

Acidente Vascular Cerebral: caracterização clínica e desfechos Pós-alta
Stroke: clinical characterization and outcomes post hospital discharge
Accidente Cerebrovascular: caracterización clínica y resultados posterior al alta

Recebido: 29/07/2020 | Revisado: 05/08/2020 | Aceito: 09/08/2020 | Publicado: 15/08/2020

Maria Elaine Silva de Melo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6996-4367>

Universidade Regional do Cariri, Brasil

E-mail: elainesilva_melo@hotmail.com

Emiliana Bezerra Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7135-512X>

Universidade Regional do Cariri, Brasil

E-mail: emiliana.gomes@urca.br

Célida Juliana de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8900-6833>

Universidade Regional do Cariri, Brasil

E-mail: celida.oliveira@urca.br

Maria de Fátima Vasques Monteiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9530-3105>

Universidade Regional do Cariri, Brasil

E-mail: fatimavas.monteiro@gmail.com

Evanira Rodrigues Maia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9377-7430>

Universidade Regional do Cariri, Brasil

E-mail: evanira.maia@urca.br

Resumo

Objetivo: Associar o perfil clínico/epidemiológico das pessoas com acidente vascular cerebral aos desfechos pós-alta. Método: estudo documental realizado em uma unidade de referência para acidente vascular cerebral do interior do nordeste brasileiro. A amostra constou de 279 prontuários dos quais foram levantados dados referentes às variáveis clínicas para associação com o desfecho pós-alta. Os dados foram analisados pela estatística bivariada, com aplicação de testes estatísticos, considerando a significância de $p < 0,05$. O estudo tem aprovação do

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri. Resultados: a amostra teve pequena maioria masculina com média de idade de 69,75 anos e tempo de admissão superior a quatro horas e meia (60,6%), interferindo na realização da trombólise endovenosa (10,4%). A duração média da internação foi de 10,59 dias e o encaminhamento a serviço de reabilitação ocorreu em apenas 31,5% dos casos. O desfecho pós-alta se associou significativamente às variáveis idade superior a 60 anos e tempo prolongado de internação. Conclusão: A associação significativa entre o desfecho pós-alta e as variáveis idade e tempo de internação sugerem a relação dos fatores de risco cardiovascular e a gravidade clínica do evento. Tais informações são reforçadas pela baixa indicação de trombólise venosa pelo tempo de admissão e o encaminhamento aos serviços de reabilitação.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Hospitalização; Perfil de saúde; Alta do paciente.

Abstract

Objective: To associate the clinical profile of people with stroke to post hospital discharge outcomes. Method: documentary study carried out in a reference unit for stroke in the interior of Brazil's northeast. The sample consisted of 279 medical records from which data were collected regarding the clinical variables for association with the post discharge outcome. The data were analyzed using bivariate statistics, with the application of statistical tests considering the significance of $p < 0.05$. The study is approved by the Research Ethics Committee of Cariri's Regional University. Results: the sample had a small male majority with an average age of 69.75 years and admission time greater than four and a half hours (60.6%), interfering in the performance of intravenous thrombolysis (10.4%). The average length of hospital stay was 10.59 days and referral to a rehabilitation service occurred in only 31.5% of cases. The post-discharge outcome was significantly associated with the variables age over 60 years and prolonged of hospital stay. Conclusion: the significant association between the post-discharge outcome and the variables age and length of hospital stay suggests the relationship between cardiovascular risk factors and the clinical severity of the event. Such information is reinforced by the low indication of venous thrombolysis due to the time of admission and referral to rehabilitation services.

Keywords: Stroke; Hospitalization; Health profile; Patient discharge.

