

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS ARARANGUÁ
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

BRUNA DA SILVA TRINDADE
CAMILA PIAZZOLI DE MORAES

**A CONSCIENTIZAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA SOBRE O ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL EM ARARANGUÁ/SC**

ARARANGUÁ
2024

BRUNA DA SILVA TRINDADE
CAMILA PIAZZOLI DE MORAES

**A CONSCIENTIZAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA SOBRE O ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL EM ARARANGUÁ/SC**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II. Orientadora: Profa. Dra. Angélica C. Ovando Bueno.

ARARANGUÁ
2024

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos nossos pais, familiares e amigos pelo apoio e amparo, foram muito importantes para alcançar nossos objetivos, agradecemos nossa professora e orientadora Angélica Cristiane Ovando Bueno, pela paciência durante os problemas enfrentados e pelo apoio durante o desenvolvimento do trabalho. Agradecemos a todos os idosos que aceitaram participar da pesquisa. Por fim, obrigada a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por nos possibilitar usufruir de uma universidade pública com ensino de qualidade.

RESUMO

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença cerebrovascular de origem isquêmica ou hemorrágica, capaz de causar danos irreversíveis. Embora possa acometer qualquer faixa etária, o AVC é mais comum em pessoas acima de 60 anos. Este estudo teve como objetivo investigar o conhecimento da população idosa sobre o AVC no município de Araranguá/SC. **Método:** Trata-se de um estudo transversal descritivo, realizado a partir da aplicação de um questionário desenvolvido pelos pesquisadores em 371 indivíduos. Os dados coletados foram tabulados e analisados utilizando o programa Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) versão 22. Inicialmente, foi realizada estatística descritiva para demonstrar as características sociodemográficas da amostra e descrever os resultados do questionário. A avaliação do desempenho no questionário foi medida com base nas respostas às questões de 01 a 9. **Resultados:** A maioria da amostra foi composta por mulheres, com média de idade de $68 \pm 7,16$ anos, predominantemente de cor da pele branca, casadas, com renda de 1,5 salário-mínimo e ensino fundamental incompleto. Observou-se que 68,55% (n=255) dos indivíduos não sabiam o que é o AVC (nomenclatura), e apenas 12,63% (n=47) dos idosos compreendiam a fisiopatologia do AVC. Isso se repetiu para os sinais e sintomas, fatores de risco e sequelas do AVC, com muitos indivíduos declarando desconhecimento. Os participantes com maior escolaridade e renda relataram saber mais sobre o AVC, mas mesmo entre esses, muitos não responderam adequadamente. Em relação à conduta imediata ao presenciar um AVC, 43,13% (n=160) dos indivíduos afirmaram saber o que fazer, e desses, 61,25% (n=98) responderam corretamente. Quando questionados sobre o número do SAMU, 64,69% (n=240) disseram saber, mas apenas 63,33% (n=152) responderam corretamente. Ainda assim, observou-se que a população tende a acionar serviços de emergência em qualquer situação de risco, o que não necessariamente reflete o conhecimento sobre a melhor medida imediata para um AVC. **Conclusão:** Este estudo revelou que a maioria dos participantes não possui um conhecimento adequado sobre o AVC, embora acreditem que sim, o que pode resultar em práticas inadequadas de prevenção e intervenção. Evidenciou-se a necessidade de intervenções educacionais para essa população, além de campanhas locais de conscientização, visando a prevenção do AVC e a redução de seu impacto individual e coletivo.

Palavras-Chave: Conhecimento; Idoso; Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

Introduction: Cerebral Vascular Accident (CVA) is a cerebrovascular disease of ischemic or hemorrhagic origin, capable of causing irreversible damage. Although it can affect any age group, stroke is more common in people over 60 years of age. This study aimed to investigate the knowledge of the elderly population about stroke in the city of Araranguá/SC. **Method:** This is a descriptive cross-sectional study, carried out by applying a questionnaire developed by the researchers to 371 individuals. The collected data were tabulated and analyzed using the Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) version 22. Initially, descriptive statistics were performed to demonstrate the sociodemographic characteristics of the sample and describe the results of the questionnaire. The assessment of performance in the questionnaire was measured based on the answers to questions 01 to 9. **Results:** The majority of the sample was made up of women, with a mean age of 68 ± 7.16 years, predominantly white, married, with an income of 1.5 minimum wage and incomplete primary education. It was observed that 68.55% (n=255) of the individuals did not know what stroke is (nomenclature), and only 12.63% (n=47) of the elderly understood the pathophysiology of stroke. This was repeated for the signs and symptoms, risk factors and sequelae of stroke, with many individuals declaring ignorance. Participants with higher education and income reported knowing more about stroke, but even among these, many did not respond adequately. Regarding the immediate conduct when witnessing a stroke, 43.13% (n=160) of individuals said they knew what to do, and of these, 61.25% (n=98) responded correctly. When asked about the SAMU number, 64.69% (n=240) said they knew, but only 63.33% (n=152) answered correctly. Even so, it was observed that the population tends to call emergency services in any risk situation, which does not necessarily reflect knowledge about the best immediate measure for a stroke. **Conclusion:** This study revealed that the majority of participants do not have adequate knowledge about stroke, although they believe they do, which can result in inadequate prevention and intervention practices. The need for educational interventions for this population was evident, in addition to local awareness campaigns, aimed at preventing stroke and reducing its individual and collective impact.

Keywords: Knowledge; Elderly; Stroke.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AIT	Ataque Isquêmico Transitório
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
DNT	Doenças Não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Santa Catarina
SPSS	<i>Statistical Package For Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de participação.....	15
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes do estudo (n=371)	16
Tabela 2 - Respostas relacionadas à nomenclatura e fisiopatologia (n = 371).....	17
Tabela 3 - Tabela 3 - Respostas relacionadas a fatores de risco, sinais e sintomas e sequelas (n = 371).....	18
Tabela 4 - Respostas relacionadas a o que fazer ao presenciar alguém tendo um AVC, se sabe o que é uma ameaça de AVC (AIT), o número do SAMU, histórico familiar e indivíduos próximos que já tiveram o AVC ou AIT (n = 371).....	19
Tabela 5 - Percentual do total de respostas adequadas por faixa etária, renda e escolaridade.....	20

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 MÉTODOS.....	09
2.1 LOCAL DO ESTUDO.....	09
2.2 POPULAÇÃO.....	10
2.2.1 Critérios de inclusão/exclusão.....	10
2.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	10
2.4 COLETA DE DADOS.....	11
2.5 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO.....	11
2.5.1 Questionário.....	11
2.6 ANÁLISE DE DADOS.....	14
3 RESULTADOS.....	14
4 DISCUSSÃO.....	20
5 CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS.....	28
ANEXO A - Termo de compromisso secretaria de saúde.....	34
ANEXO B - Termo de compromisso do responsável pela instituição.....	35
ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	36
ANEXO D - Teste do relógio.....	39
APÊNDICE A - Conhecimento da população quanto ao Acidente Vascular Cerebral..	40

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido como uma doença cerebrovascular, que consiste na interrupção do fluxo sanguíneo ao encéfalo, de causa isquêmica ou hemorrágica, que se dá pela ruptura de um vaso cerebral, podendo causar danos irreversíveis e trazer consequências para a saúde e qualidade de vida do indivíduo acometido, além de óbito (De Carvalho e Deodato, 2016; Silva, 2021). Caso os sintomas do AVC isquêmico persistam por menos de 24 horas, ele é definido como ataque isquêmico transitório (AIT), onde o indivíduo tem recuperação completa dentro de 1 hora (Ferro, 2006). Ele também é considerado passageiro, pois possui tempo de reversão e estabilização dos déficits neurológicos (Nether *et al.*, 2020).

