

PRÁTICAS E NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE DOENÇA CEREBROVASCULAR EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PARTE 1. EDUCAÇÃO DO CORPO DE ENFERMAGEM: PRIORIDADE PARA O TRATAMENTO DO INFARTO CEREBRAL

CHARLES ANDRÉ*, MÔNICA F. COSTA*, RONIR RAGGIO**,
LETÍCIA L. VERMELHO*, SÉRGIO A. P. NOVIS*

RESUMO - *Contexto e objetivos:* Em um hospital universitário, entrevista direta de amostras estratificadas dos 3587 funcionários, visando determinar o nível de conhecimento e a conduta prática do corpo social diante do acidente vascular cerebral ou encefálico (AVE). Estabelecer prioridades para esforços educacionais. *Método:* Pré-teste para otimização do instrumento e cálculo amostral. Entrevista de 309 funcionários sorteados. Inquérito consistindo em 32 questões sobre fisiopatologia, epidemiologia e mortalidade, clínica, fatores de risco, evolução e tratamento, comportamento pessoal diante da doença. Teste de Kruskal-Wallis para múltiplas comparações de dados não-paramétricos. *Resultados:* O corpo social do hospital exibiu baixo nível de conhecimento teórico sobre o AVE e atitudes errôneas diante da doença. A performance dos enfermeiros foi superior à de auxiliares, técnicos e atendentes de enfermagem. O corpo de enfermagem, apesar de pontuar melhor na entrevista que a população leiga, mantém-se desinformado sobre as novas possibilidades terapêuticas e dissemina mitos sobre a doença. Entre os grupos profissionais leigos, o nível de educação formal não influenciou a performance na entrevista. *Conclusões:* A comunidade leiga e de saúde do HUCFF não reconhece adequadamente os sintomas típicos, a evolução provável dos pacientes e a necessidade de intervir rapidamente diante da doença cerebrovascular. O corpo de enfermagem não está preparado para a tarefa de difundir conceitos corretos sobre a doença. Somente programas específicos de educação continuada podem reverter este quadro, e devem ser considerados prioritários.

PALAVRAS-CHAVE: isquemia cerebral prevenção e controle, pessoal de saúde, educação, relações enfermeiro-paciente.

Knowledge and attitudes regarding stroke in a Brazilian teaching hospital: Part 1. Results in health care workers and non-health care workers

ABSTRACT - *Background and Purpose:* This study was undertaken to evaluate professionals working at a university hospital as to their knowledge and attitudes towards stroke. *Methods:* Individuals working in the hospital were divided in two groups, health care workers (HCW) and non-health care workers (NHCW), and further subdivided according to level of schooling, resulting in seven strata. A closed questionnaire addressing epidemiology, risk factors, pathophysiology, typical symptoms, treatment, clinical course and personal attitudes towards smoking and blood pressure control, was applied to a random sample of each stratum (total n = 309). Kruskal-Wallis test for multiple comparisons of non-parametric data was used. *Results:* Significant differences between the seven groups were found. Knowledge was strongly associated with being a HCW and with level of formal education ($p < 0.001$), even after excluding physicians from the analysis ($p < 0.001$). In NHCW groups, knowledge was not associated with level of education ($p = 0.421$). In these groups, personal fear of suffering a stroke was the only variable predictive of knowledge. Smoking and poor monitoring of blood pressure levels were also more common in strata with the lowest levels of education and among NHCW. *Conclusion:* Poor

*Serviço de Neurologia e **Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

knowledge and wrong attitudes towards stroke are frequent among individuals working in a Brazilian university hospital. Although these results are not necessarily applicable to the general population, they will certainly be useful for the development of educational programs on stroke.

KEY-WORDS: cerebral ischemia prevention and control, health personnel education, nurse-patient relations.

Novos conceitos sobre a fisiopatologia da isquemia cerebral criam hoje a possibilidade de recuperação para grande número de pacientes. A eficácia de trombolíticos como o r-TPA e de drogas neuroprotetoras em estudo depende, porém, em primeiro lugar do início muito precoce do tratamento. O rápido encaminhamento dos pacientes a hospitais especializados depende do reconhecimento dos sintomas típicos do acidente vascular encefálico (AVE) pela população. Uma vez no hospital, cabe ao conjunto de profissionais de saúde a percepção da urgência e da utilidade do início precoce do tratamento.

