

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM ADULTO JOVEM: ANÁLISE DOS REGISTROS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR

Resumo: Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo, das internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) em adultos jovens, cujo objetivo foi descrever o perfil epidemiológico desses eventos. Os dados são oriundos do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) registrado no período de 2013 a 2017. O estudo se justifica pelo número crescente dos casos de internação por AVC nessa faixa etária no Rio Grande do Sul - RS. O aumento da doença em adultos jovens tem despertado o interesse da comunidade acadêmica, uma vez que a sua ocorrência representa, negativamente, um fator de impacto individual e socioeconômico. Entre os resultados destaca-se que o sexo feminino apresentou a maior prevalência de AVC, com 58,49%. Indivíduos de origem preta/parda apresentaram os maiores percentuais de acometimento e a doença não se comporta de forma sazonal. A análise cartográfica sugere vulnerabilidade na acessibilidade à recursos de saúde em diversas áreas do RS. Descritores: Acidente Vascular Cerebral, Adulto Jovem, Morbidade.

Stroke in young adult: analysis of hospital information system records

Abstract: This is an ecological, retrospective study of hospitalizations due to stroke in young adults, whose objective was to describe the epidemiological profile of these events. The data originated from the Hospital Information System (SIH) registered in the period from 2013 to 2017. The study is justified by the increasing number of cases of hospitalization due to stroke in this age group in Rio Grande do Sul - RS. The increase of the disease in young adults has aroused the interest of the academic community, since its occurrence represents, negatively, an individual and socioeconomic impact factor. Among the results, it is noteworthy that the female gender presented the highest prevalence of stroke, with 58.49%. Individuals of black/brown origin had the highest percentages of involvement and the disease did not behave seasonally. The cartographic analysis suggests vulnerability in accessibility to health resources in several areas of the RS.

Descriptors: Stroke, Young Adult, Morbidity.

Accidente cerebrovascular en adultos jóvenes: Análisis de los registros del sistema de información hospitalaria

Resumen: Se trata de un estudio ecológico y retrospectivo de hospitalizaciones por accidente cerebrovascular en adultos jóvenes, cuyo objetivo fue describir el perfil epidemiológico de estos eventos. Los datos se originaron en el sistema de información del hospital (SIH) registrado en el período de 2013 a 2017. El estudio está justificado por el número cada vez mayor de casos de hospitalización debido a derrame cerebral en este grupo de edad en Rio Grande do Sul - RS. El aumento de la enfermedad en adultos jóvenes ha suscitado el interés de la comunidad académica, ya que su ocurrencia representa, negativamente, un factor de impacto individual y socioeconómico. Entre los resultados, cabe destacar que el género femenino presentó la mayor prevalencia de ictus, con 58,49%. Los individuos del origen negro/marrón tenían los porcentajes más altos de implicación y la enfermedad no se comportó estacional. El análisis cartográfico sugiere vulnerabilidad en la accesibilidad a los recursos de salud en varias áreas de la RS.

Descriptores: Apoplejía, Adulto Joven, Morbilidad.

Lutieri Mateus Benetti
Estudante de Enfermagem na Universidade
FEEVALE, Rio grande do Sul - RS.
E-mail: lutimb@hotmail.com

André Luis Machado Bueno
Doutor em Enfermagem pela Universidade
Federal do Rio Grande do Sul. Professor do
curso de Enfermagem da Universidade
FEEVALE.
E-mail: andrebueno@feevale.br

Submissão: 24/11/2018
Aprovação: 29/07/2019

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) em adultos jovens é um evento considerado incomum, entretanto, na sua ocorrência, pode ser devastador para os indivíduos afetados e para suas famílias devido ao impacto individual e socioeconômico da doença. Nesse sentido, entende-se que as elevadas taxas de morbimortalidade produzem sofrimento de vítimas e familiares, além de elevar os gastos com o tratamento e custo social das sequelas da doença em uma população economicamente ativa^{1,2}.

