

UNICESUMAR - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS EM PACIENTES COM
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO DE MARINGÁ - PR

JANAINA RODRIGUES DIAS PAES
LUANA RAFAELA GUSMÃO DO NASCIMENTO

MARINGÁ – PR

2017

JANAINA RODRIGUES DIAS PAES
LUANA RAFAELA GUSMÃO DO NASCIMENTO

**OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS EM PACIENTES COM
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO DE MARINGÁ - PR**

Artigo apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da UniCesumar – Centro Universitário de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel(a) em Enfermagem, sob a orientação da Prof^a. Ms. Patrícia Bossolani Charlo Sanches.

MARINGÁ – PR

2017

JANAINA RODRIGUES DIAS PAES
LUANA RAFAELA GUSMÃO DO NASCIMENTO

**OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS EM PACIENTES COM
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO DE MARINGÁ - PR**

Artigo apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da UniCesumar – Centro Universitário de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel(a) em Enfermagem, sob a orientação do da Prof^ª. Ms. Patrícia Bossolani Charlo Sanches.

Aprovado em: 24 de novembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Ms. Patrícia Bossolani Charlo Sanches - (Docente do curso de Enfermagem do UniCesumar – Centro Universitário de Maringá, Mestre em Promoção da Saúde pelo UniCesumar)

Prof^ª. Ms. Juliana Dalcin Donini e Silva - (Docente do curso de Enfermagem e Medicina do UniCesumar – Centro Universitário de Maringá, Coordenadora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UniCesumar, Mestre em Enfermagem pela UEM – Universidade Estadual de Maringá)

Prof^ª. Ms. Viviane Sousa de Oliveira - (Docente do curso de Enfermagem do UniCesumar – Centro Universitário de Maringá, Mestre em Enfermagem pela UEM – Universidade Estadual de Maringá)

OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO DE MARINGÁ - PR

Janaina Rodrigues Dias Paes

Luana Rafaela Gusmão do Nascimento

RESUMO

A presente pesquisa objetivou identificar os principais fatores de risco modificáveis para o Acidente Vascular Encefálico (AVE). Caracterizou-se como uma pesquisa descritiva, de natureza quantitativa com amostragem proporcional. A coleta dos dados foi desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Maringá-PR. Os sujeitos foram os pacientes diagnosticados com AVE especificamente na fase permanente na qual é possível a observação da frequência de fatores de risco modificáveis. Utilizou-se como critério de exclusão, pacientes não residentes em Maringá. Foi aplicado um instrumento semiestruturado para caracterizar o perfil sociodemográfico e identificar os principais fatores de riscos nos pacientes com AVE. Os dados foram analisados estatisticamente e descritos em frequência absoluta e frequência relativa. Encontrou-se a prevalência do sexo masculino, brancos, casados e com renda mensal de 1-5 salários-mínimos, 30% ensino fundamental completo e a maioria 29% com base nas atividades profissionais encontravam-se aposentados. Cerca de 36% dos pacientes apresentavam como principal fator de risco a hipertensão arterial, prevalecendo 67% do tipo isquêmico. Com base nos resultados descritos é possível concluir o quanto é essencial organizar e planejar as ações de promoção da saúde, na tentativa de evitar a reincidência da doença e melhorar a qualidade de vida. Os resultados alertam para necessidade de elaboração de estratégias mais eficazes de controle da hipertensão arterial sistêmica, principalmente direcionada para adultos e idosos do sexo masculino.

Palavras-chave: Acidente vascular encefálico; Fatores de risco; Saúde Pública.

THE MAIN RISK FACTORS IDENTIFIED IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR ACCIDENT IN MARINGÁ-PR

ABSTRACT

This study aimed to identify the main modifiable risk factors for cerebrovascular accident (CVA). The study is characterized as a descriptive research, of quantitative nature with proportional sampling. Data collection was developed at the Basic Health Units (UBS) of the Municipality of Maringá-PR. The subjects were the patients diagnosed with CVA, specifically in the permanent phase, in which is possible to observe the frequency of modifiable risk factors. Patients who do not reside in Maringá were used as exclusion criterion. A semistructured instrument was applied to characterize the sociodemographic profile and to identify the main risk factors in CVA patients. Data were statistically analyzed and described in absolute and relative frequency. It was discovered the prevalence of males, whites, married and with monthly income of 1-5 minimum wages, 30% completed elementary school and most of them, 29%, based on professional activities, were retired. About 36% of the patients had arterial hypertension as their main risk factor, prevailing 67% of the ischemic type. Based on the results, it is possible to conclude how essential it is to organize and plan health promotion actions in an attempt to avoid the recurrence of the disease and improve life quality. The results point to the need of elaborating more effective strategies for the control of systemic arterial hypertension, mainly directed to adults and elderly males.

Keywords: Cerebrovascular Accident; Risk Factors; Public Health.

