

CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CURITIBA - PARANÁ, SOBRE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

THE VIEW OF POPULATION'S KNOWLEDGE OF THE CURITIBA –PARANÁ'S MUNICIPALITY, ABOUT THE ENCEPHALIC VASCULAR ACCIDENT (STROKE) IDENTIFICATION

Priscyla Stela Vieira Magalhães¹, Beatriz Essenfelder Borges^{1, 2*}.

¹Faculdades Integradas Santa Cruz de Curitiba, Curitiba, Paraná, Brasil. ²Faculdades Pequeno Príncipe de Curitiba, Curitiba, Paraná, Brasil

*Autor correspondente: Beatriz Essenfelder Borges. Rua Amazonas 677, Água Verde, Curitiba. Telefone: 41 999975311. Email: biaessenfelder@gmail.com

Resumo

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das patologias que mais acometem a população mundial atualmente. Diante desse quadro, foram elaboradas e implementadas campanhas mundiais e nacionais com o intuito de massificar a informação de que o AVE isquêmico (AVEi) e o AVE hemorrágico (AVEh) podem ter cura. No entanto, várias pessoas ainda não têm conhecimento do que é a patologia, e tão pouco, qual atitude deve ser tomada caso ocorra.

Objetivo: Por se tratar de um importante problema de saúde pública, este estudo teve o propósito principal de mensurar o conhecimento da população leiga do município de Curitiba sobre o AVE e como socorrer o paciente rapidamente. **Metodologia:** Foi realizado um estudo de forma quantitativa, exploratória, descritiva com formato de pesquisa de campo, utilizando-se de um questionário estruturado com perguntas inerentes ao estudo, a fim de mensurar o real conhecimento da população acerca do assunto. **Resultados:** Observou-se, no decurso da coleta de dados, que a população sabe identificar os sinais e sintomas, contudo, não sabe o que fazer diante das suspeitas de início do AVE, cogitando a administração de cachaça Alemã e ligações para um número de emergência americano - 911. **Conclusão:** Por meio da coleta de dados pôde-se verificar que as campanhas anteriores atingiram a população de forma menos abrangente do que o esperado, sendo interpretadas de forma confusa, culminando em tratamentos mais onerosos. Com base nessa amostra, novos e mais aprofundados estudos foram sugeridos como metas para as próximas campanhas.

Palavras-chaves: Acidente vascular encefálico. Hemorragia intracraniana. Isquemia encefálica.

Abstract

The Vascular Brain Accident (Stroke) is one of the pathologies that most affect the world population currently. Given this context, It have been prepared and implemented a global campaign to popularize the information that Ischemic Stroke and Hemorrhagic Stroke can be cured. However, several people are still not aware of what the pathology is and what attitude to take when the frame sets in. **Objective:** On account of an important public health problem, this study had the main purpose of measuring the knowledge of the Curitiba's lay population, about Stroke and how to rescue the patient quickly. **Methodology:** It was conducted a study of quantitative form,

exploratory, descriptive field research format using a structured questionnaire with questions concerning the study to measure the real population's knowledge about it. **Results:** It was observed the population knows how to identify the signs and symptoms, however does not know what to do in the face of the onset AVE suspicions for a rapid care, considering the administration of German rum and calls to an American emergency number 911. **Conclusion:** Through the data collection It was possible to verify the previous campaigns reached the population in a form less comprehensible than expected, being interpreted on a confused way, culminating in more costly treatments. It relies on this sample to suggest further in-depth studies to suggest new targets for upcoming campaigns.

Keywords: Stroke. intracranial hemorrhage. brain ischemia.

INTRODUÇÃO

Atualmente, o Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a principal causa de morte e incapacidade de pessoas com até 70 anos, no Brasil, atingindo cerca de 16 milhões de pessoas ao ano, com evolução a óbito em seis milhões dos casos (37,5%) (BRASIL, 2012). É também a patologia que causa maior número de sequelas e mudanças imediatas nas rotinas pessoais, com impacto social e financeiro para o paciente e seus familiares (MONTENEGRO et al., 2015).

No estado do Paraná, estudos apontam para mais de seis milhões de óbitos por AVE em 2012, registrados em declarações de óbitos, sendo que muitos não foram especificados como isquêmicos ou hemorrágicos (ARAÚJO et al., 2018).

Há alguns anos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem efetuando um trabalho por meio de campanhas educacionais, difundidas pelas redes públicas de saúde, para conscientização da importância em prestar atendimento o mais breve possível, para garantir uma regressão dos efeitos deixados pelo AVE e, muitas vezes, podendo evitar os óbitos (BRASIL, 2012).

