

Aspectos clínicos relevantes de pacientes com acidente vascular cerebral na emergência hospitalar: implicações para o serviço público de saúde

Relevant clinical features of patients with cerebrovascular accident in hospital emergency: implications for public health service

Cláudia Morais Trevisan¹, Carline Letícia Volpato Marcon², Bibiana Reis Cavalheiro², Luciana Protásio de Melo³, Tania Fernandes Campos^{4*}

¹Doutor em Fisioterapia – UFRN, Professor de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Sá – Universidade Federal do Rio Grande do Norte; ²Graduada em Fisioterapia.UFSM; ³Graduada em Fisioterapia.UFRN, Especialista em Fisioterapia Neurofuncional.UEPB, Mestre em Fisioterapia -Aprendizagem Motora e Memória UFRN, Doutoranda em Fisioterapia. UFRN, Docente de Fisioterapia. Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte; ⁴Graduada em Fisioterapia Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Psicobiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Doutor em Psicobiologia Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Pesquisador do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Professora associada I da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Resumo

Objetivo: avaliar os aspectos clínicos relevantes dos pacientes com AVC na emergência hospitalar e suas implicações para o serviço público de saúde do Brasil. **Metodologia:** participaram do estudo 40 pacientes, que sofreram AVC e foram atendidos em um hospital de Emergência de Santa Maria-RS. Os pacientes foram avaliados com um instrumento de base epidemiológica (Step 1), junto com a Escala Modificada de Rankin (dependência funcional nas atividades de vida diária). Os dados foram analisados pelo Qui quadrado. **Resultados:** não foi encontrada diferença significativa na frequência de casos de AVC de acordo com o sexo, porém encontrou-se quanto à idade, maior frequência na faixa etária de 50 a 69 anos (50%), e escolaridade, 40% dos indivíduos com o fundamental incompleto. O AVC isquêmico foi o mais frequente (47,5%) e a hipertensão arterial foi o fator de risco mais comum (47,5%). A maioria dos pacientes não tomava medicação antes do AVC (31,8%), contudo os anti-hipertensivos foram os medicamentos mais administrados no hospital (27,3%). Na avaliação funcional, foi encontrada maior frequência de incapacidade grave (54,4%). A maioria dos casos avaliados tinha sofrido o primeiro AVC, no entanto foram feitos registros de pacientes que tiveram até 4 episódios ($p = 0,001$). Dos pacientes atendidos, 77,5% eram provenientes de Santa Maria e 22,5% eram de outras cidades do Estado. **Conclusão:** os pacientes com AVC na chegada ao hospital mostraram-se gravemente comprometidos com altos níveis de incapacidade e dependência, o que implica na necessidade de normatização do atendimento dos pacientes com AVC nos serviços públicos de saúde.

Palavras-chave: AVC. Incapacidade Funcional. Emergência. Saúde pública.

Abstract

Objective: evaluate the relevant clinical aspects of stroke patients in hospital emergency and its implications for the public health service in Brazil. **Methodology:** The study included 40 patients who suffered stroke and were treated at an emergency hospital of Santa Maria-RS. Patients were evaluated with an epidemiological basic instrument (Step 1), and also with the modified Rankin Scale (functional dependence in activities of daily living). Data were analyzed by chi-square. **Results:** there was no significant difference in the frequency of stroke cases according to sex, but it was found in age, more often in the age group 50-69 years (50%), and education, 40% of individuals with the fundamental incomplete. Ischemic stroke was the most frequent (47.5%) and hypertension was the most common risk factor (47.5%). Most patients not taking medication before the stroke (31.8%), however antihypertensive medications were the most administered in the hospital (27.3%). In the functional assessment, it found a higher frequency of severe disability (54.4%). Most of the patients evaluated had undergone the first stroke, however records were realized of patients who had until four episodes ($p = 0.001$). Of received patients, 77.5% were from Santa Maria and 22.5% were from other cities in the state. **Conclusion:** the stroke patients upon arrival at the hospital proved to be seriously affected by high levels of disability and dependence, which implies the need for standardization of care of stroke patients in public health services.

