



Avaliação da capacidade de reconhecimento precoce do Acidente Vascular Cerebral por usuários do Sistema Único de Saúde: estudo original

Assessment of the capacity for early recognition of Stroke by users of the Unified Health System: original study

Evaluación de la capacidad de reconocimiento precoz del Ictus por usuarios del Sistema Único de Salud: estudio original

Diogo Abrantes de Oliveira¹, Bruno Cassiano dos Santos¹, Yago Ricardo Pedrosa¹, Paloma Abrantes de Oliveira¹, Luís César Brigolini de Carvalho¹, Isabelle Magalhães Guedes Freitas¹.

RESUMO

Objetivo: Verificar a capacidade do reconhecimento dos sinais e sintomas do Acidente Vascular Cerebral (AVC) por usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de Juiz de Fora. **Métodos:** Conduziu-se um estudo transversal, observacional com amostra caracterizada por usuários do SUS que frequentavam um hospital de ensino. Selecionou-se 215 voluntários, de ambos os sexos e apresentou-se a eles um vídeo de simulação de AVC, com utilização do questionário qAVC para obtenção dos dados. **Resultados:** A amostra foi de 65,12% de voluntários do sexo feminino, predominantemente com ensino médio (37,21%), majoritariamente, sem planos de saúde (71,63%). Questionados sobre o ocorrido na simulação, 55,35% indicaram que se tratava de um AVC, não sendo observada diferença entre o sexo e os acertos (OR:1,0; IC95%: 0,56-1,8; $p>0,05$). Observou-se significância estatística entre aqueles que possuíam planos de saúde e seus acertos (OR:2,1; IC95%:1,1-4,0; $p=0,03$), além da escolaridade e a capacidade de reconhecimento da condição ($p=0,006$). 42,79% dos entrevistados afirmaram que acionaria o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, entretanto, 8,37% identificaram “192” como telefone correto. **Conclusão:** Parcela significativa da amostra desconhece os sinais e sintomas tipicamente associados ao AVC, carecendo de informações sobre seu manejo, além de desconhecer os mecanismos de acionamento dos serviços médicos de urgência.

Palavras-chave: Acidente vascular cerebral, Educação em saúde, Serviços médicos de emergência.

ABSTRACT

Objective: To verify the ability to recognize the signs and symptoms of Cerebral Vascular Accident (CVA) by users of the Unified Health System (SUS) in Juiz de Fora. **Methods:** A cross-sectional, observational study

¹ Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora - MG.

was conducted with a sample characterized by SUS users who attended a teaching hospital in Juiz de Fora-MG. 215 volunteers of both sexes were selected and shown a video of a stroke simulation, using the qAVC questionnaire to obtain the data. **Results:** The sample consisted of 65.12% female volunteers, predominantly with high school (37.21%), mostly without health insurance (71.63%). Asked about what happened in the simulation, 55.35% indicated that it was a stroke, with no difference between gender and correct answers (OR:1.0; CI95%:0.56-1.8;p>0.05). There was statistical significance between those who had health plans and their correct answers (OR:2.1; CI95%:1.1-4.0;p=0.03), in addition to education and the ability to recognize the condition (p=0.006). 42.79% of respondents said they would call the Mobile Emergency Care Service, however, 8.37% identified “192” as the correct phone number. **Conclusion:** A significant portion of the sample is unaware of the signs and symptoms typically associated with stroke, lacking information about its management, in addition to ignoring the mechanisms for triggering emergency medical services.

Keywords: Stroke, Health education, Emergency medical services.