Resumen

Objetivo: asociar el perfil clínico de las personas con accidente cerebrovascular a los resultados posteriores al alta. Método: estudio documental realizado en una unidad de referencia para accidente cerebrovascular en el interior del noreste de Brasil. La muestra consistió en 279 registros médicos de los cuales se recopilaron datos sobre las variables clínicas y epidemiológicas para su asociación con el resultado posterior al alta. Los datos se analizaron utilizando estadísticas bivariadas, con la aplicación de pruebas estadísticas considerando la importancia de $p < 0,05$. El estudio es aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Regional del Cariri. Resultados: la muestra tenía una pequeña mayoría masculina con una edad promedio de 69,75 años y un tiempo de ingreso superior a cuatro horas y media (60,6%), lo que interfiere en el desempeño de la trombolisis intravenosa (10,4%). La duración promedio de la estancia hospitalaria fue de 10.59 días y la derivación a un servicio de rehabilitación se produjo solo en el 31.5% de los casos. El resultado posterior al alta se asoció significativamente con las variables edad mayor de 60 años y duración de la estancia hospitalaria prolongada. Conclusión: la asociación significativa entre el resultado posterior al alta y las variables edad y duración de la estancia hospitalaria sugiere la relación entre los factores de riesgo cardiovascular y la gravedad clínica del evento. Dicha información se ve reforzada por la baja indicación de trombolisis venosa debido al momento del ingreso y la derivación a los servicios de rehabilitación.

Palabras clave: Accidente Cerebrovascular; Hospitalización; Perfil de salud; Alta del paciente.

1. Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de morbimortalidade no mundo. Embora tenha boa responsividade às intervenções precoces, como a terapia trombolítica realizada nas primeiras 4,5 horas desde o início dos sintomas, tem a capacidade de gerar déficit no funcionamento físico, sensorial e cognitivo, gerando impacto no desempenho das atividades da vida diária das pessoas acometidas por esse agravo (Pedra, Pontes, Mourão, Braga & Vicente, 2020).

No Brasil, a incidência anual de AVC é de 108 casos por 100 mil habitantes e 568 mil pessoas incapacitadas pela doença, o que faz dessa, a terceira causa de morte e invalidez no país (Bensenor *et al.*, 2015).

O AVC possui fatores de risco, passíveis ou não de prevenção e/ou modificação, relacionados a idade, sexo, dislipidemia, tabagismo, uso de medicamentos, diabetes melitus e a hipertensão arterial (Rodrigues, Santana & Galvão, 2017).

O manejo correto do paciente com AVC é essencial para o êxito final. Esse processo pode ser facilitado através da implantação de protocolos específicos, no caso do AVC, contribui para imediata identificação dos sinais e sintomas da doença, início do processo de investigação e medidas terapêuticas da fase aguda para posterior implantação de medidas de reabilitação seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde (Coradini, Pereira, Machado, Rangel, & Ilha, 2020).

A fase aguda do AVC demanda internação hospitalar, e realização de trombólise endovenosa, em casos de AVC isquêmico. Os benefícios da trombólise em tempo hábil são evidentes, porém somente uma minoria das pessoas acometidas recebe o tratamento no intervalo de tempo apropriado, ressaltando-se a importância desta intervenção na fase aguda, devido ao seu mecanismo de ação (Nunes *et al.*, 2018).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, apontam que a prevalência de incapacidade secundária ao AVC foi de 29,5% em homens e 21,5% em mulheres (Reis, Pereira, Pereira, Soane, & Silva, 2017; Bensenor *et al.*, 2015).

A reabilitação, deve ocorrer de maneira precoce e integral, realizada por equipe multidisciplinar qualificada. Com o início da reabilitação ambulatorial após AVC, nos primeiros seis meses, tempo em que a neuroplasticidade tem seu ápice após a lesão, é possível alcançar melhores respostas ao tratamento, com redução da incapacidade funcional. (Anderle, Rockenbach, & Goulart, 2019; Nascimento & Ribeiro, 2018).

Justifica-se a realização deste estudo por identificar em hospital de referência parcela considerável de pessoas com AVC que não conseguem acesso ao serviço em tempo hábil para avaliação e implementação de tratamento trombolítico e admissão em unidade de AVC agudo, o que pode promover maior grau de incapacidade e consequente necessidade de serviço especializado em reabilitação.

