UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

ANA KAROLINA ZAMPRONIO BASSI

Estilo de vida e histórico de saúde de pessoas com e sem Acidente Vascular Encefálico (AVE): contribuições para a Fonoaudiologia e ciências da saúde

BAURU
2015

ANA KAROLINA ZAMPRONIO BASSI

**Estilo de vida e histórico de saúde de pessoas com e sem
Acidente Vascular Encefálico (AVE): contribuições para a
Fonoaudiologia e ciências da saúde**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas, na área de concentração Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Magali de Lourdes Caldana

Versão corrigida

**BAURU
2015**

B294e

Bassi, Ana Karolina Zamprônio

Estilo de vida e histórico de saúde de pessoas com e sem Acidente Vascular Encefálico (AVE): contribuições para a Fonoaudiologia e ciências da saúde / Ana Karolina Zamprônio Bassi. – Bauru, 2015.

109p. : il. ; 30cm.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Magali de Lourdes Caldana

Nota: A versão original desta tese encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Ana Karolina Zamprônio Bassi

Data:

Comitê de Ética do Centro de Ensino São Lucas
CAAE: 21523113.2.0000.0013
Data: 22/10/2013

ANA KAROLINA ZAMPRONIO BASSI

19 de maio de 1981	Nascimento
Filiação	Clarindo de Achilles Bassi Ana Maria Zampronio Bassi
2001-2004	Curso de Graduação em Fonoaudiologia, Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP.
2005	Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Coletiva, Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP.
2005-2006	Curso de Aperfeiçoamento em Perícias Forenses em Odontologia na Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo – FOB-USP.
2007-2009	Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em nível de mestrado, na Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo – FOB-USP.
2011	Especialista em Saúde Coletiva pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa.
2011-2015	Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em nível de doutorado, na Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo – FOB-USP.

DEDICATÓRIA

À minha família **Clarindo, Ana Maria e Ana Claudia** que sempre foram meu alicerce. De vocês recebi a união de uma família, o carinho, a compreensão, a força, o apoio mesmo em meio às constantes ausências. Estão presentes diariamente em minha vida mesmo com a distância.

Pai, com você aprendi a ser teimosa, determinada e sempre enxergar o lado positivo de cada situação difícil.

Mãe... sua justiça, companheirismo e conforto sempre me acalentaram.

E Claudia poder contar com todo o seu amor e compreensão sempre me fizeram sentir muito amada...

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por me fazer ser tão especial e feliz em todos os momentos. Agradeço pela força, paciência, determinação e saúde dadas a mim para a conquista de todos os objetivos.

À minha eterna mestre **Profa. Dra. Magali de Lourdes Caldana** pelas oportunidades, carinho e conselhos. A você que sempre confiou em mim, saiba que tenho muito respeito e admiração.

Aos meus avôs **Dirce** (*in memoriam*) e **Antonio Zampronio** e, tios-avôs, **Alzira** (*in memoriam*) e **Sebastião Zampronio** (*in memoriam*) que ajudaram a construir a pessoa que me tornei.

Obrigada **Adriano, Dani, João, Lorena, Tames e Izabele** pelos momentos maravilhosos e felizes. Vocês são a extensão da minha família. Guardo na memória o sorriso de cada um de vocês.

À amiga e competente colega **Pâmela Paôla**, fonoaudióloga do Hospital João Paulo, por proporcionar a execução deste trabalho, minha gratidão.

Um agradecimento especialmente à aluna **Natana** pela sua motivação, dedicação e competência em todo o decorrer deste estudo. Você foi imprescindível.

À **Viviane Castro de Araújo** pelo seu apoio, pois nunca mediu esforços para que eu crescesse profissionalmente. Sou muito grata.

Às minhas secretárias **Cléia, Néia e Adriele** que supriram e executaram seu trabalho eficientemente nos momentos de minha ausência. Obrigada pela equipe competente e comprometida que são.

Às fonoaudiólogas, colegas de trabalho e parceiras por quem nutro grande afeição **Lidiane Rodrigues, Márcia e Liliane**.

Às acadêmicas **Ana Carolina, Fernanda, Edna, Scherley e Maiara** que auxiliaram na execução deste estudo.

Aos amigos que conquistei ao longo desta trajetória e que sempre me apoiaram e motivaram **Ricardo, Talita, Juliane, Maciel, Aline, Vanessa, Évely, Rogério, Petris, Alex e Lorryne**. Sempre fui acolhida com muito carinho.

Aos demais amigos que mesmo distantes ainda levo no coração, pois fazem parte da minha história **Edmara, Roberta, Inayara, Eliana, Prof. Dr. Roosevelt, Maurício e Ariádnés**.

À amiga **Cibele**, companheira durante o treinamento militar do Exército Brasileiro e parceira no estágio de adaptação de vida na selva (EAVS). Obrigada pela força em dias tão difíceis.

Ao **Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos** que considero homem de inigualável sabedoria.

Ao **Prof. Dr. Heitor Marques Honório** pela sua grande contribuição nas orientações e direcionamento deste estudo.

Aos professores do Departamento de Saúde Coletiva que fizeram parte de minha história acadêmica desde o mestrado **Prof. Dr. Arsênio Sales Peres, Profa. Dra. Silvia Helena de Carvalho Sales Peres, Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris e Profa. Dra. Nilce Emy Tomita**.

À Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, na qual agradeço nas pessoas dos professores **Profa. Dra. Maria Aparecida de Andrade Moreira Machado e Prof. Dr. Carlos Ferreira dos Santos**.

A todos os **funcionários da USP no campus de Bauru** especialmente aos do **Departamento de Saúde Coletiva, Biblioteca, Pós-graduação FOB** que de alguma forma contribuíram no desenvolvimento do trabalho.

Por fim, aos participantes e às instituições parceiras **Hospital e Pronto Socorro João Paulo II, Secretaria Municipal de Assistência Social do município de Porto Velho e Igreja Metodista Wesleyana** sem os quais não seria possível a execução deste estudo...

*“Quando o rádio foi descoberto, ninguém sabia que seria útil em hospitais.
O trabalho era a ciência pura. E isto é uma prova de que o trabalho científico não deve ser considerado do ponto de vista da utilidade direta.
Você deve fazer por si mesmo, a beleza da ciência, e, em seguida, há sempre a possibilidade de que uma descoberta científica possa se tornar como o rádio em benefício da humanidade.”*

Marie Curie

“O homem erudito é um descobridor de fatos que já existem mas o homem sábio é um criador de valores que não existem e que ele faz existir”

Albert Stein

“Você pode encarar um erro como uma besteira a ser esquecida, ou como um resultado que aponta uma nova direção.”

Steve Jobs

RESUMO

Introdução: O AVC é a segunda maior causa de mortalidade no Brasil que ocorre muitas vezes devido ao descuido com a saúde e aumento dos fatores de risco como hipertensão arterial, tabagismo, diabetes *mellitus* além do estilo de vida. **Objetivo:** Comparar histórico de vida, saúde e hábitos entre adultos considerados saudáveis (GC) e pessoas acometidas (GE) pelo acidente vascular cerebral quanto às condições adequadas e inadequadas entre os sexos, raças e idade e testar o instrumento utilizado. **Materiais e métodos:** estudo foi composto por 144 participantes, sendo 72 de cada grupo (GC e GE) com pareamento dos mesmos quanto à idade, sexo e raça. A coleta ocorreu no Hospital e Pronto Socorro João Paulo II, no Centro de Convivência do Idoso da Secretaria Municipal de Saúde, Igreja Metodista Wesleyana e Praça Aluísio Ferreira. Foi utilizado o questionário com perguntas auto referidas com pontuações de 0 a 4 (0-nada, 1-muito pouco, 2-médio, 3-muito, 4-extremamente). **Resultados:** Obtiveram as piores médias para o GE taquicardia (GE 1,89, GC 0,79), formigamentos (GE 2,00, GC 0,83), diabetes (GE 2,36, GC 0,92), hipertensão (GE 6,14, GC 2,25), problemas cardíacos (GE 2,06, GC 0,72), suspeita de AVC pelo médico (GE 6,83, GC 0,53), ser fumante (GE 1,01, GC 0,33), consumo de refrigerante (GE 1,75, GC 1,19), presença de níveis aumentados de colesterol/ triglicerídeos/ glicose (GE 1,40, GC 0,82), utilização de algum tipo de medicação (GE 2,97, GC 0,97) e histórico familiar de AVC (GE 3,58, GC 2,44), sendo estes, considerados fatores de risco para AVC. O sedentarismo foi maior no GC (GC 1,92, GE 0,56). Para as questões de condições adequadas, os piores resultados apresentados foram o GE quanto ao conhecimento sobre AVC (GE 3,17, GC 2,65), presença de dieta adequada (GE 3,08, GC 2,69), consumo de sucos (GE 1,88, GC 1,43), atividades físicas regulares (GE 3,39, GC 2,31), possuir condicionamento físico (GE 2,74, GC 2,29) e prática de esportes (GE 3,92 e GC 2,75). As piores médias foram do GC apenas quanto à dieta saudável regular (GC 1,93, GE 1,51) e busca por hábitos saudáveis no que concerne o estilo de vida e alimentação (GC 2,08, GE 1,57). O sexo masculino obteve maior pontuação média (89,11, $p=0,036$) entre os sexos para o GE e a raça branca do GC apresentou maior pontuação média (70,17, $p=0,011$) não havendo correlação entre a idade e a pontuação total entre grupos. Ao testar o instrumento, encontrou-se ponto de corte de 68 com sensibilidade de 83,8% e especificidade de 68%. **Conclusão:** O sedentarismo apresentou pior pontuação para o GC; presença de histórico de taquicardia, formigamentos, diabetes, hipertensão, problemas cardíacos, suspeita de AVC, tabagismo, níveis alterados de colesterol/ triglicerídeos/glicose, consumo de refrigerantes utilização de medicamento e histórico familiar de AVC tiveram piores resultados para o GE e ainda este grupo apresentou resultados piores quanto ao conhecimento anterior sobre AVC, possuir dieta adequada, frequência do consumo de sucos, realização de atividade físicas regulares, apresentar condicionamento físico e frequência na prática esportes podendo serem estes os fatores agravantes para desencadear o acometimento. A raça negra do GC apresentou os melhores resultados do questionário e o sexo feminino do GE apresentou os melhores achados do questionário. A pontuação 68,0 do instrumento poderá ser utilizado para Averiguar chances de desenvolver AVC.

Palavras-chave: Saúde coletiva. Acidente vascular cerebral. Programas de rastreamento. Fonoaudiologia. Qualidade de vida. Hipertensão. Diabetes. Hábitos alimentares.

ABSTRACT

Lifestyle and health history of people with and without stroke: contributions to speech and language therapy and health sciences

Introduction: The stroke is the second leading cause of death in Brazil that often occurs due to the neglect of health and increased risk factors such as hypertension, smoking, diabetes *mellitus* beyond lifestyle. **Purpose:** To compare history of life, health and habits among adults considered healthy (GC) and affected persons (GE) by the stroke on appropriate conditions and inadequate sex, race and age and test the instrument. **Methods:** study consisted of 144 participants, 72 from each group (CG and SG) to pair the same as the age, sex and race. The gathering took place in Hospital João Paulo II, Center of the Municipal Health Elderly, Wesleyan Methodist Church and Plaza Aluísio Ferreira. It used the questionnaire with questions such self with scores 0 to 4 (0-none, 1-very little, 2-medium, 3-lot, four extremely). **Results:** They obtained the worst Averages for the GE tachycardia (GE 1.89, 0.79 GC), tingling (GE 2.00, 0.83 GC), diabetes (GE 2.36, 0.92 GC), hypertension (GE 6 14, GC 2.25), heart problems (GE 2.06, 0.72 GC), suspected stroke by the physician (GE 6.83, 0.53 GC), smoking (1.01 GE, GC 0 , 33), soda consumption (GE 1.75, 1.19 GC), presence of increased levels of cholesterol / triglycerides / glucose (GE 1.40, 0.82 GC), using some type of medication (GE 2 97, GC 0.97) and family history of stroke (GE 3.58, 2.44 GC), which are considered risk factors for stroke. A sedentary lifestyle was higher in GC (GC 1.92, 0.56 GE). For the right conditions issues, the worst results were the GE as the knowledge of stroke (3.17 GE, GC 2.65), presence of proper diet (GE 3.08, 2.69 GC), consumption of juices (GE 1.88, 1.43 GC), regular physical activity (GE 3.39, 2.31 GC), have fitness (GE 2.74, 2.29 GC) and sportswear (GE 3.92 and GC 2.75). The worst averages GC just as the regular healthy diet (GC 1.93, 1.51 GE) and search for healthy habits regarding lifestyle and food (GC 2.08, 1.57 GE). Males had a higher average score (89.11, $p = 0.036$) between the sexes for the GE and GC whites had a higher average score (70.17, $p = 0.011$) with no correlation between age and the score Total between groups. To test the instrument, he found himself cut-off point of 68 with a sensitivity of 83.8% and specificity of 68%. **Conclusion:** The sedentary lifestyle worst score for GC; presence of tachycardia history, tingling, diabetes, hypertension, heart problems, suspected stroke, smoking, abnormal levels of cholesterol / triglycerides / glucose consumption of soft drinks use of medicine and history familial stroke had worse results for GE and later this group showed worse results as the previous knowledge about stroke, have proper diet, frequency of consumption of juices, undertaking regular physical activity, fitness and often present in practice these sports can be aggravating factors to trigger the onset. Blacks GC showed the best results of the questionnaire and the female GE presented the best findings of the questionnaire. Scoring 68.0 of the instrument can be used to determine chances of developing stroke.

Keywords: Public health. Stroke. Mass screening. Speech, Language and hearing sciences. Quality of life. Hypertension. Diabetes *mellitus*. Food habits.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Hospital e Pronto Socorro João Paulo II	46
Figura 2 -	Centro de convivência dos idosos de Porto Velho/RO	48
Figura 3 -	Praça Aluísio Ferreira.....	49
Figura 4 -	Igreja Metodista Wesleyana de Porto Velho (visão sede zona norte de Porto Velho/RO).....	49
Figura 5 -	Curva Roc para a pontuação total de corte	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Comparação das pontuações médias por pergunta entre GE e GC dos fatores e condutas negativas quanto à dieta, estilo de vida, hábitos e condições de saúde relatados pelos participantes com e sem acometimento por AVC	58
Tabela 2 -	Comparação das pontuações por pergunta e pontuação geral entre GE e GC dos fatores e condutas positivas quanto à dieta, estilo de vida, hábitos e condições de saúde relatados pelos participantes com e sem acometimento por AVC	60
Tabela 3 -	Comparação das pontuações gerais entre GE e GC dos fatores e condutas positivas quanto à dieta, estilo de vida, hábitos e condições de saúde relatados pelos participantes com e sem acometimento por AVC	61
Tabela 4 -	Análise da sensibilidade e especificidade para cada pontuação obtida	62
Tabela 5 -	Comparação entre os sexos e a pontuação total por grupo quanto à dieta, estilo de vida, hábitos e condições de saúde relatados pelos participantes com e sem acometimento por AVC...	64
Tabela 6 -	Comparação entre as raças e a pontuação total por grupo quanto à dieta, estilo de vida, hábitos e condições de saúde relatados pelos participantes com e sem acometimento por AVC	64
Tabela 7 -	Correlação da idade e pontuação média quanto à dieta, estilo de vida, hábitos e condições de saúde relatados pelos participantes com e sem acometimento por AVC	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVCH	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
AVCI	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
CV	Coeficiente de Variação
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DP	Desvio Padrão
GC	Grupo Controle
GE	Grupo Experimental
HDL	<i>High density lipoproteins</i> (lipoproteínas de alta densidade)
HEPSJPII	Hospital e Pronto Socorro João Paulo II
IC	Intervalo de Confiança
IMW	Igreja Metodista Wesleyana
JPII	João Paulo II
LDL	<i>Low Density Lipoproteins</i> (lipoproteínas de baixa densidade)
N	Amostra
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSII	Pronto socorro II
QSAVI	Questionário auto-referido sobre condições de saúde e estilo de vida para desenvolvimento de acidentes vasculares cerebrais (QSAVI-AVC)
r	Correlação
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMAS	Secretaria Municipal de Assistência à Saúde do Município de Porto Velho
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidades de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	PROCESSO SAÚDE DOENÇA	23
2.2	QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO DE SAÚDE EM ADULTOS	24
2.3	DETERMINANTES SOCIAIS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	25
2.4	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	27
2.5	FATORES DE RISCO PARA O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	28
2.6	TIPOS DE AVC E CAUSAS	32
2.7	FONOAUDIOLOGIA E AVC	34
2.8	SINTOMAS DOS AVC	36
3	OBJETIVOS	39
3.1	OBJETIVO GERAL	41
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
4	CASUÍSTICA E MÉTODOS	43
4.1	SELEÇÃO AMOSTRAL	45
4.2	LOCAIS DA PESQUISA	46
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	50
4.3.1	Grupo experimental	50
4.3.2	Grupo controle	50
4.4	INSTRUMENTO	50
4.5	PROCEDIMENTOS	52
4.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	52
5	RESULTADOS	55
6	DISCUSSÃO	67
7	CONCLUSÕES	83
	REFERÊNCIAS	87
	ANEXOS	97

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é o acometimento neurológico mais frequente dentre as doenças cerebrovasculares. É uma alteração que se classifica de acordo com o quadro clínico podendo ser isquêmica (AVCI) onde ocorre obstrução do vaso sanguíneo ou hemorrágico (AVCH), que causa o rompimento do vaso sanguíneo desenvolvendo hemorragia intracraniana (CRUZ; DIOGO, 2009).

O termo acidente vascular encefálico (AVE) é o termo mais atual e adequado por incluir as estruturas cerebrais e tronco encefálico. No entanto, o termo acidente vascular cerebral é o termo mais popularmente conhecido através das diversas campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde. Tendo em vista o exposto, o termo acidente vascular cerebral foi adotado neste estudo (BRASIL, 2015).

O AVC é a segunda maior causa de mortalidade no Brasil que ocorre muitas vezes devido ao descuido com a saúde e aumento dos fatores de risco como hipertensão arterial, tabagismo, uso abusivo de álcool, diabetes *mellitus*, alimentação inadequada e obesidade (SCHUSTER et al., 2008; CAVALCANTE et al., 2010). Entretanto, quando ocorre o cuidado com a saúde usufruindo de uma alimentação balanceada, realização de exercícios físicos, desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis e quando leva-se em consideração a individualidade tais como idade, sexo, perfil socioeconômico, raça e cuidado com o peso, ocorre diminuição dos fatores de risco que propiciam o desenvolvimento da doença (BOAS et al., 2011).

Os determinantes sociais são importantes itens a serem analisados visto que também é possível identificar os riscos para obtenção da doença. Esse termo resume os determinantes sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientes que influenciam no processo saúde-doença. Os que mais influenciam nesse processo referem-se ao determinante de estratificação social tais como renda, preconceito em relação a sexo, raça e/ou deficiências. Estes mecanismos estruturais – que modifica o posicionamento social dos indivíduos - são os que mais geram iniquidades em saúde (WHO, 2010).

