



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 07, pp. 37746-37751, July, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.19207.07.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## CONHECIMENTO SOBRE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS PELA DOENÇA

Renata Silva Moreira<sup>1\*</sup>; Letícia Ribeiro Moreira<sup>2</sup>; Maria de Fatima Bregolato Rubira de Assis<sup>3</sup>; Suzi Rosa Barbosa Miziara<sup>4</sup>; Estela Márcia Rondina Scandola<sup>5</sup> and Camila Guimarães Polisel<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Farmacêutica. Especialista em Farmácia Clínica e Prescrição Farmacêutica. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil; <sup>2</sup>Farmacêutica. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil; <sup>3</sup>Assistente social. Mestre em Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados – PREMUS/CCI, no Hospital São Julião. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil; <sup>4</sup>Fisioterapeuta. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Docente do curso de Fisioterapia do Instituto de Saúde Integrada. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil; <sup>5</sup>Assistente Social. Doutora em Serviço Social. Docente e tutora da Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados – PREMUS/CCI. Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil; <sup>6</sup>Farmacêutica Bioquímica, Clínica e Toxicologista. Docente do Curso de Farmácia. Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Alimentos e Nutrição. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 17<sup>th</sup> April, 2020

Received in revised form

28<sup>th</sup> May, 2020

Accepted 26<sup>th</sup> June, 2020

Published online 25<sup>th</sup> July, 2020

#### Key Words:

Acidente Vascular Cerebral.

Sinais e Sintomas.

Equipe de Assistência ao Paciente.

#### \*Corresponding author:

Renata Silva Moreira

### ABSTRACT

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma emergência médica onde a efetividade do tratamento depende da agilidade na identificação dos sinais e sintomas. Trata-se da segunda causa de mortalidade e a terceira causa de incapacidade no mundo. O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento sobre diversos aspectos do AVC em indivíduos hospitalizados pela doença. Tratou-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa e realizado por meio da aplicação de um questionário adaptado a partir de instrumentos de estudos previamente publicados. Participaram do estudo 30 indivíduos com idade média de 62,33 anos ( $\pm 12,58$ ). Os fatores de risco modificáveis para AVC mais frequentes foram sedentarismo ( $n=24$ ; 16,00%) e hipertensão ( $n=18$ ; 12,00%). A maioria dos participantes (59,99%;  $n=18$ ) relatou não compreender o que era o AVC, mesmo após terem sido diagnosticados com a doença. Apesar de 60% dos participantes terem reconhecido os sinais e sintomas característicos do AVC, dois sinais e sintomas não relacionados ao AVC, súbita falta de ar ( $n=10$ ; 33,33%) e repentina dor no peito ou palpitação cardíaca ( $n=18$ ; 60,00%), foram apontados como característicos da doença. Além disso, 80,00% dos indivíduos não ligaria para o SAMU diante dos sinais e sintomas característicos do AVC. Diante do exposto, os resultados deste estudo reforçam a necessidade de fortalecimento do trabalho interprofissional direcionado à educação em saúde e de campanhas de prevenção e conscientização mais ostensivas de modo a contribuir para a prevenção e redução dos impactos clínicos e econômicos relacionados ao AVC.

Copyright © 2020, Thaise Cristina dos Santos Padilha et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Renata Silva Moreira, Letícia Ribeiro Moreira, Maria de Fatima Bregolato Rubira de Assis, et al. "Conhecimento sobre acidente vascular cerebral em indivíduos hospitalizados pela doença", *International Journal of Development Research*, 10, (07), 37746-37751.

## INTRODUCTION

Entre as consequências do envelhecimento populacional estão o predomínio de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente as doenças cerebrovasculares, que ocupam atualmente o segundo lugar entre as doenças mais relacionadas a óbitos no mundo (Rede Brasil AVC, 2019). Em relação às mortes mundiais ao ano, de 58 milhões, 5,7 milhões foram

causadas por AVC, atualmente considerado a segunda causa de morte no mundo, que tende a apresentar um impacto maior para os próximos 30 anos, especialmente na população idosa (Oliveira Filho *et al.*, 2012). Nesse contexto, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma lesão neurológica aguda causada por uma quantidade insuficiente de sangue para suprir uma região cerebral (isquemia) ou por extravasamento de sangue na cavidade intracraniana (hemorrágico) (André, 1999; Pontes Neto, 2017).

