

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PESSOAS **IDOSAS** **SOBREVIVENTES** DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, cleane_rosas@hotmail.com;

LIA RAQUEL DE CARVALHO VIANA

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, lia_viana19@hotmail.com;

STEPHANIE DE ABREU FREITAS

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB; stheenf@gmail.com;

TATIANA FERREIRA DA COSTA

Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB; tatxianaferreira@hotmail.com;

RESUMO

O AVE é considerado a principal causa de incapacidade funcional adquirida no mundo, com alta prevalência em pessoas idosas. Objetivou-se caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas idosas sobreviventes de AVE. Trata-se de um estudo transversal realizado com 134 pessoas idosas cadastradas em Unidades de Saúde da Família. Os dados foram coletados mediante a utilização de um instrumento semiestruturado para obtenção dos dados sociodemográficos e clínicos e o Índice de Barthel. A análise dos dados foi realizada no software SPSS versão 22.0, por meio de estatística descrita. Identificou-se maior frequência do sexo masculino (54,5%), 60 a 69 anos (63,4%), casados (59,0%), um a quatro anos de estudo (49,3%), aposentados (66,4%), com renda de um a três salários mínimos (78,4%). A maioria referiu não consumir bebida alcoólica (89,6%), não fumar (93,3%) e não praticar atividade física (85,8%). Em relação as condições de saúde, 41,0% avaliaram o seu estado de saúde como ruim. O fator de risco para AVE mais relatado foi a HAS (74,6%). O último AVE foi há mais de um ano (61,2%), tipo isquêmico (67,2%), com predomínio de sequelas motoras (66,4%) e fraqueza muscular (45,5%). Sobre à reabilitação, 48,5% fizeram ou fazem terapêutica de reabilitação. Na avaliação funcional, identificou-se predomínio de dependência moderada (48,5%). Esta pesquisa contribui para a assistência de enfermagem no sentido de traçar o perfil sociodemográfico e clínico das pessoas acometidas por AVE, o que poderá nortear a prática de enfermagem na atenção primária, subsidiando o planejamento de intervenções específicas e individuais.

Palavras-chave: Idosos, Enfermagem geriátrica, Acidente vascular cerebral, Fatores socioeconômicos, Atividades cotidianas.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é considerado uma realidade mundial, devido à redução da fecundidade e o aumento da expectativa de vida (RIBEIRO et al., 2019). O Brasil move-se rapidamente para um perfil populacional mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, em que as doenças crônicas estão em lugar de destaque (STEVENS et al., 2018). Estas morbidades englobam uma série de patologias não transmissíveis, dentre as quais destaca-se as Doenças Cerebrovasculares (DCV), por sua alta prevalência em pessoas acima de 60 anos (PELICIONI et al., 2016).

No rol das DCV a mais prevalente é o acidente vascular encefálico (AVE) (FEIGIN; NORRVING; MENSAH, 2017), que se trata de uma síndrome neurológica decorrente de um distúrbio na circulação encefálica, que persiste por mais de 24 horas. Ocorre devido à redução ou à completa interrupção do aporte sanguíneo cerebral e pode ser classificado em dois tipos: isquêmico ou hemorrágico (PELICIONE et al., 2016).

O AVE isquêmico é o mais frequente, corresponde, em média, a 80% de todos os casos e ocorre devido à interrupção do fluxo sanguíneo cerebral por um trombo, que reduz a circulação cerebral. O hemorrágico é causado pelo rompimento de um vaso, que resulta em extravasamento do sangue no parênquima. Apesar de ser, geralmente, mais grave, é menos frequente (MUSUKA et al., 2015).

Os fatores de risco para o desenvolvimento do AVE são classificados como não modificáveis, modificáveis e potenciais (BRASIL, 2013). O grupo de risco não modificável abrange: idosos, sexo masculino, baixo peso ao nascimento, negros, histórico familiar desse evento, história pregressa de AVE e condições genéticas como anemia falciforme (BRASIL, 2013).