Apesar de poder acometer qualquer faixa etária, o AVC é mais frequente em pessoas acima de 60 anos (Ribeiro *et al.*, 2016). A população idosa tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, em 2012 essa população era de 25,4 milhões e no decorrer de 5 anos, esse grupo correspondia a 4,8 milhões de novos idosos, correspondendo a um crescimento de 18% do grupo etário (Paradella, 2018). Acredita-se também que essa população poderá alcançar 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060 (Ervatti *et al.*, 2015). O envelhecimento populacional vem acompanhado de um aumento danoso à saúde, como as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Neste grupo encontram-se as doenças cardiovasculares, tendo seus principais sintomas no miocárdio e nos vasos sanguíneos, incluindo o AVC (Saldan *et al.*, 2017).

Segundo o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), "O Estatuto do Idoso, instituído pela Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, estabelece os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no Brasil, com o objetivo de garantir a proteção integral e promover a dignidade desse segmento populacional. [...] O Estatuto representa um avanço significativo na legislação brasileira, buscando assegurar que os idosos vivam com respeito, autonomia e qualidade de vida."

De acordo com o Ministério da Saúde (2018), a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é um instrumento essencial para registrar e acompanhar informações importantes sobre a saúde dos idosos, como histórico de vacinas, exames e condições crônicas. Além disso, contém orientações sobre cuidados preventivos e promoção da saúde, visando melhorar a qualidade de vida e garantir um envelhecimento saudável. Este documento auxilia profissionais de saúde e cuidadores na prestação de um atendimento mais

personalizado e eficiente, contribuindo para a promoção da autonomia e do bem-estar dos idosos.

Um estudo realizado em Vassouras/RJ, que estimava a prevalência de AVC em idosos, verificou que dos 122 casos encontrados, 34% tinham menos que 70 anos e 28% tinham 80 anos ou mais. Nessa faixa etária, a maioria dos indivíduos (61%) eram aposentados. Desse modo, nota-se que a prevalência do AVC cresce de 2,3% para 3,9% quando comparados os idosos de 60-69 anos com os da faixa de 70-79 anos, e alcança 6,8% na faixa dos que possuem 80 anos ou mais. Este aumento se deve pelo aumento na sobrevivência dos pacientes com AVC, evolução nos atendimentos de pacientes de alta e média complexidade, além da maior expectativa de vida da população. É possível relacionar a prevalência do AVC no idoso com a idade, visto que este é o principal fator de risco não modificável (Pereira *et al.*, 2009).

São numerosos os fatores de risco para o AVC e estes fatores podem ser imodificáveis, como idade, sexo, fatores genéticos, raça e antecedentes familiares. Os fatores modificáveis estão associados a hábitos de vida como hipertensão (93,6%), tabagismo (93,1%), dislipidemia (92,8%), sedentarismo, entre outros e fatores ambientais, como uso de drogas e tabagismo passivo (Costa *et al.*, 2014; Falavigna *et al.*, 2009).

Os principais sinais e sintomas que podem ser identificados em uma pessoa sendo acometida incluem: cefaleia intensa, tontura e desequilíbrio, problemas de fala, paralisia de um lado do corpo, dormência ou fraqueza da face, do braço ou perna, alteração no nível de consciência, dificuldade para deambular e perda de coordenação motora (Falavigna *et al.*, 2009). Quando os sinais e sintomas são observados no indivíduo, é necessário que o serviço de saúde seja acionado com urgência. No Brasil, deve ser contatado o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), através do número 192 (Faria *et al.*, 2017). O AVC tem uma alta taxa de mortalidade, e é responsável por produzir sequelas consideráveis como: déficits físicos, psicológicos, cognitivos e sociais nos indivíduos acometidos, acarretando elevados índices de morbidade e incapacidades, principalmente no que se refere aos idosos (Avelino *et al.*, 2022).

O AVC é, no mundo todo, a segunda maior causa de óbitos (5,7 milhões/ano), sendo em 2005, responsável por cerca de 10% de todos os óbitos do mundo (Cabral, 2009). No Brasil são registrados cerca de 90 mil óbitos por doenças cerebrovasculares e,

em 2008 houve aproximadamente 200 milhões de internações por AVC pelo Sistema Único de Saúde (Abramczuk e Villela, 2009). Em Araranguá, município do extremo sul de Santa Catarina, com 68.867 habitantes, em 2021 houve 109 internações por AVC e 21 indivíduos faleceram em decorrência de complicações da doença, trazendo como resultado uma taxa de mortalidade de 19,27% (DATASUS, 2021). Caso não haja uma intervenção, os óbitos por AVC aumentarão, segundo estudos, para 7,8 milhões em 2030 (Cabral, 2009). Por esse motivo é muito importante identificar o conhecimento da população sobre o AVC, principalmente a população idosa, que são os indivíduos com a maior incidência de morte por AVC, o que possibilita o direcionamento para futuras ações de prevenção e promoção à saúde.

Buscando atender a esse objetivo, foi realizado na República da Irlanda e Irlanda do Norte um estudo transversal desenvolvido pelo Programa de Pesquisa do Envelhecimento Saudável (HARP), que tinha como objetivo avaliar o grau de conhecimento dos idosos com mais de 65 anos quanto ao AVC, visto que, há maior suscetibilidade desta população em relação à doença. Foi realizada uma entrevista domiciliar com 2.033 participantes, onde os indivíduos precisaram identificar sinais de alerta e fatores de risco do AVC. Foi observado que 43% da amostra não identificou os fatores de risco e aproximadamente 44% não descreveu corretamente os sinais de alerta (Hickey *et al.*, 2009). Além disso, estudos realizados em alguns municípios do Brasil nos trazem algumas informações. Em Santa Cruz/RN - 2019, foi realizado um estudo primário, observacional, analítico e transversal sobre o conhecimento da população adulta sobre o AVC, com base em um questionário aplicado com 286 indivíduos, onde apenas 8,4% dos entrevistados acertaram completamente o que é o AVC fisiopatologicamente. Em contrapartida, a maior parte dos participantes sabiam que o socorro deveria ser imediato, mas apenas 20,9% ligariam para o SAMU (Lucena, 2022). Outro estudo transversal, realizado com 483 indivíduos de 20 anos ou mais em Pelotas/RS, consideraram o nível de conhecimento dos entrevistados inadequados em 97,7% para a conduta, 73,7% para a fisiopatologia, 71,4% para sinais e sintomas e inadequado em 53,7% para os fatores de risco (Costa *et al.*, 2008).

Assim, tendo em vista o impacto do AVC no Brasil, a prevalência de casos na população idosa, e observando a carência de pesquisas nesse contexto na região do Extremo Sul de Santa Catarina, este estudo teve o objetivo de investigar o conhecimento da população idosa e residente no município de Araranguá/SC sobre o AVC.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal do tipo descritivo, realizado a partir do estudo de um questionário (Apêndice A) referente ao conhecimento da população idosa sobre AVC em Araranguá/SC (LIMA-COSTA *et al.*, 2003).

2.1 LOCAL DO ESTUDO

O local para a realização da pesquisa foi o município de Araranguá, localizado no Sul do estado de Santa Catarina (SC), com um total de 71.922 mil habitantes, de acordo com a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022). Segundo o último censo do IBGE, a população idosa de Araranguá é de 11.667 mil indivíduos (IBGE, 2022).

2.2 POPULAÇÃO

Participaram do estudo, pessoas idosas com idade superior ou igual a 60 anos, que residem no município de Araranguá-SC. Para a escolha da amostra foi realizado cálculo amostral considerando o total de idosos do município de Araranguá com intervalo de confiança de 95% e erro de cinco pontos percentuais. Assim, o tamanho mínimo da amostra para este estudo ficou estabelecido com 362 participantes.

2.2.1 Critérios de inclusão/exclusão

Foram incluídos idosos de ambos os sexos, com idade superior ou igual a 60 anos que aceitaram participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C). Foram excluídos aqueles que apresentaram algum déficit cognitivo que impedisse o entendimento das perguntas, realizado através de um rastreamento feito mediante o Teste do Desenho do Relógio (Martinelli *et al.*, 2004), indivíduos que não assinaram o TCLE, e/ou indivíduos que desistiram e/ou não finalizaram o questionário.

