

# PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO NA ENFERMARIA DE NEUROLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

ADRIELY ALINE LOPES CORRÊA<sup>1</sup>, FERNANDA ANDRADE BIODI RIBEIRO<sup>1</sup>, LÍDIA CAROLINA NOGUEIRA ORIOLO<sup>2</sup>, LUÍS HENRIQUE SALES OLIVEIRA<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Acadêmicas de Fisioterapia da Universidade do Vale do Sapucaí

<sup>2</sup> Professora orientadora da Universidade do Vale do Sapucaí especialista em Neurologia

<sup>3</sup> Professor co-orientador da universidade do Vale do Sapucaí mestre em Ciências Biológicas da Universidade do Vale do Paraíba, Doutorando em Ciências pela universidade Federal de São Paulo.

## RESUMO

São poucos os estudos para identificar os fatores de risco associados à internação hospitalar, o que dificulta o incremento de ações capazes de reduzir esse evento traumático tanto para o paciente quanto para a família. O objetivo do estudo é identificar e caracterizar as causas neurológicas mais frequentes responsáveis por internação na enfermaria de Neurologia e Neurocirurgia de um hospital-escola de Pouso Alegre - MG. Materiais e Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo, no qual foram analisados 123 prontuários de pacientes com entrada de internação de janeiro de 2007 a junho de 2008 e hipótese diagnóstica de lesão neurológica de manejo clínico ou cirúrgico. Resultado: O acidente vascular encefálico do tipo isquêmico (AVEi) teve maior incidência (33,33%), seguido pelo aneurisma (13,82%), traumatismo crânio-encefálico (13,01%), neoplasias (10,57%), trauma raquimedular (7,32%) e o AVE hemorrágico (5,69%). Conclusão: As principais causas de internação encontradas foram manifestações agudas que necessitam tempos maiores de internação, com possíveis complicações pós-operatórias. Assim sendo, é necessário aprimorar-se, não apenas tecnicamente, mas também conhecendo patologias e suas incidências no país, visando uma atuação mais precisa e específica.

**Palavras chave:** neurologia, incidência no Brasil, promoção de saúde..

## 1. Introdução

Estudos epidemiológicos são escassos no Brasil. É fácil encontrar na literatura dados estatísticos de países desenvolvidos, como os Estados Unidos, mas estudos em países em desenvolvimento deixam a desejar. São poucos os estudos para identificar os fatores de risco associados à internação hospitalar, o que tem dificultado o incremento de ações capazes de reduzir esse evento traumático tanto para o paciente quanto para a família. (CAETANO *et al.*, 2007). No Brasil, a distribuição dos óbitos por doenças do aparelho circulatório vem apresentando crescente importância, assumindo o maior índice e o posto de primeira causa de óbito na faixa dos 40 anos, predominando nas faixas etárias subsequentes. Em países desenvolvidos, as doenças cerebrovasculares são a terceira causa de óbito, precedidas somente pelas doenças cardiovasculares e pelo câncer (SUSAN; RYERSON, 2004).

Dentre as doenças cerebrovasculares destaca-se o acidente vascular encefálico (AVE), responsável por sérias consequências clínicas e sociais, resultando em forte impacto para o indivíduo e sua família (CAETANO *et al.*, 2007).

As sequelas de um AVE implicam algum grau de dependência. Cerca de 30 a 40% dos sobreviventes no primeiro ano após o AVE são impedidos de voltarem ao trabalho e requerem algum tipo de auxílio no desempenho de atividades cotidianas básicas (MARCUCCI *et al.*, 2007).

O custo anual do tratamento agudo e crônico dos pacientes que sofrem AVE é de aproximadamente trinta bilhões de dólares somente nos Estados Unidos, sendo dezessete bilhões com custos diretos e treze milhões com custos indiretos (CAETANO *et al.*, 2007).

Muitos artigos trazem a hipertensão arterial sistêmica (HAS) como principal fator de risco para as doenças cerebrovasculares, uma vez que esta eleva cerca de 3 a 4 vezes

o risco de se desenvolver doenças como AVE e aneurisma (CAMPOS, 2003).

Estima-se, por exemplo, que 2% a 5% da população mundial sejam portadores de um aneurisma cerebral e destes, cerca de 20% apresentam múltiplas lesões. A ruptura tem uma incidência anual de 1 por 10.000 pacientes da população em geral e continua a ser um evento devastador com uma mortalidade de 40% ao mês do evento. O risco de um paciente com primeiro grau parente com HAS é de 1% em 50 anos (AIQUEL, 2008).