A doença apresenta-se como a terceira maior causa de morte natural da população adulta no mundo, com taxas inferiores somente ao câncer e o infarto do miocárdio, afetando cerca de dezesseis milhões de pessoas anualmente, sendo responsável por, aproximadamente, seis milhões de óbitos anuais. No Brasil o quadro é ainda mais preocupante, segundo a Rede Brasil AVC, o acidente vascular cerebral é considerado a doença mais letal para os brasileiros^{2,3,4}.

Segundo o indicador DALY, que mede os anos de vida perdido, as doenças cerebrovasculares estão entre as cinco principais causas de morte e isto caracteriza um problema de saúde pública que requer urgentemente uma reestruturação do sistema na Atenção Básica de Saúde (ABS), com o intuito de promover a prevenção do AVC^{5,6}.

A diferença do AVC no adulto jovem em relação à pacientes com idade avançada, consiste, sobretudo, em sua etiologia, que é mais vasta, e no prognóstico, que geralmente é mais favorável⁷. As recomendações que visam a prevenção do AVC em adultos jovens não diferem, em sua maioria, as destinadas à faixas etárias superiores sendo, no geral, focadas na promoção de estilos de vidas mais saudáveis, controle e prevenção

de hipertensão e dos demais fatores vulnerabilizantes, como tabagismo, etilismo, obesidade, sedentarismo, uso de drogas e anticoncepcionais hormonais¹.

Embora os casos de AVC em adultos jovens apresentem um prognóstico favorável de sobrevivência quando comparado a faixas etárias mais elevadas, considera-se que as taxas de morbimortalidade e as limitações impostas pelas sequelas da doença, materializam-se em dependência física, psicológica e econômica, que atuam como complicadores da vida cotidiana e para a reintegração social⁸.

Nesse sentido, este estudo objetivou descrever o perfil epidemiológico dos registros de morbidade hospitalar por AVC em adultos jovens, no período de 2013 a 2017, para o estado do Rio Grande do Sul.

Material e Método

Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo, oriundo dos 1.631 registros de morbidade por AVC em adultos jovens entre os anos de 2013 a 2017 no RS. Os dados são oriundos do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), de acesso livre e universal, e foram selecionados online via Tabnet, segundo o local de internação. Salienta-se que a classificação de faixa etária referente à adultos jovens é variável na literatura, entretanto, para este estudo, adota-se como referência a faixa etária de vinte a trinta e nove anos a fim de analisar e dar visibilidade aos dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Salienta-se que os dados são geridos pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde. As unidades hospitalares participantes do SUS

enviam as informações das internações efetuadas através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para os gestores municipais ou estaduais. Estas informações são processadas no DATASUS formando uma base de dados que abriga os registros de grande parte das internações hospitalares realizadas no Brasil⁹.

As variáveis utilizadas no estudo, excluídos os dados ignorados, foram: sexo, faixa etária, raça/cor, AIH aprovadas, caráter de atendimento, regime (tipo de vínculo que a Unidade Hospitalar tem com o SUS), taxa de mortalidade (razão entre a quantidade de óbitos e o número de AIH aprovadas, computadas como internações, no período, multiplicada por 100), média de permanência hospitalar em dias (média de permanência das internações referentes às AIH aprovadas computadas como internações no período), o número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), valor médio das AIH aprovadas no período e a taxa de prevalência para raça/cor ponderada para 10.000 habitantes.

Ressalta-se que para a construção da taxa de prevalência relacionada a raça/cor considerou-se o censo demográfico de 2010, com uma população total residente de 10.693.929 indivíduos para o RS, com a seguinte distribuição percentual: brancos 83,2%, pretos 5,6%, pardos 10,6%, amarelos 0,3% e indígenas 0,3%. Nesse sentido, o alto percentual de brancos na constituição populacional do RS justifica-se pelo processo histórico-cultural de colonização feita essencialmente por alemães, italianos e açorianos. Salienta-se também que 51,3% da população do

estado é feminina, mas, no entanto, para a faixa etária estudada, os homens representam 54,9% da população. Sendo assim, acredita-se que taxas ponderadas pela população podem auxiliar no entendimento da magnitude e do comportamento do problema ou agravo a saúde¹⁰.

