

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ACOMETIDOS POR AVC COM SEQUELAS FONOAUDIOLÓGICAS E DISFUNÇÃO MOTORA ATENDIDOS NO CEES - UNESP MARÍLIA/SP.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CEREBROVASCULAR ACCIDENT PATIENTS WITH PHONOAUDIOLOGICAL SEQUELS AND MOTOR DYSFUNCTION ATTENDED IN THE CEES - UNESP MARÍLIA/SP.

Milton **MARCHIOLI**¹.

Rev. Méd. Paraná/1483

Marchioli M. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por AVC com sequelas fonoaudiológicas e disfunção motora atendidos no CEES - Unesp Marília/SP. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2018;76(2):9-15.

RESUMO - O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte e de sequelas no mundo e no Brasil, e com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, a incidência, a prevalência, e sequelas deverão aumentar nos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivo: O objetivo do estudo foi avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes com diagnóstico de AVC atendidos no Centro de Estudos da Educação e da Saúde (CEES) – Unesp Marília, e avaliar a presença de sequelas fonoaudiológicas e disfunção motora. Métodos: Estudo clínico transversal, quantitativo, descritivo e retrospectivo com coleta de dados em 21 prontuários, nos quais se analisaram as seguintes variáveis: gênero, faixa etária, escolaridade, tempo de ocorrência da doença, tempo de acompanhamento no CEES, tipo de AVC, fatores de risco neurovasculares, sequelas fonoaudiológicas e disfunção motora. Resultados: Os resultados evidenciaram que 14 (66%) pacientes eram masculinos, a faixa etária predominante foi de 60 a 80 anos com 12 pacientes (57,14%). Quanto ao tipo de AVC, 17 (80,96%) pacientes apresentaram isquêmicos. Como fatores de risco, a hipertensão arterial sistêmica (HA) e a hipercolesterolemia foram as mais encontradas em 17 (80,96%) e 9 (42,85%) dos pacientes, respectivamente. A afasia foi encontrada como sequela fonoaudiológica em 9 pacientes (42,85%), sendo a mais preponderante. A disfunção motora do tipo hemiparesia/hemiplegia ocorreu em 19 pacientes (90,47%). Conclusão: Pacientes acometidos por AVC em estágio crônico apresentam alta prevalência de afasia, disfagia, disartria e disfunção motora.

DESCRITORES - Acidente Vascular Cerebral, Fatores de risco neurovasculares, Disfagia, Afasia, Disartria, Disfunção motora.

INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil apresenta perfil epidemiológico marcado pela expressiva quantidade de mortes por Acidente Vascular Cerebral, visto que a população brasileira está envelhecendo, e a incidência do AVC se mantém elevada¹.

Aproximadamente 17,7 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares (DCV) em 2015, representando 31% de todas as mortes em nível mundial, e estima-se que 6,7 milhões ocorreram devido ao AVC². Nos próximos 40 anos (2010-2050), a incidência de AVC deverá duplicar acometendo principalmente indivíduos com mais de 75 anos³.

Em 2010 a prevalência de AVC no mundo alcançou 33 milhões de indivíduos, e a incidência de 16,9 milhões³. A prevalência na população brasileira é de 1,5%, representando aproximadamente 2,2 milhões de pessoas⁴.

O AVC está no segundo lugar como causa de óbitos no Brasil, porquanto determina relevante impacto econômico e social⁵, contudo as mortes causadas pelo AVC tiveram maior redução em comparação às doenças isquêmicas do coração (DIC)⁶⁻⁸.

O Consenso de Especialistas da American Heart Association (AHA)/American Stroke Association (ASA) define o Acidente Vascular Cerebral como episódio agudo de disfunção neurológica que tem

Trabalho realizado no Centro de Estudos da Educação e da Saúde, Marília, SP, Brasil.

1 - Médico neurologista, professor doutor do Departamento de Fonoaudiologia-Unesp Marília.

como causa presumida uma isquemia ou hemorragia, persistindo por período igual ou superior a 24 horas ou até à morte⁹⁻¹⁰.

O AVC pode se apresentar na forma isquêmico (AVCI), o qual é causado por oclusão súbita de artérias que irrigam o cérebro devido a um trombo formado diretamente no local da oclusão (AVCI trombótico) ou em outra parte da circulação, que segue pela corrente sanguínea até obstruir artérias no cérebro (AVCI embólico), ou hemorrágico (AVCH) que é o sangramento de uma das artérias do cérebro no tecido cerebral ou hemorragia arterial no espaço entre as duas meninges, a pia-máter e aracnoide¹¹.