A maioria dos AVC (80,00%) é do tipo isquêmico, causado pela obstrução de uma artéria decorrente de uma lesão na parede arterial (trombose), partículas de detritos com origem em outros locais que bloqueiam o acesso arterial a uma região cerebral particular (embolia) ou por um problema circulatório mais amplo, que se manifesta no cérebro (hipoperfusão sistêmica) (Caplan, 2009). O AVC desencadeia o rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbios focais e/ou globais da função cerebral, com sintomas de origem vascular que duram 24 horas ou mais, causando alterações nos planos cognitivos e sensorio motor, de acordo com a área e a extensão da lesão (Rede Brasil AVC, 2019). A partir dos dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASSUS), no período de 2011 a 2015, o Sistema de Informações Hospitalares registrou 76.699 internações hospitalares por AVC, em oito dos vinte e oito estados brasileiros, 82,00% do total de suas internações foram em decorrência ao AVC Isquêmico, sendo os gastos relacionados a esses pacientes durante este período de R\$ 114.201.414,66 (Moreira *et al.*, 2013). Os fatores de risco para AVC isquêmico podem ser classificados como não modificáveis (idade avançada, sexo, raça/etnia, história familiar e genética) (Caplan *et al.*, 1986) e modificáveis (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tabagismo, distúrbios respiratórios do sono, uso de contraceptivos orais, dislipidemias, inatividade física e fibrilação atrial) (Kawachi *et al.*, 1993; Pontes Neto, 2017). A hipertensão é o mais comum e o mais importante fator de risco para o AVC, aumentando as chances de recorrência a cada aumento da pressão arterial sistólica, o que pode ser minimizado pelo controle da pressão arterial (Lewington *et al.*, 2002).

Dentre os principais déficits decorrentes do AVC estão a paralisia e alterações da motricidade, as alterações sensoriais e de comunicação e alterações cognitivas e distúrbios emocionais, que possuem grande impacto no dia a dia e no desempenho do indivíduo no que diz respeito às atividades da vida diária (Reis *et al.*, 2017). Outros déficits incluem distúrbios de linguagem, disfagia, depressão, desajuste social e piora na qualidade de vida desses indivíduos (Arruda *et al.*, 2014). Além disso, a partir da manifestação do primeiro evento, as chances de um novo AVC ocorrer são maiores do que em indivíduos que não apresentaram o primeiro evento. Considerando o sexo, homens adultos têm uma maior incidência de AVC do que as mulheres, entretanto, a prevalência é maior nas mulheres a partir dos 75 anos (Benjamin *et al.*, 2017). Os sinais e sintomas do AVC envolvem dormência ou fraqueza na face, braço ou perna, em um lado do corpo, confusão, dificuldade na fala, dificuldade súbita de enxergar em um ou ambos os olhos, dificuldade para caminhar, tontura, perda de equilíbrio ou coordenação e dor de cabeça súbita, intensa, sem causa conhecida (Ministérios da Saúde, 2018; Moreira *et al.*, 2013; Organization WS, 2015). Entretanto, apesar de ser uma emergência médica, ou seja, uma doença tempo-dependente onde a redução da mortalidade e melhora do prognóstico dependem da agilidade na identificação dos sinais e sintomas e do tratamento precoce (Mochari-Greenberger *et al.*, 2015), há uma dificuldade generalizada dos indivíduos no reconhecimento precoce dos sinais e sintomas relacionados ao AVC, que são usualmente confundidos com outros problemas de saúde (Damata *et al.*, 2016). Diante do exposto, a contribuição primária deste estudo para a literatura da área está centrada em explorar o conhecimento sobre diversos aspectos do AVC em indivíduos hospitalizados pela doença, uma vez que há forte evidência de

que a prevenção é capaz de evitar 90,00% dos casos de AVC isquêmico (Rede Brasil AVC, 2019). Logo, reconhecer os sinais e sintomas precocemente e tratá-los como emergência médica podem melhorar consideravelmente o desfecho do quadro (Sociedade Brasileira de Doenças Cardiovasculares, 2016).