Os fatores modificáveis abrangem a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o tabagismo, o diabetes mellitus, a dislipidemia, a fibrilação atrial e outras doenças cardiovasculares, enquanto os riscos potenciais envolvem o sedentarismo, o sobrepeso, o alcoolismo, o uso de contraceptivo oral, o aumento da homocisteína plasmática, a síndrome metabólica por aumento da gordura abdominal, a terapia de reposição hormonal pós-menopausa e o uso de cocaína e anfetaminas (BRASIL,

2013). Pesquisas recentes apontam também a depressão, a ansiedade e o estresse como preditores do AVE (SANTOS et al., 2015; SANTOS et al., 2016).

O AVE é considerado a principal causa de incapacidade funcional adquirida no mundo, em virtude das sequelas decorrentes desse agravo (PELICIONI et al., 2016). As limitações pós AVE compreendem: 1) déficit sensorio-motor devido à disfagia, à paralisção facial, à fraqueza muscular, os déficits de sensibilidade, às alterações visuais e o comprometimento de atividades motoras funcionais; 2) limitações nas de atividades de vida diária; 3) dificuldade de comunicação em decorrência da afasia, disartria e dispraxia oral e de fala; 4) déficit cognitivo e 5) distúrbios de humor (BRASIL, 2013). Dentre estas, há predomínio de sequelas sensorio-função (DUTRA et al., 2017).

Dentre os idosos sobreviventes de AVE, cerca de 90% apresentam alguma sequela decorrente desse evento (PEREIRA et al., 2013). Frequentemente a presença de sequelas interfere na vida dos sobreviventes, pois gera redução da funcionalidade e do grau de independência, ocasionando diversas mudanças como perda sociais, déficit no autocuidado, dependências, prejuízos relacionais e emocionais (SANTOS et al., 2017), trazendo assim impactos negativos no bem-estar dessa população (LIMA et al., 2018).

Diante da gravidade e dos comprometimentos advindos do AVE, o Ministério da Saúde, publicou em 2012 a Portaria MS/GM nº 665, que institui a Linha de Cuidados em AVE no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o cuidado integral e contínuo às vítimas de AVE, por meio de serviços organizados em rede, de forma hierarquizada e descentralizada. A assistência abrange desde o pré-hospitalar, mediante o atendimento do SAMU, até o retorno ao domicílio (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva, a assistência da enfermagem à pessoa idosa acometida por AVE perpassa por todos os níveis de atenção à saúde, devendo ser executada continuamente pelo enfermeiro da USF adscrita ao território do paciente, que irá acompanhar o sobrevivente e a sua família no contexto comunitário, auxiliando-o no processo de adaptação e na reabilitação. Para tal, se faz necessário conhecer o perfil do paciente e as suas necessidades a fim de traçar um plano de cuidados individualizado e eficaz (FARIA; ARAÚJO; CARVALHO-PINTO, 2017).

Dessa forma, torna-se imprescindível a realização de estudos da caracterização do perfil sociodemográfico da população idosa acometida por AVE, assim como dos fatores condicionantes de saúde, haja vista que estes são elementos importantes que influenciam no sucesso do tratamento e na reabilitação, além de contribuir para melhor entender a qualidade de vida dessas pessoas. Portanto, este trabalho teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas idosas sobreviventes de AVE.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa. O estudo transversal analisa a relação entre um fator e um efeito em determinado tempo, os parâmetros são analisados em um mesmo momento, simultaneamente (SAMPLIERE; COLLADO; LÚCIO, 2013). As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior aproximação com o problema, com o intuito de torná-lo mais explícito ou construir hipóteses (GIL, 2017).