Os mais importantes fatores de risco que aumentam a probabilidade da ocorrência do Acidente Vascular Cerebral (AVC) são sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, hipertensão arterial (HA), diabetes mellitus (DM), hipercolesterolemia, fibrilação atrial (FA) e hiperhomocisteinemia^{2,3,9,11-14}.

A sintomatologia do AVC pode se apresentar desde fraqueza ou dormência da face, braço e ou perna, confusão mental, alteração cognitiva, dificuldade para falar ou compreender, perda da visão em um ou ambos os olhos, dificuldade para caminhar; distúrbios auditivos; perda de equilíbrio e ou coordenação, dor de cabeça intensa, perda de consciência, e dificuldade para engolir^{9,11}.

As técnicas modernas de obtenção de imagem cerebrovascular, as quais aumentaram a precisão do diagnóstico do AVC, são tomografia computadorizada de crânio (TC), ressonância magnética de crânio (RM), tomografia computadorizada de crânio pela emissão pósitrons (PET), ultrassonografia transcraniana doppler, angiogramia cerebral, e angiorressonância cerebral¹⁵.

Disfunção motora do tipo hemiplegia/hemiparesia ou monoplegia/monoparesia¹⁶⁻²⁰ determina perda da qualidade de vida e funcionalidade nos indivíduos acometidos por AVC²¹⁻²³.

Sequelas fonoaudiológicas ocorrem na fase aguda e crônica do AVC como afasia^{24,25}, disfagia²⁶⁻²⁸ e disartria²⁹.

O objetivo do presente estudo é traçar o perfil epidemiológico de pacientes com diagnóstico de AVC, isquêmico e ou hemorrágico, avaliando as sequelas fonoaudiológicas e disfunção motora atendidos nas Clínicas de Fonoaudiologia e Fisioterapia do Centro de Estudos da Educação e da Saúde (CEES) – Unidade Auxiliar- Unesp Marília.

MÉTODOS

Amostra

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Unesp Marília nº 957.954 por estar de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012³⁰ seguindo todos os preceitos éticos exigidos, e foi conduzido no Centro de Estudos da

Educação e da Saúde (CEES), localizado na Unidade Auxiliar do Campus de Marília da Universidade Estadual Paulista (Unesp), onde há atendimento de pacientes nas Clínicas de Fisioterapia e Fonoaudiologia por alunos, docentes e pós-graduandos dos cursos de Fonoaudiologia e Fisioterapia.

Estudo clínico transversal, observacional, descritivo, retrospectivo, realizado por meio de coleta de dados de prontuários do Centro de Estudos da Educação e da Saúde (CEES), Unidade Auxiliar – Unesp Marília, no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2016, avaliando a prevalência de sequelas fonoaudiológicas e presença de disfunção motora de pacientes com diagnóstico de AVC encaminhados da rede de atenção básica de saúde e hospitais de Marília e região, os quais são atendidos no CEES, nas Clínicas de Fonoaudiologia e Fisioterapia no triênio 2014-2016.

Compondo uma amostra probabilística e casual simples, participaram da pesquisa 21 indivíduos, acima de 18 anos, ambos os sexos, que se encontrava em tratamento fisioterapêutico e ou fonoaudiológico, no período proposto para a coleta de dados, com diagnóstico clínico de Acidente Vascular Cerebral, confirmado por exame de imagem.

Pacientes que apresentaram outras patologias de origem neurológica em adição ou diferente do AVC foram excluídos deste estudo, como portador do vírus da imunodeficiência humana, tumor cerebral, hérnia discal lombar e ou cervical, trauma raquimedular, traumatismo cranioencefálico, distrofia muscular, doença de Parkinson, miopatia, e doenças do neurônio motor superior e ou inferior.

Procedimento

A coleta dos dados dos prontuários foi realizada durante os meses de julho a novembro de 2017.

Os fatores de risco presentes nos pacientes como HA, tabagismo, DM, hipercolesterolemia, alcoolismo, FA, sedentarismo e hiperhomocisteinemia foram identificados nas Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Marília, e hospitais de Marília e região, e as informações prestadas pelo paciente e ou familiares da sua história pessoal foram registradas nos prontuários do CEES, e o diagnóstico de AVCI e ou AVCH foram confirmados por neurologista na Clínica de Neurologia, por meio de solicitação de tomografias de crânio e ou ressonâncias magnéticas de crânio, ou ainda reavaliando os exames de imagem realizados na rede de atenção básica de saúde e ou hospitais, e apresentados em sua avaliação clínica neurológica.