Keywords: Stroke. Disabled Persons. Emergency. Public Health.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) decorre da alteração (obstrução ou extravasamento) do fluxo de

sangue, causando a morte de várias células cerebrais, caracterizando-se como a doença que mais mata e incapacita no Brasil (LOTUFO; BENSENOR, 2005; PROGRAMA..., 2009).

A taxa de mortalidade do AVC no Brasil reflete tanto as condições de vida e os hábitos da população, como a organização e a qualidade dos serviços de saúde. As

Correspondente/Corresponding: *Tania Fernandes Campos. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Fisioterapia. Avenida Senador Salgado Filho, 3000. CEP 59.066-800, Natal, RN, Brasil. Fone: (84) 3342-2001. E-mail: taniacampos@ufrnet.br

ações do sistema de saúde, em relação ao AVC, vão desde os serviços de atenção básica, passando pela urgência, até os serviços de reabilitação (ROLIM, 2009). Quanto ao tratamento de urgência, a recomendação é que este inicie pelo menos três horas após o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas. O atendimento rápido aumenta em 30% as chances de sobrevivência (PONTES-NETO et al., 2008; ROSAMOND et al., 2008).

A distinção entre os subgrupos isquêmico e hemorrágico do AVC leva a uma conduta terapêutica adequada e distinta para cada caso. O uso de trombolíticos e de agentes antitrombóticos está indicado dentro das primeiras 48h do tratamento do paciente com AVC isquêmico, mas esses medicamentos são contraindicados no cuidado imediato ao AVC hemorrágico. Desde 2001, está disponível na rede pública e privada, sendo considerado o método mais eficaz no tratamento precoce do AVC isquêmico (HACHINSKI et al., 2010; ROLIM, 2009).

Quando as mortes conseguem ser evitadas, dependendo da área cerebral afetada, podem surgir as mais variadas limitações físicas ou incapacidades. Em decorrência desses desfechos, adultos em idade produtiva tem perda da capacidade funcional e da autonomia, implicando na necessidade de ajuda dos familiares e/ou cuidadores para tarefas cotidianas, produzindo mudanças na vida de toda família (FALCÃO, 2004).

Além de gerar um alto custo social, o AVC também apresenta um alto custo econômico. O país perde o potencial de trabalho de indivíduos em idade produtiva de maneira precoce e junto com as altas taxas de internação hospitalar e o grande número de incapacitados, demonstra-se à necessidade de aplicação de mais recursos ao sistema de saúde (HERVÁS-ÂNGULO; CABASÉS-HITA; FORCÉN-ALONSO, 2006).

A região sul aparece com a maior taxa de mortalidade por AVC no país, 75 mortes por 100 mil habitantes. Isto pode estar relacionado com uma maior porcentagem de população acima de 50 anos quando comparado com as demais regiões, mas principalmente por apresentar uma maior taxa de atendimento hospitalar e diagnóstico de AVC. Portanto, além de uma possível diferença de riscos entre os pacientes, a dificuldade no acesso do usuário com AVC aos serviços de saúde nas demais regiões, pode ser o que está levando a uma diminuição da mortalidade hospitalar e um aumento da mortalidade extra-hospitalar (ROLIM, 2009).

Desde o surgimento do Pacto pela Saúde (2006), definido como um conjunto de reformas institucionais do SUS, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, espera-se que seja possível monitorar e avaliar melhor a situação de saúde da população devido ao AVC, pois este conjunto de ações traz um importante indicador como, taxa de internações por AVC. Esse indicador mostra a preocupação do Estado para com essa doença e o mais importante, coloca o AVC nas metas da Atenção Primária (LEITE, 2009).

A partir das considerações anteriores, o objetivo deste estudo foi o de avaliar os aspectos clínicos relevantes dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral na Emergência hospitalar e suas implicações para o serviço público de saúde do Brasil.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada como iniciativa do PRODI AVC (Programa de Diagnóstico e Intervenção das Alterações do Sono, Cognitivas e Funcionais no AVC), um programa multicêntrico envolvendo a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Universidade de Brasília (UnB), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), fundado em 2006 com recursos financeiros do MCT – CNPq / MS-SCTIE-DECIT.

