

Características clínico-demográficas de pacientes hospitalizados por acidente vascular cerebral

Clinical and demographic characteristics of hospitalized stroke patients

*Tábada Samantha Marques Rosa¹, Anaelena Bragança de Moraes²,
Maria Elaine Trevisan³*

RESUMO

Objetivo. Caracterizar uma amostra de pacientes com diagnóstico de acidente vascular cerebral, atendidos em um hospital universitário, verificando as variáveis clínicas associadas. **Método.** Estudo observacional retrospectivo com coleta de dados realizada nos prontuários do setor de arquivo médico do hospital, a partir de um questionário estruturado pelas pesquisadoras. Foram coletados o sexo, idade, raça e tempo de internação dos pacientes, além de variáveis clínicas. Estatísticas descritivas para caracterização da amostra foram realizadas. **Resultados.** A amostra foi constituída por 187 adultos, sendo que 54,6% eram mulheres, a maioria da raça branca, a média de idade foi 71,8 anos e o tempo médio de internação de 24,3 dias. Houve associação entre o número de episódios e o tipo de acidente vascular cerebral e mortalidade com tipo de acidente vascular cerebral. **Conclusões.** Os pacientes apresentaram o primeiro episódio de acidente vascular cerebral isquêmico com acometimento do hemisfério direito e, como desfecho, a maioria foi para a unidade de tratamento intensivo ou evoluiu ao óbito. Todos apresentaram multipatologias e faziam uso de mais de seis medicamentos. Realizaram fisioterapia motora e respiratória duas vezes ao dia com diversas intervenções e tiveram mais de uma sequela.

Unitermos. Acidente Vascular Cerebral, Hospitalização, Fisioterapia

Citação. Rosa TSM, Moraes AB, Trevisan ME. Características clínico-demográficas de pacientes hospitalizados por Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

Objective. To characterize a sample of patients with a diagnosis of stroke, hospitalized in a university hospital and check the clinical variables associated. **Method.** Observational retrospective study with data collection held in the sector of medical records from the hospital, from a structured questionnaire by the researchers. We collected data of gender, age, race, and length of stay of patients as well the clinical variables. Descriptive statistics for sample characterization were performed. **Results.** The sample consisted of 187 adults, where 54.6% were women, and the majority of the white race. The average age was 71.8 years and the average of hospitalization time was 24.3 days. There was association between the number of episodes and the type of stroke and mortality with type of stroke. **Conclusions.** The patients present the first episode of ischemic stroke with right hemisphere involvement and, as outcome, most went to the intensive care unit or evolves to death. All presented several pathologies and made use of more than six medicines. Received motor and respiratory physiotherapy twice a day with different intervention techniques and had more of a sequel.

Keywords. Stroke, Hospitalization, Physical Therapy

Citation. Rosa TSM, Moraes AB, Trevisan ME. Clinical and demographic characteristics of hospitalized stroke patients.

Trabalho realizado no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria-RS, Brasil.

Endereço para correspondência:

Maria Elaine Trevisan
Rua. Silva Jardim, 2141/701, Centro
CEP 97010-493, Santa Maria-RS, Brasil
Fone: (55)3220-8234
E-mail: elaine.trevisan@yahoo.com.br

1.Fisioterapeuta, Mestra, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria-RS, Brasil.

2.Química, Doutora, Professora do Departamento de Estatística da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria-RS, Brasil.

3.Fisioterapeuta, Doutora, Professora do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria-RS, Brasil.

Original
Recebido em: 23/06/15
Aceito em: 05/08/15

Conflito de interesses: não

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma síndrome neurológica complexa que envolve alterações do funcionamento cerebral, podendo ser causado por dois mecanismos fisiopatológicos distintos: isquemia e hemorragia¹.

O AVC isquêmico é o mais comum, acontece devido à obstrução de uma das artérias cerebrais, sendo a artéria cerebral média a mais frequente, acometendo cerca de 70% dos casos. Um subtipo de AVC isquêmico, o Ataque Isquêmico Transitório (AIT), acontece de forma similar, porém com o desaparecimento das manifestações clínicas em torno de 24 a 48 horas. O AVC hemorrágico ocorre devido ao rompimento de um vaso cerebral gerando extravasamento de sangue e anóxia do tecido neurológico, correspondendo a aproximadamente 15% dos AVC².

