

## CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

BENEDITA APARECIDA SOUZA DE SANTANA\*, MARCIA MAIUMI FUKUJIMA\*\*,  
ROBERTO DE MAGALHÃES CARNEIRO DE OLIVEIRA\*\*

---

**RESUMO** - Estudo de aspectos sócio-econômicos de 206 pacientes com AVC, atendidos no ambulatório de Doenças Neurovasculares no período de 1991 a 1992. Os principais achados foram: 25% dos pacientes apresentavam idade inferior a 50 anos; o estado civil casado era significativamente mais frequente nos homens; 82% dos pacientes eram analfabetos ou semianalfabetos e 60% vivem com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. O impacto sócio-econômico causado pela instalação de um AVC em um membro da família é sempre grande. O baixo índice de educação e a baixa renda são os principais fatores que contribuem para o mau controle da doença, influenciando diretamente na compreensão a respeito da importância do tratamento e prevenção. Ressaltamos a importância da atuação do Serviço Social para detectar e orientar a solução de problemas na esfera sócio-econômica para obtenção de melhor controle médico.

**PALAVRAS-CHAVE:** acidente vascular cerebral, estado sócio-econômico, escolaridade, assistência social.

### Socioeconomic aspects of patients with stroke

**ABSTRACT** - We studied the socioeconomic status of 206 stroke patients seen at Escola Paulista de Medicina - São Paulo in the period 1991-1992. We found that 25% of patients were less than 50 years old; men were married significantly more often than women; 82% of patients had less than 8 years of formal education and 60% of the families survived with US\$ 98 to 198. The socioeconomic impact caused by stroke is very important. Low education and poverty influence the treatment and prevention of the disease. The Social Assistance Service can detect and attempt to solve the social problems in order to obtain a better control of systemic diseases and risk factors for stroke, and to give orientation concerning the local resources.

**KEY WORDS:** stroke, socioeconomic status, education, social assistance.

---

Depois das doenças cardiovasculares e do câncer, os acidentes vasculares cerebrais (AVC) constituem a terceira causa mais frequente de morte e a principal causa de incapacidade em adultos nos Estados Unidos. Apesar do declínio da taxa de mortalidade nas últimas décadas no Brasil e em vários países do mundo<sup>3,5,9</sup>, o custo sócio-econômico do AVC ainda é bastante elevado. Não dispomos, no Brasil, de dados estatísticos completos que permitam uma análise exata desses custos, até porque os custos indiretos, derivados da perda de produtividade, variam grandemente entre as diferentes regiões do país. Para que se tenha idéia da dimensão deste problema, estima-se que existam 3 milhões de norte-americanos com algum grau de seqüela por AVC, e que a média de custos por paciente com AVC nos primeiros 90 dias de tratamento seja de US\$ 15000<sup>2</sup>.

---

Estudo realizado no Setor de Doenças Neurovasculares da Disciplina de Neurologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP): \*Assistente Social; \*\*Médico Neurologista. Aceite: 4-abril-1996.

Assist. Soc. Benedita Aparecida Souza de Santana - Disciplina de Neurologia, Escola Paulista de Medicina UNIFESP - Rua Botucatu 740 - 04023-900 São Paulo SP - Brasil. FAX 011 5755240.

Diante de uma realidade sócio-econômica bastante diversa dos países desenvolvidos, principalmente no referente aos recursos de atendimento e apoio a deficientes físicos, sentiu-se a necessidade de se conhecer melhor a população atendida neste ambulatório de Doenças Neurovasculares para, então programar estratégias de ação que minimizem os problemas da população atendida, tornando mais eficiente o atendimento médico e de reabilitação.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram analisados os dados do questionário social realizado pela Assistente Social em 206 pacientes atendidos no ambulatório de Doenças Neurovasculares da Disciplina de Neurologia da Escola Paulista de Medicina, no período de 1991 a 1992. Do questionário foram considerados os seguintes dados: idade, sexo, procedência (por região do país), estado civil (solteiro, casado - inclui uniões não formais, viúvo e separado), profissão e atividade, escolaridade, renda familiar, composição familiar, condições de moradia e meio de transporte.

Foram aplicados testes do quiquadrado para análise das idades, da atividade antes do AVC, escolaridade, procedência e estado civil, com nível de significância de 0,05 ou 5%.

## RESULTADOS

A idade variou de 18 a 85 anos, com mediana de 65 anos tanto para o sexo feminino quanto para o masculino; a distribuição das idades não mostrou diferença significativa entre os sexos, sendo 114 pacientes do sexo masculino e 92 do sexo feminino. Idade menor que 50 anos na ocasião do AVC foi constatada em 21% dos homens e 29,3% das mulheres.

O estado civil "casado" predominou entre os homens (81,6%), seguido de "solteiro" (7,0%), "viúvo" (7,0%) e "separado" (4,4%). Entre as mulheres também predominou o estado civil "casado" (58,7%), seguido de "viúvo" (23,9%), "solteiro" (14,1%) e "separado" (3,3%). A análise estatística mostrou significância para a associação entre sexo masculino e estado civil casado ( $p < 0,05$ ).

