

PERFIL DOS CASOS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL REGISTRADOS EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE EM CAMPINA GRANDE – PB

Ícaro Guedes de Lavor¹
Glenda Agra²
Cléber Moreira Nepomuceno³

Resumo

O AVC, que é uma doença cerebrovascular, é a primeira causa de óbitos em adultos, e, no mundo, é a terceira causa de morte, sendo superado apenas por neoplasias e doenças cardiovasculares. Observamos, baseado nestes estudos, a necessidade de mensurar a quantidade e o perfil dos casos deste tipo de patologia também na cidade de Campina Grande - PB, tendo em vista a importância destes dados, principalmente, para o poder público municipal e estadual no planejamento de metas de intervenções e as implicações nos métodos de prevenção e tratamento. A população foi caracterizada pelos homens e mulheres que se encaminharam ou foram encaminhadas à instituição de saúde com suspeita de AVC. A amostra foi relacionada a todas as fichas de registros disponíveis na instituição de saúde, que continham dados sobre o AVC no período de um ano, neste caso, ao ano de 2009. Observamos que a quantidade de casos relacionados ao gênero é praticamente igual, já que foram encontrados 168 casos envolvendo o sexo masculino e 180 do sexo feminino, sendo esta a maior quantidade apresentada: 51% da amostra.

Palavras-chave: AVC. Perfil dos Casos. Epidemiologia.

1 INTRODUÇÃO

Segundo estudos do Ministério da Saúde (2009), houve uma queda de 20,5% nas mortes por doenças cardiovasculares no período de 16 anos, de 1990 a 2006. A principal causa de óbito no país, esse grupo de doenças, que inclui o infarto e o acidente vascular cerebral (AVC), matou cerca de 300 mil

pessoas em 2006, quase 30% do total de óbitos registrados. Já as mortes especificamente por doenças cerebrovasculares tiveram uma redução de 30,9% no mesmo período.

O termo DCV (Doenças Cerebrovasculares) é utilizado para se referir a anormalidades do encéfalo decorrentes de alterações do seu sistema vascular, que se originam de diversos mecanismos fisiopatológicos,

¹Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM) de Campina Grande, PB, Brasil. Email: icaro-lavor@hotmail.com

²Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora da FCM, Campina Grande, PB, Brasil. Professora da UFCG, Campina Grande, PB, Brasil. Email: g.agra@yahoo.com.br

³Especialista em Enfermagem do Trabalho pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP), PB, Brasil. Email: clebernepo@hotmail.com

como trombozes, embolias, ruptura de vasos, alterações da permeabilidade vascular, aumento da viscosidade sanguínea ou alterações qualitativas do suprimento sanguíneo (TEIXEIRA et. al. 2009).

No caso do AVC, que é uma doença cerebrovascular, Calil (2007) afirma que é a primeira causa de óbitos em adultos, e, no mundo, é a terceira causa de morte, sendo superado apenas por neoplasias e doenças cardiovasculares.

De acordo com Pereira et. al. (2009), o AVC é um grande problema de saúde pública mundial que tem ainda um longo caminho a se percorrer para que se consiga amenizar suas conseqüências na população, apesar das conquistas e do crescente avanço da medicina, com tecnologia de ponta e alta complexidade do sistema hospitalar. Segundo o mesmo, ainda há uma carência no setor primário que necessita do enfoque em programas de prevenção como medida para diminuir a prevalência de doenças como AVC.

O AVC pode ser definido como uma interrupção abrupta do fluxo sanguíneo cerebral, ocasionado pelo acometimento da vasculatura cerebral, pela alteração do fluxo sanguíneo, ou do sistema de coagulação, para uma determinada região encefálica (CALIL, 2007).

No que se refere a classificação, o AVC pode ser dividido em Isquêmico, quando acontece a perda súbita da função decorrente da interrupção do suprimento sanguíneo para uma região do cérebro; e Hemorrágico que são provocados pelo sangramento no tecido cerebral, ventrículos ou espaços subaracnóide (SMELTZER; BARE, 2005).

Dentre os fatores de risco para AVCH (Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico), destacam-se: o consumo o excessivo de álcool o tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), aterosclerose, idade, uso de medicamentos e história familiar (SCHENTTINO et. al. 2006).

Em se falando do AVCI (Acidente Vascular Cerebral Isquêmico), os fatores que contribuem para este tipo de patologia são: idade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tabagismo, dislipidemia. Este fatores estão relacionados a doença aterosclerótica, o qual pode determinar insulto isquêmico por trombose local (MARTINS et. al. 2008).

O diagnóstico do AVC pode ser feito de inúmeras formas: através do histórico do paciente, exame clínico, tomografia computadorizada, punção lombar, angiotomografia, ressonância magnética, além de exames metabólicos de imagem que podem auxiliar na identificação da área isquêmica (no caso de AVCI), tomografia por emissão de pósitron (PIRES; STARLING, 2006).