O aumento e o envelhecimento da população, somados aos fatores de risco mais prevalentes como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), tabagismo, dieta inadequada, sedentarismo e obesidade, fazem com que o AVC se torne a principal causa de morte prematura e de incapacidade entre adultos³.

No Brasil, o AVC representa a principal causa de morte, responsável por mais de 90 mil óbitos anuais, sendo ainda considerada a mais alta taxa da América Latina⁴. No Rio Grande do Sul, no ano de 2013, houve 7681 óbitos por AVC com um coeficiente de mortalidade de 68,8 a cada 100 mil habitantes⁵.

Dentre as manifestações clínicas incluem-se deficiência nas funções motoras, sensitivas, mentais, perceptivas e da linguagem, dependendo da localização da artéria acometida, da extensão da lesão e da disponibilidade de fluxo colateral⁶. A avaliação e identificação dos déficits e incapacidades na fase aguda do AVC devem começar desde a fase de internação hospitalar⁷. Nesse sentido, uma reabilitação efetiva iniciada precocemente após o AVC pode aumentar os processos de recuperação e minimizar incapacidades funcionais, reduzindo os potenciais custos com cuidados em longo prazo, contribuindo com uma melhora da satisfação do paciente⁸.

O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) é caracterizado como um hospital de grande

porte (356 leitos hospitalares) e como centro de referência da região central do Rio Grande do Sul no atendimento as urgências e emergências pelo SUS. Atua também como hospital-escola, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência à saúde⁹.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi caracterizar uma amostra de pacientes com diagnóstico de AVC, atendidos em um hospital universitário, verificando as variáveis clínicas associadas, para proporcionar uma perspectiva ampliada sobre esta população, com o intuito de conhecer informações para a construção de novas estratégias de ação na prevenção desta doença.

MÉTODO

Amostra

A amostra foi composta por adultos internados no HUSM no período de janeiro de 2011 a fevereiro de 2013, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: acometimento por AVC (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) diagnosticado pelo médico, idade do paciente igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos do estudo os indivíduos que apresentaram outras patologias neurológicas anteriores que não fosse o AVC, pela possibilidade de terem acarretado sequelas funcionais adicionais.

Foram excluídos 63 prontuários, pois a classificação (segundo a classificação internacional de doenças) não conferia com os dados do prontuário, sugerindo outras patologias que não o AVC e 21 por estarem incompletos e/ou ilegíveis. Desta forma, a amostra compreendeu 187 pacientes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Maria, parecer nº 932.843/2015.

Procedimento

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo com coleta de dados realizada nos prontuários do Setor de Arquivo Médico (SAME) do HUSM, a partir de um questionário estruturado pelas pesquisadoras.

Para a caracterização da amostra foram coletadas as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, raça e tempo

de internação) por se tratarem de informações pessoais.

As variáveis clínicas foram: a causa do AVC (isquêmico, ataque isquêmico transitório e hemorrágico); hemisfério cerebral acometido (direito e/ou esquerdo); frequência do episódio (1º episódio, 2º episódio, 3º episódio ou mais); presença de histórico familiar da doença; desfecho da internação (Unidade de Tratamento Intensivo-UTI, enfermaria, transferência externa, óbito); fatores de risco (diabetes mellitus, dislipidemias, cardiopatias, hipertensão arterial, obesidade, sedentarismo, tabagismo, etilismo); número e tipo de doenças e medicamentos; atendimento fisioterapêutico (sim ou não); tipo de fisioterapia (motora e/ou respiratória); frequência (1 vez ao dia, 2 vezes ao dia, 3 vezes ao dia); intervenções utilizadas (posicionamento, amplitude de movimento, higiene brônquica, manobras de expansão pulmonar, aspiração traqueal, retirada do leito, deambulação; sequelas (disartria, hemiparesia, déficit motor, dificuldade de deambulação, incontinência urinária, epilepsia, ataxia e confusão mental); utilização de suporte ventilatório (óculos nasal, máscara facial, ventilação não invasiva, ventilação mecânica invasiva).

