

CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DE ADULTOS SAUDÁVEIS NO DESENVOLVIMENTO DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Ana Karolina Zamprônio BASSI¹; Pâmela Paôla Carneiro LOPES¹, Maiara Oliveira da SILVA¹; Scherley Keavynny Tavares SILVA^{1*}.

1. Centro Universitário São Lucas, departamento de fonoaudiologia, Porto Velho, Brasil.

*Autor correspondente: scherleykeavynny@gmail.com

Recebido em: 14 de abril de 2017 - **Aceito em:** 05 de julho de 2018

RESUMO: As doenças cerebrovasculares e cardíacas estão ligadas diretamente com a qualidade e hábitos de vida que as pessoas possuem. A prevenção é essencial para que se promova uma sociedade mais consciente dos riscos que podem cursar com essas doenças. Assim, objetivou-se relacionar as pontuações totais e parciais obtidas no questionário QSAVI-AVE quanto ao sexo, raça, renda, faixa etária e comparou a pontuação total dos adultos entrevistados com a pontuação de corte obtida por pacientes acometidos por AVE. Para este estudo, uma amostra de 471 indivíduos considerados saudáveis, acima de 30 anos, que residiam ou visitavam a cidade de Porto Velho, responderam corretamente ao instrumento QSAVE-AVE e os resultados foram comparados tendo como nota de corte 68 pontos onde valores iguais ou acima destes são indicativos de maiores chances de desenvolver o AVE. Observou-se que as mulheres apresentam maiores risco. A raça parda e a renda de 1,5 salário mínimo mensal foram características da população. O sexo feminino, a faixa etária que contempla de 30 a 59 anos e as rendas mais baixas e a mais alta apresentaram maiores risco para desenvolver a doença. Existe uma diversidade em cada região do país, porém estudos corroboram com os achados encontrados nesta pesquisa. Conclui-se que mulheres, indivíduos de baixa renda e pardos são características sociodemográficas da amostra e o sexo feminino, as faixas etárias que contemplam de 30 a 59 anos e rendas mais baixas e a mais alta possuem risco mais elevado para desenvolver o AVE.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida, Epidemiologia. Perfil de saúde. Fonoaudiologia. Acidente Vascular Cerebral.

INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma alteração da fisiologia cerebral, de lesão localizada ou difusa, de evolução abrupta, que pode cursar com morte, como consequência de um problema vascular. Ocorre infarto ou hemorragia do tecido neuronal. Os sintomas que acometem o paciente refletem frequentemente a localização e o tamanho da lesão (SACCO, 2005).

Segundo a Organização Mundial da Saúde OMS (2014), uma das maiores causas de morte no mundo são as doenças cerebrovasculares dentre as quais se inclui o AVE.

A população do mundo está vivendo mais e isto é um fato. A projeção para a expectativa de vida aumenta cada vez mais. Segundo o IBGE (2015), 12% da população brasileira possui mais de 60 anos de idade. Destes, 51,3% são mulheres e 48,7% são homens, o que demonstra que a população

feminina vive mais quando comparada com o sexo masculino. O índice de projeção para 2030 é de 76,39 de idosos no Brasil.

Nos tempos atuais, pode-se perceber que com o avanço da tecnologia e a propagação das condições e hábitos de vida, favoráveis ou não, aumentam a preocupação da população quanto aos cuidados em relação à saúde. No entanto, na mesma proporção que se aumenta a procura pelos cuidados à saúde, aspectos negativos são estudados e números expostos revelam uma saúde frágil e uma qualidade de vida influenciada pelo sedentarismo, estresse, obesidade bem como, jovens com hábitos cada vez menos saudáveis.

Doenças cerebrovasculares e cardíacas estão diretamente relacionadas com a qualidade e hábitos de vida que as pessoas possuem. A prevenção é essencial para que se promova uma sociedade mais consciente dos riscos que podem cursar com essas doenças. Pacientes que são acometidos, podem apresentar desde leves alterações da

marcha e comunicação, bem como, manifestar severas complicações globais, e em casos mais graves, vir ao óbito.

Diversas pesquisas sobre os fatores de risco associado às doenças cerebrovasculares, especialmente o AVE, relatam que, os homens são mais acometidos que as mulheres (SCHUSTER *et al.*, 2008; BORGES, CRUZ, MOURA, 2008), porém as mulheres apresentam maiores fatores de risco (MOREIRA *et al.*, 2014; PAVÃO, WERNECK, CAMPOS, 2013; DINIZ, TAVARES, 2013; CAVALCANTE *et al.*, 2013; ALMEIDA *et al.*, 2011). Na cidade Niterói – RJ, uma amostra de 220 hipertensos foi caracterizada onde 38% eram do sexo masculino e 81% eram do sexo feminino (LAMAS *et al.*, 2006).

No que diz respeito a faixa etária, estima-se que quanto maior a idade, maiores são os riscos de adquirir doenças cerebrovasculares, pois as doenças como hipertensão, diabetes, obesidade e outros já se encontram instalados nesses indivíduos e na maioria deles a doença já se encontra em estado crônico (PAVÃO, WERNECK, CAMPOS, 2013; CANELOSSO *et al.*, 2010).

Algumas pesquisas mostram a raça negra como sendo a que possui maior predisposição a desenvolver o AVE (SCALZO *et al.*, 2010; CHAVES *et al.*, 2013). Em relação a cor da pele, em uma pesquisa bibliográfica, observou-se que no país a cor predominante tem relação com os aspectos demográficos de cada região (PAVÃO, WERNECK, CAMPOS, 2013; CARVALHO *et al.*, 2014; MOREIRA *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2012).