O estudo descritivo visa a descrever as características de determinada população ou fenômeno e estabelecer relações entre variáveis, pode também determinar a natureza dessas relações (GIL, 2017). As pesquisas de abordagem quantitativa explicam e preveem fenômenos sob o enfoque numérico (GIL, 2017), ou seja, as opiniões e informações podem ser traduzidas em números para classificá-las e analisá-las, requer o uso da estatística (PEREIRA, 2016).

A pesquisa foi realizada com pessoas idosas sobreviventes de AVE, cadastradas em Unidades de Saúde da Família (USF), do município de João Pessoa-PB, Brasil, entre julho a novembro de 2018. A amostra foi calculada a partir do total de internações de idosos, nos últimos seis meses anteriores à coleta, na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) do referido município, o que correspondeu a 205 internações, conforme informações do Departamento de Informática (DATASUS, 2018).

O tamanho da amostra foi definido utilizando o cálculo para populações finitas com proporções conhecidas, tendo como base um intervalo de confiança de 95% ($\alpha=0,05$, prevalência estimada de 50% ($p=0,50$) e margem de erro de 5% (Erro=0,05), correspondendo a uma amostra mínima de 134 indivíduos.

Foram definidos como critério de inclusão: pessoas idosas atendidas em uma das Equipes de Saúde da Família (ESF) sorteadas, ter tido AVE com tempo igual ou superior a três meses e apresentar pelo menos um tipo de sequela proveniente do AVE. Definiu-se como critérios de exclusão: comorbidade neurológica, afasia, diminuição significativa da audição, que pudessem impedir a compreensão dos questionários, e déficits cognitivos avaliados pelo Mini Exame do Estado Mental (BERTOLUCCI, 1994).

A escolha das ESF para captação dos participantes ocorreu por meio de sorteio que selecionou 40 equipes. Para seleção dos idosos, foi solicitado aos enfermeiros das equipes selecionadas uma listagem de todas as pessoas idosas com sequelas de AVE cadastradas e com base nessa lista realizou-se um sorteio participantes por equipe. Posteriormente, ocorreu o contato prévio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) da área com os selecionados para convidá-los a participar da pesquisa e agendar o melhor horário para aplicação dos instrumentos.

Para obtenção das características sociodemográficas e de saúde dos participantes do estudo foi utilizado um instrumento semiestruturado com perguntas referentes ao sexo, faixa etária, situação conjugal, religião, escolaridade, renda individual, fonte de renda, características referentes ao AVE, presença de cuidador, tipo, parentesco e quantidade de cuidador.

A funcionalidade foi avaliada por meio do Índice de Barthel. Este instrumento avalia 10 itens referentes as atividades de vida diária. Cada resposta apresenta uma pontuação, com valor total de 0 a 100 pontos (MINOSSO et al., 2010). No presente estudo considerou-se a seguinte classificação: independente (100 pontos), dependência leve (91 a 99 pontos), dependência moderada (61 a 90 pontos), dependência severa (21 a 60 pontos) e dependência total (0 a 20 pontos) (GRANGER; ALBRECHT; HAMILTON, 1979).

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica estruturada no Programa Microsoft Excel versão 2011 com dupla digitação, visando garantir a confiabilidade em sua compilação. Posteriormente, foram importados para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 e analisados por meio de estatística descritiva.

A pesquisa foi desenvolvida conforme os aspectos éticos que envolvem seres humanos, preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Houve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, conforme parecer nº 2.994.882. Os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa, bem como dos possíveis riscos, benefícios e confidencialidade, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos Na distribuição do perfil sociodemográficos dos idosos, observou-se maior frequência do sexo masculino (54,5%), faixa etária de 60 a 69 anos (63,4%), casados (59,0%), com escolaridade de um a quatro anos de estudo (49,3%), renda individual de um a três salários mínimos (78,4%) e fonte de renda de aposentadoria (66,4%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de pessoas idosas sobreviventes de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=134)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	73	54,5
Feminino	61	45,5
Faixa etária		
60-69 anos	85	63,4
70 ao mais	49	36,6
Situação conjugal		
Casado	79	59,0
Viúvo	32	23,9
Solteiro	12	9,0
Divorciado	11	8,2
Escolaridade		
Analfabeto	15	11,2
1 - 4 anos de estudo	66	49,3
5 - 8 anos de estudo	31	23,1
9 - 12 anos de estudo	15	11,2
13 anos ou mais	7	5,2
		Continua...