Apesar de as doenças cerebrovasculares apresentarem o mecanismo de lesão muito diferente das doenças neurológicas de origem traumática, o grau de acometimento e incapacidade de ambas pode mudar radicalmente o estilo de vida do indivíduo (SABACK, ALMEIDA, ANDRADE, 2007).

Correspondem a mais de 250 admissões hospitalares por 100 mil habitantes ao ano nos EUA e Inglaterra. Em 2001, na cidade de Salvador, Bahia, foram atendidas cerca de 11.028 vítimas de TCE, no setor de emergência de hospital público de referência, sendo que destes, 555 (5,03%) necessitaram de internação hospitalar (SABACK, ALMEIDA, ANDRADE, 2007).

Nos últimos 40 anos o TCE é a quarta principal causa de mortalidade nos EUA, podendo ser encontrada em primeiro lugar entre as pessoas de 1 a 45 anos. A mortalidade destes pacientes está em torno de 40% e não está limitada somente aos países desenvolvidos, mas sim, uma doença bastante presente em todo mundo. Infelizmente, mais da metade das mortes por TCE ocorre no local do trauma, sem tempo hábil para reanimação (SILVA *et al.*, 2008).

O gasto total com todas as internações do país em 1997 chegou a mais de 3 bilhões de reais, enquanto as internações relacionadas ao TCE e a lesões por arma de fogo representaram

um gasto total que ultrapassou 200 milhões de reais, o que corresponde a 6,6% do total (FEIJÓ, PORTELA, 2001).

Já o trauma raquimedular (TRM), outra doença de origem traumática, é um evento inesperado que altera drasticamente a vida do indivíduo acometido, gerando desastrosas consequências ao lesado e à família. Devido às suas expressivas sequelas, a única forma de melhorar a qualidade de vida e diminuir os custos com estes pacientes, é evitar que as complicações aconteçam (CAMPOS *et al.*, 2008).

A incidência de lesão medular traumática no Brasil é desconhecida, pois esta condição não é sujeita à notificação e há poucos dados e trabalhos publicados a respeito da epidemiologia da lesão medular (LM). Estima-se que ocorram a cada ano no país, mais de 10.000 novos casos de LM, sendo o trauma a causa predominante (CAMPOS *et al.*, 2008).

Embora, ainda hoje, os tumores sejam percebidos como doença rara, vêm ganhando importância no cenário da epidemiologia de doenças neurológicas isso devido o aumento da sua incidência e por sua alta letalidade (PEREIRA, KOIFMAN, 2001).

A taxa de incidência de tumores do sistema nervoso central nos países desenvolvidos, como por exemplo, nos EUA, tem aumentado cerca de 1,2% ao ano desde 1973 e a taxa de mortalidade 0,7%. Nas pessoas com idade inferior a 65 anos, estas taxas têm aumentado 0,7% e 0,5% ao ano, respectivamente. As taxas de incidência ajustadas para esse país entre 1983 e 1987, foram de 10,4 e 6,7 por 100.000 habitantes para homens e mulheres entre 35 e 64 anos de idade (PEREIRA, KOIFMAN, 2001).

No países subdesenvolvidos, como por exemplo, o Brasil, os dados indicam que houve um incremento nas taxas de mortalidade específicas para tumor de cérebro, especialmente na população com mais de cinquenta anos de idade (PEREIRA, KOIFMAN, 2001).

As alterações descritas de todas essas doenças neurológicas representam apenas uma amostra do universo das sequelas neurológicas, que interferem tanto na atividade de vida diária, quanto na auto-estima, sociabilidade, além de outros problemas associados. (ACUÑA *et al.*, 2007).

Assim sendo, é necessário aprimorar-se, não apenas tecnicamente, como também conhecendo a fundo as comorbidades existentes e suas incidências, para uma atuação mais precisa e específica.

## 2. Objetivo

Identificar e caracterizar as causas neurológicas mais frequentes responsáveis por internação na enfermaria da Neurologia e Neurocirurgia do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, de Pouso Alegre – MG.

