

Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral: revisão integrativa**Perfil epidemiológico de pacientes con accidente cerebrovascular: una revisión integradora**

DOI:10.34117/bjdv6n1-198

Recebimento dos originais: 30/11/2019

Aceitação para publicação: 17/01/2020

Lucas Bezerra dos Santos

Enfermeiro. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva

Instituição: Faculdades de Educação em Ciências da Saúde

E-mail: lucas_lbs5@hotmail.com

Camila Waters

Enfermeira. Mestre em Enfermagem

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Endereço: Rua Dr. Cesário Motta Jr., 61 – Santa Cecília, São Paulo – SP, Brasil

E-mail: camila.waters@femsantacasasp.edu.br

RESUMO

Objetivo: Identificar, na literatura científica, o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral (AVC). Método: Revisão integrativa, utilizando os descritores: Perfil de Saúde e Acidente Vascular Cerebral, com artigos originais, completos, publicados em português, entre os anos de 2013 e 2018. Resultados: Encontrados oito artigos, sendo quatro publicados no ano de 2017, sete selecionados na LILACS e sete do tipo transversal descritivo. Seis artigos evidenciaram o sexo masculino como o mais acometido e outros seis citaram que a média de idade variou de 53 a 68,1 anos. Quatro artigos encontraram o isquêmico como o mais incidente e outros quatro citaram que os pacientes apresentam um baixo nível de escolaridade. Hipertensão arterial sistêmica foi apontada em três artigos, dois artigos citaram que a maioria estava no seu primeiro evento de AVC, outros dois artigos mostraram que a maioria dos pacientes era trabalhadores do lar ou aposentados e em outros dois as taxas de mortalidade variaram entre 17,5% a 36,0%. Um artigo apresentou que as pessoas de cor branca são as mais acometidas, outro artigo descreveu o hemisfério esquerdo como o mais afetado, um outro artigo citou que os pacientes permaneceram internados por uma média de 12,4 dias e um outro artigo descreveu a infecção do trato urinário e a pneumonia como complicações clínicas dos pacientes após o AVC. Conclusão: Com base nos dados epidemiológicos encontrados, conclui-se que a incidência do AVC depende de diversos fatores, e o perfil encontrado neste estudo condiz com a literatura disponível a respeito.

Palavra Chaves: Perfil de Saúde; Acidente Vascular Cerebral; Epidemiologia

ABSTRACT

Objective: To identify, in the scientific literature, the epidemiological profile of patients affected by stroke. Method: Integrative review, using the descriptors: Health Profile and Stroke, with original articles, complete, published in portuguese, between the years 2013 and 2018. Results: Eight articles were found, four of which were published in 2017 years, seven selected in LILACS and seven of descriptive transversal type. Six articles evidenced male gender as the most affected and six others cited that the mean age ranged from 53 to 68.1 years. Four articles found ischemic as the most incident and four others cited that the patients presented a low level of schooling. Systemic arterial hypertension was identified in three articles, two articles cited that most were in their first stroke event, two other articles showed that most of the patients were home workers or retired and in other two the rates of Mortality ranged from 17.5% to 36.0%. One article showed that people of white color are the most affected, another article described the left hemisphere as the most affected, another article cited that the patients remained hospitalized for an average of 12.4 days and another article described the infection of the urinary tract and pneumonia as clinical complications of patients after stroke. Conclusion: Based on the epidemiological data found, it is concluded that the incidence of stroke depends on several factors, and the profile found in this study is consistent with the available literature on the subject.

Keywords: Health Profile; Stroke, Epidemiology

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos séculos, ocorreram grandes mudanças no perfil de morbimortalidade da população, resultado das transformações econômicas e sociais advindas da revolução tecnológica e industrial. Com o crescimento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional, aumentaram os fatores responsáveis pelo aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis⁽¹⁾.

Dentre essas doenças, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Acidente Vascular Cerebral (AVC) se destaca como a segunda maior causa de morte no mundo, responsável por aproximadamente 6,7 milhões de óbitos em 2016⁽²⁾. Existe uma tendência de se manter nessa posição até o ano de 2030, sendo responsável por cerca de 12,2% dos óbitos previstos⁽³⁾.

No Brasil, as doenças cerebrovasculares causaram 99.732 óbitos no ano de 2010⁽⁴⁾. O diagnóstico médico de AVC, em 2012, foi responsável por cerca de 166 mil internações

hospitalares, com custos que ultrapassaram R\$ 163 milhões de reais⁽⁵⁾. Trata-se, portanto, de uma doença altamente onerosa⁽⁶⁾.

O AVC é uma síndrome neurológica focal ou global repentina de provável origem vascular, classificada como uma das principais causas de internações hospitalares e mortalidade⁽⁷⁾. Pode se manifestar de duas formas: isquêmico (ocasionados pela obstrução de um vaso por meio de processos ateroscleróticos ou embólicos - dificultando o suprimento de oxigênio e substratos ao tecido cerebral) e hemorrágico (originado pela ruptura de um vaso com extravasamento de sangue dentro ou em volta das estruturas do sistema nervoso central)⁽⁸⁾.

A forma isquêmica é predominante, com cerca de 80% do total dos casos, contra 15% de casos de AVC hemorrágico⁽⁷⁾.

Os fatores de risco para a doença são divididos em modificáveis e não modificáveis. Os fatores não modificáveis são: idade avançada, o sexo masculino e a raça negra. Já a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus* (DM) e o tabagismo são os principais fatores modificáveis⁽⁹⁾. Outros fatores apresentam risco potencial como sedentarismo, obesidade e alcoolismo⁽¹⁰⁾. Diversos déficits neurológicos compreendem seus sintomas, a depender da localização da lesão, tamanho da área afetada e quantidade de fluxo sanguíneo colateral⁽⁶⁾.

O tempo para a abordagem e tratamento destes pacientes significa uma pior evolução e prognóstico, trata-se de uma emergência médica que deve ser conduzida prontamente pela equipe de saúde e coordenada por neurologista clínico. É recomendado o desenvolvimento de “Unidades de AVC” em todos os centros hospitalares habituados ao atendimento a pacientes acometido pela doença, onde estes doentes deverão ser internados⁽¹¹⁾.

Segundo a portaria nº 664 de abril de 2012 são necessários para o tratamento desses pacientes recursos apropriados para o atendimento adequado ao AVC. São eles: equipe capacitada, monitorização multiparamétrica contínua, unidade de terapia intensiva, disponibilidade 24horas de laboratório, centro cirúrgico e exames de imagem, bem como serviço de hemoterapia ou agência transfusional⁽¹²⁾.

O indivíduo que sofre um AVC possui alterações do metabolismo cerebral, ventilatórias e neurofuncionais, sendo considerado como um paciente neurocrítico, devendo receber assistência em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI)⁽¹³⁾. A UTI é referência máxima para o cuidado e reabilitação dos indivíduos com problemas de saúde de alta gravidade e complexidade com probabilidade de morte. É o local onde se encontram os

recursos tecnológicos essenciais para a sobrevivência do paciente crítico e à resolutividade do problema de base⁽¹⁴⁾.

O AVC apresenta altos níveis de morbimortalidade, onde podem ser gerados quadros de incapacidades funcionais, nos casos em que os indivíduos acometidos pela doença não evoluíram a óbito⁽¹⁵⁾. Aproximadamente 20% desses pacientes sobrevivem apenas um mês após sua ocorrência, outros 50% sobrevivem por mais tempo, adquirindo déficits neurológicos e/ou motores provisórios ou permanentes necessitando de cuidados especiais para executar as atividades da vida diária, adquirindo certo grau de dependência⁽¹⁶⁾.