Segundo a OMS (2014), em países de alta e média renda as doenças cerebrovasculares encontram-se na segunda posição do ranking da morte. O Brasil que é considerado um país emergente, mostrou ter como determinante social modificável uma renda mais baixa característica de pacientes acometidos por AVE, ou seja, quanto menor a renda familiar mensal, maior são os riscos apontados (TOSCANO; OLIVEIRA, 2009; BELASCO, RANGEL, DICCINI, 2013;

SANTOS *et al.*, 2012; DINIZ, TAVARES, 2013).

Tendo em vista que o AVE tem alta incidência de acometidos, muitas profissões estão empenhadas em prevenir e reabilitar os pacientes. Neste intuito a fonoaudiologia atua desde a prevenção até a reabilitação ao paciente. As atuações mais conhecidas no atendimento ao paciente acometido pelo AVE é a disfagia, atuação em linguagem nas disartrofonias, afasias, apraxias e paralisias faciais. Correlacionando um dos campos da fonoaudiologia com as morbidades do AVE, no hospital das clínicas da faculdade de medicina de Botucatu foram analisados 102 pacientes diagnóstico de AVE, onde 76,5% apresentaram disfagias com a maioria de grau leve. Os que não cursaram com disfagia, no momento do exame videofluoroscópico da deglutição tinham sinais de disfunção elevando o percentual para 91% (SCHELP *et al.*, 2004).

A avaliação clínica fonoaudiológica é de extrema importância nestes casos como forma de identificar as alterações de deglutição e assim, prevenir complicações como pneumonia aspirativa, evitando-se a morbimortalidade associada à aspiração (FURKIN, 2005). A avaliação da disfagia, principalmente tendo por causa primária o AVE, é sempre solicitada ao fonoaudiólogo pois, a aspiração piora muito o quadro clínico do paciente. Como a pesquisa anterior mostrou, é um número considerável de acometidos com AVE que possuem a disfagia e todos estes devem receber orientação sobre o sintoma visto que a lesão neurológica pode piorar significativamente o problema.

Diante o exposto, objetivou-se relacionar as pontuações totais e parciais obtidas no questionário QSAVI-AVE quanto ao sexo, raça, renda, faixa etária e comparou-se a pontuação total dos adultos entrevistados com a pontuação de corte obtida por pacientes acometidos por acidente vascular encefálicos.

MATERIAL E MÉTODO

Este estudo trata-se de uma pesquisa transversal tendo em vista que analisa a atual situação dos participantes da pesquisa e o que estão realizando que pode ser um fator desencadeante do AVE, descrevendo os resultados, que serão descritos em forma de números para melhor visualização e compreensão dos resultados.

A população do estudo é composta por adultos maiores de 30 anos, de ambos os sexos, ativos ou não, escolhidos aleatoriamente nos locais da pesquisa. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade São Lucas sob o nº. 443.259/2013.

Em Porto Velho, segundo o Censo do IBGE, a população é de 428.527 habitantes, sendo os adultos acima dos 30 anos estimada em 182.003 (BRASIL, 2010). A quantidade amostral foi definida com base no Teorema do Limite Central e as Leis dos Grandes Números. Desta forma, adotando-se um erro de 9,5%, com uma proporção de 0,48% na população alvo, estimou-se uma amostra 768 sujeitos (ADAMS, 2013).

A pesquisa foi realizada no Centro de Convivência de idosos, Igreja Wesleyana e diferentes locais onde eram oferecidos atendimentos a comunidade por meio das extensões universitárias. Todos os locais são da cidade de Porto Velho, capital do Estado de Rondônia e foram escolhidos devido serem os locais de maior probabilidade de se encontrarem pessoas no perfil da pesquisa. As pesquisadoras se aproximaram das pessoas primeiramente se identificando e conversando brevemente com elas a fim de se iniciar uma relação de confiabilidade com o outro, depois explicou-se o motivo de estarem ali, o por que a pesquisa era importante e quais os riscos e benefícios de quem participasse da pesquisa. Após a conversa inicial, as pessoas que aceitassem participar da pesquisa respondiam o questionário. Sempre que possível, autoreferido.

Os critérios de inclusão foram de os participantes possuir mais de 30 anos

(CARVALHO *et al.*, 2014), já que este por si só já é um fator de risco para doença cerebrovascular e ter assinado corretamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os que residem ou estavam de visita pela Cidade de Porto Velho.

O instrumento utilizado para a coleta das informações foi um questionário aqui denominado QSAVI-AVE (Questionário auto referido sobre condições de saúde e estilo de vida para desenvolvimento de acidentes vasculares encefálicos), acerca das condições de saúde e os hábitos de vida para o desenvolvimento do AVE baseado em estudo com os fatores de risco (ABE, 2010). O referido instrumento foi dividido em três categorias a saber, dados sociais, fatores de maiores e fatores de menores riscos para o desenvolvimento do AVE. O QSAVI contém perguntas referentes aos dados pessoais e questões fechadas de múltiplas escolhas referentes aos fatores de maior risco (questões de 1 a 27) e menor risco (questões de 28 a 43) para o desenvolvimento do acidente vascular encefálico.

Os dados referentes peso, diabetes, hipertensão, problemas cardíacos e circulatórios, início de AVE, histórico familiar e hábitos de tabagismo acompanhados com etilismo estão relacionados a maiores fatores de riscos, tiveram os seus valores individuais relacionados a cada sujeito duplicados (0=0, 1=2, 2=4, 3=6, 4=8), tendo em vista que esses são os indicadores de risco mais propícios ao aparecimento da doença. Os itens favoráveis tiveram valores invertidos nos quais os maiores valores se tornaram os menores e vice versa (0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0). Desta forma, a pontuação total tende ser maior em sujeitos mais propensos a adquirir acidente vascular encefálico e pacientes com pontuação total menor, prevalecem menos riscos.

Neste estudo, as pontuações de itens desfavoráveis são referentes a pontuação I e a pontuação de itens favoráveis serão referentes a pontuação II e ainda, a pontuação geral é a soma das pontuações I e II.