Foi realizado um estudo epidemiológico com uma amostra composta pelos pacientes que sofreram o primeiro AVC e foram internados no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), de acordo com os seguintes critérios de inclusão: AVC do tipo unilateral e não recorrente, de ambos os sexos, em qualquer faixa etária, analfabetos e escolarizados, que tinham condições neurológicas de responder os questionários.

Inicialmente a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) através do parecer nº 193/2006, seguindo os padrões éticos de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CAEE nº 0101.1.243.000-08). Após aprovação na Direção de Ensino e Pesquisa do HUSM deram-se início as coletas. Diariamente seis examinadores previamente treinados realizavam o levantamento de indivíduos internados com diagnóstico de AVC. Esse levantamento se dava através da vistoria nos prontuários dos indivíduos que ocupavam os leitos no local. Apenas os indivíduos com quadro confirmado de AVC eram passíveis de participação na pesquisa com até 3 dias de lesão. Antes do início do estudo, todos os participantes, pacientes e cuidadores, foram devidamente esclarecidos acerca dos procedimentos da pesquisa e orientados a assinar um termo de consentimento livre e esclarecido.

A pesquisa foi realizada nos setores de pronto atendimento adulto, UTI adulto e no setor de internação das clínicas médica e cirúrgica do HUSM, através do preenchimento do *Step 1*, que é um instrumento de base epidemiológica direcionado ao AVC, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e aplicado em ambiente hospitalar (TRUELSEN et al., 2007; GOULART et al., 2010). O *Step 1* continha dados dos participantes em questão, caracterizando-os quanto aos fatores sócio-demográficos (nome, sexo, data de nascimento, idade, endereço, telefone, RG ou CPF) e aspectos clínicos (fatores e risco, uso de medicamentos, tipo do AVC, e número de AVCs).

O *Step 1* também era composto por uma avaliação de 6 atividades funcionais, para as quais era registrado 1 para independência e 0 para dependência funcional. As atividades foram avaliadas da seguinte forma: a) Banho: Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo; b) Vestir-se: Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para arrumar os sapatos; c) Higiene Pessoal: Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador e bengala); d) Transferência: Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador e bengala); e) Continência: Controla completamente urina e fezes; f) Alimentação: Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão).

Os pacientes também foram avaliados pela Escala Modificada de Rankin obedecendo a seguinte classificação: 0= Sem nenhum sintoma; 1= Sem incapacidade significativa apesar dos sintomas: pode fazer todas as atividades habituais; 2= Pequena incapacidade: incapaz de fazer todas as atividades habituais prévias, mas capaz de se cuidar sem ajuda; 3= Moderada incapacidade: necessita de alguma ajuda, mas anda sozinho; 4= Moderada incapacidade: incapaz de andar sozinho e de realizar higiene corporal sem ajuda. 5= Grave incapacidade: acamado, incontinente e necessita de constantes cuidados da enfermagem.

Os dados foram analisados através do programa SPSS 15.0 (*Statistical Package for the Social Science*) com nível de significância de 5%. Foi utilizado o teste Qui-quadrado (com correção de Yates, quando necessário) para verificar diferenças nas frequências absoluta e percentual das variáveis estudadas.

RESULTADOS

Foram avaliados 40 pacientes que deram entrada na emergência do HUSM após terem sofrido um AVC. Pela análise realizada não foi encontrada diferença significativa na frequência de indivíduos do sexo feminino e masculino ($p= 0,796$), entretanto, foram observadas diferenças significativas nas demais variáveis avaliadas que estão apresentadas na Tabela 1 ($p= 0,001$). A maior frequência foi encontrada na faixa etária de 50 a 69 anos. Apenas um paciente não tinha estudo formal e a maioria tinha o fundamental incompleto (Tabela 1).