## MATERIAIS E MÉTODO

Tratou-se de um estudo de caráter transversal e com abordagem quantitativa, cuja coleta de dados ocorreu em um hospital localizado no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, no período de dezembro de 2018 a dezembro de 2019. O estudo foi realizado em uma Unidade Hospitalar de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) que presta assistência a pacientes com situação clínica estável, mas que necessitam de reabilitação e/ou adaptação às sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico, com potencial de recuperação, onde o período de internação pode variar de 15 a 60 dias. A população do estudo foi constituída pelos indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, internados na unidade de Cuidados Continuados Integrados da instituição hospitalar em função do AVC e que não apresentassem limitações físicas ou cognitivas que impedisse a coleta de dados. A identificação da população do estudo incluiu triagem inicial por meio dos prontuários. Além disso, os critérios de inclusão também foram observados e os indivíduos previamente selecionados receberam uma explicação sobre o estudo, realizada pelo mesmo pesquisador, onde aqueles que demonstraram interesse em participar somente puderam fazê-lo após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário adaptado pelos pesquisadores a partir de instrumentos específicos de estudos previamente publicados na literatura (Meira, *et al.*, 2018; Yang *et al.*, 2014; Zeng *et al.*, 2012). O referido questionário foi composto por dados relacionados ao perfil, história social e clínica dos participantes, além de dados relacionados ao conhecimento acerca de diversos aspectos específicos do AVC. Os dados relacionados ao perfil do participante, sua história social e clínica compreenderam: sexo, idade, raça, escolaridade, renda familiar mensal, limitações físicas e fatores de risco para AVC. Já os dados relacionados com o conhecimento dos participantes acerca de diversos aspectos do AVC compreenderam: conceito, fatores de risco, sinais e sintomas, senso de urgência, tempo para o início do tratamento do AVC e autoavaliação do nível de conhecimento sobre AVC. Após a coleta, os dados foram organizados em formulário on-line do Google e em tabelas no Programa Microsoft® Excel 2010. Os resultados foram submetidos à análise estatística descritiva simples, a partir do Programa Microsoft® Excel 2010. O estudo atendeu às normas do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e foi aprovado por meio do parecer número 3.096.669, CAAE: 03897918.2.0000.0021.

## RESULTADOS

No total, 57 indivíduos foram internados com diagnóstico de AVC no setor hospitalar avaliado durante o período de coleta de dados. Desses, 27 (47,37%) foram excluídos do estudo por apresentarem limitações que impediram a coleta de dados, mais especificamente afasia (n=25; 92,60%) e óbito (n=2; 7,40%). Diante disso, 30 indivíduos com idade média de 62,33

anos ( $\pm 12,58$ ) preencheram os critérios de inclusão e participaram do estudo, a maioria do sexo masculino ( $n=21$ ; 70,00%), com faixa etária de 70 a 79 anos ( $n=11$ ; 36,67%), com ensino fundamental incompleto ( $n=14$ ; 46,67%) e com renda familiar mensal de 1 (um) salário mínimo ( $n=15$ ; 50,00%), como mostra a Tabela 1.

**Tabela 1. Perfil socioeconômico dos participantes deste estudo. Brasil, 2020**

VARIÁVEIS	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	9	30,00
Masculino	21	70,00
<b>Faixa etária (anos)</b>		
30-39	2	6,67
40-49	6	20,00
50-59	2	6,67
60-69	8	26,67
70-79	11	36,67
$\geq 80$	1	3,33
<b>Raça</b>		
Branca	20	66,67
Negra	10	33,33
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto(a)	3	10
Ensino Fundamental Incompleto	14	46,67
Ensino Fundamental Completo	4	13,33
Ensino Médio Incompleto	1	3,33
Ensino Médio Completo	4	13,33
Ensino Superior Incompleto	3	10,00
Pós-Graduação	1	3,33
<b>Renda Familiar Mensal</b>		
Até 1 (um) salário mínimo	15	50,00
1-2 salários mínimos	1	3,33
2 salários mínimos	9	30,00
2-3 salários mínimos	3	10,00
3 salários mínimos	2	6,67

Fonte: Os autores (2020).