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde o Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Acidente Vascular Encefálico (AVE), sendo essa última terminologia a mais utilizada no meio científico, demonstra que o acidente pode ser ocasionado não só no cérebro, mas sim em todo o tronco encefálico, ou seja, no encéfalo. De acordo com o Ministério da Saúde o AVE é definido como um déficit neurológico devido a uma lesão vascular, sendo a gravidade dos sintomas diretamente relacionada a intensidade e a área acometida, extremamente conhecido pela população leiga como “derrame”. Pode ser dividido em: AVE Isquêmico, o mais comum, que é acometido pela falta de sangue em alguma parte do encéfalo, decorrente de uma obstrução da artéria ou o AVE hemorrágico, que rompe um vaso sanguíneo ocasionando um sangramento (FREITAS, et al., 2016).

Ambos os tipos ocasionam disfunção cerebral, porém, os mecanismos de lesão são diferenciados. O isquêmico ocasiona diminuição da perfusão de sangue ao encéfalo, enquanto, no hemorrágico, a lesão cerebral é oriunda do contato direto das estruturas sanguíneas com as células encefálicas. O tipo de AVE mais frequente é o isquêmico, comparando-se ao hemorrágico. Independentemente do tipo, à falta de nutrientes e oxigênio no encéfalo, causa a morte celular relacionada à perda das funções. E com isso o encéfalo não é capaz de se reconstituir, levando então a perda da capacidade em que era responsável, contudo os sinais e sintomas serão apresentados dependendo da região afetada e da intensidade da lesão ocorrida (LIMA, et al., 2016).

Nas últimas décadas, a literatura tem modificado a percepção tradicional do AVE. As evidências apontam para uma doença tratável, na qual os cuidados na fase aguda precisam ser oportunos no tempo e efetivos para impedir a lesão cerebral. Nesse contexto, deve ser oferecido ao paciente um conjunto de tecnologias propiciadoras de cuidado, entre elas, o suporte de unidades especializadas e o uso de trombolíticos, bem como estratégias subjetivas e transpessoais que ajudem o paciente a encontrar sentido na doença e no sofrimento (MANIVA et al., 2013).

Segundo o *World Stroke Organization* (2016), os sinais de alerta de um AVE podem ser testados de maneira fácil e ser reconhecido por qualquer indivíduo que esteja presente no momento, através da escala FAST (do inglês, fast, que significa rápido): face (paralisia facial), arm (fraqueza nos braços), speech (dificuldades na fala), time (saber quando começaram os sintomas); sorriso – peça para dar um sorriso, deve-se observar se a boca está torta; abraço – através disto podemos observar se consegue levantar os braços; música – peça para cantar uma música ou falar uma frase, observar se a fala é arrastada e se ele entende o

que você diz; urgente – se for identificado qualquer um desses sinais, deve-se rapidamente procurar ajuda nos hospitais.

As causas do AVE podem ser diferenciadas por dois fatores, os riscos modificáveis, que são: doença vascular prévia, doenças do coração, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes, sedentarismo, álcool e outras drogas, anticoncepcional e obesidade; e os não modificáveis que estão relacionados à: idade, sexo, raça e hereditariedade (GOUVÊA et al., 2015).

De acordo com dados do DATASUS (2017), do Ministério da Saúde, o AVE não especificado se hemorrágico ou isquêmico descrito classificação doenças internacionais como CID – I64, no mês de janeiro de 2017, obteve um total de 12.398 internações em todo o Brasil, sendo que destes 775 foram internados no Paraná e no município de Maringá totalizaram 19 internações, com isso foi possível notificar que 1.943 vieram a óbito no Brasil, 103 no Paraná e 2 em Maringá, o que acarreta na comparação anual uma alta taxa de mortalidade.

À medida que a população envelhece aumenta a utilização de serviços hospitalares, apesar de o Estado do Paraná apresentar indicadores socioeconômicos e de saúde, melhores que a média do Brasil, ainda existe mortalidade desconhecida, podendo indicar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde (FURUKAWA; MATHIAS; MARCON, 2011).

Contudo, ainda não se encontram no banco de dados do sistema DATASUS disponível para pesquisa, a influência dos fatores de risco na mortalidade ou então o processo de reabilitação. Essas informações seriam importantes para melhorar e ampliar as iniciativas de saúde pública para a prevenção e o tratamento de AVE, seja na fase aguda ou crônica.

A *World Stroke Organization* (2016) estima que há mais de 17 milhões de AVEs por ano, cerca de 6,5 milhões de vidas perdidas e 26 milhões de pacientes com incapacidade motora ou cerebral permanente. Contudo é imprescindível enfatizar que o cuidado adequado no momento do atendimento inicial ou durante o processo de internação fará toda a diferença para a vida do paciente, entretanto ainda existe um déficit no processo de educação permanente, em que os profissionais não estão recebendo o treinamento necessário, visto que esse aperfeiçoamento aumentaria a chance de recuperação em 14%, a prescrição médica adequada dos trombolíticos aumentaria para 30% e o tratamento de extração mecânica do coágulo aumenta as chances em mais de 50%.