As condições clínicas desses pacientes foram registradas na pesquisa através da primeira avaliação realizada. Esses pacientes apresentaram diferentes fatores de risco, entretanto, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi o fator de risco mais frequente ($p= 0,001$) e a maior parte dos pacientes não tomava medicamentos ($p= 0,001$), sendo os anti-hipertensivos os mais administrados no hospital. O AVC isquêmico foi o de maior frequência na amostra estudada ($p= 0,001$). A maioria dos casos avaliados tinha sofrido o primeiro AVC (critério do estudo), no entanto, foram feitos registros de pacientes que tiveram até 4 episódios de AVC ($p= 0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1 – Variáveis sócio-demográficas e clínicas

VARIÁVEIS	n	%
Sexo		
Feminino	18	45,0
Masculino	22	55,0
Idade		
≥ 29 anos	-	-
30 e 49 anos	2	5,0
50 e 69 anos	20	50,0
70 e 89 anos	16	40,0
≤ 90 anos	2	5,0
Escolaridade		
Sem estudo formal	1	2,5
Fundamental incompleto	16	40,0
Fundamental completo	11	27,5
Médio incompleto	4	10,0
Médio completo	8	20,0
Superior completo	-	-
Pós-graduado	-	-
Fatores de risco		
Hipertensão arterial	19	47,5
Diabetes	7	17,5
Cardiopatias	2	5,0
Dependência de nicotina	1	2,5
Consumo de álcool	3	7,5
Câncer	1	2,5
Outro	7	17,5
VARIÁVEIS	n	%
Medicamentos		
Não estava tomando medicação	14	31,8
Anti-hipertensivos	12	27,3
Antiagregantes plaquetários	-	-
Anticoagulantes	-	-
Medicação para diabetes mellitus	11	25,0
Hipolipemiantes	1	2,3
Outros	4	9,1
Desconhecido	2	4,5
Tipo de AVC		
AVC Isquêmico	19	47,5
Hemorragia intraparenquimatosa	14	35,0
Hemorragia subaracnóidea	3	7,5
Outro	3	7,5
Desconhecido	1	2,5
Nº de AVCs		
Um	30	75,0
Dois	6	15,0
Três	2	5,0
Quatro	2	5,0

Em relação à avaliação funcional, constatou-se diferença significativa quanto à dependência e independência em todas as atividades avaliadas ($p= 0,0001$), mostrando que os pacientes eram mais dependentes do que independentes para a realização das atividades básicas de

vida diária (ABVD) (Figura 1). De acordo com a Escala Modificada de Rankin, foi observado maior frequência de pacientes com incapacidade grave ($p=0,0001$) (Figura 2).

Figura 1 – Frequência percentual de dependência e independência nas atividades básicas da vida diária.

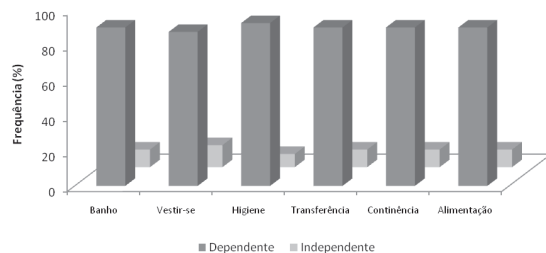
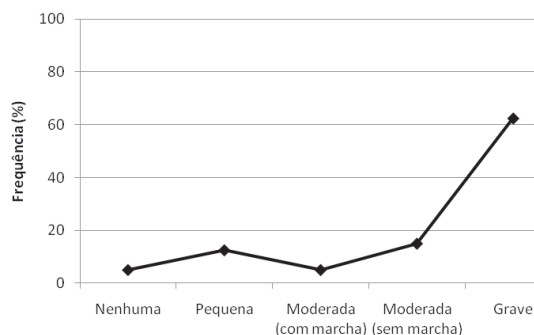


Figura 2 – Comprometimento funcional dos pacientes com AVC de acordo com a escala modificada de Rankin.



Os pacientes foram encaminhados de várias cidades do Estado do Rio Grande do Sul (22,5%), sendo 77,5% dos indivíduos atendidos provenientes de Santa Maria (localidade do hospital). O número total de pacientes atendidos abrangiu 07 cidades da região (Figura 3).