Análise estatística

Para a análise estatística dos dados foi realizada, inicialmente, a análise descritiva e, posteriormente, a análise inferencial por meio dos testes não-paramétricos do Qui-quadrado (com Análise de Resíduos quando apropriada), exato de Fisher, U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e teste *post-hoc*, sendo considerado o nível de significância de 5%.

As proporções foram estimadas utilizando-se intervalos de confiança (IC) de 95%. As análises foram realizadas utilizando o aplicativo computacional STATISTICA 9.1.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 187 adultos com diagnóstico de AVC, com média de idade de $71,8 \pm 11,6$ anos, variando de 36 a 90 anos. O tempo médio de internação foi de $24,3 \pm 12,4$ dias, variando de 2 dias a 60 dias. A distribuição dos pacientes, segundo as variáveis

Tabela 1. Distribuição das frequências dos pacientes com AVC quanto aos aspectos sociodemográficos (n=187).

	Categorias	Nº de pacientes (%)
Sexo	Feminino	102 (54,6)
	Masculino	85 (45,4)
Idade	30-49	10 (5,4)
	50-69	52 (27,9)
	70-90	125 (66,7)
Raça	Branca	140 (74,9)
	Negra	47 (25,1)
Tempo de internação (dias)	2-21	87 (46,5)
	22-41	83 (44,4)
	42-61	17 (9,1)
Total		187 (100,0)

sociodemográficas e suas frequências estão apresentadas na Tabela 1.

Considerando os fatores de risco para o AVC, constatou-se a prevalência de sedentarismo (95,8%), HAS (86,7%), dislipidemias (79,7%), cardiopatias (72,6%), diabetes mellitus (55,1%), tabagismo (51,4%) seguido da obesidade (29,5%) e do etilismo (9,1%). Na Tabela 2 são apresentadas as características clínicas do AVC (causa, hemisfério acometido, frequência do episódio, histórico familiar e desfecho).

No desfecho dos pacientes com AVC, verificou-se que 53,4% dos pacientes com diagnóstico de AVC tiveram evolução para um prognóstico desfavorável, ou seja, foram para UTI ou morreram. Foi encontrada associação entre a frequência e o tipo de AVC ($p=0,002$). Na Tabela 3 são apresentadas as características dos pacientes com AVC (tipo de AVC, atendimento fisioterapêutico e tempo de internação) e suas associações com a mortalidade.

No que se refere à realização da fisioterapia não houve diferença nos tempos de internação entre os pacientes que fizeram ou não fisioterapia ($p=0,416$). Na tabela 4 são apresentados os dados referentes à distribuição de frequências dos tipos e número de medicamentos e doenças.

Em relação ao número de medicamentos, a média foi de $7,6 \pm 2,55$ por paciente, sendo o número máximo de 12 medicamentos. Observa-se que todos os pacientes faziam uso de algum tipo de medicamento. O

Tabela 2. Caracterização clínica do AVC (n=187).

	Categorias	Nº de pacientes (%)	IC 95%
Tipo do AVC	Isquêmico	138 (73,8)	67,5-80,1
	AIT	12 (6,4)	2,9-9,9
	Hemorragico	37 (19,8)	14,1-25,5
Hemisfério acometido	Direito	126 (67,4)	60,7-74,1
	Esquerdo	61 (32,6)	25,9-39,3
Frequência do episódio	1º	91 (48,7)	41,5-55,8
	2º	73 (39,0)	32,0-46,0
	3º ou mais	23 (12,3)	7,6-17,0
Histórico familiar	Sim	134 (71,7)	65,2-78,1
	Não	53 (28,3)	21,9-34,8
Desfecho	UTI	57 (30,5)	23,9-37,1
	Enfermaria	72 (38,6)	31,5-45,5
	Transferência externa	15 (8,0)	4,1-11,9
	Óbito	43 (22,9)	17,0-29,0

AVC= Acidente Vascular Cerebral; AIT= Ataque Isquêmico Transitório; UTI= Unidade de Tratamento Intensivo.

número médio de doenças, por paciente com AVC, foi de $4,2 \pm 1,38$ com o máximo de seis, sendo que 87,8% pacientes apresentaram de três a seis doenças concomitantes. Na Tabela 5 são apresentadas as frequências dos pacientes com AVC quanto à atuação fisioterapêutica.

