

NÍVEL DE CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO ADULTA SOBRE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Luiza Gabriela de Araújo Fonseca (1); Aline Layze Pereira da Silva (2); Antônio Pereira (3)

1 *Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Luizafonseca94@gmail.com*

2 *Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Aline-l-sv@hotmail.com*

3 *Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Pereira@neuro.ufrn.br*

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCVs) são uma das principais causas de morte em todo o mundo. As DCVs pertencem ao grupo de doenças relacionadas ao coração e vasos sanguíneos que incluem as doenças cardíacas coronárias, cerebrovasculares, arteriais periféricas, cardíacas reumáticas, cardíacas congênitas, trombose venosa profunda e embolia pulmonar (WHO, 2016).

Estima-se que 17,5 milhões de pessoas morreram de doenças cardiovasculares no mundo em 2012, representando 31% das mortes totais. Dessas mortes, estima-se que 7,4 milhões foram devido a doença cardíaca coronária e 6,7 milhões foram devido a Acidente Vascular Cerebral (AVC) (WHO, 2016).

O AVC decorre da interrupção do suprimento sanguíneo para áreas específicas do cérebro e danos neurológicos associados. Classicamente, o AVC é dividido em 2 subtipos: AVC Isquêmico, que corresponde a cerca de 80% dos casos, decorre da obstrução ou redução brusca do fluxo sanguíneo em uma artéria cerebral, comprometendo seu território vascular; o AVC Hemorrágico resulta da ruptura espontânea (não traumática) de um vaso, com posterior extravasamento de sangue para o parênquima cerebral (hemorragia intracerebral), para o sistema ventricular (hemorragia intraventricular) e/ou espaço subaracnóideo (hemorragia subaracnóide) (REDE BRASIL AVC, 2016).

A manifestação clínica do AVC depende da área cerebral envolvida e a severidade de como tal área foi afetada, o que possui uma relação direta com o prognóstico. Os sinais e sintomas do AVC incluem dores de cabeça intensas acompanhadas de vômitos, vertigens, hemiplegia, hemianopsia, alterações na fala e na linguagem, transtornos posturais e de marcha, distúrbios sensoriais e motores diversos (Cichelo & Murdoch, 2006; WHO, 2016).

Os fatores de risco para o AVC podem ser classificados em fatores de risco não modificáveis, como por exemplo a hereditariedade, o sexo e a raça (o sexo masculino e a raça negra, apresentam maior incidência de AVC isquêmico) e fatores de risco modificáveis, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), tabagismo, hiperlipidemia, sedentarismo, fibrilação arterial (CASTRO et al., 2009).

Embora a incidência de casos de AVC seja alarmante, estima-se que 80% dos casos possam ser prevenidos com informação (GORELICK; RULAND, 2010), abordando fatores de risco comportamentais, tais como uso do tabaco, dieta não saudável, obesidade, sedentarismo e uso abusivo do álcool, etc. As pessoas com DCVs ou que estão em alto risco cardiovascular (devido à presença de um ou mais fatores de risco, tais como hipertensão, diabetes, hiperlipidemia ou doença já estabelecida) necessitam de aconselhamento qualificado e especializado (WHO, 2016).

Apesar das campanhas educacionais existentes, o conhecimento público sobre os sinais, sintomas e fatores de risco de acidente vascular cerebral pode ser considerado inadequado ou insuficiente (COSTA et al., 2008; FERNANDES; et al., 2012). Para melhor orientar a elaboração de ações educativas mais eficazes, é necessário uma avaliação precisa da base de conhecimento prévio de uma população.

Diante disso, o presente estudo se propõe a avaliar o nível de conhecimento da população do Rio Grande do Norte sobre a prevenção e tratamento do AVC, para subsidiar abordagens mais eficientes em campanhas educativas futuras.

METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo observacional. O questionário de avaliação foi aplicado em uma amostra de 339 indivíduos, durante evento estadual da Semana de Combate ao AVC no Estado do Rio Grande do Norte no ano de 2015. A campanha foi coordenada pelo Programa de Diagnóstico e Intervenção no Acidente Vascular Cerebral (PRODIAVC). O objetivo do questionário era avaliar o nível de conhecimento da população sobre a fisiopatologia, fatores de risco, sinais, sintomas e sequelas do AVC e a conduta imediata de atendimento de pacientes. Além disso, também foram obtidos dados sobre escolaridade, estado civil, sexo, cor da pele e idade em anos completos. A amostra foi dividida em dois grupos, de acordo com o auto relato de conhecimento: conhecimento prévio (CP) e sem conhecimento prévio (SCP). A seleção da amostra foi realizada de forma probabilística aleatória e voluntária, sendo os indivíduos abordados inicialmente e em seguida convidados, após a aplicação do questionário, para verificação de sinais vitais e orientações sobre prevenção e controle dos fatores de risco do AVC.