Embora após ter sofrido um AVE, o indivíduo tem um retorno de sua funcionalidade e motricidade, porém, muitas vezes ainda há uma incapacidade residual permanente que o impede de realizar determinadas atividades do dia a dia, que vai desde o autocuidado até uma

simples fala. Além disto, leva o indivíduo a apresentar sérias consequências físicas e sociais, que podem ser: sequelas de ordem física, emocional, de comunicação e funcional. Entre as consequências mais comuns estão: depressão, ansiedade, disfunção sexual, apatia, alexitimia e distúrbio do sono (PINTO; RIBEIRO, 2014). Assim, essas pessoas necessitam de um acompanhamento terapêutico e monitorização contínua da família e do sistema de saúde como um todo, garantindo assim a estratégia preventiva e controle adequado dos fatores de risco, otimizando as atividades de vida diária, mobilidade, dor, continência urinária, comunicação, humor e memória.

Segundo Almeida (2012), a ênfase na atenção em alguns aspectos externos ajudaria a diminuir a taxa de AVE no Brasil, como melhores condições socioeconômicas, melhora da assistência e da qualidade da atenção e prevenção primária, secundária e terciária. Contudo, o paciente também tem um papel de extrema importância na redução das taxas de AVE, pois cabe aos indivíduos controlar os fatores de risco que são modificáveis, ou seja, os fatores relacionados ao seu processo saúde doença, como por exemplo: hipertensão, diabetes, sedentarismo, tabagismo e etilismo.

O enfermeiro tem um importante papel no processo de reabilitação do paciente com AVE, incluindo a assistência desde a terapia semi-intensiva até o centro de reabilitação. De acordo com as Diretrizes Assistenciais do Hospital Israelita Albert Einstein (2013), as principais funções do enfermeiro na reabilitação no paciente com AVE são: reeducação de funções vesicais e intestinais; prevenção de trombose venosa profunda; prevenção e tratamento de úlceras por pressão; cuidados com higiene e autocuidado; acompanhamento da evolução do quadro neurológico do paciente e do restabelecimento de suas funções cognitivas e motoras e participação na reintegração deste paciente na sociedade.

Com o intuito de minimizar os índices de reincidência cabe a todos os profissionais da área de saúde, independente da área de atuação, orientar sobre os fatores modificáveis, estimulando e proporcionando uma vida mais saudável, apoiar na recuperação e incentivando o retorno o mais precoce possível de suas atividades básicas diárias.

Assim, o presente artigo é imprescindível pela intensidade e prevalência dos fatores de risco modificáveis, que por sua vez aumentam os índices e reinternações de AVE. A prevenção primária em toda a população é de extrema importância para que possam melhorar o prognóstico do paciente, a fim de contribuir para sua qualidade de vida e prevenir a reincidência da doença através da conscientização da população.

Neste sentido, objetivou-se por meio desta pesquisa, verificar e identificar quais os principais fatores de risco modificáveis para o AVE em Maringá-PR.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, de base populacional, com amostra aleatória simples em cada um dos conglomerados de natureza quantitativa.

De acordo com Gil (2008) a pesquisa descritiva, descreve as características de determinada população ou fenômeno. A pesquisa quantitativa caracteriza-se “pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas” (RICHARDSON, 2011)

O trabalho foi realizado de acordo com as considerações éticas, o sigilo das informações e a disponibilidade da participação, estabelecidos pela Portaria 466 /2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

A pesquisa foi realizada solicitando primeiramente a autorização da Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde – CECAPS da Secretaria de Saúde do Município de Maringá-PR (número da liberação 1035/2017/SAÚDE) e após do Comitê de Ética em Pesquisa da Unicesumar (número da liberação 056394/2017).

Todos os participantes foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e aos que concordassem com os mesmos, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO I), para o usuário ou seu responsável, o qual foi assinado no ato e em duas vias de igual teor, sendo uma arquivada e outra cópia ficando com o usuário.

A coleta dos dados foi desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Maringá, no Estado do Paraná, no período de junho a setembro de 2017, com uma amostra de 100 pacientes entrevistados dos 663 casos totais.

A escolha do local do estudo se justifica, pois nas UBS, são realizadas todas as ações de prevenção e promoção da saúde, e quando o usuário é acometido por alguma patologia, no caso o AVE é realizado um acompanhamento dos pacientes por uma equipe multidisciplinar, composta de enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e nutricionistas.