A ocorrência de doenças cerebrovasculares, sobretudo o AVC, é uma crescente no Brasil. Dessa forma, torna-se cada vez mais necessário que os profissionais de saúde estejam habilitados para o atendimento desses pacientes, desde a admissão hospitalar com a identificação dos sintomas e um atendimento rápido e eficaz, visando menor morbimortalidade e maior qualidade de vida para esses pacientes⁽⁷⁾.

Conhecer essa população auxilia no enfoque de melhorias para o atendimento e desempenho clínico das equipes de saúde nessa área, em conjunto com as ações preventivas sobre os fatores de risco modificáveis que possam alterar o perfil epidemiológico da doença. Dessa forma, com o intuito de contribuir e somar esforços para a qualidade da assistência em enfermagem, a presente investigação tem como pergunta norteadora: qual o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral?

2 OBJETIVO

Identificar, na literatura científica, o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral.

3 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa realizada por meio de revisão integrativa da literatura, com abordagem quantitativo-descritiva, para a identificação de produções científicas sobre o tema: perfil epidemiológico do paciente acometido por Acidente Vascular Cerebral. A revisão integrativa sintetiza resultados de pesquisas anteriores, ou seja, já realizadas, e mostra, sobretudo, as conclusões do *corpus* da literatura sobre um fenômeno específico, compreende todos os estudos relacionados à questão norteadora que orienta a busca desta literatura. Os dados resumidos e comparados permitem que se obtenham conclusões gerais sobre o problema de pesquisa. Segue um processo de análise sistemático e sumarizado da literatura, o que, se

bem conduzido, qualifica seus resultados o que possibilita identificar as lacunas do conhecimento em relação ao fenômeno em estudo, identificar a necessidade de futuras pesquisas, revelar questões centrais da área em foco, identificar marcos conceituais ou teóricos, e mostrar o estado da arte da produção científica resultante de pesquisas sobre um determinado tema. Segue basicamente cinco etapas: 1) formulação do problema; 2) coleta de dados ou definições sobre a busca da literatura; 3) avaliação dos dados; 4) análise dos dados e 5) apresentação e interpretação dos resultados⁽¹⁷⁾.

Após a definição da problemática, foram adotados os critérios para seleção dos artigos, a seguir: categorias de artigo - original, revisão de literatura, reflexão, atualização, relato de experiência; artigos disponíveis com resumos e textos completos para análise relacionados ao tema perfil epidemiológico do paciente acometido por Acidente Vascular Cerebral; publicados em português, entre os anos de 2013 e 2018, que tivessem em seus títulos e/ou resumos os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): Perfil de Saúde e Acidente Vascular Cerebral associados ao boleano *and*.

Existe uma grande sinonímia para expressar a mesma doença e a utilizar vários termos pode gerar confusões e/ou imprecisão, dessa forma optou-se neste estudo por empregar o termo AVC. Foi utilizado o termo “Acidente Vascular Cerebral – AVC”, por ser mais conhecido, divulgado e empregado do que o termo “Acidente Vascular Encefálico - AVE”, visto que não oferece benefício semântico significativo. Segundo Gagliardi⁽¹⁸⁾ devemos continuar utilizando os termos AVC e derrame para as doenças cerebrovasculares agudas.

Foram excluídas teses de doutorado, monografias, revisões integrativas, artigos repetidos em diferentes bases de dados e estudos que descrevessem pacientes em reabilitação.

Foram pesquisadas publicações científicas nas seguintes bases de dados e ou bibliotecas eletrônicas: Base de Dados da Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana de Ciências da Saúde da América Latina e do Caribe (LILACS), *National Library of Medicine* (MedLine) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

A coleta dos dados aconteceu no decorrer dos meses de outubro a novembro de 2018. Depois de identificados os artigos, estes foram analisados e aqueles que atenderam aos objetivos do estudo foram incluídos no roteiro para registro.

Etapas e critérios de inclusão e exclusão dos artigos.

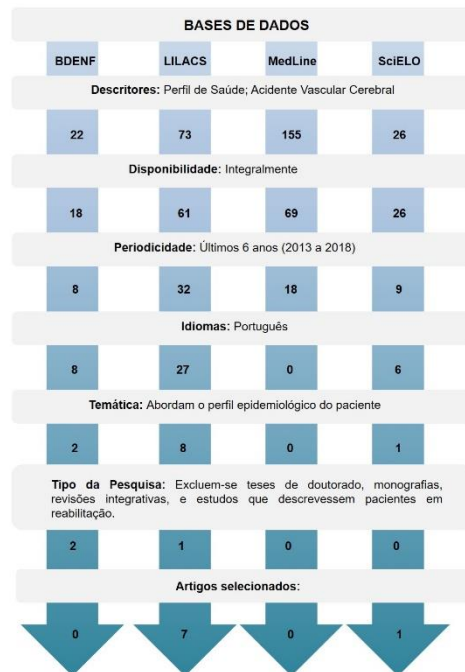


Figura 1. Etapas e critérios de inclusão e exclusão na escolha dos artigos.

Com os descritores Perfil de Saúde e Acidente Vascular Cerebral, inicialmente foram encontrados 276 artigos. Após os critérios de inclusão e exclusão, a amostra final foi composta por um total de oito artigos. Não houve artigos repetidos em bases de dados diferentes.

Seguindo os critérios de inclusão, os artigos selecionados foram submetidos à leitura exploratória, seletiva e analítica, sendo a amostra final desta revisão integrativa constituída por oito artigos.

Procedeu-se à análise bibliométrica para caracterização dos artigos selecionados. Posteriormente, foram extraídos os conceitos abordados em cada artigo e de interesse do pesquisador.

A tabela a seguir relaciona os artigos selecionados de acordo com o título do artigo, nome dos autores, local e ano de publicação, nome do periódico, base de dados, objetivo, método, número da amostra, dados epidemiológicos evidenciados, resultados e conclusões.

A Tabela abaixo detalha os artigos selecionados, segundo título do artigo, nome dos autores, local e ano de publicação, nome do periódico, base de dados, objetivo, método, número da amostra, dados epidemiológicos evidenciados, resultados e conclusões.