Variáveis	n	%
Renda individual*		
< 1 salário mínimo	5	3,7
1 a 3 salários mínimos	105	78,4
4 a 5 salários mínimos	5	3,7
5 ou mais salários mínimos	7	5,2
Não tem renda	12	9,0
Fonte de renda		
Aposentadoria	89	66,4
Atividade remunerada	15	11,2
Pensão	13	9,7
Não tem renda	10	7,5
Doação	3	2,2
Benefício	2	1,5
Aluguel	2	1,5
Total	134	100,0

* Salário mínimo vigente em 2018= 954,00

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Na caracterização sociodemográfica, mais da metade dos participantes era do sexo masculino, o que corrobora com dados do DATASUS (2016), em que a maioria das vítimas de AVE no Brasil são homens (51,72%). No âmbito internacional essa realidade é semelhante, um estudo transversal realizado com sobreviventes de AVE atendidos por um serviço de fisioterapia na Nigéria, demonstrou que 59,0% eram do sexo masculino (ONABAJA et al., 2015) e em um Centro Hospitalar de Portugal, esse percentual foi de 69,1% (SILVA et al., 2016).

A literatura evidencia o sexo masculino como o mais vulnerável a agravos, em decorrência da baixa adesão a um estilo de vida saudável e da busca tardia por serviços de saúde, o que dificulta o monitoramento dos fatores de risco e o cuidado à saúde (LIMA et al., 2014; SILVA et al., 2016).

Outros estudos realizados na comunidade, com indivíduos idosos acometidos de AVE, identificaram que essa morbidade exibe maior percentual entre idosos jovens (entre 60 e 69 anos) (LIMA et al., 2014; SILVA et al., 2016). Já nas pesquisas realizadas no âmbito hospitalar, geralmente, a faixa etária de idosos é mais avançada, o que pode estar associado a outros agravos que potencializam as repercussões negativas do AVE (HANAUER et al., 2018).

(ONABAJO et al., 2015; CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016; SILVA et al., 2016). Dependendo do impacto negativo do AVE no cotidiano dos sobreviventes, a presença de um companheiro e familiares é essencial para o processo de reabilitação, haja vista que as sequelas dessa morbidade podem causar comprometimento neurológico e incapacidades, o que demanda suporte de terceiros para as atividades de vida diária (AVDs) (CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016; DUTRA et al., 2017). Na maioria dos estudos, esse apoio é fornecido pelo cônjuge (LIMA et al., 2014; CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016; DUTRA et al., 2017).

Em relação a escolaridade verificou-se predomínio de um a quatro anos de estudo. Este dado é frequente acerca do perfil das pessoas idosas acometidas por AVE (ONABAJO et al., 2015; CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016; SILVA et al., 2016; DUTRA et al., 2017). O baixo nível de instrução pode refletir em um reduzido rendimento econômico, escasso conhecimento sobre o processo saúde-doença e o tratamento, bem como menor prevenção da doença (SILVA et al., 2016).

Identificou-se um maior percentual de renda individual de um a três salários mínimos, adquirida em maior frequência por aposentadoria. Dentre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, destaca-se a renda (MARSHALL et al., 2015), que pode impactar na busca aos serviços de saúde, compra de medicamentos e realização de procedimentos (YUSUF; RANGARAJAN; TEO, 2014).