Os sujeitos da presente pesquisa foram escolhidos com base nos seguintes critérios: pacientes com diagnóstico de AVE especificamente em sua fase permanente para a observação da frequência de fatores de risco modificáveis, destacando: HAS, DM, dislipidemia, cardiopatias e antecedentes pessoais (sedentarismo, tabagismo e etilismo). Após a busca ativa no sistema Gestor – Sistema de Gerenciamento em Saúde, onde os profissionais têm acesso para realizar seu trabalho e atender com qualidade o cidadão – foram encontrados uma população de 663 pacientes, sendo utilizado uma amostra de aproximadamente um sexto

da população, obtendo uma amostra de 100 pacientes. Foram critérios de exclusões pacientes não residentes em Maringá de forma a não enviesar os resultados.

O contato com o paciente foi realizado por meio de visitas domiciliares, agendadas por telefone e nos casos de impossibilidade do contato por essa via, o agendamento foi em caráter pessoal e em um horário que melhor se adaptasse às necessidades do sujeito de pesquisa.

Para garantir a fidedignidade dos resultados da pesquisa e reduzir as divergências dos dados, as pesquisadoras efetuaram todas as interpretações dos dados coletados.

Realizou-se a caracterização do perfil sociodemográfico dos pacientes com diagnósticos de AVE em fase permanente, com a utilização de um questionário simples (APÊNDICE A), com perguntas objetivas destinadas a realizar um levantamento do perfil sociodemográfico e a identificar as condições de saúde do indivíduo. Após a coleta, os dados foram analisados estatisticamente utilizando estatística descritiva na forma de frequência absoluta e frequência relativa.

Com o objetivo de caracterizar e identificar quais os principais fatores associados a contextos circunstanciais da clínica, como tipo de acidente vascular cerebral, tempo de permanência no internamento e principalmente os fatores de riscos para a patologia, foi aplicado um questionário simples também com perguntas objetivas (APÊNDICE A), analisados e descritos estatisticamente.

3 RESULTADOS

Participaram da entrevista 100 pacientes residentes de Maringá-PR, e que realizam o tratamento da doença na UBS. Para apresentar os resultados dividimos em duas tabelas abaixo (APÊNDICE A).

3.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES ACOMETIDOS PELO AVE ACOMPANHADOS PELAS UBS DE MARINGÁ, PR.

Com os valores de frequência absoluta e frequência relativa elaborou-se a Tabela 1 que ilustra o perfil dos usuários acometidos pelo AVE acompanhados pelas UBS de Maringá-PR. Os resultados obtidos na caracterização revelam que 59% são do sexo masculino, com prevalência de 62% com idade entre 56-75 anos e 66% cor branca. Em relação a escolaridade, 30% dos dependentes cursaram somente o ensino fundamental, e apenas 06% nível superior. 76% possui renda familiar em torno de um a cinco salários-mínimos mensais, cerca de 29%

estão aposentados de suas atividades profissionais e 21% ficaram inativos, consequência da doença e da faixa etária. Em relação ao estado civil 69% são casados.

TABELA 1 Caracterização do perfil sociodemográfico dos pacientes acometidos pelo AVE em Maringá, PR, 2017.

Variáveis	Frequência absoluta (FA)	Frequência relativa (FR) %
Sexo		
Feminino	41	41
Masculino	59	59
Idade		
25-35	2	2
36-55	12	12
56-75	62	62
76-95	24	24
Raça		
Branco	66	66
Negro	21	21
Mestiço/mulato	9	9
Asiático	4	4
Grau de escolaridade		
Nenhuma	15	15
Infantil	29	29
Fundamental	30	30
Médio	20	20
Superior	6	6
Estado Civil		
Casado/Amasiado	69	69
Solteiro/Separado	17	17
Viúvo	14	14
Renda mensal familiar		
Até 1 salário-mínimo	24	24
Entre 1 e 5 salário-mínimo	76	76
Atividade profissional		
Ativo	19	19
Inativo	21	21
Aposentado	29	29
Do Lar	15	15
Estudante	2	2
Auxílio-doença	14	14

Fonte: dados do pesquisador, 2017.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO DIAGNÓSTICO DE AVE.

Elaborou-se a Tabela 2 com o intuito de caracterizar os fatores associados ao diagnóstico do AVE nos pacientes acompanhados pela UBS de Maringá – PR. Os resultados obtidos na caracterização revelam que 67% não tiveram uma reincidência da doença, podendo estar relacionado a percepção da mudança do estilo de vida, na qual a grande maioria cerca de 67% foram diagnosticados do tipo isquêmico e 36% associado a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

TABELA 2 Caracterização dos fatores de risco associados ao diagnóstico de AVE em Maringá-PR, 2017.

Variáveis	Frequência absoluta (FA)	Frequência relativa (FR) %
Já foi internado anteriormente com sintomas de AVE		
Sim	33	33
Não	67	67
Tipos de AVE		
Hemorragico	33	33
Isquêmico	67	67
Fatores de risco		
Tabagista	17	17
Etilista	14	14
Hipertensão	36	36
Diabetes	16	16
Genética	3	3
Sedentarismo/ Colesterol	8	8
Cirurgia	1	1
Desconhecida	5	5

Fonte: dados do pesquisador, 2017.