A população atual do Brasil é de 205.102. 332 habitantes (IBGE, 2015). Segundo o Censo do IBGE (2010) são mais de 20.595 milhões de pessoas com

mais de 60 anos. A população da cidade de Porto Velho – Local da Pesquisa - é de 428.527 habitantes sendo a população adulta acima dos 30 anos estimada em 182.003 (BRASIL, 2010). Tomando como índice de acometimento de AVC de 12,8% em países de renda média como o Brasil, estima-se que a população acometida por AVC seja de 23.000 acometidos para cada 156.000 sem AVC na capital do estado de Rondônia (ADAMS, 2013).

O acometimento por AVC acontece com maior frequência em pessoas acima dos 60 anos por serem mais suscetíveis a danos cerebrais, mas atualmente o AVC vem atingindo pessoas cada vez mais jovens. O sexo masculino é o mais acometido por possuírem menos cuidado com a saúde e serem mais suscetíveis aos fatores de risco que desencadeiam o AVC como o tabagismo e álcool ((MELO-SOUZA, 2000; RABELO; NÉRI, 2006; ARRUDA; REIS; FONSECA, 2014). A raça negra é a que apresenta maior número de acometimentos por possuir maiores fatores genéticos para o desenvolvimento de doenças que beneficiam o aparecimento do AVC como a hipertensão arterial e diabetes *mellitus* (BLOCK; KASTRAU, 2004; SCALZO et al., 2010).

O nível de escolaridade está ligado diretamente ou indiretamente à saúde sendo este um determinante social não modificável, tendo em vista que pessoas com melhor nível de conhecimento apresentam cuidado maior com a saúde já que possuem mais esclarecimentos quanto a como as alterações com a saúde por ter esclarecimento das alterações que possam por em risco sua vitalidade (MACIEL; GUERRA, 2005), porém quanto maior o tempo de trabalho diário ocorre um menor cuidado com a saúde e, assim, um aumento dos fatores de risco (MOURA; DIAS; REIS, 2007).

A falta de informação é um sério fator de risco para o acometimento de doenças, o estilo de vida inadequado como tabagismo, uso de drogas, stress, uso de anticoncepcionais, obesidade e sedentarismo afetam diretamente à saúde do indivíduo. Os riscos iniciais para a saúde sofrem influências do comportamento individual, dificuldades e barreiras da realidade social (CHAVES, 2000).

Como determinantes sociais modificáveis encontra-se vários fatores ligados intimamente aos hábitos de vida. O sobrepeso ou obesidade aumentam o risco do desenvolvimento das doenças cerebrovasculares, pois é considerada a doença do século XXI e de difícil controle. Sua presença ocorre por hábitos alimentares

predisponentes e sedentarismo, fato este que aumenta as chances do desenvolvimento dos fatores de risco (CAVALCANTE et al., 2010).

A hipertensão arterial é o principal fator de risco para o desenvolvimento do AVC, aumentando cerca de 3 vezes o risco para o aparecimento da doença (ZÉTOLA et al., 2001; PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004; SCHUSTER et al., 2008; CAVALCANTE et al., 2010; CHAVES et al., 2013). Atinge principalmente pessoas com menor nível de escolaridade, com idade mais avançada e as que estão acima do peso (BORGES; CRUZ; MOURA, 2008).

O tabagismo é a segunda maior causa de AVC e é considerado um fator de risco modificável. Este item segue como a segunda maior causa de AVC aumentando em três vezes mais o risco do acometimento (MELO-SOUZA, 2000). Os usuários de tabagismo tem maiores chances de desenvolver o acidente vascular cerebral do tipo hemorrágico que apresenta-se como um fator de alta mortalidade e baixa morbidade (CHAVES, 2000).

O alto consumo de álcool, aumenta a incidência do acometimento cerebral, porém, seu uso reduzido, consumindo vinho, cerveja e bebida destilada em baixa quantidade reduzem os riscos de desenvolvimento de doenças cerebrovasculares por aumento do colesterol bom (HDL) (ZÉTOLA et al., 2001; PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004; SCHUSTER et al., 2008; CAVALCANTE et al., 2010).

A presença do colesterol ou de triglicerídeos elevados, não possuem significância para o desenvolvimento do AVC, mas o seu controle beneficia a saúde (CAVALCANTE et al., 2010). A alta ingestão de gordura saturada e colesterol podem contribuir significativamente com a incidência de doenças cardiovasculares entre elas o acidente vascular cerebral.

O diabetes *mellitus* é um sério fator de risco para o desenvolvimento do AVC uma vez que aumenta a formação de placas de ateroscleroma podendo causar obstrução de algum vaso sanguíneo e, sua incidência, dobra o risco de ocorrer um novo acometimento (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004; CAVALCANTE et al., 2010).

O consumo excessivo de álcool, sódio em alimentos como hambúrguer, alimentos em conserva e enlatados, batata frita, induzem riscos, pois esses componentes levam ao aumento da pressão arterial que é considerado o principal

fator de risco para o acometimento por AVC (SILVA, 2011). Ocorrendo uma alimentação balanceada rica em frutas e verduras, hortaliças, fibras, alimentos ricos em potássio, vitamina C, B6, B9, E, prática diárias de exercícios físicos, controle da pressão arterial, redução do consumo do álcool, reduzem os riscos de um possível AVC (RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002).

A realização de atividade física regular propicia um melhor cuidado com a saúde, desenvolve menor risco para o desenvolvimento de doenças e de acometimento por AVC, além de ocorrer um melhor desenvolvimento das relações interpessoais, melhora do humor e do comportamento social (COSTA; DUARTE, 2002). Atividade física aliada ao consumo diário de frutas, verduras e legumes reduz consideravelmente o desenvolvimento de doenças como diabetes, problemas cardíacos e o acometimento por AVC (SILVA, 2011).

Portanto, o AVC é um problema de saúde pública e ainda não se tem um instrumento de fácil aplicação para mensurar os riscos para seu aparecimento a partir do estilo de vida e hábitos de saúde. Tendo em vista o exposto, o objetivo deste estudo é comparar histórico de vida, saúde e hábitos entre adultos considerados saudáveis (GC) e pessoas acometidas (GE) pelo acidente vascular cerebral.

2 Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PROCESSO SAÚDE DOENÇA

O conceito de saúde utilizado atualmente refere ações de aspectos básicos de saúde (BUSS, 2000; BARROS, 2002). A saúde é relacionada aos fatores mentais, sociais e físicos e não somente a ausência da doença. São ações que visam a qualidade de vida com ações que insiram a comunidade. É a prática de alimentação saudável, renda, condições adequadas de lazer, educação, serviços básicos de saúde com presença de saneamento básico, água tratada e a adequação do ambiente em que vivem (BUSS, 2000; MALTA et al., 2006; IWABE; DIZ; BARUDY, 2008).

A doença é a falta de equilíbrio entre o ambiente e as condições de saúde do indivíduo. Antigamente era considerado um fator de castigo por algo que a família, a comunidade que viviam ou o próprio sujeito havia cometido. Para o tratamento, realizavam rituais com feiticeiros, para que a doença pudesse ser retirada, fato que até hoje algumas culturas, como a indígena, segue. A mudança de pensamento onde deixaram de acreditar em castigos divinos, para o entendimento do porque a doença ocorria, teve seus primeiros relatos na Grécia antiga, especificamente no século VI a.C. por meio da criação da filosofia (BARROS, 2002).

Hipócrates, considerado o pai da medicina, formulou seu pensamento na construção do processo saúde doença por meio da teoria denominada de humores corporais, que incluíam as estruturas sanguíneas, fleugma e as bílis amarela e negra, que de acordo com a quantidade existente no corpo humano levariam ao estado de equilíbrio da saúde e caso estivessem em quantidade errada levaria ao estado da doença. O filósofo Alcmeon criou e utilizava o pensamento de equilíbrio para o processo da saúde e da doença, onde para que não desenvolvesse a enfermidade, dois fatores deveriam andar em conjunto sendo elas a integração entre meio ambiente e os organismos que adequavam à saúde. A vida saudável deveria ligar questões com o corpo, hábitos alimentares saudáveis, cuidados com a mente e tudo deveria ocorrer de modo controlado, sem exageros (BARROS, 2002).

Para Galeno, importante médico que descobriu as funções de diversas partes do corpo, relatou que após ocorrer à doença deve-se investigar como ocorria a alimentação do sujeito, a saúde pré-acometimento, o ambiente que o paciente vivia e que o processo de enfermidade pode ocorrer por fatores intrínsecos e/ou extrínsecos ao corpo (BARROS, 2002).

O processo saúde doença resulta das relações de uma população ou cultura e seu conceito modificou-se no decorrer dos séculos com realização de pesquisas e o desenvolvimento do sujeito. Relaciona-se a busca da realização das necessidades básicas humanas incluindo aspectos de relações psicológicas, alimentícias, educacionais, sociais, culturais de forma saudáveis (BARROS, 2002).

2.2 QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO DE SAÚDE EM ADULTOS

O processo de desenvolvimento e cuidado com a saúde e melhora da qualidade de vida ocorre desde o século XVIII onde estudiosos da época relatavam as péssimas condições de saúde que ocorriam com más condições de higiene, saneamento básico e condições de trabalho. Questões como o baixo grau de escolaridade do sujeito, fatores predisponentes de baixa renda, falta de condições básicas de moradia refletem nas péssimas condições de saúde e na manutenção da qualidade de vida desses indivíduos (BUSS, 2000).

Com a diminuição da mortalidade infantil e da fecundidade, com melhora dos aspectos de saneamento básico e consequente melhora dos hábitos de higiene e saúde ocorreu benefícios para a melhora do bem estar e estilo de vida (BUSS, 2000).

O conceito e as políticas de promoção de saúde surgiram por base de grandes conferencias internacionais, sendo a de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e a de Jacarta. Na Conferencia de Ottawa ocorrida em 1986 houve o conceito de promoção de saúde como a ocorrência da melhora da saúde e consequente evolução da qualidade de vida. Definiu alguns conceitos de integração a saúde, da comunidade, organização dos sistemas de saúde e criação de métodos para mudar a qualidade de vida da população (PAIM; FILHO, 1998; BUSS, 2000; MALTA et al., 2006); a Conferência de Adelaide realizada em 1988 que enfatizou os trabalhos nas políticas

públicas de saúde da sociedade; a Conferência de Sundsvall realizada em 1991 onde direcionou os trabalhos para os aspectos entre saúde e ambiente e a Conferência de Jacarta realizada em 1997 que propôs uma revisão dos aspectos trabalhados na Conferência de Ottawa. Na América Latina ocorreu em 1992 a Conferência de Promoção da Saúde onde as esferas nacionais passaram a utilizar tais decisões (BUSS, 2000).

A promoção de saúde atualmente refere-se à mudança nos comportamentos individuais e coletivos dos indivíduos, influenciando na cultura da comunidade. Incluem fatores básicos de saúde como a adequação do saneamento, hábitos alimentares saudáveis, condições de moradia adequadas e melhora da qualidade de vida (PAIM; FILHO, 1998; BUSS, 2000).

A promoção de saúde é considerada uma técnica para o enfrentamento de problemas relacionados ao processo saúde doença que engloba ações de qualidade de vida e aspectos sociais com o acompanhamento da sociedade em geral onde se incluem as populações de comunidades, municípios, estados e seus respectivos representantes (BUSS, 2000).

Nas políticas públicas de promoção de saúde visam não somente o cuidado com a ausência de doença, mas na intervenção do cuidado com a saúde e da melhora das condições de vida (BUSS, 2000).

O conceito de qualidade de vida é definido como a forma como o sujeito percebe sua vida e suas vivências com a sua saúde, relação com a família e amigos, aspectos sociais, físicos e emocionais através de questionários ou por escalas que incluem questões de saúde, aspectos físicos, relações psicossociais no âmbito familiar, relações sociais e com o meio ambiente. Para os acometidos por AVC existem escalas que avaliam o processo saúde e doença, aspectos socioeconômicos e de cultura (MOTA; NICOLATO, 2008; SCALZO et al., 2010).

2.3 DETERMINANTES SOCIAIS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Os determinantes sociais em saúde surgiram para que ocorresse maior cuidado e melhora das condições de saúde, tomam por base algumas condições e

prioridades para o desenvolvimento de saúde que incluem aspectos educacionais, fatores socioeconômicos, fatores psicológicos, culturais, de comportamento, de saúde, aspectos sociais, de sexo, hábitos alimentares saudáveis, emprego, entre outros que designam influências nas alterações de saúde e nos fatores que colocam em risco a comunidade (BUSS, 2000; BUSS; FILHO, 2007).

Nos aspectos socioeconômicos, as diferenças existentes entre as diversas populações agem na diversificação dos recursos empregados pelos governos nas obras de infraestrutura para melhora da saúde. Nos aspectos psicológicos, mostra que diferenças entre as culturas nas diferentes comunidades causam alterações na saúde com presença de estresse. Estudos na área mostram que sociedades que tomam por base o equilíbrio e igualdade social possuem maior cuidado com a saúde (BUSS; FILHO, 2007). Os determinantes sociais em saúde referem que aspectos socioeconômicos e a baixa escolaridade demonstram baixa expectativa de vida e risco maior para ocorrer doenças (CEBALLOS; CARDOSO, 2009).

Nos determinantes sociais em saúde, existem alguns modelos que explicam sobre os fatores que melhoram ou alteram a saúde, os modelos mais conhecidos são o de Dahlgren e Whitehead (1991) e o modelo de Didericksen (1998). O modelo de Dahlgren e Whitehead situa os determinantes sociais em várias camadas, onde os sujeitos situam-se no centro do universo com seus aspectos individuais de idade, sexo e aspectos de genética, seguindo por aspectos de comportamento/escolha, redes sociais e comunitárias, condições de trabalho e de vida e condições socioeconômicas. O modelo de Didericksen realiza a busca de divisão de classes que modificam as posições sociais e a consequente melhoria da saúde (BUSS; FILHO, 2007).

Educação em saúde incluem ações de qualidade de vida e de promoção de saúde com bases na educação, cuidado com habitação, paz e realização de alimentação adequada (MONTEIRO, 2007). Os profissionais da saúde, principalmente os enfermeiros, devem promover cuidado não somente para os pacientes, mas também para as famílias destes visto que os familiares são os que cuidam do acometido e muitas vezes por falta de informações necessárias não conseguem realizar esse cuidado causando maiores alterações na saúde do paciente. Os enfermeiros são os profissionais que realizam está fase de informações aos cuida dores, mostrando como deve ocorrer o cuidado desses pacientes, as

alterações que decorrem do acometimento e como enfrentá-las (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

Ainda, uma equipe multidisciplinar deve acompanhar os pacientes que foram acometidos por AVC visto que as lesões geram diversas comorbidades ao paciente. As hemiparesias, diparesias, a alteração do tônus muscular, a perda do equilíbrio estático são morbidades onde é necessário o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional no atendimento ao paciente. A nutrição é essencial para realizar o controle das dietas desses pacientes que na maioria dos casos possuem hipertensão arterial, diabetes, altos níveis de colesterol e triglicérides e outros. O enfermeiro no cuidado com a medicação e higiene. O fonoaudiólogo na atenção com os aspectos comunicativos e de deglutição. O médico no constante atendimento zelando pela saúde do paciente. Todos esses profissionais são essenciais, além de todos realizarem ações de promoção e prevenção da saúde do paciente seja ele com ou sem o acometimento da doença (BRASIL, 2013).

2.4 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

As doenças cerebrovasculares geram custos não somente para as famílias mais para os cofres públicos por conta dos atendimentos emergenciais, das internações e dos benefícios com os órgãos públicos (MALTA et al., 2006).

Pesquisas demonstram que a expectativa de vida está aumentando passando dos 62 anos nos anos 80 para 71 nos anos 2000, devido diminuição da mortalidade infantil e redução das taxas de fecundidade (MALTA et al., 2006).

Os gastos decorrentes de um acometimento por AVC são bastante consideráveis tanto para os cofres públicos quanto para as famílias. Os custos chegam a 7 bilhões de reais ao ano (MALTA et al., 2006).

Na década de 90, os maiores índices de acometimento por AVC foram no sexo masculino em países como Japão e Itália. Os gastos com os pacientes chegavam a aproximadamente 30 bilhões de dólares nos Estados Unidos da América sendo com as internações e com as morbidades causadas pós-acometimento. No Brasil as internações chegavam a 200 mil ao ano (YAMASHITA et al., 2004). Nos Estados Unidos nos anos 2000, o número de acometidos chegou a

400.000 mil casos ao ano e destes 150.000 mil não sobreviveram (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

Os poderes públicos realizam poucas atividades preventivas para a doença e os cuidados pós-acometimento também são escassas. Após o primeiro acometimento, a grande maioria dos sujeitos apresenta recidivas por conta de fatores de risco associados. É uma doença com alta morbidade e por conta das alterações causadas, esses pacientes não podem se exercitar causando aumento do excesso de peso (MOREIRA et al., 2010).

Dentre os gastos realizados pelos cofres públicos, existe em algumas cidades do mundo e em poucas cidades brasileiras, a realização de atividades físicas em comunidade, onde promovem a reabilitação dos acometidos e os resultados obtidos são bastante positivos incluindo melhora da capacidade física, melhora da autoestima e da capacidade psicológica (MOREIRA et al., 2010). Quanto mais rápida ocorrer à reabilitação pós-acometimento, maiores são as chances de controle e estabilização das sequelas advindas (CARVALHO; PINTO, 2007).

2.5 FATORES DE RISCO PARA O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O acometimento por AVC ocorre por consequência de presença de fatores de risco e de hábitos de vida predisponentes. Pesquisas demonstram que pessoas com menor escolaridade e renda realizam baixo consumo de alimentos saudáveis como frutas, legumes e verduras sendo que o Ministério da Saúde indica o consumo de 5 porções de frutas ao dia por aumento das principais vitaminas e das fibras que diminuiriam os casos e a prática de atividade física regular. Porém essa população realiza um maior consumo de alimentos predisponentes já que verifica-se a presença de gorduras, excesso de sal e frituras (MALTA et al., 2006; VIEBIG et al., 2009; SCALZO et al., 2010). O sexo feminino apresenta maiores cuidados com a saúde e consequente realização dos hábitos alimentares saudáveis (VIEBIG et al., 2009; LINS et al., 2013).

Sujeitos com menor escolaridade possuem mais chances de obter excesso de peso por não terem conhecimento das alterações causadas por uma alimentação inadequada, e maior prevalência no consumo excessivo de tabaco (MALTA et al.,

2006). Os acidentes cerebrovasculares ocorrem por fatores diversos incluindo os fatores ambientais onde se encaixam os fatores modificáveis para o acometimento como o uso de álcool, fumo e hipertensão; os fatores genéticos que incluem a presença de histórico familiar e os fatores clínicos (BLOCK; KASTRAU, 2004; JACQUES; CARDOSO, 2011).