O tratamento para o controle e prevenção de acidentes vasculares cerebrais, em geral, visam a reduzir a um mínimo ou impedir sua ocorrência, a obter recuperação funcional ótima após os episódios e a evitar recorrências (ROWLAND, 2007).

A assistência de enfermagem é baseada na promoção adequada da perfusão e oxigenação cerebral, controle hemodinâmico e detecção precoce dos sinais e sintomas de correntes da elevação ou da descompensação da pressão intracraniana além de prevenir o agravamento das lesões encefálicas secundárias relacionadas ao AVC (CALIL, 2007).

Segundo o estudo de Maineri et. al. (2007) mais estudos devem ser realizados para o entendimento da real natureza da associação entre fatores de risco para AVC.

Pereira et. al. (2009) ressaltam a importância de se conscientizar a população sobre o que é o AVC e de que se trata de uma emergência médica, orientando a população a reconhecer seus principais sinais e sintomas e fatores de risco.

Baseado nestes estudos, observamos a necessidade de mensurar a quantidade e o perfil dos

casos deste tipo de patologia também na cidade de Campina Grande - PB, tendo em vista a importância destes dados, principalmente, para o poder público municipal e estadual no planejamento de metas de intervenções e as implicações nos métodos de prevenção e tratamento.

Além disso, é de suma importância conhecer a relação existente em termos estatísticos do número de casos de AVC relacionado aos diversos fatores de risco como tabagismo, etilismo, hipertensão e diabetes, para que se possa ter uma dimensão da influência destes fatores desencadeantes desta patologia. Fornecendo assim, subsídios para o planejamento de melhores métodos de prevenção e tratamento dos pacientes portadores destes fatores de risco, já que cada um destes contribui de alguma forma, segundo a literatura, com o aumento do risco de AVC.

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo é traçar o perfil de pacientes que foram atendidos e registrados em uma unidade de Urgência e Emergência de uma instituição pública de saúde com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC), baseando-se nos fatores de risco para esta malignidade e no gênero.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O acidente vascular cerebral é definido como um déficit neurológico, geralmente focal, de instalação súbita e rápida evolução, de causa vascular com duração > 24 horas, podendo levar a morte. Essa causa vascular pode estar relacionada a alterações funcionais dos vasos ou alterações funcionais relacionadas ao fluxo sanguíneo e ao sistema de coagulação (SCHENTTINO et. al., 2006; MARTINS et. al., 2008).

Os tipos de AVC são divididos com base no

aspecto patológico que determinam, ou seja, isquêmicos e hemorrágicos. O acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) é o tipo mais comum de acidente vascular cerebral, que segundo estatísticas americanas são responsáveis por 80% dos casos, e é uma importante causa de mortalidade e principalmente de incapacidade funcional, causando grande impacto na qualidade de vida do paciente e de seus familiares. Já o acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH) é responsável por cerca de 20% dos casos e é causado pela ruptura espontânea de vasos sanguíneos no interior ou na superfície do tecido cerebral, a suas duas formas de apresentação a hemorragia intracerebral e a subaracnóide diferem entre si em relação a etiologia sintomas tratamento e complicações (SCHENTTINO et. al., 2006; MARTINS et. al., 2008)

No que diz respeito à epidemiologia, de acordo com Brown (apud OLIVEIRA, 2009, p. 25), aproximadamente 80% dos acidentes vasculares cerebrais são primariamente isquêmicos, enquanto que 20% seriam do tipo hemorrágico.

Estatísticas demonstram que o AVC é a terceira causa de morte no mundo, sendo superado apenas por neoplasias e doenças cardiovasculares (CALIL, 2007).

Estima-se que, atualmente, 15 milhões de novos casos de AVC ocorrem no mundo. Em torno de 5 milhões vão a óbito e 5 milhões evoluem com seqüela neurológica significativa (NADRUZ JÚNIOR apud NASCIMENTO, 2010).

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), o Brasil é o sexto na lista de países com maior número de vítimas de AVC, ficando atrás somente de China, Índia, Rússia, Estados Unidos e Japão (WHA apud SAWADA, 2009, p. 17). Dados do INSS demonstram que o AVC e o infarto do miocárdio são responsáveis por 40% das aposentadorias precoces no Brasil, demonstrando um impacto significativo das

doenças cardiovasculares, principalmente, do AVC (NASCIMENTO, 2010).