4 DISCUSSÃO

De acordo com os achados deste trabalho, foi possível identificar às características do perfil sociodemográficos dos pacientes acometidos pelo AVE em Maringá – PR, demonstrando que a porcentagem referente ao o sexo encontrados na pesquisa, corroboram com as características descritas nas literaturas em que há prevalência do sexo masculino cerca de 59% (MENDES, et al., 2011; CANUTO, NOGUEIRA, ARAÚJO, 2016). Porém, foram encontrados artigos que obtiveram maiores casos de mulheres com o AVE, com idade superior a 59 anos (MOREIRA, et al., 2015; OLIVEIRA, et al., 2016). A literatura mostra que

os homens não procuram ajuda médica, por acharem que esta procura é responsabilidade da mulher, pois, costumam se achar fortes. Procuram ajuda tardia, quando os sintomas começam afetar a rotina do trabalho, atrapalhando o sustento da família (FERREIRA, et al., 2016).

Com relação a faixa etária encontrada na pesquisa, pode se observar a prevalência dos pacientes com idade entre 56-75 anos, sendo responsável por 62% do total de paciente, os dados coincidem com o estudo que aponta maior prevalência acima de 60 anos, fato este justificável pela transição demográfica e epidemiológica que o mundo está sofrendo, concomitantemente com o aumento das pessoas idosas com sequelas do AVE (RIBEIRO et al., 2012).

Os dados relacionados a etnia revelam um maior percentual, cerca de 66% sendo brancos, 21% negros e 9% mulatos. Isso possivelmente se deve à formação étnica peculiar, no contexto brasileiro, da população desse município, composta predominantemente por brancos (SILVA; LIN, 2016; MACHADO; PEREIRA; LIDA, 2015). Mas ainda há estudo que aponta predominância em negros ou mulatos (VIEIRA; GUEDES; BARROS, 2016).

O nível de escolaridade aponta um perfil de baixo nível, tendo até quatro anos de estudo (BRONDANI, et al., 2013, esses dados vão ao encontro com o resultado da atual pesquisa que mostrou resultados parecidos na qual 30% dos pacientes apresentaram baixo nível de escolaridade. Esse associado aos fatores socioeconômicos e culturais que contribuem para o aparecimento das doenças cardiovasculares, dificultando a conscientização em relação às medidas terapêuticas e às mudanças nos hábitos de vida (RIBEIRO, et al., 2012).

O grande percentual dos pacientes encontravam-se casados, cerca de 69% coincidindo com a literatura (BRONDANI, et al., 2013). Nesse contexto, estudo alerta para os déficits motores e cognitivos responsáveis pela falta de independência e autonomia dos pacientes, que passam a depender do auxílio de terceiros, dessa forma a presença dos familiares lado a lado com o doente pode significar confiança e redução da ansiedade no contexto habitual e emocional (FERREIRA, 2013).

De acordo com a renda familiar apresentou-se com 76% de 1-5 salário-mínimo, mas na literatura mostrou-se que a maioria recebia até um salário-mínimo (BRONDANI, et al., 2013). O modo em que o indivíduo vive, bem como, o auxílio de sua renda é imprescindível para um melhor prognóstico e qualidade de vida. Quanto a ocupação apresentou 29% aposentados, sendo relacionada a idade ou a doença, 21% inativos e somente 14% recebem o auxílio-doença. O AVE é a principal causa de incapacidade e dependência crônica em idosos e adultos de meia idade, e muitas vezes leva a longo prazo comprometimento das funções físicas, cognitivas e psicossociais. O estado funcional e a depressão foram identificados como fortes preceptores da qualidade de vida após a doença (MONTEIRO, 2013).

Com relação aos fatores de risco modificáveis associados ao diagnóstico de AVE, foi questionado sobre os pacientes que tiveram a reincidência da doença, se houve foi internado anteriormente com sintomas do AVE? Com isso, resultou-se com 67% com a resposta não, isto indica que esses indivíduos de acordo com suas referências culturais, valores e experiências estão se cuidando, aderindo melhor o tratamento, e por sua vez, não ocorrer novos episódios de AVE. Porém, dos que responderam sim, apresentaram-se com até 4 diagnósticos de AVE. Sabendo-se que esses pacientes vitimadas pelo AVE estão em situação de vulnerabilidade, a incapacidade física lhes cerceia as ações, e acaba por comprometer, também, a capacidade de decidir e tomar decisões como por exemplo a mudança de hábitos de vida que aumentam o risco da reincidência da doença e potencializando possíveis sequelas.