RESUMEN

Objetivo: Verificar la capacidad de reconocer los signos y síntomas del Accidente Vascular Cerebral (ACV) de los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS) de Juiz de Fora. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional transversal con una muestra caracterizada por usuarios del SUS que frecuentaban un hospital escuela. Se seleccionaron 215 voluntarios de ambos sexos y se les presentó un video de simulación de ictus, utilizando el cuestionario qAVC para la obtención de los datos. **Resultados:** La muestra estuvo conformada por 65,12% de mujeres voluntarias, predominantemente con estudios secundarios (37,21%), en su mayoría sin seguro de salud (71,63%). Preguntados sobre lo sucedido en la simulación, el 55,35% indicó que fue un ictus, sin diferenciar sexo y respuestas correctas (OR:1,0; IC95%: 0,56-1,8; p>0,05). Hubo significancia estadística entre quienes tenían planes de salud y sus respuestas correctas (OR:2,1; IC95%: 1,1-4,0; p=0,03), además de la educación y la capacidad de reconocer la condición (p=0,006). El 42,79% de los encuestados dijo que llamaría al Servicio Móvil de Atención de Urgencias, sin embargo, el 8,37% identificó el “192” como el número de teléfono correcto. **Conclusión:** Una parte importante de la muestra desconoce los signos y síntomas típicamente asociados al ictus, carece de información sobre su manejo, además de desconocer los mecanismos de activación de los servicios médicos de emergencia.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular, Educación en salud, Servicios médicos de emergencia.

INTRODUÇÃO

Apesar das drásticas mudanças envolvendo o manejo do Acidente Vascular Cerebral (AVC) nas últimas décadas terem afetado dramaticamente a sobrevivência dos pacientes que são acometidos por essa condição, o AVC mantém-se como a segunda maior causa de mortalidade na população brasileira, comumente associado a obtenção de assistência médica tardia desde o início da apresentação dos sintomas (DATASUS, 2017; JAUNCH EC, et al., 2010).

O AVC é uma emergência neurológica que tipicamente evolui com comprometimento da força e da sensibilidade contralateral a lesão, afasia, apraxia e desvio de rima labial. É comum em indivíduos idosos, tabagistas e com outras comorbidades cardiovasculares e metabólicas como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes (BENSENOR IM, et al., 2013). Ademais, é uma das moléstias mais comuns na unidade de atendimento médico de urgência, apresentando uma prevalência próxima dos 2% entre a população brasileira (DATASUS, 2017). É sabidamente uma condição relacionada a alta mortalidade e a diversas complicações que impactam na qualidade de vida do indivíduo acometido (HOOSER JCV, et al., 2020).

Para que o paciente alcance o atendimento médico especializado, uma série de obstáculos devem ser transpostos, sendo o primeiro deles a correta e precoce identificação dos sintomas, e a caracterização destes como sendo componentes do AVC (HOOSER JCV, et al., 2020; JAUNCH EC, et al., 2010, LOTUFO PA, 2005). É justamente nesta etapa que se encontra um dos maiores gargalos deste dramático panorama. Isso

porque frente a um grave desconhecimento da população sobre a identificação do AVC, especialmente entre os grupos de maior vulnerabilidade social, frequentemente o paciente perde uma janela de tempo necessária a seu tratamento (MACHADO VS, et al., 2020; MANSUR AP, et al., 2003; DATASUS, 2020)

Estudos conduzidos em transeuntes de vias movimentadas em usuários do sistema de saúde, no Brasil, na Argentina e Estados Unidos da América (EUA), que questionavam a capacidade destes de identificarem o provável diagnóstico frente a uma simulação de AVC, evidenciaram um baixo conhecimento acerca do AVC, além da incapacidade de designar o serviço de assistência adequado que deveria ser acionado (BONITA R, et al., 2014; LOPEZ AD, et al., 2006; PANCIOLI AM, et al., 1998). Outrossim, o estudo brasileiro, realizado nas quatro maiores cidades do país, demonstrou a existência de 28 expressões idiomáticas usadas para designar o quadro, portanto, sugerindo a ausência de uniformidade sobre os conceitos da doença (PONTES-NETO OM, et al., 2008; WHO, 2006).

O objetivo deste artigo foi verificar a capacidade de reconhecimento precoce do AVC por usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de Juiz de Fora - MG.

MÉTODOS

Foi conduzido um estudo transversal, observacional entre dezembro de 2021 e abril de 2022, envolvendo usuários do SUS que frequentavam, a cargo de consulta médica eletiva ou internação hospitalar um hospital de ensino, com atividades desenvolvidas 100% SUS, em um município de Minas Gerais. Selecionou-se para compor a amostra, indivíduos com idade superior à dezoito anos de idade e que se apresentavam, no momento da investigação, como usuários do SUS, e excluídos aqueles que apresentavam-se com déficit cognitivo que compromettesse a interpretação do inquérito e deficientes visuais e auditivos.