Todos os achados das pontuações totais foram analisados levando-se em consideração um estudo realizado em Porto Velho, Rondônia no qual se utilizou o mesmo instrumento desta pesquisa. Este trabalho consultado teve como objetivo comparar histórico de vida, saúde e hábitos entre adultos considerados saudáveis (GC) e pessoas acometidas pelo acidente vascular encefálico (GE) quanto às condições adequadas e inadequadas entre os gêneros, raças e idade. Além disto, o referido trabalho testou o QSAVE-AVE utilizando como pontuação de corte o valor médio de 68 pontos, ou seja, com pontuação maior ou igual o participante seria considerado de risco para o acometimento de AVE (BASSI, CALDANA, 2015). Para a tabulação dos dados, não foram expostos os dados pessoais dos indivíduos a fim de evitar a inferência pessoal nos resultados.

Para análise dos dados foram utilizados testes estatísticos com relação de 95% de confiabilidade com margem de 5% de erro considerando-se como valor de relação estatística o p-valor de $>0,05$. O teste ANOVA – Analysis of variance, é um teste paramétrico que faz uma comparação de médias utilizando a variância. Este teste foi utilizado devido ao grande uso de médias na análise estatística contribuindo para verificar a qualidade e o grau de interferência das médias. O teste de Correlação de Pearson, é utilizado para mensurar o quanto as variáveis estão interligadas (ADAMS, 2015). Este teste é útil para verificar o grau de relação das variáveis evitando assim a influência da ordem de grandeza e unidades de cada variável.

Estimou-se uma amostra de 768 sujeitos, pois a coleta seria realizada em um ano. Contudo, pretendeu-se analisar os dados parciais deste estudo, pois a coleta foi realizada em seis meses. Encontrou-se dificuldades em realizar o questionário com as pessoas nos locais selecionados.

Para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido fez-se necessário solicitar documento de

identificação o que resultou na recusa de muitos a assinarem o mesmo. Houve uma perda de 55 indivíduos na amostra, pois os mesmos recusaram-se a responder o questionário da pesquisa, mesmo estando as pesquisadoras devidamente identificadas e terem explicado a importância da realização da pesquisa. Outro ponto a ser considerado é a demora na realização da pesquisa durante a entrevista de alguns indivíduos por conta da dificuldade de direcionar a conversa somente nos pontos questionados. Ainda houve a exclusão de aproximadamente 70 questionários que não foram devidamente preenchidos ou por apresentarem respostas contraditórias e a não correta assinatura dos TCLE. Assim, chegou-se a amostra final desta pesquisa de 471 indivíduos.

Os dados coletados foram armazenados em planilha do excel 2010 devido a sua facilidade em organizar dados e ser acessível a todos sendo os dados tabulados e submetidos à análise estatística quantitativa. Os softwares utilizados para análise estatística foram SPSS V17, minitab 16. Estes softwares foram escolhidos por facilitar o gerenciamento de dados, a seleção e execução de análises e realizar os testes escolhidos com precisão.

RESULTADOS

Para a apresentação dos resultados, vale ressaltar que quanto maior a pontuação média obtida, pior o desempenho no questionário e, portanto maiores as chances de desenvolvimento dos AVE segundo critérios utilizados do ponto de corte para este estudo, sendo as médias acima de 68 pontos com chances maiores de o indivíduo ser acometido por AVE (BASSI, CALDANA, 2015).

A tabela 1 mostra que o sexo feminino predominou na pesquisa, representando 70,1% dos entrevistados. Do total da amostra, 54,6% declaram-se da raça parda e apenas 0,6% se disseram indígenas, todos com um valor estatístico de $p < 0,001$.

Tabela 1 - Distribuição entre os sexos e raças e a relação com as pontuações médias totais obtidas das respostas dos participantes do questionário Q-SAVE.

SEXO	N	%	P-VALOR
Feminino	330	70,10%	<0,001
Masculino	141	29,90%	
Total	471		
RAÇA			
Amarelo	19	4,10%	<0,001
Branco	131	27,90%	
Indígena	3	0,60%	
Negro	62	13,20%	Ref.
Pardo	256	54,60%	
Total	471		

Fonte: Autores

Legenda: N - Valor absoluto da amostra Teste estatístico - Igualdade de duas proporções P-valor - < 0,05

Quanto à distribuição de renda, a maioria dos entrevistados, ou seja 36,9%, declaram possuir uma renda familiar mensal de até 1,5 salário mínimo, enquanto que, 7% relataram renda familiar mensal de 6 salários mínimos, os quais ambos apresentaram o valor de $p < 0,001$ (tabela2).

Para realizar comparação dos dados com os resultados da amostra, comparou-se as variáveis sexo, raça e renda com a pontuação I (itens desfavoráveis), pontuação II (itens favoráveis) e pontuação total (soma das duas pontuações).

Tabela 2 - Distribuição da renda e a relação com as pontuações médias totais das respostas obtidas pelos participantes com as raças.

Renda	N	%	P-valor
Não tenho renda	32	7,20%	<0,001
Até 1,5 salário mínimo	164	36,90%	Ref.
De 1,5 a 3 salários mínimos	109	24,50%	<0,001
De 3 a 4,5 salários mínimos	41	9,20%	<0,001
De 4,5 a 6 salários mínimos	31	7,00%	<0,001
De 6 a 10 salários mínimos	35	7,90%	<0,001
De 10 a 30 salários mínimos	32	7,20%	<0,001
Total	444		

Fonte: Autores

Legenda: N - Valor absoluto da amostra Teste estatístico - Igualdade de duas proporções P-valor - < 0,05

Quando o sexo foi comparado com a pontuação total encontrou-se relação entre os mesmos ($p=0,042$), ou seja, o sexo feminino apresenta maiores chances para o desenvolvimento do AVE. Ao realizar, ainda, comparações das pontuações I e II, observou-se haver tendência de relação da pontuação II para o sexo feminino, ou seja, os piores resultados para os itens favoráveis também se relacionaram ao sexo feminino (tabela 3).

