



Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora - FAME/JF



**AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, DA MORTALIDADE E DOS
FATORES DE RISCO PARA ÓBITO, EM PACIENTES INTERNADOS NO
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE JUIZ DE FORA – MG, POR
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

Adriano Ferreira Melo

Bruno Grecco Sampaio

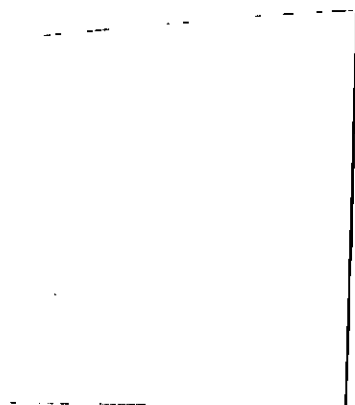
Filipe Aragão de Abreu

Lukas Rezende Dias Faico

Marconi Maciel de Melo Matias

Juiz de Fora – MG

Julho de 2016



**AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, DA MORTALIDADE E DOS
FATORES DE RISCO PARA ÓBITO, EM PACIENTES INTERNADOS NO
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE JUIZ DE FORA – MG, POR
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

Adriano Ferreira Melo

Bruno Grecco Sampaio

Filipe Aragão de Abreu

Lukas Rezende Dias Faico

Marconi Maciel de Melo Matias

Orientador: Prof. Dr. Mauricio Bragagnolo Júnior

Co-Orientadores: Prof. Dr. Guillermo Patricio Ortega Jácome

Prof^a. Me. Nathália Barbosa do Espírito Santo Mendes

Trabalho apresentado à disciplina de Saúde Coletiva III,
da Faculdade de Medicina de Juiz de fora,
da Universidade Presidente Antônio Carlos.

Juiz de Fora – MG

Julho de 2016



Aos nossos pais, mestres e amigos, pelo apoio
irrestrito e por acreditarem em nossos objetivos.



AGRADECIMENTOS

Torna-se necessário agradecer a todos aqueles que acreditaram na realização desse projeto.

Primeiramente, agradecemos a Deus por guiar nossos passos e nos levar ao entendimento do ser humano, suavizando os momentos difíceis.

Aos nossos amigos e colegas de trabalho por aceitaram nossas diferenças ao longo da realização desta pesquisa.

Aos colaboradores de pesquisa e do Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora, os quais tornaram este trabalho uma realidade. Agradecemos a todos eles e especialmente ao nosso Professor Dr. Mauricio Augusto Bragagnolo Júnior.

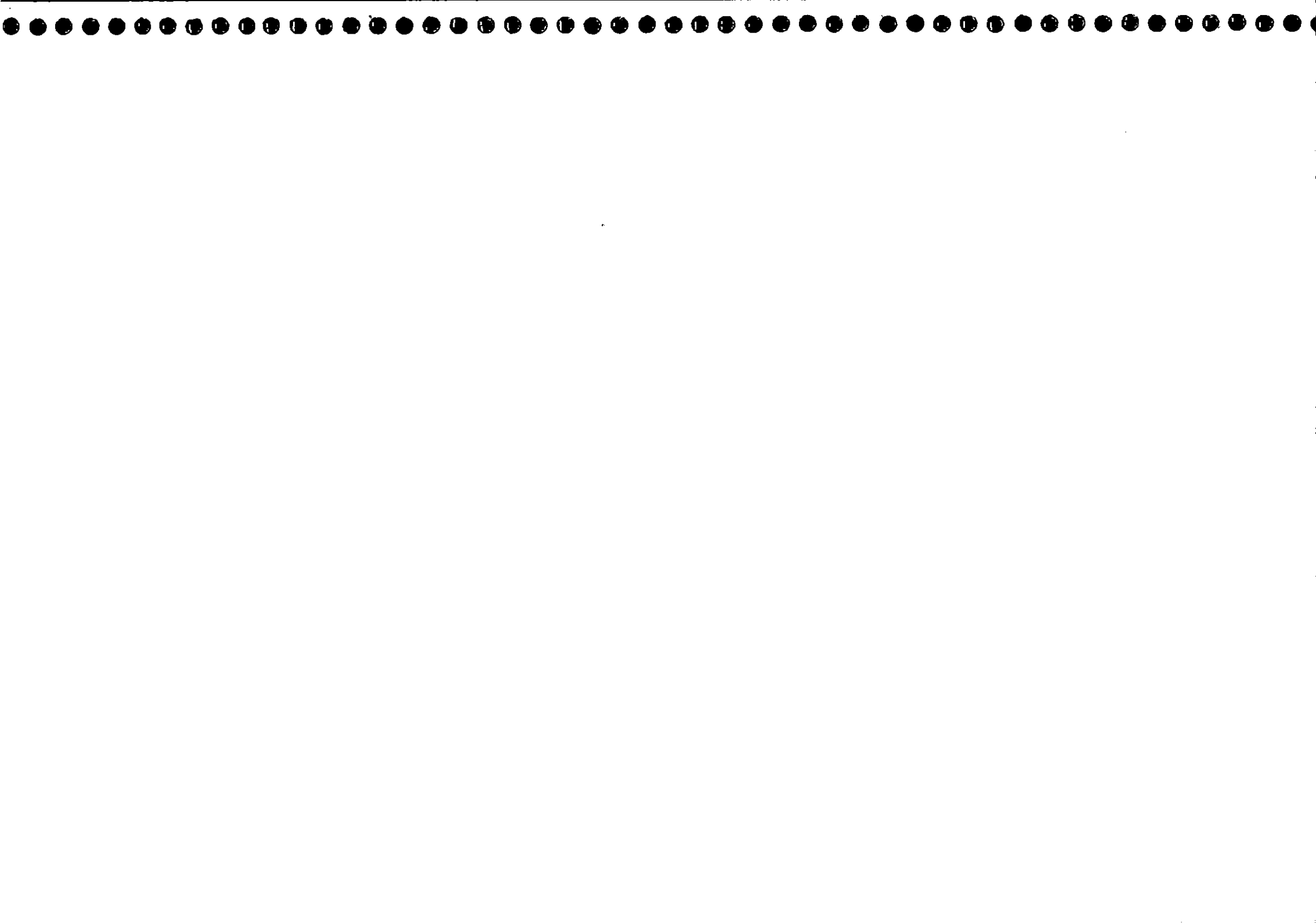
A todos os funcionários e professores da Universidade Presidente Antônio Carlos de Juiz de Fora.

Por último, agradecemos ao Professor Dr. Guillermo Patricio Ortega Jácome e à Professora Me. Nathália Barbosa do Espírito Santo Mendes, pelo incentivo, compreensão, ensinamento, disposição e sobre tudo por ter muita paciência com todos os integrantes desta pesquisa.



SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	v
RESUMO.....	vi
ABSTRACT.....	viii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. JUSTIFICATIVA.....	5
3. OBJETIVOS.....	6
3.1. Geral.....	6
3.2. Específicos.....	6
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	6
5. RESULTADOS.....	8
6. DISCUSSÃO.....	15
7. CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS.....	22
APÊNDICES.....	26
ANEXOS.....	30



LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Perfil dos pacientes diagnosticados com AVE no Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora – MG.....	8
Tabela 2.	Fatores de risco para AVE presentes em pacientes diagnosticados com AVE no Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora - MG.....	9
Tabela 3.	Relação entre o tipo de AVE diagnosticado e as principais comorbidades em pacientes diagnosticados com AVE no Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora - MG.....	10
Tabela 4.	Relação entre o tipo de AVE diagnosticado e fatores físicos e ambientais dos pacientes atendidos no Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora – MG.....	11
Tabela 5.	Relação entre o tipo de AVE diagnosticado e os sinais e sintomas neurológicos presentes nos pacientes atendidos no Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora - MG.....	12
Tabela 6.	Relação entre o tipo de AVE diagnosticado e o tipo de tratamento feito em pacientes atendidos no Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora - MG.....	13
Tabela 7.	Relação entre o desfecho da doença e o tipo de AVE diagnosticado nos pacientes atendidos no Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora - MG.....	14
Tabela 8.	Relação entre o desfecho da doença após o diagnóstico e os fatores de riscos para AVE presentes nos pacientes atendidos no Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora - MG.....	15



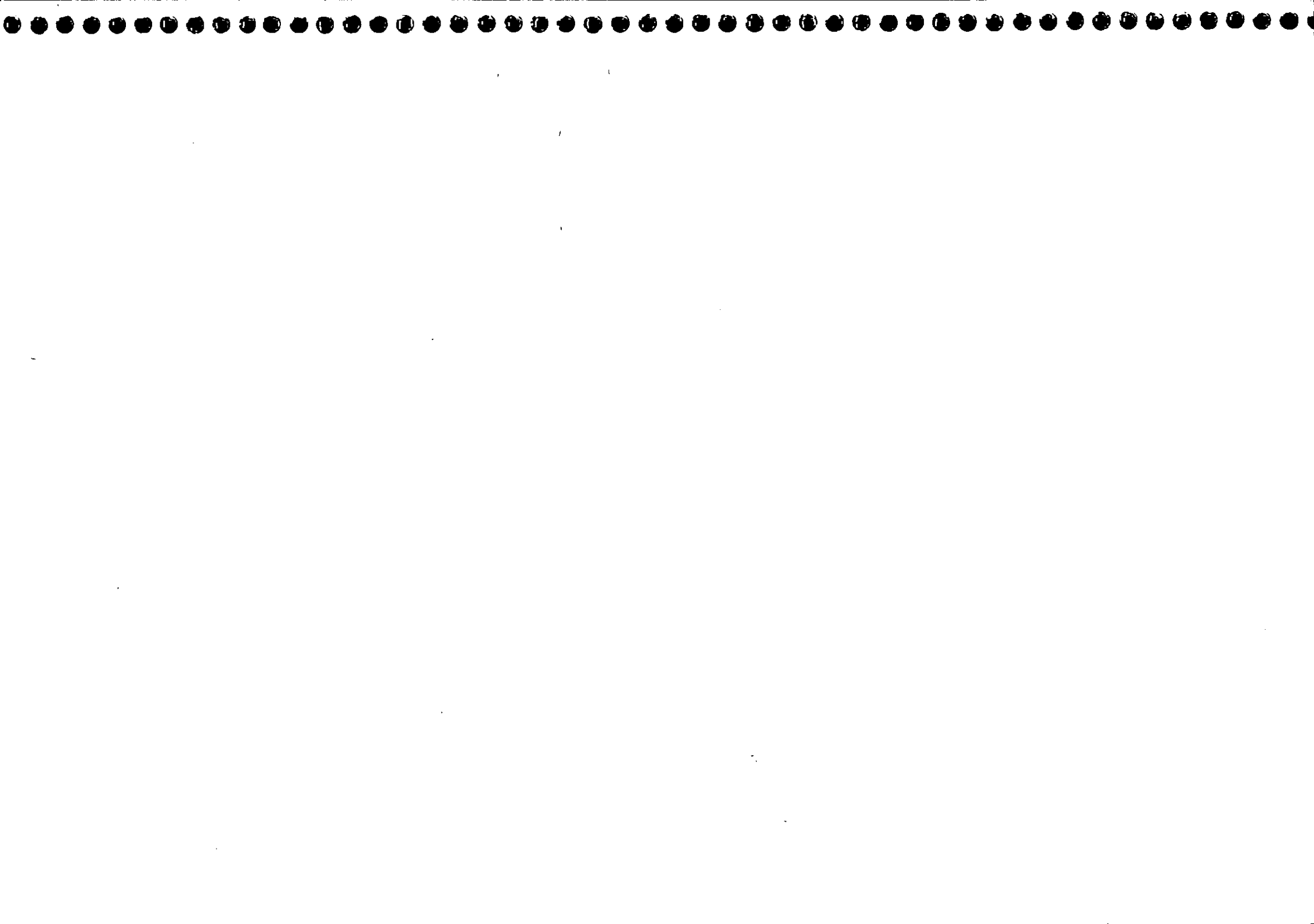
RESUMO

O termo Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou Acidente Vascular Cerebral (AVC) é usado para definir um acometimento neurológico em uma área do cérebro secundário a lesão vascular, e representa um grupo de doenças cujas manifestações clínicas são semelhantes, mas que possuem diversas etiologias e diversos fatores de risco, podendo ser classificado em AVE hemorrágico e AVE isquêmico, dependendo da sua etiologia. O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes internados no Hospital de Pronto Socorro Mozart Geraldo Teixeira (HPS - JF), da cidade de Juiz de Fora - MG, com diagnóstico de AVE, bem como classificar os casos dessa doença nos pacientes internados no HPS - JF e avaliar a mortalidade e fatores de risco para óbito em pacientes conforme o tipo de AVE diagnosticado (isquêmico e hemorrágico). Para tanto, foi realizado um estudo de revisão de prontuários, no período de Setembro de 2015 a Janeiro de 2016, de pacientes atendidos no Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira, na cidade de Juiz de Fora (HPS - JF), que foram diagnosticados com AVE nesse período. Foram coletados dados referentes a informações gerais dos pacientes, história clínica, diagnóstico e dos exames diagnósticos. Os resultados mostraram que, dos pacientes diagnosticados com AVE atendidos no HPS - JF, a maioria eram do sexo masculino (54,3%) e com idade superior a 60 anos (62,9%) e de cor não branca (pardos e pretos). A mortalidade por AVE entre os negros pode dever-se a outros fatores, tais como maior prevalência de hipertensão e diabetes entre pessoas negras. Em relação à presença de fatores de risco nos pacientes, houve registro da maioria dos fatores, no entanto, não houve registro de fatores de risco como insuficiência cardíaca, dislipidemia, história prévia de infarto agudo do miocárdio e história prévia de ataque isquêmico transitório. Em relação às comorbidade dos pacientes, os resultados mostraram maior proporção de hipertensão nos aqueles com AVE isquêmico (83,3%), com diferença estatisticamente significativa, quando comparados àqueles com AVE hemorrágico (50,0%), estando em concordância com dados da literatura. Em relação aos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, houve maior prevalência de cefaleia, crises convulsivas e rebaixamento do nível de consciência em pacientes AVE hemorrágico, enquanto que sinais de déficit neurológico foram mais predominantes em pacientes com AVE isquêmico. Pela análise do tipo de tratamento efetuado nos pacientes, constatou-se que não houve registro, em nenhum dos pacientes, de uso de trombolíticos como propedêutica do AVE. No entanto, ao avaliar a mortalidade e desfecho da doença foi constatado que a maioria dos pacientes que



evoluíram com óbito tinham diagnóstico de AVE hemorrágico (90,0%), enquanto que dos pacientes que evoluíram com alta hospitalar, a maioria tinha AVE isquêmico (81,8%). Conclui-se, por meio dos resultados, que a maioria dos pacientes com AVE atendidos no HPS – JF eram homens com idade superior a 60 anos e de cor não branca. A maioria dos pacientes que evoluiu a óbito tinha diagnóstico de AVE hemorrágico. Apesar de existirem protocolos para uso de trombolíticos disponíveis na literatura, não houve registro de uso de trombolíticos em pacientes do HPS - JF. Sugere-se a necessidade de estabelecer um protocolo clínico e propedêutico para uso de trombolíticos em pacientes desse hospital.

Palavras-chave: Acidente Vascular Encefálico (AVE); Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico; Acidente Vascular Encefálico Isquêmico.



**ASSESSMENT OF EPIDEMIOLOGICAL PROFILE, MORTALITY AND RISK
FACTORS FOR DEATH IN PATIENTS HOSPITALIZED BY STROKE IN THE
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE JUIZ DE FORA – MG**

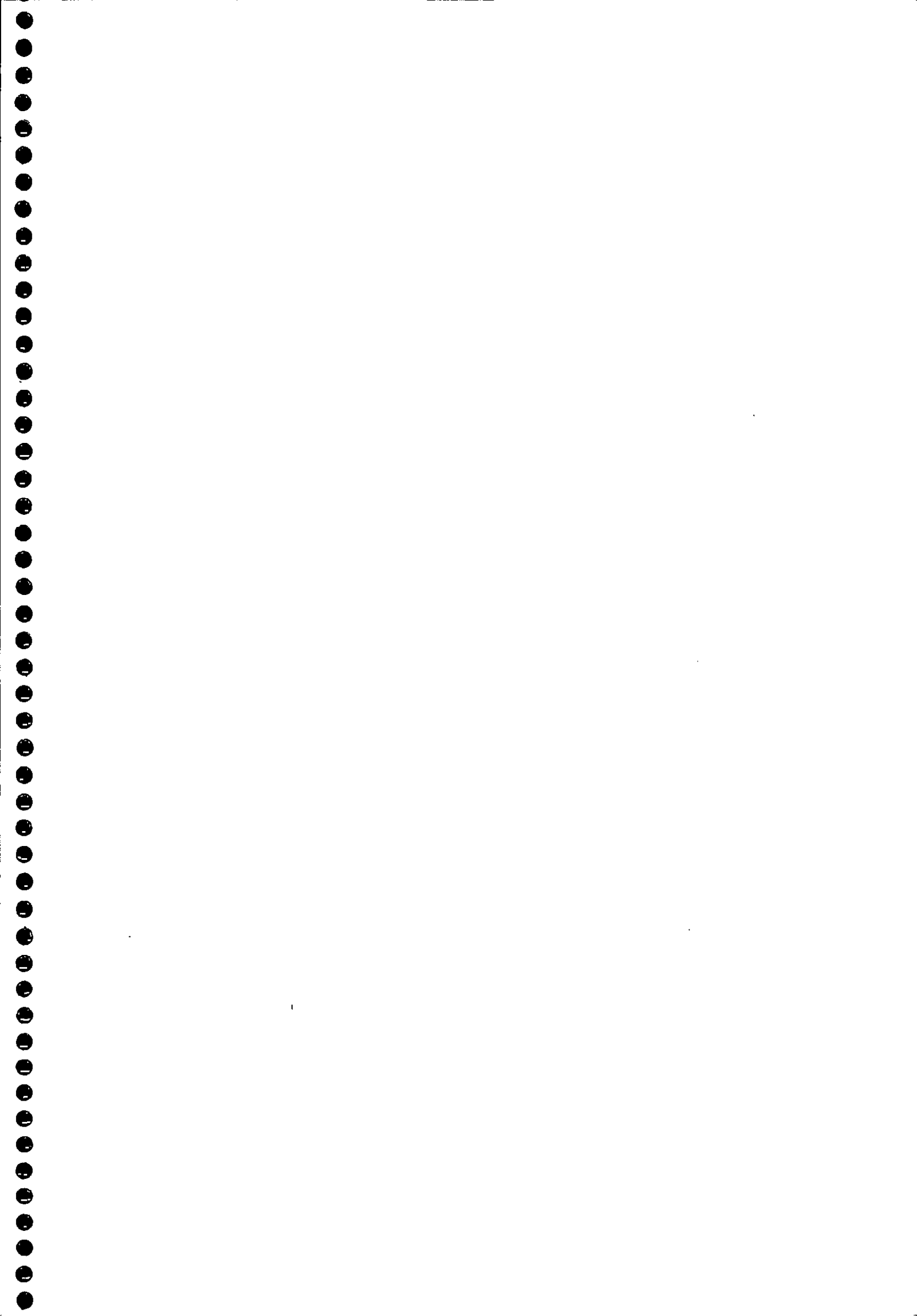
ABSTRACT

The term cerebrovascular accident (CVA) or Stroke (stroke) is used to define a neurological involvement in an area of secondary brain vascular injury, represents a group of diseases which clinical manifestations are similar, but have different etiologies and several risk factors, may be classified as hemorrhagic stroke and ischemic stroke, depending on their etiology. The objective of this study was to evaluate the epidemiological profile of patients at the Hospital de Pronto Socorro Doutor Mozart Geraldo Teixeira (HPS - JF), in the city of Juiz de Fora - MG, with a stroke diagnosis stroke as well as to classify cases of this disease in hospitalized patients at the HPS - JF and assess mortality and risk factors for death of those patients, related to the type of stroke diagnosed (ischemic and hemorrhagic). Therefore, a study was conducted to review their medical record, between September 2015 and January 2016, of patients treated at the Hospital de Pronto Socorro Doutor Mozart Geraldo Teixeira, in Juiz de Fora (HPS - JF), which were diagnosed with stroke during this period. Data were collected referring to general patient information, clinical history, diagnosis and diagnostic tests. The results have shown that, from all the patients diagnosed with stroke and treated at HPS - JF, most were male (54.3%) and older than 60 years (62.9%) and non-white (black and brown). The mortality from stroke among blacks may be due to other factors, such as higher prevalence of hypertension and diabetes among black people. Regarding the presence of risk factors in patients, there was record of most factors, however, there was no record of risk factors such as heart failure, dyslipidemia, previous history of acute myocardial infarction and previous history of transient ischemic attack. Regarding comorbidity of patients, the results have shown higher proportion of hypertension in those with ischemic stroke (83.3%), a statistically significant difference when compared to those with hemorrhagic stroke (50.0%), which is in accordance with data from literature. With regard to the signs and symptoms presented by patients, there was a higher prevalence of headache, seizures and decreased level of consciousness in hemorrhagic stroke patients, while signs of neurological deficit were more prevalent in patients with ischemic stroke. By analyzing the type of treatment carried out in



patients, it was found that there was no record, in any of the patients, about the use of thrombolytics as propaedeutics of the stroke. However, when evaluating mortality and outcome of the disease, it was found that most patients that have died had a diagnosis of hemorrhagic stroke (90.0%), while patients who developed hospital discharge, most have had ischemic stroke (81.8%). It can be concluded by those results, that most stroke patients treated at HPS - JF were men older than 60 years and non-white. Most patients who evolved to death had been diagnosed with hemorrhagic stroke. Although there are protocols for the use of thrombolytic available in literature, no thrombolytic usage was found in the records of HPS – JF's patients. It is suggested the need to establish a clinical protocol and preparatory for the use of thrombolytics in stroke patients at the HPS - JF.