As variáveis estudadas nas Clínicas de Fisioterapia e Fonoaudiologia foram: idade, gênero, escolaridade, tempo de lesão do AVC até a data final de 31 de dezembro de 2016, tempo que frequenta o CEES, afasia, disfagia, disartria, disfunção motora (monoparesia/monoplegia, hemiparesia/hemiplegia), análise do laudo do exame de Tomografia de Crânio (TC) e ou Ressonância

Magnética (RM) de Crânio para classificação do tipo de AVC, isquêmico ou hemorrágico.

Os diagnósticos fonoaudiológicos de afasia, disartria e disfagia foram realizados por meio de avaliação clínica nos pacientes atendidos na Clínica de Fonoaudiologia, na qual se pesquisou a presença ou ausência de disfagia, presença ou ausência de afasia de expressão e ou de compreensão, e presença ou ausência de disartria. A presença ou ausência de disfunção motora foi realizada na Clínica de Fisioterapia pela anamnese e exame físico dos pacientes com AVC.

Análise Estatística

Realizada análise descritiva a partir dos dados coletados, comparando os percentuais encontrados e identificando as variáveis que apresentaram maior relevância nos achados. A análise estatística dos dados foi descritiva simples, as variáveis qualitativas foram apresentadas em frequências relativas (percentuais) e frequências absolutas (n), e as variáveis quantitativas em média e desvio padrão.

RESULTADOS

A amostra investigada foi caracterizada de acordo com os aspectos sociodemográficos (gênero, idade e nível de escolaridade) e os aspectos clínicos (etiologia do AVC, tempo de AVC, tempo de tratamento fonoaudiológico e fisioterapêutico no CEES. Os resultados encontrados apontaram para uma amostra de 21 pacientes predominantemente masculina (66%). A média de idade dos pacientes foi de 61,14 anos (desvio padrão $\pm 10,47$). Aproximadamente 58% da amostra encontravam-se na faixa etária entre sessenta e oitenta anos. O nível de escolaridade predominante foi o ensino fundamental incompleto em 57,15% da amostra (n=12) (Tabela 1).

TABELA 1 - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES COM AVC ATENDIDOS NO CEES. MARÍLIA, SP, 2014-2016.

Variáveis	Pacientes n=21	%
Gênero		
Masculino	14	66,0
Feminino	7	34,0
Idade (anos) (m \pm dp)		
20-80	61,14 \pm 10,47	100
20-39	1	4,76
40-59	8	38,10
60-80	12	57,14
Escolaridade		
Fundamental completo	1	4,76%
Fundamental incompleto e sem instrução	12	57,15
Médio completo	5	23,81%
Médio incompleto	1	4,76%
Superior completo	1	4,76%
Superior incompleto	1	4,76%

CESS- CENTRO DE ESTUDOS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE
M \pm DP = MÉDIA \pm DESVIO PADRÃO

Com relação às características clínicas, a etiologia do AVC mais prevalente foi o AVC isquêmico em 80,96% (n=17) confirmada por tomografia computadorizada de crânio e ou ressonância magnética de crânio realizada nos pacientes. O tempo médio decorrido do ictus foi de 5,85 anos (desvio padrão $\pm 4,37$), e o tempo médio em que foi acompanhado no CEES de 4 anos (desvio padrão $\pm 2,66$). Quanto aos fatores de risco a HA foi o fator de risco preponderante, estando presente em 80,96% (n=17) dos pacientes. A hipercolesterolemia foi observada em 42,85% (n=9) dos pacientes, enquanto o tabagismo e sedentarismo estiveram presentes de maneira igual em 38,09% (n=8). O DM esteve presente em 19,04% (n=4), e o alcoolismo em 28,57% (n=6). Outros fatores de risco apareceram em percentual menor como a FA que ocorreu em 9,52% (n=2) dos pacientes, e a hiperhomocisteinemia em apenas 4,76% da amostra (n=1) (Tabela 2).

TABELA 2. CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES COM AVC ATENDIDOS NO CEES QUANTO AOS ASPECTOS CLÍNICOS E FATORES DE RISCO. MARÍLIA, SP, 2014-2016.