No acidente vascular cerebral isquêmico, acontece à ruptura do fluxo sanguíneo cerebral devido a obstrução de um vaso sanguíneo, essa ruptura leva ao início de uma série de eventos metabólicos celulares, referida como cascata isquêmica. Esta se inicia, quando o fluxo sanguíneo cerebral cai abaixo de 25ml/100g/mim, ocorrendo neste momento, a cessação do oxigênio para os neurônios e a ativação do mecanismo anaeróbico, já que as células não podem mais manter a respiração aeróbica. Essa mudança para respiração anaeróbica menos eficiente também torna o neurônio incapaz de produzir quantidades suficientes de trifosfato de adenosina (ATP) para abastecer os processos de despolarização provocando um desequilíbrio eletrolítico, e, conseqüentemente, a morte celular (SMELTZER; BARE, 2005).

No que tange a fisiopatologia do Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico vai depender da etiologia e do tipo de distúrbio vascular cerebral. Um exemplo é quando um aneurisma ou Malformações Arteriovenosas (MAV), aumenta e pressiona o tecido cerebral ou nervos cranianos próximos, ou de maneira mais dramática, quando o aneurisma ou MAV se rompe provocando hemorragia subaracnóide. Ao acontecer, o metabolismo cerebral fica alterado por o cérebro ser exposto ao sangue; por um aumento da Pressão Intracraniana (PIC) ou por uma isquemia secundária do cérebro causada pela pressão reduzida e vasoespasma (SMELTZER; BARE, 2005).

A Hemorragia Intracerebral ocorre quando há ruptura vascular levando a progressiva expansão desta hemorragia. Esta pode ser agravada por fatores associados como hipertensão arterial, coagulopatias e uso de medicamentos antiagregantes ou anticoagulantes (SCHENTTINO et. al., 2006).

Neste tipo de hemorragia ocorre o aumento da

pressão intracraniana e maior desvio de estruturas cerebrais, prejudicando funcionalmente o cérebro, além do fator agravante que é a hidrocefalia, que pode sobrevir devido a hemorragia intraventricular ou compressão do sistema ventricular (SCHENTTINO et. al., 2006).

No espaço subaracnóide, quando há uma ruptura vascular, o sangue extravasado espalha-se por este espaço misturando-se ao líquido cefalorraquidiano (LCR) que atinge as cisternas da base de encéfalo e a superfície do córtex cerebral, fossa posterior e espaço subaracnóide raquidiano. Geralmente o sangue não coágula neste espaço e se mistura ao LCR (CALIL, 2007). A pressão intracraniana aumenta em decorrência do volume de sangue que se mistura ao volume líquórico devido comprometer a reabsorção líquórica no nível das granulações aracnóideas ou podendo levar a obstrução no sistema ventricular, além de ocorrer irritações na meninge causada pelo contato com o sangue (SCHENTTINO et. al., 2006).

As manifestações clínicas dependem da região cerebral comprometida, no caso do AVCI, no território carotídeo (relacionado às artérias carótidas internas, cerebrais médias e cerebrais anteriores) podem ocorrer: déficit motor, déficit sensitivo, dificuldade na articulação da palavra, alterações visuais, alterações de coordenação e alterações de nervos cranianos localizados no tronco cerebral (diplopia, ptose, palpebral, anisocoria, paralisia facial periférica, nistagmo, vertigem, disartria e disfagia). Nas lesões isquêmicas dos hemiférios cerebrais há rebaixamento de consciência naquelas de maior extensão (MARTINS et. al., 2008).

No caso das manifestações clínicas no AVCH, elas dependerão da área em a hemorragia ocorreu, por exemplo:

O quadro clínico é caracterizado por um início súbito de um déficit neurológico focal, evidenciado por náuseas e vômitos, rebaixamento de nível de

consciência e pressão arterial elevada, além de crises convulsivas que podem ocorrer em alguns casos, especialmente em hemorragia lombares (SCHENTTINO et. al., 2006). No caso de hemorragias cerebelares, os pacientes apresentam-se inicialmente com cefaléia (occipital), vertigens, náusea, vômitos e ataxia do tronco sem fraqueza focal e podem desenvolver diminuição do nível de consciência e paralisia do olhar (ROWLAND, 2007).

A hemorragia é caracterizada por uma queixa de cefaléia súbita, abrupta, de forte intensidade, em todo o crânio com persistência de vários dias e apresentando pouca melhora com analgésicos. Associado à cefaléia, 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 (CALIL, 2007).

Na fase aguda da HSA, ocorre hipertensão intracraniana, podendo o paciente apresentar, principalmente, hipertensão arterial além de sinais de irritação do meníngeo como rigidez de nuca, sinal de Kerning e sinal de Brundzinski, que aparecem devido ao extravasamento de sangue (CALIL, 2007).

Os fatores de risco podem ser considerados de dois tipos: modificáveis e não modificáveis (NASCIMENTO, 2010).

Os fatores de risco modificáveis para AVC isquêmico são: hipertensão, doenças cardiovasculares, colesterol alto, tabagismo, obesidade e diabetes. No caso dos fatores de risco não modificáveis para esta mesma patologia, podem-se destacar: pessoas com mais de 55 anos de idade, devido à incidência de AVC neste grupo aumentar duplicar em cada década, além de afro-americanos, que sofrem comprometimentos físicos mais extensos e são duas vezes mais prováveis de morrer de acidente vascular cerebral que os brancos (SMELTZER; BARE, 2005).