Atualmente, com o aumento da escolaridade, as pessoas têm realizado compromissos que demandam mais tempo de trabalho e menor tempo para a prática de atividades físicas e cuidados com a saúde (BOAS et al., 2011).

Os principais fatores de risco para o acometimento por AVC são a presença de hipertensão arterial, o diabetes *mellitus* e o consumo de cigarros (CHAVES, 2000; SCHUSTER et al., 2008; MOREIRA et al., 2010; SCALZO et al., 2010). A hipertensão arterial é o fator de risco mais frequente entre os acometidos por AVC, metade dos sujeitos possuem presença desse fator. Os problemas cardíacos são considerados um fator importante para o desenvolvimento do AVC (MOREIRA et al., 2010; RIBEIRO et al., 2012).

Dentre os fatores para o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares além da hipertensão arterial, o tabagismo, diabetes *mellitus*, sobrepeso, alterações hormonais, consumo excessivo de álcool, sedentarismo, estresse, uso de anticoncepcional e hábitos alimentares predisponentes (CHAVES, 2000; CARVALHO; PINTO, 2007; SCHUSTER et al., 2008; CASTRO et al., 2009; MOREIRA et al., 2010).

A hipertensão arterial é o principal fator de risco para o desenvolvimento do AVC (CHAVES, 2000; YAMASHITA et al., 2004; MALTA et al., 2006; SCALZO et al., 2010). Acomete com maior frequência pessoas com hábitos de vida predisponentes e com menor escolaridade (MALTA et al., 2006). Indivíduos que possuem este fator tendem a necessitar de maior cuidado com a saúde. Estudos mostram que pessoas com maior escolaridade e renda resultam em um cuidado maior com a saúde porem pessoas com mais idade não aderem a esses métodos talvez por não compreender a importância do autocuidado (BOAS et al., 2011).

Os sujeitos que possuem hipertensão arterial geram grandes custos para os cofres públicos, pois este é um fator de principal risco para as doenças cerebrovasculares e os custos gerados para a detecção, controle e tratamento são

altos porem com esses gastos/controle, os índices de mortalidade do AVC tem apresentado diminuição (CARVALHO; PINTO, 2007).

O tabagismo é o segundo maior fator de risco para o desenvolvimento de AVC (CHAVES, 2000; MALTA et al., 2006; CARVALHO; PINTO, 2007; MOREIRA et al., 2010), mesmo aqueles que não mais faziam uso ou nos considerados fumantes passivos. Aumenta em quatro vezes o risco de desenvolver o acometimento cerebral independentemente da quantidade de cigarros usados diariamente pelos sujeitos (CHAVES, 2000; CARVALHO; PINTO, 2007; MOREIRA et al., 2010). Indivíduos do sexo masculino e com menor escolaridade são os que mais utilizam (MALTA et al., 2006).

Entretanto, no estudo de Chaves (2000), refere que o diabetes *mellitus* é considerado o segundo maior fator de risco para o AVC. O risco para AVC em diabéticos é cerca de 6 vezes maior para as mulheres.

O diabetes *mellitus* (DM) é um fator de risco considerável no desenvolvimento do AVC. Quando ocorre adesão ao exercício físico e ele sendo realizado regularmente, ocorre diminuição nos riscos de doenças. Porém, sujeitos de maior idade e menor escolaridade que possuem DM não realizam adequadamente as solicitações médicas no cuidado com a saúde, não realizam exercícios físicos e não adéquam à alimentação muitas vezes por não compreenderem a terapêutica utilizada para o tratamento, mas estudos apontam que quanto maior a escolaridade e maior a renda, ocorre maior cuidado com a saúde e realização das solicitações médicas para o controle do DM e assim de possíveis doenças decorrentes (BOAS et al., 2011).

O diabetes *mellitus* aumenta em até três vezes as chances para desenvolver o AVC e sua presença dobra as chances de haver recorrência do acometimento (CARVALHO; PINTO, 2007; MOREIRA et al., 2010).

O sobrepeso é um fator de risco importante para o acometimento cerebral. Pesquisas demonstram que pessoas com maior escolaridade e renda são as que mais desenvolvem o excesso de peso (MALTA et al., 2006). Pesquisas demonstram que o sexo feminino é o que apresenta maiores taxas de sobrepeso por consumo indevido de alimentos calóricos, açúcares e menor prática de atividade física (LINS et al., 2013).

O excesso de peso tem sido um problema que vem aumentando gradativamente no decorrer dos anos e esse aumento está mostrando-se significativo no sexo feminino. Com a diminuição no consumo de uma alimentação saudável rica em frutas, verduras e legumes e a prática de exercícios físicos, está causando aumento de doenças consideradas fatores de risco para o AVC como hipertensão e diabetes. Devido diminuição no tempo para realizar tais atividades, está ocorrendo o aumento do excesso de peso com uma alta no consumo de alimentos contendo gorduras (comidas prontas, *fast-foods*) e doces por serem de mais fácil aquisição (LINS et al., 2013). A presença de excesso de peso ou obesidade em associação com outros fatores de risco, como a hipertensão arterial, diabetes e ausência de atividade física geram grandes chances para o desenvolvimento do acometimento cerebral (MOREIRA et al., 2010).

O uso de álcool em auto consumo, apresentou-se como um fator de risco presente em grande parte dos que tiveram AVC mesmo naqueles que haviam ocorrido anteriormente ao acometimento. O consumo diário e em pequena quantidade de certas bebidas como o vinho e a cerveja reduzem os riscos para o desenvolvimento cerebral por aumento do colesterol bom (HDL) (MOREIRA et al., 2010).

O uso de anticoncepcionais associado ao tabagismo é um alto fator de risco (CHAVES, 2000; MOREIRA et al., 2010). Grande parte das mulheres acometidas que faziam uso de anticoncepcionais usavam pílulas com grande quantidade de estrogênio (MOREIRA et al., 2010).

A enxaqueca tanto no sexo masculino como no feminino é considerado um fator de risco importante para o AVCI visto que no momento da crise pode ocorrer o acometimento. Grande parte das mulheres que fumam, possuem hipertensão arterial e enxaqueca devendo possuir um acompanhamento continuo visto que as chances para o acometimento são grandes (CHAVES, 2000).

Para ocorrer à prevenção do acometimento por AVC, os fatores de risco modificáveis devem ser diminuídos e/ou evitados para que as recidivas e o alto risco de morbimortalidade não ocorram. Deve ocorrer redução no consumo do sal, controle do peso e da pressão, realização de uma alimentação saudável aliada à prática de atividade física regularmente, redução no consumo de bebidas alcoólicas e do fumo (CARVALHO; PINTO, 2007; MOREIRA et al., 2010).

A família é de fundamental importância para o sujeito acometido, pois estes necessitam de um alto cuidado e de apoio para a reabilitação. Os custos gerados a família do paciente são grandes exigindo mudanças para a qualidade de vida do mesmo (CARVALHO; PINTO, 2007).

Com a presença de um maior cuidado com a saúde e o aumento do conhecimento da população no cuidado com os fatores de risco considerados modificáveis com a adoção de hábitos alimentares saudáveis demonstra que os sujeitos, tem apresentado preocupação e tem sido um preditor para a redução dos acometimentos e das taxas de mortalidade entre os que apresentaram a doença (CARVALHO; PINTO, 2007; CAMOES-BARBOSA et al., 2012).

2.6 TIPOS DE AVC E CAUSAS

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma doença que causa alta mortalidade e morbidade no mundo (CHAVES, 2000; COSTA; DUARTE, 2002; YAMASHITA et al., 2004; MOTA; NICOLATO, 2008; SCHUSTER et al., 2008; MOREIRA et al., 2010; SCALZO et al., 2010). É considerado a 3º maior causa de morte no mundo, ficando atrás dos cânceres e doenças cardíacas. A doença pode causar incapacidades físicas e mentais e a cada recidiva o risco de morte aumenta (COSTA; DUARTE, 2002; CHAGAS; MONTEIRO, 2004; PEREIRA; COELHO; BARROS, 2004; MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTA, 2006; SCHUSTER et al., 2008; SCALZO et al., 2010).

O AVC é uma alteração do sistema nervoso central que subdivide-se em AVC isquêmico (AVCI) e AVC hemorrágico (AVCH). O AVCH é uma hemorragia por ruptura de alguma artéria no cérebro e o AVCI é o bloqueio de um vaso sanguíneo por alterações embólicas e trombóticas. Pesquisas relatam que após o acometimento se forem atendidas em até três horas, os sujeitos apresentam melhor prognóstico (CARVALHO; PINTO, 2007; SCHUSTER et al., 2008; SCALZO et al., 2010).

O AVC acomete mais popularmente o sexo masculino (CHAVES, 2000; CARVALHO; PINTO, 2007; SCHUSTER et al., 2008; CASTRO et al., 2009; SCALZO et al., 2010; ARRUDA; REIS; FONSECA, 2014) por menor cuidado com a saúde. A

raça negra é a que apresenta maior acometimento devido alterações genéticas (CHAVES, 2000; CARVALHO; PINTO, 2007; CASTRO et al., 2009; SCALZO et al., 2010). Pardos e negros com presença de hipertensão, em relação aos brancos, possuem menor risco de AVC não fatal (CARVALHO; PINTO, 2007). Após os 55 anos de idade, a incidência para o AVC dobra a cada década devido alterações decorrentes da idade que incluem alterações do metabolismo e as cardiovasculares (ZÉTOLA et al., 2001; CARVALHO; PINTO, 2007; SCHUSTER et al., 2008; CASTRO et al., 2009; PEREIRA et al., 2009; PACHECO; SANTOS; PACHECO, 2013).

Em pacientes jovens, abaixo dos 50 anos, os casos de AVC vêm aumentando gradativamente. Os fatores de risco para esses pacientes são os mesmos dos que possuem mais de 50 anos sendo hipertensão arterial e uso de cigarro, presença de diabetes *mellitus*, uso de álcool e presença de dislipidemias os principais. Em um estudo realizado por Zétola et al. (2001) mostrou que a presença de hipertensão arterial era considerada o principal fator de risco para o AVC hemorrágico.

O AVCI é o mais frequente entre os acometidos, causando altas taxas de morbidade decorrentes do acometimento (CARVALHO; PINTO, 2007; SCHUSTER et al., 2008; CASTRO et al., 2009; SCALZO et al., 2010; JACQUES; CARDOSO, 2011). Indivíduos com problemas cardíacos possuem duas vezes mais chances de desenvolver o acometimento por AVC que as pessoas que não possuem essa alteração (CHAVES, 2000; CARVALHO; PINTO, 2007).

O descuido com os hábitos alimentares predisponentes e a redução da prática de atividades físicas e consequente aumento do estresse tem sido fatores importantes para o aumento dos casos de acometimento por AVC (SCHUSTER et al., 2008).

O acometimento por AVC ocorre com maior frequência nos indivíduos masculinos, com mais de 70 anos causando alta morbidade visto que os idosos já possuem alterações decorrentes do envelhecimento (CARVALHO; PINTO, 2007; MOREIRA et al., 2010).

No decorrer dos anos as pessoas passaram a ter com mais frequência hábitos de vida predisponentes a doenças. Nas últimas décadas houve um aumento

no número de acometimentos por AVC, devido uma maior preocupação com trabalho e consequentemente aumento do estresse e dos hábitos alimentares irregulares por serem de mais fácil aquisição (CARVALHO; PINTO, 2007; MOREIRA et al., 2010).

2.7 FONOAUDIOLOGIA E AVC

Com o aumento da expectativa de vida (SCALZO et al., 2010; ARRUDA; REIS; FONSECA, 2014) e redução da taxa de natalidade, o número de jovens vem diminuindo e os de idosos aumentando gradativamente, com isso as doenças que costumam aparecer por conta do avançar da idade tornam-se frequentes como é o caso das doenças cerebrovasculares onde se incluem os AVC (ARRUDA; REIS; FONSECA, 2014).

Quando o sujeito é acometido e sobrevive porem apresenta muitas sequelas, os cuidados que devem ser realizados, vão da avaliação das capacidades físicas e mentais dos pacientes, avaliação nutricional, movimentos que consegue realizar, realização da deglutição de forma adequada ou se possui alguma alteração para a realização da mesma (CARVALHO; PINTO, 2007).

A afasia é um distúrbio de linguagem, neurofisiológico que ocorre principalmente por acometimento decorrentes do AVC. Pode comprometer os aspectos emocionais, de comportamento e intelectuais do paciente podendo causa a perda completa das funções de expressão da linguagem gestual, oral e/ou escrita (afasia de Broca) e da compreensão da linguagem oral e escrita (afasia de Wernicke) (JACQUES; CARDOSO, 2011; ARRUDA; REIS; FONSECA, 2014).

A afasia de Broca é uma alteração decorrente de lesão no córtex frontal esquerdo onde a expressão de pensamentos por meio de linguagem oral e/ou escrita está afetada, com compreensão preservada. A afasia de Wernicke possui alteração no córtex temporal superior esquerdo com presença de fala muitas vezes fluente, porem com presença de jargão. Compreensão está alterada podendo apresentar-se ausente (ARRUDA; REIS; FONSECA, 2014).

Estudo realizado em Sergipe com 31 sujeitos acometidos por AVC onde pretendia-se verificar a presença de distúrbio de linguagem por meio do Teste de Reabilitação do Rio de Janeiro, verificou-se que a grande maioria dos acometidos eram do sexo masculino e por conta disso apresentam maiores casos de afasia. O sexo masculino é um fator de risco para a ocorrência do AVC juntamente com a baixa escolaridade, sendo que a maioria dos que apresentaram AVC possuíam até fundamental incompleto, apresentando maior dificuldade nas provas de compreensão, sendo maioria dos casos, do que de expressão da linguagem (ARRUDA; REIS; FONSECA, 2014).

O acometimento por AVC pode ocasionar além das alterações de linguagem (afasias), alterações de fala onde são denominadas de apraxia de fala e disartria. A apraxia de fala é considerada uma desordem no planejamento e programação dos movimentos ou sequência de movimentos, as características mais comuns são as alterações de articulação e prosódia. A disartria é uma desordem do controle muscular por lesão no sistema nervoso central e/ou periférico onde as cinco bases motoras da fala estão alteradas, sendo elas, articulação, ressonância, prosódia, respiração e fonação (JACQUES; CARDOSO, 2011).

O fonoaudiólogo está presente na reabilitação dos acometidos por AVC além das alterações de fala e de linguagem, nas de deglutição sendo a disfagia orofaríngea, que é um distúrbio comum nos pacientes pós-acometimento cerebral, onde o transporte do alimento da boca ao estômago está alterada. O diagnóstico ocorre por avaliação clínica seguidas de exames de nasofibolaringoscopia e vídeofluoroscopia. Dependendo do grau da disfagia (leve a grave) pode ocorrer aspiração de alimentos e de saliva, causando dificuldades no aporte nutricional, com presença de desnutrição, desidratação e risco constante de pneumonia aspirativa (COLLINS; BAKHEIT, 1997; BARROS; FÁBIO; FURKIM, 2006; OTTO; ALMEIDA, 2012).

O fonoaudiólogo é o profissional responsável para a reabilitação desses pacientes, promovendo adequação da alimentação e tornando-a segura (BARROS; FÁBIO; FURKIM, 2006; JACQUES; CARDOSO, 2011; OTTO; ALMEIDA, 2012).

2.8 SINTOMAS DOS AVC

A depressão é a complicação mais comum após o acometimento. A maioria dos sujeitos sente-se incapaz de voltar a realizar as suas funções (CAMOES-BARBOSA et al., 2012). Alguns estudos demonstraram que além das alterações decorrentes do acometimento por AVC, como alterações motoras e de linguagem, lesões na região frontal inferior esquerda podem ser desencadeantes para a presença de alterações psicológicas nesses pacientes. Aspectos como o prejuízo cognitivo causado pelo acometimento; histórico de depressão; a idade, visto que pacientes mais jovens apresentam maiores casos de depressão mais grave; sujeitos do sexo feminino apresentaram mais riscos para a presença da depressão; aspectos sociais como o morar sozinho e as condições de moradia; indivíduos com AVC no hemisfério esquerdo apresentam mais chances de desenvolver a depressão do que aqueles com a presença do AVC no hemisfério direito (TERRONI et al., 2003).

As alterações decorrentes do acometimento por AVC incluem as dificuldades motoras, de equilíbrio, alterações de linguagem, alterações de deglutição (disfagia), depressão, alterações de marcha, rebaixamento do nível de consciência, convulsão, náuseas e vômitos, alterações psicológicas e da auto percepção (YAMASHITA et al., 2004; SCALZO et al., 2010; ARRUDA; REIS; FONSECA, 2014).

Os sinais e sintomas do AVC dependem da localização da lesão e da extensão do acometimento. Pode ocorrer diminuição da força muscular e hemiplegia, limitando a realização das atividades que antes eram realizadas sem dificuldade pelos pacientes (SCALZO et al., 2010). Aspectos como o tempo de chegada do paciente a unidade de atendimento modifica e transforma a diferença no cuidado e nas possíveis alterações decorrentes da alteração (YAMASHITA et al., 2004).

Após o acometimento cerebral os distúrbios de deglutição com presença de tosse durante ou após a deglutição, deglutições múltiplas, a qualidade da voz pode aparecer alterada, entre outras alterações podem ocorrer. As alterações de fala e linguagem juntamente com os distúrbios motores, estão frequentemente presentes (JACQUES; CARDOSO, 2011).

Este estudo mostra que existe a necessidade de criação de um questionário mais amplo para a pesquisa dos fatores que mais causam acidentes vasculares cerebrais. Incluindo aspectos como fatores de risco para que diminuam os riscos e os hábitos adequados para que esta enfermidade seja mais discutida.

3 Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Comparar histórico de vida, saúde e hábitos entre adultos considerados saudáveis (GC) e pessoas acometidas (GE) pelo acidente vascular cerebral.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar a pontuação média dos participantes do grupo controle (GC) e experimental (GE) quanto aos aspectos negativos (condições desfavoráveis de vida), positivos (boas condições) e pontuação média total obtida;
- Comparar a pontuação média dos participantes do grupo controle (GC) e experimental (GE) quanto aos aspectos negativos (condições desfavoráveis de vida) e positivos (boas condições) entre sexos, as raças e idades;
- Testar o questionário utilizado de triagem elaborado QSAVI-AVC (Questionário auto-referido sobre condições de saúde e estilo de vida para desenvolvimento de acidentes vasculares cerebrais) e estabelecer o ponto de corte do mesmo a fim de, posteriormente orientar adultos sobre as chances de desenvolvimento de AVC.

4 Casuística e Métodos

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo caso-controle e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade São Lucas, CAAE: 21523113.2.0000.0013 sob parecer número 445.259/2013 (Anexo A). A pesquisadora obteve as anuências das instituições participantes Hospital e Pronto Socorro João Paulo II, Igreja Metodista Wesleyana e Secretaria Municipal de Assistencial Social / SEMAS (Anexos B, C e D).