Considerando as sequelas dos pacientes com AVC's, destacou-se o déficit motor em 156 casos (89,1%), seguido da hemiparesia em 149 casos (85,1%), dificuldade na deambulação em 149 casos (85,1%), incontinência

urinária em 89 casos (50,8%), confusão mental em 87 dos casos (49,8%), disartria em 73 casos (41,8%), epilepsia em 53 casos (30,2%) e ataxia em 12 casos (6,9%). É importante salientar que a maioria dos pacientes apresentou mais de uma sequela.

Com relação ao suporte ventilatório, constatou-se que os pacientes utilizaram máscara facial (35,3%), óculos nasal (31,6%), ventilação mecânica invasiva (26,2%), ventilação mecânica não invasiva (2,2%) e outros não faziam uso de qualquer tipo de suporte ventilatório (4,7%).

DISCUSSÃO

Os achados do atual estudo corroboram os dados da literatura, de maneira que a proporção de mulheres acometidas por AVC foi maior¹⁰⁻¹². Nas mulheres esse aumento do número de ocorrências de AVC, tem sido associada ao elevado índice glicêmico, ao uso de contraceptivos orais e a HAS, bem como a vida agitada e a crescente atuação da mulher no mercado de trabalho¹³. Com relação à raça, 74,9% eram da cor branca, isso pode ser explicado devido existir uma predominância da raça branca no estado do Rio Grande do Sul (87%), conforme dados do IBGE¹⁴.

Foi observada nos pacientes com AVC deste estudo, uma maior ocorrência na faixa etária de 70 a 90 anos, sendo a média de idade de 71,8 anos, com um tempo de internação entre 2 a 21 dias, obtendo-se uma média de 24,3 dias. Indo de encontro com os resultados encontrados neste estudo, pesquisa realizada na região Sul do Brasil sobre o perfil dos pacientes adultos com AVC revelou prevalência de 35,3% na mesma faixa etária com média de idade de 59 anos, tempo de internação de 6 a 10 dias e com um tempo médio de 12 dias¹⁵.

Quanto às características do AVC, estudos confirmam com dados desta pesquisa apontando uma maior ocorrência no tipo isquêmico, hemisfério cerebral direito e uma frequência no 1º episódio^{10,12}. A literatura cita que cerca de 80% dos casos de AVC podem ser diagnosticados como isquêmicos decorrentes de obstruções dos vasos arteriais, por placas de ateroma ou embolias secundárias¹⁶, de maneira que alterações no hemisfério direito

Tabela 3. Características dos pacientes com AVC e associações com a mortalidade (n=187).

	Mortalidade		p-valor
	Sim (%)	Não (%)	
Tipo AVC			0,034
Isquêmico	30 (69,8)	108 (75,1)	
Hemorragico	13 (30,2)	24 (16,6)	
AIT	0 (0,0)	12 (8,3)	
Atendimento fisioterapêutico**	19 (44,2)	85 (64,4)	0,019
Tempo internação (dias)			0,001
Média±Desvio Padrão	29,8±11,9	22,7±12,2	
Mín-Máx	7-60	2-60	

AIT= Ataque Isquêmico Transitório; ** Foram excluídos os pacientes com AIT devido a não realização da fisioterapia.

Tabela 4. Distribuição da frequência dos pacientes com AVC quanto ao número e tipo de medicamentos e doenças associadas (n=187).