Variáveis	Pacientes n=21	%
AVC		
Isquêmico	17	80,96
Hemorrágico	4	19,04
Tempo de AVC (anos) (m \pm dp)	5,85 \pm 4,37	100
Tempo de acompanhamento no CEES (anos) (m \pm dp)	4 \pm 2,66	100
Hipertensão	17	80,96%
Diabetes Mellitus	4	19,04%
Hipercolesterolemia	9	42,85%
Sedentarismo	8	38,09%
Alcoolismo	6	28,57%
Fibrilação Atrial	2	9,52%
Tabagismo	8	38,09%
Hiperhomocisteinemia	1	4,76%
Tomografia de Crânio	21	100,0%
Ressonância de Crânio	14	66,66%

CESS- CENTRO DE ESTUDOS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE
M \pm DP = MÉDIA \pm DESVIO PADRÃO

Ao se analisar as sequelas fonoaudiológicas presentes na amostra investigada na Clínica de Fonoaudiologia, a afasia ocorreu em 52,85% dos pacientes (n=9), sendo a afasia motora encontrada em 33,33% (n=7), entretanto as afasias sensitiva e mista (motora e sensitiva) acometeram 4,76% dos pacientes (n=1). A disfagia foi evidenciada em 19,04% da amostra (n=4). A disartria esteve presente em 28,57% (n=6). A disfunção motora evidenciada na Clínica de Fisioterapia se apresentou em 90,47% (n=19) da amostra na forma de hemiplegia/hemiparesia, enquanto monoplegia/monoparesia encontrada em 9,53% (n=2) (Tabela 3).

TABELA 3 - SEQUELAS FONOAUDIOLÓGICAS E DISFUNÇÃO MOTORA EVIDENCIADAS NOS PACIENTES COM AVC ATENDIDOS NO CEES NAS CLÍNICA DE FONOAUDIOLOGIA E FISIOTERAPIA. MARÍLIA, SP, 2014-2016.

Variáveis	Pacientes n=21	%
Afasia		
Motora	7	33,33%
Sensitiva	1	4,76%
Mista	1	4,76%
Sem afasia	12	57,15%
Disfagia	4	19,04%
Disartria	6	28,57%
Hemiplegia/hemiparesia	19	90,47%
Monoplegia/monoparesia	2	9,53%

CESS- CENTRO DE ESTUDOS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE

DISCUSSÃO

O estudo demonstrou que a população atendida nas Clínicas de Fonoaudiologia e Fisioterapia do CEES da UNESP - Câmpus de Marília é em sua maioria composta de pacientes em fase crônica do AVC, acima de 60 anos, e do sexo masculino ratificando os achados de literatura nacional e internacional^{13,14,18,22,31-33}, com tempo médio do episódio do AVC e posterior atendimento no CEES de aproximadamente seis anos.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que apenas 11,3% da população brasileira acima de 25 anos concluíram curso superior de graduação³⁴. Na atual sociedade da informação e do conhecimento a dificuldade em aprender a ler e escrever acaba excluindo o cidadão brasileiro de informações que são necessárias para garantir os direitos fundamentais insculpidos na Constituição Federal do Brasil, e o estudo apontou apenas 4,76% dos pacientes com instrução superior, dados semelhantes em estudo nacional³⁵.

A HA é responsável por 51% das mortes do AVC com prevalência no Brasil de 39,4% em homens e 26,6% em mulheres em estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS)³⁶. No Brasil a HA atinge 32,5% dos indivíduos adultos, mais de 60% em idosos, responsabilizando-se direta ou indiretamente por 50% das mortes por DCV, e sua prevalência varia de 21,4% a 46,6% de acordo com a população estudada⁵. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2013, utilizando informações autorreferidas, estimam prevalência de HA de 21,4% para todo o país⁴. Em estudo de prevalência de fatores de risco para AVC na população brasileira, a HA apresentou-se com 29,8%¹², contudo no estudo foi de 80,96% (n=17), semelhante aos dados da literatura internacional³, nacional^{14,37}, e possivelmente explicado pela idade dos pacientes, visto que 57,14% (n=12) dos pacientes apresentaram idade acima de 60 anos, e nessas a prevalência da HA se encontra sobejamente mais elevada.

O DM é fator de risco neurovascular independente

para AVC, porém há potencialização pela combinação de DM, HA e dislipidemia³⁸, e aumenta a incidência de AVC antes dos 65 anos de idade³. Em estudo da prevalência de fatores de risco para AVC na população brasileira, o DM esteve presente em 9,1%¹², dados acima dos 6,2% encontrados na PNS de 2013⁴. Em estudo da OMS houve prevalência de 10,4% em homens e 10% em mulheres³⁶. No estudo os pacientes com DM e AVC apresentaram prevalência de 19,04% (n=4), valores percentuais semelhantes encontrados em estudo nacional que observaram 19,9%¹⁴.

