

PREVALÊNCIA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NOS IDOSOS DO ESTADO DE ALAGOAS

Valéria Luísa Teixeira do Nascimento¹

Erika Aparecida Santos Duarte²

Epamela Sulamita Vitor de Carvalho³

Gerônimo Vicente dos Santos Júnior⁴

Maria do Desterro Costa e Silva⁵

RESUMO

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. As doenças crônicas são a principal causa de incapacidade, a maior razão para a demanda nos serviços de saúde e respondem por parte considerável dos gastos efetuados no setor. O acidente vascular encefálico (AVE) é uma síndrome neurológica frequente em adultos, sendo uma das maiores causas de morbi-mortalidade em todo o mundo. Mesmo com essa alta taxa de mortalidade em países menos desenvolvidos ainda existe poucas informações sobre a prevalência de doenças neurológicas, dentre elas o AVE. Portanto, o presente estudo visou identificar esta prevalência do AVE nos idosos no Estado de Alagoas. Métodos: Foi realizado um inquérito populacional com indivíduos de idade igual ou superior a 60 anos, residentes na zona urbana do Estado de Alagoas, entre os anos de 2013 a 2015. A prevalência do AVE foi identificada através da doença auto referida pelo idoso entrevistado, além da inspeção do quadro clínico. Resultados: Foram entrevistados 2473 idosos e 65% eram do sexo feminino. A média de idade foi de 71,6 anos e a prevalência de AVE evidenciou-se que foi de 15,3% dos idosos avaliados.

Palavras-chave: Envelhecimento, Acidente Vascular Encefálico, Prevalência, Fatores de risco.

¹ Pós- graduada em Fisioterapia Neurofuncional do Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira –IMIP, valerialuisafisio@outlook.com;

² Pós- graduada em Fisioterapia Neurofuncional do Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira - IMIP, erikaduarte@hotmai.com;

³ Mestranda do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, epamela_carvalho@hotmail.com;

⁴ Mestrando do Curso de Modelagem Computacional do Conhecimento da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, geronimojunior20@hotmail.com;

⁵ Doutora em Medicina Interna e Terapêutica pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, mdesterro@bol.com;

INTRODUÇÃO

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos¹. As doenças crônicas são a principal causa de incapacidade, a maior razão para a demanda nos serviços de saúde e respondem por parte considerável dos gastos efetuados no setor².

O Brasil hoje é um “jovem país de cabelos brancos”. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira¹, apesar do processo de envelhecimento não está, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos. Assim a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas. E o aumento no número de doenças crônicas está diretamente relacionado com a maior incapacidade funcional³.

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma síndrome neurológica frequente em adultos, sendo uma das maiores causas de morbi-mortalidade em todo o mundo⁴. Dentre as doenças crônicas o AVE ocupa posição de destaque entre a população idosa, onde a incidência dobra a cada década após os 55 anos⁵.

A hipertensão arterial sistêmica é o principal fator de risco preditivo para AVE Isquêmico, pois está presente em cerca de 70% dos casos de doença cerebrovascular (DCV). Cardiopatias são consideradas o segundo fator de risco mais importante cuja frequência é 41,9% para AVEi (contra cerca de 2,0% para AVE hemorrágico). Fibrilação atrial crônica é a doença cardíaca mais associada com AVE, representando cerca de 22% destes casos. Diabete mellitus é fator de risco independente para a DCV, uma vez que acelera o processo aterosclerótico. Cerca de 23% de pacientes com AVEi são diabéticos⁶.

Em 1999, o número de mortes por AVE em todo o mundo foi de 5,54 milhões, e 2/3 dessas mortes ocorreram em países menos desenvolvidos⁷. Projeções sugerem que, sem intervenção, o número de mortes por AVE aumentará para 6,3 milhões em 2015 e 7,8 milhões em 2030⁸.

Mesmo com essa alta taxa de mortalidade em países menos desenvolvidos ainda existe poucas informações sobre a prevalência de doenças neurológicas, dentre elas o AVE⁹. Portanto o presente estudo visa identificar esta prevalência do acidente vascular encefálico nos idosos no Estado de Alagoas.

