

EPIDEMIOLOGIA DOS ACIDENTES VASCULARES ENCEFÁLICOS NA CIDADE DO SALVADOR

ASPECTOS CLINICOS

*INÊS LESSA **

O acidente vascular encefálico (AVE) é complicação que tende a repetir-se com frequência elevada nos pacientes que sobrevivem ao primeiro episódio. Estudo epidemiológico realizado em 17 locais de 12 diferentes países sob o patrocínio da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou que 14% das pessoas menores de 65 anos e 18% daquelas com idade igual ou superior a 65 tinham história de AVE prévio, sem diferença entre os sexos¹. Também em Londres, em Kuopio (Finlândia) e na Austrália, a proporção de pessoas com antecedentes de um ou mais episódios de AVE foi muito elevada^{8,9,11}. Os estudos epidemiológicos que incluem manifestações clínicas e/ou sinais neurológicos dos AVE têm demonstrado o predomínio das hemiplegias e hemiparesias^{4,5,7,8,10}. Tanto na Suécia¹⁰ quanto no Japão⁴ a hemiplegia à direita foi o principal achado neurológico. A distribuição direita-esquerda semelhante foi observada na Inglaterra⁸ e, nos Estados Unidos, 55 a 73% dos pacientes com AVE apresentavam-se hemiplégicos sem especificação quanto a lateralidade⁵. Outro aspecto mencionado nos estudos de populações é o estado de consciência no momento do internamento. Tanto na Suécia quanto no estudo colaborativo da OMS anteriormente referido, metade dos pacientes estava entre sonolência e coma^{1,10}, enquanto Kuller e col.⁵ referem para os Estados Unidos coma variando entre 70,3 e 90,5% dos casos, a depender do tipo de AVE. A invalidez permanente consequente a um ataque é alta, variando de 25 a 66% dos casos⁷.

Este trabalho, parte final de um estudo epidemiológico mais amplo sobre os AVE na cidade do Salvador⁶, visa descrever os principais achados clínico-epidemiológicos dos casos hospitalizados, procedentes da população da cidade do Salvador, no período de um ano.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

Foram coletados dados de todos os pacientes que tiveram AVE entre 01-07-79 e 30-06-80, residentes no perímetro urbano da cidade do Salvador, Bahia — Brasil. Tais dados foram levantados em 10 hospitais e 8 serviços de urgência, de caráter público, privado ou previdenciário. A casuística foi completada com a revisão de todos os óbitos pela mesma causa e no mesmo período, visando incluir os pacientes que faleceram sem assistência médica hospitalar. Para esta parte do estudo os dados referem-se apenas

Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia: * Professor Adjunto, bolsista do Conselho Nacional de Pesquisas.

àqueles obtidos nos serviços médicos uma vez que o atestado de óbito não contém as variáveis que atendam ao objetivo proposto.

Os diagnósticos de AVE e os exames dos pacientes foram realizados pelos próprios médicos que os atenderam nos diversos serviços. Não foram incluídas as isquemias cerebrais transitórias. Para cada paciente foi preenchida uma ficha padronizada, contendo informações epidemiológicas para os AVE, sinais e sintomas neurológicos e exames laboratoriais.

A análise foi realizada, quando indicado, pelo teste de diferença entre duas proporções e taxa de letalidade. A metodologia detalhada deste estudo encontra-se na referência 6.

RESULTADOS

Para os 1089 pacientes internados com episódio agudo de AVE, no período do estudo, as respectivas histórias clínicas foram muitas vezes incompletas. Encontramos informações de sinais e/ou sintomas neurológicos em 725 (66,6%) prontuários. Dentre os sinais, tanto para homens quanto para mulheres, a hemiplegia predominou: no homem, discretamente à esquerda; na mulher, à direita e esquerda igualmente. Distúrbios da linguagem foram semelhantes nos dois sexos. Quanto a outros sinais e sintomas, ocorreram o desvio da comissura labial, a rigidez de nuca, alteração de pupila (2 casos), hemiparesia, cefaléia, convulsões e agitação (Tabela 1). Os dados referentes ao estado de consciência serão apresentados separadamente.

Sinais e sintomas	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Hemiplegia direita	91	25,71	105	28,30	196	27,03
Hemiplegia esquerda	107	30,23	105	28,30	212	29,24
Hemiplegia não especificada	13	3,67	7	1,89	20	2,75
Monoplegia	5	1,41	2	0,54	7	0,96
Tetraplegia	2	0,57	—	0,00	2	0,30
Afasia/disartria	108	30,51	111	29,92	219	30,21
Sem sinais de localização	10	2,82	10	2,70	20	2,75
Outros sinais ou sintomas	18	5,08	31	8,35	49	6,76
Total	354	100,00	371	100,00	725	100,00

Tabela 1 — Sinais e sintomas neurológicos, segundo o sexo, em 725 pacientes com AVE. Salvador, 01-07-79 a 30-06-80.