2.3 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo está fundamentado em princípios éticos, com base na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi submetida à Secretaria Municipal de Saúde do município de Araranguá e contou com apreciação positiva conforme Termo de Compromisso do Responsável pela Instituição (Anexo A). O estudo também foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), foi aprovado e está inscrito sob o número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 63282122.5.0000.0121.

Para o processo de coleta de dados, foi disponibilizado aos participantes da pesquisa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C), que informa a condução da pesquisa e quais são seus objetivos. Este documento garante sigilo dos dados pessoais e que as informações serão utilizadas apenas para a pesquisa. Além

disso, foi esclarecido no mesmo que a participação é opcional e de possível interrupção, se necessária ou desejada. Estando de acordo, os participantes assinaram o documento.

2.4 COLETA DE DADOS

As coletas foram realizadas por duas pesquisadoras nas praças, supermercados, Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais, supermercados e ruas do município de Araranguá, com a frequência de duas a três vezes por semana no período de março de 2024 a maio de 2024. Inicialmente foi aplicado um teste denominado Teste do Desenho do Relógio, teste projetado para avaliar a função neurológica e pode ser aplicado em pouco tempo. Além disso, o teste é muito aceito como instrumento de rastreio cognitivo, para verificar se o público-alvo está apto ou não para participar da pesquisa (Atalaia-Silva *et al.*, 2008; Martinelli *et al.*, 2004). Posteriormente, foi realizada uma entrevista por meio de perguntas no qual denominamos de “questionário”, o qual foi padronizado, pré-testado e codificado. O tempo de aplicação do questionário e do teste do relógio foi de aproximadamente 10 minutos. As entrevistadoras foram instruídas e treinadas para utilizarem exatamente as mesmas perguntas, abordando as variáveis necessárias para investigar o conhecimento da população em questão sobre o AVC. Sendo assim, capacitadas para sanar possíveis dúvidas dos participantes acerca do conteúdo do questionário após a sua aplicação.

2.5 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

O principal instrumento de avaliação foi um questionário formulado pela equipe de pesquisa para determinar o conhecimento da população idosa sobre o AVC (Apêndice A).

2.5.1 Questionário

Durante a elaboração do questionário foi optado pela equipe o uso do termo “AVC” pela maior propagação entre a população e maior compreensão do público-alvo da pesquisa. O questionário é composto por informações pessoais, nove questões que abordam o Acidente Vascular Cerebral, incluindo o Ataque Isquêmico Transitório. O conhecimento sobre o AVC foi avaliado através de questionamentos como “Você sabe o

que é o AVC?” e “Você sabe o que está acontecendo na pessoa que está tendo um AVC?”. Foram identificados também o reconhecimento de sinais e sintomas da doença; conduta imediata do indivíduo ao testemunhar uma pessoa tendo um AVC; o conhecimento do telefone do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); os fatores de riscos, as principais consequências e sequelas da condição e as suas principais medidas de prevenção. A ocorrência de histórico familiar de AVC também foi investigada com as seguintes perguntas: "Alguma pessoa na sua família já teve um AVC?" e/ou “Alguma pessoa próxima a você já teve um AVC?”. Já o conhecimento sobre o Ataque Isquêmico Transitório (AIT) foi avaliado pelas seguintes questões: "Você sabe o que é uma ameaça de AVC (AIT)?" e “Você conhece alguém que teve uma ameaça de AVC (AIT)?”. Por fim, foi questionado aos participantes o grau de dificuldade para responder o questionário, podendo avaliar como fácil, moderado ou difícil (Apêndice A).

Devido ao caráter subjetivo das perguntas sobre o AVC e o AIT, as respostas subjetivas foram analisadas pelos autores que criaram categorias codificadoras e/ou palavras pré-determinadas para auxiliar na quantificação dos dados (Pontes-Neto *et al.*, 2008). As categorias abordaram as seguintes áreas de conhecimento: características demográficas; nomenclatura e fisiopatologia do AVC; fatores de risco da doença; sinais, sintomas e sequelas do AVC; conduta imediata; histórico familiar do AVC e fisiopatologia do AIT. Foram estabelecidas duas categorias de enquadramento das respostas mais frequentes classificadas como adequada e inadequada.

A fisiopatologia foi considerada adequada quando o indivíduo explicou corretamente os tipos de AVC (isquêmico e hemorrágico). Para ser considerado como inadequado, o indivíduo respondeu sobre as fisiopatologias de forma errônea, confundiu com outra patologia, listou os sinais e sintomas ou repetiu a nomenclatura da sigla: AVC. Em relação à nomenclatura, a resposta foi considerada adequada quando mencionada como Acidente Vascular Cerebral ou Derrame cerebral, já que este é um termo bastante utilizado entre a população. As nomenclaturas consideradas inadequadas foram: “acidente cardiovascular”, infarto, ou o apontamento de um sinal ou sintoma do AVC ou outra patologia.

Nos fatores de riscos foi considerado adequado quando o indivíduo mencionou corretamente dois ou mais fatores de risco para o AVC, e obrigatoriamente apontou a hipertensão arterial, que é o principal fator de risco modificável da doença (Pereira *et al.*,

2017). Para ser determinado como inadequado, o indivíduo não soube apontar nenhum fator de risco ou indicou fatores não relacionados à doença.

Com relação ao conhecimento dos sinais e sintomas do AVC, foi considerado uma resposta adequada quando o participante citou dois ou mais dos principais sinais e sintomas gerais da doença, juntamente a pelo menos um dos sintomas da Escala de Cincinnati: queda facial, debilidade dos braços e alteração da fala (Lopes, 2019). Foram considerados como sintomas gerais: dor de cefaleia intensa, tontura e desequilíbrio, déficits neurológicos focais, motores e sensitivos, incluindo as paralisias e parestesias de um lado do corpo, os distúrbios da fala, as alterações de consciência, déficits visuais e auditivos (Falavigna *et al.*, 2009). A resposta também foi considerada adequada quando o participante citou dois dos três sinais de alerta frequentes do AVC, com base na Escala de Cincinnati. Foram consideradas inadequadas as respostas onde os sintomas citados foram referentes a outras patologias, como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). A resposta foi avaliada no contexto individual, de todo o questionário, para determinar se de fato o entrevistado, de maneira geral, confundiu a patologia e seus sinais e sintomas, uma vez que sintomas iguais podem acontecer em patologias distintas.

A resposta adequada relacionada às sequelas do AVC deve apontar duas ou mais dos principais déficits gerais pós-AVC. Foram considerados como sequelas gerais: sequelas motoras, comportamentais, de equilíbrio e coordenação, emocionais, da fala e da sensibilidade (Alves *et al.*, 2018). A resposta foi considerada inadequada quando, na condição geral do questionário, o participante confundiu a patologia. A conduta imediata considerada adequada ao evidenciar um AVC foi aquela na qual o indivíduo indicou corretamente o acionamento do serviço de emergência principal: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Dentre as inadequadas, houve aquelas em que o indivíduo indicou o acionamento dos Bombeiros e/ou Polícia Militar, sendo esse, também uma via de acesso para a população. Além disso, apontou a administração de algum tipo de medicamento ou realizou/realizaria algum procedimento médico sem formação adequada.

Em relação às medidas de prevenção, foram consideradas respostas adequadas quando o indivíduo respondeu duas medidas eficazes ou mais. Caso contrário, a resposta foi considerada inadequada. Entre as medidas adequadas entraram a alimentação saudável, pressão arterial controlada, a prática de atividade física, além de evitar

tabagismo, evitar alcoolismo e evitar o uso de substâncias ilícitas a fim de prevenir o AVC (Sarıkaya *et al.*, 2015).