Foi lançada em 2010, uma campanha denominada “1 em 6”, pela *World Stroke Organization* (WSO), no dia mundial do Acidente Vascular Cerebral (29 de outubro), embasada estatisticamente em estudos realizados pela própria WSO. Esses estudos apontam que uma em cada seis pessoas, no mundo, terá um AVE, mantendo esta estatística até 2030. A partir de 2010, o enfoque de todas as campanhas internacionais e nacionais sobre AVE foram enfocadas na educação sobre os fatores de risco, os sinais de alerta e a urgência do tratamento (WSO, 2015).

Dessa maneira pode-se observar a preocupação da OMS em disponibilizar subsídios educativos para uma ampla informação acerca da doença. Assim, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria 665, de 2012, a fim de delegar incentivos financeiros e aprovar a cartilha “Linha de Cuidado ao AVC” (BRASIL, 2012).

O AVE é um distúrbio neurológico, em que o paciente pode apresentar hemiplegia, um déficit na parte psicomotora, o qual impossibilita a movimentação parcial ou total dos membros superiores e inferiores. Em alguns casos pode afetar a fala, a deglutição e o raciocínio lógico do indivíduo. Nesses casos pode-se observar uma forma mais branda do AVE, denominada de AVE Isquêmico (SANTOS, 2014).

Esse tipo de AVE resulta de oclusões vasculares, provocadas por trombos ou êmbolos, os quais causam a privação de oxigênio e de glicose no tecido cerebral, podendo levar à necrose tecidual.

Existe uma janela terapêutica que consiste no período em que os neurônios estão afetados, porém, não necrosaram ainda. Nesse período os indivíduos podem ser tratados com trombolíticos, possibilitando uma recuperação da parte neuronal (SANTOS, 2014).

Dentro da janela terapêutica para tratamento do AVEi tem-se a trombólise química, uma medicação de ativador de plasminogênio tecidual (proenzima), conhecida como Alteplase. Essa medicação diminui, consideravelmente, as complicações da patologia. No entanto, deve ser administrada até quatro horas e meia do início dos sintomas do AVEi, com vários critérios de exclusão para o tratamento.

Há que se mencionar o método inovador da Trombectomia Mecânica, procedimento mecânico que pode ser realizado até vinte e quatro horas do início do AVEi, com critérios mais abrangentes de inclusão e maiores probabilidades de sucesso no tratamento (AMERICAN STROKE ASSOCIATION, 2018).

Já o AVE hemorrágico (AVEh) consiste no extravasamento de sangue no cérebro e suas estruturas, atingindo parcial ou totalmente um hemisfério ou ambos. Nesses casos poderá ser efetuada uma intervenção com hemoderivados ou até a possibilidade cirúrgica (TELESAÚDE, 2016). Essa intercorrência resulta da ruptura de artérias e arteríolas, ocasionada por patologias desenvolvidas pela hipertensão arterial, má formação congênita ou algum tipo de trauma. Após a hemorragia intraparenquimatosa (extravasamento de sangue para o interior do cérebro ou anexos) ocorre um edema em torno da lesão, pela organização do coágulo e compressão dos tecidos adjacentes. Para a preservação das estruturas podem ser adotados procedimentos de intubação, sondagem e outras rotinas da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), buscando manter a pressão arterial média (PAM) menor que 130 mmHg, a fim de preservar o cérebro, podendo até realizar cirurgias (KUMAR, 2013).

Embora o AVE possua prognósticos algumas vezes mais agressivos, com o devido atendimento e novas técnicas de tratamento, quase todos os efeitos podem ser amenizados, considerando as possibilidades de manter a pessoa viva, em condições palpáveis de recuperação e, muitas vezes, retornando às suas atividades laborais sem prejuízo econômico e social (COSTA et al., 2008).

Aparentemente, as informações veiculadas nas campanhas nacionais, lançadas pelo Ministério da Saúde, não têm atingido totalmente e de maneira eficaz a população. Observa-se um déficit de conhecimento, por parte da população, a respeito da temática em questão, o que acarreta em dificuldades no atendimento precoce às pessoas acometidas, diminuindo as probabilidades de sucesso no tratamento a ser executado. Acredita-se que o levantamento desses dados será de grande valia para a saúde municipal, pois além de mensurar o conhecimento da população de Curitiba a respeito do AVE, será útil pelos dados levantados e utilizados em ações futuras, oportunas à expansão das informações sobre AVE.

Observa-se que, a prevenção do AVE seria possível por meio do controle de patologias, como a Hipertensão Arterial Sistólica e o Diabetes Mellitus, objetivando o rastreamento de casos com maior probabilidade de incidência. Dessa forma, o atendimento pode ser agilizado sem a necessidade de investigação da doença de base, minimizando as sequelas com o atendimento de emergência.