Episódios de AVE prévio ocorreram em 167 (23,03%) dos 725 pacientes: 25,70% dos homens e 20,48% das mulheres ($p > 0,05$). A grande maioria (83,83%) havia sofrido um episódio anteriormente (Tabela 2). O tempo decorrido entre o primeiro episódio de AVE e o atual foi registrado em 105 casos, sendo que 59 (56,2%) repetiram o AVE no curso do primeiro ano (67,2% dos homens e 40,9% das mulheres, $p < 0,01$) (Tabela 3).

Nº AVE	Sexo					
	Masc. (N*==354)		Fem. (N*==371)		Total (N*==725)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	78	85,71	62	81,58	140	83,83
2	7	7,69	6	7,89	13	7,78
3	3	3,30	—	0,00	3	1,80
4	—	0,00	3	3,95	3	1,80
5 ou +	3	3,30	5	6,58	8	4,79
Total	91	100,00	76	100,00	167	100,00
Frequência de AVE prévio	25,70**		20,48**		23,03	

Tabela 2 — Número de AVE prévios distribuídos por sexo em 167 pacientes (exclui o atual). Salvador, 01-07-79 a 30-06-80. N* = número de indivíduos; **Z = 1,68; $p > 0,05$.

Tempo	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1 mês	9	14,75	2	4,55	11	10,47
1 — 3 meses	9	14,75	6	13,63	15	14,29
3 — 6 meses	8	13,11	5	11,36	13	12,38
6 — 9 meses	2	3,28	3	6,82	5	4,76
9 — 12 meses	13	21,31	2	4,55	15	14,29
1 — 5 anos	10	16,40	19	43,18	29	27,62
> 5 anos	10	16,40	7	15,91	17	16,19
Total	61	100,00	44	100,00	105	100,00

Tabela 3 — Tempo decorrido entre o primeiro AVE e o atual, segundo o sexo, em 105 dos 167 pacientes com história de AVE prévio. Salvador, 01-07-79 a 30-06-80. Z = 2,68, $p < 0,01$ (para repetição do AVE dentro do primeiro ano).

Dos pacientes cujo primeiro episódio de AVE ocorreu no período do estudo, em 30 houve repetição dentro do próprio período. Entretanto, este dado é especulativo e não reflete a frequência real da recorrência, uma vez que nem todos os pacientes foram seguidos por igual período de tempo: os casos ocorridos em julho de 1979 puderam ser observados até um ano depois e os casos de junho de 1980 foram seguidos apenas por um mês.

O estado de consciência no momento do internamento foi anotado em 783 dos 1.089 pacientes (71,90%). Os pacientes com diagnóstico de AVE tipo hemorrágico e aqueles com hemorragia subaracnóidea foram internados, na maioria, inconscientes. Para todos os AVE em conjunto, 16,54% casos deram entrada no serviço médico conscientes, 20,50% em torpor e 34,93% inconscientes (Tabela 4). Os pacientes atendidos em coma apresentaram a maior letalidade, mas 28,88% dos que chegaram conscientes para o atendimento médico também tiveram êxito letal (Tabela 5).

Tipo AVE	Estado de Consciência									
	Consciente	%	Torporoso	%	Inconsciente	%	Ignorado	%	Total	%
NE* 430-438**	82	12,83	132	20,66	213	33,33	212	33,18	639	100,00
Hem. subarac. - 430**	3	14,29	5	23,81	11	52,38	2	9,52	21	100,00
Hemorragico - 431**	13	11,20	18	15,52	75	64,66	10	8,62	116	100,00
Tromboemból. 433-434**	66	30,28	39	17,89	58	26,60	55	25,23	218	100,00
Trombótico 433**	10	16,40	17	27,87	14	22,95	20	32,65	61	100,00
Embólico - 434**	6	15,18	12	36,67	9	27,27	6	18,18	33	100,00
Total	180	16,54	223	20,50	380	34,93	305	28,03	1.088	100,00

Tabela 4 — Estado de consciência em 1.088 pacientes, segundo o tipo de AVE. Salvador, 01-07-79 a 30-06-80 (exclui uma criança de 1 ano).
NE* == Acidente vascular encefálico não especificado; ** == Numeração da Classificação Internacional de Doenças e Causas de Óbito.