Para classificação do nível de conhecimento da fisiopatologia e fatores de risco, 5 ou mais acertos considerou-se suficiente ; 2-4 acertos, regular; e 1 ou nenhum acerto, insuficiente. Referente ao conhecimento de sinais, sintomas e sequelas, 3 ou mais acertos considerou-se suficiente, 2 acertos, regular, e 1 ou nenhum acerto, insuficiente. Para a classificação no item conduta imediata foi considerado nível de conhecimento suficiente os indivíduos que acertaram a opção de hospitalização, nível insuficiente quando assinalaram qualquer outra opção ou não assinalaram a opção hospitalização.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram: idade superior que 18 anos, residir no Rio Grande do Norte e concordar voluntariamente em participar da pesquisa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (CAAE: 34478214.0.0000.5292).

Para comparação entre os grupos, utilizamos o teste Mann-Whitney, com $\alpha=0,05$.

RESULTADOS

12 indivíduos foram excluídos da pesquisa por não obedecerem aos critérios de inclusão. A amostra foi composta por 327 indivíduos, dos quais 151 (46%) eram do sexo masculino e 176 (53%) do sexo feminino (Tabela 1). A amostra foi dividida em 295 indivíduos (90%) para o grupo CP e 32 indivíduos (9,8%) para o grupo SCP. Os indivíduos selecionados foram analisados conforme a faixa etária, sendo observada maior frequência entre 50-59 anos (22,7%) e superior a 60

anos (26,7%) e nível de escolaridade, com maior frequência no nível de ensino médio completo (31,1%) e superior completo (29,9%), conforme demonstrado na tabela 1 e 2.

Tabela 1 - Distribuição das frequências de acordo com as variáveis sociodemográficas

	CP	SCP
Sexo		
Feminino	160 (47,2%)	16 (4,7%)
Masculino	135 (39,8%)	16 (4,7%)
Escolaridade		
Sem escolaridade	4 (1,2%)	1 (0,3%)
Fundamental incompleto	25 (7,4%)	3 (0,9%)
Fundamental completo	27 (8%)	7 (2,1%)
Médio completo	87 (25,7%)	13 (3,8%)
Médio incompleto	17 (5%)	3 (0,9%)
Superior completo	93 (27,4%)	3 (0,9%)
Superior incompleto	37 (10,9%)	1 (0,03%)

Tabela 2 - Distribuição da frequência de acordo com a faixa etária

Faixa Etária	CP	SCP
≤18	2	1
19-29	36	5
30-39	44	4
40-49	58	11
50-59	66	6
≥ 60	82	3

Não foi observada diferença entre os grupos CP e SCP com relação ao nível de conhecimento sobre fisiopatologia ($U=0,326$, $p=0,745$), sinais e sintomas ($U=1,81$, $p=0,07$) e conduta imediata ($U=1,31$, $p=0,189$). Entretanto, foi observada diferença significativa entre os grupos no nível de conhecimento de fatores de risco ($U=3,774$, $p<0,001$).

Com relação ao conhecimento da população sobre o número correto para acionar a emergência, verificou-se que 31,5% da amostra total relataram não saber ou relataram o número incorreto. Destes, 31,7% estavam inclusos no grupo CP (Tabela 3).

Observou-se também que 67,8% dos indivíduos do grupo CP obtiveram nível insuficiente no conhecimento sobre conduta imediata. Já com relação à fisiopatologia, 52,9% dos indivíduos obtiveram nível regular e 31,2% nível insuficiente. Entretanto, 54,9% dos indivíduos do grupo CP obtiveram nível de conhecimento suficiente acerca dos sinais e sintomas, conforme demonstrado na tabela 3.

Com relação ao item de nível de conhecimento sobre fisiopatologia, nenhum indivíduo do grupo SCP obteve nível de conhecimento suficiente. Em contrapartida, 65,6% obtiveram nível regular sobre os fatores de risco.

Tabela 3 - Nível de conhecimento sobre o AVC

Nível de conhecimento		CP	SCP
Número da emergência	Certo	201 (69,3%)	16 (53,3%)
	Errado	89 (30,7%)	14 (46,7%)
Fisiopatologia	Insuficiente	92 (31,2%)	7 (21,9%)
	Regular	156 (52,9%)	25 (78,1%)
	Suficiente	47 (15,9%)	0 (0%)
Fatores de risco	Insuficiente	28 (9,5%)	6 (18,8%)
	Regular	116 (39,3%)	21 (65,6%)
	Suficiente	151 (51,2%)	5 (15,6%)
Sinais, sintomas e sequelas	Insuficiente	52 (17,6%)	8 (25%)
	Regular	81 (27,5%)	12 (37,5%)
	Suficiente	162 (54,9%)	12 (37,5%)
Conduta imediata	Insuficiente	200 (67,8%)	18 (56,3%)
	Suficiente	95 (32,2%)	14 (43,8%)

DISCUSSÃO

No ano de 2012, o AVC foi considerado a principal causa de morte em todo o Brasil (COSTA et al., 2008; FALAVIGNA et al., 2009; PONTES-NETO et al., 2008). Entre os anos de 2011 e 2014 foram registrados 5537 óbitos por AVC, segundo o DATASUS, no estado do Rio Grande do Norte (Ministério da saúde, 2016). Somente na capital do estado foram registrados 1308 óbitos associados com AVC. Esses dados reforçam a necessidade de campanhas preventivas e de promoção à saúde.