Considerando as vantagens da reabilitação precoce, atenta-se para a relevância do fortalecimento da integralidade da atenção à saúde como maneira de facilitar o acesso a estes serviços pela gestão de saúde dos municípios.

O objetivo deste estudo é associar o perfil clínico das pessoas com acidente vascular cerebral aos desfechos pós-alta.

2. Metodologia

Estudo documental, recorte da dissertação intitulada “Acidente vascular cerebral: incapacidades e rede de atenção”. A pesquisa documental possibilita a configuração importante de dados para os mais diversos tipos de investigação (Teodosio, Silva, Padilha, Mazera, & Borenstein, 2016).

Foi realizado de outubro de 2019 a fevereiro de 2020, em um município nordestino, localizado na região do Cariri, ao sul do estado do Ceará. Os dados foram coletados em serviço hospitalar de referência à fase aguda do AVC, que possui 10 leitos destinados a pessoas com AVC isquêmico. A instituição em questão oferece serviços de saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) na rede de atenção como referência para 45 municípios da referida região.

Estima-se que de 2013, ano em que iniciou o funcionamento dessa unidade de AVC, até o ano de 2016, cerca de 2600 pessoas foram admitidas para tratamento da fase aguda do AVC e seguidas no processo de reabilitação conforme a estruturação da rede de atenção à saúde (Ceará, 2017).

Foram adotados como critérios de inclusão: prontuários de pacientes internados na unidade AVC, com diagnóstico confirmado de AVC isquêmico, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2018. Foram excluídos prontuários com dados incompletos dos formulários de admissão na emergência e na unidade de AVC, os que se encontravam fora da fase aguda e os que tiveram alta por óbito.

Para compor a população, foram analisados o registro de admissão na unidade de emergência (porta de entrada para pessoas com AVC) e na unidade de AVC agudo e o relatório de alta em casos de alta hospitalar por melhora. Para tanto, foi solicitado junto à Central de Regulação de Leitos da Macrorregião de Saúde Cariri, as internações ocorridas de janeiro de 2015 a dezembro de 2018 dos residentes no município de estudo, acometidos por AVC na unidade de referência para tratamento na sua fase aguda. A execução dessa etapa foi fundamental para a identificação dos prontuários na etapa posterior, já que a unidade não organiza os prontuários por setor de internamento, mas por número.

Foram identificados 1.744 prontuários de internamentos entre os anos de 2015 a 2018. A amostra foi calculada pela fórmula para população finita, considerando nível de confiança de 95%, erro de 5% e prevalência de 50% pelo desconhecimento desse valor na população. A amostra totalizou 316 prontuários selecionados por amostragem probabilística, estratificados por ano.

A partir da lista de prontuários com nomes e idades das pessoas internadas no período, foi iniciada a identificação dos prontuários. Houve dificuldade de coleta nesta etapa, devido ao número de homônimos, internamentos identificados com o CID-10 relacionado a doenças isquêmicas no cérebro, porém com exames e confirmação de diagnósticos diferenciais excluindo tal agravo (como tumores, AVC hemorrágico, desequilíbrio de eletrólitos ou *stroke mimics*) ou ainda usuários que não passaram pela unidade de AVC, recebendo alta da emergência ou encaminhados diretamente à unidade de cuidados especiais (UCE), por se encontrarem fora da fase aguda de AVC, clínica médica ou unidade de terapia intensiva (UTI), sendo excluídos do estudo.

Os desfechos pós-alta dos casos de AVC foram definidos como aqueles que tiveram após a alta da primeira internação, uma reinternação por novo AVC entre os anos de 2015 a 2019, o que correspondeu a 279 prontuários dos 316 analisados, após a exclusão das 36 altas por óbito na primeira internação e um registro por transferência de município diante de alta hospitalar a pedido. Foi considerado o registro em relatório de alta para determinação do desfecho pós-alta, classificado como: com desfecho (novo AVC ou óbito) ou sem desfecho (sem nova admissão no serviço de AVC).