Estado de consciência	Nº de casos	Nº de óbitos	Letalidade (%)
Consciente	180	52	28,88
Torporoso	223	115	51,56
Inconsciente	380	307	80,78
Ignorado	305	107	35,08
Total	1.088	581*	53,40

Tabela 5 — Letalidade segundo o estado de consciência em 1.088 pacientes com AVE. Salvador, 01-07-79 a 30-06-80. (* Exclui uma criança de um ano).

COMENTARIOS

As omissões quanto aos sinais e/ou sintomas em 1/3 dos prontuários médicos e quanto ao estado de consciência em 28% refletem a qualidade da atenção médica prestada. Embora injustificável, é possível que a ausência das informações tenha sido decorrente do atendimento em estado de coma ou torpor de uma parcela dos pacientes. Outra possibilidade seria a diversificação dos profissionais médicos que atenderam os pacientes, uma vez que a grande maioria foi vista em caráter de urgência e em serviços com regime de plantão. Devemos levar em consideração que o grande volume de pacientes normalmente atendidos em serviços de urgência, sobretudo os públicos e os previdenciários, resulta em tempo exíguo para um bom atendimento a cada paciente. No entanto, a má qualidade da assistência médica aos pacientes deste estudo ficou evidenciada não só pela ausência de um bom exame clínico, como pela elevada proporção de óbitos precoces (89% dos óbitos ocorreram até o 29º dia do episódio⁶ e pela carência de leitos hospitalares para este tipo de paciente. Além de indesejáveis nos serviços médicos, existe um desinteresse da equipe médica e da própria família em relação aos pacientes com AVE.

Quanto aos sinais neurológicos, não encontramos na literatura epidemiológica padrão mais definido de lateralidade das hemiplegias. As poucas publicações que a mencionam não descrevem quanto ao sexo e observa-se ora predomínio à direita^{4,10}, ora são semelhantes, direita e esquerda⁸. Existe referência de que a letalidade é mais elevada entre pacientes com hemiplegia direita⁴. Em nosso estudo as hemiplegias foram iguais para o sexo feminino e predominou discretamente à esquerda para o masculino. Para esta mesma casuística a letalidade foi significativamente mais elevada para as mulheres⁶. Os distúrbios da linguagem também não diferiram entre os sexos. As parestesias foram pouco mencionadas, provavelmente em decorrência da qualidade das histórias clínicas e a frequência de AVE prévio foi bem mais elevada do que a referida na literatura^{1,10}.

O nível de consciência no momento do atendimento médico varia na literatura, oscilando o coma entre 12 e 90% dos casos, a depender do local e tipo

de AVE^{1,5,10}. Em 28% dos casos o estado de consciência foi ignorado e 34,9% deram entrada no serviço médico em coma. Em dois dos hospitais do estudo o estado de consciência funciona como critério de internamento. O comatoso tem menor chance de obter uma vaga hospitalar. Analisando a letalidade por nível de consciência os resultados indicam que o estado de consciência no momento do internamento é parâmetro da gravidade do caso. Assim, 80,87% dos pacientes em coma, 51,56 daqueles em torpor e 28,88% dos conscientes tiveram êxito letal. Tal fato não justifica que o estado de consciência deva ser fator seletivo para a obtenção de vaga hospitalar. Embora muitos pacientes não tivessem o diagnóstico esclarecido quanto ao tipo de AVE, a letalidade mais elevada ocorreu para o tipo hemorrágico, coincidindo com outras informações^{1,2,3,12,13}. Dos 1.089 pacientes atendidos nos serviços médicos, 582 (53,4%) vieram a falecer. Possivelmente, muitos dos 46,6% dos sobreviventes deverão permanecer inválidos permanentemente. O problema do sobrevivente de um AVE, sobretudo do nível sócio-econômico mais baixo passa a ser mais de ordem social e menos de ordem médica. Além da dificuldade de manutenção destes pacientes em serviços ambulatoriais de reabilitação, os familiares não são orientados para a reabilitação no próprio lar. Existem dados suficientemente claros mostrando que com bons programas de reabilitação boa parte dos pacientes consegue sua independência no lar, reintegrando-se à família e à sociedade^{2,3,7}.

A necessidade de implantação de programas simples para identificação, controle e tratamento dos fatores de risco para os AVE foi anteriormente sugerida⁶. Sabemos que, mesmo com a efetivação de medidas desta natureza, a cobertura beneficiária apenas uma parcela da população. Ao lado dos programas propostos, a prevenção terciária, reabilitação, deveria ser organizada e facilitada, no sentido de abranger todos os sobreviventes de um AVE, incluindo como parte destes programas a educação e orientação dos familiares, visando a adesão total à reabilitação e, conseqüentemente, tentando um esforço máximo para a reintegração do paciente à família e à sociedade.