Estará o corpo social de nossos hospitais apto a rapidamente receber, investigar e iniciar o tratamento de pacientes com AVE? O corpo de enfermagem está preparado para a tarefa de difundir conhecimentos sobre a doença cerebrovascular (DCV) para as populações de alto risco que procuram o hospital?

O presente estudo visa determinar o nível de conhecimento sobre a DCV e as atitudes práticas da comunidade de um hospital. A frequência de hábitos de risco como o tabagismo é também avaliada. Pretende-se assim estabelecer prioridades para esforços educacionais futuros. A equipe médica do hospital foi objeto de estudo específico³.

MATERIAL E MÉTODOS

O HUCFF/UFRJ possuía, em junho de 1995, 3587 funcionários, classificados, para os propósitos do presente estudo, em 7 grupos (Tabela 1).

Em sucessivas reuniões entre três dos autores (CA, MFC, LV), foi criado um instrumento de inquérito a ser apresentado ao corpo social do hospital. Os dois outros autores serviram como *experts* independentes, em Neurologia (SAPN) e Estatística (RR), para análise crítica do instrumento. O modelo de inquérito foi inspirado em estudo de pesquisa epidemiológica sobre SIDA/AIDS realizado na UFRJ em 1994⁸. As orientações gerais para concepção e aplicação de instrumentos de inquérito estão publicadas^{5-7,12}.

Alguns critérios básicos para a elaboração do inquérito foram determinados de maneira apriorística. Assim, ele deveria incluir questões sobre diversas áreas do conhecimento (veja adiante) e ser capaz também de

Tabela 1. Divisão do corpo social do HUCFF/UFRJ segundo nível educacional e formação em saúde.

Grupo		Número de indivíduos
I	Médicos	762
II	Nível superior, saúde*	413
III	Nível superior, não-saúde	92
IV	Nível médio, saúde**	743
V	Nível médio, não-saúde	871
VI	Nível básico, saúde***	177
VII	Nível básico, não-saúde	529

*Principalmente enfermeiros; **principalmente auxiliares e técnicos de enfermagem; ***principalmente atendentes de enfermagem.

analisar o comportamento prático dos indivíduos diante de fatores de risco como hipertensão e tabagismo. Deveria ainda ser facilmente aplicável por estudantes especialmente treinados, em entrevistas individuais e em período médio inferior a 30 minutos, e ser redigido em linguagem simples, sem ambiguidades.

Em junho de 1995, 35 indivíduos (5 de cada grupo) foram submetidos a pré-teste, para otimização do instrumento de inquérito e determinação do cálculo amostral. A variabilidade global encontrada foi 0,274 (desvio 16,364). O nível de significância foi definido como 5%; o erro tolerável de amostragem em 7,5% (0,075). Nenhum dos indivíduos participando do pré-teste foi investigado na fase final de aplicação do teste. Foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis para múltiplas comparações de dados não-paramétricos. Algumas comparações diretas foram feitas pelo teste do Qui-quadrado.

Na segunda semana de julho de 1995, foram entrevistados 309 funcionários, assim distribuídos:

Médicos	Grupo I-	48		
Saúde	Grupo II-	46	Grupo IV-	47
				Grupo VI-
Não-Saúde	Grupo III-	33	Grupo V-	48
				Grupo VII-
				47

O instrumento final de inquérito incluiu 32 questões, distribuídas em 6 categorias (veja Anexo): Fatores de risco- 6; Evolução- 5; Tratamento- 5; Sintomas- 5; Epidemiologia- 4; Fisiopatologia- 2; Atitudes pessoais- 5. Exceto pelas questões da última categoria (atitudes pessoais), as 27 questões comportavam apenas uma resposta correta.

RESULTADOS

a. Enfermagem

Excluindo-se os médicos, o GII (enfermeiras) teve melhor performance que os grupos restantes ($p=0,000$). A moda de acertos foi porém de apenas 17 (63%). Diferenças na performance entre o GII e o conjunto de grupos restantes foram também evidentes na análise dos diversos subgrupos de questões, exceto aquelas relativas à apresentação clínica (dados não exibidos).

A performance dos grupos restantes foi inferior à dos grupos I e II. O pessoal de saúde teve desempenho superior ao do pessoal não-saúde ($P=0,000$). Esta diferença de desempenho entre profissionais de saúde e outros também ficou evidente quando analisados os diversos subgrupos de questões (dados não exibidos).