O propósito principal deste estudo é identificar o conhecimento que, a população leiga do município de Curitiba – PR, tem acerca do AVE e se sabe quais medidas tomar para socorrer o paciente rapidamente, tendo em vista que o AVE se tornou-se um importante problema de saúde pública e as pessoas ainda demonstram insegurança acerca dessa patologia e os seus tratamentos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório e descritivo, do tipo pesquisa de campo, em que se aplicou um questionário estruturado fechado. As entrevistas foram realizadas em ambiente virtual, por meio de redes sociais e em locais públicos da cidade de Curitiba (Praça Rui Barbosa, Praça Carlos Gomes, Rua XV de Novembro - Boca Maldita), no período de 01 de agosto a 30 de setembro de 2018. A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital IPO, sob o parecer nº 2.788.974.

Os participantes físicos (55) foram transeuntes que estavam no centro da cidade, em pontos estratégicos, com ligações entre vários destinos. Para o ambiente virtual adotou-se a mesma pesquisa utilizada fisicamente, transmitida por meio de link enviado via WhatsApp (104 participantes). Na junção desses pontos de coleta das pesquisas, obteve-se um total de 132 questionários, habilitados para o estudo. Foram incluídas na pesquisa, pessoas de ambos os sexos, com idade mínima de 18 e máxima de 70 anos, residentes no município de Curitiba. Foram excluídas as pessoas que não se enquadraram nas especificações, descritas anteriormente, quanto à idade, à residência e profissionais da área da saúde.

A coleta de dados foi realizada a partir de um questionário individual, propondo-se perguntas inerentes ao assunto, com linguagem de fácil compreensão. Visando um maior aproveitamento das informações coletadas, optou-se pela expressão AVC ao invés de AVE, por ser mais usual entre as pessoas leigas no assunto. Esse questionário foi disponibilizado nas redes sociais e, nos locais públicos, foi aplicado por um entrevistador.

A partir dos dados coletados, no questionário, foi realizada a tabulação e a análise, por meio de frequência simples. Após essas fases, os dados foram discutidos conforme a literatura relacionada ao tema. Para a análise de frequência foi usado o programa estatístico Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada com 159 pessoas, das quais foram selecionados 132 questionários para proceder com a análise, isso após as exclusões necessárias, ou seja, 83% dos entrevistados tiveram seus questionários utilizados neste estudo.

Observou-se a predominância do sexo feminino em resposta ao questionário (65% dos entrevistados). Em se tratando do sexo masculino, 33,33% responderam as questões propostas e apenas uma pessoa optou por não classificar o seu gênero (0,76%). Costa e col. (2008), que realizaram um estudo demonstrando o conhecimento sobre essa patologia em Pelotas - RS, também obtiveram predominância feminina em seus resultados, pois a frequência do sexo feminino na população é maior que a do masculino.

A idade dos indivíduos, que responderam ao questionário, foi classificada por intervalos (tabela 1), em que se pode observar que, até os 48 anos esses intervalos tiveram porcentagens próximas (23, 25 e 28%), caindo bastante a partir dos 59 anos (5%). Supomos, portanto, que a faixa etária superior a 59 anos possui maior redução de exposição a fatores sociais (menor suporte social). Esse achado foi similar ao encontrado por Costa e col. (2008), que obtiveram porcentagens próximas até os 49 anos (20, 22 e 25%), baixando o percentual na idade superior aos 60 anos (16%). Saliente-se que, algumas diferenças nas variáveis da amostra devem-se ao fato das populações serem distintas.

A grande maioria dos acometidos pela patologia é idosa, ressaltando a importância em considerar fatores predisponentes x idade para a avaliação das medidas de prevenção da ocorrência de novos eventos (SANTANA e CHUN, 2017).

Tabela 1 – Faixa etária coletada na amostra do município de Curitiba

Idade	Quantidade	Frequência
De 18 a 28 anos	31	23,48%
De 29 a 38 anos	33	25,00%
De 39 a 48 anos	37	28,03%
De 49 a 58 anos	24	18,18%
De 59 a 70 anos	7	5,30%

Fonte: Autor, 2018

Ao longo da pesquisa observou-se que, a maior parte dos entrevistados sabe o que se refere à patologia AVE (equivalente a 94% dos entrevistados), porém, comumente é conhecida por outras denominações como, por exemplo, derrame. Em uma pesquisa realizada em Fortaleza, os termos AVC e Derrame foram citados e os percentuais encontrados foram 60% e 16%, respectivamente, evidenciando o conhecimento da sigla AVC (MONTENEGRO et al., 2015).