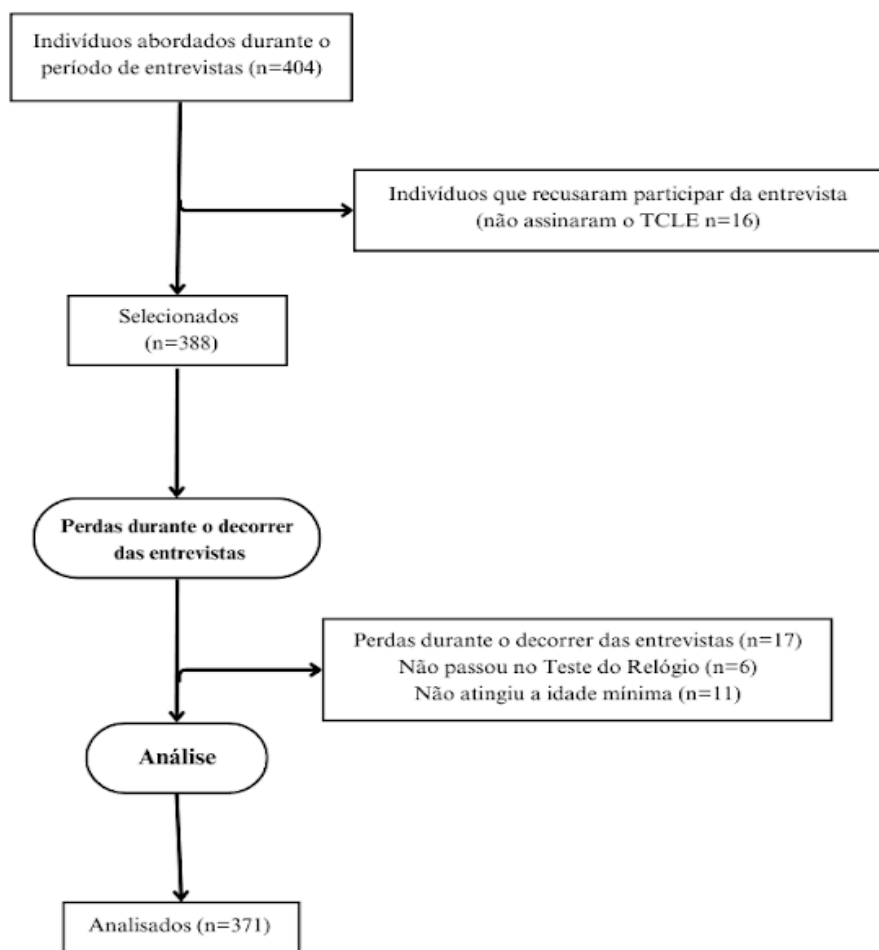
2.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram tabulados em planilhas elaboradas no programa Excel versão 2016 e, posteriormente, analisados no programa *Statistical Package For Social Science For Windows* (SPSS) versão 22. Inicialmente foi realizada estatística descritiva, a fim de demonstrar as características sociodemográficas da amostra e descrever os resultados da aplicação do questionário. A avaliação do desempenho no questionário foi medida utilizando as respostas das questões de 01 a 9 (Apêndice A). As outras indagações não foram incluídas na análise porque tinham caráter pessoal e não se relacionavam com o conhecimento do idoso sobre o AVC. O número de respostas adequadas para as 9 questões foi somado e transformado em percentual de respostas adequadas. O teste de Kruskal Wallis não paramétrico foi utilizado para avaliar a diferença no percentual de respostas adequadas entre as diferentes faixas etárias, níveis de escolaridade e renda, adotando-se nível de significância de 5%. Comparações pareadas foram utilizadas como post hoc para verificar onde estavam as diferenças, ajustando-se o valor de p para $<0,01$.

3 RESULTADOS

Dos 404 participantes abordados no período avaliado, 388 foram selecionados para a participação no estudo. A amostra final incluiu 371 indivíduos (Figura 1), e as características da amostra estão apresentadas na tabela 1.

Figura 1 - Fluxograma de participação



Fonte: Elaborada pelas autoras (2024)

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes do estudo (n = 371)

Variável	n	%
Faixa etária		
60 - 69 anos	230	61,99
70 - 79 anos	119	32,08
80 anos ou mais	22	5,93
Sexo		
Feminino	212	57,14
Masculino	159	42,86
Cor da pele		
Amarelo	9	2,43
Branco	221	59,57
Indígena	5	1,35
Pardo	103	27,76
Preto	33	8,89
Serviço de Saúde		
Sistema Público de Saúde	357	96,23
Plano de Saúde e/ou Particular	14	3,77
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	244	65,77
Ensino fundamental completo	79	21,29
Ensino médio completo	33	8,89
Ensino superior completo	15	4,04
Estado Civil		
Solteiro	2	0,54
Casado	294	78,98
Divorciado	28	7,55
Separado	13	3,5
Viúvo	35	9,43
Renda		
Até 1,5 salário mínimo	197	53,10
2 salários mínimos	117	31,54
3 ou mais salários mínimos	57	15,36

Fonte: Elaborado pelas autoras (2024)

Dos 371 participantes, a predominância da amostra foi do sexo feminino, com média de idade de $68 \pm 7,16$ anos, prioritariamente da cor da pele branca, casados, com renda de 1,5 salário-mínimo e ensino fundamental incompleto.

Dentre as questões que os entrevistados tiveram que responder, as principais eram relacionadas à nomenclatura do AVC e sua fisiopatologia, e posteriormente foram analisadas suas respostas como adequadas e inadequadas (Tabela 2).

Tabela 2. Respostas relacionadas à nomenclatura e fisiopatologia do AVC (n=371)

Variável	n	%
Você sabe o que é o AVC? (Nomenclatura)		
Sim	116	31,45
Não	255	68,55
Respostas “Sim” (n=116)		
Adequada	35	30,17
Inadequada	81	69,83
Você sabe o que é o AVC? (Fisiopatologia)		
Sim	47	12,67
Não	324	87,33
Respostas “Sim” (n=47)		
Adequada	30	63,83
Inadequada	17	36,17

Fonte: Elaborado pelas autoras (2024)

Na tabela 3 estão apresentados os resultados das perguntas relacionadas aos fatores de risco para desenvolver a patologia, os sinais e sintomas que podem ser observados no indivíduo e quais as sequelas podem ocorrer após o AVC. A tabela 4 apresenta as respostas das demais questões do estudo.

Tabela 3. Respostas relacionadas a fatores de risco, sinais e sintomas e sequelas (n=371)

Variável	n	%
Você sabe quais são os fatores de risco para o AVC?		
Sim	64	17,25
Não	308	82,75
Respostas “Sim” (n=64)		
Adequada	28	43,75
Inadequada	36	56,25
Você sabe quais são os principais sinais e sintomas de um AVC?		
Sim	121	32,61
Não	251	67,39
Respostas “Sim” (n=94)		
Adequada	94	77,69
Inadequada	27	22,31
Você conhece quais são as principais consequências/sequelas de uma pessoa que teve um AVC?		
Sim	106	28,57
Não	265	71,43
Respostas “Sim” (n=105)		
Adequada	63	59,43
Inadequada	43	40,57

Fonte: Elaborado pelas autoras (2024)

Tabela 4 - Respostas relacionadas à conduta ao presenciar um AVC, conhecimento do (AIT), o número do SAMU, histórico familiar e indivíduos próximos que já tiveram o AVC ou AIT (n = 371)

Variável	n	%
Você sabe o que fazer ao presenciar alguém tendo AVC?		
Sim	160	43,13
Não	211	56,87
Respostas "Sim" (n=160)		
Adequada	98	61,25
Inadequada	62	38,75
Você sabe qual o número do SAMU?		
Sim	240	64,69
Não	131	35,31
Respostas "Sim" (n=240)		
Adequada	152	63,33
Inadequada	88	36,67
Você sabe o que é uma ameaça de AVC (AIT)?		
Sim	20	5,39
Não	351	94,61
Respostas "Sim" (n=105)		
Adequada	07	35
Inadequada	13	65
Você sabe quais são as medidas de prevenção ao AVC?		
Sim	55	14,82
Não	316	85,18
Você ou alguma pessoa na sua família já teve um AVC?		
Não	332	85,79
Familiares	39	14,21
Alguma pessoa próxima a você já teve um AVC?		
Não	312	85,01
Conhecidos	59	14,99
Você conhece alguém que teve uma ameaça de AVC (AIT)?		
Sim	20	5,39
Não	351	94,61

Fonte: Elaborado pelas autoras (2024)

O grau de dificuldade para responder ao questionário foi classificado como baixo por 27,42% (n=102) dos indivíduos, como médio por 37,9% (n=141) e como alto por 34,68% (n=129). De todos os idosos entrevistados, 96,21% (n=359) nunca haviam recebido qualquer informação referente ao AVC, enquanto apenas 3,49% (n=13), tiveram conversas com médicos, com familiares que sofreram da doença ou tiveram a informação através de vídeos das redes sociais.