Key-words: Stroke (stroke); hemorrhagic stroke; ischemic stroke.



1. INTRODUÇÃO

O termo Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um termo usado para definir o acometimento neurológico em uma área do cérebro secundário à lesão vascular, este representa um grupo de doenças cujas manifestações clínicas são semelhantes, mas que possuem diversas etiologias e diversos fatores de risco, podendo ser causado por dois mecanismos fisiopatológicos distintos: isquemia e hemorragia. Esta doença representa uma síndrome neurológica frequente em adultos, sendo uma das maiores causas de morbimortalidade em todo o mundo (Rosa *et al.*, 2015; Gomes *et al.*, 1992).

O AVE pode ser classificado em AVE hemorrágico e AVE isquêmico. O AVE hemorrágico compreende a hemorragia subaracnóide, geralmente decorrente da ruptura de aneurismas saculares congênitos localizados nas artérias do polígono de Willis e a hemorragia intraparenquimatosa, cujo mecanismo causal básico é a degeneração hialina de artérias intraparenquimatosas cerebrais. O AVE isquêmico é causado por uma oclusão de um vaso sanguíneo, provocando uma restrição no aporte de oxigênio no território circunvizinho à obstrução. Um subtipo de AVC isquêmico, o ataque isquêmico transitório (AIT), acontece de forma similar, porém com o desaparecimento das manifestações clínicas em torno de 24 a 48 horas. (Rosa *et al.*, 2015; Pereira *et al.*, 2009; Gomes *et al.*, 1992; Thom *et al.*, 2006).

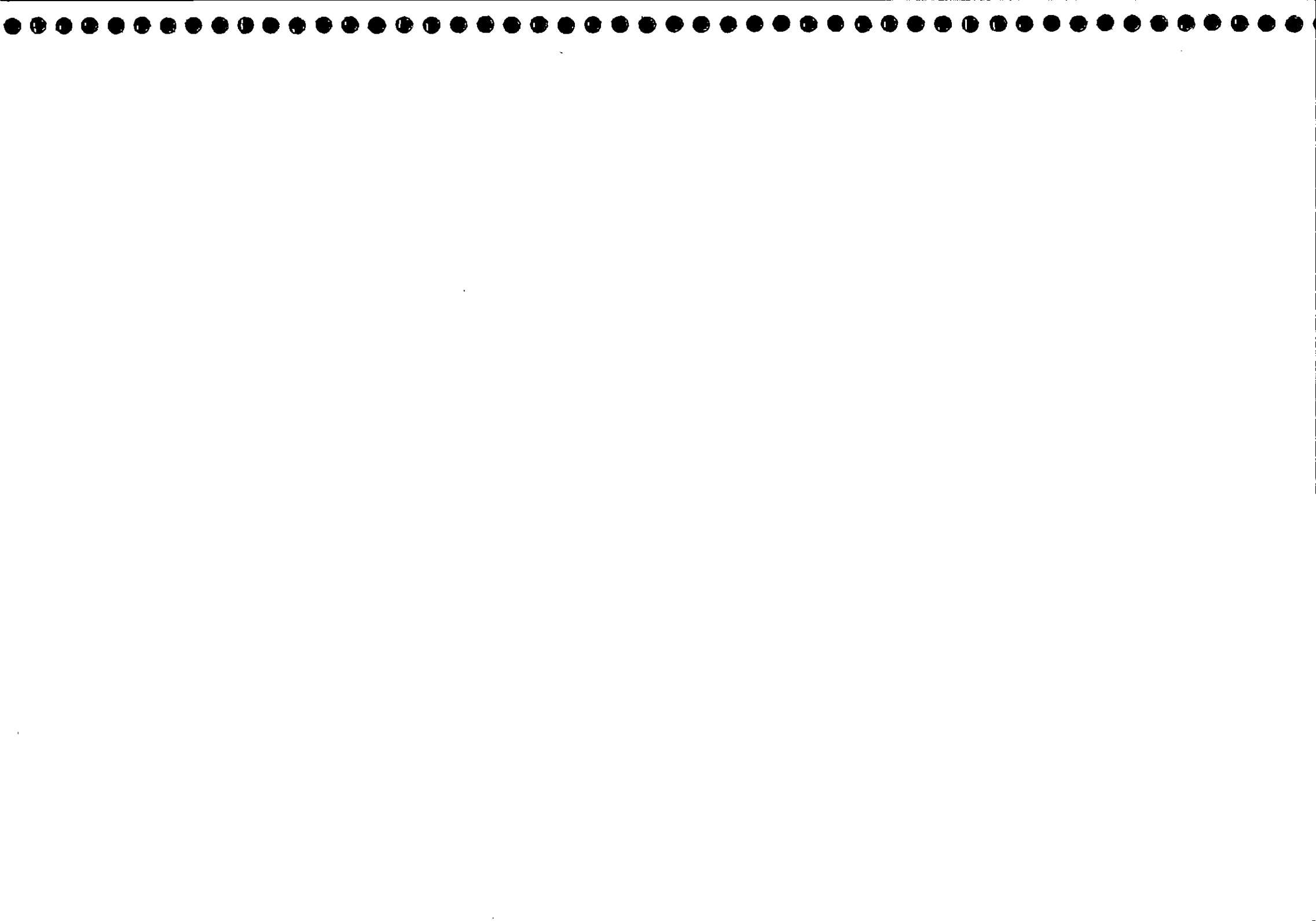
Os achados clínicos do paciente com acidente vascular cerebral estão relacionados com localização e tamanho da lesão, assim como presença de irrigação colateral. Dentro das manifestações clínicas têm-se os prejuízos das funções sensitivas, motoras, de equilíbrio e marcha, déficit cognitivo e de linguagem. O sinal mais comum de um AVC, o qual ocorre com maior frequência na fase adulta, é a fraqueza repentina ou dormência da face, braço e/ou perna, geralmente em um lado do corpo. Outros sinais frequentes incluem: confusão mental; dificuldade para engolir; enxergar com um ou ambos os olhos; caminhar; distúrbios auditivos; tontura, perda de equilíbrio e/ou coordenação; dor de cabeça intensa, sem causa conhecida; diminuição ou perda de consciência. Uma lesão muito grave pode causar morte súbita. Esses acontecimentos, quando não evoluem para óbito, geralmente limitam atividades diárias do paciente, além de restrições na participação social e, conseqüentemente, piora na qualidade de vida (Rosa *et al.*, 2015; Ministério da Saúde, 2013a; Lewis, 2002).

Os AVE's, dentre outras doenças do sistema circulatório, são a segunda maior causa de morte no mundo, sendo responsáveis por cerca de 5,7 milhões de óbitos por ano. Essa doença é uma das principais causas de mortalidade e a causa mais frequente de morbidade relacionado a inabilidades crônicas em indivíduos adultos em todo o mundo. No entanto, a distribuição desses eventos, ao redor do mundo, é bastante desigual, pois 85% desses óbitos ocorrem em países mais pobres ou em países em desenvolvimento. No Brasil, a mortalidade por acidente vascular encefálico é maior nas regiões mais pobres do Brasil, tal como o Nordeste, e, em grande parte, essa elevada morbimortalidade é atribuída aos fatores sociais desfavoráveis. A doença ainda acarreta enormes transtornos devido ao fato de um terço dos AVE's atingirem pessoas economicamente ativas (Lima *et al.*, 2015; Lopez *et al.*, 2006).

A cidade de Juiz de Fora – MG, segundo dados do IBGE (2016), apresenta uma população estimada de 555.284 mil habitantes, sendo 56% do sexo feminino. Atualmente a cidade conta com 337 estabelecimentos de saúde sendo desses 235 privados, 93 municipais, 03 estaduais e 06 federais. De acordo com levantamento da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, nos anos de 2008, 2009, 2010 as principais causas de morte foram por doenças do aparelho circulatório, entre elas o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular encefálico (IBGE, 2016; Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, 2013).

A incidência e mortalidade por AVE sofrem forte influência da idade e da expectativa de vida de cada população. Nos últimos tempos se observa um rápido crescimento populacional de pessoas idosas em todo o mundo, aumentando ainda mais o impacto nas taxas de morbimortalidade, com isso a demanda por serviços de saúde crescerá e exigirá maiores recursos financeiros para o tratamento dessa população (Ribeiro *et al.*, 2015)

Os fatores de risco que estão comprovados na origem do AVE são muitos, dentre eles os principais são: Hipertensão arterial, que é considerado o principal fator de risco para AVE, pois facilita o aparecimento da arteriosclerose; Doença cardíaca: qualquer doença cardíaca, em especial as que produzem arritmia, tal como a fibrilação atrial; Dislipidemia, pois níveis aumentados de LDL e diminuição do HDL estão relacionados ao aparecimento de arteriosclerose; Diabetes mellitus, pois aumenta a prevalência de coagulação sanguínea, além de ocasionar alteração dos lipídios, aumentando as chances do aparecimento da arteriosclerose; Outros fatores de risco, tais como tabagismo, obesidade, má alimentação, uso excessivo de bebidas alcoólicas, história de doença vascular anterior e sedentarismo também estão ligados ao surgimento do AVE. Portanto, é importante destacar que a prevenção é o



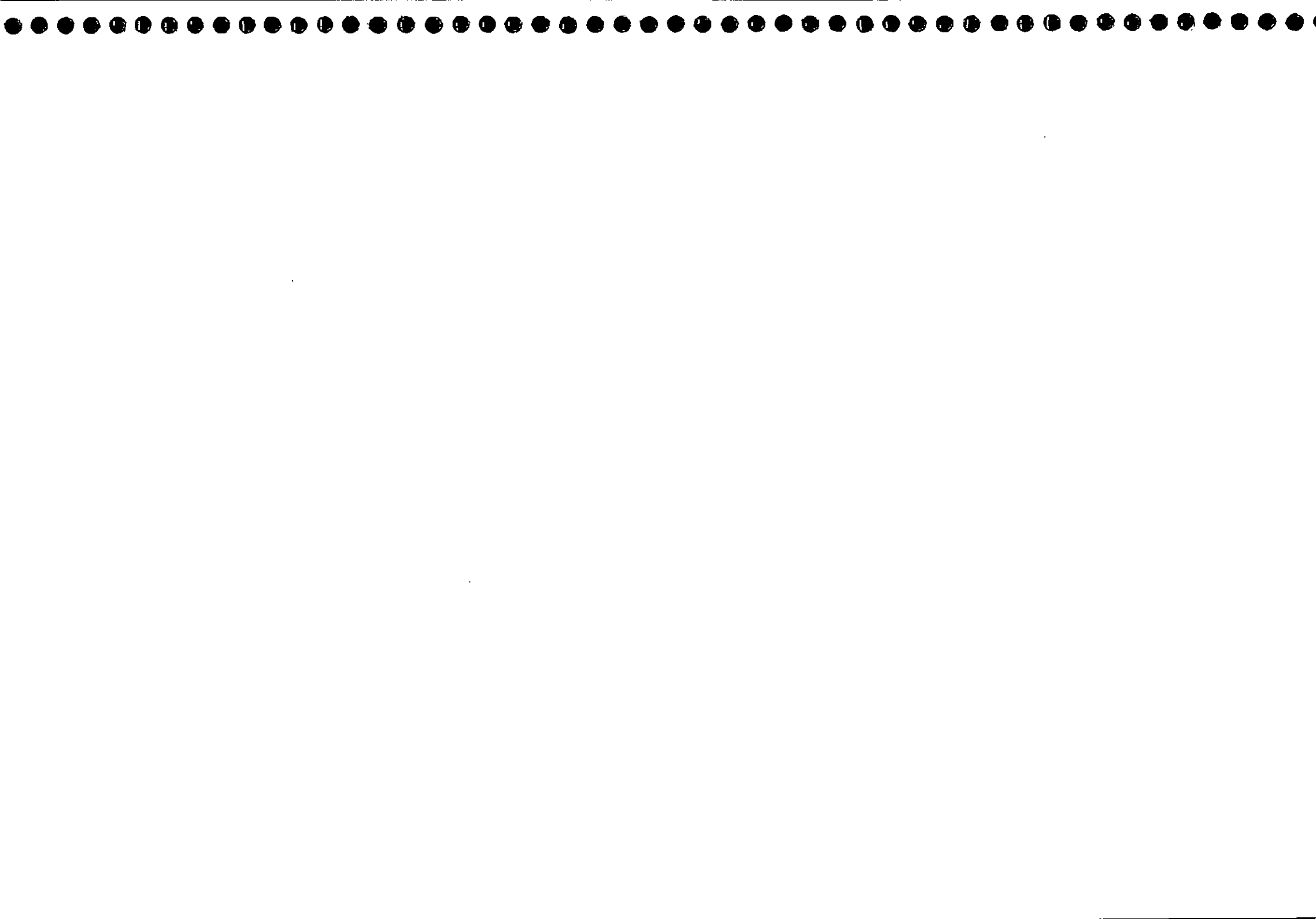
melhor tratamento, pois muitos desses fatores de risco são modificáveis. Ter uma vida saudável, com alimentação equilibrada e pobre em gorduras, incluindo, também, a prática regular de atividades físicas e uma melhor qualidade de vida diminuem as chances de adquirir esta doença (Baldin, 2009).

O tratamento do AVE depende do tipo que acomete o indivíduo. O tratamento do AVE isquêmico envolve a remoção do trombo para que o fluxo sanguíneo seja reestabelecido na área de penumbra isquêmica. Isso pode ser feito por meio de cateteres, que removem mecanicamente o coágulo (trombólise mecânica) ou através de medicamentos (trombólise química). O tratamento trombolítico endovenoso é utilizado desde 1995. Antes disso, era utilizado o ácido acetilsalicílico (AAS), que apenas diminui o risco de um novo AVE e, por isso, é tido como um método de prevenção secundária. O tratamento do AVE hemorrágico envolve o manejo ideal da pressão arterial para conter a expansão do hematoma. Alguns casos com hemorragia podem ser tratados cirurgicamente, entretanto, na maioria das vezes, a área afetada é de difícil acesso (Abramczuk; Villela, 2009).

Além do tratamento medicamento, outras medidas bastante eficazes têm se mostrado efetivas como, por exemplo, a mobilização precoce do leito na prevenção de complicações clínicas em pacientes internados para tratamento de AVC. Vale ressaltar a importância de uma equipe multidisciplinar para o tratamento desses pacientes. (Mansur *et al.*, 2010).

Segundo a OMS, a população mundial acima de 65 anos está crescendo 9 milhões ao ano, e para o ano de 2025, são projetados mais de 800 milhões de pessoas acima de 65 anos. Esses números são particularmente preocupantes em algumas regiões do mundo, principalmente em países subdesenvolvidos, pois com o envelhecimento da população, a demanda por serviços de saúde crescerá e exigirá maior quantitativo de recursos financeiros para o tratamento dos idosos. (Ribeiro *et al.*, 2015; Cabral, 2009)

O AVE em pacientes jovens pode ser considerado um evento raro, representando cerca de 5% dos casos, sendo que desse total apenas 10% são notificados. Sabe-se que jovens adultos têm fatores de risco distintos quando comparados a outras faixas etárias. Sabe-se que a proporção de sobrevivência e o resultado funcional final nos adultos jovens sujeitos a um AVE são melhores em relação a doentes mais velhos, no entanto, as consequências desta patologia no perfil socioeconômico e na qualidade de vida dos doentes faz com que o AVE



seja alvo de atenção médica e multiprofissional prolongada, aumentando a morbidade e diminuindo a qualidade de vida (Henriques *et al.*, 2015; Tavares, 2011).

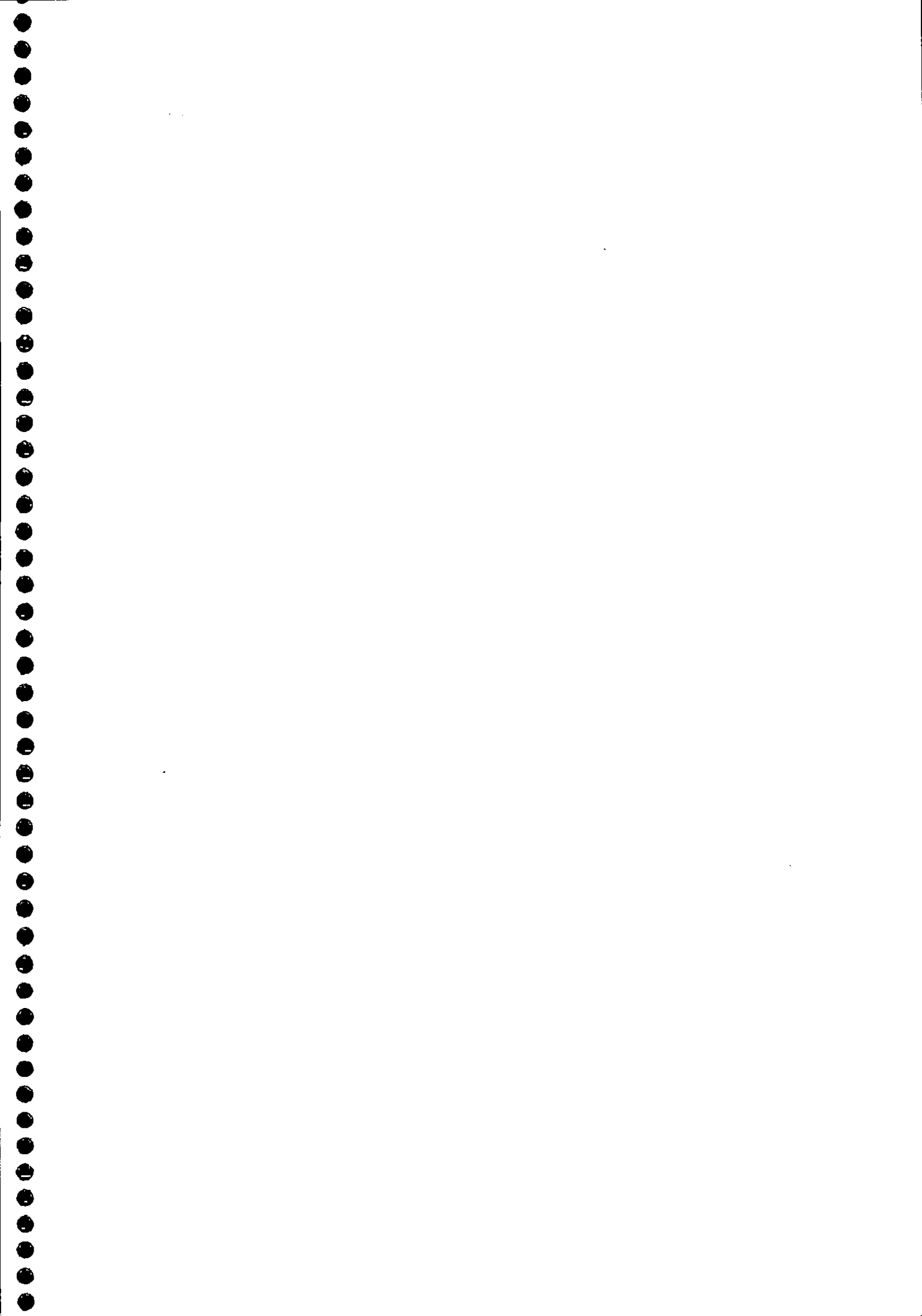
Segundo dados do Ministério da Saúde (2013b) houve uma redução no número de casos de AVE, redução essa que representa 32% da taxa de mortalidade por AVE em pessoas de até 70 anos, sendo concentrado nessa faixa etária o maior número de óbitos prematuros pela doença. Nos últimos dez anos o número de óbitos caiu de 27,3 para 18,4 mortes para cada 100 mil habitantes, o que representa uma redução média anual de 3,2%. Foram registrados 33.369 óbitos nessa faixa etária (DATASUS, 2015).

A redução da taxa de mortalidade por AVE pode ser explicada através de motivos que estão intimamente ligados à letalidade e incidência da doença. A letalidade determina a eficácia do tratamento instituído enquanto a incidência está ligada aos fatores de risco da doença. Controlando os fatores de risco, com a prevenção primária e secundária das doenças circulatórias e a melhoria das condições socioeconômicas da população podem levar a uma queda da mortalidade (Garritano *et al.*, 2012).

