



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LUDIMILA SANTOS MUNIZ

**FATORES ASSOCIADOS AO TEMPO DE DECISÃO PARA PROCURA DE SERVIÇOS
DE SAÚDE POR PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO**

SALVADOR
2022

LUDIMILA SANTOS MUNIZ

FATORES ASSOCIADOS AO TEMPO DE DECISÃO PARA PROCURA DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa: Cuidado na Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos.

Orientadora: Professora Dr^a Fernanda Carneiro Mussi

Co-orientadora: Mariana de Almeida Moraes

SALVADOR
2022

M966 Muniz, Ludimila Santos

Fatores associados ao tempo de decisão para procura de serviços de saúde por pessoas com acidente vascular cerebral isquêmico/Ludimila Santos Muniz. – Salvador, 2022.

67 f.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Fernanda Carneiro Mussi; Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mariana de Almeida Moraes.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem e Saúde/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2022.

Inclui referências.

1. Acidente vascular cerebral. 2. Enfermagem. 3. Serviços de Saúde. 4. Educação em Saúde. I. Mussi, Fernanda Carneiro. II. Moraes, Mariana de Almeida. III. Universidade Federal da Bahia. IV. Título.

CDU 616.831-005.1

LUDIMILA SANTOS MUNIZ

FATORES ASSOCIADOS AO TEMPO DE DECISÃO PARA PROCURA DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa: Cuidado na promoção à Saúde, prevenção, controle e reabilitação de agravos em grupos humanos.

Aprovada em 24 de fevereiro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Fernanda Carneiro Mussi

Fernanda Carneiro Mussi

Doutora em Enfermagem e Professora da Escola de Enfermagem – UFBA

Camila Rosalia Antunes Baccin

Camila Rosalia Antunes Baccin

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Paraíba-UFPB

Pedro Antônio Pereira de Jesus

Pedro Antônio Pereira de Jesus

Doutor em Medicina e Professor da Faculdade de Medicina da Bahia – UFBA

Elieusa e Silva Sampaio

Elieusa e Silva Sampaio

Doutora em Enfermagem e Professora da Escola de Enfermagem – UFBA

DEDICATÓRIA AOS MEUS PAIS:

Almiro de Souza Muniz (in memoriam)

Elisvalda Santos Muniz

Vocês prepararam o meu caminho desde que eu nasci, para que eu alcançasse meus sonhos. E aqui estou eu mãe, tentando ser vitoriosa como você, tentando honrar a nossa profissão, tentando ser tão boa e reconhecida quanto foi o meu pai trabalhando como motorista.

Que cada esforço de vocês na minha formação seja agora reverenciado com essa conquista. Se meu pai não vê deixa a senhora com a missão de sentir pelos dois. De vocês só tenho amor!

AGRADECIMENTOS

Deus, teus planos em minha vida são maiores que a minha imaginação. Obrigada por guiar meus caminhos.

Ao meu esposo, **Otávio José Pereira** pela cumplicidade, compreensão e cuidado que tornaram possível o cumprimento dessa jornada. Ao teu lado vislumbro conquistas ainda maiores, amo você.

À **Ana Clara, Rafael e Gustavo** meus adolescentes que me inspiram, me ajudam e me desafiam ser cada dia melhor para trazer-lhes exemplo para a vida.

A minha **Lara**, que chegou em meio a pandemia mudando minhas certezas, minhas razões e abrindo novos caminhos de vida. Você é luz meu bebê!

Aos meus irmãos **Almiro Muniz, Lorena Muniz e Hosana Muniz**, que mesmo a distância mantém imenso apoio aos meus projetos de vida.

À minha orientadora, Professora **Dr^a Fernanda Carneiro Mussi**, pelo olhar, acolhida, credibilidade, generosidade e condução com maestria da minha orientação. A você prózima, minha reverência.

Ao Professor **Dr Pedro Antonio Pereira de Jesus** a quem devoto extrema admiração pelas habilidades técnicas e humanas. Sua atuação contribui para a construção do cuidado no SUS que faz a diferença na vida das mais de 9 mil pessoas que já tivemos a oportunidade de cuidar na Unidade de AVC, serviço que foi concebido superando barreiras políticas e administrativas e que trouxe à Bahia a implementação da trombólise do AVCi pelo SUS no maior Hospital do Norte e Nordeste Brasileiro.