MÉTODO

Foi realizado um inquérito populacional com indivíduos de idade igual ou superior a 60 anos, residentes na zona urbana do Estado de Alagoas, entre os anos de 2013 a 2015.

O Estado de Alagoas, localizado na região Nordeste com uma população de 3.349.554 habitantes, cuja população idosa é de 280.715. De acordo com a Secretária Estadual de Saúde é dividido em 10 regiões de saúde com um total de 120 municípios.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi considerado um erro amostral de 0,06%, considerando-se que a prevalência de idosos com AVE é de 15,3%, e nível de confiança de 95% admitindo-se erro alfa de 0,05%, o tamanho da amostra foi de 0,5% de indivíduos acrescentando-se 20% para perdas e recusas de acordo com o total de idosos pertencentes ao município sorteado.

Para obtenção da amostra, foi levada em consideração a heterogeneidade do Estado, procurando conhecer a doença auto-referida dos idosos em seus diferentes estratos socioeconômicos, realizada pelo método de conglomerados que seguiu os seguintes estágios:

- 1) Teve-se como ponto de partida a divisão do Estado, em dez regiões de saúde (Secretaria Estadual de Saúde).
- 2) Em seguida foram identificados os municípios que compõe cada região, no qual cada um recebeu uma ordenação alfabética e um número para sorteio referente ao número de idosos de cada município, permitindo ao município com maior número de idosos uma maior chance de pertencer à amostra, a partir daí foram sorteados os municípios e, por sua vez, selecionados dez.
- 3) Dentro dos municípios, procedeu-se o sorteio aleatório do bairro, seguido da identificação dos setores censitários, sendo excluídos os setores comerciais selecionados através de processo aleatório e proporcional ao número de idosos de acordo com cada setor, considerando o cálculo e tamanho da amostra de 0,5% mais 20% (considerando as perdas).
- 4) Em cada setor foram numerados todos os quarteirões e suas respectivas faces (ruas, avenidas e vilas). Iniciou-se o processo de seleção dos domicílios de forma aleatória seguindo sentido horário. Depois de percorrido um determinado número de domicílios (que era definido conforme o número total do setor), realizavam-se sistematicamente as entrevistas dos idosos, pelo próprio pesquisador.

- 5) Caso não houvesse morador no domicílio com 60 anos ou mais, o entrevistador deslocava-se ao próximo domicílio até a identificação de um idoso, reiniciando-se em seguida a busca sistemática.
- 6) Se o domicílio visitado possuísse uma pessoa idosa, mas esta estivesse ausente no momento, uma nova visita seria marcada nesse domicílio, por até duas vezes, para então considerá-lo com perda. Na ocorrência de mais de um idoso residindo no domicílio, todos foram entrevistados. Na eventualidade de o número de entrevista previsto para o distrito não ser alcançado, passava-se ao próximo setor sorteado.

A prevalência do AVE foi identificada através da doença auto referida pelo idoso entrevistado, além da inspeção do quadro clínico.

Os fatores de riscos analisados foram: socioeconômicos (renda *per capita*, considerada como a medida pela razão entre o rendimento total e o número de moradores do domicílio); escolaridade (definida pelo período de frequência a escola ou nível de aprendizado adquirido); demográficos (sexo e idade); de saúde (doença referida).

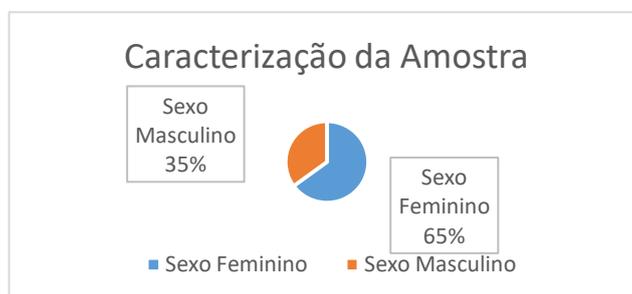
Foram considerados como critérios de inclusão, idosos residentes no Estado de Alagoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos. E como critérios de exclusão, aqueles idosos que se negaram a participar da pesquisa e os que foram rastreados com possíveis déficits cognitivos.