Além disso, com a agilidade no tratamento, procedimentos de alta tecnologia (angioplastias) e maior número de equipamentos nos hospitais para o diagnóstico mais preciso (tomografia computadorizada, ressonância magnética) também ajudaram a reduzir a mortalidade. Contudo, pelas suas dimensões, no Brasil há uma grande desigualdade regional, além da escassez dos recursos destinados à saúde pública, e em algumas localidades a população não seja contemplada com esses procedimentos (Lima *et al.*, 2015; Garritano *et al.*, 2012; Rodanovic, 2000).

Apesar da queda da mortalidade, a organização mundial de saúde (OMS), deixa claro que estamos vivenciando ainda uma “epidemia” de AVE em países em desenvolvimento e enfatiza que existe uma urgente necessidade de um aumento nos estudos epidemiológicos, principalmente em países de baixa e média renda, por isso a OMS lançou em 2004 um programa de abordagem com monitoramento escalonado em AVE (STEP), dentro da campanha “Iniciativa Global de AVE”, fazendo uma tentativa de estimular novas pesquisas de base populacional, cujos resultados permitem de recursos de um modo mais eficiente (Cabral, 2008).

Tem se observado uma atual preocupação do mundo em desenvolvimento de se estabelecer a prevalência do AVE, em virtude da sua magnitude, como questão de saúde



pública. Isso porque se considera que tais informações são de grande importância para o estabelecimento das prioridades de estratégias de intervenção, no reconhecimento usual de padrões da doença, nos vestígios da causa da doença e no início de programas de prevenção e controle (Cabral, 2009; Viana; Dal Poz, 2005).

É fundamental destacar que entre todos os países da América Latina, o Brasil é o que apresenta as maiores taxas de mortalidade por AVE, mesmo sendo referida uma redução dos índices de mortalidade nas últimas décadas, os valores continuam muito elevados (Lima *et al.*, 2015; Mansur *et al.*, 2010; Lotufo, 2005).

Diante o exposto, é notável perceber a importância de aprofundar e ampliar os conhecimentos e investimentos em relação à doença destacada, uma vez que ela é responsável por uma elevada taxa de mortalidade no Brasil e está associada às sequelas que levam à invalidez de um paciente, além de diminuição da qualidade de vida e consequentemente o isolamento social.

2. JUSTIFICATIVA

Na cidade de Juiz de Fora existem 12 hospitais gerais, sendo apenas 3 públicos, sendo o Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira, da cidade de Juiz de Fora – MG (HPS – JF), um dos mais importantes. Existe grande demanda de atendimento de urgências e emergências, inclusive as neurológicas, tal como o acidente vascular encefálico (AVE). Embora o HPS - JF disponha de equipe especializada e tomografia de crânio, ainda não tem aparelho de ressonância magnética no local e também protocolo para uso de trombolíticos em pacientes.

Apesar do imenso impacto socioeconômico, é pequena a preocupação com o controle dos fatores de risco, organização da assistência médica e recursos para pesquisa no campo das doenças cerebrovasculares, tal como o AVE. Por ser uma doença tão prevalente e significativa, com alta morbimortalidade nos pacientes acometidos, faz-se necessário conhecer o perfil dos pacientes internados em uma instituição, no caso o HPS - JF, para que ações futuras em saúde sejam programadas, visando a otimização do atendimento e condutas nesses pacientes.



3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes internados no Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira, da cidade de Juiz de Fora – MG (HPS – JF), com diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico (AVE).

3.2 Específicos

3.2.1 Classificar os casos de AVE nos pacientes internados no HPS - JF.

3.2.2 Avaliar a mortalidade e fatores de risco para óbito em pacientes com AVE do tipo isquêmico.

3.2.3 Avaliar a mortalidade e fatores de risco para óbito em pacientes com AVE do tipo hemorrágico.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de revisão de prontuários, no período de 01 de Setembro de 2015 a 31 de Janeiro de 2016, de pacientes que deram entrada no Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira na cidade de Juiz de Fora (HPS – JF) e que foram diagnosticados com Acidente Vascular Encefálico (AVE).

A coleta de dados foi realizada por meio dos prontuários dos pacientes citados acima, com base em um protocolo de pesquisa montado pelos autores especificamente para este trabalho (APÊNDICE A).



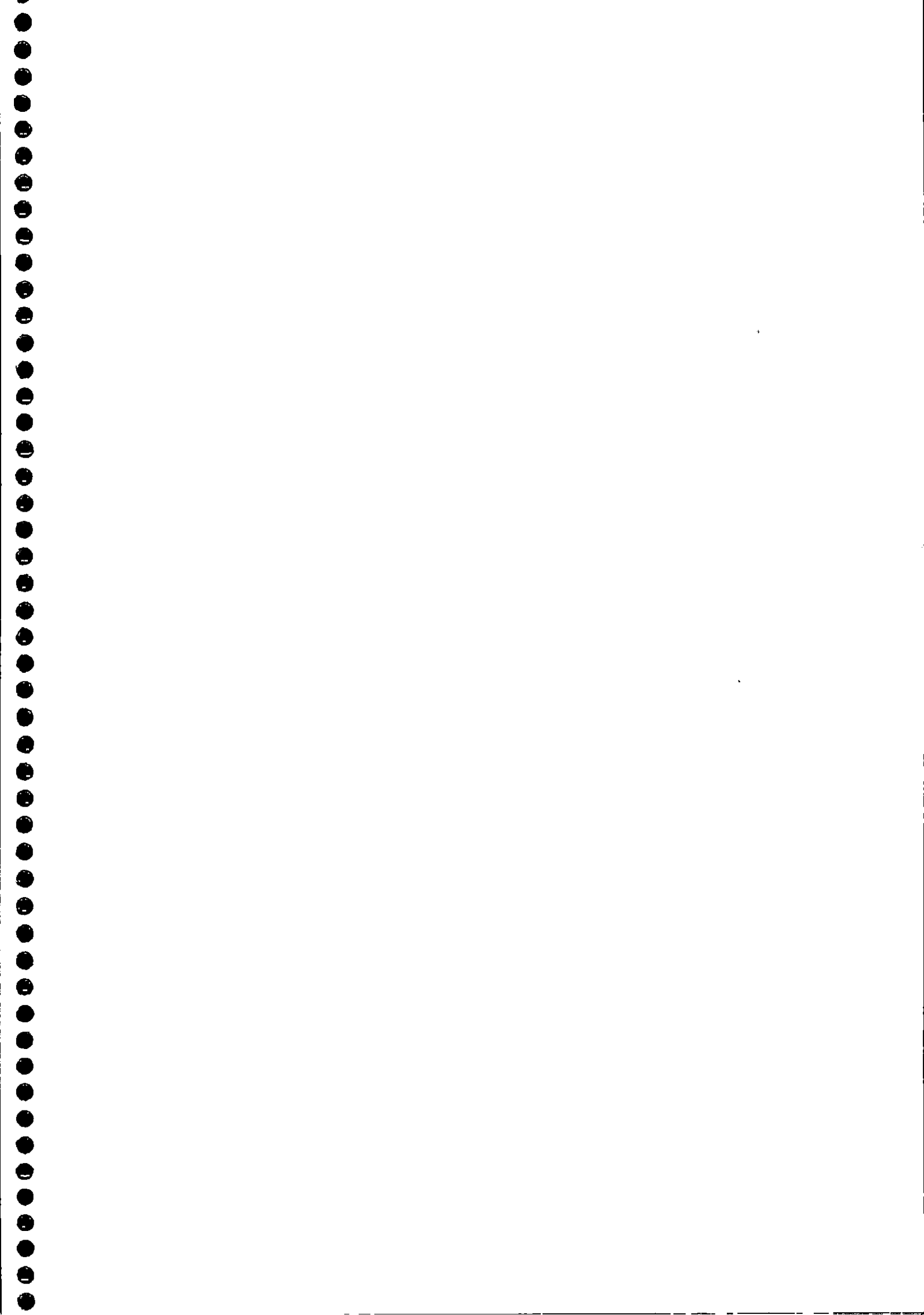
Foram coletados dados referentes à identificação e características dos pacientes tais como raça, sexo, idade, profissão, doenças de base, entre outros. Houve também coleta de dados clínicos de cada paciente, tais como sintomas iniciais na admissão do hospital, fatores de risco para AVE, bem como tipo de AVE diagnosticado e as sequelas dessa doença. Além desses, também foram coletados dados referentes aos exames que foram relevantes para o diagnóstico da doença, tais como tomografia computadorizada e ressonância magnética.

Foram incluídos, para análise da pesquisa, todos os pacientes diagnosticados com acidente vascular encefálico, que deram entrada no HPS – JF no período anteriormente mencionado.

Os dados foram armazenados no programa Access 2010, Microsoft Corporation® USA. Para a análise estatística, foi utilizado o programa estatístico SPSS 13.0, SPSS Inc. Métodos descritivos foram utilizados para as variáveis estudadas (proporções, médias e medianas), e verificada associação entre variáveis selecionadas com análises bivariadas. Para a comparação entre variáveis contínuas foi utilizado o teste t de student, e para variáveis categóricas o teste de qui quadrado. Na análise do *p*-valor e os intervalos de confiança o valor crítico foi definido em 95%. Os dados foram agrupados e apresentados em tabelas e gráficos.

Não houve risco para os pacientes, uma vez que o trabalho foi baseado na coleta de dados de prontuários. Pelo mesmo motivo, a pesquisa foi dispensada de aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Todas as informações obtidas através desta pesquisa são confidenciais e asseguramos sigilo sobre todas as informações pessoais, conforme o preconizado pela Resolução CNS 466/12, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil.

A pesquisa, realizada no HPS – JF, foi autorizada pelo diretor de Comitê de Ética dessa instituição (ANEXO A). O presente projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil sob o protocolo nº 38843014.6.0000.5156 (CAAE) e aprovado pelo Comitê de Ética da Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos de Barbacena - MG, por meio do parecer nº 1.017.289 (ANEXO B).



5. RESULTADOS

Foram analisados, durante o período de Setembro de 2015 a Janeiro de 2016, 35 prontuários de pacientes diagnosticados com acidente vascular encefálico (AVE) atendidos no Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira, da cidade de Juiz de Fora - MG (HPS - JF). Dentre estes, 54,3% eram do sexo masculino e 45,7% do sexo feminino, sendo a maioria (62,9%) com idade superior a 60 anos. A idade variou entre 25 a 98 anos, com média de idade de 65 anos (Tabela 1).

Do total de pacientes diagnosticados com AVE no HPS – JF durante o período da pesquisa, a maioria (65,7%) era de cor não branca (pardos e pretos) e proveniente da cidade de Juiz de Fora (85,7%) (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil dos pacientes diagnosticados com AVE no Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora - MG.

	n	%		n	%
Sexo			Cor		
Masculino	19	54,3	Branca	12	34,3
Feminino	16	45,7	Não Branca	23	65,7
Idade			Local de Residência		
≤ 60	13	37,1	Juiz de Fora	30	85,7
> 60	22	62,9	Outras Cidades	5	14,3

Ao analisar a presença de fatores de risco para AVE nos pacientes atendidos no HPS – JF, constatou-se que houve relato da maioria dos fatores de risco nesses pacientes, tais como fibrilação atrial (11,4%), tabagismo (22,9%), sedentarismo (25,7%), diabetes mellitus (31,4%), hipertensão arterial (68,6%), AVE isquêmico prévio (31,4%) e AVE hemorrágico prévio (2,9%). No entanto, não houve relato, pelos pacientes, de fatores de risco como insuficiência cardíaca, dislipidemia, história prévia de infarto agudo do miocárdio e história prévia de ataque isquêmico transitório (Tabela 2).

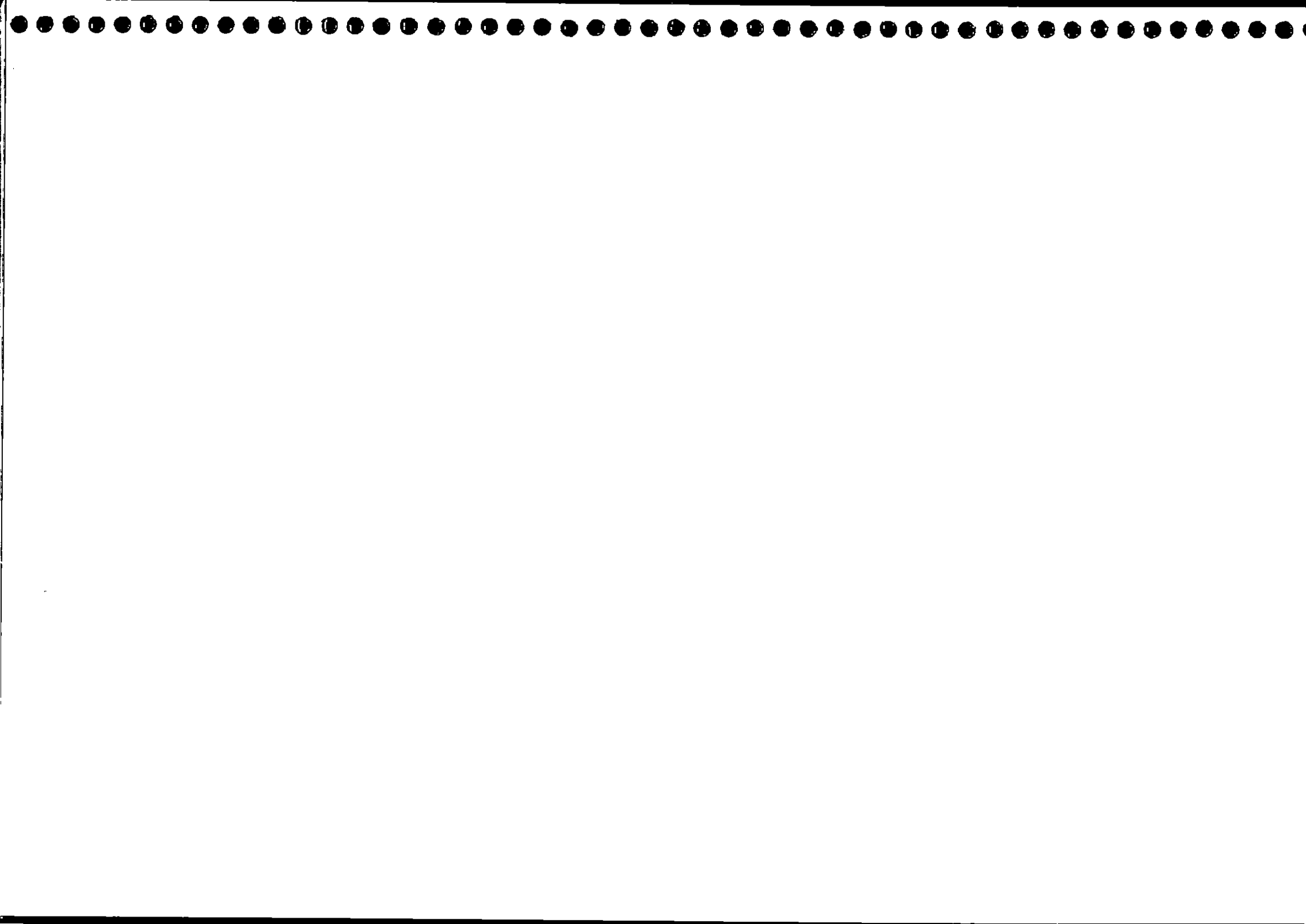


Tabela 2. Fatores de risco para AVE presentes em pacientes diagnosticados com AVE no Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora - MG.

	n	%		n	%		n	%
Fibrilação Atrial			Tabagismo			Sedentarismo		
sim	4	11,4	sim	8	22,9	sim	9	25,7
não	31	88,6	não	27	77,1	não	26	74,3
Diabetes Mellitus			Hipertensão Arterial			Dislipidemia		
sim	11	31,4	sim	24	68,6	sim	-	-
não	24	68,6	não	11	31,4	não	35	100
Insuficiência Cardíaca			IAM** Prévio			AIT* Prévio		
sim	-	-	sim	-	-	sim	-	-
não	35	100	não	35	100	não	35	100
AVE isquêmico prévio			AVE hemorrágico prévio					
sim	11	31,4	sim	1	2,9			
não	24	68,6	não	34	97,1			

* Ataque isquêmico transitório

** Infarto agudo do miocárdio

Ao analisar a relação entre as principais comorbidade crônicas relatadas pelos pacientes e o tipo de AVE diagnosticado no atendimento no HPS – JF, os dados mostraram que a maioria dos pacientes diagnosticados com AVE isquêmico eram hipertensos (83,3%), com diferença estatisticamente significativa quando comparados aos pacientes com diagnóstico de AVE hemorrágico (50,0%). Tanto em pacientes diagnosticados com AVE isquêmico quanto em pacientes com AVE hemorrágico, a presença de comorbidades como diabetes mellitus e fibrilação atrial era minoria, não havendo significância estatística nos dados ao comparar a prevalência dessas comorbidades em cada tipo de AVE diagnosticado (AVE hemorrágico e AVE isquêmico) (Tabela 3).

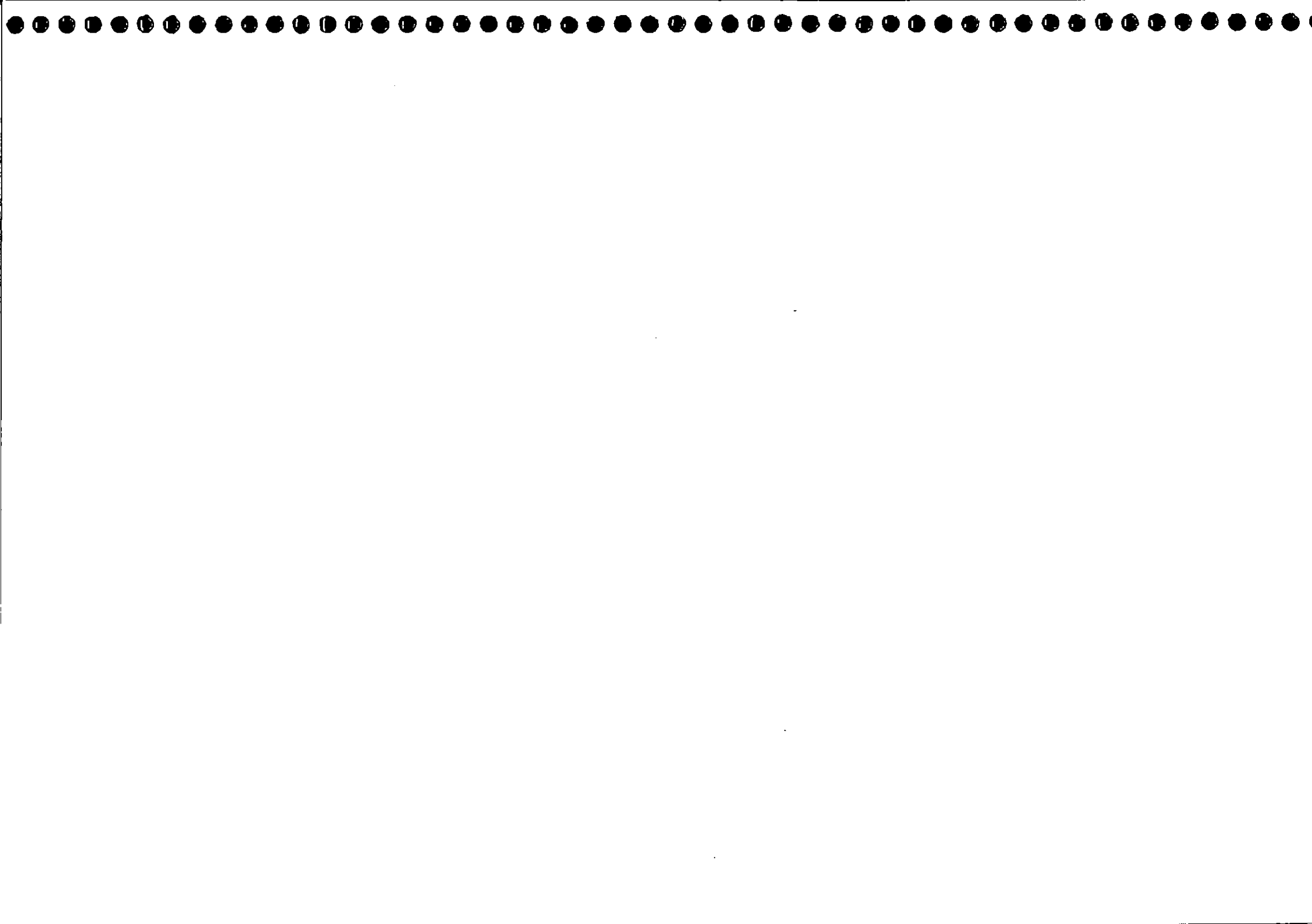


Tabela 3. Relação entre o tipo de AVE diagnosticado e as principais comorbidades em pacientes diagnosticados com AVE no Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora - MG.