O tabagismo aumenta o risco de AVCI em duas vezes e também constitui importante fator de risco para HAS. Na década de 80 (SBDCV; FAYAD; SACCO et. al. apud PIRES et. al, 2004, p. 850). Na década de 80, o número de tabagista em relação à população com AVC chegava a 80% (SBD apud PIRES et. al., 2004).

O etilismo, principalmente o crônico e pesado, que é um fator de risco modificável para o AVCI, aumenta consideravelmente as taxas de morbidade e mortalidade nesta população (GORELICK; TINSLEY apud PIRES et. al., 2004).

No estudo realizado por Zétola et. al. (2001), verificou-se que a HAS foi o fator de risco mais prevalente nos pacientes com AVC isquêmico, estando presente em 91 (63,8%) dos pacientes com este tipo de patologia, o tabagismo foi observado em 85 (60,3%) dos pacientes e o abuso de álcool estava presente em 28 (13,58%). Entre as doenças do metabolismo, o mesmo estudo revelou que a diabetes mellitus estava presente em 19 (13,58%) pacientes.

No AVC hemorrágico, os fatores não modificáveis são similares aos do AVC isquêmico e incluem: tabagismos, ingesta excessiva de álcool e colesterol alto, mas principalmente, hipertensão arterial, já que o controle da hipertensão em indivíduos acima de 55 anos de idade, reduz claramente o risco para este tipo de AVC (QURESHI et.al., apud SMELTZER; BARE, 2005).

Levando-se em conta os fatores de risco para AVCH, o estudo de Zétola et. al. (2001) verificou que a HAS foi o fator de risco mais encontrado nos pacientes com este tipo de patologia, pois o estudo encontrou 6 (37,5%) pacientes com HAS, sendo este o principal fator de risco para AVCH.

O diagnóstico do AVC deve-se levar em conta: o histórico do paciente, investigando o início dos sintomas, além de dados adicionais da história clínica com informações a respeito da circunstância

em que surgiu o déficit, em uma tentativa de elucidar a etiologia do evento: fatores de risco para doenças ateroscleróticas e cardiopatias, uso de drogas ilícitas, antecedentes de enxaqueca, presença de crises convulsivas, gestação, história de traumas, sinais de quadros infecciosos; o exame físico avaliando a cabeça e o pescoço para evidenciar sinais de traumatismo ou crises convulsivas (contusões, hematomas, lesões em língua), estase jugular (cardiopatias) e doenças das carótidas (alterações na ausculta); exames complementares que ajudam no diagnóstico como a tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste, além de exames como glicemia capilar, hemograma completo, coagulograma, bioquímica completa, urina I, eletrocardiograma, radiografia de tórax e gasometria arterial em casos selecionados (TEIXEIRA et. al., 2009).

No que diz respeito ao tratamento do AVC, ele vai depender do tipo desta patologia, no caso do AVCI as medidas visam garantir ao paciente a manutenção da permeabilidade das vias aéreas superiores, permitindo uma ventilação adequada, e a manutenção da circulação. Além disso, é importante avaliar a parte cardiovascular, principalmente o ritmo cardíaco e o traçado eletrocardiográfico, já que o infarto agudo do miocárdio e as arritmias são potenciais causas de morte súbita em pacientes com AVCI agudo (MARTINS et. al., 2008).

Em se falando do AVCH, o tratamento deve se basear no controle agressivo da pressão arterial, tendo em vista, que tanto hipertensão como a hipotensão devem ser evitadas, e como nas lesões cerebrais isquêmicas, recomenda-se combate rigoroso à hipertermia e à hiperglicemia (MARTINS et. al., 2008).

A assistência de enfermagem neste tipo de patologia tem como metas: a avaliação do paciente através do histórico, exame físico e neurológico,

visando o início do quadro clínico, evolução, gravidade e o tipo de AVC (isquêmico e hemorrágico), além de implementar a promoção adequada da perfusão e oxigenação cerebral, o controle hemodinâmico e a detecção precoce dos sinais e sintomas decorrentes da elevação ou descompensação da pressão intracraniana, prevenindo o agravamento das lesões encefálicas secundárias determinadas pelo AVC (CALIL, 2007).