RESUMO

Foram analisados os principais achados clínicos de 1089 pacientes atendidos com quadro agudo de acidente vascular encefálico (AVE) entre 01-07-79 e 30-06-80, na cidade do Salvador, Bahia-Brasil. Os casos procederam de todos os hospitais e serviços de urgência públicos, privados ou previdenciários que efetuavam internamento para AVE. Observou-se predominância de hemiplegias e distúrbios da linguagem em ambos os sexos. Para 167 pacientes havia história de AVE prévio (23,03%); 34,93% dos pacientes foram atendidos em coma, sendo que 80,87% deles tiveram êxito letal. Comentou-se a qualidade da atenção médica prestada e sugeriu-se melhor organização dos serviços de prevenção terciária, visando extensão da cobertura e maior adesão dos pacientes a este nível de prevenção.

SUMMARY

Epidemiology of acute cerebrovascular accidents in Salvador City: clinical aspects.

The major clinical findings of acute cerebrovascular accidents (CVA) were analyzed for 1089 patients from Salvador City (Bahia, Brazil) who attended to medical services from 1 July 1979 to 30 June 1980. Data were collected from all hospitals and emergency services, from private and public sectors, which admitted patients with CVA. Hemiplegies and speech disturbances were the most commonly observed findings in both sexes. In 167 patients (23.03%) a reference to an early episode of CVA was found; 34.93% of the patients were in coma at the time of admission and the lethality rate in this group was 80.87%. The quality of the medical attention provided to these patients was commented. A better organization of the services for tertiary prevention is needed in order to improve patient's adhesion and quality of life.

REFERÊNCIAS

1. AHO, K.; KARMSSEN, P.; HATANO, S.; MARQUARDSEN, J.; SMIRNOV, V.E. & STRASSER, T. — Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study. *Bull. World Health Organ.* 58:113, 1980.
2. EISENBERG, H.; MORRISON, J.T.; SULLIVAN, P.; FRANKLIN, M.I. — Cerebrovascular accidents: incidence and survival rates in a defined population, Middlesex County, Connecticut. *J. amer. med. Assoc.*, 189:833, 1964.
3. HATANO, S. — Experiences with community strokes registers. In S. Hatano, I. Shigematsu & T. Strasser (eds.): *Hypertension and Stroke Control in the Community*, WHO, Geneva, 1976, pg. 117.
4. ISOMURA, K. — Problems of stroke control in rural settings in Japan. In S. Hatano, I. Shigematsu & T. Strasser (eds.): *Hypertension and Stroke Control in the Community*. WHO, Geneva, 1976, pg. 141.
5. KULLER, L.H.; SASLAW, M.S.; PAEGEL, B.L.; SISK, C.; BORHANI, N.; WRAY, J.A.; ANDERSON, H.; PETERSON, D.; WINKELSTEIN, W.; CASSEL, J.; SPIERS, P.; ROBINSON, A.G.; CURRY, H.; LILENFELD, A.M.; SELTSER, R. — Nationwide cerebrovascular disease mortality study. IV Comparison of the different clinical types of cerebrovascular disease. *Amer. J. Epid.* 90:567, 1969.
6. LESSA, I. — Acidentes vasculares encefálicos na cidade do Salvador: aspectos clínicos e epidemiológicos. Tese. Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1981.
7. OMS — Enfermedades cerebrovasculares: prevención, tratamiento y rehabilitación. *Ser. Inf. Tecn.* 469, Ginebra, 1971.
8. PRINEAS, J. & MARSHALL, J. — Hypertension and cerebral infarction. *Brit. med. J.* 1:14, 1966.
9. SVENIUS, J.; PYROLALA, K.; RIEKKINEN, P.J.; HEINONEN, O.; SALLONEN, J. — Incidence of stroke in Kuopio area, Finland. *Acta neurol. scand.* (suppl. 78)62:193, 1980.
10. TIBBLIN, H.G. — A stroke register in Goteborg, Sweden. *Acta neurol. scand.* 191:463, 1972.
11. WALLACE, D.C. — A study of the natural history of cerebrovascular disease. *Med. J. Austr.* 54:90, 1967.
12. WALTIONI, O.; KASTE, M.; AHO, K. & KITIZA, M. — Outcome of stroke in the Espoo-kauniainen area, Finland. *Acta neurol. scand.* (suppl. 78)62:194, 1980.
13. WOLF, P.; KANNEL, W.B.; McNAMARA, P.M. & DAWBER, T.R. — The natural history of stroke: The Frammingham study. *Circulation* (suppl.) 4:49, 1970.

Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia — Vale do Canela — 40.000, Salvador, BA — Brasil.