TÍTULO/AUTORES	LOCAL DE PUBLICAÇÃO - ANO / PERIÓDICO / BASE DE DADOS	OBJETIVO/MÉTODO	NÚMERO DA AMOSTRA	DADOS EPIDEMIOLÓGICOS EVIDENCIADO	RESULTADOS E CONCLUSÕES
Avaliação da linguagem de pacientes no leito hospitalar depois do acidente vascular cerebral / Stefanie Melo Lima; Irani Maldonade (LIMA e MALDONADE, 2016) ¹⁹	São Paulo, Brasil - 2016 / Distúrbios da Comunicação / LILACS	Traçar o perfil dos pacientes internados após o acidente vascular cerebral e identificar comprometimentos da linguagem/ Estudo transversal descritivo	24 indivíduos com AVC.	Média de idade / Cor / Grau de escolaridade / Fatores de risco / Tipo de AVC	Média de idade de 57 anos. Mais frequente entre a cor branca. Nível de escolaridade baixa (analfabeto, analfabeto funcional e com ensino fundamental incompleto). Os fatores de riscos mais frequentes foram: hipertensão arterial (79,1%), tabagismo (29,1%) e diabetes mellitus (20,8%). O tipo isquêmico mais incidente (72,7%).
Linguagem e funcionalidade de adultos pós-acidente vascular encefálico (AVE): avaliação baseada na classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) / Maria Tereza Maynard Santana; Regina Yu Shon Chun (SANTANA e CHUN, 2017) ²⁰	São Paulo, Brasil - 2017 / CoDAS / LILACS	Avaliar e classificar aspectos de linguagem, funcionalidade e participação de pessoas pós-Acidente Vascular Encefálico com base conceitual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes / Estudo transversal descritivo não experimental.	50 indivíduos com AVC.	Sexo / Grau de escolaridade / Ocupação / Recorrência do AVC / Lateralidade da lesão	Sexo masculino (54%). Quatro anos de escolaridade formal (42%). Aposentados (50%). Primeiro evento de AVC (64%). Prevalência de pessoas com lesão no hemisfério esquerdo.
Perfil das vítimas de afecções neurológicas atendidas por um serviço pré-hospitalar móvel de urgência / Sabrina Daiane Gurgel Sarmento <i>et al.</i> (SARMENTO <i>et al.</i> , 2017) ²¹	Rio Grande do Norte, Brasil - 2017 / Cogitare Enfermagem / LILACS	Caracterizar o perfil epidemiológico das vítimas de afecções neurológicas atendidas por um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192 Rio Grande do Norte (SAMU 192 RN). Estudo exploratório descritivo.	59 indivíduos com AVC.	Sexo / Grau de escolaridade / Ocupação	Sexo masculino (54%). Nível de escolaridade baixa: não alfabetizados (37,3%) e com ensino fundamental (49,1%). Ocupação do lar ou aposentado (72,9%).
Perfil dos pacientes com diagnóstico de AVC atendidos em um hospital de Minas Gerais credenciado na linha de cuidados / Aline Mansueto Mourão <i>et al.</i> (MOURÃO <i>et al.</i> , 2017) ²²	Minas Gerais, Brasil - 2017 / Revista Brasileira de Neurologia / LILACS	Descrever a distribuição de pacientes com Acidente Vascular Cerebral nos diferentes setores de internação de um hospital da rede pública credenciado pelo Ministério da Saúde na linha de cuidados / Estudo transversal	223 indivíduos com AVC.	Sexo / Média de idade / Fatores de risco / Tipo de AVC / Tempo de internação / Complicações clínicas / Mortalidade	Sexo masculino (55%). Média de idade de 64,3 anos. O fator de risco mais frequente foi hipertensão arterial. Prevaleceu o AVC isquêmico (70,4%). Tempo de internação de 5 a 24 dias, sendo a média do tempo de internação de 12,4 dias. As complicações mais comuns foram: infecção do trato urinário (34,0%) e pneumonia (20,4%). Taxa de mortalidade de 36,0%.
Perfil epidemiológico dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico atendidos em um hospital / Hércules Ribeiro Leite; Ana Paula Nogueira Nunes; Clynton Lourenço Correa (LEITE, NUNES e CORREA, 2017) ²³	Santa Catarina, Brasil - 2017 / Revista Fisioterapia e Pesquisa / LILACS	Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico atendidos em um hospital / Estudo transversal descritivo	57 indivíduos com AVC.	Sexo / Média de idade / Mortalidade	Sexo masculino (56,1%). Média de idade de 68,1 anos. Faixa etária entre 43 a 93 anos - sendo 68,4% com idade igual ou superior a 60 anos. Taxa de mortalidade de 17,5%.
"Re"conhecimento dos pacientes com acidente vascular cerebral por meio de um programa de educação tutorial / Ana Carina Breunig Nunes <i>et al.</i> (NUNES <i>et al.</i> , 2014) ²⁴	Minas Gerais, Brasil - 2014 / Revista Médica de Minas Gerais / LILACS	Identificar o perfil dos usuários vítima de AVE, em um grande hospital geral de Belo Horizonte / Estudo clínico-qualitativo, transversal descritivo.	158 indivíduos com AVC.	Média de idade / Grau de escolaridade / Recorrência do AVC / Fatores de risco / Tipo de AVC	Média de idade de 66,5 anos. Nível de escolaridade baixa (analfabetos (29%), alfabetizados (67%) e 4% não tiveram esse dado registrado. Primeiro evento de AVC (53,8%). Os fatores de risco mais frequentes foram: hipertensão arterial sistêmica (49,7%), diabetes mellitus (17,6%) e cardiopatias (5,9%). O estilo de vida esteve presente 15,8%. Prevaleceu o AVC isquêmico (74,7%).
Tradução portuguesa e análise de aspectos psicométricos da escala "stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39)" / Inês Tello Rodrigues; Maria Gabriela Leal (RODRIGUES e LEAL, 2013) ²⁵	Lisboa, Portugal - 2013 / Revista Audiology Communication Research / LILACS	Efetuar a tradução e analisar os aspectos psicométricos da adaptação portuguesa da Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39) / Estudo transversal.	33 indivíduos com AVC.	Sexo / Média de idade / Tipo de AVC	Sexo masculino (51,5%). Média de idade de 67,5 anos. Prevaleceu o AVC isquêmico (93,9%).
Prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 / Mariza Miranda Theme Filha <i>et al.</i> (THEME FILHA <i>et al.</i> , 2015) ²⁶	Rio de Janeiro, Brasil - 2015 / Revista Brasileira de epidemiologia / SciELO	Analisar o perfil de dez doenças crônicas não transmissíveis investigadas na Pesquisa Nacional de Saúde realizada no Brasil em 2013 e sua associação com a autoavaliação da saúde / Estudo transversal descritivo.	918 indivíduos com AVC.	Sexo / Média de idade	Prevalente no sexo masculino. Média de 53 anos com maior prevalência acima de 60 anos

Tabela 1. Artigos selecionados e dados epidemiológicos evidenciados

Abaixo segue figura com a incidência em que os 12 dados epidemiológicos foram encontrados nos oito artigos selecionados.

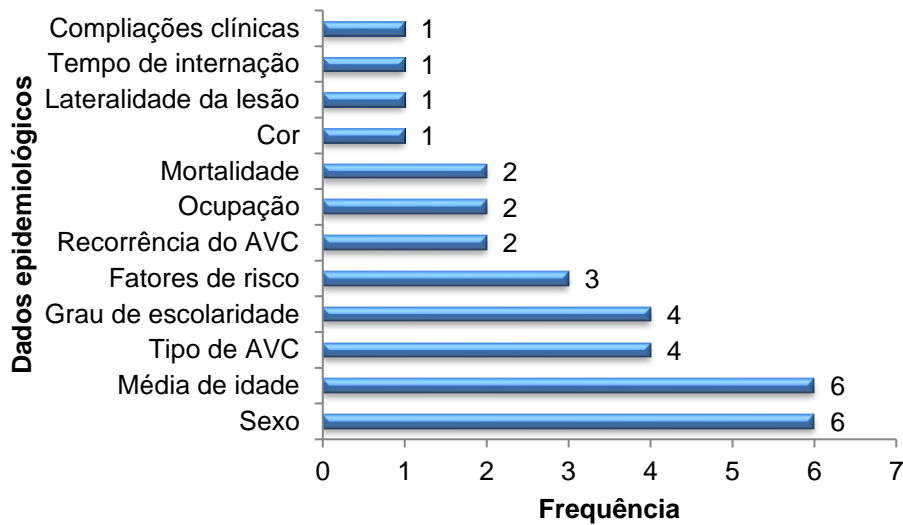


Figura 1. Frequência dos dados epidemiológicos identificados nos artigos selecionados.

São citados 12 dados epidemiológicos distintos na amostra dos oito artigos selecionados. Houve maior incidência das variáveis sexo e média de idade (citados em seis artigos cada), seguido por tipo de AVC e grau de escolaridade (citados em quatro artigos cada), fatores de risco (citado em três artigos), recorrência do AVC, ocupação e mortalidade (citados em dois artigos cada) e posteriormente seguidos por cor, lateralidade da lesão, tempo de internação e complicações clínicas (citados em um artigo cada).