O percentual de acertos geral, considerando as 9 questões que buscavam por respostas adequadas por faixa etária, renda e escolaridade está apresentado na tabela 5.

Tabela 5. Percentual do total de respostas adequadas por faixa etária, renda e escolaridade.

Variável	Percentual de respostas adequadas % (média±DP)
Faixa etária	
60-69 anos	20±25
70-79 anos	15,4±20,6
80 anos ou mais	14,4±20,4
Renda	
Até 1,5 salário-mínimo	11±17,2*
2 salários-mínimos	23,5±23
3 ou mais salários-mínimos	31,8±33
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	10±14,3**
Ensino fundamental completo	25,6±21,1
Ensino médio completo	41,4±34,4
Ensino Superior completo	63±31,6

*Diferença estatisticamente significativa entre os indivíduos com as demais rendas. ** Diferença estatisticamente significativa entre os indivíduos com ensino fundamental incompleto e demais escolaridades.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2024)

O teste de Kruskal Wallis revelou diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com diferentes rendas e escolaridade ($p < 0,001$) para o percentual de respostas adequadas, sem diferença entre as faixas etárias ($p = 2,6$). As comparações aos pares revelaram que os idosos com renda inferior a 1,5 salários-mínimos tiveram menos respostas adequadas em comparação aos indivíduos com maiores rendas ($p < 0,001$ para as comparações pareadas). Adicionalmente, os indivíduos com ensino fundamental incompleto apresentaram desempenho inferior quando comparados com as demais categorias com mais escolaridade ($p < 0,001$ para todas as comparações pareadas).

4 DISCUSSÃO

O AVC é a segunda principal causa de mortalidade no mundo. No Brasil, em 2020, 34.369 pessoas faleceram em decorrência desse evento (Moraes, M.A. *et al.*, 2023).

No presente estudo apenas 12,63% ($n=47$) dos idosos responderam saber a fisiopatologia do AVC, número expressivamente pequeno comparado aos 371 indivíduos da amostra de pesquisa, demonstrando que poucos indivíduos acreditam saber o que é o AVC. Na análise das respostas adequadas e inadequadas, este número se torna ainda mais expressivo, sendo que apenas 8,08% ($n=30$) do total dos entrevistados tiveram respostas

assertivas. Esta questão é de extrema relevância, pois é uma preditora das questões a seguir, e 87,37% (n=325) dos idosos não souberam responder, sendo um achado a ser estudado.

A prevenção primária de acidentes cerebrovasculares é essencial para minimizar os incidentes de AVC. Os programas de conscientização dirigido à comunidade estão entre as medidas de prevenção, tornando estudos como este, importantes para avaliar o conhecimento da população, pois 80% dos casos de AVC podem ser evitados se tomadas as precauções e ações necessárias (Onabajo *et al.*, 2015). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021) para prevenir o acidente vascular cerebral (AVC) na comunidade, recomenda várias estratégias de conscientização e intervenção. Entre os programas de conscientização eficazes estão: Campanhas de Educação e Conscientização: Estas campanhas ajudam a informar o público sobre os fatores de risco do AVC, como hipertensão, diabetes, tabagismo e sedentarismo. Elas podem ser implementadas por meio de mídia tradicional, redes sociais, workshops comunitários e materiais educativos distribuídos em centros de saúde e escolas; Programas de Rastreamento e Monitoramento de Saúde: Promover exames regulares para monitorar a pressão arterial, níveis de colesterol e glicemia é crucial. A detecção precoce de condições que aumentam o risco de AVC permite intervenções preventivas mais eficazes; Intervenções Comunitárias: A participação de trabalhadores comunitários de saúde é fundamental. Eles podem realizar visitas domiciliares para fornecer orientação personalizada, ajudar na adesão ao tratamento e promover hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada e prática regular de exercícios físicos; Grupos de Apoio e Programas de Reabilitação: Após um AVC, os grupos de apoio e programas de reabilitação ajudam os sobreviventes a se recuperarem e evitarem novos episódios. Esses programas devem incluir exercícios físicos, suporte psicológico e orientação nutricional.

Quando questionados sobre os fatores de risco, 82,8% dos indivíduos responderam já de início que não sabiam nenhum dos fatores, e dos 17,2 % que diziam saber, apenas 43,75% responderam de forma adequada. Com base no método de diferenciar as respostas como adequadas ou inadequadas, apenas foram consideradas adequadas as respostas com dois ou mais fatores de risco, e obrigatoriamente deveriam apontar a hipertensão arterial sistêmica, que é o principal fator de risco modificável da doença (Pereira *et al.*, 2017). Dessa forma, todas as respostas divergentes dessa categoria foram consideradas inadequadas. Sendo assim, foi possível observar, de maneira geral,

que os idosos citaram apenas um fator de risco sem mencionar a HAS, ou apontaram apenas a HAS como fator de risco ou ainda pontuaram fatores de risco sem associação com o AVC. Dito isto, compreender os fatores de risco é crucial para minimizar a ocorrência de AVCs a fim de reduzir a incidência, tendo em vista que os principais fatores de risco nos indivíduos são fatores modificáveis (Hatzitolios *et al.*, 2014). O não reconhecimento dos fatores de risco implicam na falta de prevenção da ocorrência de um AVC, resultando em uma maior probabilidade de que ele ocorra.

Além disso, o reconhecimento dos sinais e sintomas também tiveram resultados expressivos já que 67,47% dos indivíduos responderam imediatamente não saber sobre a temática. No entanto, 32,53% relataram saber os sinais e sintomas, e 71,69% desses responderam de forma correta. Os indivíduos que responderam de forma inadequada responderam apenas um dos principais sinais e sintomas gerais e nenhum sintoma da escala de Cincinnati ou confundiram os sintomas referentes a outras patologias, como por exemplo, o infarto agudo do miocárdio. A falta desse reconhecimento dos sinais e sintomas acarreta retardamento da procura por assistência médica, resultando em efeitos adversos no tratamento pós-AVC e diminuindo as chances de recuperação (Moita *et al.*, 2021).

Em um estudo de 2014, na Jordânia, 87,31% dos participantes identificaram pelo menos um dos principais sinais e sintomas da escala de Cincinnati, no mesmo estudo, sendo a dificuldade de falar como o sintoma mais citado pelos participantes, alcançado a margem de 85,1% dos participantes (Madae'en *et al.*, 2013). A detecção dos sinais e sintomas são de extrema urgência, a ausência de conhecimento resulta em taxas elevadas de mortalidade devido à falta de medidas adequadas. Quanto mais o tempo passar, maior será a probabilidade de morte encefálica, progredindo na redução da qualidade de vida do idoso, limitando a sua independência e capacidade de realizar atividades diárias (Faria *et al.*, 2017). Seguindo nessa categoria de sequelas, no presente estudo também foi possível observar essa questão, em que 71,77% do total de entrevistados relatou não conhecer nenhuma sequela. No entanto, dos 28,23% idosos que disseram saber responder, apenas 60% (n=63) de fato responderam corretamente.