O aumento do nível de informação médica correlacionou-se com melhora progressiva da performance entre o pessoal de saúde (II>IV>VI). Esta tendência foi demonstrada na análise da performance global ($p=0,001$) e no subgrupo de questões sobre fatores de risco, sendo menos evidente nos outros subgrupos de questões.

O pessoal de saúde em contacto direto e usual com pacientes exibiu tendência a melhor performance ($p=0,08$). Considerando-se apenas o grupo VI (atendentes de enfermagem), o contacto com os pacientes não melhorou o desempenho ($p=0,95$).

b. Pessoal não-saúde

Os grupos III, V e VII (não-saúde) não exibem diferenças globais significativas de desempenho ($p=0,42$). Tampouco se detectam diferenças de performance quando diferentes subgrupos de questões são analisados.

A performance do pessoal não-saúde não é significativamente influenciada pela idade dos entrevistados ($p=0,11$), por seu nível de escolaridade ou contacto com parentes doentes. O medo consciente de ter AVE ou infarto agudo do miocárdio (IAM) parece correlacionar-se com melhor desempenho ($p=0,045$).

c. Áreas específicas de conhecimento

Em geral, as piores performances foram detectadas nas áreas de epidemiologia/mortalidade e de reconhecimento dos sintomas de apresentação da doença (Fig 1).

Anexo. Questionário sobre conhecimentos e práticas diante da doença cerebrovascular utilizado neste estudo.

**ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC - DERRAME
O QUESTIONÁRIO É SIGILOSO. NÃO ASSINE.**

O objetivo deste questionário é avaliar o nível de informação, percepção e práticas dos profissionais do HUCFF - UFRJ em relação aos ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS - AVC - ("DERRAMES")

ISTO NÃO É UM TESTE !!

RESPONDA TODAS AS QUESTÕES !!

CADA QUESTÃO DEVE RECEBER APENAS UMA RESPOSTA !!

Ao respondê-lo você estará colaborando para a elaboração de programas educativos e de prevenção do AVC.

Sexo: feminino () masculino ()

Idade: _____

Escolaridade: () Primeiro grau completo () Primeiro grau incompleto () Segundo grau completo ou incompleto

() Superior completo ou incompleto

Função no HUCFF: _____

Trabalha Diretamente Com Pacientes ?

() Sim () Não

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC - DERRAME

1. Eu sei o que é um AVC.

() sim () não () não sei

2. O que sei sobre AVC aprendi principalmente através de (o):

() Conversas com amigos () TV () Rádio () Jornal () Palestras / Aulas () Serviços de saúde

() Publicações científicas () Contacto com paciente, familiar ou conhecido com AVC

() Outros _____

3. As causas do AVC são conhecidas.

() sim () não () não sei

4. Dor no peito e suor são sintomas de AVC ?

() sim () não () não sei

5. Eu tenho mais medo de ter um AVC do que um infarto do coração.

() sim () não () não sei

6. Tomar pílula anticoncepcional aumenta a chance de ter um AVC ?

() sim () não () não sei

7. Diante de um caso de AVC, o que fazer primeiro? ** *Dê apenas uma resposta*

() Manter a pessoa em repouso e observar () Dar remédio para baixar a pressão

() Levár rápido para o hospital () Chamar o médico

8. Qual destas doenças tem causa parecida com o AVC ?

() Hepatite () Doença de Parkinson () Enfisema () Infarto do coração

9. As mulheres têm mais AVC que os homens ?

() sim () não () não sei

10. No AVC a paralisia ou fraqueza pode recuperar totalmente ?

() sim () não () não sei

11. O AVC ocorre quando um vaso (artéria) do cérebro se rompe ou entope.

() sim () não () não sei

12. Muito mais gente morre por infarto do coração do que por AVC.

() sim () não () não sei

13. Qual destas situações deve ser um AVC ?

() Dor no peito, suor e vômito () Falta de ar, tosse e febre

() Dormência no braço, vômito e vertigem () Dor de cabeça e sangramento pelo nariz