A amostra foi dividida em 2 grupos, experimental (GE, acometidos) e controle (GC, saudáveis) sendo composta por 144 participantes, ou seja, 72 de cada grupo. Foi realizado pareamento de cada sujeito com as variáveis sexo, idade e raça uma vez que estas características podem influenciar o desenvolvimento dos acidentes vasculares cerebrais. Portanto, para cada participante acometido houve um sujeito saudável com as mesmas características quanto à sua idade, o sexo e a raça. Fizeram parte do estudo 26 homens e 46 mulheres de cada grupo (GE e GC).

4.1 SELEÇÃO AMOSTRAL

As coletas foram realizadas no período de doze meses que contemplou agosto de 2013 à agosto de 2014. Neste período cerca de 135 pessoas acometidas deram entrada no hospital estadual estudado e os participantes coletados sem o acometimento somavam-se neste período 485 pessoas. Entretanto, ao realizar o pareamento apenas 72 participantes de cada grupo possuíam as mesmas características quanto ao sexo, raça e idade.

Tendo em vista esses aspectos e os dados coletados, pretende-se estabelecer se a amostra possui predomínio de fatores e condições de vida predisponentes ou não para desencadear os AVC e discutir as características de hábitos predisponentes ou não entre as escolaridades e os sexos de adultos saudáveis.

4.2 LOCAIS DA PESQUISA

A coleta dos participantes com diagnóstico de AVC, grupo experimental (GE), ocorreu no Hospital Estadual e Pronto Socorro João Paulo II (HEPSJPII), na ala III/alojamento conjunto e no pronto socorro II (PSII) do hospital. A coleta foi realizada no período matutino.

Trata-se de um hospital público com gestão estadual e, segundo o Portal da Saúde, realizou de janeiro a dezembro de 2012, 3.676 internações e, no mesmo período, 482.541 atendimentos. Atualmente esta unidade de saúde conta com 127 leitos 100% SUS, sendo 10 Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Conta com serviços de internação (alas I, II, III; pronto socorro I e II e UTI), serviço auxiliar de diagnóstico e terapia (SADT), urgência e todos atendidos pelo SUS.

Fonte: <http://www.sesau.sefin.ro.gov.br/noticias.asp?id=744&tipo=Noticia>

Fonte: <http://www.rondonia.ro.gov.br/2015/02/42070/>

Figura 1 - Hospital e Pronto Socorro João Paulo II

Atualmente o JP II dispõe de atendimento em regime de plantão 24 horas, contendo cirurgias-gerais, ortopedistas, neurocirurgias, clínico-gerais, intensivistas, anestesiológicos e uma equipe de enfermagem especializada. Além de vários especialistas que fazem visitas aos pacientes internados, dentre eles, cardiologistas, neurologistas, pneumologista, oncologista, fonoaudiólogos, cirurgias bucomaxilofaciais, dentre outros.

A pesquisadora inicialmente entrou em contato com os hospitais particulares do município, contudo, de acordo com relatos pelos mesmos, a entrada destes pacientes com o acometimento era cerca de 2 a cada 15 dias provavelmente porque muitos destes acionavam diretamente os médicos em clínicas particulares de neurologia com provável preferência de ser atendidos por médicos.

A demanda no hospital João Paulo II é muito grande, pois se trata de um hospital que atende urgências de alta ou média complexidade, não só do estado de Rondônia, mas também de outros estados principalmente do Amazonas e Acre devido à proximidade com a capital e, alguns ainda, provenientes da Bolívia. Portanto, é considerado referência dentro do estado de Rondônia, na região norte bem como nos países vizinhos e, comumente, pacientes possuidores de convênios preferem acionar o SAMU e se deslocar para ele por este possuir profissionais com maior experiência em urgência e emergência da região norte.

Para o grupo controle optou-se em coletar em locais propensos a encontrar pessoas sem o acometimento cerebral e, portanto, em locais diversos os quais estes, mesmo com idades mais avançadas tivessem acesso.

A coleta foi realizada no Centro de Convivência do Idoso da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), Praça Aluísio Ferreira e Igreja Metodista Wesleyana onde ocorrem grande circulação de pessoas, os locais da pesquisa situam-se no município de Porto Velho no estado de Rondônia. Foi realizada, no período matutino no Centro do Idoso, e noturno e nos finais de semana na Praça Aluísio Ferreira e igreja Wesleyana.

O Centro de convivência do idoso é espaço de promoção de atividades físicas, recreativas, culturais, que fortalecem a rede de proteção à pessoa idosa. Recebe pessoas a partir dos 60 anos de idade promovendo um espaço para

convívio social e prevenção às situações de risco social promovendo o desenvolvimento de potencialidades, aquisições e o fortalecimento de vínculo familiar e comunitários, destinados ao idoso, que se encontra em situação de vulnerabilidade social decorrentes da pobreza e baixa renda. Possui uma equipe médica com enfermeiro e médico que dão orientações por meio de palestras e campanhas de prevenções relacionadas às doenças principalmente ao público senil e também atendimento clínico. Em parceria com a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (Semas) realiza atividades físicas orientadas por profissionais.

Fonte: <http://rondoniadinamica.com/arquivo/centro-de-convivencia-do-idoso-na-capital-inicia-atividades-2014,64527.shtml>

Figura 2 - Centro de convivência dos idosos de Porto Velho/RO

A Praça Aluízio Ferreira é uma das mais antigas de Porto Velho. Um dos principais pontos de encontro da cidade. Já foi destinado à prática de esportes e hoje em dia sua principal finalidade é a cultura e lazer. Aos finais de semana a população conta com a Feira do Porto Velho.

Fonte: <http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?p=109238564>

Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=x0pmp6BKUTA>

Figura 3 - Praça Aluísio Ferreira

A Igreja Wesleyana é uma igreja independente, evangélica com cultos diários com horários que variam entre as 09:00hs e as 19:30hs e o ambiente adequado para encontrar pessoas adultas, em sua maioria consideradas saudáveis, ou seja, sem o acometimento.

Fonte: <http://robertaevilmar.acaminhodoaltar.com/cerimonia/>

Figura 4 - Igreja Metodista Wesleyana de Porto Velho (visão sede zona norte de Porto Velho/RO)

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.3.1 Grupo experimental

Foram adotados como critérios de inclusão os sujeitos com idade superior a 30 anos que deram entrada no Hospital Estadual João Paulo II no setor de urgência e emergência com diagnóstico de AVC independente do tipo de lesão (Hemorrágico ou Isquêmico); adultos com lesões resultantes de acidentes vasculares cerebrais em condições de saúde suficientes para compreender os objetivos do estudo. Caso houvesse impossibilidade cognitiva que impedisse as respostas, o acompanhante e/ou seu responsável legal responderia sobre as condições de saúde e hábitos de vida do paciente anteriores ao acometimento.

Desta forma, foram excluídos da pesquisa os pacientes com menos de 30 anos; impossibilitados de responder o questionário devido a limitação cognitiva decorrentes do AVC; os que não dispunham de acompanhantes ou acompanhantes que não possuíam conhecimentos suficientes acerca da vida do acometido com o objetivo de obter respostas fidedignas do seu cotidiano.

4.3.2 Grupo controle

Considerou-se como critérios de inclusão indivíduos adultos idade acima de 30 anos visto que é na fase adulta que aumentam os riscos de doenças cardiovasculares. Os sujeitos com menos de 30 anos e que não assinaram o TCLE foram excluídos.

4.4 INSTRUMENTO

O instrumento elaborado pelas pesquisadoras e utilizado para a coleta foi um questionário (Anexo E), aqui denominado QSAVI-AVC (Questionário auto-referido sobre condições de saúde e estilo de vida para desenvolvimento de acidentes vasculares cerebrais), acerca das condições de saúde e os hábitos de

vida para desenvolvimento do Acidente Vascular Cerebral (AVC) baseado em estudo com os fatores de risco (ABE, 2010). A pesquisadora realizou um estudo piloto a fim de padronizar os procedimentos antes de sua aplicação com os participantes do Hospital João Paulo II durante um mês (julho de 2013).

O referido instrumento foi dividido em três categorias, sendo estes, dados sociais, fatores de maiores e menores riscos para o desenvolvimento de acidentes vasculares cerebrais (AVC). O QSAVI contém perguntas referentes aos dados pessoais e questões fechadas de múltiplas escolhas atribuídas aos fatores de maior risco (1 a 27) e menor risco (28 a 43) para o desenvolvimento do acidente vascular cerebral.

Foram realizadas perguntas quanto aos dados sociais sobre naturalidade, anos no município, peso, altura, bairro de procedência, estado civil, renda da família, ocupação, escolaridade própria, do pai e da mãe. Questionamentos sobre os fatores e condições de vida predisponentes (questões 1 a 27) tais como sedentarismo, nervosismo, formigamentos, taquicardia, diabetes, hipertensão, problemas circulatórios e cardíacos, dores de cabeça, uso de álcool e fumo, consumo excessivo de sal, carnes vermelhas, leite, colesterol, uso de medicamentos, histórico familiar, consumo de carboidratos, frituras e açúcar. E sobre os fatores e condições adequadas de vida (questões 28 a 43) como realização de dieta balanceada, consumo de legumes, verduras, frutas, carnes brancas, água e sucos, realização de atividade física, esporte, acompanhamento médico, hábitos alimentares e de vida saudáveis. Entretanto, para este estudo optou-se utilizar somente os critérios no que se referem os fatores e condições de vida predisponentes, os quais foram relacionados a sexo e escolaridade.

As opções das questões 1 a 43 foram baseadas na Escala Likert com possibilidades de respostas em escala numérica, (0) nada, (1) muito pouco, (2) médio, (3) muito, (4) extremamente (BOZAL, 2006).

Portanto, nesta pesquisa foi utilizado o referido questionário, contudo, para este trabalho foram utilizadas apenas a idade, sexo, raça e desconsiderou-se os dados sociais de naturalidade, tempo de permanência no estado e município, bairro, zona do município, estado civil, renda, ocupação e escolaridade visto que estes não eram os objetivos do estudo.

4.5 PROCEDIMENTOS

Após a identificação da pesquisadora e apresentação dos objetivos do estudo ao participante, a examinadora explicava os procedimentos, os dados do questionário, as opções de respostas e o enfoque do estudo sobre as condições de saúde e hábitos de vida para acometimento do acidente vascular cerebral. Participaram, portanto, os sujeitos que dessem sua autorização por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo F).

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente os dados coletados foram armazenados em planilha do Excel 2010, tabulados e submetidos à análise estatística quantitativa.

Para a realização da análise estatística foram utilizados os softwares SPSS V17, Minitab 16 e Excel Office 2010. Levou-se em considerações o nível de 5%, valor de $p < 0,05$.

Os resultados foram obtidos ao se utilizar o Teste Anova para a pontuação parcial média e total das questões entre os grupos e entre sexos por grupo (GE e GC); Teste Anova para a pontuação média total entre as raças além do teste de Comparação Múltipla de Tukey a fim de comparar as raças aos pares e o teste de coeficiente de correlação de Pearson entre idade e pontuação obtida por grupo (ADAMS, 2014).

Foi realizado o teste de sensibilidade e especificidade da Curva Roc para determinar o ponto de corte do QSAVI e, então definido o Modelo estatístico de regressão logística (fórmula) que pudesse prever a probabilidade de risco para desencadear o AVC. Com o objetivo de testar o modelo foram utilizados testes para confirmação da aderência do modelo de regressão logística (Pearson, Deviance, Hosmer-Lemeshow) e os testes de aplicação do modelo de regressão logística (ADAMS, 2014).

Ao final, se realizou o Teste de Correlação de Pearson para mensurar o quanto as pontuações medias das respostas e as idades estão interligadas (ADAMS, 2014).

Com a finalidade de analisar a probabilidade de desenvolvimento do AVC o risco optou-se em dobrar as pontuações das respostas nas questões específicas para ambos os grupos (GE e GC) sendo estas: presença de sobrepeso (4), de diabetes (8), hipertensão (9), doenças circulatórias (10), doenças cardíacas (11), episódio de suspeita de início de AVC (12), consumo de bebida e fumo concomitantemente (16) e histórico familiar de AVC/ hereditariedade (23) visto que são comumente apontados pela literatura como os principais causadores dos AVC e, portanto, considerou-se peso dobrado de acordo com a resposta do participante tanto do GE quanto do GC.

Outro procedimento realizado foi a inversão dos valores no momento de sua transcrição para a planilha Excel para que as análises estatísticas mostrassem de forma fidedigna as pontuações, ou seja, a probabilidade de risco visto que a segunda parte das questões (28 a 43) se tratava de perguntas de hábitos adequados de vida e sua pontuação tenderia a ter valores incorretos. Ou seja, se um participante respondesse que praticava atividade física várias vezes durante a semana (extremamente=4), em um primeiro momento ele obteria pontuação máxima, 4 pontos. Contudo, no momento deste ser transcrito na planilha seu ponto seria colocado de forma invertida, obtendo valor 0 (zero) visto que se trata de um hábito adequado de vida. Portanto, apenas as questões de hábitos saudáveis tiveram modificação de seus valores, ou seja, ao 0 (zero) seria atribuído pontuação 4, 1 (um) teria valor 3, o ponto 2 (dois) permaneceria com o mesmo valor, 3 (três) obteria ponto 1 e, por fim, o 4 (quatro) teria o valor 0. (0-4, 1-3, 2-2, 3-1, 4-0). Desta maneira, quanto maior a pontuação, maiores seriam as chances de se desenvolver o AVC.

5 Resultados

5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 144 participantes, sendo 72 de cada grupo com pareamento de cada sujeito com as variáveis sexo, idade e raça uma vez que estes podem influenciar o desenvolvimento dos acidentes vasculares cerebrais conforme descritos anteriormente.

Fizeram parte do estudo 26 homens e 46 mulheres de cada grupo (GE e GC). A idade mínima encontrada foi de 32 anos pelo participante da raça branca do sexo feminino e a idade máxima foi de 92 anos, do sexo masculino da raça parda, mostrando assim, a variabilidade do acometimento pelo acidente vascular cerebral.

Para todos valores serão citados a pontuação média obtida por questão e, ao final, a pontuação total obtida por grupo.

Com a finalidade de facilitar a compreensão dos achados optou-se em separar a tabela em três partes de acordo com a sequência de aplicação do QSAVI.

Na primeira tabela ficam evidentes as pontuações médias dos hábitos e condições negativas, na segunda tabela, são expostas as condutas, hábitos adequados e, na terceira, as pontuações totais obtidas pelos grupos experimental (GE) e controle (GC).

Por haver 27 perguntas na primeira parte do instrumento (1 a 27) e 16 na segunda (28 a 43), os valores máximos (piores resultados) e mínimos (melhores resultados) obtidos poderiam ser 0 a 104 (0-104) e 0 a 64 (0-64), respectivamente. Portanto, a pontuação total poderia variar entre 0 e 168.

Como consequência, a pontuação final apresentada na Tabela 2 equivale a soma de todas as pontuações médias inclusive àquelas mostradas na Tabela 1.

Tabela 1 - Comparação das pontuações médias por pergunta entre GE e GC dos fatores e condutas negativas quanto à dieta, estilo de vida, hábitos e condições de saúde relatados pelos participantes com e sem acometimento por AVC

Perguntas	Grupos	Media $\pm$ DP	Mediana	IC	p-valor
1- Sedentarismo	GC	1,92 $\pm$ 1,45	2	0,34	<0,001*
	GE	0,56 $\pm$ 0,85	0	0,20	
2- Estresse	GC	1,39 $\pm$ 1,28	1	0,30	0,351
	GE	1,18 $\pm$ 1,39	1	0,32	
3- Carga horário de trabalho excessiva	GC	1,54 $\pm$ 1,34	2	0,31	0,253
	GE	1,28 $\pm$ 1,42	1	0,33	
4- Sobrepeso	GC	3,22 $\pm$ 2,61	3	0,60	0,251
	GE	2,69 $\pm$ 2,87	2	0,66	
5- Irritabilidade	GC	1,67 $\pm$ 1,39	1,5	0,32	0,152
	GE	2,03 $\pm$ 1,61	2	0,37	
6- Taquicardia	GC	0,79 $\pm$ 1,21	0	0,28	<0,001*
	GE	1,89 $\pm$ 1,76	2	0,41	
7- Formigamentos	GC	0,83 $\pm$ 1,28	0	0,30	<0,001*
	GE	2,00 $\pm$ 1,86	2	0,43	
8- Diabetes	GC	0,92 $\pm$ 2,17	0	0,50	0,004*
	GE	2,36 $\pm$ 3,54	0	0,82	
9- Hipertensão	GC	2,25 $\pm$ 3,04	0	0,70	<0,001*
	GE	6,14 $\pm$ 3,06	8	0,71	
10- Circulação	GC	1,22 $\pm$ 2,36	0	0,55	0,543
	GE	1,50 $\pm$ 3,05	0	0,71	
11- Cardíaco	GC	0,72 $\pm$ 1,88	0	0,43	0,004*
	GE	2,06 $\pm$ 3,32	0	0,77	
12- Suspeita AVC	GC	0,53 $\pm$ 1,57	0	0,36	<0,001*
	GE	6,83 $\pm$ 2,78	8	0,64	
14- Beber	GC	0,81 $\pm$ 1,15	0	0,26	0,560
	GE	0,93 $\pm$ 1,41	0	0,33	
15- Fumar	GC	0,33 $\pm$ 0,82	0	0,19	0,001*
	GE	1,01 $\pm$ 1,52	0	0,35	
16- Beber/Fumar	GC	0,58 $\pm$ 1,48	0	0,34	0,288
	GE	0,92 $\pm$ 2,20	0	0,51	
17- Sal	GC	1,47 $\pm$ 1,09	1	0,25	0,538
	GE	1,60 $\pm$ 1,33	1	0,31	
18- Refrigerante	GC	1,19 $\pm$ 1,23	1	0,28	0,016*
	GE	1,75 $\pm$ 1,49	1	0,34	
21- Colesterol/triglicerídeos/glicose	GC	0,82 $\pm$ 1,27	0	0,29	0,024*
	GE	1,40 $\pm$ 1,77	0	0,41	
22- Medicamentos	GC	0,97 $\pm$ 1,54	0	0,36	<0,001*
	GE	2,97 $\pm$ 1,74	4	0,40	
23- Histórico familiar	GC	2,44 $\pm$ 2,93	1	0,68	0,052
	GE	3,58 $\pm$ 3,96	0	0,91	
24- Carboidratos	GC	2,39 $\pm$ 1,23	2	0,28	1,000
	GE	2,39 $\pm$ 1,23	2,5	0,28	
25- Preferência por frituras	GC	1,51 $\pm$ 1,19	1	0,27	0,360
	GE	1,69 $\pm$ 1,17	1	0,27	
26- Açúcar	GC	1,64 $\pm$ 1,18	1	0,27	0,948
	GE	1,63 $\pm$ 1,35	1	0,31	
27- Frituras	GC	1,51 $\pm$ 1,15	1	0,27	0,160
	GE	1,79 $\pm$ 1,21	1	0,28	
Pontuação Media Total	GC	32,66			
	GE	52,18			

Estatística: Teste Anova (ADAMS, 2014); *p<0,05 estatisticamente significante.