	AVE isquêmico Total = 18		AVE hemorrágico Total = 16		p-valor
	n	%	n	%	
Diabetes Melitus					
sim	8	44,4	3	18,7	0,109
não	10	55,6	13	81,3	
Hipertensão Arterial					
sim	15	83,3	8	50,0	0,044
não	3	16,7	8	50,0	
Fibrilação Atrial					
sim	2	11,1	1	6,2	0,458
não	16	88,9	15	93,8	

Ao relacionar o tipo de AVE diagnosticado com fatores físicos e ambientais dos pacientes atendidos no HPS – JF constatou-se que, em ambos os tipos de AVE diagnosticados, apenas uma minoria dos pacientes eram sedentários, obesos e tabagistas. No entanto houve maior prevalência de sedentarismo (33,8%) e de tabagismo (22,2%) em pacientes com diagnóstico de AVE isquêmico, quando comparado à prevalência de sedentarismo (12,5%) e tabagismo (18,8%) em pacientes com diagnóstico de AVE hemorrágico. Nos pacientes com AVE hemorrágico houve maior prevalência de obesidade (6,2%), no entanto houve uma diferença relativamente pequena, em relação a essa mesma característica nos pacientes com AVE isquêmico (5,6%). Esses dados não mostraram significância estatística (Tabela 4).

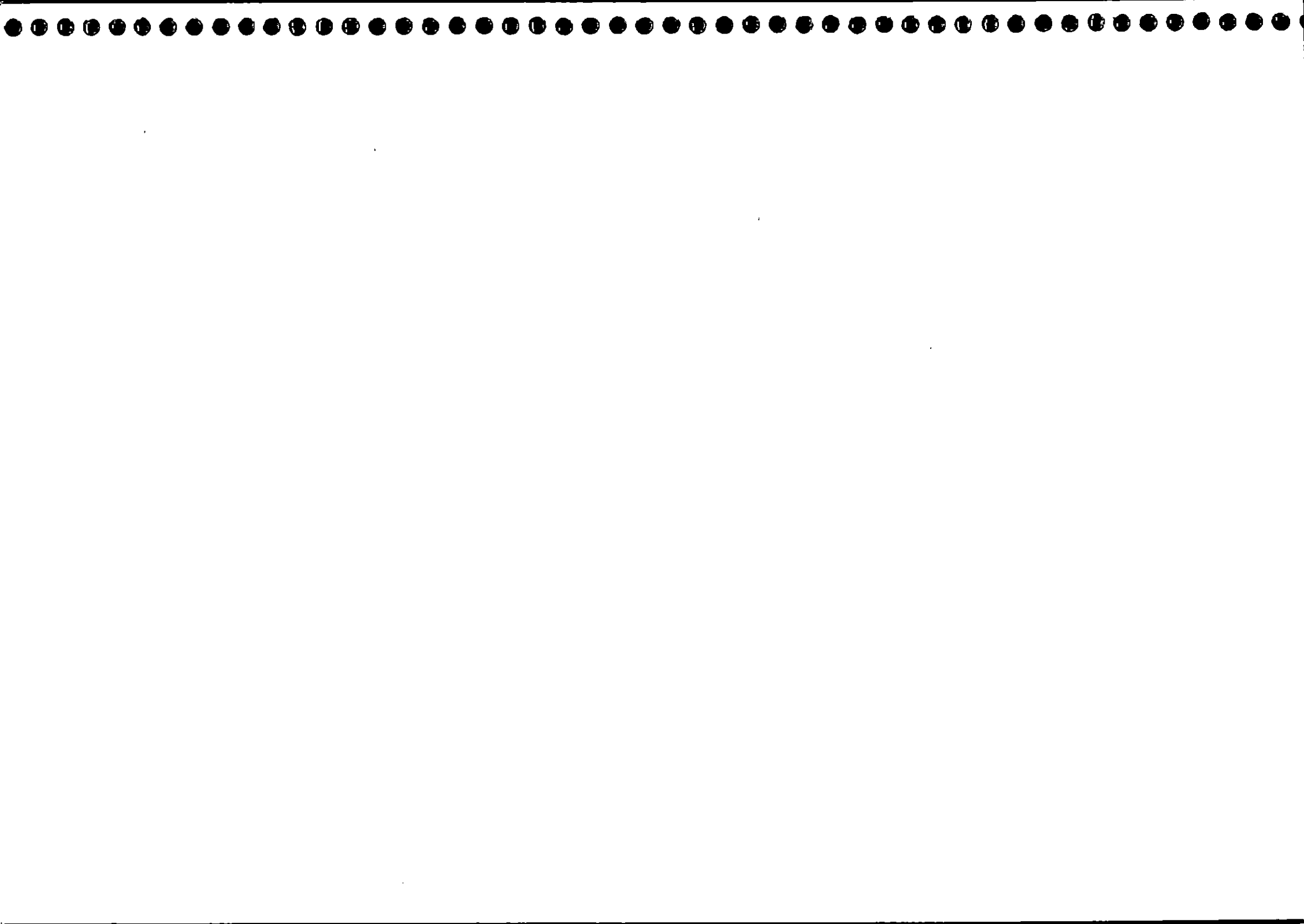


Tabela 4. Relação entre o tipo de AVE diagnosticado e fatores físicos e ambientais dos pacientes atendidos no Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora - MG.

	AVE isquêmico Total = 18		AVE hemorrágico Total = 16		p-valor
	n	%	n	%	
Sedentarismo					
sim	6	33,3	2	12,5	0,153
não	12	66,7	14	87,5	
Obesidade					
sim	1	5,6	1	6,2	0,727
não	17	94,4	15	93,8	
Tabagismo					
sim	4	22,2	3	18,8	0,571
não	14	77,8	13	81,2	

Foi analisada também a relação entre os sintomas neurológicos apresentados pelos pacientes e o tipo de AVE diagnosticado no atendimento do HPS – JF. Os dados mostraram que houve maior prevalência de cefaleia (25,0%) em pacientes com diagnóstico de AVE hemorrágico em comparação com pacientes com AVE isquêmico (11,1%). A maioria dos pacientes com AVE isquêmico apresentaram sinais de déficit motor (77,0%), enquanto que apenas 50,0% dos pacientes com AVE hemorrágico apresentaram esses sinais. A presença de alteração na fala também foi mais prevalente em pacientes com AVE do tipo isquêmico (55,6%). O rebaixamento do nível de consciência foi mais prevalente em pacientes com AVE hemorrágico (81,3%), enquanto que apenas 61,6% dos pacientes com AVE isquêmico apresentaram esse estado clínico. Alterações visuais (5,6%), assimetria facial (38,9%) e alteração da marcha (5,6%) foram mais prevalentes em pacientes com AVE isquêmico, enquanto que nos pacientes com AVE hemorrágico houve maior prevalência de crises convulsivas (31,3%) quando comparados aos pacientes com AVE isquêmico (16,7%). Todos esses dados não mostraram significância estatística (Tabela 5).



Tabela 5. Relação entre o tipo de AVE diagnosticado e os sinais e sintomas neurológicos presentes nos pacientes atendidos no Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora - MG.

	AVE isquêmico Total = 18		AVE hemorrágico Total = 16		p-valor
	n	%	n	%	
Cefaleia sim	2	11,1	4	25,0	0,271
Déficit Motor sim	14	77,8	8	50,0	0,091
Alteração da Fala sim	10	55,6	1	43,8	0,366
Rebaixamento de Consciência sim	11	61,1	13	81,3	0,182
Alterações Visuais sim	1	5,6	-	-	0,529
Assimetria Facial sim	7	38,9	3	18,8	0,182
Crise Convulsiva sim	3	16,7	5	31,3	0,276
Alteração da Marcha sim	1	5,6	-	-	0,529

Ao avaliar o tipo de tratamento efetuado nos pacientes atendidos no HPS – JF conforme o tipo de AVE diagnosticado foi possível constatar que, em ambos os tipos de AVE, em nenhum dos pacientes houve uso de trombolíticos para tratamento, não sendo possível estabelecer dados estatísticos ao realizar comparação. Também constatou-se que apenas os pacientes com AVE hemorrágicos foram tratados com cirurgia, no entanto, em apenas 6,3% houve esse tipo de abordagem. Os dados mostraram que houve maior prevalência do uso de AAS (88,9%), clopidogrel (11,1%), estatina (83,3%) e heparinas (66,7%) em pacientes com diagnóstico de AVE isquêmico em comparação ao uso desses tratamentos em pacientes com diagnóstico de AVE hemorrágico. Houve significância estatística apenas nos dados relacionados ao tratamento com AAS, estatina e heparinas (Tabela 6).

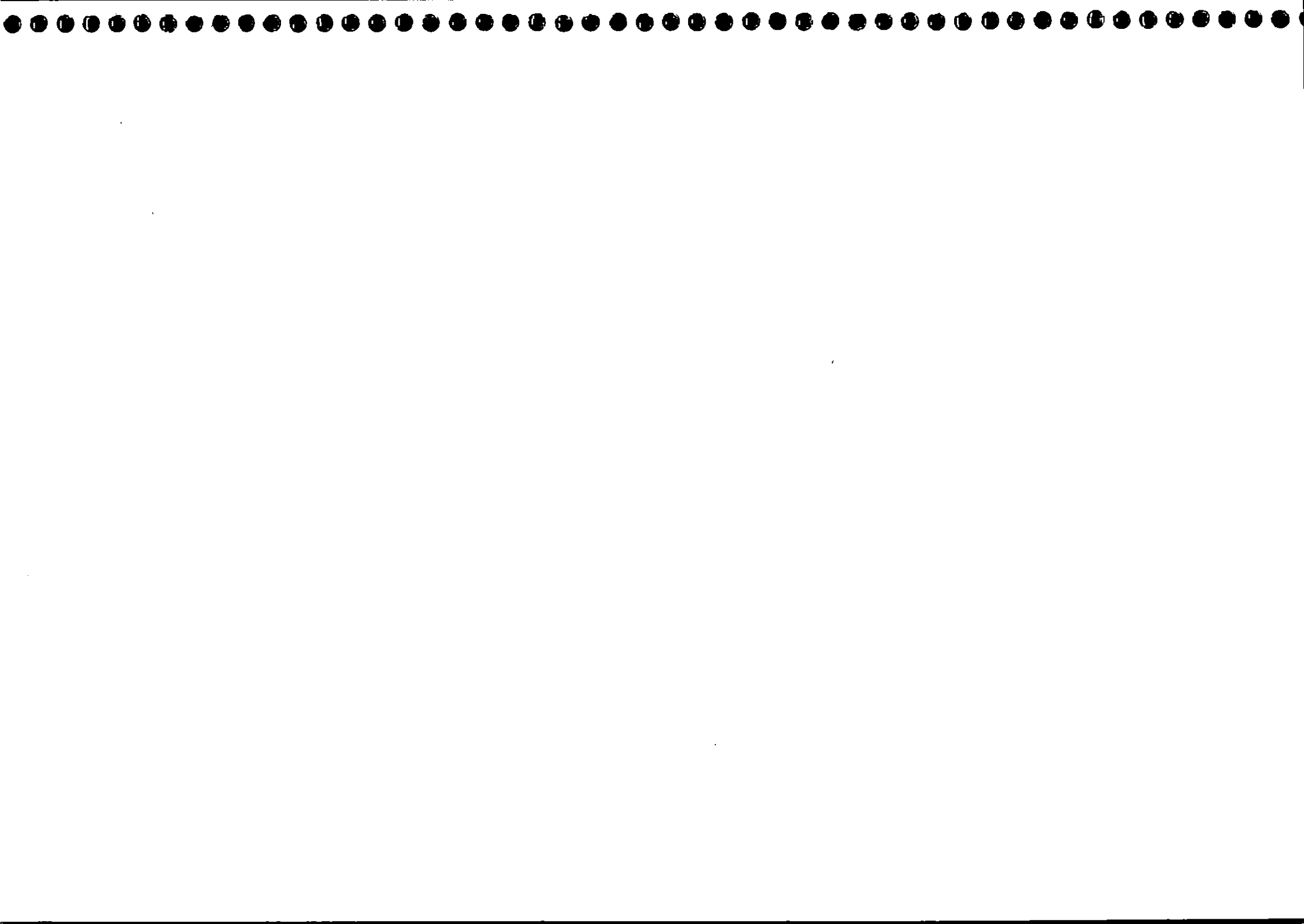


Tabela 6. Relação entre o tipo de AVE diagnosticado e o tipo de tratamento feito em pacientes atendidos no Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora - MG.

	AVE isquêmico Total = 18		AVE hemorrágico Total = 16		p-valor
	n	%	n	%	
Trombolítico					
sim	-	-	-	-	*
não	18	100	16	100	
Cirurgia					
sim	-	-	1	6,3	0,571
não	3	100	3	93,7	
sem dados	15		12		
AAS					
sim	16	88,9	-	-	0,000
não	2	11,1	16	100	
Clopidogrel					
sim	2	11,1	-	-	0,273
não	16	88,9	16	100	
Estatina					
sim	15	83,3	2	12,5	0,000
não	3	16,7	14	87,5	
Heparinas					
HBPM**	10	55,6	-	-	0,000
HNF***	2	11,1	2	12,5	
não	6	33,3	14	85,5	

* Sem dados estatísticos

** Heparina de Baixo Peso Molecular

*** Heparina Não Fracionada

Ao relacionar o desfecho da doença com o tipo AVE diagnosticado nos pacientes atendidos no HPS – JF foi constatado que a maioria dos pacientes com diagnóstico de AVE hemorrágico evoluiu a óbito (56,3%). Dos pacientes diagnosticados com AVE isquêmico, a maioria evoluiu com alta hospitalar (52,9%). Houve maior proporção de pacientes transferidos para atendimento em outras unidades hospitalares naqueles com diagnóstico de AVE isquêmico (41,2%) quando comparados a pacientes com AVE hemorrágico (31,3%). Houve diferença com significância estatística nos dados apresentados (Tabela 7).

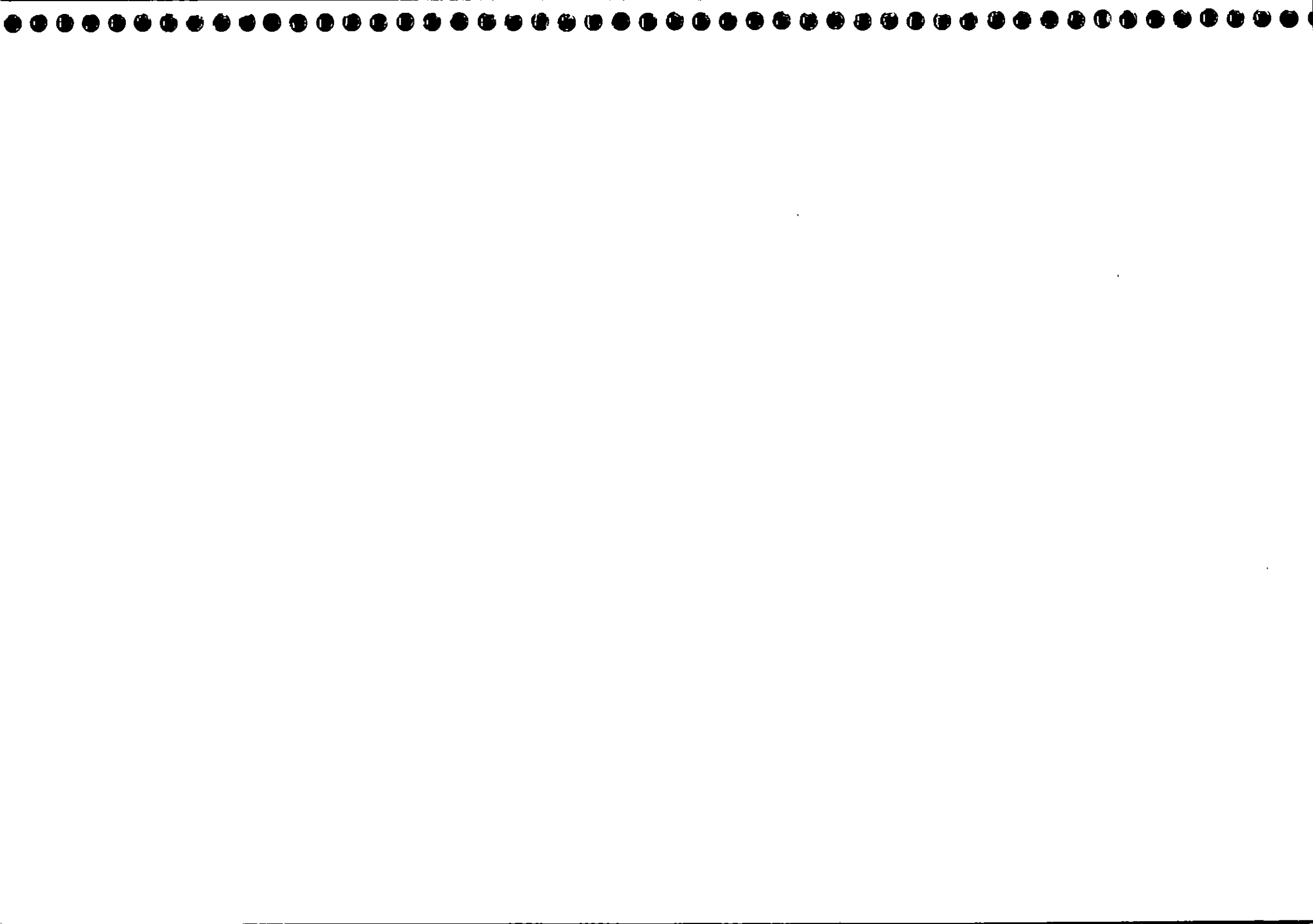


Tabela 7. Relação entre o desfecho da doença e o tipo de AVE diagnosticado nos pacientes atendidos no Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora - MG.

	AVE isquêmico		AVE hemorrágico		Total		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Óbito	1	5,9%	9	56,3%	10	30,3	
Alta Hospitalar	9	52,9%	2	12,4%	11	33,3	
Transferência Hospitalar	7	41,2%	5	31,3%	12	36,4	0,004

Ao relacionar os fatores de risco para AVE presentes nos pacientes atendidos no HPS – JF com o desfecho da doença após o diagnóstico (AVE), notou-se que dos pacientes que evoluíram para óbito, a maioria era do sexo masculino (72,7%), enquanto que nos pacientes que evoluíram com alta hospitalar a maioria era do sexo feminino (54,5%). Em relação à idade, houve maior prevalência de pacientes com acima de 60 anos, tanto naqueles que evoluíram para óbito (54,5%) quanto naqueles que evoluíram com alta hospitalar (72,7%). Em relação à cor, houve maior prevalência de pacientes de cor não branca (pardos e pretos), tanto naqueles que evoluíram para óbito quanto naqueles que evoluíram com alta hospitalar, com proporções iguais (63,3%) de pacientes para cada desfecho da doença. Houve maior proporção de fatores de risco como tabagismo (18,2%), sedentarismo (45,5%), diabetes mellitus (45,5%), hipertensão arterial (81,8%) e AVE hemorrágico prévio (9,1%) em pacientes que evoluíram com alta hospitalar quando comparados com pacientes que evoluíram a óbito. Houve igual prevalência de pacientes com fibrilação atrial (18,2%) e história prévia de AVE isquêmico (27,3%) para cada desfecho da doença (óbito e alta hospitalar) (Tabela 8).