Em relação às sequelas do AVC, as mais prevalentes foram hemiparesia ( $n=27$ ; 47,37%), dificuldade na fala ( $n=12$ ; 21,05%) e redução da acuidade visual ( $n=9$ ; 15,79%). Além disso, diminuição da audição ( $n=3$ ; 5,26%), déficit cognitivo ( $n=2$ ; 3,51%), sensibilidade aumentada ( $n=1$ ; 1,75%) e falta de equilíbrio ( $n=5$ ; 8,77%) também foram identificados. Um indivíduo ( $n=1$ ; 1,75%) não apresentava nenhuma sequela do AVC. Os principais fatores de risco para AVC identificados nos participantes foram sedentarismo ( $n=24$ ; 16,00%), sexo masculino ( $n=21$ ; 14,00%) e idade  $\geq 60$ anos ( $n=20$ ; 13,33%). Além disso, o fator de risco modificável mais frequente foi o sedentarismo ( $n=24$ ; 16,00%), seguido da hipertensão ( $n=18$ ; 12,00%). A Tabela 2 apresenta, em detalhes, todos os fatores de risco para AVC identificados. Quando questionados sobre o conceito de AVC, 59,99% ( $n=18$ ) dos participantes relataram que ainda não compreendiam o que era, de fato, a doença, mesmo após terem sido diagnosticados, o que pode ser identificado nos comentários de alguns participantes: “*Não sei, nunca vi isso.*” (MAMF, sexo feminino, 70 anos); “*Sempre ouvi falar que deu nos outros, mas nem sabia que trem era esse.*” (JGC, sexo masculino, 60 anos); “*Não sei, não entendo, porque eu estava bom e do nada me deu.*” (FP, sexo masculino, 59 anos). No total, 7 (sete) sinais e sintomas foram apresentados aos participantes. Desses, 2 (dois) não eram característicos de AVC: súbita falta de ar e repentina dor no peito ou palpitação cardíaca. Apesar disso, eles foram apontados como característicos do AVC por 10 (33,33%) e 18 (60,00%) dos participantes, respectivamente. Por outro lado, os 5 (cinco) sinais e sintomas característicos do AVC foram reconhecidos pela maioria dos participantes ( $n=18$ ; 60,00%),

30,00% ( $n=9$ ) reconheceram quatro dos cinco sinais e sintomas e 10,00% ( $n=3$ ) reconheceram três ou menos sinais e sintomas, sendo a súbita dificuldade de falar, entender ou falar arrastado ( $n=29$ ; 96,66%) e a dormência repentina ou fraqueza na face e/ou membro(s) em um dos lados do corpo os mais reconhecidos pelos participantes ( $n=29$ ; 96,66%), conforme apresenta a Tabela 3.

**Tabela 2. Fatores de risco para AVC identificados nos participantes deste estudo. Brasil, 2020**

Fatores de risco	n	%
Sedentarismo	24	16,00
Sexo Masculino	21	14,00
Idade $\geq 60$ anos	20	13,33
Hipertensão	18	12,00
Fatores Genéticos	14	9,33
Obesidade/Sobrepeso	12	8,00
Diabetes	9	6,00
História de doença vascular prévia	8	5,33
Dislipidemias	9	5,99
Outros*	7	4,67
Doença Cardíaca	6	4,00
Fibrilação arterial	2	1,33

\*Outros: AVC prévio, infarto agudo do miocárdio, tabagismo. Fonte: Os autores (2020).

**Tabela 3. Conhecimento dos participantes deste estudo acerca de sinais e sintomas relacionados ao AVC. Brasil, 2020**

VARIÁVEIS	n	%
1. Súbita dificuldade de falar, entender ou falar arrastado.		
SIM	29	96,67
NÃO	1	3,33
NÃO SEI	-	0,00
NÃO TENHO CERTEZA	-	0,00
2. Súbita falta de ar		
SIM	10	33,33
NÃO	13	43,33
NÃO SEI	4	13,33
NÃO TENHO CERTEZA	3	10,00
3. Súbita visão turva em 1 ou ambos os olhos		
SIM	24	80,00
NÃO	2	6,67
NÃO SEI	4	13,33
NÃO TENHO CERTEZA	-	0,00
4. Súbita dor de cabeça		
SIM	24	80,00
NÃO	4	13,33
NÃO SEI	-	0,00
NÃO TENHO CERTEZA	2	6,67
5. Repentina dor no peito ou palpitações cardíacas		
SIM	18	60,00
NÃO	6	20,00
NÃO SEI	4	13,33
NÃO TENHO CERTEZA	2	6,67
6. Súbita tontura, dificuldade em andar, perda de equilíbrio ou coordenação		
SIM	28	93,33
NÃO	2	6,67
NÃO SEI	-	0,00
NÃO TENHO CERTEZA	-	0,00
7. Dormência repentina ou fraqueza na face e/ou membro(s) em um dos lados do corpo		
SIM	9	96,67
NÃO	3	33,33
NÃO SEI	0	0,00
NÃO TENHO CERTEZA	0	0,00

Fonte: Os autores (2020).