Tão logo os voluntários concordaram em participar da pesquisa, foi disponibilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que informava que eles seriam expostos a visualização da simulação clínica de uma condição médica genérica e que posteriormente seriam questionados sobre esta. Após a concordância, os voluntários foram submetidos a visualização de um vídeo contendo uma produção audiovisual sobre o AVC, cujo personagem sofria subitamente com sintomas que remetem ao AVC. Após assistirem, foram feitas perguntas (verbalmente) aos entrevistados, que interrogavam seu conhecimento sobre as manifestações clínicas do AVC, das abordagens terapêuticas existentes, e do conhecimento sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O entrevistador interveio apenas para esclarecer questões, quando necessário, abstenendo-se de sugestões de respostas.

Vídeo

Visando fornecer verossimilhança ao contexto da simulação foi providenciado, através do uso de um *smartphone* e fones de ouvido, acesso a uma produção audiovisual, desenvolvida pelos autores, contendo uma simulação de um caso súbito de AVC. O vídeo se passa em uma cozinha, em que durante uma conversa sobre amenidades, uma família se depara com o início de uma hemiparesia à direita, associada a afasia, desvio da rima labial para esquerda, incapacidade de erguer o braço direito, e, finalmente, síncope pelo genitor da família. O vídeo possui a duração de 26 segundos, e contém uma conversa, com linguagem apropriada para a compreensão da população analisada, sem linguajar técnico. Não foi autorizado que os participantes reassissem ao vídeo.

Questionário (qAVC)

Após assistirem ao vídeo, os voluntários foram submetidos a um formulário sociodemográfico, contendo quatro perguntas (Pontes-Neto OM, et al., 2008), que buscou averiguar o perfil dos usuários do SUS identificados no estudo, já que se trata de uma população heterogênea, com variados níveis de conhecimento formal, e com realidades econômicas diversificadas. Posteriormente, eles foram submetidos a perguntas, que abordavam sua capacidade de reconhecimento do AVC, noções básicas dos fatores de risco desta condição, possíveis terapêuticas, além do correto acionamento do SAMU, tomando-se como base o formulário realizado por Pontes-Neto OM, et al. (2008).

Análise Estatística

Foi utilizado o software IBM SPSS Statistics v20, com nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$) para todos os testes. Inicialmente, foi realizada a avaliação descritiva de todos os dados a partir das frequências simples e relativas. O Qui-Quadrado de Pearson foi utilizado para a análise dos dados, uma vez que todas as variáveis desse estudo são categóricas e atendiam aos pré-requisitos do teste, com exceção da variável escolaridade que foi analisada através do teste Kruskal-Wallis, por não atender aos requisitos do Qui-Quadrado.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional e apresenta como Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 47202421.7.0000.5103 e parecer número 5.096.215.

RESULTADOS

A amostra apresentou média etária de 46,14 anos (mediana=48 anos; desvio padrão=15,80) e composição de 65,12% indivíduos do sexo feminino (n=140). Observou-se que 71,63% dos participantes não possuíam planos de saúde (n=154). Em relação ao grau de escolaridade, 37,21% dos entrevistados afirmaram possuir ensino médio completo (n=80), seguidos de 20,47% com ensino fundamental incompleto (n=44), 12,09% com ensino médio incompleto (n=26), 11,16% com ensino fundamental completo (n=24), 10,23% com ensino superior completo (n=22), 7,44% com ensino superior incompleto (n=16), 0,93% de analfabetos (n=2) e 0,47% com pós-graduação (n=1) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização do Perfil Demográfico dos Entrevistados, n=215.

Variáveis	N = 215 (%)
Sexo	
Masculino	75 (34,88%)
Feminino	140 (65,12%)
Faixa etária, anos	
18-39	73 (33,95%)
40-59	94 (43,72%)
60-87	48 (22,33%)
Plano de saúde	
Sim	61 (28,37%)
Não	154 (71,63%)
Escolaridade	
Analfabetos	0 (0,00%)
EF Incompleto	44 (20,47%)
EF Completo	24 (11,16%)
EM Incompleto	26 (12,09%)
EM Completo	80 (37,21%)
ES Incompleto	16 (0,93%)
ES Completo	22 (10,23%)
Pós-graduação	1 (0,47%)

Legenda: EF: ensino fundamental; EM: Ensino Médio.