Os fumantes apresentam de duas a quatro vezes mais probabilidade do risco do AVC em relação a não fumantes com prevalência em estudo internacional de 19,8%³, em estudo nacional é de 14,5 %³⁹, e de 15,0% na PNS de 2013⁴. Quando associado ao AVC a prevalência do tabagismo se eleva, e nesse estudo atingiu 38,09% (n=8) dos pacientes com AVC, abaixo da encontrada em estudo nacional¹⁴ que observaram 46,9%.

A hipercolesterolemia é encontrada em 12,5% na PNS de 2013⁴, e 15,6% em estudo nacional¹⁴. Os pacientes com AVC atendidos no CEES apresentaram prevalência de 42,85% (n=9), valores elevados e possivelmente explicados porque foram encaminhados da rede de atenção básica e ou hospitais com diagnóstico de AVC, portanto maior probabilidade de se encontrar a hipercolesterolemia associada ao AVC em vez de se avaliar a sua ocorrência isoladamente, ou seja, em pacientes sem AVC.

Na PNS de 2013⁴ constatou-se que indivíduos insuficientemente ativos (adultos que não atingiram pelo menos 150 minutos semanais de atividade física considerando o lazer, o trabalho, atividades domésticas e o deslocamento) representaram 46,0% dos adultos, enquanto a prática regular de atividades físicas ocorreu em apenas 22,5% dos entrevistados^{4,39,40}, e a ausência de atividades físicas aumenta o risco neurovascular do AVC em 20%³. Nesse estudo houve 38,09% (n=8) de pacientes da amostra que não praticavam atividade física, percentual abaixo dos encontrados na literatura nacional^{4,39-40}, porém acima de estudo internacional que evidenciou 25%³.

O alcoolismo é um importante fator de risco neurovascular associado ao AVC e sua prevalência oscila na população brasileira em 13,7 %³⁹, e entre 24% a 26,5 % na PNS de 2013^{4,40}. No estudo 28,57% (n=6) dos pacientes apresentavam alcoolismo, dados semelhantes aos encontrados na PNS de 2013^{4,40}, porém abaixo da prevalência de 35,1% em estudo que associa AVC e alcoolismo¹⁴.

Em torno de 20 a 30% dos AVC(s) a causa é cardioembólica, sendo a FA a principal causa cardiogênica⁴¹⁻⁴². A FA é importante fator de risco neurocardiovascular associado ao AVC, a incidência aumenta com a idade³, e sua presença aumenta em cinco a oito vezes o risco da ocorrência do AVC⁴³. No estudo 9,52% (n=2) dos pacientes da amostra apresentavam o diagnóstico de FA, em percentual semelhante ao estudo nacional¹⁴ que encontram 8,4%.

Elevados níveis da homocisteína, ou hiperhomocisteinemia, se associam com risco aumentado de AVC, embora não se saiba exatamente como valores elevados de homocisteína causem aterosclerose, e ou AVC^{13,41}. No estudo apenas 4,76% (n=1) dos pacientes apresentaram elevação dos níveis de homocisteína, e como o paciente não apresentava outros fatores de risco neurovasculares, concluiu-se que a causa do AVC seja a hiperhomocisteinemia, conforme evidências apontadas em estudo nacional⁴⁴.

O AVC diagnosticado clinicamente se apresentou como isquêmico em 80,96% dos pacientes (n=17), e hemorrágico em 19,04% (n=4), e todos confirmados com exame de imagem, como tomografia e ou ressonância de crânio, achados semelhantes aos encontrados na literatura nacional e internacional^{3,9,15,41}.

A disfunção motora se apresenta como hemiparesia permanente em 60% dos pacientes um ano após o AVC, e determina dificuldades para a execução dos movimentos funcionais, prejudicando a qualidade de vida individual, principalmente na perda das tarefas realizadas no dia a dia, ou seja, perda da independência relativa à realização das AVD(s)^{21-23,45-47}. Aproximadamente 40% dos pacientes com AVC portarão disfunções motoras permanentes, dificultando as AVD(s), e inexoravelmente haverá necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar e multiprofissional⁴⁸. Os pacientes do estudo apresentaram 90,47% (n=19) de hemiparesia, com aproximadamente seis anos do diagnóstico do AVC, dados semelhantes ao estudo nacional realizado na cidade de Recife, PE¹⁶, que encontrou em 75% dos homens e 90,9% das mulheres, e outrossim, em consonância a outro estudo nacional na cidade de Jequié, BA¹⁸, que evidenciou disfunção motora em 95% no membro superior e 100% no membro inferior. O estudo realizado na cidade de São Paulo¹⁹ constatou a presença de hemiparesia em 54% no hemisfério direito e 42% no hemisfério esquerdo, e no estudo internacional em que foram avaliados pacientes até três meses pós AVC houve disfunção motora em 77,4% no membro superior e 72,4% no membro inferior²⁰. A variabilidade dos achados de disfunção motora entre os percentuais é explicada em pacientes pesquisados em fase aguda ou crônica do AVC, e pode acometer membros superiores e ou inferiores, seja na forma de plegia ou paresia³².