## 3. Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo retrospectivo, descritivo e transversal, aprovado pelo Comitê de Ética da UNIVÁS sob o número 1106/09. O estudo foi realizado no Serviço de Arquivos Médicos e Estatística (SAME) do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL), de Pouso Alegre – MG, com autorização prévia do diretor técnico da instituição, onde foram analisados 123 prontuários, após a exclusão de todos aqueles que apresentaram hipótese diagnóstica (HD) de cefaléia e/ou solução não esclarecidos, letras ilegíveis, pacientes advindos de outros setores ou sem diagnóstico fechado. Deste modo, foram incluídos apenas os pacientes de ambos os gêneros, admitidos na Enfermaria de Neurologia do HCSL, com entrada de internação e hipótese diagnóstica de origem neurológica de

manejo clínico ou cirúrgico, no período de janeiro de 2007 a julho de 2008. Para a realização deste trabalho, foi utilizada uma ficha para análise dos prontuários desenvolvida pelas pesquisadoras, com intuito de nortear a busca por dados relevantes para o estudo. As informações dos prontuários foram utilizadas somente para fins estatísticos e foi mantido sigilo sobre todas as informações dos pacientes. Os dados coletados foram analisados por meio de gráficos e comparados a outras literaturas sobre o mesmo tema. Para uma melhor visualização e análise, estes mesmos dados foram separados quanto ao gênero, idade, fatores de risco e tempo de internação.

## 4. Resultado e Discussão

Dos 123 prontuários analisados, foram encontrados 48 casos de AVE (39,02%), sendo que destes 41 eram AVEi e 7 AVEh, representando no balanço isolado comparado entre os dois tipos da doença, 85,42% e 14,58%, respectivamente. Em um estudo revisado sobre a incidência de acidente vascular encefálico em um hospital do Rio Grande do Sul, encontrou-se 81,03% dos casos como AVE isquêmico e 18,97% hemorrágico, mostrando-se coerente com os dados encontrados neste estudo. Todos os prontuários analisados apresentavam discriminação quanto ao tipo do AVE, o que facilitou a pesquisa, tornando os dados mais fidedignos. O aneurisma ocupou o segundo lugar sendo achados 17 casos (13,82%), seguido por 16 casos de TCE (13,01%), 13 casos de neoplasias (10,57%) e 9 casos de TRM (7,32%), como representa o gráfico 1. No ranking geral das principais doenças encontradas, o AVEi representou 33,33% e o AVEh, 5,69%.

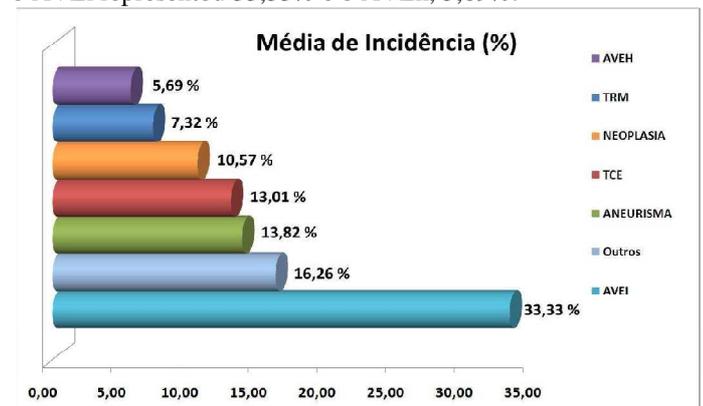


Gráfico 1 – Média de Incidência em porcentagem.

Como esperado, as doenças vasculares e traumáticas do sistema nervoso foram as mais incidentes. Em um mundo onde se fala tanto em prevenção, dados como estes acabam traçando um paradoxo, uma vez que 5 das 6 principais doenças abordadas neste estudo poderiam ser prevenidas por métodos simples de orientação e conscientização ao público. O problema é que não há como exigir que o público leigo esteja ciente dos fatores de risco de cada doença, uma vez que no Brasil há cada vez mais descaso por parte do próprio profissional de saúde. Um exemplo simples dessa afirmação, identificado neste trabalho, é a falta de preocupação por parte de muitos profissionais em relatar de forma clara e precisa as informações de cada paciente nos seus respectivos prontuários. Foi necessário excluir muitos dos prontuários selecionados inicialmente por se tratarem de informações vagas e caligrafias ilegíveis, uma vez que a inclusão destes tornaria o presente trabalho pouco fidedigno. Talvez por essa falta de comprometimento profissional, sejam tão escassos os estudos

epidemiológicos no país. Este estudo preocupou-se em analisar não somente a prevalência das doenças, mas também seus índices quanto à idade, gênero e fatores de riscos associados (sendo este último somente no caso das doenças cerebrovasculares). Estes itens foram analisados e representados por gráficos e quadro separadamente em cada doença.