Sobre aos hábitos de vida, a maioria referiu não consumir bebida alcoólica (89,6%), não fumar (93,3%) e não praticar atividade física (85,8%). Em relação as condições de saúde, 41,0% avaliaram o seu estado de saúde como ruim. O fator de risco para AVE mais relatado foi a HAS (74,6%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das variáveis referente aos hábitos de vida e condições de saúde de pessoas idosas sobreviventes de AVE. João Pessoa - PB, Brasil, 2018.

(n=134)

Variáveis	n	%
Consumo de bebidas alcoólicas		
Não	120	89,6
Sim	14	10,4
Tabagismo		
Não	125	93,3
Sim	9	6,7

Variáveis	n	%
Atividade física		
Não	115	85,8
Sim	19	14,2
Estado de saúde autorreferido		
Muito ruim	22	16,4
Ruim	55	41,0
Nem ruim, nem boa	38	28,4
Boa	19	14,2
Muito boa	-	-
Fatores de risco para AVE*		
HAS	100	74,6
Sexo masculino	73	54,5
Diabetes mellitus	50	37,3
AVE prévio	21	15,7
Tabagismo	14	10,4
Dislipidemia	13	9,7
Cardiopatía	12	9,0
Histórico de infarto agudo do miocárdio (IAM)	4	3,0

* Variável com mais de uma opção de resposta.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Sobre os hábitos de vida, a maioria dos participantes referiu não consumir bebida alcoólica e cigarro, o que caracteriza uma medida preventiva para novos episódios de AVE, haja vista que o etilismo e o tabagismo estão entre os fatores de risco modificáveis para essa morbidade (MARKIDAN et al., 2018).

Em relação à realização de atividade física, a maioria dos entrevistados eram sedentários, o que pode resultar em prejuízos para o processo de reabilitação, considerando-se que a prática de atividade física se destaca entre os fatores que diminuem os malefícios das doenças crônicas, fazendo parte do tratamento de pessoas acometidas por essas morbidades, além de desempenhar importante papel em sua prevenção (CICHOCKI et al., 2017).

A maior parte dos entrevistados referiu uma percepção de saúde ruim ou nem ruim nem boa. A percepção da saúde é um indicador que deve ser levado em consideração pelos profissionais da saúde, uma vez que reflete como o indivíduo lida com o processo saúde-doença,

além de fornecer indícios sobre o autocuidado, evitando complicações e beneficiando a gestão do cuidado (ARRUDA et al., 2015).

No presente estudo, a HAS destacou-se entre os fatores de risco modificáveis. A literatura aponta que essa morbidade eleva o risco de AVE em três a quatro vezes e o controle adequado dos níveis pressóricos reduz essa chance significativamente (FREITAS et al., 2018). Valores da pressão arterial sistólica e diastólica maiores que 120 mmHg e 80 mmHg, respectivamente, estão relacionadas à um maior risco de AVE, principalmente nos indivíduos que são mais vulneráveis, como os idosos (FREITAS et al., 2018).

A Tabela 3 demonstra as características do AVE. A maioria referiu o último AVE há e fraqueza muscular (45,5%). Sobre à reabilitação, 48,5% fizeram ou fazem reabilitação, prevalecendo à fisioterapia (47,8%).

Tabela 3 - Distribuição dos dados referente às características do AVE de pessoas idosas. Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=134)

Variáveis	n	%
Último AVE		
3- 5 meses	37	27,6
≥ 6 meses - 1 ano	15	11,2
> 1 ano	82	61,2
Tipo do último AVE		
Isquêmico	90	67,2
Não sabe	30	22,4
Hemorrágico	14	10,4
Quantidade de AVE		
1	84	62,7
2-3	46	34,4
≥4	4	2,9
Tipo de sequela*		
Limitação motora	89	66,4
Fraqueza muscular	61	45,5
Déficit de sensibilidade	34	25,4
Distúrbio de humor	28	20,9
Disfagia	29	25,4
Alteração visual	22	16,4
Paralisia facial	11	8,2
Continua...		