Sexo: Os dados obtidos apontam que dos pacientes estudados, a maior ocorrência apareceu no sexo masculino, identificou-se que em cinco artigos essa variável foi evidenciada através de dados percentuais, variando entre 51,5% e 56,1%. Um artigo informa apenas que o sexo masculino foi o mais prevalente. Dois artigos não contemplaram esses dados.

Média de idade: A média geral de idade foi descrita em seis artigos, variando de 53 a 68,1 anos, sendo que um dos artigos destacou que a maior prevalência foi acima de 60 anos.

Tipo de Acidente Vascular Cerebral: Quanto à classificação do acidente vascular cerebral, quatro artigos descreveram que o tipo isquêmico foi o mais incidente, variando de 70,4% a 93,9%.

Grau de escolaridade: Dos estudos analisados, quatro continham registros relacionados à formação acadêmica dos pacientes. Dos que apresentavam este dado, o baixo

nível de escolaridade foi o mais incidente. Indivíduos não alfabetizados, analfabetos funcionais, com ensino fundamental completo e incompleto foram os mais afetados por AVC.

Fatores de risco: Dos três artigos que descreveram os fatores de risco para o AVC apontaram a hipertensão arterial sistêmica como o mais incidente, presente em 49,7% a 79,1% dos pacientes. O diabetes mellitus foi um fator de risco citado em dois artigos, variando de 17,6% a 20,8%. A cardiopatia foi citada em um artigo, sendo citada em 5,9% dos pacientes. Hábitos de vida como o tabagismo e o etilismo também foram citados, sendo que o primeiro esteve presente em 29,1% e o segundo em 15,8% dos pacientes.

Recorrência do Acidente Vascular Cerebral: Dois artigos descreveram a informação que de 53,8% a 64,0% dos pacientes estavam no seu primeiro evento de AVC.

Ocupação: Segundo os dados obtidos em dois estudos, relacionados à ocupação profissional dos pacientes acometidos por AVC, verificou-se que destes 50% a 72,9% eram trabalhadoras do lar ou aposentados.

Mortalidade: Dois artigos trouxeram informações referentes às taxas de mortalidade dessa população, que variou ente 17,5% a 36,0%.

Cor: Um artigo apresentou em sua população estudada que as pessoas de cor branca são as mais acometidas por acidentes vasculares cerebrais.

Lateralidade da lesão: Quanto à lateralidade da lesão, um artigo descreveu o hemisfério esquerdo como o mais afetado em pacientes com AVC.

Tempo de internação: Quanto à internação hospitalar, um artigo descreveu que os pacientes com AVC permaneceram internados por uma média de 12,4 dias, variando de 5 a 24 dias.

Complicações clínicas: Apenas um artigo descreveu as complicações clínicas dos pacientes após o AVC, sendo citada a infecção do trato urinário (34,0%) e a pneumonia (20,4%).

4 DISCUSSÃO

Os dados obtidos neste trabalho evidenciam que o sexo masculino é mais afetado pelo AVC, entre 51,5% e 56,1%, corroborando com outro estudo⁽²⁷⁾. Contudo, na literatura científica disponível, nota-se que há um equilíbrio entre os sexos quanto à incidência, não sendo considerado um fator de risco direto para a doença^(28,29).

O aumento da taxa de doenças cerebrovasculares nas mulheres tem sido correlacionado com níveis mais altos de glicemia e uso de contraceptivos orais, que aumenta em seis vezes o

risco de AVC em relação à população geral, especialmente em mulheres com histórico de doenças tromboembólicas, enxaqueca, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou dislipidemia⁽³⁰⁾.

Segundo o *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* – NINDS, eventos como gravidez, parto e a menopausa elevam o risco para o AVC em até 13 vezes devido às alterações hormonais. Estudos apontam a terapia de reposição hormonal à base de estrogênio na menopausa pode reduzir o risco de morte e novos AVCs em mulheres com histórico de acidente isquêmico transitório (AIT) e AVC não incapacitante, uma vez que o estrogênio auxilia no controle de colesterol e aumenta os níveis da lipoproteína de alta densidade (HDL - *High Density Lipoprotein*) e reduz os níveis de lipoproteína de baixa densidade (LDL – *Low Density Lipoprotein*)⁽³¹⁾.

No que diz respeito à idade, nossos resultados mostram que o AVC ocorre com uma maior frequência na população idosa – considerando o parâmetro estabelecido pelo Estatuto do Idoso que classifica como idosos aqueles com idade igual ou superior a 60 anos⁽³²⁾. O maior fator de risco não modificável é o avanço de idade, duplicando a probabilidade de acometimento a cada década de vida após os 55 anos de idade⁽³³⁾.

A população idosa é a mais acometida pelas doenças crônicas como o AVC, isso se deve ao aumento da incidência de doenças como hipertensão arterial, diabetes, câncer e patologias cardiovasculares em idosos, resultado da interação entre fatores genéticos predisponentes, alterações fisiológicas do envelhecimento e fatores de risco modificáveis como tabagismo, ingestão alcoólica excessiva, sedentarismo, consumo de alimentos não saudáveis e obesidade⁽³⁴⁾.

Diversos autores apontam o AVC isquêmico como o mais frequente, apresentando cerca de 85% dos casos^(35,36), sendo que, na população brasileira, segundo diferentes estatísticos, afeta entre 53% e 85% dos casos de AVC⁽³⁷⁾. No presente estudo, quanto à classificação do acidente vascular cerebral, o tipo isquêmico foi o mais incidente, variando de 70,4% a 93,9%, concordando com a literatura científica.

Os estudos analisados atribuem um baixo nível de escolaridade como a formação acadêmica dos indivíduos mais afetados pelo AVC. No Brasil, o grau de instrução de indivíduos com 25 anos ou mais vem em ascensão entre de 2004 e 2013, aumentando de 6,4 para 7,7 anos de estudo⁽³⁸⁾, entretanto a baixa escolaridade ainda é alta, sobretudo entre os idosos^(39,40), população mais acometida por doenças cerebrovasculares⁽⁴¹⁾.

A baixa escolaridade resulta em baixos rendimentos socioeconômicos, menor preocupação com os fatores de risco para a saúde e conseqüentemente menor prevenção da doença⁽⁴²⁾. Outros estudos^(43,44) corroboram esta afirmação, sendo que em ambos a maioria dos pacientes frequentaram apenas o primeiro ciclo de ensino básico ou menos.

Segundo alguns estudos, uma correlação inversa entre o nível educacional e a prevalência de AVC pode realmente existir. Isso se considera devido à falta de informações sobre prevenção da doença e ciência a respeito dos hábitos e comportamentos de risco à saúde, o que faz que este segmento populacional esteja mais propenso ao AVC^(45,46).

Visando a redução da incidência de AVC, é fundamental a identificação e controle dos fatores de risco modificáveis⁽⁴⁷⁾.

Diferentes autores apontam correlação entre a hipertensão arterial sistêmica e a doença cerebrovascular: o cérebro é o órgão que mais precoce e intensamente sofre as conseqüências da HAS. O comprometimento é rápido e progressivo, quanto maior o tempo de exposição e maiores os índices da HAS, igualmente maiores serão as complicações. Os estudos de Framingham comprovam esse risco progressivo, onde constata que a doença é mais lesiva ao cérebro do que a outros órgãos, visto que hipertensos têm uma incidência duas vezes maior de infarto agudo do miocárdio e quatro vezes de acidente vascular cerebral, comparativamente aos normotensos⁽⁴⁸⁾.