No AVEi encontramos uma diferença pequena entre homens e mulheres, sendo 22 pacientes do sexo masculino e 19 do sexo feminino. Em outro estudo também não foi encontrada diferença significativa entre os sexos (54% homens e 46% mulheres), mas já houve relato de diferença de 21,12% entre homens e mulheres (gráfico 2).

Os dados deste estudo mostram que as diferenças estatísticas entre homens e mulheres quando se trata de saúde vem diminuindo e, em alguns casos, já apresentando valores maiores no gênero feminino. É este o caso do aneurisma e das neoplasias, onde as mulheres apresentaram uma maior incidência, sendo que no primeiro, 14 pacientes eram do sexo feminino e penas 3 do sexo masculino; já na segunda, a diferença foi menor, onde 8 eram mulheres e 5 eram homens, havendo ainda assim predomínio do sexo feminino.

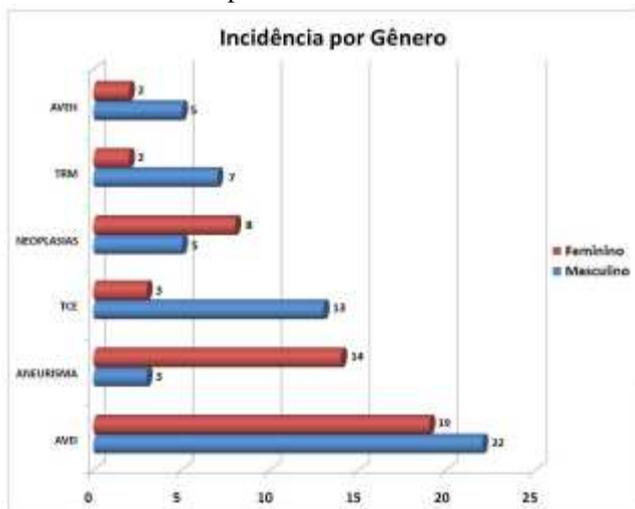


Gráfico 2 – Incidência das principais doenças por gênero.

Lesões por traumas externos, como é o caso do traumatismo craniano e do trauma raquimedular, assim como consta na literatura, tiveram incidências maiores no sexo masculino. No TCE, 13 pacientes eram homens e apenas 3 eram mulheres. No caso do TRM, embora menor a diferença, o sexo masculino foi representado por 7 pacientes, enquanto 2 pacientes eram do sexo feminino.

Tabela 1 - Médias e Desvio Padrão de idade.

AVEi	ANEURISMA	TCE	NEOPLASIAS	TRM	AVEh
66,780	46,588	35,375	49,769	41,333	57,428
± 15,651	± 9,083	± 14,240	± 18,253	± 15,556	± 14,370

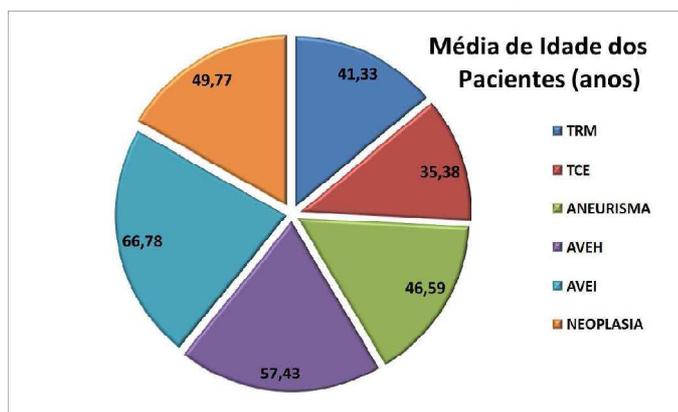
Em se tratando dos fatores de risco para as doenças neurológicas de etiologia morfofisiológicas, a idade superior a 60 anos é tida como principal. A média de idade encontrada nos pacientes do HCSL diagnosticados com AVEi foi de 66,78 ± 0,707 anos. Na literatura, encontra-se média de 64 ± 13,1 anos para o acidente vascular encefálico isquêmico, e de 68,1 ± 7 anos para o hemorrágico. No entanto, neste estudo, o AVEh teve média inferior ao da referência (57,43 anos) porém seu

desvio padrão foi maior, podendo ter variação de ± 21,213 anos, provavelmente devido ao baixo número de casos encontrados.