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa tratou-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem documental quantitativa (GIL, 2002). A pesquisa foi realizada no município de Campina Grande – PB, em uma instituição pública de saúde, durante o período de novembro a dezembro de 2009. A instituição pública escolhida em Campina Grande é responsável pelo atendimento de Urgência Emergência e Trauma na cidade e no entorno, em cidades próximas a esta. Em se tratando de uma pesquisa documental, a população foi caracterizada pelos homens e mulheres que se encaminharam ou foram encaminhados à instituição de saúde com suspeita de AVC. Os documentos analisados corresponderam ao período do ano de 2009. Foram incluídas na pesquisa todas as fichas com referência aos pacientes que tenham informação sobre AVC. Foram excluídas as fichas que não se relacionem com casos de AVC e as fichas que apresentarem informações ilegíveis. Os dados foram coletados mediante a leitura das fichas. Para a realização do procedimento de coleta de dados foi solicitado à instituição uma autorização prévia para o acesso aos seus arquivos, respeitando a rotina de trabalho do local, com o objetivo de não interferir na sistematização de trabalho. Como sendo uma pesquisa quantitativa, os dados coletados serão

analisados à luz da estatística descritiva utilizando-se os programas Microsoft Word e Excel para a construção das tabelas e gráficos e à luz da literatura pertinente atualizada. O estudo foi realizado observando os aspectos éticos da pesquisa preconizados pela Resolução 196/96 respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa. A utilização dos documentos da instituição de saúde em questão como fonte de dados analisados, foi realizada por meio de termo de consentimento da instituição assinado e autorizado por sua direção. A pesquisa foi efetivada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (CAAE: 6094.0.000.405-10).

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo relata informações colhidas no arquivo do Hospital de Urgência e Emergência de Campina Grande no período de Novembro a Dezembro de 2010. Os dados que aqui estão são apresentados em forma de figuras para melhor demonstrar a abordagem quantitativa da amostra.

Os dados colhidos foram significativos, já que rastreamos 350 casos de AVC no período de 1 ano, neste caso, o ano de 2009, perfazendo cerca de aproximadamente 100% dos casos naquele ano.

Na figura 1, observamos que a quantidade de casos relacionados ao gênero é praticamente igual, já que foram encontrados 168 casos envolvendo o sexo masculino e 180 do sexo feminino, tendo este a maior quantidade apresentando 51% da amostra, o que demonstra que homens e mulheres têm praticamente o mesmo risco de serem acometidos por este tipo de patologia. Foram encontrados ainda 2 casos, ou seja, 1% que não continham a idade do paciente.

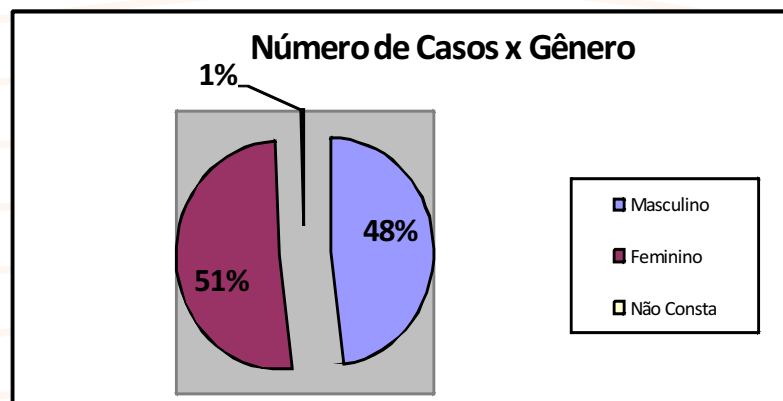


Figura – 1: Valores percentuais de pacientes com AVC de acordo com gênero.
Fonte: Hospital de Urgência e Emergência de Campina Grande, 2009.

O trabalho de Pereira et. al (2009), revelou que dos 122 casos encontrados de AVC, 61 eram do sexo masculino e 61 do sexo feminino, além de ter observado que a prevalência de casos de AVC em ambos os sexos foi praticamente igual, sendo 3,2% para o sexo masculino e 2,7% para o sexo feminino.

Segundo Schenttino et. al. (2006), geralmente, há um discreto predomínio nos casos de AVC do sexo masculino em relação ao sexo feminino.

Os estudos dos prontuários dos pacientes diagnosticados com AVC revelaram que, a maioria foi diagnosticada com AVC Isquêmico, ou seja, 199 (57%) pacientes, outros 39 (11%) pacientes foram diagnosticados com AVC Hemorrágico, e 1, foi diagnosticado com AVC Isquêmico e hemorrágico. Somando-se os três valores encontraremos 239 casos, dos quais, 83,3% correspondem ao número de casos de AVC Isquêmico, 16,3% correspondem ao número de casos de AVC Hemorrágico, e 0,4% corresponde ao caso em que o paciente apresentou AVC Isquêmico e Hemorrágico ao mesmo tempo (Figura – 2). Estes valores aproximam-se dos que a literatura apregoa.

Ainda na Figura 2, podemos constatar que 111 pacientes ou 32% dos casos, não constavam nos prontuários a informação sobre o tipo de AVC que acometeu estes pacientes. Os prontuários destes, apenas mencionavam o diagnóstico geral, ou seja, AVC.