DP= desvio-padrão; IC= intervalo de confiança; GC= grupo controle; GE= grupo experimental.

Quanto aos fatores negativos, ou seja, com características para desencadear o AVC, pôde-se verificar que a média do GC foi maior que no GE apenas quanto ao sedentarismo (média 1,92 pontos, valor de $p < 0,001$).

As demais questões tais quais possuir trabalho estressante, carga de trabalho excessiva, peso, irritabilidade, problemas circulatórios, consumo de álcool, associação fumo e álcool, consumos de sódio (sal), carboidratos, açúcar, frituras e preferência por frituras apresentaram valores iguais (valor de $p > 0,05$) entre os grupos. Contudo, ao realizar uma análise mais cuidadosa foi possível identificar homogeneidade na amostra para o consumo de carboidratos, açúcar, frituras e preferência por frituras e, ainda, simétrica para o relato de consumo de carboidratos tanto no GE quanto no GC demonstrando assim que estes são itens bem comuns entre os grupos.

Houve relação entre as pontuações médias maiores (piores resultados) para o GE nas questões que se relacionavam à presença de taquicardia, formigamentos, diabetes, hipertensão, problemas cardíacos, suspeita de AVC pelo médico, ser fumante, consumo de refrigerante, presença de níveis aumentados de colesterol/triglicerídeos/glicose, utilização de algum tipo de medicação e histórico familiar de AVC sendo estes, considerados fatores de probabilidade para desencadear o AVC.

Quando as pontuações médias totais dos itens predisponentes ao AVC foram comparadas notou-se uma média maior significativa para o GE onde nota-se determinantes desfavoráveis maiores quando comparados com o GC.

Tabela 2 - Comparação das pontuações por pergunta e pontuação geral entre GE e GC dos fatores e condutas positivas quanto à dieta, estilo de vida, hábitos e condições de saúde relatados pelos participantes com e sem acometimento por AVC

Perguntas	Grupos	Media $\pm$ DP	Mediana	IC	p-valor
28- Conhecimento prévio sobre AVC	GC	2,65 $\pm$ 1,41	3	0,32	0,009*
	GE	3,17 $\pm$ 0,86	3	0,20	
29- Dieta adequada	GC	2,69 $\pm$ 1,29	3	0,30	0,046*
	GE	3,08 $\pm$ 1,02	3	0,24	
30- Legumes	GC	1,46 $\pm$ 1,19	1	0,27	0,173
	GE	1,18 $\pm$ 1,25	1	0,29	
31- Carnes brancas	GC	1,38 $\pm$ 1,17	1	0,27	0,592
	GE	1,28 $\pm$ 1,00	1	0,23	
32- Verduras	GC	1,42 $\pm$ 1,14	1	0,26	0,368
	GE	1,24 $\pm$ 1,26	1	0,29	
33- Frutas	GC	1,47 $\pm$ 1,19	1	0,27	0,199
	GE	1,21 $\pm$ 1,27	1	0,29	
34- Água	GC	1,14 $\pm$ 1,13	1	0,26	0,775
	GE	1,08 $\pm$ 1,20	1	0,28	
35- Sucos	GC	1,43 $\pm$ 1,06	1	0,24	0,027*
	GE	1,88 $\pm$ 1,32	2	0,31	
37- Dieta saudável	GC	1,99 $\pm$ 1,31	2	0,30	0,261
	GE	1,76 $\pm$ 1,04	2	0,24	
38- Atividades regulares	GC	2,31 $\pm$ 1,52	2,5	0,35	<0,001*
	GE	3,39 $\pm$ 1,16	4	0,27	
39- Condicionamento Físico	GC	2,29 $\pm$ 1,30	2	0,30	0,026*
	GE	2,74 $\pm$ 1,05	3	0,24	
40- Esporte	GC	2,75 $\pm$ 1,55	4	0,36	<0,001*
	GE	3,92 $\pm$ 0,28	4	0,06	
41- Médico	GC	2,26 $\pm$ 1,46	2	0,34	0,548
	GE	2,11 $\pm$ 1,58	3	0,36	
42- Dieta saudável	GC	1,93 $\pm$ 1,23	2	0,28	0,025*
	GE	1,51 $\pm$ 0,96	1	0,22	
43- Hábitos saudáveis	GC	2,08 $\pm$ 1,18	2	0,27	0,005*
	GE	1,57 $\pm$ 0,98	1	0,23	
Pontuação Total	GC	29,25			
	GE	31,12			

Estatística: Teste Anova (ADAMS, 2014); *p<0,05 estatisticamente significante.

DP= desvio-padrão; IC= intervalo de confiança; GC= grupo controle; GE= grupo experimental.

Dentre as questões consideradas com menores risco de desenvolver o AVC, houve relação das pontuações médias para o GE, tendo como piores resultados os itens conhecimento sobre AVC, presença de dieta adequada, consumo de sucos, atividades físicas regulares, possuir condicionamento físico e prática de esportes.

As médias se apresentaram maiores para o GC apenas quanto à dieta saudável regular e busca por hábitos saudáveis no que concerne o estilo de vida e alimentação com presença de diferença entre os grupos.

As demais questões foram consideradas iguais (valor de $p > 0,05$) e apresentaram amostras com características homogêneas e simétricas entre os grupos.

Tabela 3 - Comparação das pontuações gerais entre GE e GC dos fatores e condutas positivas quanto à dieta, estilo de vida, hábitos e condições de saúde relatados pelos participantes com e sem acometimento por AVC

Fatores adequados e predisponentes	GC	GE
Mediana	60	82
DP	19,53	18,29
IC	4,51	4,23
Média Negativos	32,66	52,18
Média Positivos	29,25	31,12
Total	~ 61,93	~ 83,29
	p<0,001*	

Estatística: Teste Anova (ADAMS, 2014); *p<0,05 estatisticamente significante.

DP= desvio-padrão; IC= intervalo de confiança; GC= grupo controle; GE= grupo experimental; ~= valor ajustado.

Na Tabela 3 exposta acima foi possível evidenciar que existe diferença entre as médias totais entre os grupos estudados para a maioria das perguntas realizadas aos sujeitos e apresentaram médias 61,93 (GC) e 83,29 (GE), portanto, GE apresentou piores resultados. Na soma total, os valores das médias foram arredondados devido aos ajustes das casas decimais, havendo uma diferença de 0,02 (61,93 e 61,91) para o GC e 0,01 (83,29 e 83,30) para o GE.

Desta forma, em seguida, na Tabela 4 foram expostos os valores de sensibilidade e especificidade para cada ponto de corte encontrado.

Tabela 4 - Análise da sensibilidade e especificidade para cada pontuação obtida

Pontuação Total	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	Pontuação Total	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)
26,0	100,0%	0,0%	74,5	68,1%	76,4%
28,5	100,0%	1,4%	75,5	63,9%	77,8%
32,0	100,0%	2,8%	76,5	62,5%	79,2%
34,5	100,0%	4,2%	77,5	58,3%	79,2%
35,5	100,0%	5,6%	78,5	58,3%	81,9%
38,0	100,0%	8,3%	79,5	52,8%	81,9%
40,5	98,6%	8,3%	80,5	52,8%	83,3%
41,5	98,6%	12,5%	81,5	51,4%	83,3%
42,5	98,6%	15,3%	82,5	47,2%	86,1%
43,5	98,6%	16,7%	84,0	45,8%	88,9%
44,5	98,6%	22,2%	85,5	41,7%	88,9%
45,5	98,6%	23,6%	86,5	40,3%	90,3%
46,5	98,6%	26,4%	87,5	40,3%	91,7%
48,0	97,2%	26,4%	89,5	36,1%	91,7%
49,5	97,2%	29,2%	91,5	31,9%	91,7%
50,5	95,8%	31,9%	92,5	27,8%	91,7%
51,5	95,8%	34,7%	93,5	26,4%	91,7%
52,5	95,8%	36,1%	94,5	25,0%	91,7%
53,5	94,4%	40,3%	96,0	23,6%	91,7%
55,5	93,1%	41,7%	98,0	22,2%	93,1%
57,5	93,1%	43,1%	99,5	19,4%	94,4%
58,5	93,1%	45,8%	100,5	18,1%	94,4%
59,5	93,1%	48,6%	101,5	16,7%	95,8%
60,5	90,3%	52,8%	102,5	16,7%	97,2%
61,5	88,9%	55,6%	103,5	15,3%	97,2%
62,5	88,9%	56,9%	104,5	13,9%	97,2%
63,5	86,1%	56,9%	105,5	12,5%	97,2%
64,5	86,1%	59,7%	106,5	11,1%	98,6%
65,5	86,1%	61,1%	108,0	8,3%	98,6%
66,5	84,7%	63,9%	109,5	6,9%	98,6%
68,0*	83,3**	68,1%*	110,5	5,6%	98,6%
69,5	80,6%	68,1%	112,0	4,2%	98,6%
71,0	76,4%	69,4%	117,0	2,8%	98,6%
72,5	76,4%	70,8%	130,5	1,4%	100,0%
73,5	69,4%	73,6%	141,0	0,0%	100,0%

Estatística: Teste de Sensibilidade e Especificidade da Curva Roc (ADAMS, 2014); *Ponto de corte estabelecido.

Os resultados obtidos na análise pela Área da curva Roc o resultado obtido foi 0,795 com intervalo de confiança de 95% (com variação entre 0,722 a 0,869) com valor de $p < 0,001$. Este fato demonstra que com a pontuação de 68,0 o participante pode ter características para desenvolvimento de AVC como os sujeitos do GE, com sensibilidade de 83,8% e especificidade de 68% conforme exposto acima, na Tabela 4. Abaixo, está exposta a fórmula obtida a partir dos coeficientes encontrados nas análises e na Figura 5 é apresentada a curva Roc com os dados expostos.

$$AVE = \frac{\exp^{-4,280210+0,059217*\text{pontuação total}}}{1 + \exp^{-4,280210+0,059217*\text{pontuação total}}}$$

Figura 5 - Curva Roc para a pontuação total de corte

Tabela 5 - Comparação entre os sexos e a pontuação total por grupo quanto à dieta, estilo de vida, hábitos e condições de saúde relatados pelos participantes com e sem acometimento por AVC

	Grupo Controle		Grupo Experimental	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Média	62,15	61,54	79,80	89,11
Mediana	59,5	60,5	77,0	91,0
DP	20,36	18,37	16,43	20,02
CV	0,33	0,30	0,21	0,22
Min	30,0	27,0	50,0	40,0
Max	121,0	102,0	113,0	140,0
N	46	26	45	27
IC	5,88	7,06	4,80	7,55
p-valor	0,899		0,036*	

Estatística: Teste Anova (ADAMS, 2014); *p<0,05 estatisticamente significativa.

DP= desvio-padrão; **CV**= coeficiente de variação; **Min**= pontuação mínima obtida; **Max**= pontuação máxima obtida; **N**= amostra; **IC**= intervalo de confiança.

Quanto aos sexos, ao se comparar a pontuação média total por grupos, o sexo masculino obteve maior pontuação média (89,11, valor de p=0,036) com diferença estatística para o GE, sem haver relação entre sexos para o GC.

Na comparação entre raças, a branca do GC apresentou maior pontuação média (70,17) e, esta relação foi diferente (p=0,011) ao compará-la com as raças negra e parda como pode-se observar na Tabela 6.

Tabela 6 - Comparação entre as raças e a pontuação total por grupo quanto à dieta, estilo de vida, hábitos e condições de saúde relatados pelos participantes com e sem acometimento por AVC

	Controle			Experimental		
	Branco	Negro	Pardo	Branco	Negro	Pardo
Média	70,17	53,75	56,64	83,69	89,50	82,36
Mediana	67,0	56,0	53,0	79,0	88,0	85,0
DP	20,65	8,54	17,48	19,51	18,21	17,71
CV	0,29	0,16	0,31	0,23	0,20	0,22
Min	41,0	42,0	27,0	47,0	69,0	40,0
Max	121,0	61,0	99,0	140,0	113,0	111,0
N	29	4	39	29	4	39
IC	7,52	8,37	5,48	7,10	17,85	5,56
p-valor	0,011*			0,755		

Estatística: Teste Anova e Teste de Comparação Múltipla de Tukey (ADAMS, 2014); *p<0,05 estatisticamente significativa.

DP= desvio-padrão; **CV**= coeficiente de variação; **Min**= pontuação mínima obtida; **Max**= pontuação máxima obtida; **N**= amostra; **IC**= intervalo de confiança.

Vale ressaltar que após identificados os valores na Tabela 6, optou-se em realizar comparação entre as três raças aos pares e, assim, observou-se haver relação apenas quanto ao GC para as raças branca (70,17) e parda (56,64) obtendo-se também um valor de $p=0,011$. Para tal análise, foi utilizado o Teste de Comparação Múltipla de Tukey, entretanto.

Por fim, foi realizado o teste de Correlação de Pearson. De acordo com os achados concluiu-se que não existe correlação entre a pontuação total e a idade, pois estes são estatisticamente independentes, conforme visualizado abaixo, na Tabela 7.

Tabela 7 - Correlação da idade e pontuação média quanto à dieta, estilo de vida, hábitos e condições de saúde relatados pelos participantes com e sem acometimento por AVC

Idade e pontuação	r	valor de p
Grupo Controle (GC)	-9,6	0,423
Grupo Experimental (GE)	0,6	0,961

Estatística: Teste Anova e Teste de Correlação de Pearson (ADAMS, 2014); * $p<0,05$ estatisticamente significativa.
r= correlação.

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é a principal causa de alterações do sistema nervoso central (SNC). Possui alta incidência de morbidade e mortalidade e no Brasil é considerada a terceira principal causa de internações (CHAVES, 2000; COSTA; DUARTE, 2002; SANTOS FILHO; MARTINEZ, 2002; GUS; FISCHMANN; MEDINA, 2002; RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002; CHAGAS; MONTEIRO, 2004; LIMA et al., 2006; SCHUSTER et al., 2008; CASTRO et al., 2009; FERREIRA; FERNANDES; NAVARRO, 2010; MOREIRA et al., 2010; SANTOS et al., 2012) causando e verificando altas taxas de morbidade (CABRAL et al., 2012). O AVC possui fatores de risco modificáveis, ou seja, passíveis de mudança como sedentarismo, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, tabagismo, uso excessivo de álcool e drogas e possui também os não modificáveis como idade, casos na família e raça (CHAVES, 2000; SANTOS FILHO; MARTINEZ, 2002; GUS; FISCHMANN; MEDINA, 2002; RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002; CHAGAS; MONTEIRO, 2004; COELHO et al., 2005; LIMA et al., 2006; CASTRO et al., 2009; FERREIRA; FERNANDES; NAVARRO, 2010; SANTOS et al., 2012; DINIZ; TAVARES, 2013).

As altas taxas de mortalidade encontram-se presentes nos países onde os índices de renda são mais baixos, como nos países subdesenvolvidos. Os fatores de risco como fumo e ausência de atividade física aumentam em cerca de 15% os riscos de doenças cerebrovasculares conforme encontrado também neste estudo. Alta ingestão de sal e de carnes vermelhas aumentam os riscos de desenvolver doenças (DUNCAN et al., 2012) embora não foram evidenciados neste estudo pois estes foram iguais em ambos os grupos.

Estudo realizado por Santos Filho e Martinez (2002) expõe que existem diversos fatores de risco para o acometimento por AVC. Além da presença de hipertensão arterial, tabagismo, obesidade, ausência de práticas saudáveis de vida e diabetes *mellitus*, existem ainda a presença de triglicerídeos alterados e do colesterol ruim (LDL) que podem ser fator importante para o desenvolvimento de AVC (SANTOS FILHO; MARTINEZ, 2002). Dentre estes citados, apenas o sobrepeso não obteve valores diferentes entre os grupos estudados.

Um estudo do inquérito nacional para fatores de risco realizado em 2006 concluiu que o fumo é um fator de risco modificável principalmente utilizado entre o sexo masculino e entre pessoas com menor escolaridade (MALTA et al., 2006; PAIXÃO, 2009) sendo este também identificado no GE, pois estes apresentaram as maiores pontuações medias do que o GC (GC=0,33, GE= 1,01 e $p=0,001$).

O tabagismo é considerado um fator de risco modificável levando-se em consideração a quantidade de cigarros e o tempo que permaneceu fumante visto que os fumantes tinham duas vezes mais chances de serem acometidos por AVC do que aqueles que não fumavam. O uso do cigarro aumenta as chances de desenvolver os fatores de risco para os acidentes cerebrais, cânceres e alterações pulmonares levando a alta morbidade nesses casos (CHAVES, 2000; PEIXOTO et al., 2008; CASTRO et al., 2009; MOREIRA et al., 2010).

Chaves (2000) em seu estudo considera que os indivíduos que possuíam o hábito de fumar poucos cigarros ao dia (fumantes leves) que decidiram parar de fumar, em cinco anos são considerados não fumantes, porém os que tinham o hábito de fumar uma grande quantidade de cigarros (fumantes pesados) continuam com as chances dobradas para desenvolver o acometimento cerebral. Na amostra estudada também pode-se evidenciar que as medias (GE=1,01 e GC=0,33) para o tabagismo foram maiores para o grupo de pessoas com AVC (GE) se comparado ao GC, havendo diferença entre grupos com o valor de $p=0,001$.

Estudo refere que na população considerada de ex-fumantes, o consumo de alimentos saudáveis preconizando o consumo de frutas, legumes e verduras é maior do que nos considerados não fumantes. Durante o período em que possuíam o hábito de fumar o consumo de frutas era bem reduzido conforme o número de cigarros fumados durante o dia (NEUTZLING et al., 2009). A reduzida prática de atividade física é fator predisponente para o consumo reduzido de frutas e da realização de uma alimentação saudável, pois o cuidado com a saúde leva a realização de uma alimentação adequada e consequente menor risco de acometimento por acidente vascular cerebral (NEUTZLING et al., 2009; FERREIRA; FERNANDES; NAVARRO, 2010).

O número de acometidos por doenças cerebrovasculares e da mortalidade diminuiu consideravelmente, ocorrendo principalmente, segundo alguns estudos, a diminuição da pressão arterial dos indivíduos, da quantidade de sujeitos que

fumavam e que decidiram parar de fumar e aos cuidados maiores com a saúde (CHAVES, 2000).

Levando-se em consideração o histórico familiar isolado dos acometidos por AVC, verificou-se que a possibilidade de acometimento por doenças cerebrovasculares foi 9% maior em quem possuía algum caso na família do que aqueles sem histórico sem levar em consideração os principais fatores de risco (CHAVES, 2000) e, neste trabalho foi evidenciado que os participantes acometidos (3,58) realmente tiveram histórico de AVC maior que no GC (2,44) com valores diferentes ($p=0,052$).