Na presença de cada um dos sinais e sintomas do AVC, 5 (cinco) opções com atitudes foram apresentadas aos pacientes para que eles apontassem a mais adequada a ser tomada. Nesse sentido, a maioria dos participantes não ligaria para o Serviço Móvel de Emergência (SAMU) diante dos sinais e sintomas característicos do AVC, com exceção da presença de súbita

dificuldade de falar, entender ou falar arrastado (n=16; 53,33%), conforme mostra a Tabela 4.

internação em outro hospital, onde ocorreu o diagnóstico. Sugere-se, portanto, que esses pacientes não tenham recebido

**Tabela 4. Conhecimento dos participantes deste estudo acerca da atitude mais adequada a ser tomada na presença dos sinais e sintomas característicos do AVC. Brasil, 2020**

VARIÁVEIS	n	%
Súbita dificuldade de falar, entender ou falar arrastado		
Levar imediatamente a um hospital	10	33,33
Chamar algum conhecido da área da saúde para aconselhamento	3	10,00
Ligar para um familiar próximo	1	3,33
Tomar algum medicamento e observar se o mal estar vai passar	-	0,00
Ligar para o 192 (SAMU)	16	53,33
Súbita visão turva em um ou ambos os olhos		
Levar imediatamente a um hospital	12	40,00
Chamar algum conhecido da área da saúde para aconselhamento	2	6,67
Ligar para um familiar próximo	3	10,00
Tomar algum medicamento e observar se o mal estar vai passar	5	16,67
Ligar para o 192 (SAMU)	8	26,67
Súbita dor de cabeça		
Levar imediatamente a um hospital	9	30,00
Chamar algum conhecido da área da saúde para aconselhamento	-	0,00
Ligar para um familiar próximo	3	10,00
Tomar algum medicamento e observar se o mal estar vai passar	9	30,00
Ligar para o 192 (SAMU)	9	30,00
Súbita tontura, dificuldade em andar, perda de equilíbrio ou coordenação		
Levar imediatamente a um hospital	15	50,00
Chamar algum conhecido da área da saúde para aconselhamento	1	3,33
Ligar para um familiar próximo	-	0,00
Tomar algum medicamento e observar se o mal estar vai passar	2	6,67
Ligar para o 192 (SAMU)	12	40,00
Dormência repentina ou fraqueza na face e/ou membro(s) em um dos lados do corpo		
Levar imediatamente a um hospital	13	43,33
Chamar algum conhecido da área da saúde para aconselhamento	1	3,33
Ligar para um familiar próximo	1	3,33
Tomar algum medicamento e observar se o mal estar vai passar	1	3,33
Ligar para o 192 (SAMU)	14	46,67

Fonte: Os autores (2020).

## DISCUSSÃO

Anualmente, 15 milhões de pessoas em todo o mundo sofre um AVC; desses, 5 milhões morrem e outros 5 milhões adquirem sequelas permanentes (Reis *et al.*, 2017; WHO, 2010). Embora o reconhecimento precoce dos sintomas do AVC seja fundamental para a busca de atendimento e para o tratamento adequado, o reconhecimento dos sinais de alerta e fatores de risco ainda são insuficientes (Pontes Neto *et al.*, 2008; Pontes Neto *et al.*, 2017; Yang *et al.*, 2014), mesmo com as campanhas de prevenção e conscientização (Lotufo *et al.*, 2017). Aproximadamente metade (47,37%) dos indivíduos internados no setor no período avaliado foram excluídos do estudo por apresentar afasia. A partir da literatura, é possível identificar que as doenças cerebrovasculares, particularmente o AVC isquêmico, são a causa mais comum de afasia, atingindo aproximadamente 40% dos indivíduos na fase aguda da doença (Meira *et al.*, 2018; Sitta *et al.*, 2010). Já considerando as sequelas apresentadas pelos participantes deste estudo, observou-se que a hemiparesia, a dificuldade na fala e o comprometimento da acuidade visual e da audição foram as mais frequentes, corroborando com um estudo brasileiro previamente publicado e que identificou a hemiparesia direita (41,6%) e esquerda (39%) e a dificuldade na fala (28,6%) como as sequelas mais prevalentes (Canuto *et al.*, 2016). Vale ressaltar, ainda, que a dificuldade de marcha ou hemiparesia esteve presente em todos os indivíduos da amostra de um estudo onde o perfil epidemiológico de idosos acometidos por AVC foi traçado e 15,00% deles apresentavam dificuldade de verbalização (Damata *et al.*, 2016). No presente estudo, a maioria dos participantes (59,99%) relataram não saber o que era, de fato, o AVC. Ressalta-se que esses indivíduos foram admitidos no UCCI após terem passado por uma primeira