Do ponto de vista fisiopatológico, a HAS pode comprometer todas as estruturas que compõem as artérias cerebrais, principalmente as camadas íntima e média, desde as de grande calibre (carótidas, cerebrais), às de médio e fino calibre, como as artérias penetrantes. As alterações nas artérias de grande calibre ocorrem predominantemente na camada íntima provocando aterosclerose, e nas de pequeno calibre, a camada média é mais afetada, ocasionando uma degeneração fibrinóide e lipohialinose, que são variações histopatológicas de lesão arterial, que podem incorrer em AVC ou outra forma de doença cerebrovascular, como o AIT ou demências⁽⁴⁹⁾.

Entre os indivíduos que são acometidos por um AVC, o percentual de hipertensos ultrapassa 75,0%⁽²⁹⁾, podendo atingir até 94,0% da amostra⁽⁵⁰⁾. Dessa forma, o controle da pressão arterial é fundamental e prioritário para a prevenção primária e/ou secundária dos AVCs⁽⁵¹⁾.

O tabagismo esteve presente neste estudo em 29,1% dos indivíduos. Hábitos de vida como esse, aumentam em até três vezes a chance de um AVC, sendo considerada a segunda maior causa da doença⁽⁵²⁾. Em relação às doenças cardiovasculares, o fumo é prejudicial por

meio de diferentes mecanismos: em fumantes é possível observar danos no endotélio dos vasos sanguíneos, aumento da formação de placas de colesterol e níveis de LDL, aumento da coagulação e espasmos das artérias. Ademais, a nicotina potencializa a hipertensão arterial sistêmica e acelera a frequência cardíaca⁽⁵³⁾. Em um estudo realizado com informações de 22 países, tanto no AVC isquêmico quanto no hemorrágico, houve altas taxas de tabagistas, respectivamente 37,0% e 31,0%⁽⁵⁴⁾.

Neste estudo o total de pacientes que relataram o consumo de bebidas alcoólicas foi de 15,8%. O consumo excessivo de álcool condiciona a uma alteração do perfil lipídico, o que potencializa a formação de placas ateroscleróticas⁽⁵⁵⁾. Diversos estudos relatam que o etilismo associado a outros fatores de risco potencializa a ocorrência do AVC^(28,56).

O diabetes mellitus (DM) esteve presente como fator de risco entre 17,6% a 20,8%, bem como em outro estudo⁽⁵⁷⁾. O diabetes mellitus é um fator de risco para a doença vascular em geral, aumentando de forma independente, em quatro vezes a chance de desenvolvimento de doença vascular periférica e acidente vascular cerebral, quando comparado ao indivíduo não diabético⁽⁵⁸⁾. É um sério fator de risco, uma vez que a sua fisiopatologia ocasiona o aumento de placas ateroscleróticas que podem causar a obstrução de algum vaso sanguíneo⁽³⁷⁾.

A cardiopatia foi citada em apenas 5,9% dos pacientes deste estudo, contudo, de acordo com a literatura, o AVC isquêmico de etiologia cardioembólica representa aproximadamente um quarto dos AVC isquêmicos, com maior risco de transformação hemorrágica e pior sintomatologia se comparado ao AVC trombótico⁽⁵⁹⁾. Eventos cardioembólicos são responsáveis por cerca de 20 a 30% de todos os AVC. Entre as causas cardiogênicas, a fibrilação atrial (FA) é a principal⁽⁶⁰⁾.

Os eventos cardioembólicos são ocasionados por obstruções do fluxo arterial secundárias a um êmbolo de origem cardíaca. Segundo a propensão para embolia, as fontes cardíacas são separadas em fontes de alto e médio risco. São fontes de alto risco: prótese valva mecânica, estenose mitral com fibrilação atrial (FA), FA não-isolada, trombo no átrio esquerdo, doença do nó sinusal, infarto agudo do miocárdio (IAM) nas últimas quatro semanas, trombo no ventrículo esquerdo (VE), cardiomiopatia dilatada, segmento acinético do VE, mixoma atrial e endocardite. Compreende as fontes de médio risco: o prolapso de válvula mitral, calcificações do anel mitral, estenose mitral sem FA, turbulência no átrio esquerdo, aneurismas septo atrial, forame oval patente, *flutter* atrial, FA isolada, prótese de válvula biológica, endocardite asséptica, insuficiência cardíaca congestiva, segmento hipocinético do VE, IAM recente - há mais de uma semana e há menos de seis meses. Onde

para o diagnóstico é necessário se descartar potenciais fontes aterotrombóticas, e ser identificada uma fonte cardíaca, visto que os achados clínicos e de imagem são bastante semelhantes⁽⁶¹⁾.

Nos artigos estudados, a maioria dos pacientes – entre 53,8% e 64,0% – apresentaram apenas um episódio de AVC. Entretanto, o risco de recorrência de um AVC é muito alto a curto prazo, chegando até 19,5% nos primeiros três meses; seu impacto é mais devastador com o dobro da mortalidade, sendo 41% versus 22%. Este risco diminui com o decorrer do tempo, se estabilizando em 5% por ano, após o primeiro ano⁽⁶²⁾.

Nesta casuística, verificou-se que 50% a 72,9% da população estudada eram trabalhadoras do lar ou aposentados. Quanto ao campo de ocupação dos pacientes acometidos por AVC, a maioria se encontra nas áreas de serviços e indústria⁽⁶³⁾. A situação profissional/ocupação dos indivíduos era composta por 72,2% aposentados, 22,3% trabalhadores remunerados, 1,9% desempregados e com a mesma percentagem, domésticas e incapacitados ou de baixa médica⁽⁴²⁾.

O AVC é uma doença com alta morbimortalidade, sendo que o número de óbito pela doença no Brasil é um dos maiores dentre os países da América Latina⁽⁶⁴⁾. Neste trabalho, a taxa de mortalidade variou entre 17,5% a 36,0%, resultado semelhante a outro estudo⁽⁶⁵⁾. Para a literatura recente, a taxa de mortalidade para os AVC varia entre 14 e 26 %^(66,67). De maneira geral, a diferença da mortalidade entre os dois subgrupos do AVC não é estatisticamente significativa, apesar de haver uma crença que as hemorragias apresentem quadro clínico mais grave e maior mortalidade⁽⁶⁸⁾.

Apesar de pesquisas apresentarem a incidência maior em população negra⁽⁶⁹⁾, os resultados do nosso trabalho mostram que apenas um artigo trouxe essa informação e que apresentou indivíduos brancos como os mais atingidos pela doença. A hipertensão arterial sistêmica é considerada o principal fator de risco controlável para doenças cerebrovasculares⁽⁷⁰⁾, nos negros a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos⁽⁷¹⁾ e associados ao maior risco de desenvolver um AVC.

Quanto à lateralidade da lesão apenas um trabalho avaliou essa variável, apontando o hemisfério esquerdo como o mais afetado em pacientes com AVC. Sabe-se que o hemisfério esquerdo é dominante para o controle motor e o direito para a orientação espacial⁽⁷²⁾. Um estudo apresenta o hemisfério cerebral direito mais acometido (60%)⁽⁷³⁾.

Na população estudada, encontramos uma média de 12,4 dias, variando de 5 a 24 dias. A média do tempo de internação hospitalar dos pacientes acometidos pelo AVC é de 15 dias, o que está diretamente relacionada ao maior risco de desenvolvimento de complicações, principalmente as infecciosas, à morbidade e mortalidade desses pacientes⁽⁷⁴⁾.

Na prevenção secundária, o processo patológico já está instalado, dessa forma, a mesma ocorre por meio da realização do diagnóstico precoce e tratamento imediato e adequado, visando evitar as sequelas e a invalidez⁽⁷⁵⁾. Segundo o protocolo clínico de prevenção secundária após acidente vascular cerebral do instituto de previdência dos servidores do estado de Minas Gerais, a normatização dos cuidados aos pacientes com AVC nos setores de urgência, enfermagem e Unidade de AVC, assim como o acompanhamento contínuo após alta hospitalar para prevenção secundária e reabilitação, otimizam o tratamento e a propedêutica, pois diminuem o tempo de permanência hospitalar e reduzem os riscos da internação e consequentemente o custo para o sistema⁽⁷⁶⁾.