Contrariando o achado de Montenegro e col. (2015), a pesquisa de Pontes-Neto e col. (2008) salientou 28 termos para a definição de AVE, sendo mais comumente utilizado vocábulo derrame.

Diante do grave quadro que se delineou por essa patologia, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 665, de abril de 2012, a qual disponibiliza ao SUS incentivos financeiros, a fim de colocar em prática os protocolos de tratamento para pessoas acometidas pelo AVE. Nessa portaria preconiza-se o atendimento, em até 30 minutos, para o paciente que apresentar sinais e sintomas do início da doença, se enquadrando, dessa forma, no programa “Linha de cuidados do AVC”. Esse programa deverá contar com uma equipe multidisciplinar, treinada para atender os casos constatados, utilizando exames diagnósticos (tomografia, ecodoppler transcraniano e outros), subsídios como a telemedicina e o telessaúde nos quais ocorrem a assessoria por parte de uma equipe neurocirúrgica, além da utilização da UTI e início do tratamento de trombólise, para os casos aplicáveis. Todos esses implementos visam à redução da morbimortalidade e sequelas deixadas pela doença (BRASIL, 2012).

Tendo em vista essa Portaria, aborda-se nesta pesquisa a questão da transmissão e do tratamento. Apontou-se que, nenhum dos entrevistados considerou a doença como transmissível. Isto é, 100% dos entrevistados sabem que o AVE não é transmissível. Um pouco mais da metade dos entrevistados sabiam da existência do tratamento, no entanto, não souberam mencionar qual era o tipo de tratamento, o que equivale a 55%. Cerca de 44,70% dos entrevistados afirmaram não ter tratamento disponibilizado pelo SUS (tabela 2).

É importante ressaltar que Montenegro e col. (2015) observaram, em Fortaleza, que 78% dos entrevistados sabiam acerca da existência de algum tratamento para a patologia, mas também não souberam relatar qual seria o tipo de tratamento.

Tabela 2 – Conhecimento epidemiológico a tratamento disponível

O AVC é transmissível?	Quantidade	Porcentagem %
Não	132	100%
O SUS tem tratamento?	Quantidade	Porcentagem %
Não	59	44,70%
Sim	73	55,30%

Fonte: Autor, 2018

Os dados encontrados em duas cidades diferentes corroboram com alguns achados, em que se notou desconhecimento das possibilidades terapêuticas, sem nenhuma menção à medicação trombolítica. Isso sugere que esta terapia tem baixa disponibilidade em relação à demanda, contribuindo para a pouca informação expandida à população leiga (MONTENEGRO et al., 2015).

Dentre as questões levantadas observou-se também a dificuldade em prestar socorro. Com base nos resultados, analisou-se que 47% dos entrevistados acreditam que “qualquer pessoa pode socorrer”, enquanto que 52% acreditam no contrário, ou seja, que “não é qualquer pessoa que pode socorrer”. Esses percentuais evidenciam que, a população não apresenta segurança a respeito da atitude correta a ser tomada, diante do início de um AVE. O receio de complicar o caso, ainda mais por não saber que qualquer pessoa pode prestar socorro e solicitar auxílio via SAMU, ou mesmo encaminhar a pessoa a uma instituição de saúde próxima, são fatores que motivaram esses resultados.

Segundo a *American Heart Association* (2018), o acesso à informação é imprescindível para garantir socorro rápido nos casos de AVEi e AVEh, pois quanto mais rápido entrar em contato com um serviço de saúde, maior a definição de qual tratamento deve ser empregado. Diante disso, lançamos a questão “em quanto tempo o indivíduo deverá ser socorrido?”. Em resposta ao questionamento, 96% dos participantes acertaram ao responder 4 horas e meia, enquanto que 2,27% acreditam que o indivíduo poderá receber tratamento em até 24 horas. Além disso, 0,76% corresponde àqueles que acreditam que as intervenções podem ser iniciadas no dia subsequente, e/ou não souberam responder.

Costa e colaboradores (2008) evidenciaram que o tempo para o atendimento é a principal barreira ao tratamento, sendo diretamente proporcional à gravidade dos casos, ou seja, os casos com menor comprometimento tardam a procurar atendimento, o que ocasiona desperdício da janela terapêutica para a utilização de trombolíticos. No entanto, consideram-se como barreiras também, as falhas na qualidade de atendimento, evidenciando o despreparo de profissionais e a falta de qualificação adequada para suprir as necessidades apresentadas no atendimento de urgência (SANTANA e CHUN, 2017).

Pontes-Neto e col., (2008) evidenciaram que, 51% dos indivíduos solicitariam apoio de um serviço de emergência médica, transportando o paciente assim que possível e 38% levariam o paciente diretamente ao hospital, enquanto que 7% tomariam outras ações, incluindo deixar o paciente descansar na cama.