Número de Casos x Tipo de AVC

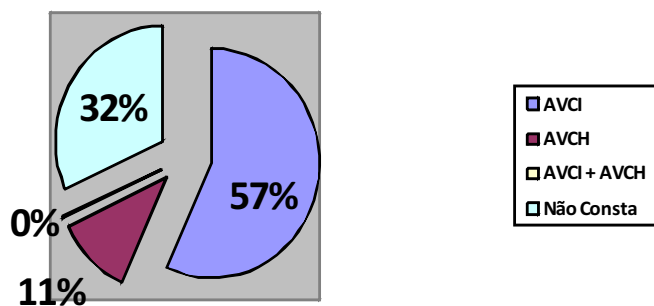


Figura – 2: Valores percentuais relacionando o número de casos ao tipo de AVC.

Fonte: Hospital de Urgência e Emergência de Campina Grande, 2009.

Segundo a *American Heart Association* (apud SMELTZER; BARE, 2005), o Acidente Vascular Cerebral pode ser dividido em duas categorias principais: os Isquêmicos, que representam aproximadamente 85% dos casos de AVC, e os Hemorrágicos, que representam 15% destes casos.

Calil (2007) cita que, cerca 85% dos casos de AVC são de origem isquêmica e 15% são de origem hemorrágica, destes, 10% de hemorragias intraparenquimatosas e 5% de hemorragias subaracnóideas.

Na figura 3, observamos que a quantidade de pessoas que foram diagnosticadas com AVC foi maior no intervalo de 71 a 80 anos, com 102 casos ou 29% de todos os pacientes diagnosticados com esta malignidade. Outros intervalos com valores bem significativos foram os pacientes na faixa etária de 81 a 90 anos com 73 casos ou 21% do total e os da faixa etária de 61 a 70 anos com 70 casos ou 20% do geral. Encontramos também 47 casos ou 13% do total relacionados com os pacientes que tinham entre 51 a 60 anos, 27 relacionados aos que tinham entre 91 e 100 anos, além de 17 casos entre os que possuíam entre 41 e 50 anos e 10 casos na faixa etária abaixo do 41 anos de idade. Em 4 casos não constava a idade.

Estes casos demonstram que a idade é um fator de risco para este tipo de malignidade, já que a

maioria dos pacientes diagnosticado com AVC possui idade superior a 60 anos de idade.

Número de Casos x Idade

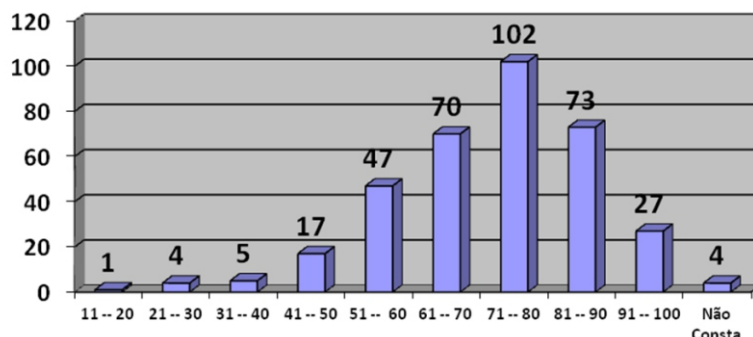


Figura – 3: Valores do número de casos de AVC por idade.

Fonte: Hospital de Urgência e Emergência de Campina Grande, 2009.

Pires; Starling (2006) afirmam que os Acidentes Vasculares Cerebrais se caracterizam pela instalação abrupta dos sintomas e/ou sinais são quase sempre focais, podendo ocorrer em qualquer idade sendo mais comuns em adultos e principalmente em idosos tendo 50% dos casos ocorrência em indivíduos com mais de 60 anos.

No estudo realizado por Pires et. al. (2004) foram encontrados dentre os 1015 casos registrados de doença cerebrovascular, 25,8% com referência a casos de AVCI permanente em doentes com 60 ou mais.

Em se tratando dos fatores de riscos relacionados ao número de casos de AVC, podemos verificar na figura 4, que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o principal fator de risco para o AVC já que dos 350 pacientes diagnosticado com esta malignidade, 164 tinham HAS, ou seja, 47% do total. Além disso, encontramos 62 pacientes que tinham Hipertensão e Diabetes e 21 pacientes que tinham apenas com Diabetes Mellitus (DM).

Em relação aos fatores de risco como Etilismo (ETI) e Tabagismo (TAB), os casos foram subnotificados, já que a maioria dos prontuários não possuíam referência em relação a estes fatores, e

poucos, continham o histórico do paciente, por isso, só foram encontrados 3 casos de Etilismo e 1 caso de Tabagismo, além de, 2 casos Tabagismo e Etilismo; 4 caso de Hipertensão e Tabagismo; 1 caso de Hipertensão e Etilismo; 1 caso de Diabetes e Etilismo; 3 casos em que o paciente tinha Hipertensão, Diabetes e Etilismo; 1 caso de Hipertensão, Diabetes e Tabagismo.