Fonte: Oliveira DA, et al., 2022.

Capacidade de reconhecimento do AVC e designações para a condição

Ao serem questionados sobre a provável causa dos sintomas apresentados no vídeo, 55,35% dos voluntários acertaram tratar-se de AVC (n=119). Importa salientar que foram utilizadas cinco expressões para designar o quadro, à saber: "AVC", "AVE", "derrame", "derrame cerebral" e "isquemia do cérebro", sendo "AVC" a mais utilizada. Contudo, 44,64% dos participantes não identificaram corretamente a doença (n=96), sendo o "Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)", a principal resposta equivocada, equivalendo a 36,46% (n=35); seguido de 14,58% dos indivíduos que informavam "não saber" o que acontecia com o ator (n=14); 6,25% responderam "paralisia cerebral"; 5,21% afirmaram tratar-se de epilepsia (n=5); 1,86% referiram a desmaio (n=4); 0,93% citaram "Ataque de pânico" (n=2) e 0,93% mencionaram "Doença de Alzheimer". 29,17% dos participantes que erraram a identificação do AVC informaram condições como "hipertensão arterial sistêmica", "diabetes mellitus", "alcoolismo", etc.

Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre o sexo do participante e a correta identificação do AVC (OR: 1,0; IC95%: 0,56-1,8; $p>0,05$). Contudo, foi observada significância estatística entre aqueles que possuíam planos de saúde e a correta identificação dos sintomas (OR: 2,1; IC95%: 1,1-4,0 $p=0,03$), sendo que os indivíduos que possuíam plano de saúde acertaram mais (72,1% de acerto) quando comparado aos que não o possuíam (55,1% de acerto).

Ademais, houve associação entre a escolaridade e o reconhecimento do AVC como provável causa do quadro apresentado ($p=0,006$). Os voluntários com mais anos de escolaridade tenderam a acertar mais quando comparados aos menos escolarizados, isto é, 84,2% dos participantes com ensino superior identificaram corretamente os sintomas, enquanto entre aqueles com ensino médio a quantidade de acertos foi de 57,5%, entre os indivíduos com ensino fundamental 51,4%, e entre os analfabetos 33,3%.

Reações diante dos sintomas do AVC

Quando questionados sobre o que fariam diante da simulação, 42,79% dos entrevistados responderam que acionariam o SAMU ($n=92$), ou similares (“acionaria 192”, “ligaria para a ambulância”) enquanto, 19,07% dos participantes afirmaram que solicitariam ajuda a pessoas próximas ($n=41$). Ademais, 8,39% informaram que levariam o paciente ao serviço de urgência mais próximo através de meios próprios ($n=18$), sendo que 72,27% destes participantes afirmaram que o levariam ao hospital ($n=13$) e 27,28% ($n=5$) à Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Além disso, outras respostas que foram verificadas na amostra incluem: “orientar o personagem a dormir até a melhora dos sintomas”, “realização de ressuscitação cardiopulmonar” ($n=5$), “realização de estratégias de proteção contra crise epilética” ($n=5$), “acionamento do corpo de bombeiros” ($n=3$), “ofereceria bicarbonato de sódio” ($n=2$).

Os participantes que responderam que acionariam o SAMU ($n=92$) foram questionados sobre qual seria o telefone de contato a ser discado e, 48,91% desses indivíduos informaram não saber o número de telefone adequado ($n=45$), enquanto, 19,57% informaram, corretamente, que o número é “192”. Os participantes também responderam que o SAMU pode ser acionado através dos números “190” ($n=9$); “193” ($n=13$), “125” ($n=1$), “102” ($n=1$) e “911” ($n=4$), que é o telefone de contato dos serviços de emergências dos EUA.

Dentre os participantes que responderam que acionariam o SAMU, 1,08% dos voluntários eram analfabetos ($n=1$), 21,7% apresentavam ensino fundamental completo ($n=20$), 48,91% apresentavam ensino médio completo ($n=45$) e 18,47 apresentavam ensino superior completo ($n=17$), não havendo correção estatisticamente significativa entre a escolaridade dos voluntários e o acerto ao serviço a ser acionado diante do AVC ($p=0,9$).