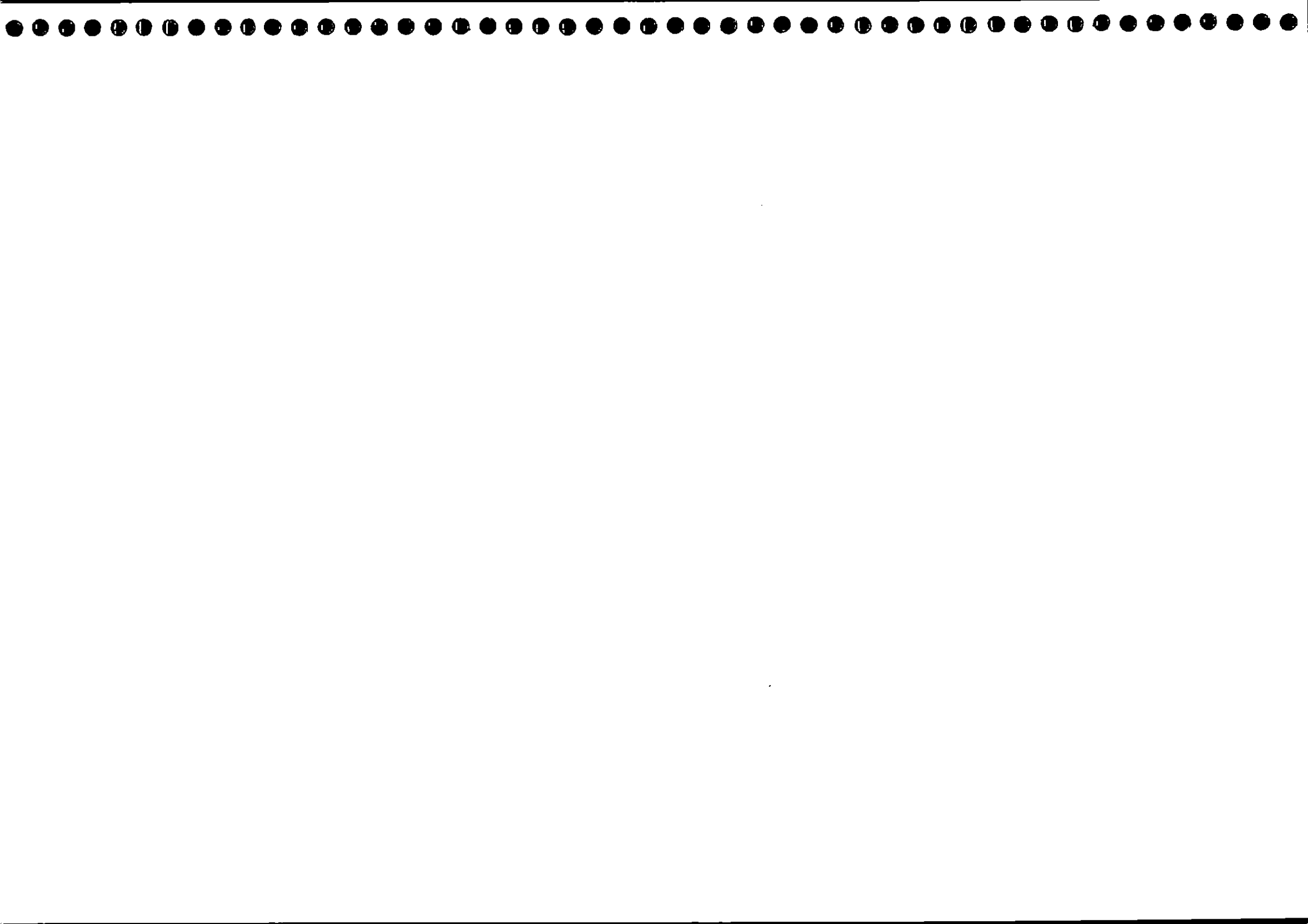


Tabela 8. Relação entre o desfecho da doença após o diagnóstico e os fatores de riscos para AVE presentes nos pacientes atendidos no Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora - MG.

	Óbito Total = 11		Alta Hospitalar Total = 11		p-valor
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	8	72,7	5	45,5	0,192
Feminino	3	27,3	6	54,5	
Idade					
≤ 60	5	45,5	3	27,3	0,328
> 60	6	54,5	8	72,7	
Cor					
Branca	4	36,4	4	36,4	0,328
Não Branca	7	63,6	7	63,6	
Tabagismo					
sim	1	9,1	2	18,2	0,500
Sedentarismo					
sim	1	9,1	5	45,5	0,290
Diabetes Mellitus					
sim	2	18,2	5	45,5	0,179
Hipertensão Arterial					
sim	6	54,5	9	81,8	0,179
Fibrilação Atrial					
sim	2	18,2	2	18,2	0,290
AVE isquêmico prévio					
sim	3	27,3	3	27,3	0,316
AVE hemorrágico prévio					
sim	-	-	1	9,1	0,500

6. DISCUSSÃO

A realização de estudos epidemiológicos de doença cerebrovascular, bem como de outras enfermidades neurológicas, em países em desenvolvimento, tal como o Brasil, muitas vezes apresenta dificuldades por falta de informações sócio-demográficas e da baixa qualidade e/ou completude dos registros de saúde. Além disso, em relação ao acidente vascular encefálico (AVE), o sistema DATASUS não permite avaliar de forma quantitativa a influência dos fatores de risco na mortalidade, além de não disponibilizar informações a respeito de sobrevida e o processo de reabilitação (Almeida, 2012; Pereira *et al.*, 2009).



Vivemos uma realidade em que a maior parte dos pacientes diagnosticados com AVE recebe o primeiro atendimento em centros onde não existem especialistas ou Serviços de Neurologia. Este atendimento é realizado, em grande parte, pelo clínico geral (Rodanovic, 2000).

A maior dificuldade para se fazer um retrato real do AVE no território nacional é a ausência de uma regulação federal a respeito de sua notificação. O Ceará é o único estado que tem uma política de governo específica para essa doença. Nos demais estados, a notificação dos casos de AVE não é obrigatória. (Abramczuk; Villela, 2009).

No Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira, da cidade de Juiz de Fora – MG (HPS – JF), esses problemas também são reais, visto que a maioria dos atendimentos iniciais dos pacientes com AVE é feito pelo clínico geral. Além disso, há dificuldades para serem obtidos os registros médico-hospitalares e, muita das vezes, esses registros contém baixa qualidade das informações clínicas dos pacientes. Por estes motivos, houve dificuldade na coleta de importantes dados dos pacientes, essenciais para realização deste estudo, resultando uma pequena amostra (35 prontuários).

Os resultados do nosso estudo mostraram que, dos pacientes diagnosticados com AVE atendidos no HPS – JF, a maioria eram do sexo masculino (54,3%) e com idade superior a 60 anos (62,9%). Houve concordância desses resultados com os dados apresentados pelo estudo de Sá e cols. (2014), os quais relatam que essa doença atinge mais homens do que mulheres. Esta diferença entre os gêneros é fortemente influenciada pelo aumento da idade. Quanto à incidência do AVE, esta duplica a cada década após os 55 anos, porém, cerca de 3/4 de todos os AVE's ocorrem após os 65 anos.

Do total de pacientes diagnosticados com AVE no HPS – JF, a maioria (65,7%) era de cor não branca (pardos e pretos). Chaves (2009) relata, em um estudo sobre fatores de risco para AVE, que há dificuldade para interpretar estudos em populações negras devido a inconsistências metodológicas. Nos EUA, a incidência de AVE entre negros foi duas vezes maior, os quais mostraram maior relação com todos os subtipos de AVE. Diferença de classe social entre etnias também poderia contribuir para esses achados. No entanto, embora o nível socioeconômico possa ter um papel na mortalidade por AVE entre os negros, maior parte ou todo excesso de risco pode dever-se a outros fatores, tais como maior prevalência de hipertensão e diabetes entre pessoas negras. Identificou-se maior prevalência de hipertensão,

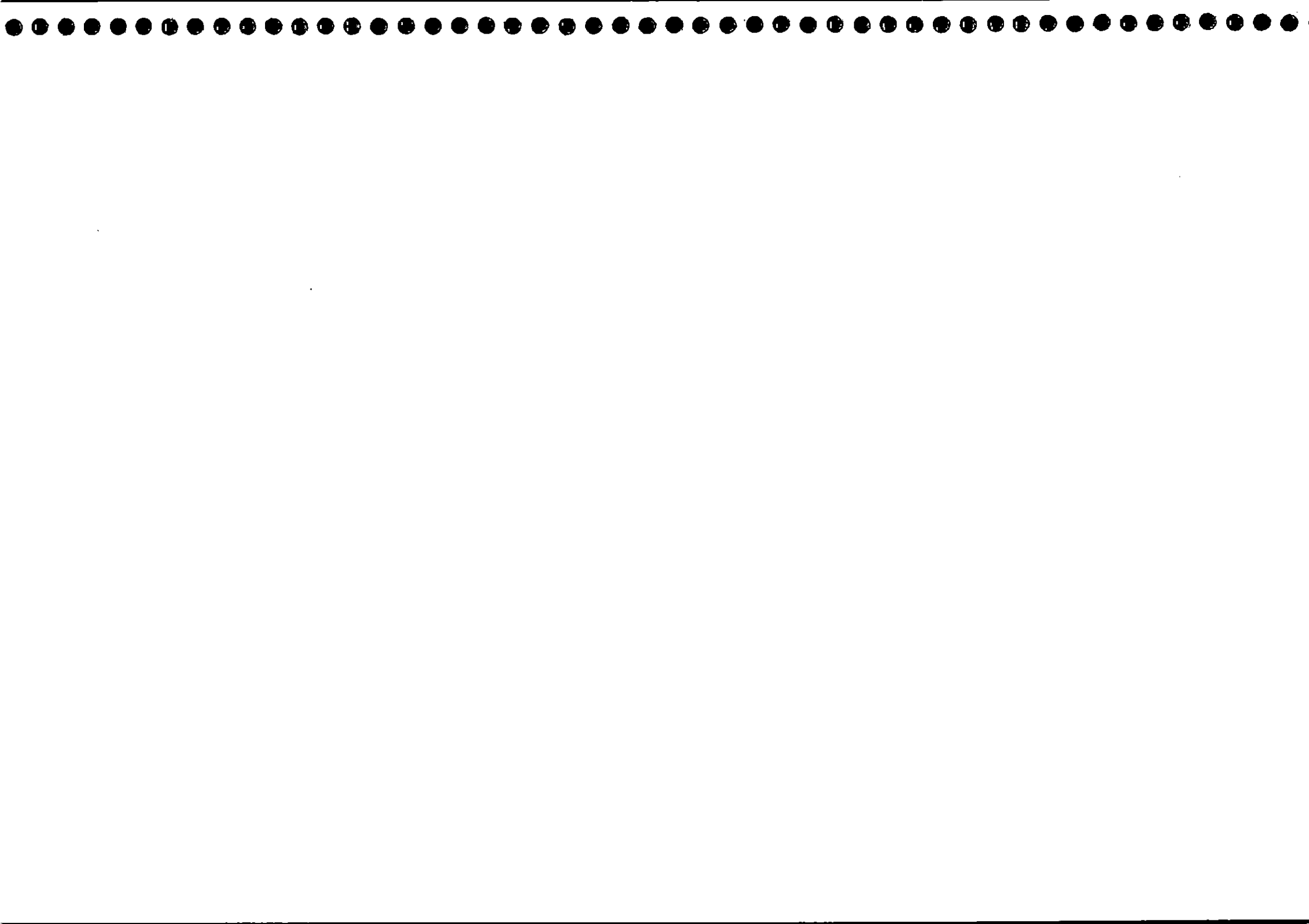


hipertrofia ventricular esquerda, obesidade, álcool e fumo entre negros. Diferenças étnicas isoladas nesses fatores de risco, no entanto, não parecem contribuir para o risco elevado de AVE entre os negros.

Em relação à presença de fatores de risco em pacientes com diagnóstico de AVE atendidos no HPS – JF, houve registro da maioria dos fatores nesses pacientes, tais como fibrilação atrial, tabagismo, sedentarismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial, AVE isquêmico prévio e AVE hemorrágico prévio. No entanto, não houve registro de fatores de risco como insuficiência cardíaca, dislipidemia, história prévia de infarto agudo do miocárdio e história prévia de ataque isquêmico transitório. É esperado encontrar a presença dessas doenças em pacientes diagnosticados com AVE, visto que a presença das mesmas aumenta significativamente a ocorrência de AVE. No entanto, a ausência de relato de alguns desses fatores de risco, tal como observado neste trabalho, não excluem a presença dessas doenças nos pacientes diagnosticados com AVE, uma vez que poder ter havido subnotificação das mesmas nos registros médicos do HPS – JF (Lima *et al.*, 2015; Carvalho *et al.*, 2015; Pereira *et al.*, 2009; Chaves, 2000).

Ao relacionar as principais comorbidade relatadas nos pacientes com o tipo de AVE diagnosticado no atendimento no HPS – JF, os resultados mostraram maior proporção de hipertensão nos pacientes diagnosticados com AVE isquêmico (83,3%), com diferença estatisticamente significativa, quando comparados aos pacientes com diagnóstico de AVE hemorrágico (50,0%). Os trabalhos de Brito e cols. (2011) e Chaves (2000) relataram sobre a associação entre a hipertensão e o AVE isquêmico, mostrando também que a hipertensão arterial sistêmica aumenta três a quatro vezes o risco de desenvolver AVE, sendo então considerada o principal fator de risco para essa doença. A avaliação da relação entre hipertensão sistólica isolada com os subtipos isquêmico e hemorrágico revelou um aumento da incidência de AVE genérico ou AVE isquêmico, estando este último dado em concordância com os apresentados em nosso trabalho.

Neste estudo, em relação à presença fatores físicos e ambientais associados com AVE, nos pacientes atendidos no HPS – JF houve maior prevalência de sedentarismo e tabagismo em pacientes com diagnóstico de AVE isquêmico, quando comparado a pacientes diagnosticados com AVE hemorrágico. Como mencionado anteriormente, o principal fator relacionado com o AVE é a hipertensão arterial, no entanto, muitos estudos epidemiológicos têm estabelecido que o tabagismo é um fator de risco sinérgico à essa doença, assim como

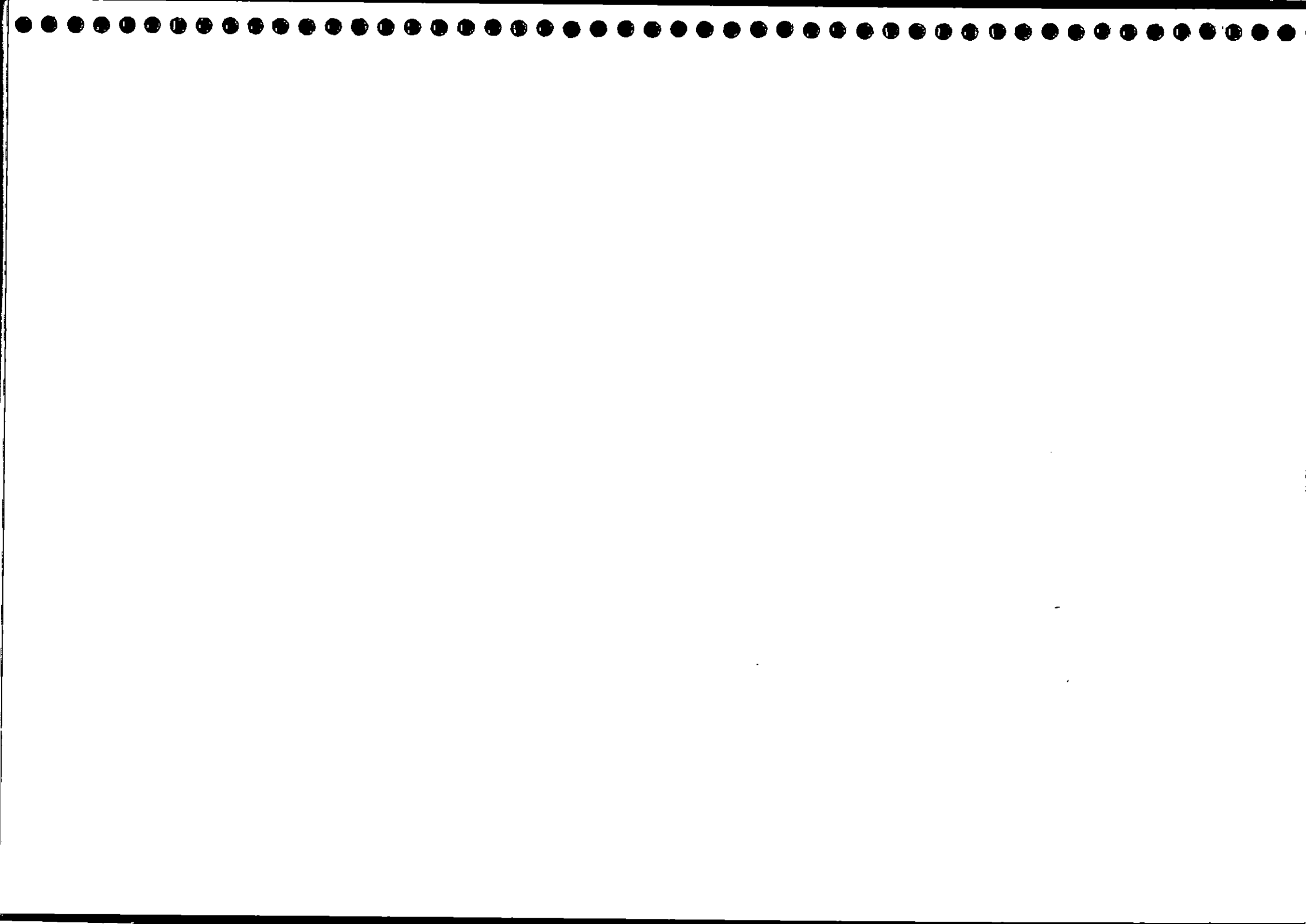


também ao diabetes melito, à intolerância à glicose, à idade, à dislipidemia e à doença cardiovascular preexistente. É possível que exista associação entre o fumar passivo e a hiperplasia da íntima, aumentando potencialmente o risco de AVE isquêmico, em concordância com os achados deste estudo. A redução do risco de AVE pelo tratamento farmacológico da hipertensão é muito maior em hipertensos leves não tabagistas que em tabagistas com hipertensão leve, destacando a importância do tabagismo. Em relação ao sedentarismo, associa-se essa doença com uma maior prevalência de hipertensão, pois indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos (Souza; Vianna, 2011; V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2007; Chaves, 2000).

Acidente vascular encefálico deve ser considerado em qualquer paciente que apresente déficit neurológico agudo (focal ou generalizado) ou alteração do nível de consciência. Nenhum dos sinais ou sintomas de AVE, por si só, são específicos o suficiente para distinguir AVE isquêmico de hemorrágico. Entretanto, sintomas generalizados, incluindo náuseas, vômitos, dor de cabeça e convulsões, bem como uma alteração do nível de consciência, podem indicar aumento da pressão intracraniana, sendo mais comuns em AVE hemorrágico. As convulsões ocorrem em até 28% dos acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos, geralmente dentro das primeiras 24 horas (Jauch *et al.*, 2015; Liebeskind *et al.*, 2015; Pontes-Neto *et al.*, 2009).

Neste estudo, em concordância com os trabalhos de Jauch e cols. (2015) e Liebeskind e cols. (2015), os resultados mostraram que houve maior prevalência de cefaleia, crises convulsivas e rebaixamento do nível de consciência em pacientes com diagnóstico de AVE hemorrágico quando comparado a pacientes com AVE isquêmico. Entretanto, apesar de não haver descobertas que distinguem fielmente os achados de AVE isquêmico e hemorrágico, os resultados deste trabalho mostraram que houve maior proporção de sintomas como de déficit motor, alteração de fala, alterações visuais, assimetria facial e alteração de marcha em pacientes diagnosticados com AVE isquêmico.

Ao avaliar os tipos de tratamentos efetuados nos pacientes atendidos neste estudo e relacioná-los com o tipo de AVE diagnosticado, não houve registro, em nenhum dos pacientes, de uso de trombolíticos como propedêutica do AVE. Este resultado pode estar sendo apresentado devido à dificuldade de estabelecer um diagnóstico definitivo no atendimento inicial do paciente com AVE no HPS - JF, principalmente devido à falta de um



atendimento especializado no primeiro atendimento. Para efetuar o uso de trombolíticos deve-se ter, como critério de inclusão, a possibilidade de se iniciar a infusão dessa medicação dentro de 4,5 horas do início dos sintomas. Para isso, o horário do início dos sintomas deve ser precisamente estabelecido, tornando ainda mais difícil a realização desse procedimento por médico não especializado (Ministério da Saúde, 2013b; Rodanovic, 2000).

O manual de rotinas para atenção ao AVC, do Ministério da Saúde (2013b), recomenda o tratamento cirúrgico em pacientes com deterioração progressiva do quadro clínico, secundário a efeito de massa, em pacientes com AVE hemorrágico. Em concordância com esta recomendação, os achados deste estudo mostraram que apenas os pacientes com AVE hemorrágico foram tratados com cirurgia, no entanto, em apenas 6,3% houve esse tipo de abordagem, sendo, possivelmente, pacientes mais graves.

Ao comparar o tipo de tratamento efetuado conforme o tipo de AVE diagnosticado, os resultados deste trabalho mostraram que houve maior prevalência, com significância estatística, do uso de AAS, clopidogrel, estatina e heparinas em pacientes com diagnóstico de AVE isquêmico. Sendo essas medicações de uso recomendado para tratamento desse subtipo de AVE, é esperado que se encontrasse tais resultados (Ministério da Saúde, 2013b; Martins *et al.*, 2012).

A taxa de mortalidade global do AVE varia, na literatura, de 14% a 28% e, além disso, a taxa de mortalidade do AVE hemorrágico se mostrou superior (entre 30% a 50%) à essa mesma taxa no AVE isquêmico (cerca de 19%) (Jauch *et al.*, 2015; Rosa *et al.*, 2015; Oliveira; Andrade, 2001; Rodanovic, 2000). Em nosso estudo, apesar de apresentar proporções iguais entre pacientes que evoluíram a óbito e aqueles que evoluíram com alta hospitalar (11 pacientes), não foi possível estabelecer a real taxa global de mortalidade no atendimento hospitalar do HPS – JF, uma vez que houve grande número de pacientes transferidos para outras unidades, tornando desconhecido o desfecho final da doença. Entretanto, constatou-se que a mortalidade de pacientes com AVE hemorrágico foi proporcionalmente maior (56,3%) que em pacientes com AVE isquêmico (5,9%). Além disso, dos pacientes com AVE isquêmico, a maioria evoluiu com alta hospitalar (52,9%). Além de haver concordância desses resultados com os dados apresentados na literatura, houve diferença estatisticamente significativa nos mesmos, mostrando uma de mortalidade menor do que a esperada para pacientes com AVE isquêmico.