As demais variáveis foram: sexo biológico; idade; fatores de risco cardiovascular, metabólico e relacionados ao estilo de vida; tempo de início entre sinais e sintomas e admissão na unidade de referência; dias de internamento hospitalar; realização de trombólise endovenosa; presença de incapacidade na alta; encaminhamento à reabilitação; e encaminhamento ao SAD. Estes dados foram coletados dos prontuários por meio de formulário elaborado pelas pesquisadoras com base nas variáveis indicadas nas diretrizes de reabilitação da pessoa com AVC do Ministério da Saúde (Brasil, 2013). Foi realizado pré-teste com 20 prontuários de pessoas internadas na unidade de AVC em ano fora do período estudado, que foram descartados. Não houve necessidade de adequações.

Os dados coletados foram organizados e digitados em planilha do *Microsoft Office Excel*[®] 365 e importados para processamento e análise no *software SPSS Statistics* versão 25.0. Foi realizada estatística descritiva e bivariada com aplicação do teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher, de acordo com os princípios de utilização dos testes. Os dados foram dispostos em tabela para melhor visualização e compreensão e discutidos à luz de evidências.

Foram respeitados os preceitos éticos e legais conforme preconizado nas resoluções 466/12 e 510/2016. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (CEP URCA) pelo parecer nº 3.489.468 de 6 de agosto de 2019.

3. Resultados e Discussão

A partir da investigação em prontuários, foram levantadas informações sobre as características de risco e clínicas das pessoas acometidas com AVC e associadas ao desfecho pós-alta (n=279) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características clínicas e associação com desfechos pós-alta dos pacientes atendidos em unidade de AVC agudo, entre os anos de 2015 e 2018. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil, 2020.

Variáveis	Com desfecho		Sem desfecho		Total		P
	N	%	n	%	N	%	
Sexo							
Feminino	27	19,9%	109	80,1%	136	48,7%	0,606
Masculino	32	22,4%	111	77,6%	143	51,3%	
Idade							
≥ 60 anos	52	23,6%	168	76,4%	220	78,9%	0,049*
< 60 anos	7	11,9%	52	88,1%	59	21,1%	
Fator de risco cardiovascular							
Sim	48	22,9%	162	77,1%	210	75,3%	0,222
Não	11	15,9%	58	84,1%	69	24,7%	
Fator de risco metabólico							
Sim	21	27,3%	56	72,7%	77	27,6%	0,122
Não	38	18,8%	164	81,2%	202	72,4%	
Fator de risco relacionado ao estilo de vida							
Sim	9	20,5%	35	79,5%	44	15,8%	0,902
Não	50	21,3%	185	78,7%	235	84,2%	
Tempo de admissão							
< 4h30min	22	20,0%	88	80,0%	110	39,4%	0,705
> 4h30min	37	21,9%	132	78,1%	169	60,6%	
Trombólise endovenosa							
Sim	4	13,8%	25	86,2%	29	10,4%	0,470 [†]
Não	55	22,0%	195	78,0%	250	89,6%	
Dias de internação hospitalar							
≤10 dias	31	16,8%	153	83,2%	184	65,9%	0,014*
> 10 dias	28	29,5%	67	70,5%	95	34,1%	
Presença de incapacidade na alta							
Com incapacidade	24	27,9%	62	72,1%	86	30,8%	0,065
Sem incapacidade	35	18,1%	158	81,9%	193	69,2%	
Encaminhamento à reabilitação							
Sim	22	25,0%	66	75,0%	88	31,5%	0,204 [†]
Não	36	20,7%	138	79,3%	174	62,4%	
Não se aplica (alta sem déficit)	1	5,9%	16	94,1%	17	6,1%	
Encaminhamento ao SAD**							
Sim	1	25,0%	3	75,0%	4	1,4%	0,281 [†]
Não	57	21,9%	203	78,1%	260	93,2%	
Não se aplica	1	6,7%	14	93,3%	15	5,4%	
Total	59	21,1%	220	78,9%	279	100%	-

* Significância estatística ($p < 0,05$) para o teste Qui-Quadrado ou Fisher[†].