informações suficientes no momento do diagnóstico e do tratamento inicial, realizado no período da primeira internação. No Brasil, um estudo realizado em 2008 em quatro cidades brasileiras com a população geral investigou o reconhecimento dos sinais e sintomas do AVC como emergência médica e identificou 28 nomes diferentes para a doença, sendo que 22,00% desses indivíduos não reconheceu nenhum dos sinais de alerta para a doença (Oliveria Filho *et al.*, 2012). O estudo observou, ainda, que a maioria dos participantes ainda não compreendia o que, de fato, era a doença, e aqueles que conseguiram elaborar uma resposta o fizeram de modo incompleto, sem compreensão do impacto dos fatores de risco no surgimento da doença. Neste estudo, constatou-se que a maioria dos participantes era do sexo masculino e da raça branca, corroborando com o identificado em estudos previamente publicados (Araújo *et al.*, 2018; Pereira *et al.*, 2009). A partir de dados da literatura, homens da raça negra e mulheres de 35 e 44 anos e maiores de 85 anos apresentam maior risco de mortalidade por AVC do que a raça branca e outras pessoas, respectivamente (Morachi-Greenberger *et al.*, 2015; Nantal, 2018). Quanto à idade, a maioria dos participantes era idoso(a), o que concorda com a literatura, que mostra que a prevalência de AVC aumenta de 2,3% entre idosos com 60-69 anos para 3,9% entre os que possuem 70-79 anos, chegando a 6,8% naqueles com 80 anos ou mais (Pereira *et al.*, 2009). Além disso, o maior número de internações ocorre a partir dos 50 anos e 31% correspondem a pacientes acima de 75 anos (Nantal, 2018). O sedentarismo está fortemente associado à alta prevalência de morte por doenças cardiovasculares no Brasil e no mundo, aumentando o risco de acometimento por AVC (Prêcoma *et al.*, 2019). Neste estudo, o sedentarismo foi o fator de risco modificável mais frequente entre os participantes, seguido da hipertensão arterial, citada

pela literatura como o principal fator de risco modificável para AVC (Pontes Neto, 2017). Diante disso, a identificação, o tratamento e o controle da hipertensão arterial sistêmica precisa ser considerado como um dos determinantes principais para a redução da mortalidade associada ao AVC (Lotufo *et al.*, 2017). Neste estudo, embora os sinais e sintomas característicos do AVC tenham sido reconhecidos pela maioria dos participantes, dois sinais e sintomas não relacionados com o AVC, súbita falta de ar e repentina dor no peito ou palpitação cardíaca, foram apontados como característicos da doença por 30,00% e 60,00% dos participantes, respectivamente, o que demonstra a presença de fragilidades relacionadas ao reconhecimento sinais e sintomas característicos do AVC. Um estudo brasileiro com 703 indivíduos para avaliar o conhecimento de uma população urbana sobre os sinais e sintomas do AVC identificou que apenas cerca de metade dos participantes identificaram os sintomas e correlacionaram ao AVC (Meira *et al.*, 2018). Já no estudo de Yang e colaboradores (2014), apenas 15,6% dos entrevistados foram capazes de reconhecer todos os sinais de alerta de AVC, enquanto 12,9% não reconheceram nenhum dos sinais. Outro estudo, realizado no ano de 2012, identificou que 22,0% dos participantes não reconheceram nenhum sinal e sintoma da doença (Oliveira Filho *et al.*, 2012). Quando questionados sobre o tipo de atitude que eles teriam diante dos sinais e sintomas característicos do AVC, a maioria dos participantes deste estudo (53,33%) não ligaria para o Serviço Móvel de Emergência (SAMU), com exceção da presença de súbita dificuldade de falar, entender ou falar arrastado, o que demonstra o desconhecimento desses indivíduos quanto ao senso de emergência da doença. Um estudo brasileiro previamente publicado e realizado com a população geral identificou que apenas 35% da população brasileira compreendia que o SAMU representava o auxílio apropriado a ser contatado em caso de emergência, e 51% dos participantes recorreria ao resgate de emergência caso um membro da família apresentasse sintomas de AVC (Oliveira Filho *et al.*, 2012). Diversos estudos apontam que o conhecimento pela população dos fatores de risco e dos sinais de alerta de AVC possui o potencial de impulsionar os indivíduos a buscar serviços médicos urgentes frente a esses sintomas, reduzindo o atraso no atendimento pré-hospitalar e conseqüentemente incapacidades funcionais permanentes (Damata *et al.*, 2016; Meira *et al.*, 2018; Stroebel *et al.*, 2011; Yang *et al.*, 2014; Zeng *et al.*, 2012). Diante do exposto, e somado ao fato de que o AVC é atualmente a segunda causa de morte no mundo e está relacionado a diversos déficits que possuem grande impacto no dia a dia e no desempenho do indivíduo no que diz respeito às atividades da vida diária e qualidade de vida (Arruda *et al.*, 2014; Reis *et al.*, 2017), ressalta-se a relevância de estudos centrados na avaliação do conhecimento dos pacientes sobre a doença, especialmente daqueles em prevenção secundária, para que a identificação e o manejo das fragilidades encontradas sejam realizados, de forma a contribuir com a educação em saúde e autocuidado, considerando os possíveis impactos clínicos e econômicos da doença.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que a maioria dos indivíduos participantes do estudo era do sexo masculino, com faixa etária de 70 a 79 anos e com baixo nível de escolaridade e renda. Os principais fatores de risco modificáveis para o AVC foram o sedentarismo e a hipertensão. A maioria dos