Entretanto, na presença de sequelas ou invalidez, devemos atuar na prevenção terciária, por meio da reabilitação e restituição destes indivíduos à sociedade⁽⁷⁵⁾.

Complicações médicas como as infecções agravam a evolução clínica e o prognóstico dos pacientes após um episódio de AVC agudo⁽⁷⁷⁾. As principais complicações encontradas são as infecções do trato urinário (ITU) e pneumonias. Uma meta-análise com 87 estudos, envolvendo 137.817 pacientes pós-AVC, evidenciou 10,0% de ITU e 10,0% de pneumonia nos estudos analisados⁽⁷⁸⁾.

Percebe-se no nosso estudo, taxas superiores dessas complicações (34,0% de ITU e 20,4% de pneumonia). O desenvolvimento dessas afecções após o AVC depende de diversos fatores, como: idade, sexo, uso de dispositivos invasivos, alterações imunológicas, maior gravidade do AVC, níveis mais baixos de consciência, presença de disfagia, incontinência urinária e tempo de internação prolongado^(79,80).

A retenção urinária é frequente na fase inicial do AVC, o que leva a necessidade do cateterismo vesical. As ITU em pacientes acometidos por AVC possuem incidência entre 11% e 27%⁽⁸¹⁾. Nas unidades de cuidados agudos para o AVC, a maioria das ITU ocorre principalmente depois do cateterismo vesical intermitente, onde em seu estudo 23% dos pacientes apresentaram este episódio infeccioso depois de duas semanas de hospitalização. Evento que pode recorrer após procedimentos como cistoscopias ou outros procedimentos urológicos⁽⁸²⁾.

A pneumonia bacteriana é uma das complicações mais importantes nos pacientes com AVC, visto que é a principal causa de morte nesta população com uma incidência de até 57%⁽⁸³⁾. Um estudo prospectivo identificou vários fatores associados ao risco elevado de pneumonia após um AVC, são eles: idade avançada, disartria, o grau da incapacidade pós-AVC, alterações cognitivas e um teste de disfagia alterado⁽⁸⁴⁾. Já outros estudos associam a diminuição dos reflexos bulbares, alterações de consciência, disfagia e a subsequente aspiração à causa das pneumonias⁽⁸⁵⁾.

A avaliação sistemática da deglutição e a implementação de estratégias adequadas para alimentação para esses indivíduos pós-AVC podem contribuir para diminuir o risco de pneumonia aspirativa e morte⁽⁸⁶⁾.

Contudo, a ocorrência destes eventos adversos pode ser minimizada através da atuação de todos os profissionais de saúde envolvidos no processo do cuidar. Através da adoção de medidas de preventivas e de reabilitação precoce para melhora dos prognósticos após o AVC, reduzindo as complicações e, por conseguinte, a morbimortalidade⁽⁸⁷⁾.

5 CONCLUSÃO

A partir desta revisão integrativa da literatura, foi possível verificar que nos últimos seis anos a maioria dos estudos em língua portuguesa relacionados ao perfil epidemiológico do paciente acometido por AVC foi realizada no ano de 2017, com metodologia transversal descritiva, e publicados na base de Literatura Latino-Americana de Ciências da Saúde da América Latina e do Caribe (LILACS).

Com base nos dados epidemiológicos evidenciados nos estudos utilizados para a elaboração deste trabalho, conclui-se que a incidência do AVC depende de diversos fatores, e o perfil encontrado neste estudo condiz com a literatura disponível a respeito.

Sobre a ocorrência do AVC, podemos considerar que há um equilíbrio entre os sexos masculino e feminino, com idade superior aos 60 anos, em indivíduos sem escolaridade, não alfabetizados, analfabetos funcionais, com ensino fundamental completo e incompleto, e ensino médio, bem como em aposentados e trabalhadores do lar. Não foi evidenciado, neste estudo, uma etnia mais atingida. Os fatores de risco mais apontados relacionados à ocorrência da doença foram a hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, diabetes *mellitus* e cardiopatias. Os indivíduos que compuseram a amostra deste estudo estavam no primeiro evento do AVC, e o tipo mais prevalente foi o isquêmico. Identificou-se que a média de permanência foi de 12,4 dias. A taxa de mortalidade foi de 17,5% a 36,0%.

Por meio deste estudo, ficou evidente o quão importante é conhecer quem é o nosso paciente para que as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco para o AVC sejam efetivas, associadas a necessidade de um atendimento rápido, eficaz e que supra as reais necessidades do paciente, sobretudo através de uma assistência de enfermagem individualizada, sistematizada e de qualidade, tendo em vista minimizar as sequelas do AVC, garantindo maior qualidade de vida para essa parcela da população.

Uma das limitações apresentadas pela pesquisa é que os dados foram coletados de trabalhos de outrem e, nesse sentido, as informações foram condicionadas aos dados epidemiológicos disponíveis nos artigos selecionados.

Espera-se, com este estudo, incentivar os enfermeiros a realizarem mais pesquisas sobre o cuidado aos pacientes acometidos por AVC, haja vista a carência de pesquisas com essa temática, contribuindo assim para uma assistência em saúde consolidada e baseada em evidências científicas.

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013 [citado 08 nov. 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf

World Health Organization. (WHO). The top 10 causes of death. [Internet] Geneva; 2018a [citado 18 nov. 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

World Health Organization. (WHO). Health statistics and information systems – Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030. [Internet]. Geneva; 2018b [citado 18 nov. 2018]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en

Ministério da Saúde (BR). DATASUS Informações de Saúde – TABNET. Indicadores de saúde. Indicadores e dados básicos - Brasil 2011. Indicadores de mortalidade; 2010 [citado 08 nov. 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2011/c08.def>

Ministério da Saúde (BR). DATASUS Informações de Saúde – TABNET. Assistência à saúde. Morbidade Hospitalar do SUS; 2012 [citado 08 nov. 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?sih/cnv/niuf.def>.

Organização Mundial da Saúde. Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais. Organização Mundial da Saúde: Genebra; 2006. Genebra; 2006 [citado 08 nov. 2018]. Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/ad/dpc/nc/steps-stroke.pdf>.

Lima ACMACC, Silva AL, Guerra DR, Barbosa IV, Bezerra KC, Oriá MOB. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2016;69(4):738-45.

Chaves ML. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. Rev Bras Hipertens. 2000;7(4):372-82.

Castro JA, Epstein MG, Sabino GB, Nogueira GL, Blankenburg C, Staszko KF, et al. Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. Rev Soc Bras Clin Med. 2009;7(3):171-3.

Botelho T, Neto C, Araujo F, Assis S. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. Volume 16, Número 2 ISSN 2447-2131 João Pessoa, 2016.

Gagliardi RJ, Raffin CN, Fábio SRC. Tratamento da Fase Aguda do Acidente Vascular Cerebral. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM). São Paulo: AMB/CFM, 2001. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/tratamento-da-fase-aguda-do-acidente-vascular-cerebral.pdf

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 664, de 12 de abril de 2012. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. ISSN 1677-7042. [citado 08 jan. 2018]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_trombolise_avc_isq_agudo.pdf.

Monteiro KS, Souza CG, Franco CIF, Moura JV. Caracterização funcional de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico assistidos em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2013; 17(3):269-274.

Oliveira FPT, Santos GS, Silva LS. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. *Nursing (São Paulo)*. 2003; 6 (60): 37-42.