O estudo revelou que uma expressiva maioria dos participantes, 85,18%, não possui um conhecimento adequado sobre as medidas de prevenção ao AVC, apesar de 55 indivíduos (14,82%) acreditarem estar informados. Entre os que responderam

inadequadamente, as respostas mais comuns incluíam alimentação saudável, prática de exercício físico, evitar alcoolismo e não se estressar. No entanto, essas respostas não atenderam aos critérios para serem consideradas corretas, pois uma resposta adequada deveria incluir pelo menos duas medidas eficazes ou mais. Esta lacuna de conhecimento é preocupante, considerando que a prevenção primária das Doenças Não Transmissíveis (DNT), incluindo o AVC, foi destacada pela ONU e pelo Plano de Ação Global para as DNT em 2011 como uma prioridade máxima para todos os governos (Owolabi et al., 2021). A prevenção eficaz inclui o controle da hipertensão arterial, uma vez que a hipertensão é o fator de risco mais importante e modificável para AVC, além de fatores como dislipidemia, diabetes mellitus, sobrepeso e tabagismo, e o incentivo à atividade física regular. Quando não controlada, a hipertensão também pode causar déficits cognitivos e demência. A redução correta da Pressão Arterial Sistólica (PAS) foi associada à redução de AVC em 25%, enquanto a redução da Pressão Arterial Diastólica (PAD) levou a uma redução de 50%.

A dislipidemia é um fator de risco modificável que, embora menos claro quanto à sua associação direta com AVC, correlaciona-se com a aterosclerose carotídea (Simão et al., 2013). A diabetes mellitus também é um fator modificável importante, apresentando maior risco de eventos vasculares, promovendo microangiopatia cerebral e derrames do tipo lacunar. Tanto a diabetes mellitus quanto a dislipidemia podem ser reguladas através de uma alimentação saudável e medicação correta prescrita pelo médico. Uma alimentação saudável traz inúmeros benefícios, incluindo a prevenção do sobrepeso, que aumenta em 5% o risco de ter um AVC. Marcadores de obesidade abdominal, como a relação cintura-quadril ou a circunferência da cintura, relacionam-se com o risco de AVC (Saadati et al., 2021).

O tabagismo é um fator de risco perigoso e prevenível, pois potencializa o efeito de outros fatores de risco como a hipertensão. Estudos recentes têm buscado a relação entre tabagistas passivos e o AVC. Como é um fator modificável, estudos mostram que o risco de AVC pode diminuir em 50% um ano após parar de fumar. A atividade física regular, uma medida de prevenção acessível e benéfica à saúde como um todo, pode diminuir os riscos de AVC em 25-30% através de efeitos favoráveis sobre os fatores de risco, como a hipertensão, dislipidemia e sobrepeso (Sarıkaya et al., 2015).

A falta de informação adequada sobre esses fatores de risco e suas medidas de controle pode resultar em práticas inadequadas de prevenção e intervenção, impactando negativamente o prognóstico dos indivíduos. Isso sublinha a necessidade de intervenções educacionais e campanhas de conscientização locais para melhorar o conhecimento da população sobre a prevenção do AVC.

Outros aspectos foram observados nas respostas relacionadas a o que fazer ao presenciar alguém sofrendo um AVC. A maioria dos indivíduos relatou não saber como agir. Apenas 43% dos entrevistados disseram saber o que fazer, sendo que apenas 61,25% destes realmente responderam de forma adequada, sendo necessário acionar os serviços de urgência e emergência. Destes indivíduos que disseram saber, houve 38,75% que responderam de forma inadequada e confundiram o número do SAMU com outros serviços de emergência. Esses dados demonstram a necessidade de conscientização quanto ao acionamento do SAMU, uma vez que este serviço utiliza protocolos unificados de cuidados pré-hospitalares para atender e encaminhar imediatamente os indivíduos aos hospitais aptos para o tratamento do AVC (Brasil, 2012).

A questão com maior número de participantes que não soube responder foi o questionamento sobre o que é o Ataque Isquêmico Transitório (AIT) ou “ameaça de AVC” como adaptação para o entendimento dos entrevistados. Apenas 5,38% responderam saber o que é, e deste valor apenas 35% (n=7) responderam de forma adequada. Este dado é baixo considerando a amostra, uma vez que o AIT caracteriza um episódio isquêmico em que os sintomas são transitórios e quase sempre ocorrem lesões cerebrais durante estes eventos (Easton, Johnston, 2022). O AIT é um preditor para o AVC e estima-se que 7,5% a 17,4% dos indivíduos que tiveram AIT terão um AVC nos próximos 3 meses (Mendelson e Prabhakaran, 2021). Além disso, quando questionados se conheciam alguém que sofreu um AIT, ou popularmente conhecido como uma ameaça de AVC, 3,76% (n=14) dos indivíduos responderam que sim e 96,24% (n=358) responderam que não.

Um estudo realizado nos EUA, relatou que se estima que 4,9 milhões de pessoas disseram receber diagnóstico de AIT, e destes, poucos indivíduos buscam assistência médica após o episódio. Indivíduos com idade mais avançada, menor renda e menor escolaridade foram associados ao diagnóstico de AIT. Dos pacientes com AIT, apenas 64% procuraram consulta médica dentro de 24 horas após o evento. O diagnóstico

médico de AVC foi relatado por 2,3% dos participantes, dos quais 19% recordavam ter tido um AIT antes do AVC. A redução do risco de AVC após um AIT pode ter um impacto imenso na saúde pública, sendo necessário uma educação populacional sobre a importância de identificar os sintomas do AVC, mesmo que estes desapareçam (Shah e Edlow, 2004).

Outro ponto importante que o presente estudo revelou foi a ausência de diferença significativa entre as faixas etárias dos participantes, ou seja, a idade dos indivíduos, sejam mais novos ou mais velhos, não teve impacto no percentual das respostas adequadas. O que realmente influenciou a diferença nas respostas adequadas foram a renda e a escolaridade. Ao comparar as faixas de renda, observou-se que os indivíduos com renda mais alta (3 salários-mínimos ou mais) responderam de forma mais adequada em comparação com aqueles de menor renda (até 1,5 salário-mínimo). Isto também se aplicou à escolaridade pois, os entrevistados com maior nível de escolaridade apresentaram respostas mais adequadas.

Em um estudo realizado em Vassouras/RJ para avaliar o conhecimento da população sobre o AVC, observou-se que os participantes mais jovens (20-39 anos) e aqueles com maior nível de escolaridade souberam responder corretamente o que é o AVC. Esses resultados indicam que, quanto mais alto o nível de escolaridade, maior é o conhecimento sobre o AVC. Por outro lado, o estudo também revelou que, independentemente do nível de escolaridade, ainda há indivíduos que desconhecem a patologia, destacando a necessidade de disseminar conhecimento sobre o AVC para toda a população, não apenas para aqueles com menor nível de escolaridade (Dumay *et al.*, 2019).

Ao final do questionário foi solicitado aos indivíduos que avaliassem o grau de dificuldade para responder às perguntas, e a maior porcentagem foi de 37,9% (n=141), classificado como dificuldade média. Em segundo colocado temos o grau de dificuldade classificado como alto com 34,68% (n=129), e o grau de dificuldade baixo em terceiro colocado com 27,42% (n=102). Este resultado chama atenção devido ao número de indivíduos que não possuíam conhecimento sobre a doença, porém classificaram o questionário com nível médio de dificuldade. Estima-se que embora os idosos não saibam sobre a patologia, as perguntas feitas foram de fácil entendimento, apenas desconheciam a temática das questões ou ainda assim apresentam dificuldades na compreensão destas.

De todos os idosos entrevistados, 96,21% (n=359) nunca haviam recebido qualquer informação referente ao AVC, enquanto apenas 3,49% (n=13), tiveram conversas com médicos, com familiares que sofreram da doença ou tiveram a informação através de vídeos das redes sociais.

Durante a aplicação do questionário observou-se a necessidade de instruir e sanar possíveis dúvidas dos indivíduos em relação às questões aplicadas, já que o público idoso não obteve bons resultados em relação às respostas adequadas e foi perceptível a confusão entre AVC e outras patologias. Assim, a pesquisa incluiu também uma intervenção em forma de conscientização do público-alvo com relação ao AVC. Foi priorizado o reconhecimento dos sinais de alerta do AVC, onde foram orientados sobre o acrônimo “SAMU” (Sorria, Abrace, Musica, Urgente), no caso de suspeita de AVC, pede-se que o indivíduo realize as seguintes tarefas: “dê um sorriso, eleve os braços, repita a frase como uma música” (Rissardo *et al.*, 2019). Caso a pessoa em questão não consiga realizar de forma eficiente qualquer uma das tarefas, é necessário acionar o serviço de emergência SAMU-192.