A hipertensão arterial é considerada o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares (GUS; FISCHMANN; MEDINA, 2002; LIMA et al., 2006; MALTA et al., 2006; BORGES; CRUZ; MOURA, 2008; SANTOS; LIMA, 2008; SCHUSTER et al., 2008; CASTRO et al., 2009; ROSÁRIO et al., 2009; FERREIRA; FERNANDES; NAVARRO, 2010; MOREIRA et al., 2010; CABRAL et al., 2012), triplicando as chances do desenvolvimento principalmente do acometimento (CASTRO et al., 2009; MOREIRA et al., 2010) por acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) (CASTRO et al., 2009), em virtude principalmente da falta de circulação do sangue que torna-se sem eficiência em algum momento da vida do sujeito e leva ao acometimento (LIMA et al., 2006; SACKS et al., 2001).

A presença de hipertensão arterial leva a um aumento de acometimento de alterações cardiovasculares aumentando os índices de mortalidade e morbidade e ainda mais dos custos tanto do Estado quanto das famílias para o cuidado e controle desta alteração (CONVERSO; LEOCÁDIO, 2005).

Estudo realizado por Chaves (2000) também apontou a hipertensão arterial como considerada o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares e no Brasil, a hipertensão está presente em mais de 80% dos acometidos por AVC. O diabetes *mellitus* é um sério fator de risco para o AVC, triplicando as chances de desenvolvimento do AVC (MOREIRA et al., 2010) principalmente quando associado à hipertensão arterial (CHAVES, 2000; GUS; FISCHMANN; MEDINA, 2002; CASTRO et al., 2009). Este demonstra ainda que a presença de hipertensão, alterações cardíacas e os sintomas iniciais de AVC encontram-se presentes na grande maioria aos portadores da diabetes (CHAVES, 2000). Acomete principalmente o sexo masculino e a população mais jovem, porém

estudos revelam que dentre a população diabética e que foram acometidos por AVC a grande maioria eram do sexo feminino (CHAVES, 2000; DINIZ; TAVARES, 2013).

O sedentarismo é um fator de risco importante para o acometimento cerebral (COELHO et al., 2005; NUNES et al., 2009; MOREIRA et al., 2010), principalmente na população idosa e que possuem hipertensão arterial (NUNES et al., 2009; CABRAL et al., 2012; DINIZ; TAVARES, 2013). Assim, a presença do sedentarismo aumenta em aproximadamente 30% o risco do desenvolvimento da hipertensão (CABRAL et al., 2012) e está diretamente associada ao desenvolvimento de diabetes *mellitus* (SANTOS; TORRES, 2012) e essa condição atual pode ser modificada com a prática de atividade física, porém em estudos realizados com idosos de Ubá em concordância com idosos do interior de Minas Gerais, mostraram que existe a falta de espaços para a prática de exercícios físicos, públicos no país, principalmente para a população idosa (NUNES et al., 2009; DINIZ; TAVARES, 2013). Estes, após acometidos, possuem alto índice de morbidade e por esse motivo a grande maioria fica incapaz de realizar atividade física e tornam-se propícios a um novo acometimento (NUNES et al., 2009). Assim, neste estudo realmente foi possível verificar que os participantes saudáveis (GC) obtiveram melhores valores se comparado ao GE no que se refere a prática de atividades físicas regulares (GC= 2,31, GE= 3,39 e $p<0,001$), esportes (GC= 2,75, GE= 3,92 e $p<0,001$) e presença de condicionamento físico (GC= 2,29, GE= 2,74 e $p=0,026$).

Quanto ao sedentarismo, os piores resultados foram obtidos pelo GC pois segundo estudo realizado em diversos estados do Brasil, levou-se em consideração que os indivíduos sedentários são aqueles que não realizavam ao menos 10 minutos de atividades semanais seguidas. João Pessoa na Paraíba e o Rio de Janeiro apresentaram maior inatividade física e os níveis de escolaridade foi maior em João Pessoa e menor no Rio de Janeiro (MALTA et al., 2006).

Estudo com mulheres idosas concluiu que o sedentarismo é considerado um fator de risco importante na sociedade atual, pois leva a grandes alterações de saúde (MAZO; MOTA; GONÇALVES, 2005). Pesquisa realizada com uma população do Rio Grande do Sul em 2002 mostrou que a presença do sedentarismo foi maior na população jovem (GUS; FISCHMANN; MEDINA, 2002). Estudo realizado na população de Belém mostrou que a presença do sedentarismo e hábitos de vida predisponentes são uma das principais causas de obesidade e

levam a presença do aparecimento da hipertensão arterial e, assim, maior facilidade para o acometimento das doenças cerebrovasculares, pois a hipertensão está presente na maioria dos casos dos acometimentos por AVC (BORGES; CRUZ; MOURA, 2008).

Estudo realizado levando em consideração o inquérito nacional para fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis mostrou que o excesso de peso estava ligado a menor escolaridade em cidades do sul, sudeste, duas cidades do centro-oeste e nordeste e uma da região norte. Quanto ao excesso de peso ligado a maior escolaridade encontrou-se em Belém, Natal e João Pessoa (MALTA et al., 2006). No presente estudo, o excesso de peso não apresentou diferença entre os grupos.

A obesidade está sendo considerada a doença mais prevalente entre os adultos, pois com o avanço da tecnologia, o aumento do estresse em ambos os sexos, a facilidade na alimentação fora de domicílio com os *fast-foods* e a diminuição de esforços para a realização de atividades faz com que ocorra o aumento do peso e a facilidade do acometimento dos fatores de risco considerados modificáveis como a hipertensão arterial, principal fator de risco, e da diabetes *mellitus* para os acometimentos por acidentes cardiovasculares. A diminuição do peso aliado a presença de uma alimentação saudável e a práticas diárias saudáveis levam a diminuição considerável do acometimento por doenças (PEIXOTO et al., 2008; FERREIRA; FERNANDES; NAVARRO, 2010). A presença do excesso de peso encontrou-se presente na grande maioria da população pesquisada em um estudo realizado na região sul do Brasil. A presença da obesidade foi mais prevalente na população do sudeste do país (GUS; FISCHMANN; MEDINA, 2002).

A realização de atividade física leva benefícios a longo prazo importantes, principalmente no âmbito de saúde e na diminuição de doenças com alta morbimortalidade como o AVC. A prática de atividade física levou a grande parte das idosas uma maior predisposição para realizar suas atividades no decorrer do dia, ficaram mais satisfeitas com sua imagem e houve melhora da qualidade de vida, fato este que foi verificado principalmente em idosas com maior escolaridade e maior renda (RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002; MAZO; MOTA; GONÇALVES, 2005; PEIXOTO et al., 2008).

Em estudo sobre os principais fatores de risco para o AVC mostrou que a presença de atividade física regular diminui os riscos de acometimento cerebral e a ausência de atividade física, mesmo que de lazer, aumentam as chances para o desenvolvimento de AVC (CHAVES, 2000) o que confirma os resultados encontrados neste estudo no qual grupo experimental (acometidos) obtiveram piores valores do que o GC podendo reforçar a hipótese que a ausência da prática de atividade física aumentam as chances do referido acometimento.

Estudo realizado afirma que consumo adequado de frutas e hortaliças diminuem os risco de acometimentos cerebrais (DUNCAN et al., 2012). Nos grupos estudados não houve relação entre o consumo de verduras, legumes e frutas e às pontuações médias obtidas. A literatura refere que o consumo diário de frutas, verduras e legumes é considerado baixo para todos os níveis escolares estudados (MALTA et al., 2006). A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o consumo diário seja de cinco porções (MALTA et al., 2006; MOURA; DIAS; REIS, 2007; NEUTZLING et al., 2009; CAMPOS et al., 2010), porém a população não realiza esse consumo, variando de 1 a 3 porções diárias relatadas pelos participantes. Na região Norte, em Manaus e em Belém, esse consumo foi ainda menor (MALTA et al., 2006).

A presença de uma dieta diária teve melhor resultado no GC e medidas recentes de hábitos e dietas saudáveis no GE provavelmente devido a estes afetados necessitarem mudanças de condutas após o acometimento, ou seja, o GC parece seguir mais regularmente a dieta e o GE necessitou modificar hábitos devido sua condição de saúde.

O consumo diário de alimentos saudáveis como frutas e verduras segundo preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (NEUTZLING et al., 2009), aliado à prática regular de atividade física que favorece a melhora do colesterol bom e diminuição do sobrepeso e, conseqüentemente, a obesidade (GUS; FISCHMANN; MEDINA, 2002) diminuem os riscos de doenças como o AVC (NEUTZLING et al., 2009). A realização de práticas saudáveis em acometidos por doenças cerebrovasculares diminuem o consumo e o gasto com medicamentos para tratamento e levam a uma vida mais saudável e de menor gasto (RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002; HE et al., 2004; NEUTZLING et al., 2009).

Estudo de Rique, Soares e Meirelles (2002) relata que a alta ingestão de álcool é considerada um fator de risco importante para o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares e alguns cânceres além de atrapalhar o tratamento de algumas doenças, porém em alguns países como França e Estados Unidos, o consumo de álcool e vinho em doses baixas, menos que três doses, aliado ao consumo de alimentos e práticas saudáveis ajuda no controle dos fatores de risco e diminuem os riscos deste acometimento.

Por meio de entrevista telefônica na cidade de Goiânia, pesquisa concluiu que o consumo de frutas e hortaliças é menor que cinco porções diárias como preconiza a OMS juntamente coma prática de hábitos saudáveis que é relativamente baixa independente do sexo ou da escolaridade obtida. Esse mesmo estudo refere que a presença de sedentarismo e a ausência da prática de atividade física ocorrem com menor frequência no sexo feminino e conforme a idade aumenta, essa prática diminui (PEIXOTO et al., 2008). Outro estudo realizado com idosos do interior de Minas Gerais em 2013 mostrou que a presença do sedentarismo foi maior na população do sexo feminino ocasionando assim maiores chances de desenvolver a obesidade que foi maior nesse grupo estudado (DINIZ; TAVARES, 2013).

O consumo reduzido de frutas e verduras parece estar na população de baixa renda e que possuem baixa escolaridade, pois provavelmente não conhecem os benefícios do consumo diário e não possuem condições financeiras para realizar uma alimentação saudável. A ligação entre dieta adequada, hábitos adequados de vida e o aparecimento de doenças só passou a ser estudado recentemente. Ações que preconizam a divulgação de informações para que a população de mais baixa escolaridade saibam os riscos de uma alimentação inadequada ainda é muito baixo, aliado à presença de menor nível socioeconômico faz com que os maiores acometimentos aconteçam nessa população (PEIXOTO et al., 2008; NEUTZLING et al., 2009; FERREIRA; FERNANDES; NAVARRO, 2010). A população jovem brasileira consome poucos alimentos saudáveis e isso aumenta conforme o aumento da idade e o alto nível de escolaridade da população (NEUTZLING et al., 2009).

Estudos relatam que sujeitos que possuem um nível socioeconômico mais alto aliado à alta escolaridade, consomem mais frutas, verduras e legumes, porém na população brasileira essa quantidade mais alta ainda não é a preconizada pelo OMS. O sexo feminino ainda é o que mais consome uma alimentação saudável

(NEUTZLING et al., 2009). A pouca ingestão de alimentos saudáveis e a práticas de hábitos de vida predisponentes aumenta as chances de desenvolver doenças e desenvolve chances de aparecer os seus principais fatores de risco (DINIZ; TAVARES, 2013).

A presença de uma dieta inadequada com ausência de alimentos saudáveis como frutas e verduras leva a um aumento dos riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares como é o caso dos acidentes vasculares cerebrais (CAMPOS et al., 2010; FERREIRA; FERNANDES; NAVARRO, 2010) que segundo um estudo realizado por Ferreira, Fernandes e Navarro (2010) correspondem a cerca de 15% dos acometimentos cardiovasculares. Os fatores de risco como hipertensão arterial, diabetes, alterações circulatórias são abundantemente verificadas como reduzidas com a presença de hábitos de vida adequados.

A preferência por gorduras e frituras em quantidade excessiva, porém sabe-se que existe a necessidade da presença de gordura em baixa quantidade na dieta diária, leva a um aumento significativo da presença de sobrepeso e obesidade e assim o de doenças como os cânceres e doenças cardiovasculares (FERREIRA; FERNANDES; NAVARRO, 2010). Com o cuidado da pessoa acometida por AVC em certos países os números de acometidos por AVC diminuiu consideravelmente graças aos cuidados e a diminuição dos fatores de risco como a hipertensão, considerado principal fator de risco, e aumento da realização de atividade física e campanhas que promoviam o conhecimento da população sobre a doença. Na amostra estudada, os participantes do GE tiveram menos conhecimento sobre o AVC do que o GC podendo demonstrar que o desconhecimento sobre o AVC seja um possível agravante para o descuido com os hábitos de saúde.

Outra possibilidade seria que população em geral conhece alguns fatores de risco para o desenvolvimento do acometimento cerebral, porém com a correria do dia a dia não conseguem realizar o cuidado necessário com alimentação e a prática de atividade física (CHAGAS; MONTEIRO, 2004) e é também o que parece ocorrer neste estudo, pois o sedentarismo aparece em pior número no GC possivelmente por serem pessoas em idade produtiva e com menos tempo livre.

Como já citado, os fatores de risco para o AVC são basicamente a idade e o sexo e, além deles, o uso abusivo de álcool, presença de tabagismo, excesso de peso e obesidade, hábitos alimentares e de vida predisponentes (SACKS et al.,

2001; LIMA et al., 2006; SANTOS; LIMA, 2008; ROSÁRIO et al., 2009; MOREIRA et al., 2010), mostrando que se houver cuidado com esses hábitos e não houver a presença de hipertensão arterial que leve a uma diminuição das chances de ser acometido, tanto por hipertensão como por doenças cerebrovasculares (SACKS et al., 2001; LIMA et al., 2006). Portanto, sua presença em conjunto com o diabetes (MALTA et al., 2006) são maiores em pessoas que apresentam escolaridade baixa do que naqueles que possuem maior escolaridade (LIMA et al., 2006; MALTA et al., 2006).

No Brasil, a região onde existe um maior número de acometidos e a alta taxa de morbimortalidade é na região sudeste. O sexo que possui maior prevalência de presença de sobrepeso e obesidade é o sexo masculino, e esse número aumenta de maneira considerável naqueles que possuem nível sociodemográficos mais elevado (FERREIRA; FERNANDES; NAVARRO, 2010).

Entretanto, dados opostos de outras pesquisas referem que sexo feminino é o que apresenta uma maior expectativa de vida e, por esse motivo, é o sexo considerado de maior acometimento de doenças (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004; NUNES et al., 2009; DINIZ; TAVARES, 2013). Isto ocorre provavelmente porque no Brasil o número de idosos vem aumentando consequentemente pela diminuição da população mais jovem (NUNES et al., 2009) fruto do aumento da expectativa de vida (SAPOSNIK; DEL BRUTTO, 2003; FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004; MALTA et al., 2006). Esse aumento da população mais idosa resulta em um aumento dos casos de doenças que afetam justamente essa população como o caso das doenças cerebrovasculares (COSTA; DUARTE, 2002; FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004; MALTA et al., 2006; NUNES et al., 2009).

Entretanto, na população de Florianópolis o consumo de frutas e hortaliças apareceu maior no sexo feminino seja devido a maior preocupação com os hábitos alimentares ou maior consciência dos hábitos que melhoram a saúde (CAMPOS et al., 2010), que vai de encontro com outro estudo realizado na população de Belém no qual o sexo feminino foi o que demonstrou consumir mais frutas e hortaliças de forma semanal, porém o consumo diário foi igual em ambos os sexos e inferior a cinco porções diárias. Esse estudo relatou também que quanto maior a escolaridade e maior a idade o consumo de frutas, verduras e legumes aumenta sem diferença entre os sexos (MOURA; DIAS; REIS, 2007).

Levando em consideração o perfil de Nottingham apontou que o acometimento por doenças cerebrovasculares ocorre principalmente na população com baixa renda, acima dos 60 anos e com menor conhecimento dos fatores benéficos e os malefícios que podem desenvolver a doença. Acomete principalmente o sexo masculino por maior prevalência dos fatores de risco (MOREIRA et al., 2010; CABRAL et al., 2012), porém a presença da doença no sexo feminino geram impactos mais graves (CABRAL et al., 2012). Nesta pesquisa houve diferença entre os grupos nos quais o sexo masculino do GE obteve pior resultado com valor de $p=0,036$.

A presença da hipertensão arterial aparece principalmente no sexo feminino (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004; BORGES; CRUZ; MOURA, 2008), acima de 65 anos de idade, que possuem baixo nível de escolaridade, sendo este até 4 anos de estudo e que relataram serem viúvas ou separadas (BORGES; CRUZ; MOURA, 2008). Estudo realizado em uma população de Sobral, 2006 mostrou que o sexo feminino está apresentando altos índices de desenvolvimento de doenças cerebrovasculares, acredita-se que por excesso da realização das atividades diárias e, por esse motivo, menor tempo para cuidar da saúde e maior exposição ao estresse (LIMA et al., 2006).

Na comparação entre os sexos, verificou-se maior prevalência do consumo e realização de hábitos alimentares adequados na população casada, principalmente na comparação entre o sexo masculino (solteiros e casados), pois a presença de um companheiro, principalmente para os homens, favorece e inclui a alimentação adequada a dieta (CAMPOS et al., 2010).

Estudo realizado por Nunes et al. (2009) em idosos de Ubá mostrou que a população idosa que possui nível socioeconômico maior, possuem menores chances de desenvolver doenças do que a população idosa com menores condições financeiras, visto que os cuidados são maiores e mais conhecidos por aqueles com maiores condições.

Estudos realizados na população de Presidente Prudente - SP e de Sobral - CE, mostraram que a hipertensão arterial está presente na grande maioria da população pesquisada e por ser o principal fator de risco, apresenta-se presente em grande parte dos acometidos por AVC (CONVERSO; LEOCÁDIO, 2005), fato este que ocorre principalmente na população idosa, acima de 60 anos (CONVERSO;

LEOCÁDIO, 2005; LIMA et al., 2006; MOREIRA et al., 2010), de ambos os sexos com prevalência um pouco maior no sexo masculino (CONVERSO; LEOCÁDIO, 2005; SCHUSTER et al., 2008; MOREIRA et al., 2010), sendo que está aumentando gradativamente o acometimento na população mais jovem (CONVERSO; LEOCÁDIO, 2005).

Uma das alterações que estão relacionadas a idade é a presença de hipertensão arterial sendo assim, um fator de risco (NUNES et al., 2009). A idade isoladamente é um fator de desenvolvimento de doenças por haver maior dificuldade do organismo em transportar os nutrientes e o sangue para o corpo necessitando de um grande esforço decorrente do tempo e do envelhecimento das células (LIMA et al., 2006). Na população feminina o acometimento chega a 80% em mulheres com mais de 75 anos, porém não se pode levar em consideração que com o aumento da idade a pessoa irá ter hipertensão, porém, todo o processo deve ser acompanhado e, se necessário, realizado tratamento. As doenças cardiovasculares, na população idosa, ocorrem com bastante frequência e é considerada a principal causa de internações e morte nessa população (NUNES et al., 2009).