14. O AVC é mais comum em pessoas jovens.

() sim () não () não sei

15. As pessoas brancas têm maior chance de ter um AVC que as negras.

() sim () não () não sei

16. A pessoa pode ter um AVC sem perder a força de um lado do corpo ?

() sim () não () não sei

17. O único tratamento para o AVC é a fisioterapia ?

() sim () não () não sei

18. Fumar aumenta o risco de se ter um AVC ?

() sim () não () não sei

19. Comer muito e depois tomar banho ou fazer exercícios (congestão) pode provocar um AVC ?

() sim () não () não sei

20. No AVC os problemas acontecem porque uma parte do cérebro pára de funcionar ?

() sim () não () não sei

21. A pessoa que teve um AVC pode voltar ao normal ?

() sim () não () não sei

22. O tratamento do AVC pode ser uma cirurgia no cérebro ?

() sim () não () não sei

23. Pressão alta aumenta o risco de se ter um AVC ?

() sim () não () não sei

24. É comum morrer por AVC ?

() sim () não () não sei

25. Quem teve um AVC tem chance maior de morrer do coração?

() sim () não () não sei

26. Dificuldade para se entender o que estão falando pode ser a única queixa de AVC ?

() sim () não () não sei

27. Dor de cabeça forte é muito comum no AVC ?

() sim () não () não sei

28. A maioria das mortes por AVC pode ser evitada ?

() sim () não () não sei

29. Há remédio para o tratamento do AVC ?

() sim () não () não sei

30. Há remédios para se evitar o AVC ?

() sim () não () não sei

31. Com relação ao fumo:

() Nunca fumei () Fumei pouco tempo e parei () Fumei muito tempo e parei

() Quero parar mas não consigo () Fumo e não penso em parar

32. Com relação à hipertensão (pressão alta):

() Nunca meço e não sei qual é a minha pressão () Não tenho onde medir a pressão

() Sei qual é a minha pressão e meço sempre que posso () Meço mas não sei o valor pois não pergunto

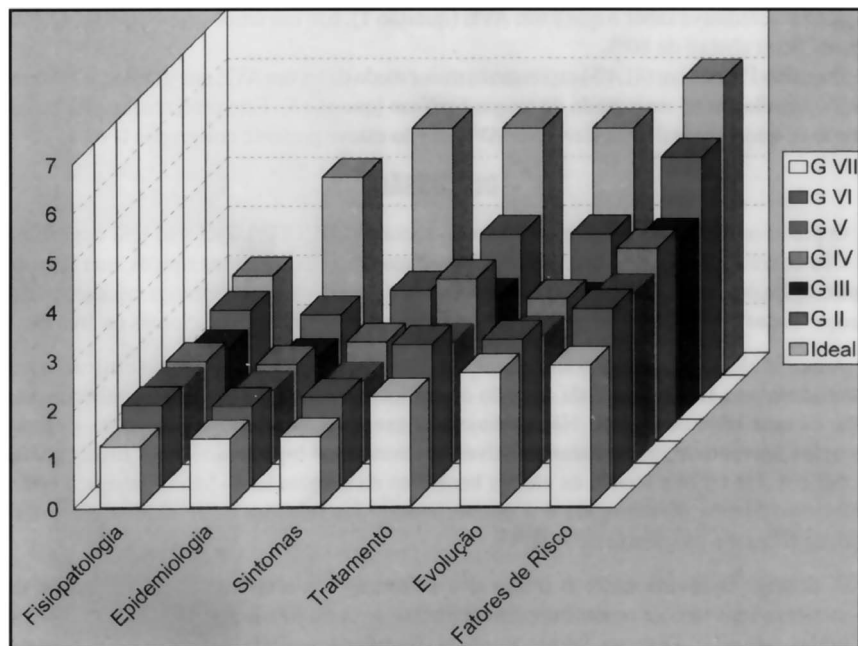


Fig 1. Curva ideal de acertos no questionário x curvas nos diversos grupos estudados.

d. Hábitos pessoais de risco e mitos sobre a doença

Hábitos de risco, como o tabagismo e pouca atenção para o controle periódico da pressão arterial, e conceitos errôneos sobre AVE se distribuem de modo não uniforme, sendo mais comuns nos grupos não-saúde e naqueles com níveis mais baixos de educação formal. A Tabela 2 exemplifica este fato no que concerne ao tabagismo. Nesta tabela percebe-se ainda que há dissociação entre o conhecimento teórico da relação entre o fumo e os AVE (questão 18) e a atitude pessoal diante do problema (questão 31).