Como limitação do estudo pode ser citado a faixa etária predominante de 60 a 69 anos e o sexo feminino. No entanto, esta população foi a mais prevalente nos períodos e nos locais de coleta. A equipe de coleta de dados buscou sempre que possível entrevistar indivíduos distintos. O estudo também revela que a população idosa não está sendo instruída nas unidades de saúde de Araranguá/SC. Também é importante salientar a dificuldade em entrevistar os idosos, que, por diversas vezes, se fizeram resistentes quanto à assinatura do TCLE, sendo necessário um recorte temporal maior para explicações e para que lessem os termos e aceitassem participar da pesquisa.

Pesquisas indicam que os idosos com baixa condição socioeconômica e educacional possuem um entendimento limitado sobre os sintomas de alerta do AVC (Vasconcelos *et al.*, 2021). Com o aumento do número de indivíduos afetados pelo AVC, devido à falta de controle dos fatores de risco pela população, surge uma necessidade significativa de estabelecer políticas educacionais. Essas políticas devem fornecer à comunidade em geral informações sobre a doença, seus métodos de tratamento e como preveni-la (Oliveira, *et al.* 2015). Portanto, é essencial que os idosos, que são o grupo mais afetado, tenham acesso a informações precisas e atualizadas sobre o AVC. A

conscientização sobre o AVC e seus fatores de risco é fundamental para prevenir a doença e suas consequências devastadoras.

5 CONCLUSÃO

Esse estudo revelou que a maioria dos participantes não possui um conhecimento prévio adequado sobre o AVC, embora acreditem saber, o que pode resultar em práticas inadequadas de prevenção e intervenção. Além disso, houve uma confusão entre os números de acionamento de serviços de emergência, confundindo com outros números (bombeiros, polícia civil ou polícia rodoviária), o que pode ser prejudicial para o prognóstico do paciente.

Observou-se ainda, que a população tende a acionar esses serviços de emergência em qualquer situação em que um indivíduo esteja em risco, o que não justifica saber qual é a melhor medida imediata para alguém sofrendo um AVC. Seguindo pela mesma linha, observou-se a precariedade de conhecimento no reconhecimento dos sinais e sintomas do AVC, o que contribui para um pior prognóstico.

Ademais, os indivíduos não souberam responder corretamente sobre o AIT, o que requer atenção, já que este é um preditor para o AVC, evidenciando-se a necessidade de intervenções educacionais para essa população, além de campanhas locais de conscientização, como uma forma de prevenção do AVC, visando reduzir o impacto individual e coletivo da doença.

Por fim, além das lacunas de conhecimento identificadas, o estudo também destacou a importância de campanhas educativas contínuas e acessíveis que enfoquem não apenas o reconhecimento dos sinais e sintomas do AVC, mas também as ações imediatas a serem tomadas em caso de suspeita. A promoção de informações corretas e claras sobre os números de emergência apropriados e a importância de um atendimento rápido são cruciais para melhorar os resultados dos pacientes. Essas campanhas devem ser integradas a programas de saúde comunitária e escolares, utilizando diversos meios de comunicação para alcançar diferentes faixas etárias e níveis de escolaridade. Assim, espera-se que, com uma população mais bem informada, haja uma redução significativa nos casos de AVC mal geridos e, conseqüentemente, uma melhora no prognóstico e na qualidade de vida dos indivíduos afetados.

REFERÊNCIAS

ABRAMCZUK, Beatriz; VILLELA, Edlaine. A luta contra o AVC no Brasil. **Com Ciência**, Campinas, n. 109, 2009. Disponível em: http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-7654200900050002&lng=en&nrm=iso Acesso em 10 maio. de 2023.

ALVES, Nágila Silva; DO NASCIMENTO PAZ, Francisco Adalberto. Análise das principais sequelas observadas em pacientes vítimas de acidente vascular cerebral-AVC. **Revista da FAESF**, v. 2, n.4, p. 25-30, out-dez, 2018. Disponível em: <https://www.faesfpi.com.br/revista/index.php/faesf/article/view/66/60>. Acesso em: 19 jan. 2023.

ATALAIA-SILVA, Kelly Cristina; LOURENÇO, Roberto Alves. Tradução, adaptação e validação de construto do Teste do Relógio aplicado entre idosos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 930-937, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000500020>. Acesso em: 19 maio. 2023.

AVELINO, Patrick Roberto et al. Capacidade, desempenho e confiança da marcha como preditores de quedas em indivíduos pós-acidente vascular encefálico. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 28, p. 443-448, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/21005528042021> Acesso em 20 janeiro. 2023.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 12 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS: Departamento de Informática do SUS**. Brasília, Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus/>. Acesso em: 10 maio. 2023.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Linha de cuidados em acidente vascular cerebral (AVC) na rede de atenção às urgências e emergências. 2012. **Protocolo 2013**, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-cuidados-avc.pdf/view> Acesso em: 19 mai. 2024.

CABRAL, Norberto Luiz. Epidemiologia e impacto da doença cerebrovascular no Brasil e no mundo. **ComCiência**, Campinas, n. 109, 2009. Disponível em http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 maio. 2023.

CARVALHO, I. A. Fatores de risco do acidente vascular encefálico. **Ver. Científica da FASETE**. 2016; 2 (1): 180–94. Disponível em: https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2016/11/fatores_de_risco_do_acidente_vascular_encefalico.pdf Acesso em: 10 maio. 2023.

COSTA, Fernando et al. Nível de conhecimento da população adulta sobre acidente vascular cerebral (AVC) em Pelotas RS. **J. bras. neurocir**, p. 31-37, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-497829>. Acesso em: 19 maio. 2023.

COSTA, Viviane de Souza Pinho et al. Prevalence of risk factors for the occurrence of strokes in the elderly. **Fisioterapia em Movimento**, v. 27, p. 555-563, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-5150.027.004.AO07>. Acesso em 24 janeiro.2023.

DUMAY, G. T. D. *et al.* **Conhecimento da população de Vassouras** – RJ sobre Acidente Vascular Cerebral. *Revista de Saúde*, v.10, n.2, p.02-06, 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8672222/>

EASTON, J. Donald; JOHNSTON, S. Claiborne. É hora de aposentar o conceito de ataque isquêmico transitório. **JAMA** , v. 9, pág. 813-814, 2022. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2789150>. Acesso em 19 maio, 2024.

ERVATTI, Leila; BORGES, Gabriel Mendes; DE PONTE JARDIM, Antonio (Ed.). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população**. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015.

FALAVIGNA, Asdrubal et al. Avaliação de fatores de risco de doença cerebrovascular no sul do Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 67, n. 4, p. 1076-1081, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2009000600022>. Acesso em: 30 janeiro. 2023.

FARIA, Ana da Conceição Alves et al. Percurso da pessoa com acidente vascular encefálico: do evento à reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem** , v. 70, p. 495-503, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0579> Acesso em: 30 janeiro. 2023.

FERRO, José. Acidentes vasculares cerebrais. Em J. Ferro, & J. Pimentel (Eds.), **Neurologia - Princípios, diagnóstico e tratamento** (pp. 77-87). Lisboa: Lidel - Edições técnicas, Ld, 2006.

FISHER, Marc; HACHINSKI, Vladimir. European cooperative acute stroke study III: Support for and questions about a truly emerging therapy. **Stroke**, v. 40, n. 6, p. 2262-2263, 2009. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/strokeaha.108.544163>. Acesso em: 11 mai. 2023.

HARTMANN JUNIOR, José Antônio Spencer; GOMES, Giliane Cordeiro. Sintomatologia depressiva e comprometimento cognitivo de idosos institucionalizados. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 52-81, jun. 2015 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582015000100004&lng=pt&nrm=iso. acessos em 01 jun. 2023.