Damata SR, Formiga LM, Araújo AK, Oliveira EA, Oliveira AK, Formiga RC. Perfil epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral. *Rev. Interd.* 2016;9(1):107-17.

Oliveira A, Araujo T, Costa A, Morais H, Silva V, Lopes M. Avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral acompanhados por programas de assistência domiciliar. *Rev. esc. enferm. USP*. 2013;47(5):1143-1149.

Crossetti MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):8-9.

Gagliardi RJ. Acidente Vascular Cerebral ou Acidente Vascular Encefálico? Qual a melhor nomenclatura? *Rev Neurociênc* 2010;18(2):131-132.

Lima SM, Maldonade I. Avaliação da linguagem de pacientes no leito hospitalar depois do Acidente Vascular Cerebral. *Distúrbios da Comunicação*, [S.l.], v. 28, n. 4, jan. 2016. ISSN 2176-2724. [citado 21 nov. 2018]. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/27555>.

Santana MTM, Chun RYS. Linguagem e funcionalidade de adultos pós-Acidente Vascular Encefálico (AVE): avaliação baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *CoDAS*, São Paulo, v. 29, n. 1, e20150284, 2017. [citado 21 nov. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822017000100306&lng=pt&nrm=iso.

Sarmiento SDG et al. Perfil das vítimas de afecções neurológicas atendidas por um serviço pré-hospitalar móvel de urgência. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 22, n. 2, maio 2017. [citado 21 nov. 2018]. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49698>.

Mourão AL et al. Perfil dos pacientes com diagnóstico de AVC atendidos em um hospital de Minas Gerais credenciado na linha de cuidados. *Revista Brasileira de Neurologia*, [S.l.], v. 53, n. 4, dez. 2017. [citado 21 nov. 2018]. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/rbn/article/view/14634>.

Leite HR, Nunes APN, Correa CL. Perfil epidemiológico dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico atendidos em um hospital Fisiot. *Pesq., São Paulo*, v. 16, n. 1, p. 34-39, mar. 2017. [citado 21 nov. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502009000100007&lng=en&nrm=iso

Nunes ACB et al. “Re” conhecimento dos pacientes com acidente vascular cerebral por meio de um programa de educação tutorial. *Revista Médica de Minas Gerais* 2014; 24 (Supl 1): S57-S63.

Rodrigues IT, Leal MG. Tradução portuguesa e análise de aspectos psicométricos da escala "Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39)". *Audiol., Commun. Res., São Paulo*, v. 18, n. 4, p. 339-344, Dec. 2013. [citado 21 nov. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312013000400016&lng=en&nrm=iso.

Theme Filha MM et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol., São Paulo*, v. 18, supl. 2, p. 83-96, Dec. 2015. [citado 21 nov. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600083&lng=en&nrm=iso.

Canuto MA, Nogueira LT. Acidente vascular cerebral e qualidade de vida: uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 2561-

2568, apr. 2015. ISSN 2175-5361. [citado 14 jan. 2019] Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3928>

28 – Rolim CLRC, Martins M. Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(11):2106-2116.

Moro A, Bertotti MM, Albino PHC, Bresciani AP, Oliveira MV, Martins GL. Perfil dos pacientes acometidos com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico hospitalizados no Hospital Governador Celso Ramos. *Arq. Catarin. Med*. 2013 jan-mar; 42(1): 63-67

Nitrini R, Bacheschi LA. *A neurologia que todo médico deve saber*. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. 185 p.

National Institute of Neurological Disorders and Stroke – National Institutes of health. *Accidente cerebrovascular: Esperanza en la investigación*. 2010 [citado 28 jan. 2019] Disponível em: https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/accidente_cerebrovascular.htm#Women

Brasil. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde*. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 70 p. – (Série E. Legislação de Saúde)

Costa VSP, Guimarães PSR, Fernandes KBP, Probst VS, Marques AS, Fujisawa DS. Prevalência de fatores de risco para ocorrência de acidente vascular encefálico em idosos. *Fisioter mov* [periódico na internet]. 2014 [acesso em 2019 jan. 18];7(4):555-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-51502014000400555&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Quadrante ACR. *Doenças crônicas e o envelhecimento*. Portal do envelhecimento – sua rede de comunicação e solidariedade. 2005 [citado 30 jan. 2019]. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.com/acervo/artieop/Geral/artigo250.htm>.

Goldman L, Ausiello D. *Approach to cerebrovascular diseases*. In: Goldman: *Cecil medicine*. 23rd Ed. Philadelphia: Saunders; 2007. p. 2701-08.

Saposnik G, Hill M, O'Donnell M, Fang J, Hachinski V, Kapral MK. Variables associated with 7-day, 30-day, and 1-year; fatality after ischemic stroke. *Stroke* 2008; 39:2318-24.

Pires SL, Gagliardi RJ, Gorzoni ML. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arq Neuropsiquiatr* 2004;62(3-B):844-851.

Brasil. Portal Brasil. Em nove anos, aumenta escolaridade e acesso ao Ensino superior. 2014 [citado 14 jan. 2019] Disponível em: www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2014/12/em-nove-anos-aumenta-escolaridade-e-acesso-ao-ensino-superior

Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* set.-out. 2011;19(5).

Varela FRA, Cinonelli RM, Campolina AG, Soarez PC. Avaliação de qualidade de vida em idosos frágeis em Campinas, SP. *Rev Assoc Med Bras.* 2015;61(5:423-430).

Ovbiagele B, Goldstein LB, Higashida RT, Howard VJ, Johnston SC, Khvjou AO et al. Forecasting the future of stroke in the United States: a policy statement from the American Heart Association and American Stroke Association. *Stroke.* 2013; 44(8):2361-2375.

Silva IFG, Neves CFS, Vilela ACG, Bastos LMD, Henriques MILS. Viver e Cuidar Após o Acidente Vascular Cerebral. *Revista de Enfermagem Referência - IV - n.º 8 – 2016*

Cerveira JA. Independência funcional nos pacientes com AVC: Determinantes sociodemográficas e clínicas (Dissertação de mestrado). 2011. [citado 01 fev. 2019]. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1616/1/CERVEIRA%20Joel%20Andrade%20Dissertação.pdf>

Pinto EM. Independência funcional e regresso ao domicílio: Variável chave para a enfermagem de reabilitação (Dissertação de mestrado). 2011. [citado 01 fev. 2019]. Disponível em:

<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1617/1/PINTO%20Elsa%20Maria%20Esteves%20Monteiro%20Independência%20Funcional%20e%20Regresso%20ao%20Domicilio.pdf>

Huang ZS, Chiang TL, Lee TK. Stroke prevalence in Taiwan: findings from the 1994 National Health Interview Survey. *Stroke* 1997; 28:1579-84.

Giles MF, Rothwell PM. Measuring the prevalence of stroke. *Neuroepidemiology* 2008; 30:205-6.

Boden-Albala B, Sacco RL. The stroke prone individual. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 1999;9(4):501-8.

Wolf PA, D'agostino RB, Belanger AJ, Kannel WB. Probability of stroke: a risk profile from the Framingham study. *Stroke*, 1991; 22: 312-318

Fujii K, Sadoshima S, Okada Y et al. Cerebral blood flow and metabolism in normotensive and hypertensive patients with transient neurologic deficits. *Stroke*, 1990; 21: 283-290.

Brito ES, Pantarotto RFR, Costa LRLG. A hipertensão arterial sistêmica como fator de risco ao acidente vascular encefálico (AVE). *J Health Sci Inst.* 2011;29(4):265-8.