Variáveis	n	%
Fez/faz reabilitação		
Não	69	51,5
Sim	65	48,5
Tipo de reabilitação*		
Fisioterapia	64	47,8
Fonoaudiologia	7	5,2
Psicoterapia	6	4,5
Terapia ocupacional	1	0,7

* Variável com mais de uma opção de resposta.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Dentre os participantes, o último AVE ocorreu há mais de um ano, caracterizando as sequelas como crônicas (COSTA et al., 2016). Em relação à quantidade de episódios de AVE, observou-se que a maioria dos entrevistados sofreu apenas um, predominando o tipo isquêmico, o que corrobora com outros estudos realizados a nível domiciliar no município de Rieirão Preto- SP (CANUTO, NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016) e Fortaleza-CE (ARAÚJO et al., 2015).

As vítimas de AVE podem apresentar sequelas em consequência do evento, essas complicações geralmente estão relacionadas ao déficit sensório-motor, às limitações de AVDs, à comunicação prejudicada, déficit cognitivo e aos distúrbios do humor (BRASIL, 2013). No presente estudo, predominou a limitação motora e a fraqueza muscular, assemelhando-se a outras pesquisas realizadas em Ribeirão Preto-SP (CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016) e Belo Horizonte-MG (CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016).

Os comprometimentos funcionais decorrentes do AVE requerem acompanhamento por serviços de reabilitação. Nesta pesquisa, uma grande quantidade de entrevistados referiram fazer ou ter feito tratamento para reabilitar as sequelas, com predomínio para a fisioterapia. As pessoas idosas com alterações sensório-motoras geralmente são encaminhadas para um fisioterapeuta, no intuito de reverter as limitações e/ou amenizar as incapacidades existentes, favorecendo o retorno dos pacientes à sua rotina anterior ao evento (FARIA; ARAÚJO; CARVALHO-PINTO, 2017).

Na avaliação funcional, identificou-se que 86,6% dos idosos apresentaram algum grau de dependência, com predomínio de dependência moderada (48,5%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Perfil da capacidade funcional de pessoas idosas sobreviventes de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=134)

Capacidade funcional	n	%
Dependência total	10	7,5
Dependência grave	28	20,9
Dependência moderada	65	48,5
Dependência leve	13	9,7
Independência	18	13,4

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

A frequente dependência para a realização das AVDs encontrada no estudo pode ser justificado pelo comprometimento físico causado por essa doença, que interfere na autonomia e independência. A capacidade funcional trata-se da habilidade do indivíduo para tomar decisões e atuar em suas tarefas da vida diária de forma independente. A redução da capacidade funcional acarreta implicações para a saúde dos idosos, familiares e sistema de saúde e deve ser considerada um problema de saúde pública a ser enfrentado com o avanço do envelhecimento populacional (MATOS et al., 2018).

A capacidade funcional em sobreviventes de AVE é extremamente importante para a execução dos papéis sociais e para a melhoria da qualidade de vida (LIMA et al., 2018). Nesse contexto, a produção científica destaca a importância de um modelo de cuidado ao paciente que vai desde a internação hospitalar até a atenção domiciliar, enfatiza também a valia do envolvimento da família e de outros que cuidam do paciente na busca de minimizar dependências e atingir a independência (LIMA et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, na caracterização sociodemográfica, identificou-se predomínio de participantes do sexo masculino, idosos jovens, casados, baixa escolaridade, renda de um a três salários mínimos, proveniente

de aposentadoria. Em relação aos hábitos de vida, a maioria referiu não consumir bebida alcoólica, não fumar e não praticar atividade física. Em relação as condições de saúde, avaliaram o seu estado de saúde como ruim. A HAS foi o fator de risco para AVE mais relatado.

Sobre a caracterização do AVE, a maioria referiu o último AVE foi há mais de um ano, com predomínio do tipo isquêmico. As sequelas mais frequentes foram a motora e a fraqueza muscular. Sobre a reabilitação, a minoria referiu não que fez ou faz terapêutica de reabilitação. Na avaliação da funcionalidade, identificou-se predomínio de dependência moderada.