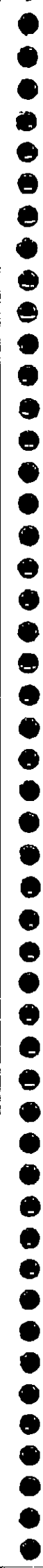
Garritano e cols. (2012), em um estudo que analisou a tendência das taxas de mortalidade por AVC no Brasil entre 2000 e 2009, relataram haver predomínio do número total de óbitos no sexo masculino. Em nosso estudo, em concordância com os resultados desses autores, constatou-se maior proporção de óbitos no sexo masculino quando comparado ao sexo feminino.

A maior prevalência de pacientes com acima de 60 anos, apresentada em nosso estudo, tanto naqueles que evoluíram para óbito quanto naqueles que evoluíram com alta hospitalar, é um dado esperado, uma vez que a maioria dos pacientes deste estudo tinham idade superior a 60 anos. Com resultado semelhante ao apresentado em relação à idade, houve maior prevalência de pacientes de cor não branca (pardos e pretos), com proporções iguais, tanto naqueles que evoluíram a óbito quanto naqueles que evoluíram com alta hospitalar. No entanto, o estudo de Chaves (2000) relata que a mortalidade é maior em pessoas negras, principalmente por apresentarem maior prevalência de hipertensão e diabetes. A explicação que achamos para o resultado apresentado em nosso estudo foi que, na nossa casuística, houve maior prevalência de pacientes de cor não branca (pretos e pardos), não havendo diferenciação dos dados entre pacientes de cor preta e parda.

Em nosso estudo, houve maior prevalência de fatores de risco como tabagismo, sedentarismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial e história prévia de AVE hemorrágico em pacientes que evoluíram com alta hospitalar quando comparados com pacientes que evoluíram a óbito. Como discutido anteriormente, tais comorbidades são importantes fatores de risco e preditores de mortalidade no AVE, estando presentes na maioria dos pacientes que evoluem para óbito. Contudo, os resultados apresentados em nosso estudo podem ter ocorridos por falha no registro das informações clínicas dos pacientes, uma vez que os pacientes que evoluem a óbito geralmente são pacientes mais graves, o que dificulta a coleta de informações dos mesmos (Lima *et al.*, 2015; Carvalho *et al.*, 2015; Pereira *et al.*, 2009; Chaves, 2000).

7. CONCLUSÃO

Embora com as limitações inerentes ao tipo de estudo, nomeadamente a sua natureza retrospectiva e a possibilidade de viés de informação, este estudo forneceu importantes



informações sobre o atendimento de pacientes com AVE no HPS – JF. Os resultados mostraram que a maioria dos pacientes eram do sexo masculino (54,3%), com idade superior a 60 anos (62,9%) e de cor não branca (65,7%), em concordância com os achados da literatura. Foi constatado registro da maioria dos fatores de risco para AVE nesses pacientes, no entanto, não houve registro de fatores de risco como insuficiência cardíaca, dislipidemia, história prévia de infarto agudo do miocárdio e história prévia de ataque isquêmico transitório. Uma explicação para este último dado é uma possível subnotificação nos registros médicos dos pacientes.

Por meio da classificação diagnóstica do AVE, constatou-se maior número de pacientes com AVE do tipo isquêmico. Os resultados também mostraram que houve maior prevalência de cefaleia, crises convulsivas e rebaixamento do nível de consciência em pacientes com diagnóstico de AVE hemorrágico, enquanto que sinais de déficit neurológico foram mais predominantes em pacientes com AVE isquêmico.

Houve maior proporção de hipertensão em pacientes diagnosticados com AVE isquêmico, com diferença estatisticamente significativa ao comparar com pacientes diagnosticados com AVE hemorrágico.

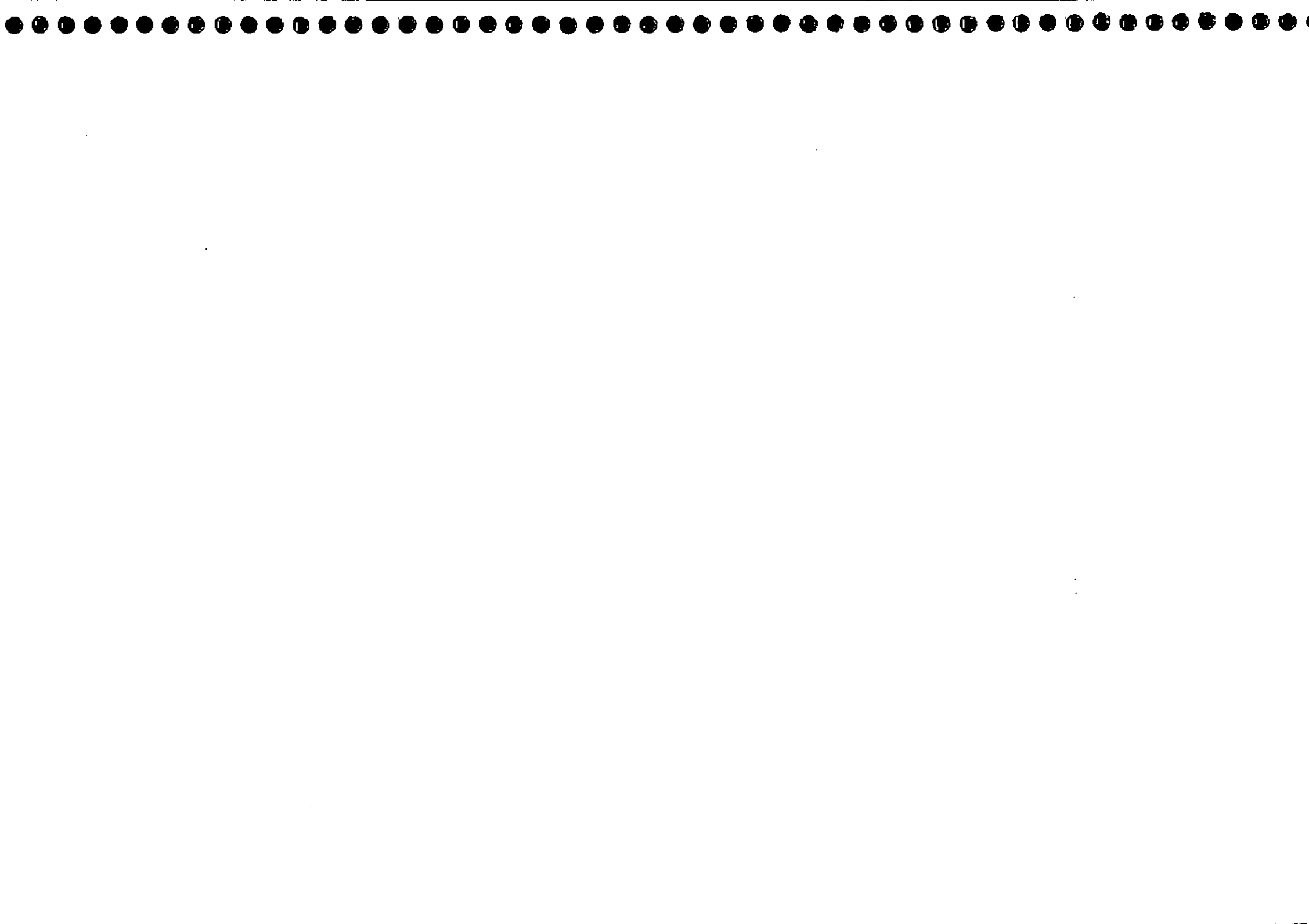
Este estudo também permitiu identificar que não houve registro, em nenhum dos pacientes, de uso de trombolíticos como propedêutica do AVE. Isto pode ter ocorrido devido à dificuldade de estabelecer um diagnóstico definitivo no atendimento inicial do paciente com AVE no HPS - JF, principalmente devido à falta de um atendimento especializado no primeiro atendimento. Portanto, ressaltamos a importância de estabelecer protocolo para uso de trombolíticos em pacientes com AVE atendidos nesse hospital.

Apesar de não ter sido possível estabelecer a real taxa global de mortalidade no atendimento hospitalar do HPS – JF, uma vez que houve grande número de pacientes transferidos para outras unidades, foi possível observar uma maior mortalidade em pacientes com AVE hemorrágico. Além disso, dos pacientes com AVE isquêmico, a maioria evoluiu com alta hospitalar.

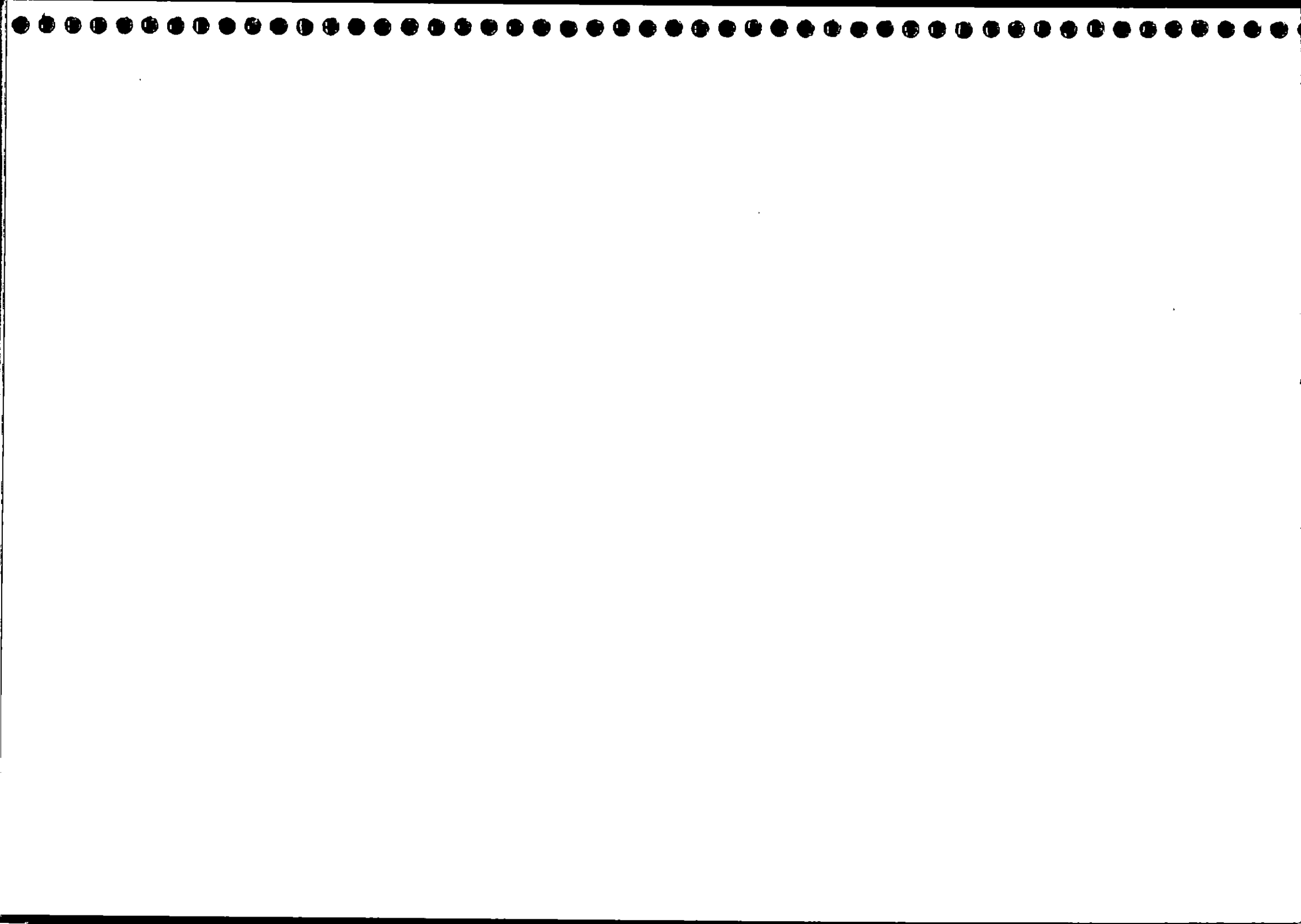


REFERÊNCIAS

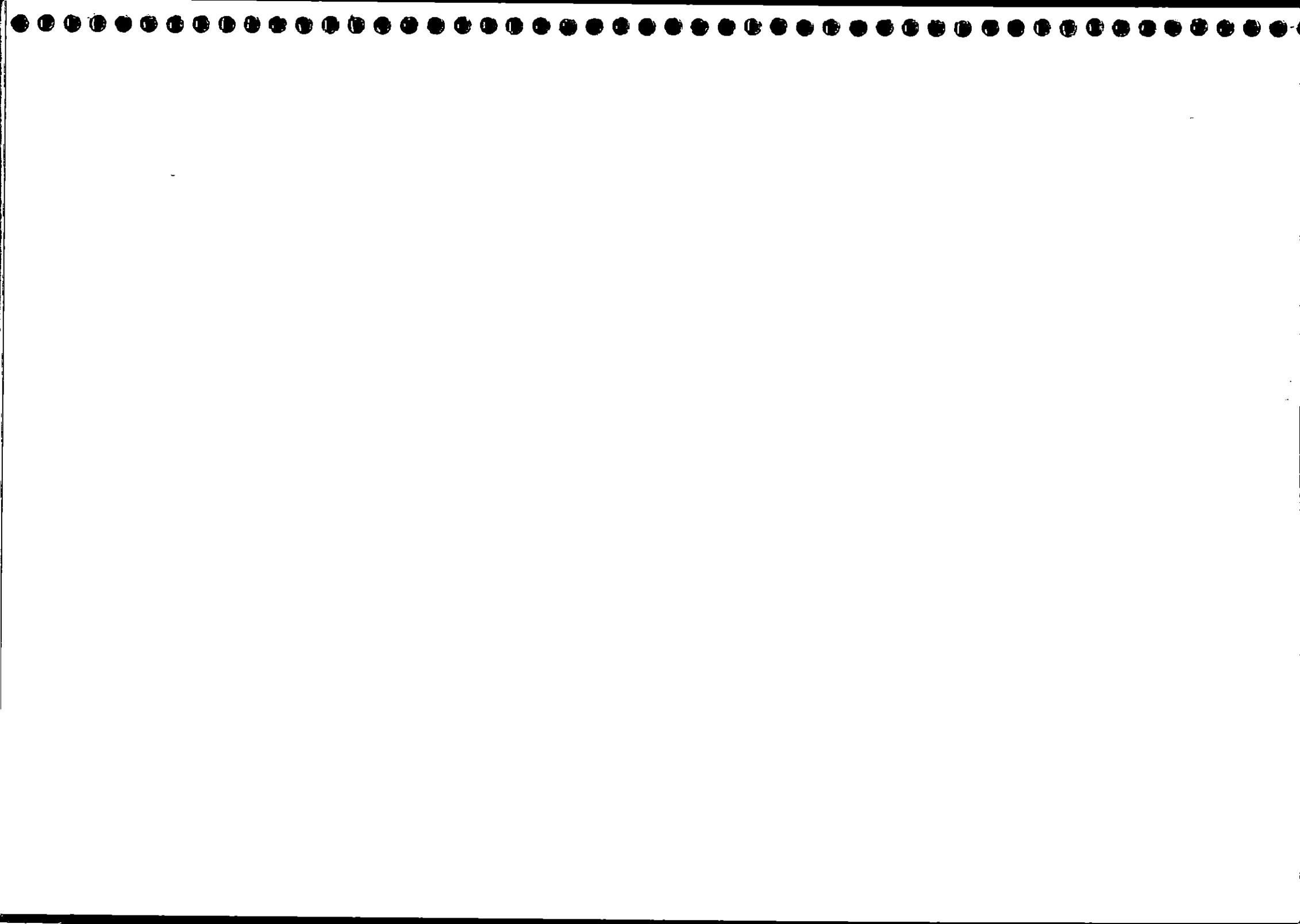
1. Abramczuk PB, Villela E. A luta contra o AVC no Brasil. *ComCiência* 2009; 109
2. Almeida SRM. Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. *Rev Neurocienc* 2012; 20(4):481-2
3. Baldin AD. Atividade física e acidente vascular cerebral. *ComCiência* 2009; 109
4. Brasil. Ministério da Justiça. Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens. Brasília; 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.
7. Brito ES, Pantarotto RFR, Costa LRLG. A hipertensão arterial sistêmica como fator de risco ao acidente vascular encefálico (AVE). *J Health Sci Inst* 2011; 29(4): 265-8
8. Cabral NL. Avaliação da incidência, mortalidade e letalidade por doença cerebrovascular em Joinville, Brasil: Comparação entre o ano de 1995 e o período de 2005-6. [Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo/USP; 2008.
9. Cabral NL. Epidemiologia e impacto da doença cerebrovascular no Brasil e no mundo. *ComCiência* 2009; 109
10. Carvalho MA, Coutinho APO, Carvalho GDA, Queiroz DTG, Santos SR. Epidemiologia dos acidentes vasculares encefálicos atendidos por meio do serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev enferm UFPE* 2015; 9(3): 1015-21
11. Chaves MLF. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. *Rev Bras Hipertens* 2000; 7(4): 372-82



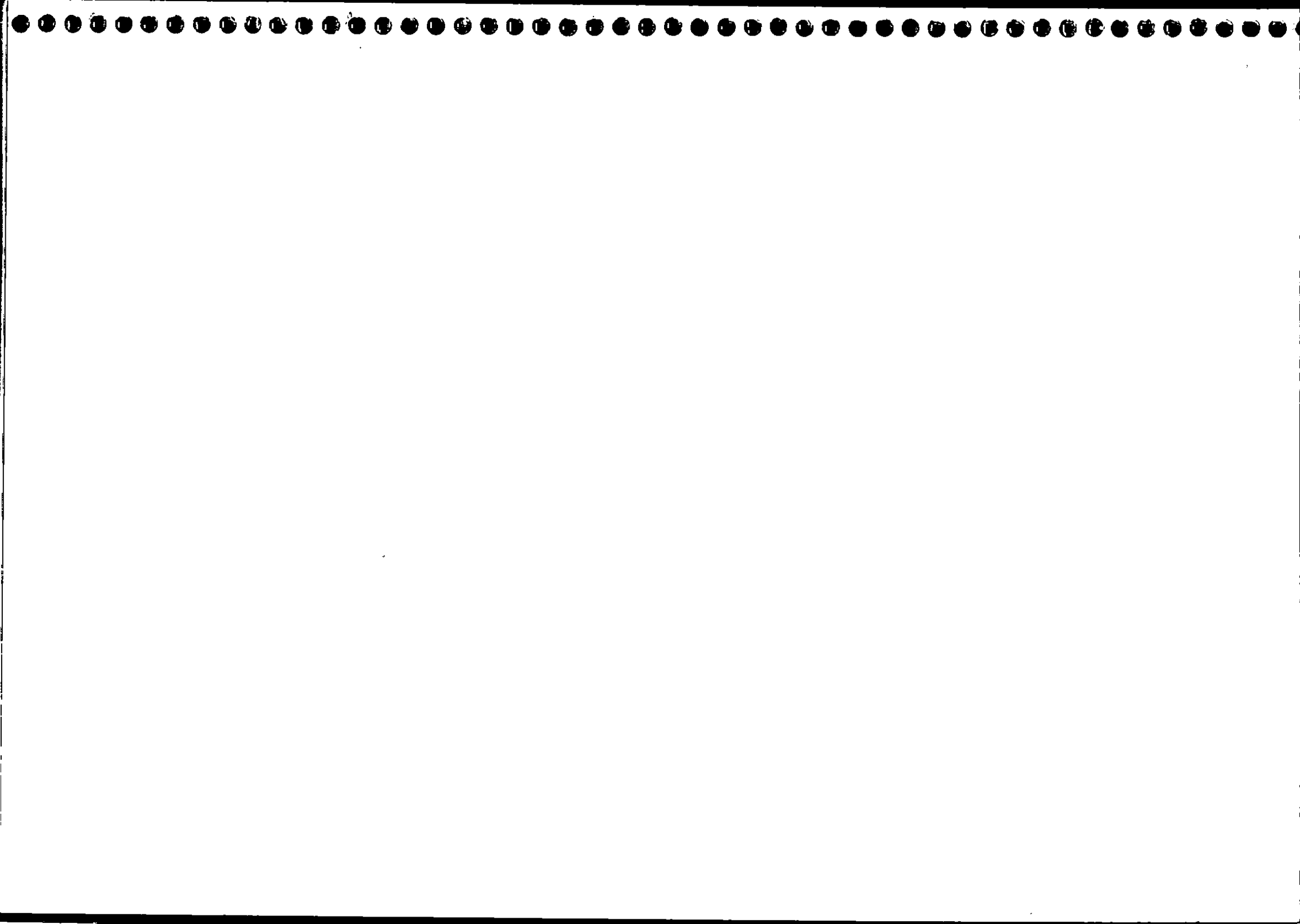
12. DATASUS. Ministério da Saúde. [Internet]. Brasília, Brasil; 2015. [Acessado em: 12/02/2016] Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>
13. Garritano CR, Luz PM, Pires MLE, Barbosa MTS, Batista KM. Análise da tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil no Século XXI. *Rev Arq Bras Cardiol* 2012; 98(6): 519-27
14. Gomes MM. Doenças do cérebro: prioridade de política de saúde pública no Brasil? *Rev Bras Neurol* 1992; 28:11-6
15. Henriques M, Henriques J, Jacinto J. Acidente vascular cerebral no adulto jovem: a realidade num centro de reabilitação. *Rev SPMRF* 2015; 27(1): 9-13
16. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. 2015. [Acessado em: 12/02/2016]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>
17. Jauch EC, Stettler B, Lutsep HL. Ischemic Stroke. Medscape from WebMD 2015 [Internet]. [Acessado em 10/06/2016] Disponível em: <<http://emedicine.medscape.com/article/1916852-overview>>
18. Lewis SR. Patogênese. Classificação e epidemiologia das doenças vasculares cerebrais. In: Rowaland LP; Merrit (ed). *Tratado de Neurologia*. 10ª ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2002.; p 184-95
19. Liebeskind DS, O'Connor RE. Hemorrhagic Stroke. Medscape from WebMD 2015 [Internet]. [Acessado em 10/06/2016] Disponível em: <<http://emedicine.medscape.com/article/1916662-overview>>
20. Lima TS, Leal LRO, Arruda FS; Lessa PG, Carvalho IL. Epidemiologia dos acidentes vasculares encefálicos no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Montes Claros, MG: ANAIS - I Congresso Norte Mineiro de Medicina de Emergência - Outubro de 2015. 2015: 6 p.
21. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2006; 367: 1747-57
22. Lotufo PA. Stroke in Brazil: a neglected disease. *Sao Paulo Med. J.* 2005; 123(1): 3-4