Em avaliação clínica fonoaudiológica a incidência de disfagia pode variar desde 75,68%²⁷, 76,5%²⁶, 48%²⁸, 44%⁴⁹, 42,3%²⁴ até 41 %²⁵. No estudo houve 19,04% (n=4) de pacientes com disfagia, e o percentual pode ser explicado por serem pacientes crônicos, e possivelmente houve recuperação da deglutição funcional ao longo da evolução do AVC como restou demonstrado em estudo nacional na cidade de São Paulo em pacientes com diagnóstico de AVC em fase crônica³⁵, que evidenciou 19,6%.

A afasia ocorreu em 42,85% (n= 9) dos pacientes atendidos no CEES, porém na literatura existe varia-

bilidade dos achados como o estudo nacional que a evidenciaram em 50,0% dos homens e em 68,1% das mulheres em avaliação clínica até 18 meses do AVC¹⁶, estudo em Porto Alegre, RS²⁴, a confirmaram em 30,8% em pacientes internados na enfermaria, e em estudo internacional observada em 31,7% na unidade de reabilitação na fase aguda do AVC²⁵, e em apenas 12,6% de pacientes crônicos¹⁹, sendo essa variabilidade explicada ao se avaliar pacientes em fase aguda ou crônica do AVC, e no estudo os pacientes se apresentaram com mais de cinco anos de lesão neurológica.

A disartria avaliada clinicamente é frequentemente encontrada em pacientes pós-AVC, e no estudo encontrou-se 28,57% (n=6) da amostra, contudo comparativamente a estudos internacionais houve menor percentual^{20,25,50} que observaram 41,5% 54,9% e 42%, respectivamente, na fase aguda do AVC, entretanto percentual maior do que o estudo nacional¹⁹ que encontraram 13% em pacientes crônicos.

CONCLUSÃO

Em conclusão, o estudo mostra a necessidade da compreensão das sequelas fonoaudiológicas e disfunção motora que ocorrem em pacientes que apresentaram AVC cronicamente na prática clínica dos profissionais de saúde que atuam na fonoaudiologia, fisioterapia e medicina. A disfagia, afasia e disartria se apresentam como sequelas permanentes, como também a disfunção motora, na forma de hemiparesia predominantemente, as quais promovem perda da qualidade de vida e comprometimento das atividades de vida diária (AVDs), dificultando a reinserção social dos acometidos pela patologia ao mercado de trabalho e suas possibilidades de administrar de maneira independente a sua vida pessoal e familiar.

Outrossim, observou-se no estudo que fatores de risco neurovasculares como HA, DM, sedentarismo, e hipercolesterolemia apresentaram-se elevados de acordo com a literatura nacional e internacional, e que apesar das campanhas educativas do Ministério da Saúde não houve redução dos mesmos, com exceção do tabagismo que declinou nas últimas duas décadas na população brasileira.

Políticas públicas de prevenção primária almejando redução dos fatores de risco neurovasculares, aumento no acesso aos serviços de saúde pública, tanto no sentido de reabilitação quanto de promoção à saúde, e por fim oferecimento de tratamento e reabilitação com equipes interdisciplinares, transdisciplinares e multiprofissionais, são extremamente importantes nos pacientes acometidos pelo AVC, em que a incidência e a prevalência continuam extremamente elevadas no Brasil.

Marchioli M. Epidemiological profile of cerebrovascular accident patients with phonoaudiological sequels and motor dysfunction attended in the CEES - Unesp Marília/SP. *Rev. Méd. Paraná, Curitiba*, 2018;76(2):9-15.