HICKEY, Anne *et al.* Stroke awareness in the general population: knowledge of stroke risk factors and warning signs in older adults. **BMC geriatrics**, v. 9, n. 1, p. 1-8, 2009.

Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-9-35>. Acesso em: 12 maio. 2023.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro 2010**. Rio de Janeiro, IBGE, 2012. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/aranangua/panorama>. Acesso em: 11 maio. 2023.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro 2021**. Rio de Janeiro, IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/aranangua/panorama>. Acesso em: 09 maio. 2023.

JOHNSTON, S. Claiborne et al. Prevalência e conhecimento de ataque isquêmico transitório entre adultos norte-americanos. **Neurologia**, v. 60, n. 9, pág. 1429-1434, 2003. Disponível em: <https://www.neurology.org/doi/abs/10.1212/01.WNL.0000063309.41867.0F>. Acesso em: 19 maio. 2024.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>. Acesso em: 09 junho. 2024.

LOPES, Leonardo Queiroz. Conhecimento acerca da escala de Cincinnati entre acadêmicos de medicina, enfermagem e agentes comunitários de saúde da atenção primária. **Revista Atenas Higeia**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 23 - 28, 2019. Disponível em: <http://atenas.edu.br/revista/index.php/higeia/article/view/31>. Acesso em: 11 maio. 2023.

LUCENA, Beatriz Cristina Medeiros de. **Conhecimento da população de Santa Cruz-RN sobre o Acidente Vascular Cerebral**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/45879>. Acesso em: 19 maio. 2023.

MARTINELLI, José Eduardo; APRAHAMIAN, Ivan. O teste do desenho do relógio: revisão crítica de seu valor na triagem de demências iniciais em idosos. **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**, p. 185-204, 2004. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-488326>. Acesso em: 19 maio. 2023.

MENDELSON, Scott J.; PRABHAKARAN, Shyam. Diagnóstico e manejo de ataque isquêmico transitório e acidente vascular cerebral isquêmico agudo: uma revisão. **Jama**, v. 11, pág. 1088-1098, 2021. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2777474>. Acesso em: 19 maio. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_pessoa_idosa_3ed.pdf. Acesso em: 12 jul. 2024.

MORAES, Geridice Lorna de Andrade *et al.* Avaliação de risco para úlcera por pressão em idosos acamados no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 7-12, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000800002>. Acesso em: 26 jan. 2023.

MORAES M.A., *et al.* **Ischemic stroke mortality and time for hospital arrival: analysis of the first 90 days.** Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20220309. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0309en>. Acesso em: 18 mai. 2023.

NETHER, Gabriela Mendes *et al.* Doppler de carótidas após ataque isquêmico transitório como fator preditor de novos eventos cerebrovasculares / Carotid doppler after tia as a predictor of new cerebrovascular events. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 6, n. 12, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n12-623. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/22133>. Acesso em: 17 jan. 2023.

OLIVEIRA, A. R. S. *et al.* **Avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral acompanhados por programas de assistência domiciliária.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 5, p. 1147-1153, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf. Acesso em: 12 jul, 2024.

OWOLABI, Mayowa O. *et al.* Prevenção primária do AVC em todo o mundo: traduzindo evidências em ação. **The Lancet Public Health**, v. 1, pág. e74-e85, 2022. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00230-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00230-9/fulltext). Acesso em: 19 maio, 2024.

PARADELLA, Rodrigo. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. **Agência de Notícias**, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 11 maio. 2023.

PEDREIRA, Larissa Chaves; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Cuidados domiciliares ao idoso que sofreu Acidente Vascular Cerebral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, p. 837-840, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/LXWdXcg96cW3s7VdfyDX47H/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 mai. 2023.

PEREIRA, Ana Beatriz Calmon Nogueira da Gama *et al.* Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 1929-1936, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cRPzFKbQyCpzDGnTRtsjxYj/?lang=pt>. Acesso em: 17 maio. 2023

PONTES, É. S., AMARAL, A. K. de F. J. do., RÊGO, F. L. C. do., AZEVEDO, E. H. M., & SILVA, P. O. C.. (2017). Quality of life in swallowing of the elderly patients affected by stroke. **Arquivos De Gastroenterologia**, 54(Arq. Gastroenterol., 2017 54(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.2017v54n1-05> Acesso em: 23 janeiro. 2023.

RANGEL, Edja Solange Souza; BELASCO, Angélica Gonçalves Silva; DICCINI, Solange. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta paulista de enfermagem**, v. 26, p. 205-212, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1807593222005853?via%3Dihub>. Acesso em: 11 maio. 2023.

RIBEIRO, Renato Mendonça *et al.* Caracterização dos pacientes com acidente vascular encefálico atendidos na emergência. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 4, p. 78-82, outubro - dezembro, 2016. Disponível em: https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-23-4/Caracteriza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20pacientes%20com%20acidente%20vascular%20encef%C3%A1lico%20atendido%20na%20emerg%C3%Aancia.pdf. Acesso em: 11 maio. 2023.

RISSARDO, Jamir Pitton; CAPRARA, Ana Letícia Fornari; PRADO, Ana Lucia Cervi. Campanha Nacional de Combate ao AVC e Dia Mundial do AVC em Santa Maria. Experiência. **Revista Científica de Extensão**, v. 5, n. 2, p. 2-26, 2019.

SAADATI, Hossein Mozafar *et al.* O efeito direto do índice de massa corporal nos resultados cardiovasculares entre participantes sem obesidade central pela estimativa por máxima verossimilhança direcionada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, p. 879-886, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/VBPZd8vMmxsZFXrhHy4BqXp/?lang=pt&format=html> Acesso em: 26 maio. 2024.

SALDAN, G.G. *et al.* Construção de tecnologia educativa para cuidado domiciliar após acidente vascular encefálico: relato de experiência. **Rev. enferm. UFPE online**, p. 1784-1793, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/fr/biblio-1032088> Acesso em: 10 maio. 2023.

SAKAKIBARA BM, Kim AJ, Eng JJ. **A Systematic Review and Meta-Analysis on Self-Management for Improving Risk Factor Control in Stroke Patients.** *Int J Behav Med.* 2017 Feb;24(1):42-53. doi: 10.1007/s12529-016-9582-7. PMID: 27469998; PMCID: PMC5762183.

SARIKAYA, Hakan; FERRO, Jose; ARNOLD, Marcel. Stroke prevention-medical and lifestyle measures. **European neurology**, v. 73, n. 3-4, p. 150-157, 2015. Disponível em: <https://karger.com/ene/article/73/3-4/150/125863/Stroke-Prevention-Medical-and-Lifestyle-Measures>. Acesso em: 21 maio. 2024.

SILVA, Cleane Rosa Ribeiro da *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde específica de sobreviventes de acidente vascular encefálico: fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/khX4CxRjqhvSsfV5Tqp9pTy/?lang=pt> Acesso em: 19 janeiro. 2023.

SIMÃO, Antônio Felipe et al. I Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 101, p. 1-63, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/Y4YsXjwWkv8Wj6SpdLz9XHG/> Acesso em: 26 maio. 2024.

SPEYER, Renée et al. Effects of therapy in oropharyngeal dysphagia by speech and language therapists: a systematic review. **Dysphagia**, v. 25, p. 40-65, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19760458/>. Acesso em: 10 maio. 2023.

STEINER, Thorsten et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. **International journal of stroke**, v. 9, n. 7, p. 840-855, 2014. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1111/ijss.12309>. Acesso em: 11 mai. 2023.

VASCONCELOS, Anna Carolina de Sena et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos pós-acidente vascular cerebral. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/7cfT4ZY7LsXKsQchFyCqTBx/?lang=pt&format=html> Acesso em: 11 junho. 2024.

VINCENT-ONABAJO, Grace et al. Conhecimento dos fatores de risco de AVC entre indivíduos com diagnóstico de hipertensão e diabetes: uma pesquisa de base hospitalar. **British Journal of Medicine and Medical Research** , v. 6, pág. 1-8, 2015. Disponível em: <http://journal.send2sub.com/id/eprint/1635/>. Acesso em: 19 mai. 2024.