A coleta dos dados foi realizada no mês de Abril de 2018, seguindo um roteiro estabelecido pelos autores, com posterior compilação, estruturação e análise dos mesmos. A análise descritiva foi realizada com auxílio do programa TabWin 4.15 e de uma planilha eletrônica.

Resultados e Discussão

Os resultados apresentados dizem respeito aos 1.631 casos de AVC em adultos jovens, registrados no período de estudo. Nesse sentido, a tabela 1 apresenta a distribuição dos casos por sexo, faixa etária e raça/cor conforme o período do estudo.

Tabela 1. Faixa etária, sexo e raça/cor.

Variável	1631	100
Sexo		
Masculino	677	41,51
Feminino	954	58,49
Faixa Etária		
20 a 29 anos	433	26,55
30 a 39 anos	1198	73,45
Raça/Cor		
Branca	1079	66,16
Preta	101	6,19
Parda	87	5,33
Amarela	5	0,31
Indígena	3	0,18
Sem informação	356	21,83

Fonte: (SIH/SUS), elaboração da tabela BENETTI, L.M, Abril de 2018.

É possível observar na Tabela 1 que os indivíduos de 20 a 29 anos apresentaram as menores taxas de prevalência para os casos de AVC, com 26,55% do total de casos. A faixa etária de 30 a 39 anos apresentou uma prevalência de 73,45% e colocou-se como a mais vitimada pela doença. Nesse sentido, verifica-se, para esses dados, que o aumento de idade pode atuar como fator vulnerabilizante para o AVC, mesmo em adultos jovens.

Segundo o Ministério da Saúde um fator de risco não modificável predisponente para o AVC é o sexo masculino, assim sendo, este sexo deveria ser o mais acometido. Entretanto, para esta proposta de pesquisa, os casos de AVC no sexo feminino perfizeram 58,49% dos registros¹¹. Vale ressaltar que esse comportamento pode justificar-se a partir do recorte de faixa etária proposto neste estudo.

Na tabela 2 é possível observar mais detalhadamente a prevalência de AVC no sexo feminino.

Tabela 2. Sexo e faixa etária.

Faixa etária	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
20 a 29 anos	176	40,65	257	59,35	433	100
30 a 39 anos	501	41,82	697	58,18	1198	100

Fonte: (SIH/SUS), elaboração da tabela BENETTI, L.M, Abril de 2018.

Segundo um estudo sobre o comportamento epidemiológico do AVC, no Brasil, o sexo feminino apresenta as maiores taxas de prevalência e mortalidade, com redução das taxas de mortalidade para o sexo masculino¹². Nesse sentido, um estudo ecológico, retrospectivo, no período de 1995 a 2005 no Distrito Federal, também demonstrou que o sexo feminino é o mais acometido pela doença¹³.

Os dados indicam, na Tabela 2, que na faixa etária dos 20 aos 29 anos o sexo feminino apresentou um aumento de 18,7% em relação ao sexo masculino, no que diz respeito a faixa etária dos 30 aos 39 anos o comportamento manteve-se, com o sexo feminino mostrando um incremento no número de casos de 16,36%.

No que se refere à variável raça/cor, Tabela 1, os casos de AVC na população branca perfizeram de 66,16% dos casos, já para a população preta o percentual foi de 6,19%. Entretanto, o Ministério da Saúde afirma que a população negra faz parte do

grupo de risco para o AVC, o que não pode ser observado em números absolutos¹¹. A população de cor parda apresentou um total de casos de 5,33%, a amarela 0,31%, e a indígena com 0,18%. No entanto, é possível verificar duas ressalvas para esses dados: a primeira refere-se ao total de casos sem informações de raça/cor que totalizam 21,83%, já a segunda diz respeito ao registro autodeclarado para raça/cor no Censo. Nesse sentido, entende-se ser preciso considerar estes fatores como limitadores e possíveis causadores de distorções nos resultados e suas interpretações.