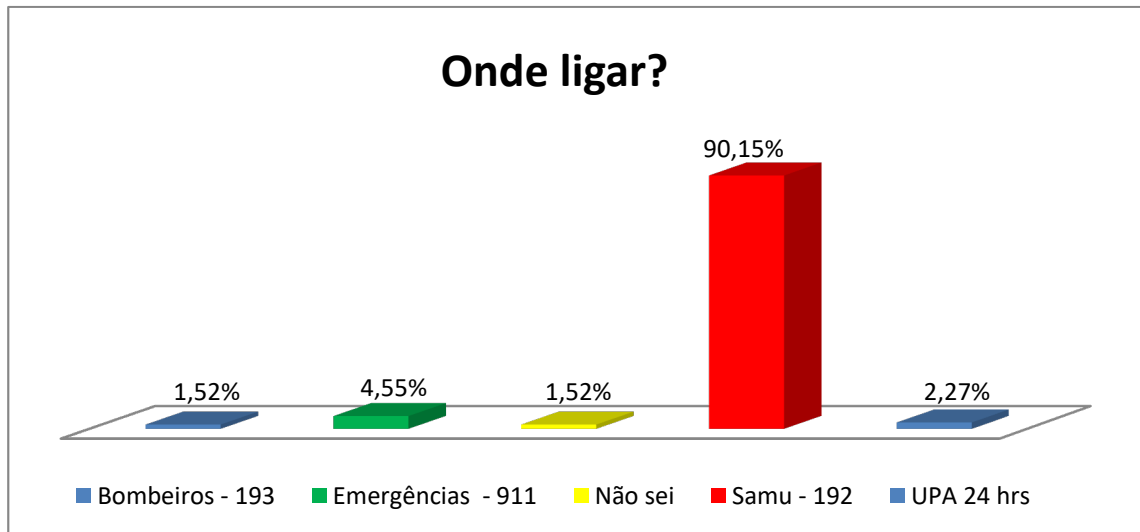
Em resposta à pergunta “Onde ligar?” em se tratando de Curitiba, a grande maioria (90%) ligaria para o número correto 192, conforme observado no (gráfico 1), porém, colocou-se uma alternativa com um número telefônico americano (911 – emergências), e esse foi considerado como resposta correta por 6 pessoas (o equivalente a 4,55%), percentual maior que opções como: bombeiros - 193 (1,52%) ou não sabemos (1,52%) e ainda, a Unidade de Pronto Atendimento – UPA (2,27%). Respostas que demonstram a dificuldade na entrada do paciente à rede de saúde, diminuindo o tempo para a utilização da medicação Alteplase.

Montenegro e col. (2015) constataram, em sua pesquisa, que 45% dos participantes ligariam para o SAMU, entretanto, somente 17% conheciam o número e, ainda, 1% mencionou administrar aguardente alemã como conduta imediata, dificultando da mesma forma o atendimento preconizado.

Diante do exposto, observa-se a confusão que, parte da população faz em torno das informações sobre como proceder diante de um AVE, comprovando o quanto os conhecimentos, expostos nas campanhas nacionais, não atingem de forma clara e objetiva a população. O que leva a dúvidas sobre o número a ser contatado em caso de emergência, revelando como opção um número que é exposto em filmes americanos, o qual não faz qualquer ligação às campanhas nacionais, mas que foi difundido sem pretensão e acabou confundindo algumas pessoas.

O Regula SUS aponta que, o indivíduo deverá seguir para a emergência transportada pelo SAMU, para a definição do manejo adequado, pois quanto mais rápido for realizado o atendimento, melhor será o prognóstico do paciente (TELESSAÚDE, 2016).

Gráfico 1 – Em caso de suspeita de AVC, sabe para onde ligar?



Fonte: Autor, 2018

Foram propostas questões a fim de mensurar alguns pontos referentes às unidades de atendimento à saúde, tanto para o atendimento primário, quanto ao secundário e terciário. Observou-se que, 43 entrevistados (32,58%) afirmaram frequentar o “postinho” de sua região de abrangência (Unidade Básica de Saúde – UBS), enquanto que 67,42% afirmaram não frequentar a UBS, subestimando o potencial de acessibilidade exercido por essas unidades.

Deve-se ressaltar a importância das UBSs, pois servem de porta de entrada ao atendimento pelo SUS, prestando orientações e acompanhamento à população. Sendo feito através de uma equipe multidisciplinar, realizando ações para minimização da gravidade dos casos em geral (ALMEIDA et al., 2012).