Mitos com relação ao AVE (questão 19) parecem ser comuns, ocorrendo em mais de um terço dos indivíduos em todos os grupos. Apesar destes achados, a grande maioria dos indivíduos

Tabela 2. Distribuição do hábito tabágico segundo os grupos estudados.

Grupo (entrevistas)	Tabagismo atual (%)*	Não reconhece relação entre fumo e AVE (%)
I (48)	18,7	—
II (46)	23,9	15,2
III (33)	30,3	27,3
IV (47)	25,5	25,5
V (48)	22,9	29,2
VI (48)	30	12,5
VII (47)	42,5	25,5

* Opções D e E da questão nº 31 do questionário

entrevistados acreditava saber o que é um AVE (questão 1). Em um único grupo (GVII- 42,6%) este percentual ficou abaixo de 80%.

Enquanto 128 pessoas (41,4%) expressaram maior medo de ter um AVE que um ataque coronariano, 75 (24,3%) revelaram ter mais medo do ataque cardíaco (questão 5). Este percentual maior de pessoas com medo desproporcional de desenvolver AVE só não esteve presente nos grupos II e III.

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstra que o corpo social do HUCFF/UFRJ não tem conhecimentos adequados sobre os AVE. Não reconhece adequadamente seus sintomas típicos, sua importância epidemiológica ou a evolução provável dos pacientes e a necessidade de intervir rapidamente diante da doença. Todos estes pontos deverão ser abordados em programas educacionais na área dos AVE.

A qualidade do atendimento ao paciente com AVE e, em plano mais amplo e eficaz, a redução da mortalidade pela DCV através da redução de sua incidência, dependem do reconhecimento e da reversão de uma série de fatores. Não há hoje, por exemplo, qualquer dúvida sobre a eficácia de intervenções preventivas que reduzam os níveis tensionais em hipertensos ou os níveis glicêmicos em diabéticos. Da mesma forma, os efeitos benéficos da suspensão do hábito tabágico estão bem estabelecidos. Menos disseminado é o conhecimento das relações entre as dislipidemias ou a inatividade física e a incidência de AVE^{11,13}.

A demora indevida entre o início dos sintomas e a efetiva administração de drogas potencialmente úteis também contribui para o aumento da mortalidade por AVE. Esta demora parece ter múltiplas causas^{1,4,9}. Diversos fatores foram já identificados, ainda que possam variar segundo o país e aspectos sociais/culturais. Estes fatores podem ser classificados em três grandes grupos:

1. Falhas na identificação rápida dos sintomas principais da doença e não valorização dos sintomas mais sutis da doença como alterações exclusivamente sensitivas, diplopia, ataxia, disartria, vertigem.
2. Retardo entre o reconhecimento dos sintomas e a chegada ao hospital - primeiro contacto médico ineficaz, dificuldades no transporte, fatores médicos como o tipo de AVE.
3. Dificuldades no próprio ambiente hospitalar, especialmente problemas no atendimento eficaz do paciente a partir de sua chegada (retardo na realização da primeira avaliação clínico-neurológica, de exames complementares e de decisões terapêuticas, início tardio da administração das drogas).

Dificuldades nas áreas 1 e 3 são previsíveis a partir dos resultados deste estudo. Os sintomas típicos da DCV aguda são mal conhecidos por profissionais de saúde e a população leiga deste hospital. Da mesma forma, o pobre reconhecimento dos AVE como entidade tratável no plano da urgência médica hospitalar permite compreender uma série de falhas comuns no atendimento a estes pacientes.

O corpo de enfermagem não mostrou-se preparado para a tarefa de difundir conceitos corretos sobre a DCV. Pelo papel central desta comunidade na educação de pacientes e seus familiares, os achados deste estudo revelam-se preocupantes. Uma população de alto risco deixa assim de ser orientada no momento de máxima motivação possível¹⁰. As equipes de enfermagem dos hospitais deveriam ser preparadas para seu papel educacional. Esta missão seria cumprida através do contacto pessoal e rotineiro com pacientes e familiares, no contexto ambulatorial ou nas enfermarias. A capacitação destas equipes é tarefa primordial, se quisermos disseminar conceitos adequados sobre a doença na população sob risco.