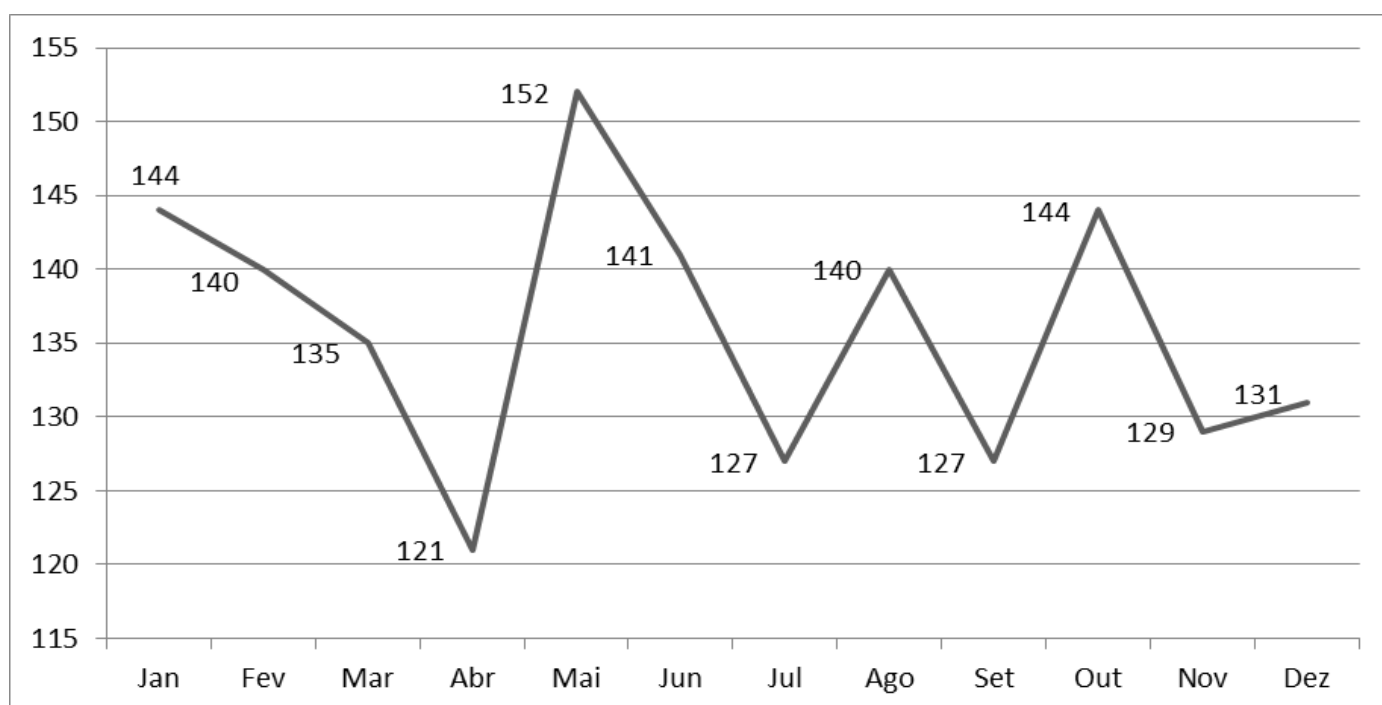
Com o intuito de refinar os registros de AVC por raça/cor, calculou-se a taxa de prevalência para 10.000 habitantes, segundo a população específica para cada faixa etária no RS. Os resultados indicam que a taxa de maior prevalência de AVC foi registrada na população parda com 24,38/10.000 habitantes, ficando o segundo lugar para a população preta com 1,70/10.000 habitantes. A população branca registrou

taxa de 1,21/10.000, a amarela 0,04/10.000 e a indígena 0,91/10.000. Longe de esgotar as hipóteses e discussões sobre o tema, levando-se em consideração uma sinergia de fatores genéticos da população parda com a preta, é possível verificar que a soma das duas populações apresentou uma taxa de incidência de

2,98/10000 habitantes, 2,46 vezes maior que a taxa de prevalência para população branca.