Variável	Nº de pacientes (%)
Medicamentos	
Anti-hipertensivo	162 (86,4)
Antiagregante plaquetário	84 (45,0)
Anti-inflamatório	76 (40,6)
Antidepressivo	128 (68,5)
Antipsicótico	61 (32,7)
Antidiabético	103 (55,1)
Anticonvulsivante	115 (61,5)
Sedativo	115 (61,5)
Analgésico	154 (82,4)
Disfunção gastrointestinal	147 (78,7)
Diurético	127 (68,0)
Nº de medicamentos	
2 a 5	48 (25,6)
6 a 9	90 (48,3)
10 a 12	49 (26,1)
Doenças associadas	
Reumatológicas	97 (51,9)
Geniturinárias	127 (68,0)
Endócrinas	103 (55,1)
Gastrointestinais	147 (78,7)
Cardiovasculares	162 (86,7)
Respiratórias	136 (72,8)
Nº de doenças	
1 a 2	23 (12,2)
3 a 4	83 (44,4)
5 a 6	81 (43,4)

A soma do número de pacientes pode ultrapassar 187 devido à possibilidade de acometimento em mais de uma variável.

repercutem na sustentação dos movimentos e da postura, e no hemisfério esquerdo na inicialização e execução dos movimentos voluntários⁶.

Um estudo feito em Minas Gerais, que traçou o perfil dos pacientes com AVC cadastrados na estratégia de saúde da família em Diamantina (MG), encontrou dados semelhantes no que se refere ao sedentarismo (90,0%), tabagismo (57,0%)¹⁷. Porém, encontraram taxa de etilismo mais alto (55,0%) e histórico de AVC na família mais baixo (33,0%)¹⁷, contrastando com os achados do atual estudo. Autores afirmam que entre os fatores de risco modificáveis, evidencia-se a HAS pela sua alta prevalência; a

diabetes mellitus, pela sua susceptibilidade à aterosclerose das artérias coronárias, cerebrais e periféricas; a dislipidemia por ser um importante fator de risco relacionado à cardiopatia isquêmica; a presença de doença cardiovascular prévia; a obesidade, pela frequente associação à diabetes mellitus e à dislipidemia, constituindo frequentemente a “Síndrome metabólica”, o tabagismo, etilismo, sedentarismo, dependentes do estilo de vida do paciente; o uso de anticoncepcionais orais, principalmente se relacionados a eventos trombóticos prévios ou tabagismo¹⁸.

No que se refere ao desfecho dos pacientes e a utilização de suporte ventilatório uma pesquisa, com idosos pós-AVC internados em uma unidade de AVC de um hospital, constatou que a proporção dos idosos que foram para UTI ou morreram foi de 6% e que a grande maioria (93%) dos pacientes não utilizaram ventilação mecânica invasiva ou não invasiva¹¹. Esses dados contrastam com os resultados desta pesquisa, de acordo com os mesmos autores supracitados, essa diferença pode ser explicada ao melhor manejo do paciente recebido em unidades de AVC hospitalares que contam com uma equipe multidisciplinar especialmente capacitada no atendimento dessa doença¹¹.

Tabela 5. Distribuição da frequência dos pacientes com AVC quanto à atuação fisioterapêutica (n=175).

Variável	Categorias	Nº de pacientes (%)	IC 95%
Atendimento*	Sim	104 (59,5)	52,2%-66,7
	Não	71 (40,5)	33,3%-47,8
Tipo	Motora	18 (10,2)	5,8%-14,8
	Motora e Respiratória	86 (49,1)	41,7%-56,5
Frequência	1x ao dia	12 (6,85)	3,1%-10,6
	2x ao dia	89 (50,8)	43,5%-58,3
	3x ao dia	3 (1,7)	
Intervenções	Posicionamento	104 (59,4)	52,2%-66,7
	ADM	104 (59,4)	52,2%-66,7
	Higiene Brônquica	98 (56,0)	48,6%-63,4
	Manobras de Expansão Pulmonar	92 (52,6)	45,2%-60,0
	Aspiração traqueal	55 (31,4)	24,6%-38,3
	Retirada do leito	59 (33,8)	26,7%-40,7
	Deambulação	18 (10,2)	5,8%-14,8

*Considerando que os pacientes com ataque isquêmico transitório (n=12) não realizaram fisioterapia; a soma do número de pacientes pode ultrapassar 187 devido à possibilidade de acometimento em mais de uma variável; ADM= Amplitude de Movimento.