Manejo e tratamento do AVC

Quando interrogados sobre a existência de tratamento para o AVC, 73,02% dos participantes informaram que existia tratamento ($n=157$), sendo que destes 50,23% informaram que apesar de saber existir tratamento para a condição, não saberia mencionar qual é ($n=108$). Outras respostas obtidas foram: fisioterapia ($n=19$), anticoagulação ($n=6$), acompanhamento médico regular ($n=6$), anti-hipertensivos ($n=5$), etc.

Além disso, 32,56% da amostra acredita que a condição deve ser tratada por um neurologista ($n=70$), enquanto 32,09% afirmam que o especialista indicado seria o cardiologista ($n=69$). Houve associação significativa entre os indivíduos que acertaram tratar-se de um AVC e entre os que caracterizaram o neurologista como sendo o especialista mais indicado para tratamento da situação (OR:10,8; IC95%:4,6-25,1; $p<0,001$). Entretanto, mesmo com essa associação, menos da metade dos voluntários que aventaram AVC como provável causa dos sintomas apresentados pelo ator, indicaram o neurologista como especialista apropriado para tratamento do caso (48,8%).

Ademais, os participantes afirmaram majoritariamente (61,86%) que a mudança no estilo de vida é a principal ferramenta para se evitar o quadro simulado pelo ator ($n=133$), seguido de “buscar assistência médica regular” por 12,09% dos participantes ($n=26$) e 24,19% afirmaram não saber o que pode ser feito ($n=52$).

Conhecimento prévio

A maior parte dos indivíduos afirmaram nunca ter vivido uma situação semelhante à apresentada ($n=38$). Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre pessoas que já viveram eventos semelhantes ao demonstrado e a correta identificação dos sinais e sintomas como fruto do AVC (OR: 1,1; IC95%:0,59-2,0; $p=0,88$). Ademais, 66,51% da população estudada informaram que nunca receberam nenhum tipo de informação sobre o AVC ($n=143$), seja por profissionais de saúde ou veículos de mídia tradicionais.

Cumprido salientar, que houve associação entre a escolaridade e o fato de possuírem plano de saúde ($p<0,001$) sendo que indivíduos com mais escolaridade tendiam a apresentar plano de saúde enquanto os menos escolarizados dependiam apenas do SUS. Dos que tinham ensino superior 55,2% tinham plano de saúde enquanto nenhum analfabeto dispunha desse recurso. 20,7% dos participantes com ensino médio tinham plano de saúde e 26,4% dos com ensino fundamental tinham acesso à saúde suplementar.

DISCUSSÃO

Diante da transição epidemiológica que o Brasil vivencia nos últimos anos, as doenças circulatórias têm assumido importância na saúde pública ao representarem as principais causas de óbito no país, o que também é verificado no município onde se sucedeu esta pesquisa (SECRETARIA DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA, 2011). Observou-se que dentre a amostra analisada, 55,35% ($n=119$) constataram que o quadro apresentado no vídeo era de um AVC. Porém, múltiplas designações foram utilizadas para caracterizar a mesma condição, o que além de denotar as diferenças culturais presentes no país acerca da nomenclatura do AVC, demonstram a desigualdade do entendimento da doença, comprovando a necessidade de ações informativas sobre a patologia, que forneçam conhecimentos de qualidade à população leiga (COSTA F, et al., 2008; PONTES-NETO OM, et al., 2008).

Ademais, constatou-se associação estatisticamente significativa entre escolaridade e o diagnóstico correto ($p=0,006$), em que os indivíduos com maior grau de escolaridade tenderam a acertar mais o diagnóstico, o que destaca, principalmente, o abismo existente do acesso ao conhecimento formal e o conhecimento médico (MACHADO VS, et al., 2005).