Cabe destacar que fatores de risco como hipertensão e diabetes mellitus, mesmo em indivíduos jovens, podem aumentar a vulnerabilidade para a ocorrência da doença¹⁴.

Figura 1. Distribuição de casos de AVC segundo os meses do ano.



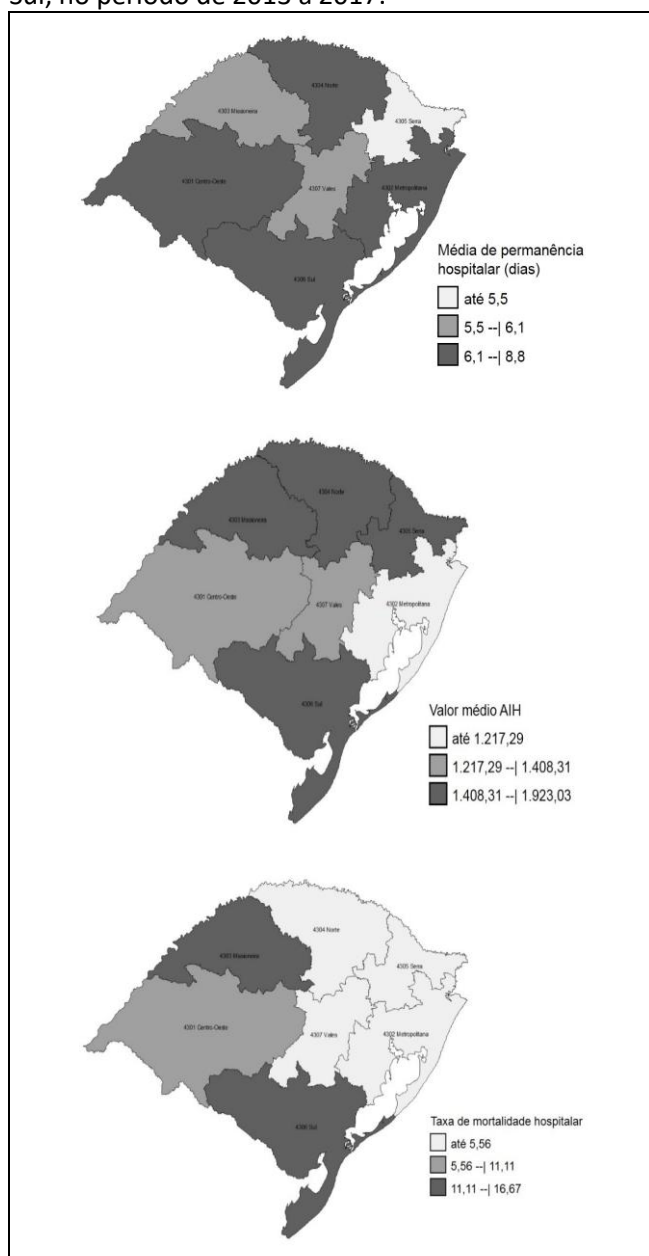
Fonte: (SIH/SUS), elaboração da tabela BENETTI, L.M, Abril de 2018.

Na Figura 1 observa-se que o pico de incidência de AVC não aconteceu exatamente no inverno e sim no outono, entretanto faz-se a ressalva que o RS localiza-se, consideravelmente, afastada da linha do equador. Nesse sentido, o outono pode se mostrar bastante frio, atingindo baixas temperaturas. Também é necessário considerar que os dados não apontam os dias em que ocorreram os AVC e sim os meses, sendo assim os casos de maio podem ter ocorrido na metade final do mês, o que seria mais próximo ao inverno e, conseqüentemente, mais frio.