** SAD: Serviço de Atenção Domiciliar

Fonte: pesquisa direta.

As pessoas internadas por AVC tinham pequena diferença quanto à distribuição por sexo, com maioria masculina (51,3%) e idade variando entre 24 a 100 anos com média de 69,75 (\pm 13,31 anos), com destaque para os idosos na faixa etária de 70 a 79 anos (31,0%).

Desenvolver o desfecho pós-alta esteve associado com a idade ($p=0,049$) e os dias de internação ($p=0,014$) superior a dez dias, remetendo ao fator de risco idade maior que 60 anos e a possível gravidade do evento pelo tempo de permanência no hospital.

Dentre os fatores de risco, destacaram-se os cardiovasculares, presentes em 210 pessoas (75,3%). Salienta-se que 48 (22,9%) pacientes com o referido fator retornaram à unidade com novas queixas neurológicas.

Em relação ao tempo entre surgimento de queixas neurológicas e a chegada na unidade de referência, há predomínio de intervalo superior a quatro horas e trinta minutos com 169 casos (60,6%). A trombólise endovenosa foi realizada em apenas 10,4% dos casos de admissão na unidade de AVC.

Dos pacientes que realizaram trombólise na primeira internação, quatro (13,8%) retornaram com novo episódio de AVC até dezembro de 2019, enquanto 25 (86,2%) não tiveram nova admissão registrada.

Sobre as características clínicas estudadas, o período de internação foi incluso e dicotomizado em maior ou menor que 10 dias. Essa dicotomização foi realizada considerando a média encontrada de 10,59 (\pm 11,01 dias). O período teve variação de um a 118 dias de hospitalização, com predomínio de período de internação igual ou inferior a 10 (65,9%) dias.

O registro de encaminhamento a serviço de reabilitação estava registrado em apenas 88 (31,5%) dos prontuários e apenas quatro (1,4%) prontuários contemplavam encaminhamento específico ao SAD.

A incidência de AVC tem crescido devido ao aumento da expectativa de vida e a fatores de risco que as pessoas estão expostas no decorrer de suas vidas. Tal fato demonstra a necessidade de se conhecer o perfil desta população e quais fatores clínicos estão relacionados, no intuito de consolidar o conhecimento acerca dos casos e propor medidas de atenção à saúde direcionadas, colaborando para a reabilitação precoce e, conseqüentemente, para diminuição de reinternações e óbitos relacionados (Grochowski, Campos, & Lima, 2015).

No que diz respeito ao perfil clínico, os achados deste estudo demonstraram uma distribuição relativamente pareada entre os sexos, havendo pequena prevalência do sexo masculino. Estudos na área de AVC (Vaz *et al.*, 2020; Grumann *et al.*, 2017; Nascimento & Ribeiro, 2018) também referem essa prevalência masculina.

Concernente à idade, as pessoas acometidas por essa afecção geralmente apresentam-se como idosos, conforme os achados do presente estudo (78,9%). Esse resultado mostra que a idade superior a 60 anos constitui fator de risco importante para incidência de AVC. A literatura (Mendes, Gadelha, Brito, Moraes, & Ribeiro, 2016; Grochovski *et al.*, 2015) também refere achados convergentes a este fato, referindo maior prevalência de pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, assim como idade média de 67,2 anos (DP±13,9) (Grochovski *et al.*, 2015) aponta maior incidência de AVC entre os idosos, considerada também na presença do desfecho pós-alta.

Considerando a associação entre a idade e o desfecho com incapacidade ou novas queixas neurológicas, destaca-se a importância de se romper com a ideia de um modelo único para atendimento à população, há necessidade da elaboração de modelos de atenção a idosos que guiem o fluxo desses usuários no sistema de saúde e que flexibilize a organização das ações de cuidado a partir das demandas dos pacientes, otimizando recursos e ampliando as oportunidades de cuidados adequados para esta população (Coelho, Motta & Caldas, 2018).