O AVC é responsável por grande parte das mortalidades nos idosos⁷. No presente estudo, os resultados mostraram que 69,8% dos pacientes morreram por AVC isquêmico e 30,2% por hemorrágico. Em um estudo transversal de censo, observou-se uma prevalência de morte por AVC isquêmico e hemorrágico, respectivamente, 74,1% e 25,9%¹⁹. Acredita-se que a associação encontrada entre a ocorrência de mortalidade e o tipo de AVC, neste estudo, foi devido a uma maior mortalidade no AVC hemorrágico e menor no AIT.

Os pacientes que realizaram fisioterapia tiveram uma sobrevida maior (64,4%), esse dado concorda com a literatura que aponta a realização da fisioterapia na diminuição da mortalidade de pacientes após o AVC²⁰. Nesse sentido, a fisioterapia torna-se fundamental, tanto para a reabilitação destes sujeitos, quanto na atenção primária, através da prevenção e promoção da saúde da população¹⁹. Porém, ressalta-se que não foi possível obter nos prontuários a informação sobre o nível de gravidade do AVC na admissão hospitalar. Dessa forma, não é possível afirmar que a maior sobrevida seja resultado exclusivo da realização de fisioterapia, tendo em vista, que um prognóstico favorável irá depender das áreas cerebrais acometidas e da extensão da lesão²¹.

Quanto ao tempo de internação e a mortalidade, autores citam que a agudização das patologias associadas ao AVC e as complicações do quadro clínico podem retardar a alta do paciente, assim como contribuir para a mortalidade¹⁹. A literatura consultada afirma ainda, que as complicações médicas ocorridas dentro dos hospitais são comuns no AVC e contribuem significativamente para a morbimortalidade desta doença, de maneira que apresentam alguma complicação que requerem um tratamento imediato ou resulta em um aumento do tempo de internação ou leva ao óbito²¹.

Apesar deste estudo não demonstrar diferença significativa entre a realização da fisioterapia e o tempo de internação dos pacientes, na prática clínica, a não realização da fisioterapia tende a aumentar os dias de internação hospitalar¹⁵. Em relação ao uso de medicamentos, dados contraditórios a este estudo foram observados em uma pesquisa no ambulatório de neurologia em Minas Gerais (MG) que apontou uma média de $4,1 \pm 2,0$ medicamentos²². Acredita-se que essa diferença, provavelmente, es-

teja relacionada ao local da pesquisa, pois se sabe que os pacientes hospitalizados tendem a consumir um número maior de medicamentos.

Em um estudo realizado nos cinco maiores serviços de fisioterapia do SUS da cidade de Natal (RN), foram identificados percentuais semelhantes no uso de anti-hipertensivo (90,0%) e antiagregante plaquetário (41,0%). Entretanto, percentuais menores no uso de antidepressivos (5,0%) e diuréticos (12,5%)¹⁰. O elevado consumo de medicamentos analgésicos (82,4%) e para disfunção gastrointestinal (78,7%), no presente estudo, pode ser devido à maioria dos pacientes (53,4%) possuírem como desfecho a UTI ou óbito.

Ao analisar as doenças associadas nos pacientes com AVC, resultados corroboram o estudo que encontrou na maioria dos pacientes alguma doença associada, sendo a HAS (80,8%) e diabetes mellitus (14,9%) as doenças mais frequentes²². Outro estudo realizado em um hospital do interior do RS encontrou a HAS (99,2%), endócrinas (57,6%), respiratórias (12,0%) e gastrointestinais (0,8%) como as doenças associadas ao AVC¹⁹.