A idade no qual o acometimento por doenças cerebrovasculares é mais efetiva é a partir dos 30 anos as ocupações diárias e a necessidade de produtividade no trabalho leva ao menor cuidado com a saúde e a diminuição de práticas saudáveis no dia a dia (FERREIRA; FERNANDES; NAVARRO, 2010). Estudo de Santos Filho e Martinez (2002) relatou que a presença da menopausa pode ser fator considerado de risco para o AVC, visto que após os 60 anos, nas mulheres, os risco do acometimento é maior, levando em consideração a idade como fator não modificável para a doença (SANTOS FILHO; MARTINEZ, 2002; DINIZ; TAVARES, 2013).

Pesquisa realizada levando em consideração o sistema nacional de vigilância de doenças crônicas mostrou que na comparação entre as regiões brasileiras, a região norte possui uma população consideravelmente mais jovem em comparação com a região sul onde a presença de população mais idosa leva ao aumento das doenças cerebrovasculares decorrente da idade (MALTA et al., 2006).

Na associação com a escolaridade, o consumo de frutas, legumes e verduras não apresentou diferença, pois acredita-se que por haver na cidade maior facilidade na compra desses alimentos a um baixo custo, a população passou a

alimentar-se adequadamente, mesmo as de menor conhecimento, escolaridade e renda (CAMPOS et al., 2010).

O sexo masculino possui maior prevalência na presença de fatores de risco para as doenças, como o uso de cigarros, o consumo excessivo de álcool e a prática menor de atividade física ocasionando a presença do excesso de peso. Esse fator é verificado principalmente na população que possui menor escolaridade exceto para o excesso de peso que foi verificado principalmente nos sujeitos com maior escolaridade (PEIXOTO et al., 2008).

Estudo realizado em idosos do interior de Minas Gerais mostrou que grande parte dos sujeitos apresenta baixa renda, equivalente a um salário mínimo, e por esse motivo possuem menores condições para realizar hábitos alimentares saudáveis e na presença de algum fator de risco para o desenvolvimento de AVC as condições financeiras para tratamento também são reduzidas (DINIZ; TAVARES, 2013).

Estudo realizado pela organização mundial da saúde sobre o uso de anticoncepcionais e mulheres com diagnóstico de hipertensão arterial refere aumentou significativamente risco de acometimento por AVC hemorrágico em países considerados desenvolvidos (CHAVES, 2000).

Quanto às raças, o acometimento por AVC e o alto índice de mortalidade é maior na população negra em países como os Estados Unidos. Não existe evidências do porque o maior número de acometimentos ocorra na população negra, porém existe uma alta prevalência de obesidade, alto consumo de álcool, presença da hipertensão e refere-se a necessidade de pesquisas no âmbito genético (CHAVES, 2000). Contudo, esta pesquisa não obteve tais resultados para a raça negra havendo relação apenas quanto ao GC para as raças branca (70,17) e parda (56,64) obtendo-se também um valor de $p=0,011$.

Considera-se como limitação deste estudo haver diferentes tipos de AVC uma vez que estes podem ser desencadeados por diversos fatores tais como hereditariedade, diabetes e hipertensão, influenciando assim, na idade do acometimento. Outras variáveis influenciaram negativamente tais como o grau de instrução do participante e a impossibilidade de mensurar o grau de conhecimento

do acompanhante e se este apresentava conhecimento suficiente acerca da vida do acometido.

Outro aspecto é que alguns participantes poderiam desconhecer a presença/ instalação de doenças e, portanto, a pontuação não ser fidedigna. Por fim, por se tratar de um questionário auto referido, os parâmetros de respostas dos sujeitos poderão ser diferentes visto que utilizou-se uma escala e os padrões de respostas são subjetivos e dependentes de consciência das suas condições de saúde.

O questionário demonstrou ser importante para os profissionais de saúde identificarem risco e promoverem e prevenir os riscos associados a doença cerebrovascular e assim, a população possa tomar os devidos cuidados adotando hábitos e condições de saúde adequados.

7 Conclusões

7 CONCLUSÕES

A raça negra do GC apresentou melhores resultados do questionário se quando comparados à raça branca. O sexo feminino no GE apresentou os melhores achados do questionário. O GC apresentou números mais elevados para sedentarismo possivelmente por serem ainda saudáveis e terem vida ocupacional produtiva e, portanto, menos tempo para exercícios, treinos e atividades físicas.

No GE houve piores resultados nos itens: histórico de taquicardia, formigamentos, diabetes, hipertensão, problemas cardíacos, suspeita de AVC, tabagismo, níveis alterados de colesterol/ triglicerídeos/glicose, uso de medicamentos, consumo de refrigerantes e histórico familiar de AVC. Também apresentou os piores resultados quanto ao conhecimento anterior sobre AVC, possuir dieta adequada, frequência do consumo de sucos, realização de atividade físicas regulares, apresentar condicionamento físico e frequência na prática esportes.

Há necessidade de ampliar a amostra no intuito de validar o instrumento, contudo o mesmo se mostrou com ponto de corte 68 para estabelecer a probabilidade de pessoas saudáveis desenvolverem o AVC, com 83,80% de sensibilidade e 68,10% de especificidade do instrumento.

Referências

REFERÊNCIAS

- Abe I. Validação de um questionário de sintomas cerebrovasculares para inquéritos epidemiológicos. São Paulo Med J. 2010;128(4):225-31.
- Adams E. Relatório de parecer de tamanho amostral. São José dos Campos; 2013.
- Adams E. Relatório de resultados estatísticos. São José dos Campos; 2014.
- Arruda JS, Reis FP, Fonseca V. Avaliação da linguagem após acidente vascular cerebral em adultos no estado de Sergipe. Rev CEFAC. 2014;16(3):853-62.
- Barros AFF, Fábio SRC, Furkim AM. Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença. Arq Neuropsiquiatr. 2006;64(4):1009-14.
- Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. Saúde e Soc. 2002;11(1):67-84.
- Block F, Kastrau F. Primary Progressive Aphasia. Nervenarzt. 2004;75(1):167-71.
- Boas LCG-V, Foss MC, Foss-Feritas MC, Torres H de C, Monteiro LZ, Pace AE. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes *mellitus*. Texto Context Enferm. 2011;20(2):272-9.
- Borges HP, Cruz N do C, Moura EC. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. Arq Bras Cardiol. 2008;91(2):110-8.
- Bozal MG. Escala mixta Likert-Thurstone. Rev Andaluza Ciencias Soc. 2006;5:81-95.
- Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Datasus: Caderno de informações de saúde. 2010 [acesso em: 2014 ago. 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/ro.htm>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Busca por campanhas de divulgação para o acidente vascular. 2015 [acesso em: 18 nov. 2015]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/component/search/?searchword=acidente%20vascular&searchphrase=all&Itemid=242>.

- Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2000;5(1):163-77.
- Buss PM, Filho AP. A saúde e seus determinantes sociais. *Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93.
- Cabral DL, Damascena CG, Teixeira-Salmela LF, Laurentino GEC. Confiabilidade do perfil de saúde de nottingham após acidente vascular cerebral. *Cien Saude Colet*. 2012;17(5):1313-22.
- Camoes-Barbosa A, Sequeira-Medeiros L, Duarte N, Morais J, Mendes M, Meneses C. Afasia y depresión post-ictus: una relación predictiva. *Rehabilitación*. 2012;46(1):36-40.
- Campos VC, Bastos JL, Gauche H, Boing AF, Assis MaAA de. Fatores associados ao consumo adequado de frutas, legumes e verduras em adultos de Florianópolis. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2):352-62.
- Carvalho FR, Pinto MH. A pessoa hipertensa vítima de acidente vascular cerebral. *Rev Enferm UERJ*. 2007;15(3):349-55.
- Castro JAB de, Epstein MG, Sabino GB, Nogueira GLO, Blankenburg C, Staszko KF, et al. Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral. *Rev Bras Clin Médica*. 2009;7:171-3.
- Cavalcante TF, Moreira RP, Araujo TL De, Lopes MV de O. Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular cerebral: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. *Rev Lat Am Enferm*. 2010;18(4):6 telas.
- Ceballos AG da C de, Cardoso C. Determinantes sociais de alterações fonoaudiológicas. *Rev da Soc Bras Fonoaudiol*. 2009;14(3):441-5.
- Chagas NR, Monteiro ARM. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral. *Acta Scient Health Scien*. 2004;26(1):193-204.
- Chaves AM, Coêlho L de S, Carvalho LRB, Filha MJMM, Silva MN de P da, Carvalho M de M. Incidence of complications of hypertension in patients in tertiary hospital. *J Res Fundam Care Line*. 2013;5(6):275-83.
- Chaves MLF. Acidente vascular cerebral: conceituação e fatores de risco. *Rev Bras Hipertens*. 2000;7(4):372-82.
- Coelho VG, Caetano LF, Júnior RDRL, Cordeiro JA, Souza DRS. Perfil lipídico e fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes de medicina. *Arq Bras Cardiol*. 2005;85(1):57-62.
- Collins MJ, Bakheit AM. Does pulse oximetry reliably detect aspiration in dysphagic stroke patients? *Stroke*. 1997;28(9):1173-775.

Converso MER, Leocádio PLL de F. Prevalência da hipertensão arterial e análise de seus fatores de risco nos núcleos de terceira idade de Presidente Prudente. *Rev Ciência em Extensão*. 2005;2(1):1-12.

Costa AM da, Duarte E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). *Rev Bras Ciências e Mov*. 2002;10(1):47-54.

Cruz KCT Da, Diogo MJD. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular cerebral. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(5):666-72.

Diniz MA, Tavares DM dos S. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos de um município do interior de Minas Gerais. *Texto Context Enferm*. 2013;22(4):885-92.

Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saude Publica*. 2012;46(Supl):126-34.

Feliciano AB, Moraes SA de, Freitas ICM de. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1575-85.

Ferreira GR, Fernandes MS, Navarro F. Consumo de ômega 3 (N-3) como fator de prevenção de doença cardiovascular. *Rev Bras Obesidade, Nutr e Emagrecimento*. 2010;4(19):61-70.

Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*. 2002;78(5):478-83.

He K, Hu F, Colditz G, Manson J, Willett W, Liu S. Changes in intake of fruits and vegetables in relation to risk of obesity and weight gain among middle-aged women. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004;28(12):1569-74.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população brasileira. 2015 [acesso em: 19 nov. 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.

Iwabe C, Diz MA da R, Barudy DP. Análise cinemática da marcha em indivíduos com acidente vascular cerebral. *Rev Neurociências*. 2008;16(4):292-6.

Jacques A, Cardoso MC de AF. Acidente Vascular Cerebral e sequelas fonoaudiológicas: atuação em área hospitalar. *Rev Neurociências*. 2011;19(2):229-36.

Lima V, Caetano JÁ, Soares E, Santos ZM de SA. Fatores de risco associados à hipertensão arterial em vítimas de acidente vascular cerebral. *Rev Bras em Promoção da Saúde*. 2006;19(3):149-54.

- Lins APM, Sichieri R, Coutinho WF, Ramos EG, Peixoto MVM, Fonseca VM. Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. *Cien Saude Colet*. 2013;18(2):357-66.
- Maciel CC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. *Rev Bras Ciências e Mov*. 2005;13(1):37-44.
- Malta DC, Cezário AC, Moura L de, Neto OL de M, Junior JB da S. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006;15(3):47-65.
- Marques S, Rodrigues RAP, Kusumota L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. *Rev Lat Am Enferm*. 2006;14(3):8.
- Mazo GZ, Mota JAP da S, Gonçalves LHT. Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas. *RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 2005;115-8.
- Melo-Souza S. Tratado de doenças neurológicas. In: Gagliardi RJ. Prevenção das doenças cerebrovasculares. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 90-2.
- Monteiro EMLM. (Re) construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura: experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife/PE; 2007. p. 179.
- Moreira RP, Araújo TL de, Cavalcante TF, Guedes NiG, Lopes MV de O, Costa AG de S, et al. Acidente vascular cerebral: perfil de indicadores de risco. *Rev Rene Fortaleza*. 2010;11(2):121-8.
- Mota JF, Nicolato R. Qualidade de vida em sobreviventes de acidente vascular cerebral: instrumentos de avaliação e seus resultados. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57(2):148-56.
- Moura EC, Dias RM, Reis RC. Determinantes do consumo de frutas, legumes e verduras na população adulta de Belém, Pará, 2005. *Soc Bras Aliment e Nutr*. 2007;32(2):29-40.
- Neutzling MB, Azevedo MR, Rombaldi AJ, Hallal PC. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(11):2365-74.
- Nunes MCR, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SC. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(5):376-82.
- Otto DM, Almeida ST de. Avaliação e intervenção fonoaudiológica em pacientes pós acidente vascular cerebral isquêmico com disfagia orofaríngea neurogênica. *Ciências da saúde*. 2012;24:1-5.

Pacheco SC da S, Santos BM dos, Pacheco CRS. Independência funcional: perfil das pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. *Arq Ciências da Saúde*. 2013;20(1):17-21.

Paim JS, Filho N de A. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saude Publica*. 1998;32(4):299-316.

Paixão CT. Segurança na deglutição de pacientes disfágicos pós acidente vascular cerebral: contribuições do enfermeiro, Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro, RJ: Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.

Peixoto M do RG, Monego ET, Alexandre VP, Souza RGM de, Moura EC de. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia, Goiás, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(6):1323-33.

Pereira ABCN da G, Alvarenga H, Júnior RSP, Barbosa MTS. 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. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):1929-36.

Pereira S, Coelho FB, Barros H. Acidente vascular cerebral hospitalização, mortalidade e prognóstico. *Acta Med Port*. 2004;17:187-92.

Pires SL, Gagliardi RJ, Gorzoni ML. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004;62(3):844-51.

Rabelo DF, Néri AL. Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. *Estud Psicol*. 2006;11(2):169-77.

Ribeiro KSQS, Neves R da F, Brito GEG, Moraes JD de, Lucena EM de F, Medeiros JM de, et al. Perfil de usuários acometidos por acidente vascular cerebral adscritos à estratégia saúde da família em uma capital do nordeste do Brasil. *Rev Bras Ciências da Saúde*. 2012;16(2):35-44.

Rique ABR, Soares EDA, Meirelles CDM. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Rev Bras Med do Esporte*. 2002;8(6):244-54.

Rosário TM do, Scala LCN, França GVA de, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres - MT. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(6):672-8.

Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (dash) diet. *N Engl J Med*. 2001;344(1):3-10.

Santos Filho RDS, Martinez TLR. Fatores de risco para doença cardiovascular: velhos e novos fatores de risco, velhos problemas! Arq Bras Endocrinol Metabol. 2002;46(3):212-4.

Santos FLSG, Gonçalves GM, Gois CFL, Guimarães AMD, Lapa-Rodriguez EO, Mattos MCT de, et al. Acidente vascular cerebral: o conhecimento dos enfermeiros. Enferm em foco. 2012;3(2):58-61.

Santos L, Torres H de C. Práticas educativas em diabetes *mellitus*: compreendendo as competências dos profissionais da saúde. Texto Context Enferm. 2012;21(3):574-80.

Santos ZM de SA, Lima HDP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. Texto Context Enferm. 2008;17(1):90-7.

Saposnik G, Del Brutto OH. Stroke in south America: a systematic review of incidence, prevalence, and stroke subtypes. Stroke. 2003;34(9):2103-8.

Scalzo PL, Souza ES De, Moreira AG de O, Vieira DAF. Qualidade de vida em pacientes com acidente vascular cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. Rev Neurociências. 2010;18(2):139-44.

Schuster RC, Zadra K, Luciano M, Polese JC, Mazzola D, Sander I, et al. Análise da pressão plantar em pacientes com acidente vascular cerebral. Rev Neurociências. 2008;16(3):179-83.

Silva SA da. Consumo adequado de frutas, legumes e verduras: associação com fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2011.

Terroni LMN, Leite CC, Tinone G, Fráguas Jr R. Depressão pós-AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva. Rev Assoc Med Bras. 2003;49(4):450-9.

Viebig RF, Pastor-Valera M, Scazufca M, Menezes PR. Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo. Rev Saude Publica. 2009;43(5):806-13.

World Helth Organization. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde; 2010.

Yamashita LF, Fukujima MM, Granitoff N, Prado GF do. Paciente com acidente vascular cerebral isquêmico já é atendido com mais rapidez no hospital São Paulo. Arq Neuropsiquiatr. 2004;62(1):96-102.

Zétola VDHF, Nóvak EM, Camargo CHF, Júnior HC, Coral P, Muzzio JA, et al. Acidente vascular cerebral em pacientes jovens análise de 164 casos. Arq Neuropsiquiatr. 2001;59(3-B):740-5.

Anexos

ANEXO A - Aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CONDIÇÕES DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA PARA DESENVOLVIMENTO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Pesquisador: ANA KAROLINA ZAMPRONIO BASSI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21523113.2.0000.0013

Instituição Proponente: Centro de Ensino São Lucas Ltda/ RO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 445.259

Data da Relatoria: 22/10/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de caráter transversal analítica que apresenta duas populações diferentes, sujeitos acometidos e não acometidos pelos Acidentes vasculares encefálicos, entretanto, com as mesmas variáveis (raça, gênero, procedência, idade, condições de saúde, hábitos e dieta realizados). Por se tratar de um estudo transversal utilizar-se-á cálculo amostral baseado em dados populacionais fornecidos pelo IBGE participantes não acometidos, saudáveis) e para sujeitos acometidos a amostra será baseada nos dados do DATASUS (acometidos pelos AVE). Participarão desta pesquisa 1065 pessoas com idade acima de 30 anos que responderão o questionário nos ambientes de circulação das praças e do Porto Velho Shopping e 431 colaboradores em leito no Hospital João Paulo II que também serão submetidos ao questionário para identificar as condições de saúde e hábitos de vida destes que foram acometidos. A coleta dos dados desta pesquisa primeiramente ocorrerá em locais de grande circulação de massa como as praças com pessoas consideradas saudáveis. Para tanto, foram selecionadas duas, sendo elas no centro da cidade, Praça Marechal Rondon (Praça do Baú) e Praça Jonathas de Freitas Pedroza que são pontos de referência em circulação de pessoas da área central de Porto Velho, Rondônia. Levando-se em consideração que a população do município pode ter condições de vida diferenciados, optou-se por selecionar outro local com diferentes

Endereço: Rua Alexandre Guimarães, nº 1927

Bairro: Areal Centro

CEP: 78.916-450

UF: RO

Município: PORTO VELHO

Telefone: (69)3211-8006

Fax: (69)3211-8051

E-mail: cep@saolucas.edu.br

Continuação do Parecer: 445.259

hábitos e, portanto, o Porto Velho Shopping. Será utilizado um questionário auto-referido elaborado pelas pesquisadoras que contém questões fechadas de múltipla escolha com opções de resposta baseadas na Escala de Likert com parâmetros de respostas em cinco níveis sendo estas, *‘nunca’*, *‘muito pouco’*, *‘pouco’*, *‘razoavelmente’* e *‘muito’*. Os itens referem-se aos hábitos de vida, ocupação, dieta, patologias pregressas, histórico familiar, hábitos de atividades físicas, hábitos lícitos baseado no estudo realizado por ABE ET. AL. (2010). O referido questionário será preenchido pelo próprio pesquisador no intuito de agilizar o tempo de cada coleta uma vez que o examinador já está calibrado e este possui domínio acerca do material utilizado. Em caso de alteração identificada pela pesquisadora, o participante será encaminhado para um profissional da área médica ou, mediante necessidade de intervenção fonoaudiológica para o setor de Triagem da Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade São Lucas nas áreas de linguagem, motricidade orofacial, disfagia ou audição. Ao seu término será possível identificar o perfil dos sujeitos quanto ao estilo de vida e, determinar assim, os fatores predisponentes para um AVE no estado de Rondônia.