Na análise estatística descritiva (média e desvio padrão) e distribuição de frequência foram utilizados testes de associações segundo categorias das variáveis de interesse. Para comparar a proporção entre as variáveis foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson, adotando-se o nível de significância de 5% (0,05). Os testes foram realizados através do software para computador o SPSS® 17.0.

Esta pesquisa é aninhada à tese de doutorado da Professora Maria do Desterro da Costa e Silva na qual avalia os fatores de risco para incapacidade funcional em idosos no Estado de Alagoas, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, sob o número de protocolo 180.441.

RESULTADOS

Dos 2473 idosos da amostra 65,0% eram do sexo feminino e 35,0% masculino. A média de idade foi de 71,6 anos ($dp= 8,7$), variando de 60 a 105 anos. Quanto à prevalência de AVE evidenciou-se que foi de 15,3% dos idosos avaliados.



Estratificando-se pelos municípios alagoanos, a maior prevalência de AVE em idosos verificada foi no município 2(24,6%)e a menor no município 1(1,1%). Em relação ao gênero 70% dos idosos acometidos foram do sexo feminino.

Ao analisar as variáveis socioeconômicas verificou-se que a maioria dos participantes eram de baixa escolaridade, sendo estes que cursaram até quatro anos(47,6%), 39,7% eram casados, 47,4% viviam com renda *percapita* menor que um salário mínimoe arranjo domiciliar composto até 3º geração (31,9%)

Tabela 1. Distribuição dos idosos com AVE de acordo com as variáveis sóciodemográficas.

VARIÁVEL	N	%	Valor de p
MUNICÍPIOS			
1	4	1,1	<0,001
2	93	24,6	
3	21	5,6	
4	45	11,9	
5	12	3,2	
6	46	12,2	
7	31	8,2	
8	36	9,5	
9	41	10,8	
10	49	13,0	
SEXO			
Masculino	113	30,0	< 0,001
Feminino	265	70,0	
ESCOLARIDADE			
Analfabeto	135	35,7	<0,001
Até 4 anos	180	47,6	
5 a 8 anos	33	8,7	
>ou = 9 anos	30	7,9	
ESTADO CONJUGAL			

Solteiro	33	8,7	<0,001
Casado	150	39,7	
Separado	52	13,8	
Viúvo	143	37,8	
RENDA PERCAPITA			
< salário	179	47,4	<0,001
1 a 3 salários	168	44,4	
4 a 5 salários	17	4,5	
6 ou + salários	14	3,7	
ARRANJO FAMILIAR			
Sozinho	36	9,5	<0,001
1ª geração	116	30,7	
2ª geração	109	28,8	
3ª geração	117	31,0	

Fonte: Protocolo de pesquisa.*Para comparar os sexos foi utilizado o teste Binominal e para comparar a proporção entre as outras variáveis foi utilizado o teste Qui-Quadrado. Nível de significância de 5% (0,05).

DISCUSSÃO

O envelhecimento da população é notório mundialmente. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2050, um quinto da população mundial será de idosos¹⁰. Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos¹¹. Assim, a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas¹¹.

Nesse estudo foi evidenciado que 15,3% dos idosos entrevistados já haviam sofrido um AVE. O que vem a corroborar com outros estudos que mostram que o envelhecimento populacional é um fator determinante para a elevação dos índices de doenças crônicas e incapacitantes, trazendo assim, prejuízos sociais, na saúde pública e na Previdência Social¹².

Em relação à distribuição por sexo observou-se que a prevalência do AVE foi mais relevante em mulheres. O que difere da maioria dos estudos encontrados, que demonstram o predomínio do sexo masculino⁴.