A pessoa idosa tem necessidades específicas de saúde relacionadas a presença de comorbidades e as modificações anátomo-fisiológicas características do processo de envelhecimento. Somando-se essas características a presença de incapacidades por AVC, salienta-se a necessidade de direcionar cuidados específicos a esta população com objetivo de melhorar a qualidade de vida e prevenir maiores agravos.

Preditores potenciais para o desenvolvimento e reincidência de AVC são os fatores de risco cardiovascular, como a hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia, cardiopatias, obesidade, relacionados aos hábitos de vida (Gonçalves, Feitosa, & Borges, 2019) e que podem ser modificados com base em ações de promoção da saúde.

A educação em saúde é fundamental para melhorar os indicadores de saúde na população em geral, especialmente naqueles com história de AVC prévio e visa contribuir para a redução dos fatores de risco, ao mostrar à população a necessidade de cuidar da vida, modificando hábitos não saudáveis, impactando no envelhecimento saudável. Quando a patologia já está instalada, torna-se necessário instituir medidas de rastreamento a fim de diminuir os agravos à saúde destes indivíduos (Grochovski *et al.*, 2015), proporcionando assim o controle das afecções e evitando novos episódios e complicações.

A qualidade de vida de pessoas sobreviventes de AVC pode ser prejudicada de forma global e multifacetada, principalmente nas funções física, cognitiva, interação social e emocional (Canuto & Nogueira, 2015).

No tocante à fase aguda pós-lesão por AVC, evidenciou-se o tempo de internação hospitalar como significativamente estatístico. Tal achado tem relação direta com a importância da reabilitação precoce. Portanto, esta deve ser iniciada ainda no ambiente hospitalar, com o objetivo de estimular o paciente e auxiliar na recuperação de funções perdidas, adaptando-o à sua nova condição para que assim possa retomar suas atividades na sociedade (Grumann *et al.*, 2017).

O tempo de permanência na hospitalização de pacientes com AVC pode estar relacionado a diversas variáveis, incluindo a gravidade do AVC, idade e comorbidades; complicações evitáveis, destacando-se a pneumonia e a infecção do trato urinário, bem como alguma complicação neurológica aumentam significativamente o tempo de permanência hospitalar em unidades de AVC; estes fatores demandam um programa de reabilitação mais intenso para sua recuperação (Gaspari *et al.*, 2019).

Atuando na prevenção destes fatores, através de aplicação de protocolos, nas unidades de AVC, pode contribuir para redução de complicações e do tempo de hospitalização na fase aguda.

Esses cuidados especializados envolvem saberes e práticas dos profissionais de diversas áreas de conhecimento. Destaca-se o papel da Enfermagem na reabilitação pós-AVC, tanto no que se refere a fase aguda do pós-lesão, como nos cuidados em longo prazo. Suas ações são direcionadas para o favorecimento da recuperação e adaptação às limitações impostas pela deficiência e para o atendimento às necessidades de cada cliente e família com base nas suas individualidades e necessidades, dentre as quais destacam-se as funcionais, motoras, psicossociais e espirituais (Machado *et al.*, 2016).

Identificar os domínios mais afetados pela doença é crucial para a avaliação de rotina das necessidades de reabilitação, do prognóstico e da resposta para as várias terapias dos acometidos, o que evita novos eventos e complicações. Observando os domínios da qualidade de vida mais afetados, constata-se que atenção deve ser multidimensional, voltada para o aspecto físico, cognitivos, emocionais e sociais na reabilitação da pessoa após o AVC (Canuto & Nogueira, 2015).

O sistema de saúde brasileiro necessita de fortalecimento para fornecer suporte as pessoas com incapacidade por AVC, atuando no assistencialismo no contexto da sequela e prevenção de um novo episódio do agravo em questão, orientando a família e cuidadores nas ações para melhoria da qualidade de vida, facilitando o acesso para os recursos já existente (Grochowski *et al.*, 2015).