participantes relatou não saber o que era, de fato, o AVC, mesmo após ter sido diagnosticado com a doença. Embora os sinais e sintomas característicos do AVC tenham sido reconhecidos pela maioria dos participantes, dois sinais e sintomas não relacionados com o AVC, súbita falta de ar e repentina dor no peito ou palpitação cardíaca, foram apontados como característicos da doença por muitos deles. Finalmente, a maioria não ligaria para o SAMU diante dos sinais e sintomas característicos do AVC. Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de fortalecimento do trabalho interprofissional direcionado à educação em saúde e de campanhas de prevenção e conscientização mais ostensivas de modo a contribuir para a prevenção e redução dos impactos clínicos e econômicos relacionados ao AVC.

## REFERÊNCIAS

- André C (1999). Manual de AVC. Rio de Janeiro: Revinter.
- Araújo JP, Darcis, JVV, Tomas ACV, Mello WA (2018). Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Município de Maringá, Paraná entre os Anos de 2005 a 2015. *Int. J. Cardiovasc. Sci.* 1(1): 56–62.
- Arruda JS, Reis FP, Fonseca V (2014). Avaliação da Linguagem Após Acidente Vascular Cerebral em Adultos no Estado de Sergipe. *Rev. CEFAC.* Mai-Jun; 16(3):853-862.
- Brasil. Ministério da Saúde (2018). 29/10 - Dia Mundial do AVC (Acidente Vascular Cerebral) [Internet]. Biblioteca Virtual de Saúde. [cited 2019 Nov 30].
- Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, *et al* (2017). Heart Disease and Stroke Statistics'2017 Update: A Report from the American Heart Association. *Circulation.* 135(10):e146–603.
- Canuto MÂ de O, Nogueira LT, Araújo TME de (2009). Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(3):245–52.
- Caplan LR. Patologia básica, anatomia e patologia do AVC. 4th ed. Elsevier S, editor. Curso de Caplan: Uma abordagem Clínica. Filadélfia: 2009. 22 p.
- Caplan LR, Gorelick PB, Hier DB (1986). Raça, sexo e doença cerebrovascular oclusiva: uma revisão. *Curso.* (17):648.
- Damata SRR, Formiga LMF, Araújo AKS, Oliveira EAR, Oliveira AKS de, Formiga RCF (2016). Perfil epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral. *Rev Interdiscip* [Internet]. 9(1):107–17. Available from: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/751>.
- Kawachi I, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Manson JE, Rosner B, *et al* (1993). Smoking Cessation and Decreased Risk of Stroke in Women. *JAMA J Am Med Assoc.* 269(2):232–6.
- Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R (2002). Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* (London, England) [Internet]. 360(9349):1903–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12493255>.
- Lotufo PA, Goulart AC, De Azeredo Passos VM, Satake FM, de Souza MDFM, França EB, *et al* (2017). Doença cerebrovascular no Brasil de 1990 a 2015: Global Burden of Disease 2015. *Rev Bras Epidemiol.* 20(1):129–41.
- Meira F, Magalhães D, Da Silva LS, Silva ACME, Silva GS (2018). Knowledge about Stroke in Belo Horizonte,