Figura 3 – Mapa representativo das cidades do Estado do Rio Grande do Sul que encaminharam pacientes com AVC para o HUSM.



Fonte: Dados da pesquisa

DISCUSSÃO

Durante seis meses de pesquisa foram registrados 40 casos de AVC, uma frequência que se justifica pelo fato do

HUSM ser um hospital público de referência e a cidade de Santa Maria ser considerada uma cidade média de grande influência na região central do Estado do Rio Grande do Sul. Além de Santa Maria, o hospital recebeu pacientes de mais 6 municípios que ficam ao redor da cidade, podendo indicar a escassez de estabelecimentos de saúde para população de baixa renda nessa região. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), o Rio Grande do Sul possui 496 municípios e em Santa Maria foram identificados apenas 3 estabelecimentos públicos federais, 2 estaduais e 41 municipais, o que é muito pouco quando comparado com 114 estabelecimentos privados. Ainda segundo o IBGE, a cidade possui somente 2 estabelecimentos com emergências em Neurocirurgia, 5 serviços de saúde públicos com internação e 4 estabelecimentos públicos com apoio à diagnose e terapia. Quanto aos exames de imagem disponíveis, o IBGE registrou 10 tomógrafos e 3 equipamentos de ressonância magnética. Apesar da incidência da pobreza em Santa Maria ser de 25,26%, o sistema de saúde pública ainda precisa avançar.

A população deste estudo teve um predomínio da faixa etária de 50 a 69 anos, estando de acordo com outros resultados apresentados na literatura, que variou de 50 a 74 anos em média (MAZZOLA et al., 2007; PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004). Não houve diferença estatisticamente significativa na frequência de indivíduos do sexo feminino e masculino, conforme evidenciado no estudo de Pires, Gagliardi, e Gorzoni (2004). Esses autores sugerem que o maior risco de AVC para homens aumenta com o avanço da idade até os 60 anos, a partir daí, a diferença entre os sexos desaparecem. Nas mulheres, o aumento da taxa de AVC tem sido correlacionado com níveis mais altos de glicemia e com o uso de contraceptivos orais, mulheres com antecedentes de doenças tromboembólicas, enxaqueca, HAS, diabetes mellitus ou dislipidemia (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004).

Ressalta-se que houve predominância no nível de escolaridade baixa. A literatura mostra que o baixo nível de escolaridade pode estar diretamente relacionado com o fator socioeconômico da população e isso pode ser um fator determinante de recuperação motora e funcional (COX et al., 2006; PUTMAN et al., 2006). Estudo anterior mostrou que o baixo nível socioeconômico está ligado a um risco aumentado de morte após o AVC (SPOSATO et al., 2011) e isso pode ocorrer através de vários mecanismos: baixo conhecimento, acesso limitado aos serviços de saúde, estilo de vida não saudável, poucos cuidados com as estratégias de prevenção, condições inadequadas da água e de moradia, aumento do estresse e subdiagnóstico de doença cardiovascular grave (LOPEZ et al., 2006).

Dentre os fatores de risco avaliados, maior frequência foi encontrada para a hipertensão arterial, e o mais agravante foi que 31,4% dos pacientes não tomava nenhuma medicação antes do AVC. Durante a internação, os anti-hipertensivos foram os medicamentos mais indicados para os pacientes. Muitos autores concordam que a HAS é o fator de risco modificável mais predominante (MAZZOLA et al.,