Gagliardi RJ. Hipertensão arterial e AVC. *Rev ComCiência* No.109. Campinas, 2009. [citado 31 jan. 2019]. Disponível em: <http://comciencia.scielo.br/pdf/cci/n109/a18n109.pdf>

Melo-Souza S. Tratado de doenças neurológicas. In: Gagliardi RJ. *Prevenção das doenças cerebrovasculares*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. P 90-2.

World Health Organization. (WHO). *The atlas of heart disease and stroke*. Geneva: Myriad Editions Limited. 2004.

O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (The interstroke study): a case-control study. *Lancet*. 2010; 376(9735):112-123.

Humphries SE, Morgan L. Genetic risk factors for stroke and carotid atherosclerosis: insights into pathophysiology from candidate gene approaches. *Lancet Neurol*; 2004 3:227–36

Kanso S, Romero DE, Leite IC, Marques A. A inevitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(4):735-748.

Moreira RP, Araújo TL, Cavalcante TF, Guedes NIG, Lopes MVO, Costa ACS, et al. Acidente vascular cerebral: perfil de indicadores de risco. *Rev. Rene Fortaleza*. 2010;11(2):121-8.

Scheffel RS, Bortolanza D, Weber CS et al. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(3): 263-7

Wang XG, Zhang LQ, Liao XL, Pan YS, Shi YZ, Wang CJ, Wang YL, Liu LP, Zhao XQ, Wang YJ, Li D, Wang CX. Thrombolysis Implementation and Monitoring of acute ischemic Stroke in China (TIMS-China) Investigators. Unfavorable outcome of thrombolysis in Chinese patients with cardioembolic stroke: a prospective cohort study. *CNS Neurosci Ther*. 2015; 21(8):657-61.

Marini C, Santis F, Sacco S, Russo T, Olivieri L, Totaro R, et al. Contribution of atrial fibrillation to incidence and outcome of ischemic stroke: results from a population-based study. *Stroke* 2005;36:1115-1119.

Chaves MLF, Finkelsztejn A, Stefani MA et al. AVC isquêmico. In *Rotinas em Neurologia e neurocirurgia*. Porto Alegre: Artmed; 2008. P97-111.

Sacco RL, Adams R, Albers G, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement from the AHA/ASASC. *Stroke* 2006;37:577-617.

Goulart BNG, Almeida CPB, Silva MW, Oenning NSX, Lagni VB. Caracterização de acidente vascular cerebral com enfoque em distúrbios da comunicação oral em pacientes de um hospital regional. *Audiol Commun Res.* 2016;21:e1603

Ribeiro AL, Duncan BB, Brant LC, Lotufo PA, Mill JG, Barreto SM. Cardiovascular health in Brazil: trends and perspectives. *Circulation.* 2016;133(4):422-33.

Araújo PJ, Darcis JVV, Tomas ACV, Mello WA. Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Município de Maringá, Paraná entre os Anos de 2005 a 2015. *Int J Cardiovasc Sci.* 2018;31(1)56-62.

Cabral NL, Longo A, Moro CHC, Amaral CH, Kiss, HC. Epidemiologia dos acidentes cerebrovasculares em Joinville, Brasil: estudo institucional. *Arq Neuropsiquiatr* 1997;55:357-363.

Johnston KC, Li JY, Lyden PD, et al. Medical and neurological complications of ischemic stroke experience from the RANTTAS trial: RANTTAS investigators. *Stroke* 1998;29:447-453.

Radanovic M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo , v. 58, n. 1, p. 99-106, Mar. 2000. [citado 01 fev. 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2000000100015&lng=en&nrm=iso

Lotufo PA. Stroke in Brazil: a neglected disease. *Sao Paulo Med J.* 2005;123(1):3-4.

Neal B, MacMahon S, Chapman N. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomized trials. *Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Lancet* 2000;356:1955-64.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde; 2006. [citado 29 jan. 2019]; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf

Voos MC, Ribeiro LEV. Estudo comparativo entre a relação do hemisfério acometido no acidente vascular encefálico e a evolução funcional em indivíduos destros. Rev Bras Fisioter, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 113-20, mar./abr. 2008

Costa FA , Silva DLA , Rocha VM. Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(5):1083-8

Melo LS, Emerick LMS, Alves PNM, Rocha TB, Goveia VR, Guimarães GL, Mendoza IY. Acidente vascular cerebral: achados clínicos e principais complicações. Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul, v. 14, n. 48, p. 48-53, abr./jun., 2016

Assunção RS. O Agente Comunitário de Saúde e sua prática no Programa de Saúde da Família no município de Divinópolis – MG. 2003. 167f. Dissertação (Mestrado da Escola de Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Ferreira M, Marques A, Silva N, Evaristo J, Barbosa A. Protocolo clínico de prevenção secundária após acidente vascular cerebral. IPSEMG. 2017 [citado 01 fev. 2019]. Disponível em:

http://www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=ptc_neuro_-_002_prevencao_secundaria_apos_acidente_vascular_cerebral_1.pdf

Aslanyan S, Weir CJ, Diener HC, Kaste M, Lees KR. Pneumonia and urinary tract infection after acute ischaemic stroke: A tertiary analysis of the GAIN International trial. Eur J Neurol. 2004;11(1):49- 53.

Moreno CL, Salinas MP, Pappalardo FR, Rodríguez LL. Prevención de úlceras por presión y lesiones musculoesqueléticas: paciente con ictus. *Gerokomos*. 2012 [citado 29 jan. 2019]; Disponible em: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v23n1/helcos3.pdf>

Westendorp WF, Nederkoorn PJ, Vermeij J, Dijkgraaf MG, Beek DV. Post-stroke infection: A systematic review and meta-analysis. *BMC neurol online [serial online]*. 2011 [citado 18 jan. 2019]; Disponible em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2377-11-110.pdf>

Moreira T, Grujic J, Michel P. Early mobilization out of bed after ischaemic stroke reduces severe complications but not cerebral blood flow: a randomized controlled pilot trial. *Clin rehabi*. 2012 [citado 28 jan. 2019]; Disponible em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=fb43d694-dfdd-4224-89cf-d0def7e6a12b%40sessionmgr111&hid=113>

Ersoz M, Ulusoy H, Oktar MA, Akyuz M. Urinary tract infection and bacteriuria in stroke patients: frequencies, pathogen microorganisms, and risk factors. *Am J Phys Med Rehabil*. 2007;86(9):734-741.

Carnesoltas LS, Valdés MAS, Lazo OR. Factores de riesgo y mortalidad por neumonía intrahospitalaria em la Unidad de Terapia Intensiva de Ictus. *Medwave*. 2013 [citado 01 fev. 2019]. Disponible em: <http://www.medwave.cl/medios/medwave/PDFinvestigacion/Marzo2013/medwave.2013.02.5637.pdf>

Yeh SJ, Huang KY, Wang TG, et al. Dysphagia screening decreases pneumonia in acute stroke patients admitted to the stroke intensive care unit. *J Neurol Sci*. 2011;306(1- 2):38-41.

Sellars C, Bowie L, Bagg J, et al. Risk factors for chest infection in acute stroke: A prospective cohort study. *Stroke*. 2007;38(8):2284- 2291.

Perry L, Love CP. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: A systematic review. *Dysphagia*. 2001;16(1):7-18.

Foley N, Salter K, Teasell R. Specialized stroke services: a meta-analysis comparing three models of care. *Cerebrovasc Dis.* 2007;23:194-202.

Paulo RB, Guimarães TM, Helito PVP, Marchiori PE, Yamamoto FI, Mansur LL, et al. Acidente vascular cerebral isquêmico em uma enfermaria de neurologia: complicações e tempo de internação. *Rev Assoc Med Bras.* 2009 [citado 29 jan. 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n3/v55n3a25.pdf>.