Assim sendo, ao tipo de AVE que acometeu os pacientes 67% dos casos foi isquêmico, situação que não condiz com a literatura, já que no achado ocorre mais hemorrágico (RIBEIRO, et al., 2012). No que diz respeito a história clínica anterior e a patologia associada, no estudo apresentou a maior incidência foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (36%). Dentre os fatores de risco associados ao AVE descritos na literatura é ressaltado a HAS como um dos mais importantes e fortemente correlacionado ao AVE (RIBEIRO, et al., 2012). Pode-se descrever também que 3% foram do tipo genético, um fator não modificável, 5% não souberam a causa e apenas 1% referiu-se uma cirurgia ser a causa do seu AVE, devido ao liquor da medula.

A HAS é considerada o principal fator de risco para o surgimento de doenças cardiovasculares, como o AVE. É uma doença caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, geralmente associada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) que podem causar alterações metabólicas, aumentando o risco cardiovascular. Outros fatores de risco para o desenvolvimento de AVE são: idade avançada, sexo masculino, raça negra, história prévia de doença vascular, doenças cardíacas, tabagismo, DM, sedentarismo, dislipidemias, obesidade, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, uso de cocaína ou crack e uso de anticoncepcionais orais (RIBEIRO, et al., 2016).

Para que a prevenção e a promoção da saúde sejam feitas de forma eficaz é necessário o conhecimento sobre a doença e dos fatores de risco que colaboram para o desenvolvimento da mesma ou das comorbidades associadas. O tratamento da hipertensão deve ser baseado nos fatores de risco (raça, idade, hereditariedade) e trabalhando junto ao hipertenso e sua família para mudar os que podem ser alterados (ingestão de sal e gordura, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo) (MACHADO, PIRES e LOBÃO, 2012).

A hipertensão arterial sistêmica é considerada um problema de saúde pública global, causando 9,4 milhões de mortes a cada ano em todo o mundo. A prevalência de hipertensão arterial sistêmica vem aumentando em países em desenvolvimento, devido ser uma doença assintomática em suas fases iniciais. Aliado a isso, a falta de informação, por parte da população, contribui para seu baixo controle (MOURA, 2015). Sugere-se o seguimento da atuação da equipe multidisciplinar na Unidade de Saúde para que busque melhorar cada vez mais as ações de educação em saúde, uma vez que além de proporcionarem uma condição de vida mais saudável para a comunidade, fortalecem e ampliam a integração de todos os envolvidos, estabelecendo assim uma saúde baseada em preceitos de coletividade e integração social.

5 CONCLUSÃO

Neste estudo, evidenciou-se que o AVE tem grande predominância em paciente do sexo masculino, branco, com idade superior a 56 anos, casados, do tipo isquêmico e os fatores de riscos identificados estão relacionados ao estilo de vida e com a hipertensão arterial sistêmica.

Os dados obtidos no presente estudo apontam para a necessidade da criação de estratégias de saúde pública mais eficaz para o controle da hipertensão arterial direcionadas principalmente para a população adulta e idosa, com ações de promoções de saúde voltadas para a conscientização do público-alvo, com finalidade solucionar problemas e modificar situações agravantes, como exemplo o Hiperdia.

A prevenção de doenças e agravos apresenta-se como estratégia de modificação hábitos de vida que aumentem as alternativas de qualidade de saúde, de intervenção junto aos sujeitos e do entendimento do processo saúde doença como produto social. As atividades na Atenção Básica aprofundam discussões que contribuem para aumentar o conhecimento da população, estimulam a adoção de hábitos saudáveis, contribuem para mudança de comportamento, possibilitam aos indivíduos a obtenção de habilidades para a tomada de decisão na busca por uma melhor qualidade de vida, evitando assim a reincidência da doença.