Considerando a atuação fisioterapêutica, os resultados deste estudo vão ao encontro de uma revisão bibliográfica²³, na qual, constatou-se que os pacientes que realizaram fisioterapia respiratória e motora utilizaram técnicas de mobilização e alongamento de membros superiores e inferiores; mudanças de decúbito; tapotagem e vibrocompressão no tórax, aceleração do fluxo expiratório, direcionamento de fluxo e estímulo costal e, se necessário, aspiração traqueal.

Outra pesquisa realizada em uma revisão sistemática, sobre a influência de intervenções fisioterapêuticas na qualidade de vida de pacientes pós-AVC verificou-se que as técnicas quando atuam de forma associada e na intensidade correta potencializam o reestabelecimento das capacidades, principalmente físicas e contribuem para uma melhora na qualidade de vida²⁴.

Em relação às sequelas dos pacientes com AVC, em um estudo conduzido no hospital de Florianópolis (SC) nos anos de 2004 a 2005, os autores verificaram menores ocorrências de sequelas referentes ao déficit motor (20,6%), hemiparesia (25,0%), dificuldade de deambulação (16,37%), confusão mental (8,62%), disartria (7,75%) e epilepsia (1,73%)¹⁵. Apesar de ambos os

estudos serem retrospectivos e realizados no SAME em hospitais, a diferença encontrada pode ser devido ao ano das realizações das pesquisas. Sabe-se que a elevada ocorrência do AVC é esperada, de maneira que a expectativa de vida cresceu do ano de 2005 a 2013 e o avanço da idade é um dos principais fatores de risco não modificável.

Autores relatam que aproximadamente 40% dos pacientes com AVC portarão sequelas permanentes, dificultando as atividades básicas de vida diária, precisando de cuidados especiais e acompanhamento por equipe multidisciplinar²³. Sendo assim, os maiores objetivos da fisioterapia para esses indivíduos são: alcançar o melhor grau de independência funcional, motivação e aceitação para que estes interfiram diretamente no sucesso da reabilitação²⁵.

Como limitação da presente pesquisa, ressalta-se a organização das informações encontradas nos prontuários médicos, devido grande parte ainda não ser digitalizado, assim como, a não padronização de fichas de avaliação pelos profissionais de saúde e o não preenchimento adequado dos prontuários médicos.

CONCLUSÃO

Os pacientes adultos com AVC internados no HUSM foram representados por mulheres, brancas, com idade acima de 70 anos e tempo menor que 62 dias de internação. Apresentaram o primeiro episódio de AVC isquêmico com acometimento do hemisfério direito e, como desfecho, a maioria foi transferida para a UTI ou foi a óbito. Houve associação significativa entre o número de episódios e o tipo de AVC e mortalidade com tipo de AVC. Todos apresentaram multipatologias e faziam uso de mais de seis medicamentos. Realizaram fisioterapia motora e respiratória duas vezes ao dia com diversas intervenções e tiveram mais de uma sequela relacionada ao AVC.