Ademais, notou-se que indivíduos que apresentavam plano de saúde obtiveram maior probabilidade de caracterizar corretamente a condição clínica observada (72,1%), quando comparados aos indivíduos que não os possuíam (55,1%), com diferença estatisticamente significativa ($p=0,03$), sugerindo que melhores condições socioeconômicas tendem a influenciar no conhecimento de condições médicas como o AVC (PONTES-NETO OM, et al., 2008). Outro fator que destaca essa situação é a associação significativa entre a escolaridade e plano de saúde ($p<0,001$) sendo que indivíduos com mais escolaridade tendiam a apresentar plano de saúde enquanto os menos escolarizados dependiam apenas do SUS (MACHADO VS, et al., 2005; DOSSI DE, et al., 2019).

Apesar do acionamento do SAMU ter sido a resposta mais recorrente (42,72%), 50,56% ($n= 45$) dos entrevistados não souberam indicar qual o número do serviço. O "192" foi obtido como resposta em 20,22% ($n= 18$) dos participantes que optaram por recorrer ao SAMU. Outros números citados foram "193" cuja função é acionar o Corpo de Bombeiros (14,61%), "190" utilizado para urgências policiais (10,11%), "911" telefone de emergência dos EUA (4,49%), "102" que representa o auxílio à lista telefônica (2,25%) e "126" compreendendo em um número inválido. Além do acionamento do SAMU, 19,07% ($n= 41$) dos usuários afirmaram que adotariam como conduta diante do quadro a "ajuda de pessoas próximas", 8,38% "levariam ao hospital ou à UPA por meios próprios", 2,33% "realizariam manobras de ressuscitação cardiopulmonar", 2,33% "realizariam estratégias de proteção contra complicações de crise convulsiva", 0,93% "ofereceria bicarbonato", etc. Esses dados sugerem um pior prognóstico dos potenciais casos de AVC pela desinformação em relação ao manejo do paciente, cuja dificuldade de adequação ao atendimento, resulta em mais tempo de espera sem assistência médica e, conseqüentemente, mais dano ao tecido cerebral (BARBOSA AML, et al., 2021).

A especialidade médica mais indicada pelos participantes foi o neurologista (32,56%), seguido pelo cardiologista (32,09%). Ademais, 20% não souberam relatar qual o profissional mais adequado para tratar a condição. Resultado que confirma a carência de informação pela população leiga e a necessidade de políticas públicas para sanar tal desinformação (LOTUFO PA, 2005). Notou-se associação significativa ($p < 0,001$) entre indivíduos que acertaram que a simulação apresentava retratava um AVC e os que referiram o neurologista como profissional adequado. Entretanto, mesmo com essa associação, menos da metade dos voluntários que aventaram AVC como resposta (48,8%) indicaram o neurologista como especialista. Isso demonstra a dificuldade de identificar o profissional para a condução do caso, mesmo reconhecendo corretamente o AVC, o que também é evidenciado nos estudos com populações maiores (DOSSI DE, et al., 2019; MACHADO VS, et al., 2005; PONTES-NETO OM, et al., 2008; HOOSER JCV, et al., 2020).

Ao ser indagada sobre formas de profilaxia primária ao AVC, 61,86% ($n = 133$) dos voluntários indicaram a mudança do estilo de vida como principal ferramenta. Porém, 24,19% ($n = 52$) não conseguiram sequer identificar fatores que poderiam ser utilizados para evitar a condição. Tal resultado é alarmante para a saúde pública, à medida que sugere desconhecimento da população sobre formas de evitar uma das principais causas de morte no Brasil. A busca por assistência médica foi referida por 12,09% ($n = 26$) da amostra (MONTEIRO WA, et al., 2022; PANCIOLI AM, et al., 1998).

Apesar de ser uma doença prevalente, 71,16% dos entrevistados negarem ter presenciado episódios semelhantes ao quadro de AVC. Porém, cerca de 61,29% ($n = 38$) dos que afirmaram ter presenciado a condição apresentaram como reação a busca imediata por auxílio de cuidados médicos. 3,23% do grupo que presenciou o evento, referiram “acalmar a vítima” como resposta, fato que posterga o acesso do indivíduo ao acesso médico de qualidade, deflagrando em pior prognóstico e maior chance de morbidade, o que também foi verificado em estudos envolvendo grandes cidades brasileiras (PONTES-NETO OM, et al., 2008; MACHADO VS, et al., 2005).