No que se refere aos pacientes sem fatores de risco, foram encontrados 87 casos em que estes não possuíam nenhum dos fatores de risco aqui mencionados, assim sendo, o AVC diagnosticado nestes casos devem ter sido provocado por outros fatores dos quais não abordamos aqui em nosso estudo.

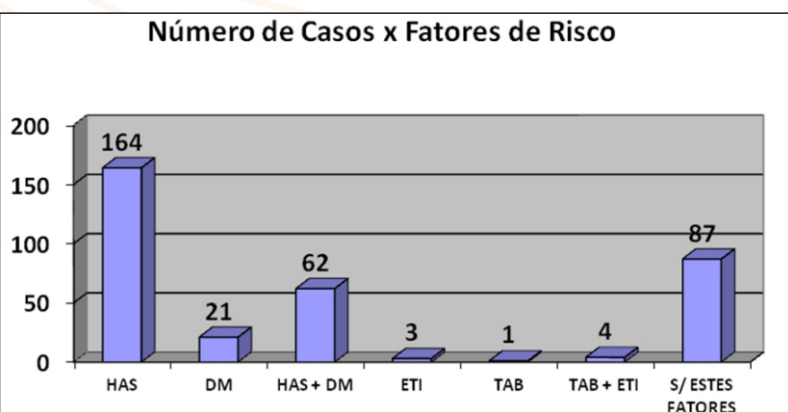


Figura – 4: Valores do número de casos AVC relacionados ao fator risco.

Fonte: Hospital de Urgência e Emergência de Campina Grande, 2009.

Em um trabalho realizado por Yamashita et. al. (2003) apontou que, dos 38 pacientes diagnosticados com AVC Isquêmico 31 (81,6%) apresentavam Hipertensão, 10 (26,3%) apresentavam Diabetes Mellitus.

A HAS é o principal fator de risco estando presente em 70% dos casos das hemorragias intracerebrais (um tipo de AVCH) segundo Schentiino et. al. (2006). A mesma opinião tem Qureshi et. al. (apud SMELTZER; BARE, 2005), afirmando que a hemorragia intracerebral primária

devido à ruptura espontânea dos vasos contribui para aproximadamente 80% dos casos de Acidente Vascular Cerebral hemorrágico e é causado, sobretudo, pela hipertensão descontrolada. Segundo ele, ainda, o controle da hipertensão em indivíduos acima de 55 anos de idade reduz claramente o risco para o acidente vascular cerebral hemorrágico.

5 CONCLUSÃO

Neste estudo, realizado nos arquivos do Hospital de Urgência e Emergência de Campina Grande, objetivando conhecer o perfil dos casos de Acidente Vascular Cerebral, observamos que o sexo, não é um fator determinante para esta patologia, já que os resultados apresentaram um equilíbrio entre o número de casos relacionados ao sexo masculino e ao feminino.

Assim como na literatura científica, o nosso estudo também demonstrou que a idade é um fator de risco para esta malignidade, levando-se em conta que a maioria dos casos de AVC encontrados no nosso estudo foi em indivíduos acima de 60 anos, o que torna imprescindível a prevenção deste tipo de patologia em nosso meio, principalmente nos próximos anos com o envelhecimento populacional brasileiro.

No que se refere aos fatores de risco, podemos concluir que a hipertensão é o mais significativo deles para a causa do AVC, tendo em vista que ele foi responsável sozinho por 47% dos casos relacionados a esta patologia, além de estar presente em muitos outros casos junto com outros fatores de risco. No caso do diabetes, não podemos concluir, neste estudo, que sua presença possa significar um alto risco para casuística deste tipo de patologia, tendo em vista o baixo número de casos relacionados com AVC.

O estudo também revelou uma quantidade significativa de casos subnotificados relacionados aos fatores de risco como tabagismo e etilismo, pois a

maioria dos prontuários não continha informações a respeito destes fatores, e os que continham, possuíam informações vagas, e muitas vezes, inelegíveis.

No tocante aos resultados deste estudo, podemos afirmar que ele, assim como outros que envolve esta temática, é de grande importância no que diz respeito ao diagnóstico prévio para a educação continuada em saúde pública,

principalmente para os enfermeiros que lidam continuamente com esta problemática em seu trabalho, como é o caso dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Sendo assim, é lícito destacar que os enfermeiros tem um papel fundamental na educação da população, tendo por base a promoção saúde e a prevenção do AVC através dos achados deste e de outros estudos.