ABSTRACT - Introduction: Cerebrovascular accident (CVA) is one of the main causes of death and sequels in the world; in Brazil, with the increase in life expectancy of the population, the incidence, the prevalence and sequels are expected to increase to users of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS). Objective: The purpose of the study was to evaluate the epidemiological profile of patients with a cerebrovascular accident (CVA) diagnosis seen by doctors from the Centro de Estudos da Educação e da Saúde (CEES) – Unesp - Marília, as well as to evaluate the occurrence of phonoaudiological sequels and motor dysfunction. Methods. Cross-sectional, quantitative, descriptive and retrospective clinical study with data collected from 21 patient records, from which the following variables have been analyzed: gender, age range, school level, disease occurrence length, CEES medical follow-up length, CVA type, neurovascular risk factor, phonoaudiological sequels and motor dysfunction. Results. Results have highlighted that 14 (66%) patients were male, the prevailing age range has been between 60 up to 80 years old (12 patients, 57,14%). Regarding the CVA type, 17 (80,96%) had ischemic CVA. Arterial hypertension (AH) and Hypercholesterolemia have been the most predominant, in 17 (80,96%) and 9 (42,85%) patients, respectively. Aphasia has been a phonoaudiological sequel in 9 patients (42,85%), being the most preponderant sequel. Hemiparesis/Hemiplegia motor dysfunction has occurred in 19 patients (90,47%). Conclusion: CVA requires planning and orientation from health professionals, aimed to restrict the effect of phonoaudiological sequels and motor dysfunction.

KEYWORDS - Cerebrovascular accident, Neurovascular risk factor, Dysphagia, Aphasia, Dysarthria, Motor dysfunction.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008, 349 p.
2. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs).[online] 2017 Mai [cited 2017 Out 24]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.
3. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart disease and stroke statistics -2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2016 Jan 26;133(4):e38-360.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014, 180p.
5. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016;107(3Supl.3):1-83.
6. Mansur AP, Favarato D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. *Arq Bras Cardiol* 2012;99(2):755-761.
7. Mansur AP, Favarato D. Tendências da taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980-2012. *Arq Bras Cardiol* 2016;107(1):20-25
8. Garritano CR, Luz PM, Pires MLE, Barbosa MTS, Batista KM. Análise da tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil no Século XXI. *Arq Bras Cardiol* 2012;98(6):519-27.
9. 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; 2013.
10. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2013;44(7):2064-89.
11. Organização Mundial da Saúde. O Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais/doenças não transmissíveis e saúde mental. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2006.
12. Copstein I, Fernandes JG, Bastos GAN. Prevalência e fatores de risco para AVC numa população do sul do Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2013;71(5):294-300.
13. Gomes, JRP. Acidente vascular cerebral e homocisteinemia [dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 2011, 34 f.
14. Pires SL, Gagliardi RJ, Gorzoni ML. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2004;62(3-B):844-851
15. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2013;44:870-947. DOI:10.1161/STR.0b013e318284056a
16. Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa, FJD, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo sistema único de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant* 2004;4(1):95-102.
17. Ottoboni C, Fontes SV, Fukujima MM. Estudo comparativo entre marcha normal e a de pacientes hemiparéticos por AVE: aspectos biomecânicos. *Rev Neuroc* 2002;10(1):10-6.
18. Teles MS, Gusmão C. avaliação funcional de pacientes com acidente vascular cerebral utilizando o protocolo de Fugl-Meyer. *Rev Neurocienc* 2012;20(1):42-9.
19. Rodrigues JE, Sá MS, Alouche SR. Perfil dos pacientes acometidos por AVE tratados na clínica escola de fisioterapia da UMESp. *Rev Neurocienc* 2004 Jul/Set; 12(3):117-22.
20. Lawrence ES, Coshall C, Dundas R, Stewart J, Rudd AG, Howard R, et al. Estimates of the prevalence of acute stroke impairments and disability in a multi-ethnic population. *Stroke* 2001;32(6):1279-84.
21. Makiyama TY, Battistella LR, Litvoc J, Martins LC. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. *Acta Fisiatr* 2004;11(3):106-109.
22. Polese JC, Tonial A, Jung FK, Mazuco R, Oliveira SG, Schuster RC. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico. *Rev Neuroc* 2008;16(3):175-178.
23. Cesário CMM, Penasso P, Oliveira APR. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Encefálico. *Rev Neurocienc* 2006;14(1):6-9.
24. Jacques A, Cardoso MCAF. Acidente vascular cerebral e sequelas fonoaudiológicas: atuação em área hospitalar. *Rev Neurocienc* 2011;19(2):229-36.
25. Falsetti P, Acciai C, Palilla R, Bosi M, Carpinteri F, Zingarelli A, et al. Oropharyngeal dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2009;18(5):329-35.
26. Schelp AO, Cola PC, Gatto AR, Silva RG, Carvalho LR. Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. *Arquivos de Neuro-Psiquiatr* 2004;62(2B):503-6.