Entre os sexos, apenas o feminino ultrapassou o ponto de corte 68 sendo, portanto, as mulheres com maiores chances de desenvolvimento do AVE.

Ao comparar os valores das faixas etárias com as pontuações I e II, observa-se que há relação entre si (pontuação I: $p=0,013$ e pontuação II: $p=0,031$). Quando se analisa a média total obtida, a faixa etária entre 30 a 49 anos apresentou um pior resultado

(maiores pontuações) na pontuação I, ou seja, pessoas da faixa etária de 30 a 49 anos obtiveram pontuações maiores nos itens desfavoráveis, o que sugere cuidados reduzidos quanto à saúde geral. Quando

verifica-se a pontuação II, os piores desempenhos estiveram entre as idades de 50 a 69 anos, gerando uma média de 35,5. O exposto pode ser verificado na tabela 4.

Tabela 3 - Comparação das pontuações das respostas médias parciais I e II (condições adequadas e inadequadas) obtidas entre os sexos.

	Sexo	Média	Mediana	DP	CV	Min	Max	N	IC	P-valor
Pontuação I	Feminino	33,8	33	12,2	36%	7	73	330	1,3	0,259
	Masculino	32,5	31	11,9	37%	9	75	141	2	
Pontuação II	Feminino	34,6	35	10,7	31%	2	84	329	1,2	0,058
	Masculino	32,6	33	10,9	34%	8	56	141	1,8	
Pontuação total	Feminino	68,3	67	15,9	23%	35	123	329	1,7	0,042
	Masculino	65	64	16,5	25%	24	115	141	2,7	

Fonte: Autores

Legenda: DP - Desvio padrão CV - Coeficiente de variação Min - Menor valor encontrado na amostra Max - Maior valor encontrado na amostra N - Valor absoluto da amostra IC - Intervalo de confiança Teste estatístico - ANOVA P-valor - < 0,05

Na tabela 5 realizou-se uma análise mais profunda entre as faixas etárias. Assim, foi possível visualizar que as faixas etárias 30 a 49 anos (34,3%) tiveram piores resultados (maior média) do que aquelas com idade

acima de 70 anos (29,8%), havendo relação com valor de p igual à 0,015. As faixas etárias entre 50 a 69 anos também obtiveram piores médias do que os participantes acima de 70 anos (p=0,02).

Tabela 4 - Comparação das pontuações das respostas médias parciais I e II (condições adequadas e inadequadas) obtidas entre as diferentes faixas etárias.

	Faixa Etária	Média	Mediana	DP	CV	Min	Max	N	IC	P-valor
Pontuação I	De 30 a 49	34,3	33	11,6	34%	11	73	189	1,7	0,013
	De 50 a 69	34,1	33	12,9	38%	7	75	202	1,8	
	Mais de 70	29,8	30	10,9	37%	9	59	80	2,4	
Pontuação II	De 30 a 49	32,6	33	11	34%	2	58	189	1,6	0,031
	De 50 a 69	35,5	36	11,3	32%	9	84	202	1,6	
	Mais de 70	33,8	35	8,5	25%	14	60	79	1,9	

Fonte: Autoras

Legenda: DP - Desvio padrão CV - Coeficiente de variação Min - Menor valor encontrado na amostra Max - Maior valor encontrado na amostra N - Valor absoluto da amostra IC - Intervalo de confiança Teste estatístico - ANOVA P-valor - < 0,05

A tabela 5 faz referência a comparação da renda com as respostas médias parciais e totais onde as rendas são classificadas em A = Não tenho renda, B = Até 1,5 salário mínimo (até R\$ 1.017,00), C = De 1,5 a 3 salários mínimos (R\$ 1.017,01 a R\$ 2.034,00), D = De 3 a 4,5 salários mínimos (R\$ 2.034,01 a 3.051,00), E = De 4,5 a 6 salários mínimos (R\$ 3.051,01 a R\$ 4.058,00), F = De 6 a 10 salários mínimos (R\$ 4.068,01 a R\$ 6.780,00), G = De 10 a 30

salários mínimos (R\$ 6.780,01 a R\$ 20.340,00) e, estas letras correspondentes podem ser identificadas na tabela 5.

Analisando os dados, constatou-se que, a renda definida como “A” apresentou o pior resultado sendo assim considerada como maior risco para os sujeitos desenvolverem AVE e a renda “F” a menor média, ou seja, menor risco para o desenvolvimento da doença.

Tabela 5 - Comparação das pontuações das respostas médias parciais I e II (condições adequadas e inadequadas) obtidas entre as diferentes rendas.

Renda	Média	Mediana	DP	CV	Min	Max	N	IC	P-valor	
Pontuação I	A	38,8	33,5	15,4	40%	16	72	32	5,3	
	B	32,3	31	12,5	39%	10	71	164	1,9	
	C	31,9	32	11	34%	10	62	109	2,1	
	D	36,9	36	12,4	34%	12	75	41	3,8	0,008
	E	35,9	37	10,9	30%	9	54	31	3,8	
	F	30,7	31	8,3	27%	17	49	35	2,7	
	G	35,5	35,5	10,8	30%	11	52	32	3,8	
Pontuação II	A	32,7	33	11,5	35%	12	51	32	4	
	B	34,6	35	9,9	29%	8	62	163	1,5	
	C	33	34	10,2	31%	11	60	109	1,9	
	D	33,5	35	11,5	34%	14	60	41	3,5	0,258
	E	37,8	38	14,5	38%	14	84	31	5,1	
	F	32,7	33	11,7	36%	2	54	35	3,9	
	G	36,1	35,5	10,4	29%	20	58	32	3,6	
Pontuação total	A	71,5	68,5	15	21%	47	111	32	5,2	
	B	66,7	66	16,3	24%	28	123	164	2,5	
	C	64,9	64	14,7	23%	33	103	109	2,8	
	D	69,7	68	19,6	28%	33	112	40	6,1	0,02
	E	73,8	77	20,8	28%	24	120	31	7,3	
	F	63,4	64	10,5	17%	38	82	35	3,5	
	G	71,7	68,5	15,5	22%	48	104	32	5,4	