A relação etiológica entre hipertensão arterial ou tabagismo e o desenvolvimento de AVE parece ser bem conhecida pelos entrevistados. Apesar disso, hábitos sanitários deficientes nestas duas áreas foram claramente demonstrados, estando disseminados principalmente entre a população leiga e grupos com menor nível de educação formal. Campanhas mais agressivas de estímulo à

medição sistemática dos níveis pressóricos e de alerta e restrições ao hábito tabágico devem ser estimuladas, inclusive nos hospitais.

Diferenças entre o comportamento prático das populações e seu grau de conhecimento teórico a respeito do AVE eram previsíveis à luz de resultados em outras áreas⁶. Em grupos populacionais com diferentes graus de educação formal e de acesso ao conhecimento médico, meios diversos de informação devem ser empregados. Os níveis específicos de cada grupo no saber sobre a doença deverão ser atacados. Está demonstrado, por outro lado, que a difusão de informação entre as populações é capaz de transformar sua atitude diante da DCV².

Em conclusão, considerando o impacto médico e social dos AVE e as rápidas mudanças no manejo do infarto cerebral em direção a uma abordagem típica de medicina de urgência, urge a criação de programa nacional de informação sobre a doença, utilizando extensamente os meios de comunicação mas também envolvendo o corpo social das diversas unidades de saúde envolvidas no cuidado a estes pacientes.

Agradecimentos - Os autores agradecem aos Drs. João Baptista M. Moraes Neto, Marco O. Py, Armando L. Monnerat, Denise Scanduzzi, Renzo G. Mariño; e aos alunos de graduação em Medicina da UFRJ Lucíola S. Ribeiro, Fernando S. Afonso, Cristos Pritsivelis, Bruno B. H. Mendes, Luiz Santoro Neto, Rodrigo R. P. Rodart, Alexandre V. Santos, Alexandra F. Souza, e Marcelo Gomide, pela colaboração na fase de elaboração e aplicação do questionário deste estudo. Estes alunos participaram deste estudo através do PINC (Programa de Iniciação Científica) da Faculdade de Medicina da UFRJ

REFERÊNCIAS

1. Alberts MJ, Brass LM, Perry A, Webb D, Dawson DV. Evaluation times for patients with in-hospital strokes. *Stroke* 1993;24:1817-1822.
2. Alberts MJ, Perry A, Dawson DV, Bertels C. Effects of public and professional education on reducing the delay in presentation and referral of stroke patients. *Stroke* 1992;23:352-356.
3. André C, Vermelho L, Raggio R, Costa MF, Novis SAP. Práticas e nível de conhecimento sobre doença cerebrovascular. Parte 2. Educação médica na nova era de tratamento do infarto cerebral. *Arq Neuropsiquiatr* 1997;55:581-584.
4. Barsan WG, Brott TG, Broderick JP, Haley EC, Levy DE, Marler JR. Time of hospital presentation in patients with acute stroke. *Arch Intern Med* 1993;153:2558-2561.
5. del Greco L, Walop W. Clinical epidemiology: questionnaire Development. 1. Formulation. *CMAJ* 1987;136:583-585.
6. del Greco L, Walop W, McCarthy RH. Clinical epidemiology: questionnaire development 2. Validity and reliability. *CMAJ* 1987;136:699-700.
7. del Greco L, Walop W. Clinical Epidemiology: questionnaire development, 5. The Pretest. *CMAJ* 1987;136:1025-1026.
8. Elia C, Nogueira SA, Vermelho LL e col. Ação Universitária para Prevenção da AIDS e das DST. UFRJ. Rio de Janeiro 1994.
9. Fogelholm R, Murros K, Rissanen A, Ilmavirta M. Factors delaying hospital admission after acute stroke. *Stroke* 1996;27:398-400.
10. Hanger HC, Mulley GP. Questions people ask about stroke. *Stroke* 1993;24:536-538.
11. Ozer MN, Materson RS, Caplan LR. Management of persons with stroke. St.Louis: Mosby-Year Book, 1994:1-508.
12. Walop W, del Greco L, Eastridge L, Marchand B, Szentveri K. Clinical epidemiology: questionnaire development: 4. Preparation for analysis. *CMAJ* 1987;136:927-928.
13. Wolf PA, Cupples LA, Beiser AS, Kannel WB. Physical activity and stroke risk: the Framingham Study. *Am J Epidemiol* 1994;140:608-620.