Como representado no Gráfico 3, o aneurisma obteve média de idade de 46,56 ± 9,899 anos, o TCE 35,38 ± 20,506 anos, as neoplasias 49,77 ± 14,142 anos e o TRM 41,33 ± 1,414 anos.

Além da idade, muitos são os fatores de risco descritos na literatura para doenças cerebrovasculares, sendo os principais: hipertensão arterial sistêmica, diabetes

Gráfico 3 – Média de idade dos pacientes em cada doença



mellitus, cardiopatias prévias, tabagismo, etilismo, sedentarismo, idade, sexo, raça e má alimentação. Este estudo estratificou os fatores de risco dos pacientes com HP de AVE e aneurisma. Para o primeiro, encontrou-se uma maioria hipertensa, sendo representada por 43 pacientes. Os outros dividiram-se em 21 pacientes diabéticos, 23 pacientes tabagistas e 8 etilistas (gráfico 4).

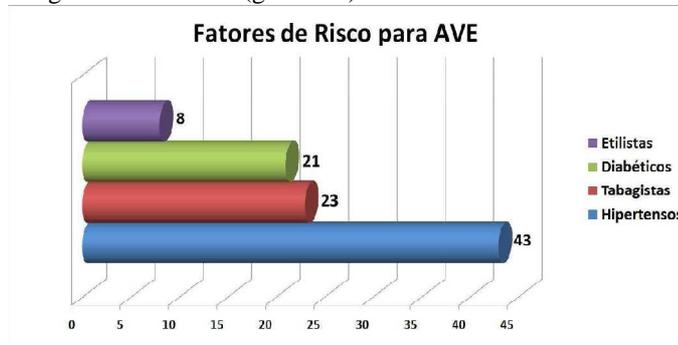


Gráfico 4 – Fatores de risco no Acidente Vascular Encefálico.

Os fatores de risco sedentarismo, raça e hábitos alimentares não foram enfatizados, por terem sido pouco encontrados nos prontuários pesquisados. No aneurisma, a hipertensão arterial sistêmica obteve números ainda mais contrastantes do restante. Foram 27 pacientes com HAS, seguidos por 5 pacientes com DM, 11 tabagistas e 5 etilistas (gráfico 5).

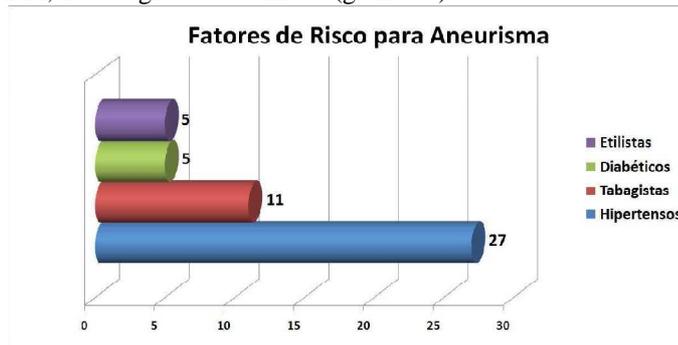


Gráfico 5 – Fatores de risco no Aneurisma.

Além de elevadas incidências já supracitadas sobre as doenças neurológicas, é necessário considerar as conseqüências médicas e sociais que podem resultar de um desses acometimentos, como seqüelas físicas, funcionais, emocionais, entre outras, e o alto custo do tratamento destas doenças para o sistema de saúde. Infelizmente não foi possível analisar estas seqüelas no estudo, uma vez que a base de dados do hospital não fornece de modo fiel esse tipo de informação.

Tabela 2 - Médias e Desvio Padrão do tempo de internação.

AVEi	ANEURISMA	TCE	NEOPLASIAS	TRM	AVEh
5,365	8,941	11,5	10,153	7	6,142
± 5,252	± 7,030	± 8,809	± 6,890	± 4,092	± 1,345

Conforme representado no Gráfico 6, foi discriminado por doenças o tempo de duração da internação dos pacientes, porém existem muitas variantes para se estabelecer um maior ou menor tempo de internação. Cada doença teve uma média específica, sendo 5,365 ± 2,121 dias para AVEi, 6,142 ± 0,707 dias para AVEh, 8,941 ± 2,121 dias para aneurisma, 7 ± 2,121 dias para trauma raquimedular, 11,5 dias para TCE e 10,153 ± 2,828 dias para neoplasias. As prováveis explicações para um maior tempo de internação nas duas últimas doenças citadas pode ser o fato de que no TCE há um maior tempo de internação para observação e tratamento e nos casos de tumores, alta frequência de cirurgias realizadas.