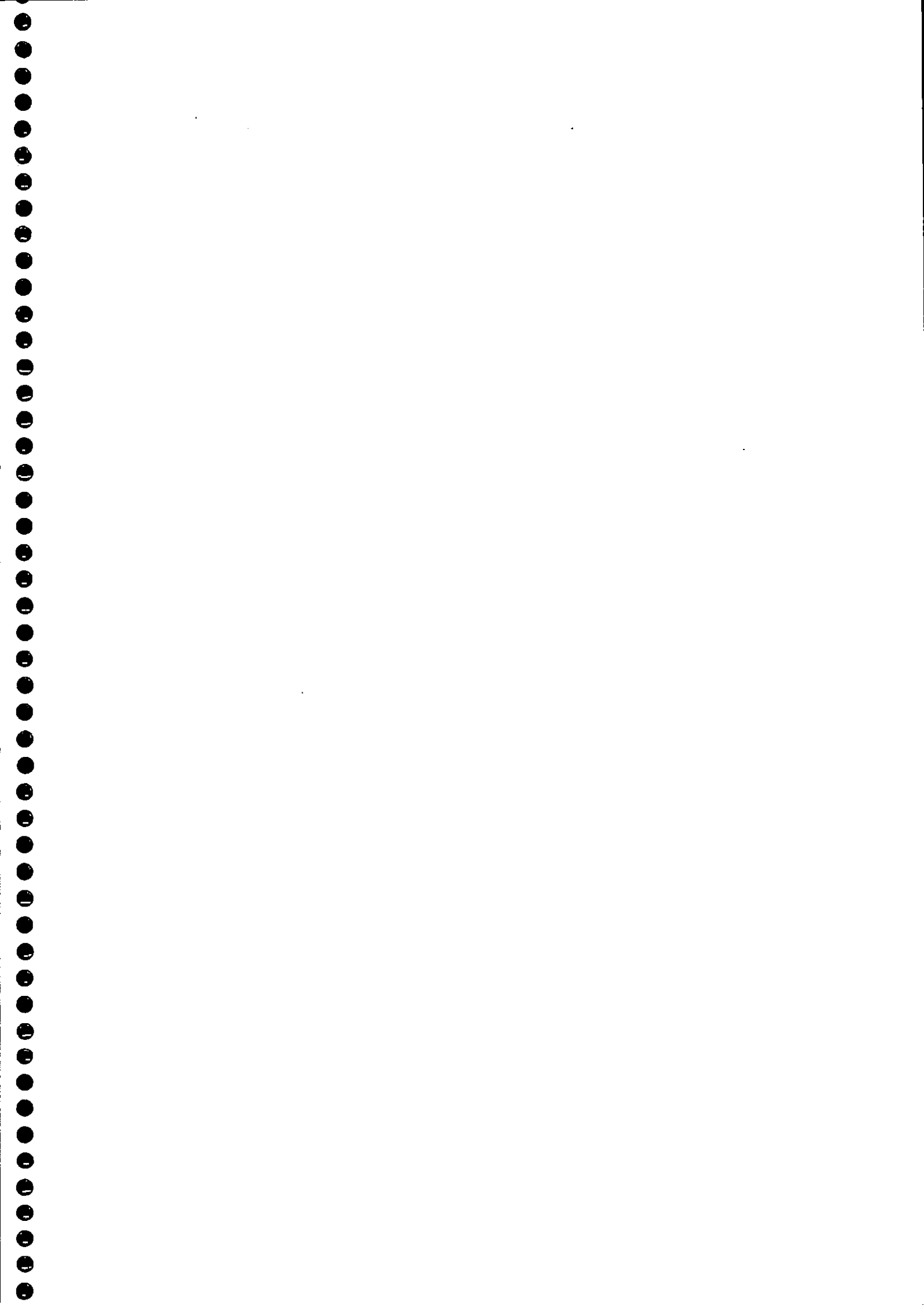
23. Mansur A de P, Favarato D, Avakian SD, Ramires JA. Trends in ischemic heart disease and stroke death ratios in brazilian women and men. *Clinics*. 2010; 65(11): 1143-7
24. Martins SCO, Freitas GR, Pontes-Neto OM, Pieri A, Moro CHC, Jesus PAP, et al. Guidelines for acute ischemic stroke treatment: part II: stroke treatment. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2012; 70(11): 885-93
25. Oliveira RMC, Andrade LAF. Acidente vascular cerebral. *Rev Bras Hipertens* 2001; 8(3): 280-90
26. Pereira ABCNG, Alvarenga H, Pereira JRS, Barbosa MTS. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(9): 1929-36
27. Pontes-Neto OM, Oliveira-Filho J, Valiente R, Friedrich M, Pedreira B, Rodrigues BCB, et al. Diretrizes para o manejo de pacientes com hemorragia intraparenquimatosa cerebral espontânea. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2009; 67(3b): 940-50
28. Radanovic M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2000; 58(1): 99-106
29. Ribeiro MG, Sancho LG, Lago RF. Gastos com internação do idoso em serviços privados de terapia intensiva em três capitais da região sudeste: São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. *Cad. Saúde Colet.*, 2015; 23(4): 394-401
30. Rosa TSM, Moraes AB, Trevisan ME. Características clínico-demográficas de pacientes hospitalizados por acidente vascular cerebral. *Rev Neurocienc* 2015; 23(3): 405-12
31. Sá BP, Grave MTQ, Périco E. Perfil de pacientes internados por Acidente Vascular Cerebral em hospital do Vale do Taquari/RS. *Rev Neurocienc* 2014; 22(3): 381-7
32. Secretaria de Saúde de Juiz de Fora – Prefeitura de Juiz de Fora. Plano de saúde 2014-2017. Juiz de Fora: 2013. [Acessado em 28/06/2016]. Disponível em <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/saude/documentos/plano_de_saude_2014_2017_sspjf.pdf>
33. Sousa JOT, Vianna MAV. O uso de estatinas no Acidente Vascular Cerebral: revisão de literatura. *Rev Neurocienc* 2011; 19(1): 145-52



34. Tavares TM. Acidente Vascular Encefálico em adultos jovens. Revisão da Literatura. [Especialização]. Pontifícia Universidade Católica de Goiás: Goiânia 2011.
35. Thom T, Haase N, Rosamond W, Howard VJ, Rumsfeld J, Manolio T, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2006 Update. *Circulation*. 2006; 113:e85-e151
36. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol*. 2007; 89(3): e24-e79
37. Viana ALD, Dal Poz, MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *Rev Saúde Coletiva*. 2005; 15(Supl): 225-64



APÊNDICES



APÊNDICE A



UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
FACULDADE DE MEDICINA DE JUIZ DE FORA



Protocolo de Pesquisa

Pesquisador: _____

Data: __/__/__

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Naturalidade: _____
 Sexo: () M () F Cor: () Branca () Preta () Parda Município: _____
 () Indígena () Amarela
 Idade: _____ Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) Profissão: _____
 Data Nascimento: __/__/__ () Divorciado(a) () Viúvo(a)
 Telefone: () _____ Registro definitivo: _____ Número da Ficha: _____

HISTÓRIA DA MOLESTIA ATUAL

Cefaléia	() Sim () Não	Rebaixamento Consciência	() Sim () Não
Náuseas/Vômitos	() Sim () Não	Visuais	() Sim () Não
Vertigens ou Tonteira	() Sim () Não	Assimetria Facial	() Sim () Não
Déficit Motor	() Sim () Não	Crise Convulsiva	() Sim () Não
Alteração de Fala	() Sim () Não	Alteração de Marcha	() Sim () Não

HISTÓRIA FAMILIAR

Doença Coronariana: () Sim () Não
 Aneurisma: () Sim () Não
 AVE: () Sim () Não

HÁBITOS E VÍCIOS

Tabagista: () Sim () Não Sedentário: () Sim () Não
 Alimentação: () Hipossódica () Hipercalórica () Hiperssódica () Hipocalórica
 Uso de Drogas: () Sim () Não Qual: _____

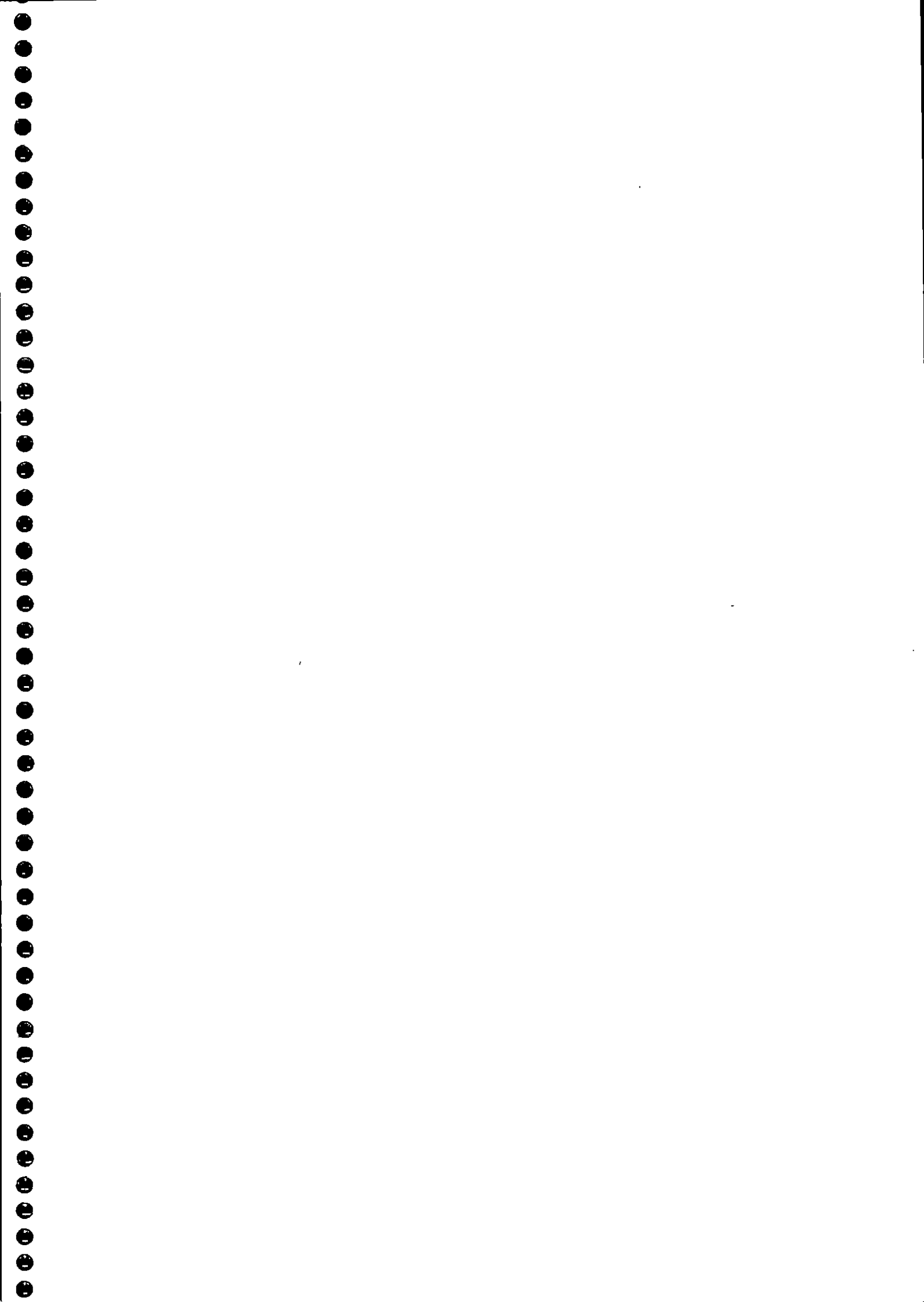
COMORBIDADES

Dislipidemia:	() Sim () Não	IAM:	() Sim () Não
AVEi Prévio:	() Sim () Não	Obesidade	() Sim () Não
AVEh Prévio:	() Sim () Não	TRH ou Anticoncepcionais	() Sim () Não
AIT:	() Sim () Não	Trombose Prévia/Trombofilia	() Sim () Não
Hipertensão Arterial:	() Sim () Não	Coagulopatia	() Sim () Não
Fibrilação Atrial:	() Sim () Não	Uso de Anticoagulantes	() Sim () Não
Insuficiência Cardíaca:	() Sim () Não	Outas:	() Sim () Não

EXAME FÍSICO

Déficit Motor:	() Sim () Não	Caso presente: () Direito () Esquerdo
Glasgow (Registrado):	() Sim () Não	Pontos Admissão: _____
Rebaixamento Consciência:	() Sim () Não	Alteração de Fala: () Sim () Não
Déficit Sensitivo:	() Sim () Não	Alterações Cerebelares: () Sim () Não
Sinais Menígeos:	() Sim () Não	Alterações Pares Cranianos: () Sim () Não
Arritmia:	() Sim () Não	Alteração Visual: () Sim () Não
Frequência Cardíaca:	_____	Pressão Arterial: _____
Sinais Menígeos:	() Sim () Não	Sopro Carotídeo: () Sim () Não
Saturação:	_____	Temperatura axilar: _____

INTERNAÇÃO



Tempo de Internação: Admissão: __/__/__ Desfecho: __/__/__ Tempo: _____
 () Enfermaria Dias: _____
 Ambiente de Internação () UTI Dias: _____ () Sala de Urgência Dias: _____

EXAMES COMPLEMENTARES**LAUDO**

TC
 () Sim () Não

RNM
 () Sim () Não

Doppler Carótidas
 () Sim () Não

Rx Tórax
 () Sim () Não

ECG
 () Sim () Não

Ecocardiograma
 () Sim () Não

Hemograma Hb: _____ PLT: _____ LG: _____

Bioquímica Na: _____ K: _____ UR: _____ CR: _____ GLI: _____

Coagulograma TP: _____ AP: _____ INR: _____ TTPA: _____

DIAGNÓSTICO

AVEI	() Artéria Oftálmica	() Artéria Cerebral Média
() Sim () Não	() Artéria Cerebral Anterior	() Artéria Vertebral
	() Artéria Cerebral Posterior	() Artéria Basilar
AVEh	() Hemorragia Intraparenquimatosa	() Hemorragia Subdural
() Sim () Não		

TRATAMENTO

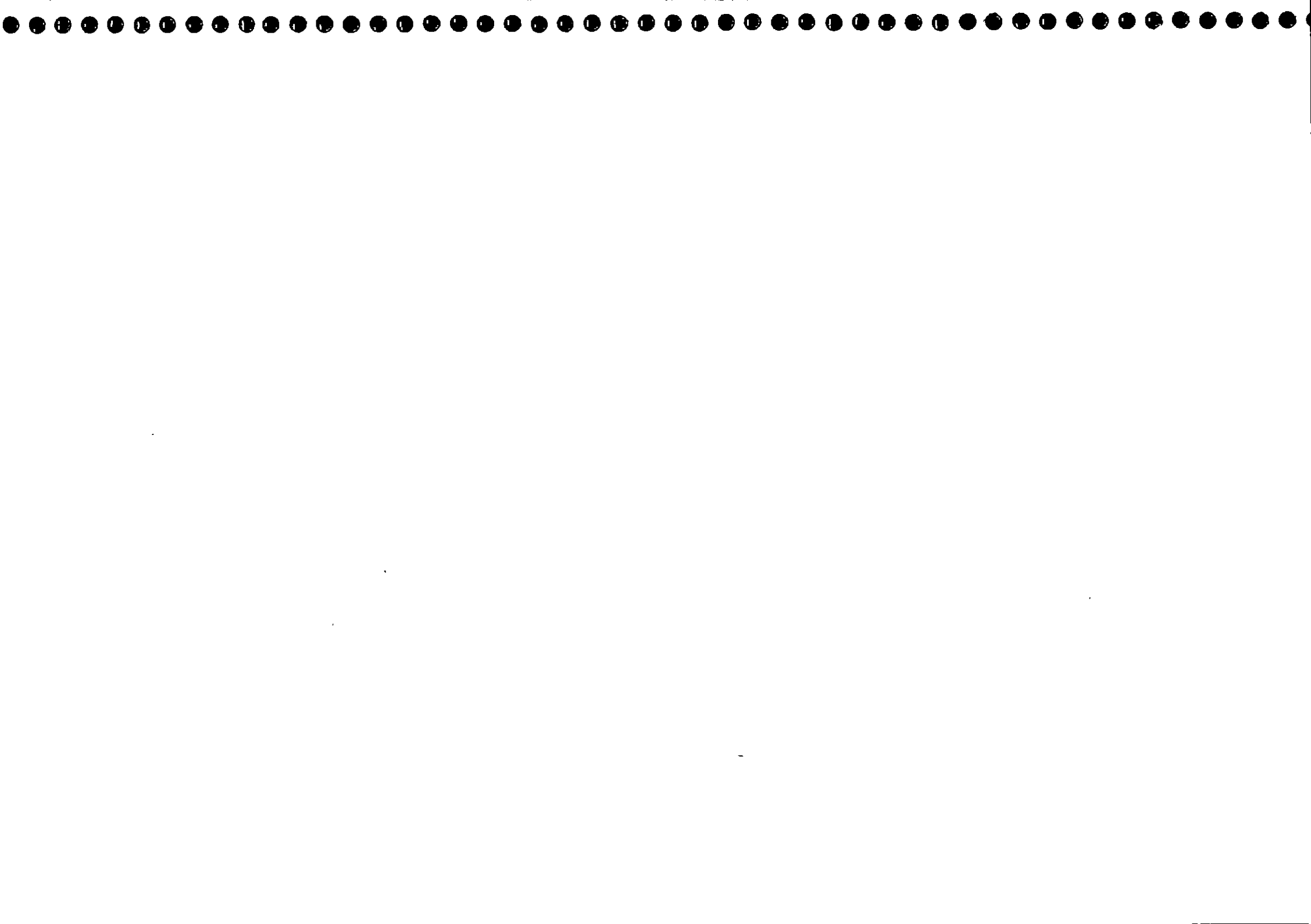
Dieta Enteral:	() Sim () Não	Acesso Venoso Periférico ou	() Sim () Não
TQT:	() Sim () Não	Hidratação venosa	
Dieta Parenteral	() Sim () Não	Acesso Venoso Profundo:	() Sim () Não
Antibióticos:	() Sim () Não	O2 (cateter ou máscara):	() Sim () Não
AAS:	() Sim () Não	IOT:	() Sim () Não
Clopidogrel:	() Sim () Não	Trombolítico:	() Sim () Não
Estatinas:	() Sim () Não	Cirurgia:	() Sim () Não
Heparinas:	() Sim () Não	() Heparina Baixo Peso Molecular	() Heparina Não Fracionada
Anti Hipertensivos:	() Sim () Não	Quais: _____	
Acesso Venoso Profundo:	() Sim () Não	() Veia Subclávia	() Veia Jugular Interna () Dissecção Venosa

EVOLUÇÃO

Óbito: () Sim () Não Data: _____

Alta Médica: Data: _____

Transferência Hospitalar: Data: _____



APÊNDICE B

Excelentíssimo Senhor Gilson Salomão
 Diretor do Comitê de Ética do Hospital de Pronto Socorro Mozart Geraldo
 Teixeira

Vimos, por meio desta, apresentar os acadêmicos do curso de Graduação em Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos (FAME/UF) Adriano Ferreira Melo (102401165), Bruno Grecco Sampaio (111-012057), Filipe Aragão de Abreu (111-003808), Lukas Faika Rezende (111-003812), Marconi Maciel de Melo Marins (111-003856), Sebastião Borges Muniz (111-003868), que estão desenvolvendo o Projeto de Pesquisa intitulado "Validação do perfil epidemiológico, da mortalidade e dos fatores de risco para óbito em pacientes internados no Hospital de Pronto Socorro (HPS) de Juiz de Fora - MG por Acidente Vascular Encefálico (AVE)", como parte de requisito parcial para conclusão do referido curso.