2007; RADANOVIC, 2000). Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004), em sua casuística, com um total de 1015 casos de AVC, detectaram que 87,8% dos indivíduos eram hipertensos, fundamentando os achados do presente estudo. Esta alta frequência de hipertensos justifica-se, uma vez que um dos principais fatores de risco para HAS é a idade superior a 55 anos (PAIXÃO; SILVA, 2009). Entretanto, a redução da incidência da HAS tem sido mostrada após terapêutica anti-hipertensiva e está relacionada à diminuição da morbimortalidade por AVC. Isto mostra que o investimento na prevenção destas doenças é decisivo, não só para garantir a qualidade de vida aos indivíduos e seus familiares, mas também para se evitarem gastos com a hospitalização (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O perfil dos pacientes quanto ao tipo de AVC demonstrou maior frequência de AVC isquêmico, em relação ao hemorrágico, estando de acordo com a literatura (MAZZOLA et al., 2007). Portanto, há necessidade do uso de terapêuticas que visam a redução da mortalidade e incapacidade física decorrentes das doenças cerebrovasculares. Uma delas é a terapia trombolítica por meio do fator ativador tecidual de plasminogênio (rt-PA) para pacientes com AVC isquêmico, que é realizado nas primeiras 3 horas de início dos sinais e sintomas. Alguns estudos demonstraram que a principal causa que restringe o uso de trombolíticos no atendimento emergencial a pacientes com AVC isquêmico é o tempo de apresentação ao serviço de emergência desde o início dos sintomas, quando excede 3 horas. Assim, os passos sequenciais a serem seguidos para um atendimento rápido e sistematizado, obedecendo à janela terapêutica, são: reconhecimento dos sinais e sintomas, acesso ao cuidado, transporte ao hospital com tomografia computadorizada, diagnóstico rápido no departamento de emergência, interpretação da tomografia computadorizada, critérios de inclusão e tratamento (PROGRAMA..., 2009).

O maior desafio é saber definir exatamente em quais pacientes o tratamento trombolítico é eficaz, em quais pacientes é ineficaz e em quais ele é prejudicial, sendo importante lembrar que o tratamento trombolítico exige a organização de estruturas hospitalares que permitam o fiel cumprimento dos protocolos atualmente aceitos. Além disso, a conscientização da população quanto ao reconhecimento de sinais e sintomas do AVC e seu caráter de urgência, bem como a maior disseminação de serviços especializados no atendimento destes doentes permitirá que uma maior parcela da população seja beneficiada pelo tratamento trombolítico, que ainda é subutilizado (TEIXEIRA; SILVA; FERREIRA, 2004). No Brasil, poucos hospitais públicos dispõem de um local seguro para manejar o AVC agudo. A proposta de implantação de Unidades Vasculares nos serviços de emergência, com área física definida, leitos monitorados e equipe treinada, é a condição ideal para os sistemas de saúde (CANDELISE et al., 2007).

Observou-se também que 25% dos avaliados já haviam tido de 1 a 4 episódios de AVC prévios. Em estudos norte-americanos, foi observado que cerca de 20% dos

pacientes apresentam um novo AVC nos 4 anos subsequentes à alta hospitalar, e mais de 40% morrem neste mesmo período (FENG; HENDRY; ADAMS, 2010; LAKSHMINARAYAN et al., 2011). Poucos esforços têm sido feitos em relação ao primeiro AVC, quanto mais a respeito da recorrência do evento. A literatura mostra que o AVC recorrente possui as mesmas características do primeiro AVC, quanto ao tipo e aos fatores de risco (LEOO et al., 2008). Pesquisa aponta que 84% dos pacientes que tiveram recorrência do AVC tinham mais de um fator de risco e a hipertensão arterial não foi controlada satisfatoriamente em 38% dos pacientes (LALOUX; LEMONNIER; JAMART, 2010), sugerindo que é necessário melhorar a prevenção secundária após a ocorrência do AVC.