No presente estudo, demonstramos que a população não apresenta um nível de conhecimento adequado sobre a fisiopatologia e fatores de risco do AVC, assim como sobre a conduta adequada com os paciente. Este resultado corrobora com outros estudos realizados em outras regiões do país (FALAVIGNA et al., 2009; PONTES-NETO et al., 2008). Costa e colaboradores (2008) também mostrou que existe um desconhecimento generalizado sobre a sintomatologia, fisiopatologia e tratamento do AVC. O desconhecimento da conduta imediata nos casos agudos de AVC, sugere uma dificuldade de acesso da população aos hospitais (HICKEY et al., 2009) ou ainda a falta de consciência de que se trata de uma emergência médica.

O desconhecimento alarmante do número correto a ser acionado no caso de uma emergência, demonstra a falta de informação adequada (SILVA et al., 2012), inclusive no contexto escolar. Isso fortalece, cada vez mais, a necessidade de novas estratégias de campanha e políticas educacionais de saúde afim de informar a população sobre a prevenção e ação adequada em uma situação de risco agudo.

O presente estudo também corrobora as evidências em estudos anteriores de que o desconhecimento do AVC pode ser observado em indivíduos de nível educacional mais elevado (COSTA et al., 2008; FALAVIGNA et al., 2009; PONTES-NETO et al., 2008), demonstrando, assim, que é essencial o investimento em campanhas educacionais para minimizar os danos desta patologia, inclusive na escola. Sabe-se que muitos dos fatores de risco do AVC podem ser modificáveis, sendo assim, campanhas educacionais eficazes podem ser bastante úteis na mudança de comportamento da população e diminuir a incidência de casos e a mortalidade associada com a doença.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstra o nível de conhecimento insuficiente da população do Rio Grande do Norte sobre a fisiopatologia, sinais, sintomas, sequelas e a conduta imediata em casos de AVC e contribui para a implementação de ações educativas mais eficazes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASTRO, J. A. B. DE et al. Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 7, p. 171–173, 2009.

COSTA, F. et al. Nível de conhecimento da população adulta sobre acidente vascular cerebral (AVC) em Pelotas - RS. **Jornal Brasileiro de Neurocirurgia**, v. 19, n. 1, p. 31–37, 2008.

FALAVIGNA, A. et al. Awareness of stroke risk factors and warning signs in southern Brazil. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 67, n. 4, p. 1076–1081, 2009.

FERNANDES, A. M. P. DA S. et al. Avaliação do conhecimento referente à detecção precoce e prevenção do AVC. In: BAPTISTA, A. DA S. F. C. P. M. M. A. P. DA M. M. H. P. M. G. (Ed.). **Dilemas atuais e desafios futuros - I Congresso de Cuidados Continuados da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior editado**. [s.l.] Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, 2012. p. 195–205.

HICKEY, A. et al. Stroke awareness in the general population: knowledge of stroke risk factors and warning signs in older adults. **BMC geriatrics**, v. 9, p. 35, 2009.

LOES C.A. RUTTEN-JACOBS, RENATE M. ARNTZ, NOORTJE A.M. MAAIJWEE, HENNIE C. SCHOONDERWALDT, LUCILLE D. DORRESTEIJN, EWOUUD J. VAN DIJK, F.-E. DE L. Cardiovascular Disease Is the Main Cause of Long-Term Excess Mortality After Ischemic Stroke in Young Adults. **Hypertension**, v. 65, n. 3, p. 622–628, 2015.

Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=25>>. Acesso: 8 set. 2016.

PONTES-NETO, O. M. et al. Stroke awareness in Brazil: Alarming results in a community-based study. **Stroke**, v. 39, n. 2, p. 292–296, 2008.

SILVA, IGOR HENRIQUE BALANDINO; JUNQUEIRA, CAROLINA MOREIRA; CORTES, PAULA CORRÊA; CARDOSO, R. DE F. et al. Conhecimento sobre o Acidente Vascular Cerebral em Vassouras-RJ: Análise entre população da zona urbana e zona rural. **Neurobiologia**, n. September, 2012.

World Health Organization (WHO), 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>> Acesso em: 20 jun. 2016.

World Health Organization (WHO), 2013. Disponível em: <http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/> Acesso em: 20 jun. 2016.