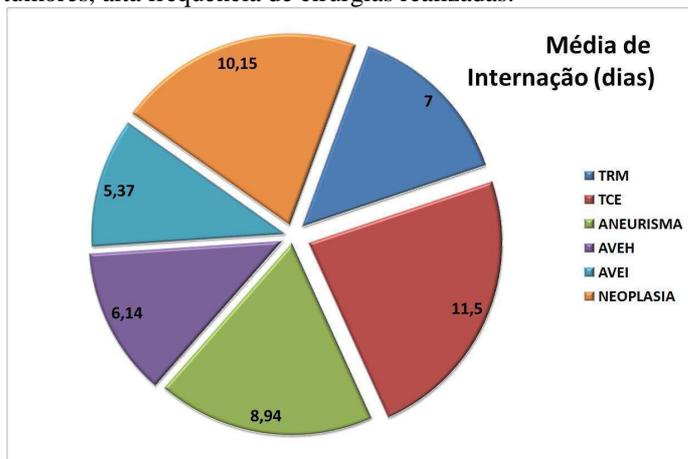


Gráfico 6 – Média de tempo de internação discriminado por doença.

### 5. Conclusão

As principais causas de internação encontradas foram manifestações agudas que necessitam tempos maiores de internação, com possíveis complicações pós-operatórias. O Brasil vem apresentando consideráveis avanços no atendimento aos pacientes com doenças neurológicas, entretanto, ainda é necessário ampliar o atendimento para que um maior número de usuários seja beneficiado com o tratamento adequado.

O melhor tratamento para qualquer doença ainda é a prevenção e este deve ser o foco maior das atenções, tanto dos serviços públicos quanto do setor privado, conhecendo as incidências regionais de cada doença para que se possa trabalhar de modo mais específico.

### 6. Referências

[1] SUSAN, D.; RYERSON, M. A. Hemiplegia. In: UMPHRED, D. A. Reabilitação neurológica. Manole, 4ªEd., São Paulo, 2004, p. 783 – 784;

[2] CAETANO, J. A. *et al.* Rehabilitation process experience after cerebral vascular accident: a qualitative study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 6, n. 2, 2007;

[3] MARCUCCI, F. C. I. *et al.* Alterações eletromiográficas dos músculos do tronco de pacientes com hemiparesia após acidente vascular encefálico. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 2007, 65 (3-B): 900-905;

[4] CAMPOS, M. F. *et al.* Epidemiologia do traumatismo da coluna vertebral. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia*, 2008; 35 (2): 88-93;

[5] AIQUEL, L. F. *et al.* Aneurisma cerebral posterior izquierdo segmento P2. *Revista Argentina Neurociência*. V. 22, nº18, 2008, p. 87- 90.

[6] BRUNI, D. S. *et al.* Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. *Revista Escola de Enfermagem USP*, v. 38, n. 1, 2004, p. 71-79;

[7] SABACK, L. M. P.; ALMEIDA, M. L.; ANDRADE, W. Trauma Cranioencefálico e Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo: Como Ventilar? Avaliação da Prática Clínica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 19, n. 1, 2007;

[8] BRITO, M. A. G. M., BACHION, M. M., SOUZA, T. Diagnósticos de enfermagem de maior ocorrência em pessoas com lesão medular no contexto do atendimento ambulatorial mediante abordagem baseada no modelo de Orem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 10, n. 1, 2008, p. 13-28;

[9] ACUÑA, K. *et al.* Características clínicoepidemiológicas de adultos e idosos atendidos em Unidade de Terapia Intensiva pública da Amazônia (Rio Branco, Acre). *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 19, n. 3, 2007;

[10] PEREIRA, R. A., KOIFMAN, S. Associação entre fatores da dieta e tumores de cérebro em adultos: revisão de literatura. *Caderno Saúde Pública*, v. 17, nº 6, 2001, p. 1313-1334;

[11] HORA, E. C.; SOUSA, R. M. C. Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 1, 2005, p. 93-98;

[12] FEIJÓ, M. C. C.; PORTELA, M. C. Variação no custo de internações hospitalares por lesões: os casos dos traumatismos cranianos e acidentes por armas de fogo. *Cadernos de Saúde Pública*, 2001, 17 (3): 627- 637;

[13] SILVA, C. B. *et al.* Retorno à produtividade após reabilitação de pacientes deambuladores vítimas de trauma cranioencefálico. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 15, n. 1, p. 6-11;