Dada à importância da pesquisa, este trabalho serve como base para posteriores estudos no meio científico e acadêmico, visto que com a transição demográfica e a melhora da sobrevida a população está envelhecendo, entretanto esse processo de senescência precisa estar concomitantemente com a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. R. M. Análise epidemiológica do acidente vascular cerebral no Brasil. *Revista Neurociência*, v. 20, n. 4, p. 481-482, 2012.
- BRONDANI, C. M.; RAMOS, L. H.; BEUTER, M.; LAMPERT, M. A.; SEIFFERT, M. A.; BRUINSMA, J. L. Caracterização de pacientes dependentes de tecnologias de um serviço de internação domiciliar. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*, v. 3, p. 689-699, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS Informações de Saúde - TABNET. Assistência à saúde. *Morbidade Hospitalar do SUS*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrpr.def>. Acesso em: 07 de mar de 2017.
- CANUTO, M. A. O.; NOGUEIRA, L. T.; ARAÚJO, T. M. E. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, v. 29 n. 3, p. 245-252, 2016.
- Diretrizes Assistenciais. *Diretrizes de Acidente Vascular Cerebral*. Procedimento Técnico, Hospital Israelita Albert Einstein, 2013.
- FERREIRA, C. C. G.; ESTEVAN, F. E. B.; GUIMARÃES, J. C.; VALADARES, M. S.; TANNURE, M. C. Visita aberta em unidades de terapia intensiva de adultos: uma estratégia para humanização do atendimento. *Revista Enfermagem*, v. 16, n. 01, 2013.
- FERREIRA, J. I. C.; MARTINS, E. R. C.; RAMOS, R. C. A.; COSTA, C. M. A.; ALVES, R. N.; LIMA, B. Políticas públicas de atenção integral a saúde do homem: desafios para a enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 24, n. 6, p. 24-26, 2016.
- FREITAS, A. S.; COSTA, F. J. V.; SOUSA, I. B.; SOUZA, R. M.; CARNEIRO, R. V.; MANIVA, S. J. C. F. Jogo educativo sobre acidente vascular cerebral para pré-Adolescentes. *Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem*, v. 2, n. 2, 2016.
- FURUKAWA, T. S.; MATHIAS, T. A. F.; MARCON, S. S. Mortalidade por doenças cerebrovasculares por residência e local de ocorrência do óbito: Paraná, Brasil, 2007, v, 27, n. 2, p. 327-334, 2011.
- GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo, *Revista Atlas*, v, 6, 2008.
- GOUVÊA, D.; GOMES, C. S. P.; MELO, S. C.; ABRAHÃO, P. N.; BARBIERI, G. Acidente Vascular Encefálico: Uma revisão da literatura. *Revista Científica Multidisciplinar das Faculdades São José*, v. 6, n. 2, 2015.
- LIMA, A. C. M. A. C. C.; SILVA, A. L.; GUERRA, D. R.; BARBOSA, I. V.; BEZERRA, K. C.; ORIÁ, M. O. B. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n. 4, p. 785-792, 2016.
- MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBÃO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Ciência saúde coletiva*, v. 17, n. 5, p. 1365-1374, 2012.

MACHADO, V. M.; PEREIRA, M. R.; LIDA, E. K. Perfil clínico dos pacientes portadores de fibrilação atrial atendidos em um hospital do sul de Santa Catarina. *Revista da AMRIGS, Porto Alegre*, v. 59, n. 3, p. 192-197, 2015.

MANIVA, S. J. C. F.; FREITAS, C. H. A.; JORGE, M. S. B.; CARVALHO, Z. M. F.; MOREIRA, T. M. M. Vivendo o acidente vascular encefálico agudo: significados da doença para pessoas hospitalizadas. *Revista da escola de enfermagem USP*, v. 47, n. 2, p. 362-368, 2013.

MENDES, L. M.; NEVES, R. F.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; BRITO, G. E. G.; LUCENA, E. M. F.; BATISTA, H. R. L.; MORAIS, J. D. Estado cognitivo dos usuários com AVE na atenção primária à saúde em João Pessoa – PB. *Revista Acta Fisiátrica*, v. 18, n. 4, p. 169-174, 2011.

MONTEIRO, M. D. C. Associação entre as atividades instrumentais prévias e o desempenho funcional após acidente vascular cerebral, 2013.

MOREIRA, N. R. T. L.; ANDRADE, A. S.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; NASCIMENTO, J. A.; BRITO, G. E. G. Qualidade de vida em indivíduos acometidos por Acidente Vascular Cerebral. *Revista Neurociência*, v. 23, n. 4, p. 530-537, 2015.

MOURA, I. H.; VIEIRA, E. E. S.; SILVA, G. R. F.; CARVALHO, R. B. N.; SILVA, A. R. V. Prevalência de hipertensão arterial e seus fatores de risco em adolescentes. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, n. 1, p. 81-86, 2015.

OLIVEIRA, J. G.; DAMASCENO, K. G.; SOUZA, L. P.; LIMA, M. G. Perfil clínico epidemiológico e os principais rótulos diagnósticos de enfermagem aos pacientes internados com acidente vascular cerebral em um hospital de grande porte na região sul da Amazônia legal. *Revista Amazônia Science & Health*. v. 4, n. 3, p. 3-11, 2016.

PINTO, O. C.; RIBEIRO, L. Depressão, Apatia e Alexitimia Secundários ao Acidente Vascular Cerebral. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, v. 12, n. 2, p. 66-76, 2014.

RIBEIRO, K. S. Q. S.; NEVES, R. F.; BRITO, G. E. G.; MORAIS, J. D.; LUCENA, E. M. F.; MEDEIROS, J. M.; MENDES, L. M. Perfil de Usuários Acometidos por Acidente Vascular Cerebral Adscritos à Estratégia Saúde da Família em uma Capital do Nordeste do Brasil, *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 16, n. 1, p. 35-44, 2012.