Estes achados são úteis, pois trazem contribuições para a assistência de enfermagem no sentido de traçar o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas idosas acometidas por AVE, o que poderá subsidiar a prática de enfermagem na atenção primária, ampliando a assistência para o planejamento de intervenções específicas e individuais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dessa população.

A limitação do estudo está relacionada ao desenho transversal, impossibilitando a apresentação de relações de causa e efeito, sendo sugeridos estudos com outros desenhos, como o longitudinal, para que se possa explorar as repercussões das condições sociodemográficas e clínicas na sobrevida dos sobreviventes de AVE.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, G.O. et al. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 61-68, feb. 2015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100061&lng=en&nrm=iso. Access on: 10 de jan. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da**

peessoa com acidente vascular cerebral. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em: 20 nov. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em: 20 nov. 2018.

BERTOLUCCI, P.H.F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** São Paulo, v. 52, n. 1, p. 01-07, mar. 1994. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1994000100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2018.

CANUTO, M.A.O.; NOGUEIRA, L.T.; ARAÚJO, T.M.E. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. **Acta paul. enferm,** São Paulo, v. 29, n. 3, p. 245-252, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n3/1982-0194-ape-29-03-0245.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2019.

CARVALHO-PINTO, B.P.B.; FARIA, C.D.C.M. Health, function and disability in stroke patients in the community. **Braz. J. Phys. Ther.,** São Carlos, v. 20, n. 4, p. 355-366, aug. 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552016000400355&lng=en&nrm=iso. Access on: 04 jan. 2019.

CICHOCKI MARCELO, F.K.P. et al. Atividade física e modulação do risco cardiovascular. **Rev Bras Med Esporte.** São Paulo, v. 23, n. 1, p. 21-25, feb 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922017000100021&lng=en. Acesso em: 03 jan. 2019.

COSTA, V.S., et al. Effects of mirror therapy on the motor and functional recovery of post-stroke paretic upper limbs: a systematic review. **Fisioter. Pesqui.,** São Paulo, v. 23, n. 4, p. 431-438, dec. 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502016000400431&lng=en&nrm=iso. Access on: 05 jan. 2019.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).** 2018. Disponível em: <http://>

www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926. Acesso em: 10 dez. 2018.

DUTRA, M. O. et al. Sociodemographic factors and functional capacity of elderly affected by stroke. **Rev Bras Epidemiol**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 124-35, 2017. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n1/en_1980-5497-rbepid-20-01-00124.pdf. Access on: 20 dec. 2018.

FARIA, C.D.C.M.; ARAUJO, D.C.; CARVALHO-PINTO, B.P.B. Assistance provided by physical therapists from primary health care to patients after stroke. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 30, n. 3, p. 527-536, sept. 2017. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502017000300527&lng=en&nrm=iso. Access on: 05 dec. 2018.

FEIGIN, V. L.; NORRVING, B.; MENSAH, G. A. Global burden of stroke. **Circ Res.**, [S.l.], v. 120, n. 3, p. 439-48, 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28154096>. Access on: 02 jan. 2019.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

GRANGER, C.; ALBRECHT, G.; HAMILTON, B. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES Profile and the Barthel Index. **Arch Phys Med Rehabil.**, [S.l.], v. 60, n. 4, p. 145-154, apr. 1979. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/157729>. Access: 02 nov. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

HANAUER, L. et al. Comparação da severidade do déficit neurológico de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico agudo submetidos ou não à terapia trombolítica. **Fisioterapia e Pesquisa**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 217-223, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/VMxhg76Vv9LwSC97tZPMDqK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 set. 2021.

MATOS, F.S. et al. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.23382016>. Acesso em: 08 set. 2021.

MINOSSO, J.S.M. et al. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223, abr. 2010. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200011&lng=en&nrm=iso. Access on: 19 dez. 2018.