Fonte: Autoras

Legenda: DP - Desvio padrão CV - Coeficiente de variação Min - Menor valor encontrado na amostra Max - Maior valor encontrado na amostra N - Valor absoluto da amostra IC - Intervalo de confiança Teste estatístico - ANOVA P-valor - < 0,05

No que se refere às pontuações médias totais obtidas e às rendas, houve relação das rendas entre 6 a 10 salários mínimos (renda “F”; 63,4), que apresentaram uma média melhor em discrepância com a renda anterior a esta (renda “E”; 73,8) a qual

se obteve a pior pontuação média total dentre as analisadas, ou seja, rendas próximas apresentaram valores divergentes.

Vale expor que as famílias sem renda (“A”) e aquelas as quais possuíam as maiores rendas (“G”) pesquisadas neste estudo

tiveram médias próximas à pior renda, a “E” (73,8%).

Por fim, ao analisar a pontuação média total entre as rendas foi possível identificar que indivíduos os quais declararam não possuir renda (“A”), os com renda entre 3 e 6 salários mínimos (“D”, “E”) e os com renda entre 10 e 30 salários mínimos (“G”) apresentaram médias que sinalizam chance destes indivíduos desenvolverem AVE considerando os critérios estatísticos adotados neste estudo, que se referem a população de corte com pontuação de 68 pontos (BASSI, CALDANA, 2015).

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi de relacionar as pontuações totais e parciais obtidas no questionário QSAVI-AVE quanto ao sexo, raça, renda, faixa etária dos pesquisados e comparou-se com a pontuação de corte obtida em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico em um estudo realizado por Bassi e Caldana (2015).

Na busca por estudos que corroboram com este, verificou-se haver achados divergentes nas diferentes regiões do país. Em relação ao sexo, dos 26 indivíduos considerados de alto risco com hipertensão e diabetes crônica 57,7% eram mulheres (MOREIRA *et al.*, 2014), denotando predominância do sexo em relação aos homens. Em outro estudo realizado em 2008 com 8.048 famílias obteve-se o mesmo achado estatístico, ou seja, um predomínio de 57,7% mulheres (PAVÃO, WERNECK, CAMPOS, 2013). Diniz e Tavares, 2013 levantaram dados sobre 134 idosos atendidos em um centro municipal de saúde na cidade de Água Comprida- MG, onde relatou predominância de 57,5% mulheres.

A presente pesquisa denota um predomínio do sexo feminino nos entrevistados o que corrobora com outros estudos em várias partes do país (CAVALCANTE *et al.*, 2013; ALMEIDA *et al.*, 2011). Durante a coleta foi observado que mulheres são mais acessíveis a serem

contatadas e participam mais de eventos, centros de convivência de idosos e na igreja, que no presente estudo foram os locais da coleta.

No que se refere à raça, este estudo encontrou predomínio na cor parda. A maioria das pesquisas encontradas relataram haver predominância da cor branca (PAVÃO, WERNECK, CAMPOS, 2013; SANTOS *et al.*, 2012). Cesar *et al.* (2008), realizou um estudo que teve com o objetivo determinar características sociodemográficas em 1023 idosos acima de 60 anos, desenvolvido em duas cidades, Caracol – PI e Garrafão do Norte – Pará, em ambas houve predominância da cor parda com 73,7% de predominância. Em Montes Claros, uma pesquisa realizada por Moreira, *et al.* (2014) também predominou a raça parda, pois 26 dos indivíduos (53,8%) declararam-se desta etnia. No sertão nordestino, dos 21 indivíduos pós AVE pesquisados, 42,9% declaram-se pardos (CARVALHO, *et al.*, 2014).

Segundo o IBGE, por meio da pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD em 2012, 70,1% da população do norte do país são pardos, o que explica a maior predominância da raça nesta pesquisa e, assim, justifica-se o predomínio da raça na capital do estado de Rondônia devido aos diferentes ciclos migratórios ocorrendo, portanto, maior miscigenação (BRASIL, 2013).

No que se refere à renda, este estudo demonstrou uma predominância de entrevistados com 1,5 salário mínimo. Em Maceió – AL, foi realizado uma pesquisa com 139 pacientes que tiveram o AVE com idade acima de 18 anos onde 67,6% dos entrevistados sobrevivem com um salário mínimo mensal (BELASCO, RANGEL, DICCINI, 2013). No estudo de SANTOS *et al.* (2012), ainda relatou que 56,5% dos indivíduos estudados possuem renda familiar de um salário mínimo. Diniz e Tavares (2014) apresentaram em seu estudo um salário mínimo como predomínio (48,5%).

No desenvolver desta pesquisa pode-se notar que pessoas de baixa renda são mais

acessíveis e frequentam locais públicos e os centros de convivência, onde realizou-se essa pesquisa, provavelmente, por serem locais dirigidos por órgãos públicos e que não gerem nenhum custo financeiro a seus frequentadores.

Estudo realizado em Porto Velho – RO equiparou 144 pessoas, sendo que para esta cada participante acometido com o AVE haveria um sujeito saudável com as mesmas características quanto à sua idade, sexo e raça. Assim, foi realizada a análise da sensibilidade e da especificidade das pontuações obtidas, tendo como resultado a pontuação de corte de 68 pontos. Portanto, os indivíduos com pontuação igual ou acima deste são caracterizados com possíveis chances de desenvolvimento do AVE (BASSI, CALDANA, 2015). Esta pontuação de corte também foi adotada no presente estudo como referência para verificar as chances de o indivíduo cursar com AVE.