Os referidos alunos realizarão uma pesquisa cujos objetivos são verificar o perfil epidemiológico, além dos fatores de risco e o perfil dos pacientes diagnosticados com Acidente Vascular Encefálico (AVE), no Hospital de Pronto Socorro Mozart Geraldo Teixeira, da cidade de Juiz de Fora.

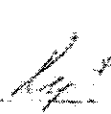
Os dados coletados poderão ser usados como fonte de informação para definir o quão eficiente tem sido o planejamento terapêutico instituído atualmente, favorecendo a qualidade de vida dos pacientes. O mesmo será executado sob a orientação do Prof. Dr. Maurício A. Bragagnolo Júnior. Será realizado um estudo de revisão de prontuários dos pacientes que deram entrada no hospital, no período de 1º de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2013.

Considerando que será realizada análise de prontuários dos pacientes previamente atendidos nessa instituição, solicitamos autorização para a realização da mesma. Cabe esclarecer que os trâmites necessários para a realização da pesquisa envolvendo seres humanos, dispostos pela Resolução CNS 466/12, serão observados com rigor, reiterando que os dados gerados pela pesquisa serão mantidos em absoluto sigilo.

O projeto será cadastrado no site Plataforma Brasil, responsável por encaminhar o mesmo ao Comitê de Ética em Pesquisa pertinente para sua análise e aprovação. A investigação só será iniciada após ter sido aprovada pelo CEP. O senhor receberá uma cópia da carta de aprovação tão logo ela esteja disponível.

Colocamos nossa contribuição para o que for necessário e, desde já, contamos com a vossa valiosa contribuição.

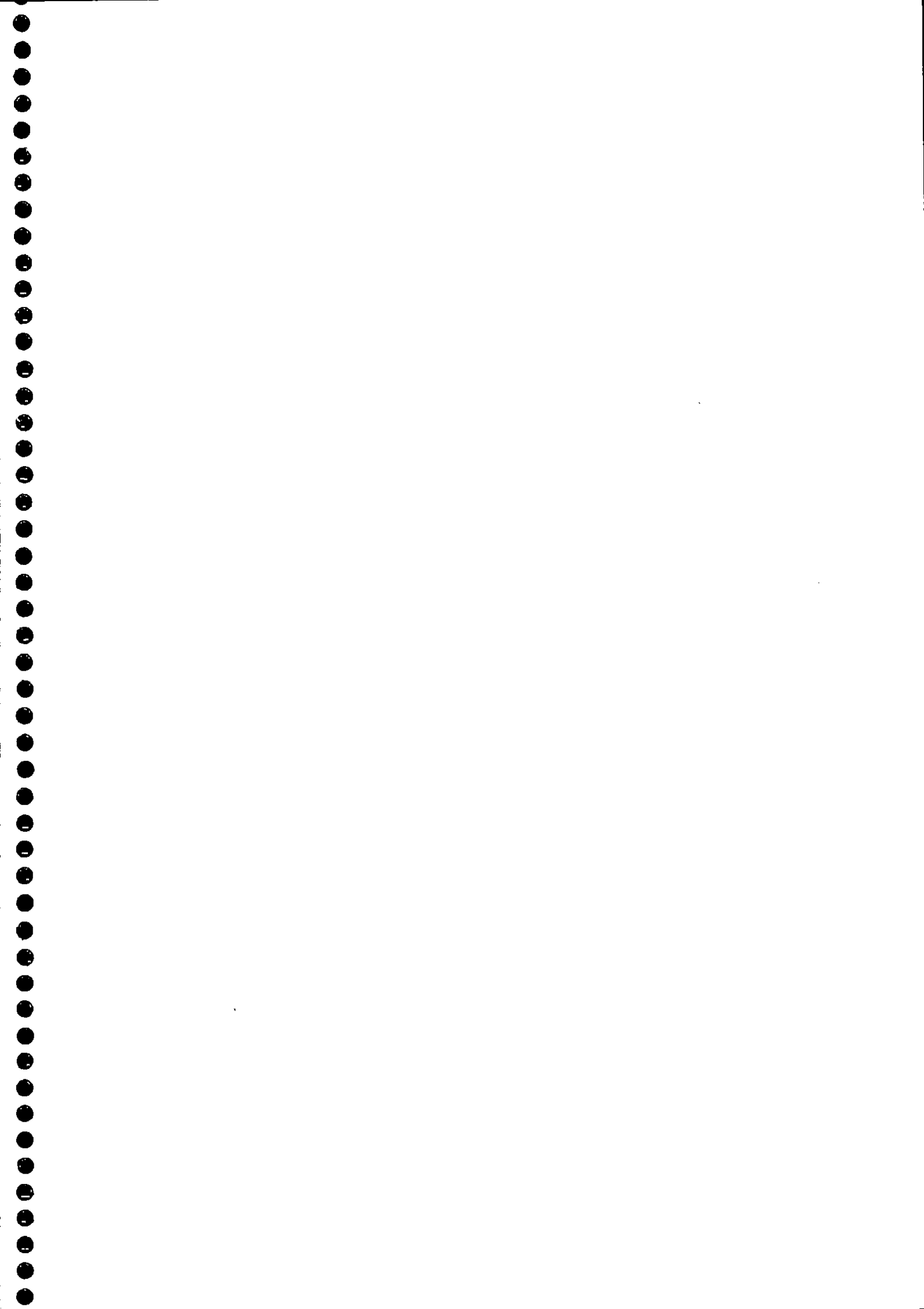
Atenciosamente,


 Dr. César Carvalho Esteves
 Coordenador do Curso
 Faculdade de Medicina de Juiz de Fora
 UNIPAC - MG

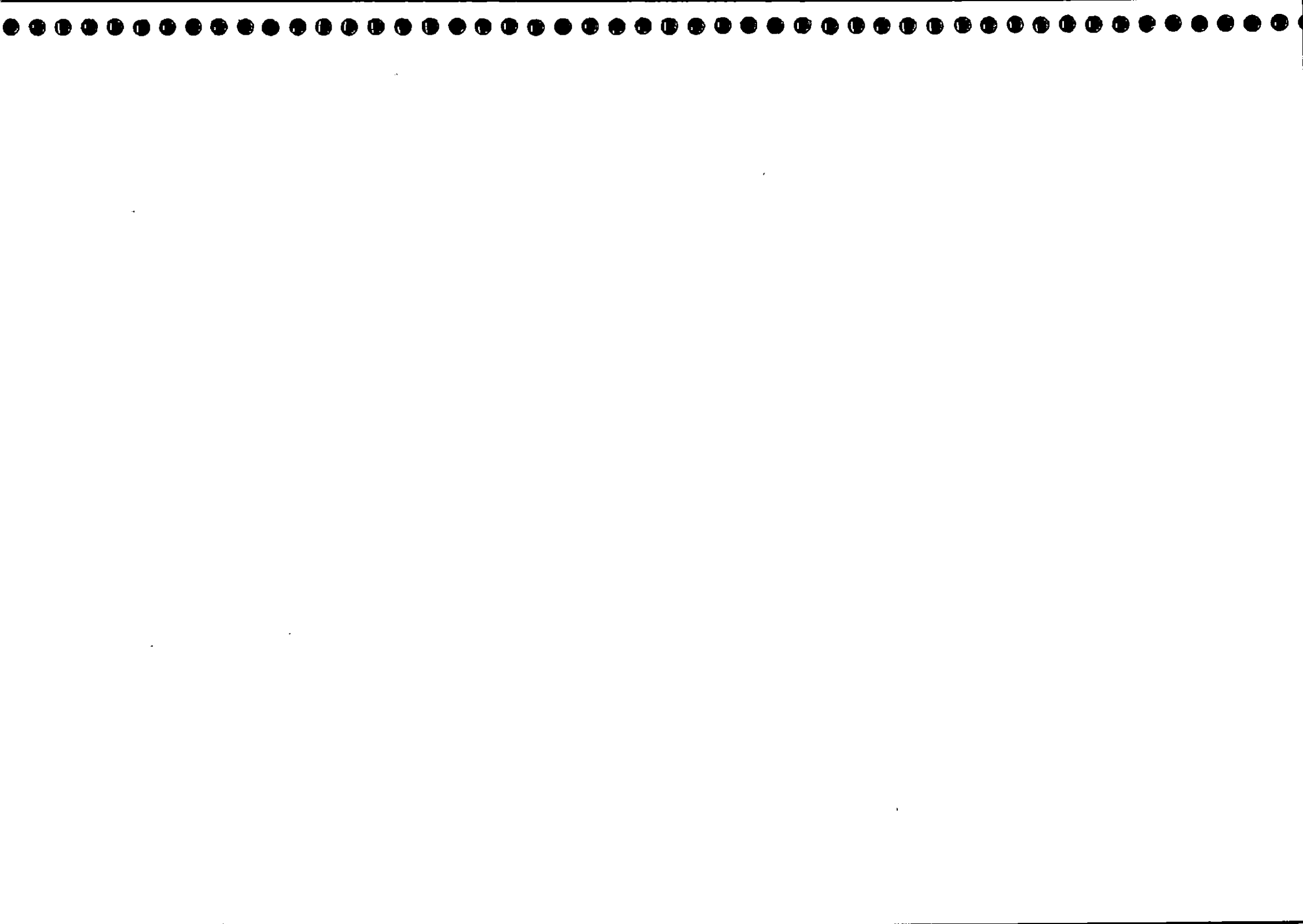
Juiz de Fora, 11 de novembro de 2014


 Dr. Maurício A. Bragagnolo Júnior
 Orientador da Pesquisa
 Faculdade de Medicina de Juiz de Fora
 UNIPAC - MG





ANEXOS



ANEXO A



Universidade Presidente Antonio Carlos - UNIPAC
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora - FAME/JF



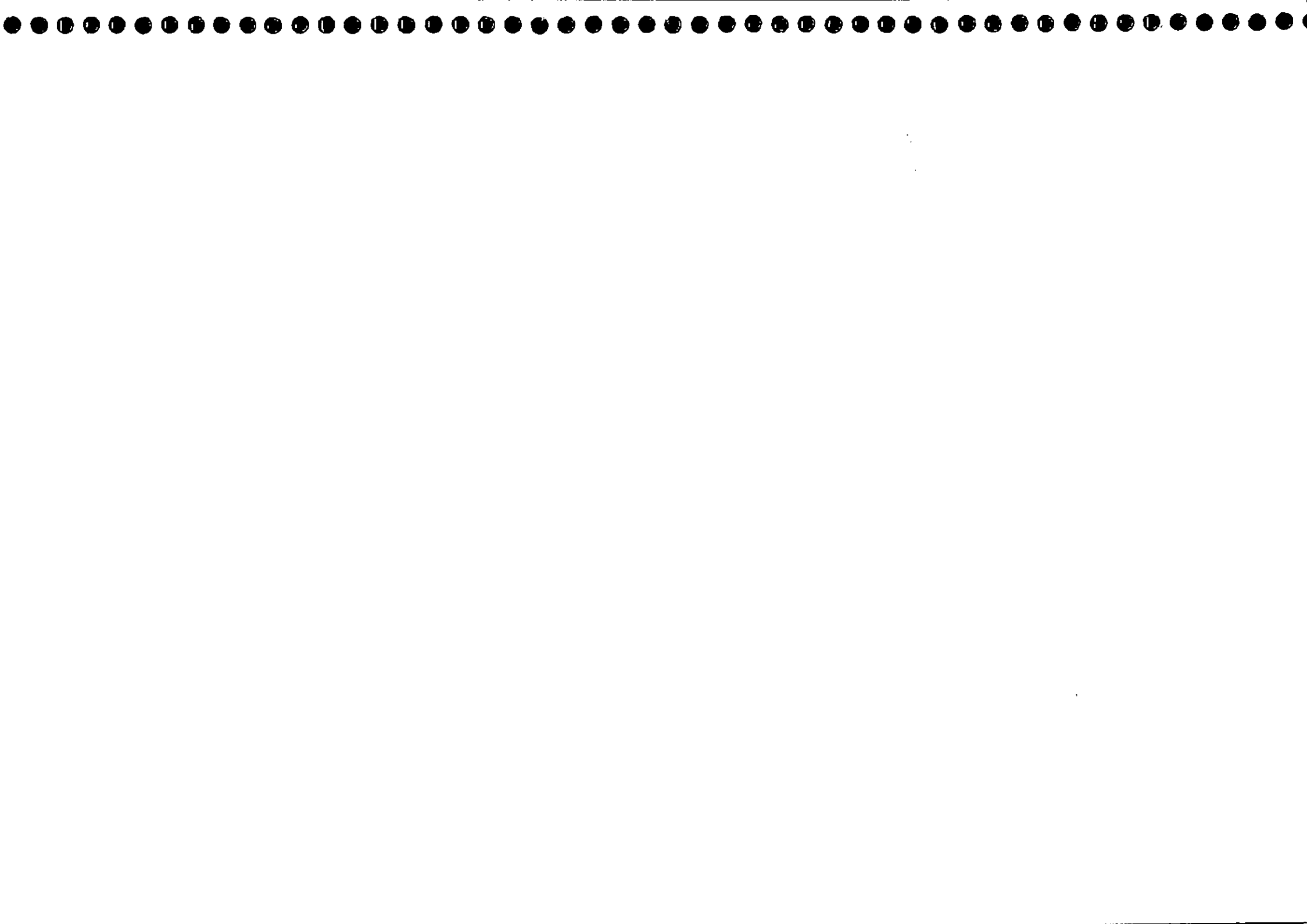
TERMO DE DISPENSA DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este termo, solicito ao Comitê de Ética a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em razão desta pesquisa apresentar caráter retrospectivo, por se tratar de levantamento de dados junto a prontuários ou similar, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Juiz de Fora, 11 de novembro de 2014

Recebido em 11/11/2014
UNIPAC
024/2014.1

Dr. Mauricio A. Romagnolo Junior
Orientador da Pesquisa
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora
UNIPAC - MG



ANEXO B

UNIVERSIDADE PRESIDENTE
ANTÔNIO CARLOS - UNIPAC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Avaliação do Perfil Epidemiológico, da mortalidade e dos fatores de risco para óbito em pacientes internados no Hospital de Pronto Socorro (HPS) de Juiz de Fora - MG por Acidente Vascular Encefálico (AVE)

Pesquisador: Maurício Augusto Bragagnolo Júnior

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42873814.1.0000.5156

Instituição Proponente: Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.017.289

Data da Relatoria: 19/03/2015

Apresentação do Projeto:

O estudo propõe uma revisão de prontuários dos pacientes que deram entrada no Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira na cidade de Juiz de Fora (HPS- JF) e que foram diagnosticados com Acidente Vascular Encefálico (AVE), no período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2013, no sentido de avaliar o perfil epidemiológico dos referidos pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes internados no Hospital de Pronto Socorro Mozart Geraldo Teixeira (HPS) da cidade de Juiz de Fora - MG, com diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico (AVE).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são inexpressivos visto que a coleta de dados se fará pela revisão dos prontuários e que o pesquisador por meio de documento apresentado ao CEP garante o sigilo de tais dados. Quanto aos benefícios encontram-se pautados pela possibilidade de se identificar o perfil epidemiológico dos pacientes e frequência dos tipos de AVC.

Endereço: Rodovia MG - 339 - KM 12

Bairro: Colônia Rodrigo Silva

CEP: 35.201-143

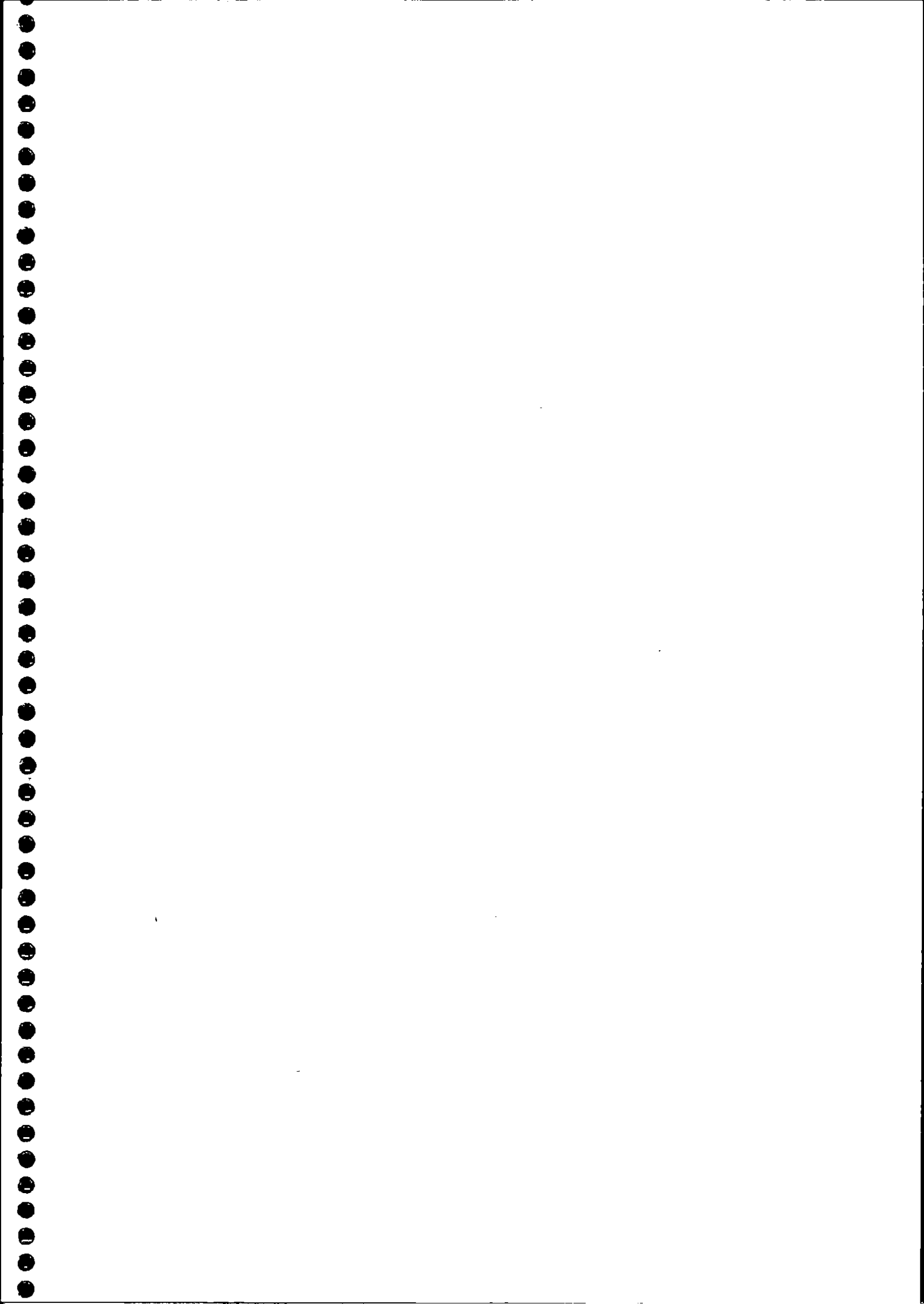
UF: MG

Município: BARBACENA

Telefone: (32)3593-6839

Fax: (32)3693-8838

E-mail: cep@unipac.br



UNIVERSIDADE PRESIDENTE
ANTÔNIO CARLOS - UNIPAC



Certificação do Parecer: 1.017.289

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto fundamentação teórica e sendo evidenciado os cuidados éticos necessários à proposta metodológica apresentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Encontram-se em consonância com a proposta metodológica apresentada.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências, o projeto atende aos requisitos éticos necessários a proposta metodológica apresentada.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BARBACENA, 09 de Abril de 2015

Assinado por:
Dr. Ronaldo Martins Ferreira
(Coordenador)

Endereço: Rodovia MG - 335 - KM 12

Bairro: Colônia Rodrigo Silva

CEP: 35.204-143

UF: MG

Município: BARBACENA

Telefone: (32)3593-8838

Fax: (32)3593-8838

E-mail: cep@unipac.br