Assim, esforços para viabilizar a inclusão em programas de protetização, por meio de tecnologias assistivas, avaliação funcional para atividades cotidianas e autocuidado, além de preparo para cuidado domiciliar são fundamentais. Ademais, há que se considerar a importância da intervenção precoce nesses casos, com encaminhamento dessas pessoas a pontos de atenção da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, para que recebam atendimentos adequados (Machado *et al.*, 2016).

Nesse sentido, demonstra-se a relevância da reabilitação precoce à pessoa acometida por AVC isquêmico e seu impacto na vida cotidiana, papel essencial dos serviços de saúde nos mais variados pontos da rede de assistência, com base nas ações de cuidado da equipe de saúde e, em especial, do enfermeiro enquanto protagonista de ações relacionadas à promoção da saúde.

Algumas limitações do estudo incluem o registro deficitário em prontuários e dados coletados de um único hospital.

4. Considerações Finais

Na associação do perfil clínico das pessoas com acidente vascular cerebral aos desfechos pós-alta de um serviço hospitalar de referência à fase aguda do AVC do estado do Ceará, pôde-se constatar que embora os desfechos ocorressem com relativa baixa frequência, houve relação de significância com as variáveis idade superior a 60 anos e tempo prolongado de internação.

Tal conclusão remete à importância clínica do fator de risco idade como fator promotor de complicações e reincidência de AVC. Já a permanência de internação hospitalar remeteu à gravidade do quadro clínico, surgimento de complicações e déficits mais extensos, com necessidade de encaminhamentos e acesso aos serviços de reabilitação. Assim, recomendam-se ações voltadas à prevenção de agravos pela abordagem aos fatores de risco cardiovasculares e a reabilitação precoce.

Indica-se a necessidade de outros estudos que possam elucidar a influência da reabilitação precoce no AVC, a qualidade de vida e o desenvolvimento de novos desfechos cardiovasculares, bem como a atuação da enfermagem e equipe multidisciplinar na reabilitação, enquanto estratégia assistencial na prevenção de complicações e consequente diminuição de gastos públicos, reinternações e óbitos.

Referências

Anderle, P., Rockenbach, S. P., & Goulart, B. N. G. de. (2019). Post-stroke rehabilitation: identification of speech-language disorders signs and symptoms by physicians and nurses in Primary Health Care. *CoDAS*, 31(2), e20180015. Epub April 01, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20182018015>.

Bensenor, I. M., Goulart, A. C., Szwarcwald, C. L., Vieira, M. L. F. P., Malta, D. C., & Lotufo, P. A. (2015). Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey - 2013. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 73(9), 746-750. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20150115>.

Brasil. (2013). *Diretrizes de atenção à reabilitação com acidente vascular cerebral*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Recuperado de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf>

Canuto, M. A., & Nogueira, T. L. (2015). Acidente vascular cerebral e qualidade de vida: uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 7(2). Recuperado de <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750946036>>

Ceará. (2017). *HRC é referência em tratamento de AVC*. Consultado em 05 de janeiro de 2020 Recuperado de <<https://www.saude.ce.gov.br/2017/04/03/hospital-regional-do-cariri-e-referencia-em-tratamento-de-avc/>>

Coelho, L. P., Motta, L. B. Da, & Caldas, C. P. (2018). Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(4), e280404. Epub 25 de fevereiro de 2019. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280404>.

Coradini, J. da S., Pereira, V. C., Machado, K. de F. C., Rangel, R. F., & Ilha, S. (2020). Protocolo clínico para acidente vascular cerebral: desenvolvimento de um instrumento informativo. *Research, Society and Development*, 9(6), e16963211. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i6.3211>.