Enfatiza-se a importância do contato com o atendimento primário, em que a população pode ser envolvida na promoção do autocuidado. Possibilitando a disseminação de várias informações que podem agilizar o atendimento numa situação de emergência (TELESSAÚDE, 2016).

A visualização de informativos sobre o AVE é essencial à conscientização das pessoas. À vista disso, considerando os valores embasados na frequência dos Postos de Saúde, de acordo com os dados da pesquisa, apenas 43 indivíduos frequentam as UBSs (32%). Desses, 12% (16 pessoas) e a maioria 20% (27 pessoas) não visualizaram nada a respeito.

Destaca-se que os achados nacionais são escassos, demonstrando a baixa quantidade de informação à disposição da população (LIMA et al., 2016).

Também foram abordados assuntos como o contato prévio do entrevistado com qualquer tipo de esclarecimento acerca do AVE. Foi constatado que 36% dos participantes não receberam nenhum tipo de informação sobre o assunto, enquanto 63% receberam.

Pontes-Neto e col. (2008) observaram que somente 10% dos participantes receberam informações sobre o AVE. Desses, 40% receberam informações na escola, 17% durante a aula de primeiros socorros, 13% pela TV e 28% de outras fontes menos frequentes.

A suficiência de informações, colocadas à disposição por qualquer veículo de comunicação, também foi questionada, tendo como resultado: 87,88% apontaram a necessidade de mais informações, enquanto 12,12% relataram que as informações obtidas já seriam suficientes.

De acordo com Costa e col. (2008) faz-se necessária a implementação de medidas educacionais voltadas à população, em que se empregue uma linguagem simples e direta, abordando sinais e sintomas da patologia, assim como a conduta a ser tomada, utilizando a mídia como principal meio de difundir as informações.

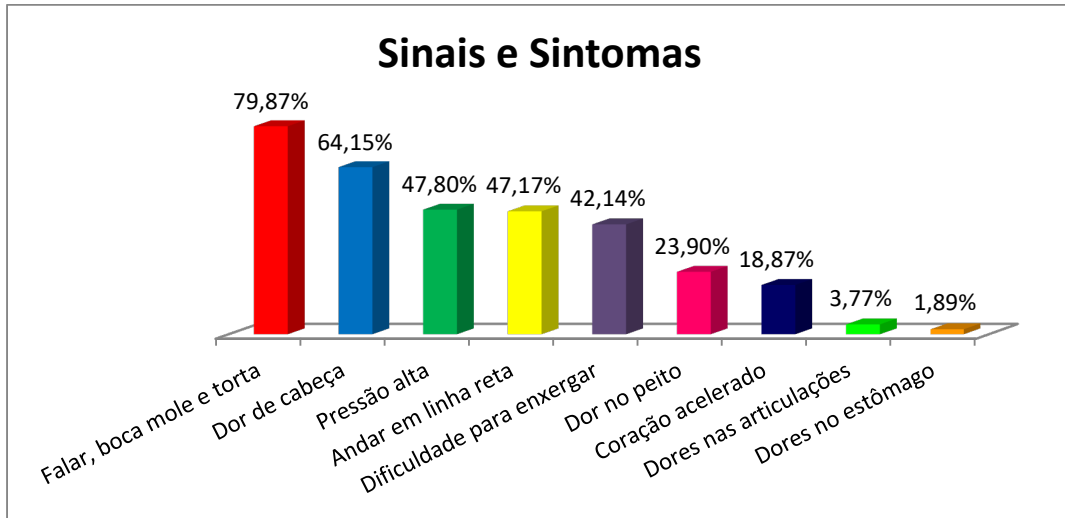
O Regula SUS recomenda que, diante da suspeita do AVE, por meio da constatação dos sinais e sintomas, deve-se encaminhar obrigatoriamente o paciente para a avaliação em um serviço de emergência. Considerando os sinais clássicos, como dificuldade para falar, boca mole e torta, dificuldade de enxergar com um dos olhos ou ambos, dificuldade de andar em linha reta e sem menosprezar a informação do horário de início dos sinais e sintomas (TELESSAÚDE, 2016).

No questionário sobre sinais e sintomas, apresentados pela patologia do AVE, foram adicionadas alternativas sobre os sinais e sintomas do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), a fim de mensurar se os entrevistados reconheceriam o início do AVE. Pôde-se observar que as pessoas se confundem ao visualizar os sinais e sintomas de IAM, outra doença grave e letal, que também necessita de intervenção de urgência.

Foram mencionadas dores no estômago e no peito, sugestivas de IAM e 6 pessoas (quase 4%) apontaram dores nas articulações, as quais não fazem parte de nenhuma das doenças citadas, como início dos sinais e sintomas do AVE. No entanto, a grande maioria apontou corretamente os sintomas (gráfico 2): dificuldade de falar, boca mole e torta (79%); dor de cabeça (64%); pressão alta (47%); dificuldade de andar em linha reta (47%); dificuldade de enxergar (42%), confirmando os apontamentos realizados pelo Regula SUS.