Levando em consideração o nível educacional da população estudada, constatou-se uma porcentagem alta entre os idosos com AVE e os níveis educacionais mais baixos, chamando atenção o nível de analfabetismo (35,7%) e até o 4º ano (47,6%). Além do estudo de Giles & Rothwell, vários estudos têm provido evidências para suporte deste ponto de vista,

incluindo uma incidência maior de aterosclerose da carótida em pessoas de nível educacional mais baixo. Isso porque se considera que a falta de informações sobre prevenção, incluindo o conhecimento a respeito de hábitos e comportamentos de risco à saúde, fazem com que este segmento populacional esteja mais propenso a um quadro de AVE⁴.

Segundo o estudo de Gagliardi, o AVE é atualmente a principal causa de óbito no Brasil, bem como de sequelas incapacitantes em adultos, o que leva a um fortíssimo impacto na população, devido a sua prevalência, morbidade e mortalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da alta prevalência do AVE atingindo 15,3% dos idosos entrevistados nesse estudo, tendo em vista o risco de óbito, as sequelas e complicações dele decorrentes, assim como os altos custos para o sistema de saúde relacionados ao processo de hospitalização e reabilitação, faz-se necessário a realização de novos estudos sobre o AVE na terceira idade, visando à implementação de ações que minimizem o impacto dessa patologia na sobrevivência desses indivíduos, melhorando assim sua qualidade de vida.

É ainda desejável que sejam considerados, ao se planejarem tais ações, a condição de gênero e os comportamentos preventivos e de cuidados com a saúde, diferentes, assumidos por cada sexo.

REFERÊNCIAS

1. Veras, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3):548-54.
2. Almeida, M. F; *et al.* Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. São Paulo; 2002.
3. Chaimowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI. Belo Horizonte: Postgraduate; 1998.
4. Giles MF, Rothwell PM. Measuring the prevalence of stroke. *Neuroepidemiology* 2008; 30:205-6.
5. Rodgers H. Risk factors for first-ever stroke in older people in the North East of England: a population-based study. *Stroke* 2004; 35:7-11.

6. Medeiros, J. D; *et al.* Avaliação do impacto do acidente vascular cerebral sobre a população acometida: revisão sistemática. Maceió; 2013.
7. Feigin VL, Lawes CMM, Bernnett DA, Anderson CS. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. *Lancet Neurol* 2003; 2: 43-53.
8. Bonita R, Beaglehole R. Stroke prevention in poor countries: time for action. *Stroke* 2007; 38:2871-2.
9. Del Brutto O, Idrovo L, Mosquera A, Navas C, Santibañez R, Cuesta F, et al. Stroke in rural Ecuador: a three-phase, door-to-door survey. *Neurology* 2004; 63:1974-5.
10. Lago LD. Envelhecimento e doença crônica. *Revista da AMRIGS, Porto Alegre*, 55 (1): 5-6, jan.-mar. 2011.
11. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, Lebrão ML, Lourenti R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 23(8):1924-1930, ago, 2007.
12. BP, Grave MTQ, Périco E. Perfil de pacientes internados por Acidente Vascular Cerebral em hospital do Vale do Taquari/RS. *Rev Neurocienc* 2014;22(33):318-387.
13. Helber HA, Jorge AA, Urbano Neto HR, Olival GS, Gagliardi RJ. Influência do diabetes e da hipertensão arterial na agregação plaquetária por ácido acetilsalicílico na prevenção secundária do acidente vascular cerebral isquêmico. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2012; 57: 120-2.
14. Barbosa MAR, Bona SF, Ferraz CLH e col. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes portadores de acidente vascular encefálico, atendidos na emergência de um hospital público terciário. *Rev Bras Clin Med*, 2009;7:357-360.
15. Costa JHC, Pérez FA. AVC e Diabetes mellitus: o perfil dos doentes e do AVC. **TESE DE MESTRADO**
16. Helber HA, Jorge AA, Urbano Neto HR, Olival GS, Gagliardi RJ. Influência do diabetes e da hipertensão arterial na agregação plaquetária por ácido acetilsalicílico na prevenção secundária do acidente vascular cerebral isquêmico. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2012; 57: 120-2.