Nesse sentido, verifica-se, também, que o período entre os meses de abril e junho apresenta oscilações climáticas recorrentes, com alterações de

temperatura abruptas, muitas vezes durante o dia. Acredita-se, que esse comportamento climático, característico da região sul do Brasil, sobretudo do RS, pode auxiliar na explicação do comportamento das taxas de prevalência apresentarem-se baixas no mês de abril e aumentar, consideravelmente, nos dois meses seguintes.

Figura 2. Média de permanência hospitalar, Valor médio AIH e Taxa de mortalidade por AVC, segundo as macrorregiões de saúde no estado do Rio Grande do Sul, no período de 2013 a 2017.



Fonte: SIH, elaboração da figura BUENO, A. L. M, Maio de 2018.

Segundo o Atlas Socioeconômico Rio Grande do Sul, que dispõe sobre a distribuição dos leitos hospitalares para o ano de 2017, a metade norte do estado possui um maior número de leitos hospitalares em relação à metade Sul do estado. Nesse sentido, entende-se haver sinergia entre a densidade populacional e a quantidade de leitos hospitalares, uma vez que a maior população do estado está

localizada na metade norte, juntamente com a maior quantidade de leitos, sendo ambos menores na metade sul. Entretanto, destaca-se a predominante ruralidade da metade sul do estado, o que pode configurar em um aumento de distâncias percorridas entre casas e hospitais, o que evidencia a dificuldade de acessibilidade da população rural em relação aos serviços de saúde^{15,16}.

Sugere-se que o baixo valor de AIH observado na região Metropolitana tenha explicação na alta concentração de profissionais capacitados disponíveis, o que diminui os custos com internações devido à alta disponibilidade dos mesmos. Salienta-se, também, que esta região concentra os maiores recursos do estado no que se refere as tecnologias de diagnóstico, quantitativo de leitos em emergência e unidades de terapia Intensiva e, desta forma, oferece melhores serviços terapêuticos.

Os centros de referências para atendimento de urgências cerebrovasculares localizados basicamente na região metropolitana, evidenciam a discrepância de mortalidade entre a metade leste e a metade oeste do estado. A população rural da metade oeste, distante da região metropolitana, sofre com a falta de investimento em saúde, o que acaba impossibilitando a oferta de tratamento especializado, fundamental para esta patologia. Cabe registrar a dificuldade de acessibilidade desta população a Atenção Básica de Saúde (ABS), fato que poderia auxiliar no controle dos fatores de risco para doença¹⁷.

Conclusão

Os achados deste estudo sugestionam que, mesmo em populações jovens, o aumento da idade atua como fator vulnerabilizante para a ocorrência de AVC, reforçando as bases da literatura, uma vez que as

mesmas descrevem a idade como um dos fatores de risco para a doença.

A análise dos dados mostrou, para esse recorte de pesquisa, que, ao contrário do descrito na literatura utilizada nesta produção, o sexo masculino não foi o mais acometido pela doença. Em sinergia com estudos contemporâneos, os resultados apresentados demonstram que o sexo feminino vem gradativamente superando o masculino, tornando-se o mais acometido pela doença.

As taxas de prevalência ponderadas pela população indicaram, de acordo com a literatura, que a população preta é acometida pela doença, aproximadamente 2,5 vezes mais que a população branca. A distribuição dos casos de AVC por mês sugere que a doença possui um comportamento sazonal intimamente ligado as variações de temperatura.

Em relação às cartografias, foi possível observar que a média de permanência hospitalar apresenta um padrão espacial de comportamento, com exceção da região da Serra. A metade norte do RS concentra a maior parte da população do estado e, conseqüentemente, o maior número de leitos hospitalares disponíveis. No que se refere a metade do Sul, acredita-se que as dificuldades de acessibilidade aos serviços de saúde, como as grandes distâncias dos centros de referência para diagnóstico e tratamento, vulnerabilizam a população rural para o acometimento da doença em todos os níveis de atenção.