- Brazil: A Community-Based Study Using an Innovative Video Approach. *Cerebrovasc Dis Extra*. 8(2):60–9.
- Mochari-Greenberger H, Xian Y, Hellkamp AS, Schulte PJ, Bhatt DL, Fonarow GC, *et al* (2015). Racial / Ethnic and Sex Differences in Emergency Medical Services National Get With The Guidelines – Stroke Registry. *J Am Heart Assoc*. 4(8):1–11.
- Moreira JA, Silva SPM, Batista TC (2013). Acidente Vascular Cerebral Isquêmico: uma emergência para enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm do Cent Estud Enferm e Nutr*. 4(4):17.
- Nantal ABS (2018). Internações No Sistema Único De Saúde Por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico, Brasil, 2011 A 2015 [Internet]. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/184247>.
- Oliveira-Filho J, Martins SCO, Pontes-Neto OM, Longo A, Evaristo EF, de Carvalho JF, *et al* (2012). Diretrizes para tratamento do acidente vascular isquêmico - parte I. *Arq Neuropsiquiatr*. Aug;70(8):621–9.
- Organization WS (2015). Campanha Nacional do Combate ao AVC 2015- 24 de outubro a 01 de novembro dia mundial do AVC, 29 DE OUTUBRO. 2015.
- Pereira ABCNG, Alvarenga H, Júnior RSP, Barbosa MTS (2009). Prevalência de Acidente Vascular Cerebral em Idosos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(9):1929-1936.
- Précoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO, *et al* (2019). Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq Bras Cardiol*. 113(4):787-891.
- Pontes-Neto OM, Silva GS, Feitosa MR, De Figueiredo NL, Fiorot JA, Rocha TN, *et al* (2008). Stroke awareness in Brazil: Alarming results in a community-based study. *Stroke*. 39(2):292–6.
- Pontes-Neto OM, Cougo P, Martins SCO, Abud DG, Nogueira RG, Miranda M, *et al* (2017). Diretrizes Brasileiras para o tratamento endovascular de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico agudo. *Arq Neuropsiquiatr*. 75(1):50–6.
- Qureshi AI, Malik AA, Adil MM, Suri MFK (2015). Oral contraceptive use and incident stroke in women with sickle cell disease. *Thromb Res* [Internet]. 136(2):315–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.thromres.2015.04.013>.
- RedeBrasilAVC (2019). Rede Brasil AVC: Quem Somos [Internet]. [cited 2019 Nov 29]. Available from: <http://www.redebrasilavc.org.br/institucional/quem-somos/>.
- Reis RD, Pereira EC, Pereira MIM, Soane ana MNC, Silva JV (2017). Significados, para os familiares, de conviver com um idoso com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). *Comun SAÚDE Educ*. 21(62):641–50.
- (SBDCV) SB de DC (2016). Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares - SBDCV. Campanha Nacional de Combate ao AVC [Internet]. Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares. [cited 2019 Nov 30]. Available from: [http://www.sbdcv.org.br/publica\\_campanhas.asp](http://www.sbdcv.org.br/publica_campanhas.asp).
- Stroebele N, Müller-Riemenschneider F, Nolte CH, Müller-Nordhorn J, Bockelbrink A, Willich SN (2011). Knowledge of risk factors, and warning signs of stroke: A systematic review from a gender perspective. *Int J Stroke*. 6(1):60–6.
- Sitta ÉI, Arakawa AM, Caldana ML, Peres SHCS (2010). A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. *Rev. CEFAC*. Nov-Dez; 12(6):1059-1066.
- World Health Organization (2010). The Atlas of Heart Disease and Stroke [Internet]. World Health Organization. [cited 2019 Dec 10]. Available from: [https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/resources/atlas/en/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/).
- Yang J, Zheng M, Cheng S, Ou S, Zhang J, Wang N, *et al* (2014). Knowledge of stroke symptoms and treatment among community residents in Western Urban China. *J Stroke Cerebrovasc Dis* [Internet]. 23(5):1216–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.10.019>.
- Zeng Y, He GP, Yi GH, Huang YJ, Zhang QH, He LL (2012). Knowledge of stroke warning signs and risk factors among patients with previous stroke or TIA in China. *J Clin Nurs*. 21(19–20):2886–95.

\*\*\*\*\*