CONCLUSÃO

Esse estudo evidenciou a carência de informação na população analisada, englobando deficiência de conhecimento sobre a identificação precoce dos sinais e sintomas, o manejo, tratamento e prevenção do AVC. A maior parte da amostra desconhece o número do SAMU, fato que agrava, não somente o prognóstico desta comorbidade, mas os demais casos de urgência e emergência. Esse problema foi identificado mesmo diante de uma população dotada de maior escolaridade e maior acesso ao serviço suplementar de saúde através dos planos de saúde, sugerido uma vulnerabilidade ainda maior na população geral. Diante disso, maior difusão de informações acerca do AVC deve ser estabelecida através de múltiplos canais de comunicação, visando abranger de forma mais igualitária os diversos segmentos sociais. Tais ações otimizariam o prognóstico dos doentes e reduziria o impacto desta doença na sociedade, tanto em relação à mortalidade, quanto da incapacidade ocasionada pelo atraso ao tratamento adequado.

REFERÊNCIAS

1. BARBOSA AML, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes internados por acidente vascular cerebral no nordeste do Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(1): e5155.
2. BENSENOR IM, et al. Prevalência de acidente vascular cerebral e de incapacidade associada no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 2015; 73: 746-50.
3. BONITA R, et al. The Global Stroke Initiative. *Lancet Neurol*, 2004; 3: 391–3.
4. COSTA F, et al. Nível de conhecimento da população adulta sobre acidente vascular cerebral (AVC) em Pelotas – RS. *J Bras Neurocirurg*, 2008; 19: 31-7.
5. DATASUS. 2017. Análise de saúde e vigilância de doenças não transmissíveis: Principais causas de morte. Disponível em: <http://svs.aims.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/gbd-brasil/principais-causas/>. Acessado em: 3 de janeiro de 2022.
6. DATASUS. 2020. Mortalidade In.: DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acessado em: 31 de maio de 2022.

7. DOSSI DE, et al. A population-based survey of stroke knowledge in Argentina: The SIFHON Study. *Neuroepidemiology*, 2019; 53: 32-40.
8. HOOSER JCV, et al. Knowledge of heart attack and stroke symptoms among US Native American Adults: a cross-sectional population-based study analyzing a multi-year BRFSS database. *BMC Public Health*, 2020; 20: 1-10.
9. JAUNCH EC, et al. American Heart Association guidelines for resuscitation and emergency cardiovascular care: Adult stroke. *Circulation*, 2010; 122: 818-28.
10. LOPEZ AD, et al. Global and regional burden of diseases and risk factors: Systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2006; 367: 1747-57.
11. LOTUFO PA. Stroke in Brazil: a neglected disease. *São Paulo Med J*, 2005; 123: 3-4.
12. MACHADO VS, et al. Conhecimento da população sobre Acidente Vascular Cerebral em Torres RS. *Rev Bras Neurol*, 2020; 56: 11-4.
13. MANSUR AP, et al. Stroke and ischemic heart disease mortality trends in Brazil from 1979 to 1996. *Neuroepidemiology*, 2003; 22: 179-83.
14. MONTEIRO WA, et al. A importância da mobilização precoce em acidente vascular cerebral prévio: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2022; 8: e9921.
15. PANCIOLI AM, et al. Public perception of stroke warning signs and knowledge of potential risk factors. *JAMA*, 1998; 279: 1288-92.
16. PONTES-NETO OM, et al. Stroke awareness in Brazil: Alarming results in a community-based study. *Stroke*, 2008; 39: 292-6.
17. SECRETARIA DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA. Doenças do aparelho circulatório são as principais causas de morte em JF, segundo levantamento da saúde. In: Secretaria Municipal de Juiz de Fora. Juiz de Fora: Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia=29892#:~:text=Doen%C3%A7as%20do%20aparelho%20circulat%C3%B3rio%20s%C3%A3o,da%20Sa%C3%BAde%20%2D%20Portal%20PJF%20%7C%20Not%C3%ADcias&text=Entre%20os%20males%20circulat%C3%B3rios%2C%20o,do%20universo%20de%20doen%C3%A7as%20circulat%C3%B3rias>. Acessado em: 31 de maio de 2022.
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Steps stroke manual. 2006. In: World Health Organization. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>. Acessado em: 24 de janeiro de 2022.