta Neurol Scand*. 2003;107(4):241-51.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0404.2003.00098.x>
PMid:12675696
 27. Feigin VL, Norrving B, Mensah GA. Global Burden of Stroke. *Circ Res*. 2017;120(3):439-48.
<https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308413>
PMid:28154096
 28. Marianelli M, Marianelli C, Neto TPL. Principais fatores de risco para o AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. *Braz J Hea Rev*. 2020;3:19679-190.
<https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-344>
 29. Gallacher KI, Jani BD, Hanlon P, Nicholl BI, Mair FS. Multimorbidity in stroke. *Stroke* 2019;50(7):1919-26.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.020376>
PMid:31233391
 30. Karatepe AG, Guaydin R, Kaya T, Turkmen G. Comorbidity in patients after stroke: Impact on functional outcome. *J Rehabil Med*. 2008;40(10):831-5.
<https://doi.org/10.2340/16501977-0269> PMid:19242620
 31. Elkind MS. Stroke in the elderly. *Mt Sinai J Med*. 2003;70(1):27-37. PMid:12516007
 32. Yousufuddin M, Young N. Aging and ischemic stroke. *Aging (Albany NY)*. 2019;11(9):2542-4.
<https://doi.org/10.18632/aging.101931> PMid:31043575
PMCid:PMC6535078
 33. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Junior JBS, Reis AAC. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(Suppl 2):3-16. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060002>
PMid:27008599
 34. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*. 2012;46 (Suppl 1):126-34.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>
PMid:23532314
 35. Rangel ESS, Belasco AGS, Diccini S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta Paul Enf*. 2013;26:205-12.
<https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000200016>
 36. Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD, et al. Management of adult stroke rehabilitation care: A clinical practice guideline. *Stroke*. 2005;36(9):e100-43. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000180861.54180.FF>
 37. Li Y, Wang D, Zhang H, Wang Y, Wu P, Zhang H, et al. Changes of brain connectivity in the Primary Motor Cortex after subcortical stroke. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(6):e2579.
<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002579>
PMid:26871777 PMCid:PMC4753872
 38. Van Kuijk AA, Van der Linde H, Van Limbeek J. Urinary incontinence in stroke patients after admission to a post-acute inpatient rehabilitation program. *Arch Phys Med Rehabil*. 2001;82(10):1407-11.
<https://doi.org/10.1053/apmr.2001.25992> PMid:11588745
 39. Kolominsky-Rabas PL, Hiltz M, Neundoerfer B, Heuschmann PU. Impact of urinary incontinence after stroke: results from a prospective population-based stroke register. *Neurourol Urodyn*. 2003;22(4):322-7.
<https://doi.org/10.1002/nau.10114> PMid:12808707
 40. Kohler M, Mayer H, Kesselring J, Saxer S. (Can) Not talk about it - Urinary incontinence from the point of view of stroke survivors: a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(1):371-9. <https://doi.org/10.1111/scs.12471>
PMid:28544132
 41. Tuong NE, Klausner AP, Hampton LJ. A review of post-stroke

- urinary incontinence. *Can J Urol*. 2016;23(3):8265-70. PMID:27347618
42. Cohen DL, Roffe C, Beavan J, Blackett B, Fairfield CA, Hamdy S, et al. Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *Int J Stroke*. 2016;11(4):399-411. <https://doi.org/10.1177/1747493016639057> PMID:27006423
43. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*. 2005;36(12):2756-63. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb> PMID:16269630
44. Martino R, Martin RE, Black S. Dysphagia after stroke and its management. *CMAJ* 2012;184(10):1127-8. <https://doi.org/10.1503/cmaj.101659> PMID:22125328 PMID:PMC3394815
45. Mourão AM, Almeida EO, Lemos SMA, Vicente LCC, Teixeira AL. Evolução da deglutição no pós-AVC agudo: estudo descritivo. *Rev CEFAC* 2016;18:417-25. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201618212315>
46. Cai W, Mueller C, Li YJ, Shen WD, Stewart R. Post stroke depression and risk of stroke recurrence and mortality: A systematic review and meta-analysis. *Aging Res Rev*. 2019;50:102-9. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.01.013> PMID:30711712
47. Terroni L, Sobreiro MFM, Conforto AB, Adda CC, Guajardo VD, Lucia MCS, et al. Association among depression, cognitive impairment and executive dysfunction after stroke. *Dement Neuropsychol*. 2012;6(3):152-7. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642012DN06030007> PMID:29213789 PMID:PMC5618962
48. Das J, Rajanikant GK. Post stroke depression: The sequelae of cerebral stroke. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018;90:104-14. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.04.005> PMID:29656030
49. Johnson W, Onuma O, Owolabi M, Sachdev S. Stroke: a global response is needed. *Bull World Health Organ*. 2016;94(9):634-634A. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.181636> PMID:27708464 PMID:PMC5034645

Conflitos de interesse: Os autores informam não haver conflitos de interesse relacionados a este artigo.

Contribuição individual dos autores:

Concepção e desenho do estudo: ADC, MAMF

Análise e interpretação dos dados: ADC, MAMF

Coleta de dados: ADC, ABMF, ATNG, IAFL

Redação do manuscrito: ADC, MAMF

Revisão crítica do texto: DF, MAMF

Aprovação final do manuscrito*: ADC, ABMF, ATNG, IAFL, JRLPC, DF, MAMF

Análise estatística: ADC

Responsabilidade geral pelo estudo: MAMF

*Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito submetido para publicação da Rev Cienc Saude.

Informações sobre financiamento: não se aplica.