Gaspari, A. P., Cruz, E. D. de A., Batista, J., Alpendre, F. T., Zétola, V., & Lange, M. C. (2019). Preditores de internação prolongada em Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3197. Epub October 14, 2019. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3118.3197>

Gonçalves, J. L., Feitosa, E. S., & Borges, R. T. (2019). Epidemiological profile of vaccinated vascular encephalic victims in a reference hospital of Ceará/Brasil. *R. Interd.*, 12(2), 92-103. Recuperado de <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1219/pdf_426>

Grochovski, C. S., Campos, R., & Lima, M. C. de A. (2015). Ações de controle dos agravos à saúde em indivíduos acometidos por acidente vascular cerebral. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 19(4), 269-276. Recuperado de <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/20311>>

Grumann, A. R. S., Schoeller, S. D., Martini, A. C., Forner, S., Baroni, G. C., & Horongozo, B. D. (2017). Characteristics of Encephalic Vascular Accident patients treated at a state reference center. *Fund Care On line*, 9(2), 315-320. Recuperado de <https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/53534/ssoar-revpesquisa-2017-2-grumann_et_al-Characteristics_of_Encephalic_Vascular_Accident.pdf?sequence=1>

Machado, W. C. A., Silva, V. M. da, Ramos, R. L., Figueiredo, N. M. A. de, Branco, E. M. da S. C., Rezende, L. K., & Carreiro, M. de A. (2016). Alta hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante: impreteríveis encaminhamentos para reabilitação. *Ciênc. Saúde coletiva*, 21(10), 3161-3170. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016001003161&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 13 de abril de 2018.

Mendes, L. M., Gadelha, I. D. da S., Brito, G. E. G. de, Moares, R. M. de, & Ribeiro, K. S. Q. S. (2016). Acesso de sujeitos pós-acidente vascular cerebral aos serviços de fisioterapia. *Rev. Enferm. UFPE*, 10(2), 387-394. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/320930455_acesso_de_sujeitos_pos-acidente_vascular_cerebral_aos_servicos_de_fisioterapia>

Nascimento, H. S., & Ribeiro, N. M. da. (2018). Efeito do atendimento em grupo na qualidade de vida e capacidade funcional de pacientes após AVC. (2018). *Rev. Pesq. Fisio.*, 8(2), 183-190. <http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v8i2.1878>

Nunes, J. P.; Branco, G. de O.; Costa, F. B. C.; Barbosa, A. D.; Aguiar, F. A. R.; Ferreira, A. R. Jr. (2018). Intervenções de enfermagem ao paciente em uso de ativador de plasminogênio tecidual recombinante: revisão integrativa. *Enfermagem Revista*. 21(2), 70-86, jan. Recuperado de < <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/18824>>

Pedra, E. de F. P., Pontes, L. V., Mourão, A. M., Braga, M. A., & Vicente, L. C. C. (2020). Pacientes pós-AVC com e sem trombólise: análise da deglutição na fase aguda da doença. *CoDAS*, 32(1), e20180229. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018229>

Reis, R. D., Pereira, E. C., Pereira, M. I. M., Soane, A. M. N. C., & Silva, J. V. (2017). Significados, para os familiares, de conviver com um idoso com sequelas de acidente vascular cerebral (AVC). *Interface*, 21(62), 641-650. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016005027102&script=sci_abstract&tlng=pt>

Rodrigues, M., Santana, L., & Galvão, I. (2017). Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. *Revista De Medicina*, 96(3), 187-192. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i3p187-192>

Teodosio, S. Saint-C. da S., Silva, E. R. da, Padilha, M. I., Mazera, M. S., & Borenstein, M. S. (2016). Oral history and documental investigation as a research itinerary in nursing: a bibliometric study (2000-2014). (2016). *Escola Anna Nery*, 20(4), e20160087. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160087>

Vaz, D. W. N., Evangelista, H. I., Pontes, L. de C., Silva, J. B. da ., Rezende, R. W. da S., & Acatauassú, L. P. (2020). Perfil epidemiológico do Acidente Vascular Cerebral no Estado do Amapá, Brasil. *Research, Society and Development*, 9(8), e938986642. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6642>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Maria Elaine Silva de Melo – 30%

Emiliana Bezerra Gomes – 20%

Célida Juliana de Oliveira – 15%

Maria de Fátima Vasques Monteiro – 15%

Evanira Rodrigues Maia – 20%