A fim de verificar se o sexo tem relação com o desenvolvimento de AVE foram comparadas as pontuações dos itens desfavoráveis, favoráveis e totais com os sexos. O resultado expressivo denota que o sexo feminino é um fator de risco para o acometimento da doença. Em um estudo retrospectivo utilizando dados de mortalidade fornecidos no banco de dados de domínio público do Ministério da Saúde no período que contemplou 1995 a 2005 cruzou os valores globais de mortalidade específica do AVE tendo como base censo populacional de 2.015.146 habitantes do Distrito Federal. Como resultados, as mulheres apresentaram um grande aumento das chances de adquirir AVE. Em pacientes idosos o risco é três vezes maior em comparação às demais faixas etárias (PINHEIRO, VIANNA, 2012).

Ainda tendo como referência o estudo de Diniz e Tavares (2014), as pesquisadoras levantaram dados que mostram que o sedentarismo e o diabetes mellitus são relacionados estatisticamente com o sexo feminino. Outras variáveis como tabagismo, obesidade, circunferência abdominal aumentada e hipertensão demonstraram ser maiores nas mulheres que nos homens

(DINIZ, TAVARES, 2014). Em estudo realizado com 64 pacientes da clínica de fisioterapia da UNIRG fez-se um levantamento de riscos cardiovasculares em pacientes acometidos com AVE. O estudo teve como resultados que as mulheres apresentaram maior porcentagem para hipertensão, hipercolesterolemia, tabagismo e sedentarismo (RODRIGUES *et al.*, 2013).

No presente estudo, as mulheres apresentaram média da pontuação total de 68,3 pontos, fato este que sugere haver nesta amostra maiores chances de desenvolver AVE. Assim pode-se constatar que as mulheres estão adotando hábitos menos saudáveis quando comparadas aos homens.

Há vários fatores que sugerem os motivos pelos quais as mulheres tenham mais fatores de risco associados. Um dos aspectos podem ser que as mulheres são as cuidadoras da casa e da família o que gera muitas vezes uma sobrecarga que não as permite cuidar da saúde. Em Recife, 2.055 mulheres que eram donas de casa ou empregadas, com ou sem filhos foram pesquisadas, onde 69,5% apresentaram estarem nervosas, tensas, preocupadas e 47,5% sentiam dores de cabeça frequentes (ARAÚJO, PINHO, ALMEIDA, 2005). Ainda, as mulheres apresentam um maior sobrepeso o que indica menor cuidado com aspectos adequados da alimentação o que influencia muito os fatores de risco. Na pesquisa de Santos *et al.* (2011), 51,22% das mulheres pesquisadas apresentaram obesidade, sendo que, quanto mais idosas mais obesas.

Nesta pesquisa, pessoas das faixas etárias entre 30 a 49 anos apresentaram pior desempenho nos itens desfavoráveis. Pavão, Werneck e Campos (2013), verificaram que as pessoas até 39 anos tiveram a melhor percepção de saúde da pesquisa. Isto faz pensar que quanto mais novos são os indivíduos, menos estes se preocupam com a saúde, pois acreditam possuir menos riscos. Os indivíduos que contemplam as faixas etárias entre 30 e 69 anos são pessoas na sua maioria que ainda trabalham e, assim, tendem a possuir menor tempo para cuidados específicos com alimentação, realização de

exercícios físicos e outros itens importantes (LIMA-COSTA, BARRETO, GIATTI, 2002). Possivelmente, os idosos acima dos 70 anos possuem mais tempo para procurar serviços de saúde e tomar os devidos cuidados com ela, porém muitas vezes a doença já está instalada.

Em uma pesquisa realizada com 2.920 indivíduos, verificou-se que quanto maior a idade, maior prevalência de doenças tais como hipertensão, sedentarismo, obesidade, circunferência abdominal aumentada (CANELOSSO *et al.*, 2010). A partir dos dados levantados, confirma-se que a idade é um fator influenciador no aparecimento da doença AVE.

Diniz e Tavares (2013) registraram que 48,5% da sua amostra são de pessoas que possuem uma renda familiar de um salário mínimo. A baixa renda dificulta o acesso a alimentos mais saudáveis, a adesão aos tratamentos dos fatores de risco e ao acesso de lugares adequados para atividades físicas. Em uma pesquisa realizada com pacientes acometidos pelo AVE verificou-se que 39% dos acometidos sobreviviam com um salário mínimo mensal (LEITE, NUNES, CORREA, 2011). Tais estudos corroboram com os achados encontrados com este estudo.

Quando verificou-se os dados de renda e sua associação com o risco de desenvolver o AVE, chegou-se à conclusão neste estudo que tanto rendas muito baixas ou muito altas parecem possuir pior desempenho, logo as rendas intermediárias demonstram possuir melhores condições de saúde (MOREIRA *et al.*, 2012).

Como hipóteses para os resultados, verifica-se que a baixa renda diminui o acesso aos hábitos de vida saudáveis, já que estes geram custos mais elevados e pessoas de alta renda, apesar de muitos recursos, dispõem de pouco tempo para cuidar de sua saúde, já que precisam trabalhar mais para manter a renda. Logo, pessoas com renda intermediária encontrariam o equilíbrio pois teriam recursos e tempo para manter hábitos de vida mais saudáveis (JODAS *et al.*, 2009; SOUZA, CARVALHO, FERNANDES, 2001).

Pode-se verificar que estudos epidemiológicos denotam uma renda baixa para os acometidos pelo AVE (SILVA *et al.*, 2012; MAKDISSE *et al.*, 2008), porém há uma dificuldade em encontrar bibliografia sobre altas rendas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para atingir os objetivos, a nota de corte de 68 pontos foi utilizada na comparação das médias das pontuações totais. Assim, conclui-se que as maiores chances de desenvolver AVE são para os grupos com médias mais altas que a pontuação de corte.