MUSUKA, T. D, et al. Diagnosis and management of acute ischemic stroke: speed is critical. **CMAJ: Canadian Medical Association Journal**, v. 187, n. 12,

p. 887-93, 2015. Available: <https://www.cmaj.ca/content/187/12/887>. Access on: 14 jan. 2019.

ONABAJO, G.O.V. et al. Social Support after Stroke: Influence of Source of Support on Stroke Survivors Health-Related Quality of Life. **International Neuropsychiatric Disease Journal**, v. 5, n. 1, p.1-9, 2016. Available from: http://www.journalrepository.org/media/journals/INDJ_29/2015/Sep/Onabajo512015INDJ20240.pdf. Access on: 03 jan. 2019.

PELICIONI, M.C.X. et al. Functional versus nonfunctional rehabilitation in chronic ischemic stroke: evidences from a randomized functional MRI study. **Neural plasticity**, [S.l.], v. 2016, p. 1-10, 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/6353218>. Access on: 14 jan. 2019.

PEREIRA, R.A. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 185-192, fev, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100023. Acesso em: 04 fev. 2019.

PEREIRA, J.M. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 4. ed. São paulo: Atlas, 2016.

LIMA, M.J.M.R. et al. Quality of life after stroke: impact of clinical and socio-demographic factors. **Clinics**, São Paulo. v.73, n. e418, 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6152181/>. Access on: 19 dec. 2018.

LIMA, M.L. et al. Qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico e de seus cuidadores de um município do Triângulo Mineiro. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 453, p. 464, abr- jun, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000200453&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 fev. 2019.

MARKIDAN, J. et al. Smoking and Risk of Ischemic Stroke in Young Men. **Stroke**, [S.l.], v. 49, n. 5, p. 1276-1278, apr 2018. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.117.018859>. Access on: 11 dec. 2018.

MARSHALL, I.J. et al. The effects of socioeconomic status on stroke risk and outcomes. **The Lancet Neurology**, [S.l.], v. 14, n. 12, p.1206-1218, dec. 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26581971>. Access on: 12 dec. 2020.

RIBEIRO, I.A. et al. Frailty syndrome in the elderly in elderly with chronic diseases in Primary Care. **Rev Esc Enferm USP**. v.53, n. e03449. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018002603449>. Access on: 12 dec. 2020.

STEVENS, B. et al. The Economic Burden of Heart Conditions in Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 111, n. 1, p. 29-36, 2018. Available from: <https://doi.org/10.5935/abc.20180104>. Access on: 12 dec. 2020.

SANTOS, E.B. et al. Estresse percebido nos idosos sobreviventes do AVC após a alta hospitalar para casa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 797-803, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0797.pdf. Acesso em: 18 fev. 2019.

SANTOS, E.B.; RODRIGUES, R.A.P.; PONTES-NETO, O.M. Prevalence and predictors of post stroke depression among elderly stroke survivors. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 74, n. 8, p. 621-625, ago. 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2016000800621&lng=en&nrm=iso. Access on: 03 fev. 2019.

SANTOS, E.B. et al. Hanges and predictors of psychological stress among elderly stroke survivors 6 months after hospital discharge. **Stress and Health**, [S.I.], v. 34, n. 3, p. 359-366, dec. 2017. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/smi.2791>. Access on: 04 dec. 2018.

SAMPIERE, R.H.; COLLADO, C.F.; LÚCIO, M.P.B. **Metodologia de Pesquisa**. 5.ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SILVA, I.F.G. et al. Viver e Cuidar Após o Acidente Vascular Cerebral. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 8, p.103-111, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 jan. 2019.

YUSUF, M.B.S. et al. Cardiovascular risk and events in 17 low middle, and -income countries. **N Engl J Med.**, [S.I.], v. 371, n. 9, p. 818-827, aug. 2014. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1311890>. Access on: 11 jan. 2019.