RIBEIRO, R. M.; RODRIGUES, C. D. S.; BERTOLIN, D. C.; RIBEIRO, R. C. H. M.; CESARINO, C. B.; KUSUMOTA, L.; FANTINI, J. F. A. Caracterização dos pacientes com acidente vascular encefálico atendidos na emergência. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 23, n. 4, p. 78-82, 2016.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa Social: Métodos e Técnicas. São Paulo, *Revista Atlas*, 2011.

SILVA, B. M.; LIN, K. Perfil demográfico do acidente vascular encefálico no hospital universitário prof. Polydoro Ernani de São Thiago (Florianópolis, SC) entre os anos 2001 e 2012. *Revista Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 45, n. 2, p. 43-58, 2016.

VIEIRA, L. A.; GUEDES, M. V. C.; BARROS, A. A. Aplicação das escalas de glasgow, braden e rankin em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. *Revista enfermagem UFPE*, v. 10, n. 5, p. 4226-4232, 2016.

Campanha Mundial do AVC. *World Stroke Organization*, 2016.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE REGISTRO DE DADOS

I – Identificação do paciente:

Nome (iniciais): _____ Sexo: M () F ()

Iniciais dos Entrevistados: _____ Data: ____/____/____

1 – Idade: _____ anos

2 – Biótipo: Branca () Negra () Mestiça/Mulata () Asiática ()

3 – Estado Civil: Casado (a)/Amasiado () Solteiro/Separado () Viúvo ()

4 – Escolaridade: Nenhuma ()

Até 4anos (Ensino Básico) ()

Até 9 anos (Ensino Fundamental) ()

Até 13 anos (Ensino Médio) ()

Acima de 13 anos (Superior) ()

Anos com Repetência: _____ anos

5 – Situação de Emprego: Última profissão Exercida: _____

Ativo () Inativo () Do lar () Estudante () Aposentado ()

Auxilio Doença () _____

6 – Nível Renda Familiar: Até 1 SM () Até 5 SM () Até 10 SM () Acima 10 SM ()

7 – Religião: Católica ()

Protestante Tradicional ()

Protestante Pentecostal ()

Espírita Kardecista ()

Cultos Asiáticos ()

Outros () _____

Sem Religião ()

Praticante: Sim () Não ()

8 – Já foi internado anteriormente com sintomas de AVE?

Sim () Não () Vezes _____ Tempo internado: _____

9 – Sinais e sintomas apresentados:

10 – Ano do diagnóstico do AVE: _____

11 – Tipo do AVE: Hemorrágico () Isquêmico ()

12 – Fatores de risco do AVE:

13 – Doença preexistente além do AVE:

14 – Medicamentos de uso contínuo:

15 – Após o AVE, o quê foi feito no hábito de vida, evitando a reincidência da doença:

16 – Quais as sequelas que ficaram após a doença:

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO DE MARINGÁ-PR

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelo(s) pesquisador(es) Patrícia Bossolani Charlo Sanches, Janaina Rodrigues Dias Paes e Luana Rafaela Gusmão do Nascimento, em relação a minha participação no projeto de pesquisa intitulado OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO DE MARINGÁ-PR, cujo objetivo de caracterizar e identificar quais os principais fatores associados a contextos circunstanciais da clínica, como tipo de acidente vascular cerebral, tempo de permanência no internamento e principalmente os fatores de riscos para a patologia. Os dados serão coletados primeiramente na UBS no gestor, as visitas serão agendadas por telefone e depois será utilizado um questionário simples, com perguntas objetivas destinadas a realizar um levantamento do perfil sociodemográfico e a identificar as condições de saúde do indivíduo. Após a coleta os dados serão analisados estatisticamente utilizando-se estatística descritiva na forma de frequência absoluta e

frequência relativa. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que sejam mantidas em sigilo informações relacionadas à minha privacidade, bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações todas as minhas dúvidas referentes a este estudo as pesquisadoras Janaina Rodrigues Dias Paes e Luana Rafaela Gusmão do Nascimento, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, que participe do mesmo.

Eu, Janaina Rodrigues Dias Paes; Luana Rafaela Gusmão do Nascimento; Patrícia Bossolani Charlo Sanches. declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao sujeito da pesquisa.

Para mais esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome: Patrícia Bossolani Charlo Sanches

Endereço: Avenida Guedner

Bairro: Jardim Aclimação

Cidade: Maringá

UF: PR

Fones: 44- 3027-6360

e-mail: patbcs@hotmail.com

Nome: Janaina Rodrigues Dias Paes

Endereço: Avenida Guedner

Bairro: Jardim Aclimação

Cidade: Maringá

UF: PR

Fones: 44- 3027-6360

e-mail: jana.rd@hotmail.com

Nome: Luana Rafaela Gusmão do Nascimento

Endereço: Avenida Guedner

Bairro: Jardim Aclimação

Cidade: Maringá

UF: PR

Fones: 44- 3027-6360

e-mail: luana_rafaela_727@hotmail.com

Maringá-PR, 2017