A maioria dos pacientes (72,3%) é procedente da região Sudeste, sendo 60,7% do Estado de São Paulo. Os restantes procediam da região Nordeste (19,9%), da região Sul (1,9%) e da região Centro-Oeste (0,5%). Na amostra estudada encontramos 5,4% de pacientes provenientes de outros países.

A escolaridade é mostrada na Tabela 1.

Quanto à atividade profissional na ocasião do AVC, 60,7% dos pacientes encontravam-se ativos e 39,3% inativos por invalidez, desemprego ou aposentadoria, sem diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Tabela 1. Escolaridade dos pacientes segundo o sexo.

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Analfabeto	21	18,4	28	30,4	49	23,8
1º grau incompleto	69	60,5	51	55,4	120	58,3
1º grau completo	9	8,0	3	3,3	12	5,8
2º grau	12	10,5	9	9,8	21	10,2
Superior	3	2,6	1	1,1	4	1,9
Total	114	100	92	100	206	100

Tabela 2. Composição familiar em número de pessoas (n°) segundo a renda familiar em salários mínimos.

n°	Salários Mínimos									
	1 a 2		2 a 5		5 a 10		mais q/10		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	4	3,2	2	3,0	1	10,0	0	0,0	7	3,3
2	32	25,6	13	19,4	0	0,0	1	25,0	46	22,3
3	21	16,8	9	13,4	2	20,0	2	50,0	34	16,5
4	32	25,6	22	32,8	0	0,0	0	0,0	54	26,2
5	19	15,2	7	10,4	1	10,0	1	25,0	28	13,6
6	9	7,2	7	10,4	2	20,0	0	0,0	18	8,7
7	2	1,6	6	9,0	2	20,0	0	0,0	10	4,9
8	6	4,8	1	1,5	2	20,0	0	0,0	9	4,4
Total	125	60,7	67	32,5	10	4,9	4	1,9	206	100

Quanto ao tipo de moradia, 62,6% dos pacientes declararam habitar moradia própria, 23,3% alugada e 14,1% moradia comunitária ou cedida por conhecidos, por órgãos governamentais ou assistenciais beneficentes.

Quanto ao tipo de transporte, 49,0% dos pacientes utilizam transporte coletivo para comparecer às consultas médicas, enquanto 32,0% transporte próprio (veículos de familiares e taxi) e 19,0% transporte cedido (por conhecidos não familiares ou serviço de ambulâncias).

Observamos rendas familiares de 1 a 2 salários mínimos em 60,7% dos casos, de 2 a 5 salários mínimos em 32,5%, de 5 a 10 salários mínimos em 4,9% e mais do que 10 salários mínimos em apenas 1,9% dos casos; 65,0% das famílias são constituídas de 2 a 4 pessoas (Tabela 2).

## DISCUSSÃO

As idades avançadas e o ligeiro predomínio do sexo masculino nos pacientes estudados seguem o padrão para doenças vasculares cerebrais, porém, com maior proporção de jovens do que em estudos populacionais<sup>1</sup>. Este comportamento da amostra estudada pode ser atribuído às características do próprio serviço (centro de referência no sistema de saúde).

A relação significativa entre estado civil casado e sexo masculino pode refletir um comportamento da população, ou alertar para o fato de que homens "não casados" não dêem prosseguimento ao seu tratamento após a alta hospitalar. Estudos futuros procurarão responder a estas questões.

Este estudo mostra proporção relativamente importante (39,3%) de imigração de vários estados e até países para a cidade de São Paulo. Alguns destes pacientes procuraram tratamento médico em São Paulo desconhecendo os recursos oferecidos em suas regiões de origem.

Na amostra estudada, 82,0% dos pacientes são analfabetos ou semi-analfabetos. Pincus e col.<sup>7</sup>, encontraram associação entre nível de educação formal e saúde, mostrando que vários grupos de doenças, incluindo doenças vasculares cerebrais, incidem mais em população com menor tempo de educação formal, atribuindo o fato a condições de nutrição, hábitos e capacidade de resolução de problemas intrínsecos. Esses autores sugerem que alto nível de escolaridade possa relacionar-se a baixos índices de morbidade e mortalidade de doenças específicas. O alto índice de analfabetos na

população estudada, a nosso ver, contribuiu diretamente para a baixa aderência do paciente ao tratamento e para o baixo grau de compreensão a respeito da própria doença, da importância do acompanhamento médico e de reabilitação.