PROFILE OF THE CASES OF CEREBRAL VASCULAR ACCIDENT REGISTERED IN A PUBLIC INSTITUTION OF HEALTH IN CAMPINA GRANDE – PB

Abstract

AVC, that is a disease cerebrovascular, is the first cause of deaths in adults, and, in the world, it is the third death cause, being just overcome by neoplasias and cardiovascular diseases. We observe, based on these studies, the measure need the amount and the profile of the cases of this pathology type also in the city of Campina Grande - PB, tends in view the importance of these data, mainly, for the municipal and state public power in the planning of goals of interventions and the implications in the prevention methods and treatment. The population was characterized by the men and women that headed or they were directed to the institution of health with suspicion of AVC. The sample was related all the records of available registrations in the institution of health, that you/they contained data on AVC in the period of one year, in this case, to the year of 2009. We observed that the amount of cases related to the gender is practically equal, since they were found 168 cases involving the masculine sex and 180 of the feminine sex, being this the largest presented amount: 51% of the sample.

Keywords: AVC. Profile of the Cases. Epidemiology.

REFERÊNCIAS

CALIL, Ana Maria e PARANHOS, Wana Yeda. **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007.

FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico: Elaboração e Formatação**. 14 ed. Porto Alegre: s.n., 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projeto de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MAINERI, Nicole de Liz; XAVIER, Flávio Merino de Freitas; BERLEZE, Maria Cristina Cachapuz; MORIGUCHI, Emílio Hideyuki. Fatores de risco para doença cerebrovascular e função cognitiva em idosos. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. 2007, vol.89, n.3, pp. 158-162. ISSN 0066-782X. doi: 10.1590/S0066-782X2007001500003.

MARTINS, Herlon Saraiva; DAMASCENO, Maria Cecília de Toledo; AWADA, Soraia Barakat (ed.). **Pronto-socorro: condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da**

Universidade de São Paulo. 2. ed. rev. e ampl. Barueri, SP: Manole, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mortes por doenças cardiovasculares caem 20,5% no Brasil.** Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=10817>. Acesso em: 10 de Out. de 2010.

NASCIMENTO, Roberta Soares. **A hipertensão arterial e o acidente vascular cerebral como analisadores da atenção básica no Sus em Campinas.** Disponível em: <<http://cutter.unicamp.br/document/?code=000480769>>. Acesso em: 12 de Ago. 2010.

OLIVEIRA, Fabrício Ferreira. **Diagnostico localizatório preliminar da lesão vascular cerebral isquêmica com base em distúrbios de fala e linguagem.** Disponível em: <<http://cutter.unicamp.br/document/?code=000445573>>. Acesso em: 14 de Ago. 2010.

PEREIRA, Ana Beatriz Calmon Nogueira da Gama; ALVARENGA, Hélcio; PEREIRA JUNIOR, Rubens Silva; BARBOSA, Maria Tereza Serrano. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.25, n.9, pp. 1929-1936. ISSN 0102-311X.

PIRES, Sueli Luciano; GAGLIARDI, Rubens José e GORZONI, Milton Luiz. Estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** [online]. 2004, vol.62, n.3b, pp. 844-851. ISSN 0004-282X.

PIRES, Marco Túlio Bacarini; STARLLING, Sinzenando Vieira. **Erazo, manual de urgências em pronto-socorro.** 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ROWLAND, Lewis P (ed.). **Merrit, Tratado de Neurologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

SAWADA, Silvia Cristina. **Fatores associados ao AVC entre idosos do município de São Paulo - resultados do estudo S A B E.** Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-29102009-105018/>>. Acesso em: 10 de Ago. 2010.

SCHENTTINO, Guilherme et.al. (ed.). **Paciente crítico: diagnóstico e tratamento: Hospital Sírio Libanês.** Barueri, SP: Manole, 2006.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica.** 10 ed. rev. e trad. Rio de Janeiro: Guanabara e koogan, 2005.

TEIXEIRA, Júlio César et. al. **Unidade de Emergência: condutas em medicina de urgência.** São Paulo: editora Atheneu, 2009.

YAMASHITA, Lilia Fumie; FUKUJIMA, Márcia Maiumi; GRANITOFF, Nina; PRADO, Gilmar Fernandes do. Paciente com acidente vascular cerebral isquêmico já é atendido com mais rapidez no Hospital São Paulo. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** [online]. vol.62 no.1 São Paulo Mar. 2004

ZÉTOLA, Viviane H. Flumignan et al. Acidente vascular cerebral em pacientes jovens: análise de 164 casos. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** [online]. 2001, vol.59, n.3B, pp. 740-745. ISSN 0004-282X.

GLOSSÁRIO

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVCH - Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico

AVCI - Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

DCV – Doença Cerebrovascular

DM – Diabetes Mellitus

ETI – Etilismo

HSA - Hemorragias Subaracnóideas

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

MAV - Malformações Arteriovenosas

OMS – Organização Mundial de Saúde

TAB – Tabagismo A