Objetivo da Pesquisa:

Determinar os hábitos e condições de vida da população do município de Porto Velho para desenvolvimento de Acidente Vascular Encefálico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Prevê como riscos o constrangimento quanto aos hábitos e condições de vida por eles referidos. Outro prejuízo se relaciona ao tempo despendido para responder ao questionário proposto.

Como benefícios aos participantes a oportunidade de entenderem os fatores que podem influenciar e/ou desencadear o acidente vascular encefálico. Poderão indagar a pesquisadora quanto às dúvidas relacionadas à vida saudável. Também receberão informações sobre os itens mencionadas e questionados. Em caso identificação de alterações pela pesquisadora ou queixas dos participantes, os mesmos serão encaminhados para um profissional da área médica em local gratuito ou, mediante necessidade de intervenção fonoaudiológica para o setor de Triagem da Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade São Lucas com o objetivo de realizar avaliações quanto à fala, escrita, voz, audição e dificuldades para mastigar e engolir.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Reiteramos a relevância científica da proposta de estudo e, verifica-se que a pesquisadora atendeu às recomendações elencadas pelo CEP/Faculdade São Lucas.

Endereço: Rua Alexandre Guimarães, nº 1927
Bairro: Areal Centro **CEP:** 78.916-450
UF: RO **Município:** PORTO VELHO
Telefone: (69)3211-8006 **Fax:** (69)3211-8051 **E-mail:** cep@saolucas.edu.br

Continuação do Parecer: 445.259

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos anexados atendem às normas da Resolução CNS 466/2012, inclusive apresenta justificativa quanto à assinatura do Termo de Ciência da Clínica de Fonoaudiologia pela Coordenadora do Curso de Fonoaudiologia visto que a própria pesquisadora responde como responsável por esta clínica e, assim sendo, a ciência concedida poderia conotar benefício próprio.

Recomendações:

As recomendações anteriormente elencadas pelo CEP foram atendidas, bem como, realizadas alterações no intuito de adequar a proposta de estudo às normas da CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista a relevância científica e a realização das alterações/adequações solicitadas pelo CEP/Faculdade São Lucas a proposta de estudo encontra-se em condições de desenvolvimento.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações finais a critério do CEP:

A presente pesquisa encontra-se aprovado para execução dentro do proposto no projeto.

PORTO VELHO, 04 de Novembro de 2013

Assinador por:
Ana Cristina Corrêa de Araújo Ramos
(Coordenador)

Endereço: Rua Alexandre Guimarães, nº 1927
Bairro: Areal Centro **CEP:** 78.916-450
UF: RO **Município:** PORTO VELHO
Telefone: (69)3211-8006 **Fax:** (69)3211-8051 **E-mail:** cep@saolucas.edu.br

ANEXO B - Termo de anuência do Hospital e Pronto Socorro João Paulo II **CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos as pesquisadoras: ANA CAROLINE PACÍFICO NÓBREGA, NATANA SOUZA DA SILVA E FERNANDA DA SILVA GOMES, a desenvolverem o projeto de pesquisa "Condições e hábitos de vida para desenvolvimento de acidente vascular encefálico", que está sob a orientação da Professora Ana Karolina Zampronio Bassi, cujo objetivo é identificar as condições predisponentes para o desenvolvimento dos acidentes vasculares encefálicos na capital do Estado de Rondônia, neste Hospital e Pronto Socorro João Paulo II. A aceitação está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Porto Velho, 09 de Setembro de 2013.

Carlos Alberto Caieiro
Diretor Geral - HEPSP II

ANEXO C - Termo de anuência da Igreja Metodista Wesleyana (IMW) **4ª REGIÃO ECLESIASTICA - Gabinete Episcopal**

End.: Rua Afonso Pena, 1294
Nossa Senhora das Graças – CEP 76804-120
Fone: (69) 3224-5092
E-mail – bispojamir@gmail.com

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Jamir Carvalho, responsável pela IV Região Eclesiástica da Igreja Metodista Wesleyana recebi o projeto intitulado *“Condições de saúde e hábitos de vida para desenvolvimento de acidente vascular encefálico”* com o objetivo de determinar os hábitos e condições de vida da população do município de Porto Velho para desenvolvimento de Acidente Vascular Encefálico (AVE), sob responsabilidade da pesquisadora Ana Karolina Zamprônio Bassi.

No referido projeto constam claramente os objetivos e a metodologia a ser realizada tais como o cronograma de execução, procedimentos, questionário como instrumento de coleta, espaço físico necessário, benefícios e ou desconforto aos participantes.

Portanto, a partir da análise deste, autorizo o desenvolvimento do mesmo nas dependências desta instituição.

Porto Velho, 27 de maio de 2014.

Bispo Jamir Fernandes Carvalho
Igreja Metodista Wesleyana
Superintendente Regional

ANEXO D - Termo de anuência da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS)

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Secretaria Municipal de Assistência Social - SEMAS

COORDENAÇÃO DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA – CPSB/SEMAS

TERMO DE ANUÊNCIA

Recebi o projeto intitulado “**Condições de saúde e hábitos de vida para desenvolvimento de acidente vascular encefálico**” com o objetivo de determinar os hábitos e condições de vida da população do município de Porto Velho para desenvolvimento de Acidente Vascular Encefálico (AVE), sob responsabilidade da pesquisadora Ana Karolina Zamprônio Bassi.

No referido projeto constam claramente os objetivos e a metodologia a ser realizada tais como o cronograma de execução, procedimentos, questionário como instrumento de coleta, espaço físico necessário, benefícios e ou desconforto aos voluntários.

Portanto, a partir da análise deste, eu
Auzenir P. Gutierrez - Coordenadora / SEMAS.
responsável por/ pelo(a) _____ autorizo o desenvolvimento do mesmo nas dependências desta instituição tendo ciência e a garantia de que em nenhuma hipótese os nomes do (as) participantes serão divulgados tão pouco no que diz respeito às informações alheias aos objetivos do estudo.

Auzenir P. Gutierrez
Coordenadora de Proteção
Social Básica / SEMAS
Dec. Nº 202 de 25/01/13

Porto Velho, 03 de julho de 2014

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição.
Josélia Ferreira da Silva
Secretária
Decreto nº 11/1 - 01/01/2013

ANEXO E - Questionário auto-referido sobre condições de saúde e estilo de vida para desenvolvimento de acidentes vasculares cerebrais (QSAVI-AVC)

Questionário auto-referido sobre condições de saúde e hábitos de vida para desenvolvimento de acidentes vasculares encefálico			
Bassi AKZ, Caldana M L			
Local:		Data: ____/____/____ () GE	
Examinador:		() GC	
IDENTIFICAÇÃO E DADOS SOCIAIS			
Nome:		Ocupação:	
Gênero: () M () F		Escolaridade:	
Naturalidade/ Estado:		Até que etapa de escolarização você concluiu?	
Tempo que reside neste município (em anos):		() Nenhuma	
Data de Nascimento:		() Ensino fundamental: 1º ao 5º ano (1ª a 4ª série)	
Idade:		() Ensino fundamental: 6º ao 9º ano (5ª a 8ª série)	
Categoria idade: () 30 a 45 () 46 a 65 () Acima de 66		() Ensino médio	
Como você se considera:		() Educação superior () Pós-graduação	
() Branco () Negro () Pardo/ Mulato		Até que etapa de escolarização seu pai concluiu?	
() Amarelo (de origem oriental)		() Nenhuma	
() Indígena (origem indígena)		() Ensino fundamental: 1º ao 5º ano (1ª a 4ª série)	
Peso aproximado:		() Ensino fundamental: 6º ao 9º ano (5ª a 8ª série)	
Altura aproximada:		() Ensino médio	
Bairro de procedência:		() Educação superior () Pós-graduação	
Zona: () Norte () Central () Sul		Até que etapa de escolarização sua mãe concluiu?	
() Leste () Ribeirinha () Outra:		() Nenhuma	
Qual seu estado civil:		() Ensino fundamental: 1º ao 5º ano (1ª a 4ª série)	
() Solteiro () Casado () Viúvo		() Ensino fundamental: 6º ao 9º ano (5ª a 8ª série)	
() Separado judicialmente/divorciado () Outro		() Ensino médio	
Qual a renda total de sua família, incluindo seus rendimentos:		() Educação superior () Pós-graduação	
() A () B () C () D () E () F () G () H			
CONDIÇÕES DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA			
1- Me considero sedentário		24- Consumo carboidratos	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	
2- Considero meu trabalho cansativo e estressante		25- Consumo mais alimentos fritos do que cozidos ou assados	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	
3- Minha carga horária de trabalho é grande		26- Consumo açúcar nas refeições	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	
4- Estou acima do peso		27- Consumo alimentos fritos	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	
5- Me considero nervoso e irritado		28- Conheço os fatores que podem causar um AVE	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	
6- Sinto ou sentia taquicardia		29- Considero minha dieta balanceada (balanceada/ light/ diet)	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	
7- Sinto ou sentia formigamentos nos braços, pernas quando fico nervoso		30- Consumo legumes	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	
8- Eu tenho/tive diabetes		31- Consumo carnes brancas (peixe, frango)	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	
9- Eu tenho ou tive hipertensão		32- Consumo verduras	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	
10- Eu tenho ou tive problemas circulatórios		33- Consumo frutas	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	
11- Eu tenho ou tive problemas cardíacos		34- Consumo água	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	
12- Eu já tive episódios de início de AVE		35- Consumo sucos	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	
13- Eu tenho ou tive dores de cabeça		36- Consumo mais sucos e água do que refrigerante	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	
14- Eu bebo ou já bebi		37- Procuro ter uma dieta saudável	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	
15- Eu fumo ou já fumei cigarros		38- Realizo atividades físicas regulares	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	
16- Utilizo (ou já utilizei) bebidas alcoólicas e fumo juntos:		39- Tenho condicionamento físico	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	
17- Consumo sal nos alimentos		40- Pratico algum esporte por prazer/hobbie	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	
18- Consumo refrigerante		41- Faço acompanhamento médico. Por que?	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	
19- Consumo carnes vermelhas		42- Recentemente tenho hábitos alimentares saudáveis	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	
20- Consumo leite e derivados		43- Recentemente tenho hábitos de vida saudáveis	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente	
21- Eu tenho ou tive "colesterol", "triglicerídeos" e/ou níveis de glicose alterados		Necessidade de orientação e encaminhamento: () Sim () Não	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente		Pontuação Parcial 1 Pontuação Parcial 2 Pontuação Total	
22- Eu utilizo alguns medicamentos para doenças cardíacas, circulatórias, metabólicas, colesterol, diabetes e/ou triglicerídeos. Qual:		Observações gerais:	
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente			
23- Tenho histórico familiar de doenças como "derrame", "aneurisma", "Isquemia", problemas cardíacos (pais, avós, tios, irmãos)			
0-() nada 1-() muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente			

INSTRUÇÕES AO PARTICIPANTE

Adaptado de WHOQOL, 1998
Programa de saúde Mental, Organização Mundial da Saúde, Genebra

Prezado(a) colaborador(a),

Agradecemos imensamente sua participação!

Este questionário é sobre como você percebe seus hábitos de vida para posteriormente relacionarmos as chances da população em desenvolver um acidente vascular encefálico (“derrames”, isquemias, AVC).

Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parecer mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Nós estamos perguntando o que você acha de seus hábitos de vida, tomando como referência (fumar, beber, dieta, hábitos saudáveis) **nos últimos 6 meses**.

Por favor, tenha em mente seus hábitos e histórico de vida **nos últimos 6 meses!!**

Por exemplo,

PARA RESPONDER PENSE NOS ÚLTIMOS 6 MESES POIS APÓS ESTE PERÍODO JÁ PODEMOS CONSIDERAR SEUS HÁBITOS COMO UMA ROTINA, Veja a seguir:

38- Realizo atividades físicas regulares

0-() nada 1-(X) muito pouco 2-() médio 3-() muito 4-() extremamente

Esta questão deveria ser “muito pouco” visto que **este participante fictício** iniciou atividades físicas há apenas 1 mês. Portanto, houve mudança da sua rotina recentemente e mesmo que ele faça todos os dias ainda poderá ser modificado.

Por fim, necessitamos saber a relação entre as diferentes rendas com as possibilidades de ter um acidente vascular encefálico.

Para garantir a discrição, sigilo e evitar constrangimentos, responda a(o) avaliador(a) APENAS A LETRA que corresponda a renda total de sua família, incluindo seus rendimentos.

A- Não tenho renda

B - Até 1,5 salário mínimo (até R\$ 1.017,00)

C - De 1,5 a 3 salários mínimos (R\$ 1.017,01 a R\$ 2.034,00)

D - De 3 a 4,5 salários mínimos (R\$ 2.034,01 a R\$ 3.051,00)

E - De 4,5 a 6 salários mínimos (R\$ 3.051,01 a R\$ 4.068,00)

F - De 6 a 10 salários mínimos (R\$ 4.068,01 a R\$ 6.780,00)

G - De 10 a 30 salários mínimos (R\$ 6.780,01 a R\$ 20.340,00)

H- Acima de 30 salários mínimos (mais de R\$ 20.340,01)

ANEXO F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e orientações ao participante

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS -INFORMAÇÃO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE
 CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
 2.RESPONSÁVEL LEGAL
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M F
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO: Nº APTO:
 BAIRRO:..... CIDADE:
 CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

II - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "**Condições de saúde e hábitos de vida para desenvolvimento de acidente vascular encefálico**". Eu discuti com a fonoaudióloga Ana Karolina Zampronio Bassi (Rua Brasília, 1025, bairro Areal, telefone 69 8416-9654) sobre a decisão em permitir a minha participação nesse estudo, assim como a autorização; responder a questionamentos pessoais, do meus dados quanto idade, raça, procedência das zonas do município de Porto Velho; do meu histórico de saúde relacionados a peso, histórico familiar, históricos da presença de doenças como diabetes, hipertensão, ocupação, lazer; dados relacionados ao tipo de dieta mais comumente por mim utilizadas. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados baseados nas questões acerca de meus hábitos de vida. Ao ser finalizada a pesquisa, os protocolos do questionários de papel - nos quais constam as minhas informações- serão descartadas por meio de triturador de papel para inviabilizar as informações constantes no documento e, após isso, serão destinados à reciclagem), seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia das respostas às dúvidas que daqui surgirem. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Porto Velho, ____ de _____ de 2013

assinatura por extenso do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador e carimbo

III DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Condições de saúde e hábitos de vida para desenvolvimento de acidente vascular encefálico

PESQUISADOR: Ana Karolina Zampronio Bassi

CARGO/FUNÇÃO: docente INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL: Conselho Regional de Fonoaudiologia – CRFa 14857

UNIDADE : Curso de Fonoaudiologia – Faculdade São Lucas

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO X RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO RISCO MAIOR

4.DURAÇÃO DA PESQUISA: 30 meses

IV - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa.

Os acidentes vasculares encefálicos são as principais causas de mortes, sendo portanto, considerado um problema de saúde pública pois além de prejuízos para as pessoas que sofrem um AVE há também os gastos para seu tratamento. Os AVE são, na maioria dos casos, possíveis de prevenir de acordo com adequadas condições de saúde e hábitos de vida. Assim, o objetivo deste estudo é identificar as condições de saúde e hábitos de vida de adultos acometidos e não acometidos pelos acidentes vasculares encefálicos.

2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais.

Após concordar em participar do estudo, a examinadora iniciará a aplicação do questionário. Será necessário que o sujeito responda questões quanto suas características físicas (raça), idade, local de procedência dentro do município tais quais as zonas da cidade com a finalidade de determinar posteriormente, os hábitos mais comuns de acordo com cada localização da cidade. Serão questionados dados acerca da hereditariedade, nível escolar, conhecimento acerca dos AVE (aneurisma, “derrame”, isquemia), histórico de saúde, acometimentos da saúde como a diabetes, hipertensão, uso de fumo, álcool bem como a frequência destes, tipo de dieta mais frequente e, assim, identificar a possibilidade de futuramente instalar ou relacioná-los à instalação do AVE. Este questionário dependerá das respostas com as possibilidades “nunca/ não” (0), “muito pouco”(1), “pouco/não sei”(2), “razoavelmente (3), “muito/sim”(4). Portanto, quanto maior o número respondido, maior a pontuação. Ao final, será feita uma somatória que acarretará em pontuação e esta será posteriormente analisada tanto nas pessoas que são consideradas saudáveis (sem AVE) quanto aquelas que já tiveram o AVE. Pretende-se com o estudo, estabelecer a pontuação que norteará a população na identificação de risco. Logo, considera-se a presente pesquisa de grande relevância científica, social que poderá contribuir com as ações futuras de políticas públicas.

3. Desconfortos e riscos esperados.

O risco considerado neste estudo se refere ao constrangimento quanto aos hábitos de vida e condições de vida por eles referidos visto que os sujeitos, muitos vezes, são conscientes que sua saúde ou hábitos não são ideais. Outro prejuízo se relaciona ao tempo despendido para responder ao questionário proposto.

4. Benefícios que poderão ser obtidos.

Os colaboradores da pesquisa serão beneficiados por entenderem os fatores que podem influenciar e/ou desencadear o acidente vascular encefálico. Poderão indagar as

pesquisadoras quanto às dúvidas relacionadas à vida saudável. Também receberão informações sobre os itens mencionados e questionados.

5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.
Não há.

V - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
 2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
 3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
 4. disponibilidade de assistência, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
 5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.
 6. Garantia de acesso ao medicamento indicado, após a finalização dos estudos, se for o caso.
-

VI. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Ana Karolina Zampronio Bassi
Rua Brasília, 1025, bairro Areal, CEP: 76.804-377, Porto Velho, Rondônia telefone (69) 8416-9654

VII. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

Em caso de dúvida a esse documento, entrar em contato com o Comitê de Ética da Faculdade São Lucas, pelo telefone 3211-8006, ou pelo e-mail cep@saolucas.edu.br.