Esses resultados são corroborados por Costa e col. (2008), em um estudo realizado em Pelotas - RS, em que foram mencionados os sinais: dor no peito (57%), vômitos (41%) e edema de membros inferiores (30%).

Gráfico 2 – Você poderia identificar alguns dos sinais e sintomas dessa doença?

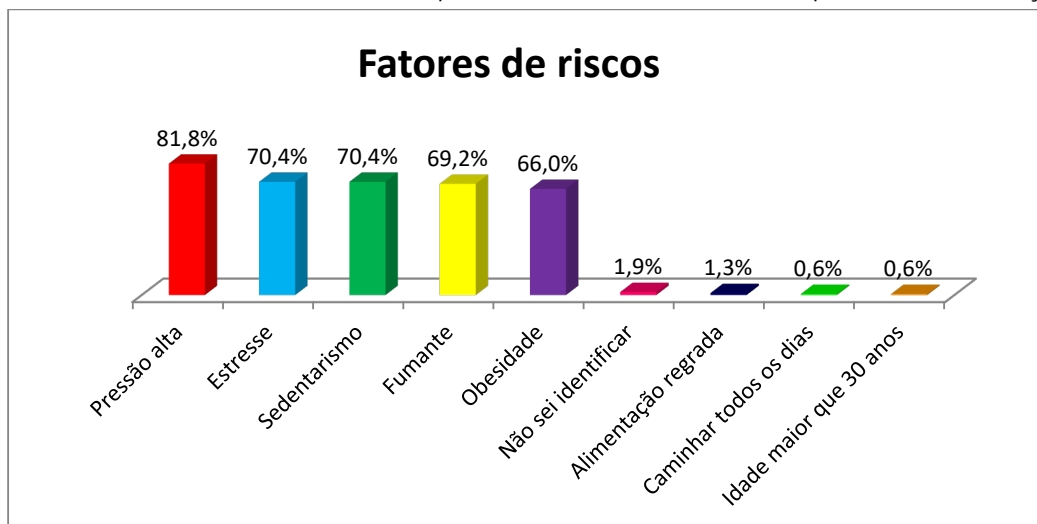


Fonte: Autor, 2018

Um estudo realizado por Araújo e col. (2017) ressaltou que, os fatores de risco dividem-se em modificáveis e não modificáveis. Os não modificáveis são fatores como: idade avançada e sexo; e os modificáveis, sobretudo, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e tabagismo. A pesquisa realizada por Lima e col. (2016) ressaltou que, os fatores de risco modificáveis podem ser facilmente evitados, tendo em vista que a HAS é facilmente controlada, por meio do acompanhamento médico e os outros fatores podem ser mitigados se o paciente possuir um padrão de vida saudável.

Quanto aos fatores de risco, propôs-se uma questão de múltipla escolha, na qual as sentenças também foram dispostas de forma aleatória. Observou-se que a grande maioria apontou os fatores predisponentes reais (gráfico 3), corroborando com Araújo e col. (2017). Todavia, algumas pessoas se confundiram com as sentenças, pois foram marcadas alternativas compatíveis a um padrão de vida saudável (gráfico 3). Esses dados também confirmam a pesquisa realizada por Costa e col. (2008), onde os entrevistados também se confundiram com as sentenças, assinalando respostas condizentes com outras patologias.

Gráfico 3- Você sabe identificar quais são os fatores de risco para essa doença?



Fonte: Autor, 2018.

Diversos estudos apontam à grande relevância de novas pesquisas para a projeção de novos programas de conscientização, objetivando o reconhecimento precoce do AVE aumentando a eficácia dos tratamentos (COSTA et al., 2008; KOTHARI et al., 2018; WSO, 2015).

CONCLUSÃO

Considerando a existência das campanhas nacionais e internacionais sobre AVE, constatou-se, por meio desta pesquisa que realmente essas informações não estão atingindo a grande maioria da população, a qual permanece confusa acerca de questões simples como socorrer, de forma rápida, um indivíduo necessitado. Inclusive essa falta de conhecimento sobre a identificação do AVE, acaba por corroborar a respeito do porquê esta patologia tornar-se um problema de saúde pública. Pode-se observar esse fato pelo decurso da coleta de dados, uma vez que a população sabe identificar os sinais e sintomas, contudo, não sabe o que fazer diante das suspeitas do início do AVE para um atendimento rápido, cogitando a administração, inclusive, de cachaça Alemã e a realização de ligações para um número de emergências americano 911. Ou seja, procedendo com ações que não se adequam ao contexto brasileiro.