Com exceção da região metropolitana, percebe-se na metade norte e metade sul do estado altos valores de AIH, o que pode estar relacionado à suas realidades distintas. A metade norte possui alto valor de AIH por

ser uma região mais desenvolvida, com mais oferta de serviços de saúde e profissionais capacitados. Nesse sentido, a falta dessas oportunidades de tratamento, aumenta o tempo de exposição do paciente aos efeitos da doença na metade sul, o que pode justificar os altos custos com AIH.

No que se refere a taxa de mortalidade hospitalar, verificou-se uma prevalência aumentada para a metade oeste do RS, sugerindo que as dificuldades de acessibilidade a serviços de saúde atuam como fator vulnerabilizante para o aumento da mortalidade hospitalar, uma vez que a urgência especializada e profissionais qualificados são indispensáveis para a resolução da doença ou mesmo diminuição dos danos.

Por fim, entende-se ser indispensável a articulação dos serviços de atenção primária de saúde, a fim de melhorar o rastreamento dos pacientes potenciais para desenvolver a doença, medida que pode impactar de forma positiva o enfrentamento das repercussões e ocorrência da doença. Nesse sentido, cabe salientar a necessidade de melhora da acessibilidade a serviços especializados, influenciando, desta forma as taxas de morbimortalidade por AVC.

Referências

1. Tavares TM. Acidente vascular encefálico em adultos jovens - revisão da literatura. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás. 2011.
2. Barros SLA, Passos NRS, Nunes MASN. Estudo inicial sobre acidente vascular cerebral e serious games para aplicação no projeto "avc" do núcleo de tecnologia assistiva da UFS. Rev GEINTEC. 2012; 3(1):121-143.
3. Nunes DLS, Fontes WS, Lima MA. Cuidado de enfermagem ao paciente vítima de acidente vascular encefálico. Rev Bras Ciênc Saúde. 2017; 21(1):87-96.

4. Grumann ARS, Schoeller SD, Martini AC, Forner S, Baroni GC, Horongozo BD. Características das pessoas com acidente vascular encefálico atendidas em um centro de referência estadual. *Rev Fund Care Online*. 2017; 9(2):315-320.
5. Scharamm JMA, Oliveira AF, Leita IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Rev Ciência Saúde Coletiva*. 2004; 9(4):897-908.
6. Torres DDM. Conhecimento e associação com o etilismo na hipertensão arterial [dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. 2015.
7. Henriques M, Henriques J, Jacinto J. Acidente vascular cerebral no adulto jovem: a realidade num centro de reabilitação. *Rev SPMFR*. 2015; 27(1):9-13.
8. Trad LIA, Pereira APA, Baptista MN. Suporte social e aspectos ocupacionais do adulto jovem após acidente vascular cerebral. *Rev SPMFR*. 2017; 18(2):474-483.
9. DATASUS. Informações de saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 mar 2019.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: Painel dos resultados do universo. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 18 mar 2019.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. 2013.
12. Almeida S. Análise epidemiológica do acidente vascular cerebral no Brasil. *Rev Neurociências*. 2012; 20(4):481-482.
13. Pinheiro H, Vianna L. Taxa de mortalidade específica por doenças cerebrovasculares no Distrito Federal entre 1995 e 2005. *Rev Neurociências*. 2012; 20(4):488-493.
14. Leite, SMA. Disseminação de informações em ações específicas para o acidente vascular cerebral [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2009.
15. Bueno ALM. A geoepidemiologia e o lugar: espaços de sentido para as violências contra mulheres do Rio Grande do Sul [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2017.
16. Moraes EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Rev Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(2):374-383.
17. Mendonça CS, Diercks MS, Kopittke L. O fortalecimento da atenção primária à saúde nos municípios da região metropolitana de Porto Alegre, Brasil, após a inserção no Programa Mais médicos: uma comparação intermunicipal. *Rev Ciência Saúde Coletiva*. 2016; 21(9):2871-2878.