Conclui-se que na amostra o sexo feminino e a raça parda foram predominantes sendo a maioria dos participantes com renda de no máximo 1,5 salários mínimos.

O sexo feminino apresentou maiores chances do desenvolvimento do AVE tendo em vista que as mulheres apresentaram piores desempenhos quanto ao histórico de saúde e hábitos de vida.

Quanto aos hábitos de vida adequados, as idades entre 50 a 69 anos demonstraram piores condições e hábito de vida saudáveis. Foi possível identificar que as melhores condições gerais envolveram pessoas com idades acima de 70 anos. Conclui-se também que a faixa etária compreendida entre 30 a 49 anos de idade obtiveram piores desempenhos tanto quanto ao histórico e condições de saúde quanto pela busca de hábitos de vida mais saudáveis.

Por fim, os participantes sem renda ou aqueles em que a renda varia entre 10 a 30 salários mínimos tiveram pontuações consideradas com chance para o desenvolvimento do AVE assim como também ocorreu com a renda intermediária de 3 a 6 salários.

Este estudo permite identificar os determinantes não modificáveis para o risco de desenvolver o AVE. Assim, ações de prevenção específicas nessas populações tendem a ser mais eficientes.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a cada um que colaborou com este trabalho tais como os

diretores das instituições que nos permitiram coletar os dados, aos participantes da pesquisa, a nossa família, nossos amigos e acima de tudo a Deus.

SOCIODEMOGRAPHIC CONDITIONS OF HEALTHY ADULTS IN THE DEVELOPMENT OF ENCEPHALIC VASCULAR ACCIDENT

ABSTRACT: Cerebrovascular and heart disease are directly linked to the quality and life habits that people have. Prevention is essential for promoting a society that is more aware of the risks that can accompany these diseases. Thus, we aimed to relate the total and partial scores obtained in the QSAVI-AVE questionnaire regarding gender, race, income and age and compared the total score of the adults interviewed with the cut score obtained by stroke patients. For this study, a sample of 471 individuals considered healthy, over 30 years of age, living or visiting the city of Porto Velho, correctly answered the QSAVE-AVE instrument and the results were compared with 68 points where the values were equal or above these are indicative of greater chances of developing stroke. It was observed that women are at greater risk. The brown breed and income of 1.5 minimum monthly salary were characteristic of the population. The female sex, the age range from 30 to 59 years and the lowest and highest incomes were at higher risk of developing the disease. There is a diversity in each region of the country, but studies corroborate with the findings found in this research. It has concluded that women, low-income individuals and brown breed are sociodemographic characteristics of the sample and female, the age groups that contemplate from 30 to 59 years and lower and higher incomes have a higher risk to develop the AVE.

KEYWORDS: Quality of life. Epidemiology. Health profile. Speech, language and hearing sciences. Stroke.

REFERÊNCIAS

ABE, I. M. Validação de um questionário de sintomas cerebrovasculares para inquéritos epidemiológicos. **Med J.**, v. 128, n. 4, p. 225-31, 2010.

ADAMS E. **Relatório de parecer de tamanho amostral.** São José dos Campos, 2013.

ADAMS E. **Relatório de resultados estatísticos.** São José dos Campos; 2015.

ALMEIDA, E. O.; FALEIROS, B. E.; MARTINS, C.; LEMOS, S. M. A.; TEIXEIRA, A. L. Características clínico-demográficas dos acidentes vasculares encefálicos de pacientes atendidos no Hospital Público Regional de Betim, MG. **Rev Med Minas Gerais**, v. 21, n. 4, p. 384-389, 2011.

ARAÚJO, T. M. de, PINHO, P. de S.; ALMEIDA, M. G. de. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.5, n. 3, p. 337-348, 2005.

BASSI, A. K. Z.; CALDANA, M. L. **Estilo de vida e histórico de saúde de pessoas com e sem Acidente Vascular Encefálico (AVE): contribuições para a Fonoaudiologia e ciências da saúde.** 2015. p. 105. Tese (Doutorado em Odontologia) Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo, Bauru, 2015.

BELASCO, A. G. S.; RANGEL, E. S. S.; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paul Enferm.** v. 26, n. 2, p. 205-12, 2013.

BORGES, H. P.; CRUZ, N. do C.; MOURA, E. C. Associação entre Hipertensão Arterial e Excesso de Peso em adultos. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 91, n. 2, p.110–8, 2008.

BRASIL, IBGE. **Dados populacionais do estado de Rondônia.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ro> Acesso em: 16 de Abr. de 2014. Dados do ano de 2010.

BRASIL, IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios anos 2011-2012.** 2013.

BRASIL, IBGE. **Projeção da população.** Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/> >. Acesso em 11. Nov. 2015.

CARNELOSSO, M. L.; BARBOSA, M. A.; PORTO, C. C.; SILVA, S. A.; CARVALHO, M. M. de; OLIVEIRA, A. L. I. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1073-1080, 2010.

CARVALHO, M. I. F. de; DELFINO, J. de S.; PEREIRA, W. M. G.; MATIAS, A. C. X.; SANTOS, E. F. S. Acidente vascular cerebral: dados clínicos e epidemiológicos de uma clínica de fisioterapia do sertão nordestino brasileiro. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 6, p. 1-4, 2014.

CAVALCANTE, T. F.; DE ARAÚJO, T. L.; MOREIRA, R. P.; DE SANTIAGO, J. M. V. Perfil socioeconômico de pacientes hospitalizados por acidente vascular encefálico. **Rev. Rene.**, v. 11, n. 4, p. 154-162, 2010.