Neste estudo, a frequência de pacientes com incapacidade grave sobrepôs-se aos 60% e segundo a literatura o índice de piora dos pacientes com AVC nos primeiros sete dias varia em torno de 30%, onde 70% pioram por causas neurológicas (edema cerebral, progressão da área infartada, transformação hemorrágica, vasoespasmos, crises convulsivas, hidrocefalia aguda e ressangramento) e 30% por causas sistêmicas (RADANOVIC, 2000). Grande parte dos pacientes com AVC evolui com incapacidades e prejuízos sensorio-motores, tendo como consequência um impacto significativo em seu nível de independência funcional. Estudo anterior apontou que o início atrasado da reabilitação pode causar menos recuperação funcional e aumento no número de complicações, tais como, dor no ombro e espasticidade do membro superior. Por outro lado, outro estudo evidenciou que pacientes admitidos na reabilitação, dentro dos primeiros 30 dias do evento, apresentaram mais ganho funcional e duração mais curta de permanência no hospital, do que os que não realizaram nesse mesmo tempo (SALTER et al., 2006). Dessa forma, deve haver um esforço para que a reabilitação seja iniciada o mais precocemente possível (GÖKKAYA et al., 2006), devendo a reabilitação desses indivíduos ser feita por uma equipe de profissionais da saúde de diversas áreas, e sempre que possível, envolver familiares e amigos.

Ressalta-se no quadro apresentado que apesar do Hospital Universitário de Santa Maria ser um hospital público de referência na região central do Estado do Rio Grande do Sul, este não possui uma unidade especializada no tratamento do AVC conforme recomendação da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (2009). Nos países desenvolvidos, os pacientes com AVC são assistidos em unidades de AVC que são especializadas no atendimento inter e multidisciplinar.

É importante também salientar que durante o desenvolvimento da pesquisa foram encontradas algumas limitações, tais como: a impossibilidade da coleta de dados quando o paciente encontrava-se gravemente incapacitado e sem acompanhante e dificuldade de acesso aos exames de imagem. Apesar das limitações, os achados apontam de forma significativa os aspectos clínicos dos pacientes com AVC, na emergência de um hospital público na cidade de Santa Maria-RS.