REFERÊNCIAS

1. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics - 2011 update a report from the American Heart Association. *Circulation* 2011;123:e18-20. <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182009701>
2. Umphred D, Carlson C. Reabilitação neurológica prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, 262p.
3. Sridharan SE, MPhil U, Sukumaran S, Sylaja PN, Dinesh Nayak S, Sarma S, et al. Incidence, types, risk factors, and outcome of stroke in a developing country. *Stroke* 2009;40:1112-8. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKE-AHA.108.531293>
4. Lotufo PA, Bensenor IM. Improving WHO STEPS Stroke in Brazil. *Lancet Neurol* 2007;6:387-8. [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(07\)70091-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(07)70091-1)
5. Núcleo de Informações em Saúde - SES/RS (Endereço na Internet). Rio Grande do Sul: Secretaria do Estado da Saúde (atualização 11/2014; citado em 05/2015). Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br>
6. O'Sullivan SB, Schmitz TJ. Fisioterapia: avaliação e tratamento. 4ª Ed. Barueri: Manole, 2005, 540p.
7. Arboix A, García-Eroles L, Massons J, Oliveres M, Targa C. Acute stroke in very old people: clinical features and predictors of in-hospital mortality. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:36-41. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2000.tb03026.x>
8. Duncan PW, Zorovitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD, et al. Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. *Stroke* 2005;36:100-43. <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.0000180861.54180.FF>
9. Plano de Reestruturação Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul (Endereço na Internet). Santa Maria: Assessoria de planejamento e Avaliação EBSEH (atualização 12/2013; citado em 05/2015). Disponível em: http://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/contratos_adexao_huf/ufsm/plano_reestruturacao_12_12_2013_pgf_ufsm.pdf
10. Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). *Cienc Saúde Colet* 2011;16:1341-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700068>
11. Silva MCL, Polese JC, Starling JMP, Pereira LSM. Caracterização clínica e motora-funcional de idosos hospitalizados pós-Acidente Vascular Cerebral. *Rev Neurocienc* 2014;22:337-43. <http://dx.doi.org/10.4181/RNC.2014.22.03.940.7p>
12. Soares NM, Galdino GS, Araújo DP. Índice de Depressão em sujeitos pós-AVC no município de Campina Grande - PB. *Rev Neurocienc* 2014;22:215-20. <http://dx.doi.org/10.4181/RNC.2014.22.02.931.6p>
13. Barbosa MAR, Bona SE, Ferraz CLH, Barbosa NMRE, Silva IMC, Ferraz TMBL. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes portadores de acidente vascular encefálico, atendidos na emergência de um hospital público terciário. *Rev Soc Bras Clin Med* 2009;7:357-60.
14. Características étnico-raciais da população (Endereço na Internet). Brasília: IBGE (atualização 08/2011; citado em 05/2015). Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49891.pdf>
15. Motta E, Natalio MA, Waltrick PT. Intervenção fisioterapêutica e tempo de internação em pacientes com Acidente Vascular Encefálico. *Rev Neurocienc* 2008;16:118-23.
16. Polese JC, Tonial A, Jung FK, Mazuco R, Oliveira SG, Schuster RC. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico. *Rev Neurocienc* 2008;16:175-8.
17. Leite HR, Nunes APN, Corrêa CL. Perfil epidemiológico de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico cadastrados na Estratégia de Saúde da Família em Diamantina, MG. *Fisioter Pesq* 2009;16:34-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502009000100007>
18. Leys DK, Kwiecinski H, Bogousslavsky J, Bath P, Brainin M, Diener HC, et al. Prevention. European Stroke Initiative. *Cerebrovasc Dis*. 2004;17(Suppl 2):15-29. <http://dx.doi.org/10.1159/000074817>
19. Sá BP, Grave MTQ, Périco E. Perfil de pacientes internados por Aciden-

te Vascular Cerebral em hospital do Vale do Taquari/RS. *Rev Neurocienc* 2014;22:381-7. <http://dx.doi.org/10.4181/RNC.2014.22.03.967.7p>

20.Fjaertoft H, Indredavik B, Lydersen S. Stroke unit care combined with early supported discharge: longterm follow-up of a randomized controlled trial. *Stroke* 2003;34:2687-91. <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.0000095189.21659.4F>

21.Langhorne P, Stott DJ, Robertson L, MacDonald J, Jones L, McAlpine C, et al. Medical complications after stroke: a multicenter study. *Stroke* 2000;31:1223-9. <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.31.6.1223>

22.Scalzo PL, Souza ES, Moreira AGO, Vieira DAF. Qualidade de vida em

pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. *Rev Neurocienc* 2010;18:139-44.

23.Piassaroli CAP, Almeida GC, Luvizotto JC, Suzan ABBM. Modelos de Reabilitação Fisioterápica em Pacientes Adultos com Sequelas de AVC Isquêmico. *Rev Neurocienc* 2012;20:128-37.

24.Barros AFS, Santos SG, Medeiros GFR, Melo LP. Análise de Intervenções Fisioterapêuticas na Qualidade de Vida de Pacientes Pós-AVC. *Rev Neurocienc* 2014;22:308-14. <http://dx.doi.org/10.4181/RNC.2014.22.02.905.7p>

25.Stokes M. *Neurologia para fisioterapeutas*. 2ª ed. São Paulo: Premier, 2000, 402p.