CESAR, J. A.; OLIVEIRA-FILHO, J. A.; BESS, G.; CEGIELKA, R.; MACHADO, J.; GONÇALVES, T. S.; NEUMANN, N. A. Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 8, p. 1835-1845, 2008.

CHAVES, A. M.; COELHO, L. de S.; CARVALHO, L. R. B.; FILHA, M. J. M. M.; SILVA, M. N. de P. da; CARVALHO, M. de M. Incidence of complications of hypertension in patients in tertiary hospital. **J. Res. Fundam. Care Line.**, v. 5, n. 6, p. 275–83, 2013.

DINIZ, M. A.; TAVARES, D. M. dos S. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos de um município do interior de Minas Gerais. **Texto Context Enferm.**, v. n. 4, p. 885-92, 2013.

FURKIN, A. M; **Disfagia Orofaríngea Neurogênica.** In: MARCHESAN, I. Q; Fundamentos da fonoaudiologia – Aspectos clínicos em Motricidade Oral. 2º Ed. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan; 2005. pág. 121 – 32.

JODAS, D. A.; MARIA DO CARMO LOURENÇO HADDAD, M. C. L.; RITA DE CASSIA DOMANSKY, R. C.; DELFINO SENTONE, A. D. D. Risco para doenças cardiovasculares de trabalhadores de higiene de um hospital universitário público. **remE - Rev. Min. Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 391-398, 2009.

LAMAS, A. R.; MATOS, R. M. DE.; TEIXEIRA, E. R.; COSTA E SILVA, J. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial. **Esc Anna Nery R Enferm.**, v. 10, n. 3, p. 378–384, 2006.

LEITE, H. R.; NUNES, A. P. N.; CORRÊA, C. L. Perfil epidemiológico e qualidade de vida dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, v. 15, n. 1, p. 15-21, jan./abr. 2011.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios –PNAD/98. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 813-824, 2002.

MAKDISSE, M.; PEREIRA, A. da C.; BRASIL, D. de P.; BORGES, J. L; MACHADO-COELHO, G. L. L.; KRIEGER, J. E.; NASCIMENTO-NETO, R. M.; CHAGAS, A. C. P. Prevalência e fatores de risco associados a doença arterial Periférica no Projeto Corações do Brasil. **Funcor Arq Bras Cardiol.**, v. 91, n. 6, p. 402-414, 2008.

MOREIRA, G. R.; QUEIROZ, D. M.; BEZERRA, S. A.; MOREIRA, K. S.; LEITE, M. T. S.; RODRIGUES, C. A. Q. Condições de vida de hipertensos e diabéticos nas famílias de alto risco. **Rev unimonte científica Montes Claros**, v. 16, n. 1, p. 26-34, 2014.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Auto avaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 723-734, 2013.

PINHEIRO, H. A.; VIANNA, L. G. Taxa de Mortalidade Específica por Doenças Cerebrovasculares no Distrito Federal entre 1995 e 2005. **Rev Neurocienc.**, v. 20, n. 4, p. 488-493, 2012.

RODRIGUES, E. S. R.; CASTRO, K. A. B.; REZENDE, A. A. B.; HERRERA, S. D. S. C.; PEREIRA, A. M.; TAKADA, J. A. P. Fatores de risco cardiovascular em pacientes com acidente vascular cerebral. **Revista Amazônia**, v. 1, n. 2, p. 21-28, 2013.

SACCO, R. L. **Patogênese, classificação e epidemiologia das doenças vasculares cerebrais**. In: LIPPINCOTT, WILLIAN, WILKIN. Merritts neurology. 11 ed. Philadelphia: Traduzido por Ed. Guanabara Koogan, 2007. Cap. 36, p. 255-269.

SANTOS, H. J. X.; MOURA, R. S.; H. H. P.; SANTANA, W. A. de; GUIMARÃES, A. de O.; BOAVENTURA, R. F.; C. M. de M. **Estado nutricional de mulheres experienciando o climatério e o envelhecimento nutrição e envelhecimento feminino**. Universidade Tiradentes - Dissertação de mestrado em Saúde e Ambiente – Aracaju 2011.

SANTOS, W. M.; CERQUEIRA, G. S.; DE OLIVEIRA, M. V. V.; SOUSA, M. J. S.; FERREIRA, F. F. V. Perfil epidemiológico dos pacientes sequelados de acidente vascular cerebral: um estudo transversal. **Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer**, v. 8, n.15; p. 1997 - 2007, 2012.

SCALZO, P. L.; SOUZA, E. S. de; MOREIRA, A. G. de O.; VIEIRA, D. A. F. Qualidade de vida em pacientes com acidente vascular cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. **Rev. Neurocienc.**, v. 18, n. 2, p. 139–44, 2010.

SCHELP, A. O; COLA, P. C; GATTO, A. R; SILVA, R. G; CARVALHO, L. R. Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 62, n. 2, p. 503 -6, 2004.

SCHUSTER, R. C.; ZADRA, K.; LUCIANO. M.; POLESE, J. C.; MAZZOLA, D.; SANDER, I. Análise da pressão plantar em pacientes com acidente vascular encefálico. **Rev. Neurocienc.**, v. 16, n. 3, p. 179–83, 2008.

SILVA, R. J dos S.; SMITH-MENEZES, A.; TRIBESS, S. RÓMO-PEREZ, V., VIRTUOSO-JÚNIOR, J. S. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 15, n. 1, p. 49-62, 2012.

SOUZA, N. S. S.; CARVALHO, F. M.; FERNANDES, R. C. P. Hipertensão arterial entre trabalhadores de petróleo expostos a ruído Arterial. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 6, p. 1481-1488, 2001.

TOSCANO, J. J. O.; OLIVEIRA, A. C. C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade Física. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 15, n. 3, p. 169–173, 2009.

WORD HEALTH ORGANIZATION, 2014. **The top 10 causes of death**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>> <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index1.html>>. Acesso em: 02 Nov. 2015.