27. Xerez, DR, Carvalho YSV, Costa MMB. Estudo clínico e videofluoroscópico da disfagia na fase subaguda do acidente vascular encefálico. *Radiol Bras* 2004;37(1):9-14.
28. Barros AFF, Fabio SRC, Furkim AM. Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença. *Arq. Neuro-Psiquiatr* 2006;64(4):1009-14.
29. Ribeiro AF, Ortiz KZ. Perfil populacional de pacientes com disartria atendidos em hospital terciário. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* 2009;14(3):446-53
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [citado 20 dez. 2017]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
31. Appelros P, Stegmayr B, Terént A. Sex differences in stroke epidemiology: a systematic review. *Stroke* 2009;40(4):1082-90.
32. Mazzola D, Polese JC, Schuster RC, Oliveira S G. Perfil dos pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico assistidos na Clínica de Fisioterapia Neurológica da Universidade de Passo Fundo. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2007;20(1):22-27. doi.org/10.5020/18061230.2007.p22.
33. Minelli C, Fen LF, Minelli DPC. Stroke incidence, prognosis, 30-Day, and 1-year case fatality rates in Matão, Brazil. *Stroke* 2007;38(11):2906-11.
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2010: resultados da amostra: educação e deslocamento. Brasília, DF: IBGE; 2011 [citado 20 dez 2017]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm> .
35. Remesso GC, Fukujima MM, Chiappetta AL, Oda AL, Aguiar AS, Oliveira AS, et al. Swallowing disorders after ischemic stroke. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2011;69(5):785-9.
36. World Health Organization. World health statistics. Geneva: World Health Organization; 2012.
37. Gagliardi RJ. Hipertensão arterial e AVC. *ComCiência* [online] 2009;(109) [citado 18 dez 2017]. Disponível em: http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500018&lng=pt&nrm=iso
38. Chen R, Oviagele B, Feng W. Diabetes and Stroke: Epidemiology, Pathophysiology, Pharmaceuticals and Outcomes. *Am J Med Sci* 2016 April;351(4):380–6.
39. Malta DC, Andrade SSCA, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Silva JRJB, et al. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015;24(2):217-26.
40. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: indicadores de saúde e mercado de trabalho. Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2016, 66 p.
41. Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B, Braun LT, Bravata DM, Chaturvedi S, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014;45(12):3754-832. doi:10.1161/STR.0000000000000046.
42. Gagliardi RJ, Gagliardi VDB. Fibrilação atrial e Acidente Vascular Cerebral. *Rev Neurocienc* 2014;22(1):144-8.
43. Fuster V, Ryden LE, Cannon DS, Crijns HJ, Curtis AB, Ellenbogen KA, et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice. *J Am Coll Cardiol* 2006; 48(4): 854-906. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2006.07.009>
44. Harboe-Gonçalves L, Vaz LS, Buzzi M. Associação entre níveis plasmáticos de homocisteína e acidente vascular cerebral isquêmico. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2005;63(1):97-103.
45. Teixeira INDAO. O envelhecimento cortical e a reorganização neural após o acidente vascular encefálico (AVE): implicações para a reabilitação. *Cienc Saúde Coletiva* 2008;13(supl.2):2171-8.
46. Moreira NRTL, Andrade AS, Ribeiro KSQS, Nascimento JA, Brito GEG. Qualidade de vida em indivíduos acometidos por acidente vascular cerebral. *Rev Neurocienc* 2015;23(4):530-37.
47. Cauraugh J, Light K, Kim S, Thigpen M, Behrman A. Chronic motor dysfunction after stroke: recovering wrist and finger extension by electromyography-triggered neuromuscular stimulation. *Stroke* 2000;31(6):1360-64.
48. Piassaroli CAP, Almeida GC, Luvizotto JC, Suzan ABBM. Modelos de reabilitação fisioterápica em pacientes adultos com sequelas de AVC isquêmico. *Rev. Neurocienc* 2012;20(1):128-137.
49. Smithard DG, Smeeton NC, Wolfe CDA. Long-term outcome after stroke: does dysphagia matter? *Age Ageing* 2007;36(1):90-4.
50. Flowers HL, Silver FL, Fang J, Rochon E, Martino R. The incidence, co-occurrence, and predictors of dysphagia, dysarthria, and aphasia after first-ever acute ischemic stroke. *J Commun Disord* 2013;46(3):238–48.