CONCLUSÃO

Os pacientes com Acidente Vascular Cerebral na chegada ao HUSM mostraram-se gravemente comprometidos com altos níveis de incapacidade e dependência, o que implica na necessidade de uma intervenção educacional mais forte e precisa nessa população a respeito das causas (fatores de risco) e reconhecimento dos sintomas dessa enfermidade (atenção primária), assim como na normatização (protocolos pré-estabelecidos) do atendimento dos pacientes com AVC nos serviços públicos de saúde tornando-os mais eficientes para o recebimento e atendimento dessa demanda.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas e projetos: doenças cardiovasculares**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 maio 2011.
- CANDELISE, L. et al. Stroke-unit care for acute stroke patients: an observational follow-up study. **Lancet**, v. 369, n. 9598, p. 299-305, jan. 2007.
- COX, A.M. et al. Socioeconomic status and stroke. **Lancet neurol**, London, v.5, p.181-188, 2006.
- FALCÃO, I.V. et al. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 4, n. 1, p. 95-102, jan./mar. 2004.
- FENG, W.; HENDRY, R. B.; ADAMS, R. J. Risk of recurrent stroke, myocardial infarction, or death in hospitalized stroke patients. **Neurology**, v.16, p. 588-593, fev. 2010.
- GÖKKAYA, N. et al. Stroke rehabilitation outcome: the Turkish experience. **Int. j. rehabil. res.**, Rheinstetten, v. 29, n. 2, p.105-111, jun. 2006
- GOULART, A. C. et al. A stepwise approach to stroke surveillance in Brazil: the EMMA (Estudo de Mortalidade e Morbidade do Acidente Vascular Cerebral) study. **Int. j. stroke**, Oxford, v. 5, n. 4, p. 284-289, Ago. 2010.
- HACHINSKI, V. et al. Stroke: working toward a prioritized world agenda. **Stroke**, Dallas, v. 5, n. 4, p. 238-256, Ago. 2010.
- HERVÁS-ÂNGULO, A.; CABASÉS-HITA, J.M.; FORCÉN-ALONSO, T. Custos do AVC numa perspectiva social. Estudo retrospectivo com seguimento em três anos. **Rev. neurol.**, Santiago, v. 43, p. 518-525, 2006.
- IBGE. **Assistência Médica Sanitária 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- LAKSHMINARAYAN, K. et al. Five-Year Rehospitalization Outcomes in a Cohort of Patients With Acute Ischemic Stroke: Medicare linkage study. **Stroke**, Dallas, v. 42, n. 6, p.1556-1562, Abr. 2011.
- LALOUX, P.; LEMONNIER, F.; JAMART, J. Risk factors and treatment of stroke at the time of recurrence. **Acta neurol. Belg.**, Bruxelles, v.110, n. 4, p. 299-302, Dez. 2010.
- LEITE, S. M. A. **Disseminação de informações em ações específicas para o acidente vascular cerebral**. 2009. 83f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2009.
- LEO, T. et al. Risk factors and treatment at recurrent stroke onset: results from the Recurrent Stroke Quality and Epidemiology (RESQUE) Study. **Cerebrovasc. dis.** New York, v. 25, n. 3, p. 254-260, Jan. 2008.
- LOPEZ, A.D. et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. **Lancet**, London, v. 367, n. 9524, p.1747-1757, Maio 2006.
- LOTUFO, P. A.; BENSENOR, I. M. Trends of Stok Subtypes Mortality in São Paulo (1996-2003). **Arq. neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 66, n. 4, p. 951-955, 2005.
- MAZZOLA, D. et al. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da Universidade de Passo Fundo. **Rev. bras. promoc. saúde (Impr.)**, Fortaleza, v. 20, n.1, p. 22-27, 2007.
- PAIXÃO, C.T.; SILVA, L.D. As incapacidades físicas de pacientes com acidente Vascular cerebral: ações de enfermagem. **Enferm. glob.**, n.15, p.1-12, fev. 2009.
- PIRES, S.L.; GAGLIARDI, R.J.; GORZONI, M.L. Estudo das Frequências dos Principais Fatores de Risco para Acidente Vascular Cerebral Isquêmico em Idosos. **Arq. neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 62, n. 3, p.844-851, set. 2004.
- PONTES-NETO, O. M. et al. Stroke Awareness in Brazil – Alarming Results in a Community-Based Study. **Stroke**, Dallas, v. 39, n. 2, p.292-306, Dez. 2008.
- PROGRAMA de Aperfeiçoamento Continuado no Tratamento do Acidente Vascular Cerebral -Pacto AVC. 2. ed. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, 2009.
- PUTMAN, K. et al. Effect of socioeconomic status on functional and motor recovery after stroke: a European multicentre study. **J. neurol. neurosurg psychiatry**, London, v.78, n. 6, p. 593-599, Dez. 2006.
- RADANOVIC, M. Características do atendimento de pacientes com Acidente vascular cerebral em hospital secundário. **Arq. neuropsiquiatr.**, São Paulo, v.58, n.1, p. 99-106, mar. 2000.
- ROLIM, C.L.R. **Avaliação da Efetividade do Tratamento Hospitalar do Acidente Vascular Cerebral Agudo no Sistema Único de Saúde – SUS Utilização da Mortalidade Hospitalar como Indicador de Desempenho**. 2009. 84f. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2009.
- ROSAMOND, W. et al. Heart Disease and Stroke statistics 2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. **Circulation**, Dallas, v.117, n. 4, p.25-146, Jan. 2008.
- SALTER, K. et al. Impact of early vs. delayed admission to rehabilitation on functional outcomes in persons with stroke. **J. rehabil. med.**, v.38, n. 2, p.113-117, mar. 2006.
- SPOSATO, L. A et al. Unemployment: A Social Risk Factor Associated with Early Ischemic Stroke Mortality? Results from the Argentinean National Stroke Registry (ReNACer). **J. stroke cerebrovasc. dis.**, Philadelphia, v.21, n.8, p.679-683, 2011.
- TEIXEIRA, R. A.; SILVA, L. D.; FERREIRA, V. Tratamento Trombolítico no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. **Rev. neurociênc.**, São Paulo, v.12, n.1, 2004.
- TRUELSEN, T. et al. Standard method for developing stroke registers in low-income and middle-income countries: experiences from a feasibility study of a stepwise approach to stroke surveillance (STEPS Stroke). **Lancet neurol.**, London, v. 6, n. 2, p.134-139, Feb. 2007.

Submetido em: 14/07/15

Aceito em: 22/07/15