A presente pesquisa também apontou que a grande maioria dos acometidos, por esta patologia, são idosos, o que carece ser ressaltado é a importância de considerar fatores predisponentes x idade para a avaliação das medidas de prevenção à ocorrência de novos eventos.

Além disso, os agravantes, pela falta de assistência dentro do tempo correto, foram apresentados. Isto é, pacientes fora da janela de tratamento de quatro horas e meia podem se tornar uma fonte onerosa, devido à necessidade de vários tratamentos para a melhora na qualidade de vida, em se tratando de indivíduos com lesões permanentes. Salientando que, muitos casos, poderiam ter sido revertidos mantendo-os em condições sociais e com suas atividades laborais normais, caso o atendimento tivesse sido prestado rapidamente e da forma correta.

De acordo com os resultados desta pesquisa, 47% acreditam que qualquer pessoa pode socorrer o indivíduo com indícios de AVE. Isso demonstra que a população não apresenta segurança acerca de qual atitude tomar diante do início do AVE. Cabe aqui ressaltar a importância das políticas de informação à população, não somente de Curitiba, mas de todo o país. Saber identificar os primeiros sintomas e ter a rápida decisão de chamar assistência é essencial para o tratamento dessa patologia.

Considera-se esta amostra pequena, porém, suficiente para demonstrar a lacuna deixada pela falta de informação efetiva das campanhas. Nota-se um nicho importante a ser trabalhado, ressaltando que o indivíduo, uma vez tratado com trombolíticos e retomando suas atividades normais, não necessitará de tratamentos contínuos e onerosos, tanto em tempo quanto em recursos financeiros.

Portanto, esta pesquisa demonstra a importância das informações, evidenciando que estudos para maior detalhamento desta amostra são cabíveis e de grande valia ao embasamento de projetos futuros. Ressaltando que, os achados neste segmento, são ínfimos e merecem atenção direcionada, considerando o agravamento do problema de saúde pública, gerado por esta patologia e sua estimada projeção.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S.R.M. Análise epidemiológica do Acidente Vascular no Brasil. **Revista Neurociência**. n.20, p.481-482, 2012.

- ARAÚJO, J.P. de et Al. Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Município de Maringá, Paraná entre os anos 2005 e 2015. **International Journal Cardiovascular Sciences**.n.31, p.56-62, 2018.
- BEM, A.J.; et Al. Regula SUS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016. Disponível em <<http://www.telessauders.ufrgs.br>>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2012. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/portaldab>>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012. Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em <<http://bvsmis.saude.gov.br>>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Secretaria Executiva, Brasília, DF, 2013. Disponível em <<http://bvsmis.saude.gov.br>>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2018.
- COSTA, F.; et Al. Nível de conhecimento da população adulta sobre acidente vascular cerebral (AVC) em Pelotas – RS. **Jornal Brasileiro de Neurocirurgia**. n.19,p. 31-37, 2008.
- KOTHARI, R.U., et al. **Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke**. American Heart Association / American Stroke Association, 2018.
- KUMAR, V.; ABBA, A. K. R. **Patologia Básica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier,p.816-818, 2013.
- LIMA, M.J.M.R.; et Al. Fatores associados ao conhecimento dos adultos jovens sobre histórico familiar de Acidente Vascular Cerebral. **Revista LatinoAmericana de Enfermagem**. Vol. 24, 2016.
- MONTENEGRO, C.R., et Al. Percepção sobre o acidente vascular cerebral na população de Fortaleza. **Revista Eletrônica de Extensão da URI**. Vol. 11, n. 21: p. 171-180, 2015.
- PONTES-NETO, O.M; et Al. Stroke awareness inBrazil: Alarming results in a Community-Based Study. **Stroke**. v. 39, p. 292-296. 2008.
- SANTANA, M.T. M; CHUN, R.Y.S. **Linguagem e funcionalidade de adultos pós-Acidente Vascular Encefálico (AVE): avaliação baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. CoDAS, São Paulo. Vol. 29, n: 1, 2017. Disponível em <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 30 de abril de 2018.
- SANTOS, Márcio N. dos. **Urgência e Emergência na prática de Enfermagem**. Porto Alegre: Moriá, p. 1187- 120 v. 2. **2014**.
- SPENDER, A. **Anatomia Humana Básica**. 2 ed. Barueri, SP: Editora Manole LTDA, 1991.
- WORLD STROKE ORGANIZATION. **Campanha nacional do combate ao AVC 2015**. Disponível em <http://fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2015/evento/avc_campanha.html>. Acesso em: 26 março 2017.