Em nosso meio, o conceito de pobreza e os índices adotados para sua definição sofrem influências diversas devido à grande heterogeneidade social e cultural das regiões do país. A renda familiar como parâmetro de condição sócio-econômica apresenta limitações, por não considerar as características dos integrantes da família (idade, atividade e necessidades - relação de dependência). Neste estudo, ainda encontramos maior dificuldade por ter-se dividido em grupos o número de salários mínimos por familiares residentes no mesmo domicílio. Ainda assim, mais da metade de nossa amostra era constituída de famílias de 2 a 4 pessoas, recebendo entre 1 e 2 salários mínimos. Uma avaliação precisa a este respeito é de difícil obtenção pelas condições de trabalho em nosso meio, onde é frequente o trabalho temporário, a prestação de serviços e os subempregos e que proporcionam remuneração esporádica e irregular, que se refletem na qualidade de vida também irregular destas pessoas.

Siegel e col.<sup>8</sup>, estudando uma região americana, concluíram que pobreza é a variável mais importante que contribui para a mortalidade por AVC, seguida dos fatores de risco hipertensão arterial e obesidade. Os mesmos autores encontraram relação significativa entre pobreza e raça negra, porém esta última não se relacionou diretamente à mortalidade por AVC. Já, Modan e Wagener<sup>6</sup> encontraram taxas de morbidade e mortalidade maiores na raça negra do que nas demais raças.

Em nosso estudo não levamos em consideração os grupos raciais, devido à grande miscigenação de nossa população. O tipo de moradia também pode indicar o estado sócio-econômico, porém, é muito acentuada a heterogeneidade dos tipos de moradia própria, que podem ser desde um cômodo sem condições de ser habitado, até um imóvel confortável e luxuoso. O imóvel alugado, por sua vez, reflete uma regularidade de renda, e foi encontrado em apenas 23% dos pacientes estudados. É extremamente preocupante o fato de 14% dos pacientes não terem moradia, necessitando do auxílio de terceiros (pessoas conhecidas ou órgãos assistenciais).

Cerca de 40% dos pacientes de nosso estudo estavam inativos na ocasião do AVC, quer por desemprego, aposentadoria ou invalidez. Não podemos ignorar a importância do grupo de indivíduos que apesar de não serem economicamente ativos, como as donas-de-casa, desempenham funções indispensáveis para a dinâmica familiar até a ocasião do AVC, após o qual tornam-se muitas vezes dependentes. Os prejuízos econômicos causados pela ocorrência de AVC em um membro da família não são facilmente calculáveis. O impacto causado é, porém, nítido .

O tipo de transporte é um indicador da capacidade física dos pacientes principalmente, e não necessariamente do seu nível econômico. Todavia, ele acaba sendo importante fator limitante do prosseguimento do acompanhamento médico ou da reabilitação, merecendo particular atenção dos serviços assistenciais que dispõem de meios para minimizar mais este obstáculo ao tratamento.

Destacamos a grande importância da atuação do Serviço Social em unidades ambulatoriais de investigação e tratamento de doenças vasculares cerebrais, em que pode contribuir para o desenvolvimento de ações educativas, assistenciais, de planejamento e pesquisa. As informações colhidas em cada serviço permitirão que a equipe multiprofissional tome condutas que assegurem maior sucesso no tratamento de sua população, garantindo além de exames médicos e subsidiários, informações sobre os direitos dos pacientes e sobre os recursos públicos disponíveis, medidas que atenuem o ônus da doença e permitam boa aderência ao tratamento e melhor reabilitação física, social e econômica.

**Agradecimentos** - Dr. Neil Ferreira Novo e Dra. Yara Juliano pela orientação da análise estatística; Srta. Sandra Maria de Faria (Assistente Social) pela colaboração prestada.

## REFERÊNCIAS

1. Bogousslavsky J, Pierre P. Ischemic stroke in patients under age 45. *Neurol Clin* 1992;10:113-124.
2. Dobkin B. The economic impact of stroke. *Neurology*, 1995;45(Suppl 1):S6-S9.
3. Gomes MM, Becker RA. Tendências da mortalidade por doenças cerebrovasculares no Brasil 1979 a 1986. *Rev Bras Neurol* 1990;26(Suppl. 1):S5-S9.
4. Klag M, Whelton P, Seidler A. Decline in US stroke mortality. *Stroke* 1989;20:14-21.
5. Lotufo PA, Lolio CA. Tendência da mortalidade por doença cerebrovascular no Estado de São Paulo 1970 a 1989. *Arq Neuropsiquiatr* 1993;51:441-446.
6. Modan B, Wagener DK. Some epidemiological aspects of stroke: mortality/morbidity trends, age, sex, socioeconomic status. *Stroke* 1992;23:1230-1236.
7. Pincus T, Callahan LJ, Burkhauser RV. Most chronic diseases are reported more frequently by individuals with fewer than 12 years of formal education in the age 18-64 United States population. *J Chron Dis* 1987;40:865-874.
8. Siegel PZ, Deeb LC, Wolfe LE, Wilcox D, Marks JS. Stroke mortality and its socioeconomic, racial, and behavioral correlates in Florida. *Public Health Reports* 1993;108:454-458.
9. Uemura K, Piza Z. Trends in cardiovascular disease mortality in industrialized countries since 1950. *Wld Hlth Statist Quart* 1988;41:155-178.