À Professora doutora **Camila Baccin** pelas excelentes contribuições com sua expertise na área de doenças cerebrovasculares.

À professora **Dr^a Cláudia Pires** pela apreciação de meu projeto durante a disciplina Metodologia da Pesquisa, bem como pelo carinho e acolhida no meu ingresso na pós.

À professora **Dr^a Elieusa Sampaio** pela colaboração enquanto pesquisadora neste projeto.

À professora **Dr^a Nadirlene** pela colaboração na condução do programa de pós-graduação em enfermagem.

Ao **Dr Carlos Teles** que contribuiu com as análises estatísticas.

Às graduandas **Alexandra, Grace, Larissa, Letícia, Rilary, Tatiane e Lais**, nossas estudantes que atuaram no projeto matriz. Espero que essa experiência some na vida profissional de vocês.

À Doutoranda **Aldacy Gonçalves Ribeiro**, mulher, negra, liderança e referência na enfermagem brasileira, a quem devoto extrema admiração.

À toda equipe de enfermagem da Unidade de AVC, pessoas que me fazem crescer a cada dia, Lucila, Risoneide, Renato, Marilene Lopes, Silvina, Ângela, Maria Cristina, Jossilane, em especial à enfermeira **Jailda Almeida**, minha referência de pessoa e profissional de enfermagem.

À minhas amigas do Bob's **Minéia, Mabel, Thais, Rachel, Daniela, Georgiana, Manuela e Wilna** por serem exemplos de dedicação e resiliência.

À minha professora de graduação Phd **Luzia Wilma** pela inesgotável fonte de saber.

À parceria na confecção de manuscritos de: **Heder Silva, Cristiane Silva, Leonardo Correia, Fernanda Cajuí, Thiago, Caroline, Luzinete, Fernanda, Carla Lima, Camila**, em especial à Professora Doutoranda **Claudenice Ferreira**, enfermeira que tanto contribui com a realização de projetos e intervenções de educação em saúde. Ser de Luz!

Às integrantes do Grupo Interdisciplinar Sobre o Cuidado a saúde Cardiovascular-GISC em especial às amigas **Técia, Flávia Silva e Carla Tatiane**, pessoas que desejo levar da Universidade para a vida.

Às minhas amigas **Cristiane Daihala, Doraci Freire, Valneide Souza, Clarissa Vitor, Edna Barros, Kathleen Silvany, Shirley Rocha, Iara Maso, Bárbara, Niete, Eliede e Lorena** pelo apoio presencial e virtual.

Às integrantes da Cia de Dança da UESB de Jequié, em especial a **Tuca Rocha** por interferir positivamente na minha formação pessoal.

Às pessoas que tiveram AVC e suas famílias por permitirem mesmo em meio a ocorrência desse agravo a realização desse estudo.

Agradecimento especial à Professora doutora e amiga **Mariana Moraes**, por acreditar e sonhar junto comigo. Você me aproximou GISC e despertou meu desejo de ser pesquisadora. Sua amizade tem um valor imensurável. Minha gratidão na certeza de que vamos contribuir muito nesse campo de conhecimento que nos propomos a estudar e intervir.

AGRADECIMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

“És um senhor tão bonito; Quanto a cara do meu filho; Tempo tempo tempo tempo; Vou te fazer um pedido; Tempo tempo tempo tempo; Compositor de destinos; Tambor de todos os ritmos; Tempo tempo tempo tempo; Entro num acordo contigo; Tempo tempo tempo tempo; Por seres tão inventivo; E pareceres contínuo; Tempo tempo tempo tempo; És um dos deuses mais lindos; Tempo tempo tempo tempo; Que sejas ainda mais vivo; No som do meu estribilho; Tempo tempo tempo tempo; Ouve bem o que te digo; Tempo tempo tempo tempo; Peço-te o prazer legítimo; E o movimento preciso; Tempo tempo tempo tempo; Quando o tempo for propício; Tempo tempo tempo tempo; De modo que o meu espírito; Ganhe um brilho definido; Tempo tempo tempo tempo; E eu espalhe benefícios; Tempo tempo tempo tempo; O que usaremos pra isso; Fica guardado em sigilo; Tempo tempo tempo tempo; Apenas contigo e comigo; Tempo tempo tempo tempo; E quando eu tiver saído; Para fora do teu círculo; Tempo tempo tempo tempo; Não serei nem terás sido; Tempo tempo tempo tempo; Ainda assim acredito; Ser possível reunirmo-nos; Tempo tempo tempo tempo; Num outro nível de vínculo; Tempo tempo tempo tempo; Portanto peço-te aquilo; E te ofereço elogios; Tempo tempo tempo tempo; Nas rimas do meu estilo; Tempo tempo tempo tempo.”
(VELOSO, 1979).

RESUMO

MUNIZ, L. S. **Fatores associados ao tempo de decisão para procura de serviços de saúde por pessoas com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2022.

Introdução: Os déficits neurológicos decorrentes do acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) têm importante impacto sobre o viver humano e a decisão precoce para procura de serviços de saúde por pessoas em quadro agudo de AVCi tem potencialidade para reduzir a morbidade e mortalidade, possibilitando as terapêuticas tempo-dependentes. **Objetivos:** 1. Estimar o tempo de decisão de pessoas com AVCi para a procura de um serviço de saúde após o início dos sintomas ou *Wake up stroke*; 2. Verificar a associação entre fatores sociodemográficos, clínicos, ambientais, cognitivos e emocionais e o tempo de decisão para a procura de um serviço de saúde após o início dos sintomas ou *Wake up stroke* em pessoas com AVCi. **Métodos:** Estudo transversal, realizado com 304 pessoas com AVCi agudo atendidas num Hospital Público de referência para o tratamento, em Salvador-BA. Os dados foram coletados mediante entrevista e consulta ao prontuário de março a outubro de 2019 e analisados pela estatística descritiva e inferencial. Nas análises bivariadas, para investigar a associação entre as variáveis independentes e o TD, foi utilizada a regressão linear robusta, sendo o TD analisado em média geométrica devido a sua distribuição assimétrica. As variáveis cujas associações mostraram $p\text{-valor} \leq 0,20$ foram levadas para a análise multivariada, realizada inicialmente em blocos (sociodemográfico, clínico, ambiental, cognitivo e emocional). Posteriormente, procedeu-se a análise do modelo completo com todas as variáveis independentes dos referidos blocos, empregando-se a Regressão Linear Múltipla. A bondade de ajuste do modelo foi avaliada pelo Critério de Informação de Akaike, selecionando-se como modelo final aquele com menor valor. A significância estatística adotada foi de 5%. A multicolinearidade foi avaliada no ajuste do modelo pelo fator de inflação da variância e utilizou-se o STATA versão 12. **Resultados:** O valor mínimo do TD foi de 0,02 h (1,5 min) e o máximo de 118 h (7.080 min). A média geométrica do TD foi de 0,30 h (IC 95% 0,23-0,39), o que correspondeu a média de 18 min para os participantes decidirem procurar atendimento após o início dos sintomas do AVCi ou *Wake up stroke*. O modelo final, explicou em 41% o TD, mostrando aumento do TD em 0,5 min para participantes com hipertensão arterial, em 10,8 min para os que esperaram a melhora dos sintomas, em 1,4 min para os que estavam sozinhos no início dos sintomas, em 2,1 min para os que estavam na rua/via pública, em 3,2 min no trabalho e em 3,9 min em casa. **Conclusões:** Os participantes retardaram em média 18 min para decidir procurar atendimento em um serviço de saúde e o TD foi influenciado por variáveis de natureza clínica (ter hipertensão arterial), ambiental (estar sozinho ou em outro ambiente que não um serviço de saúde) e cognitiva e emocional (esperar a melhora dos sintomas). É importante considerar nas atividades de educação em saúde voltadas a pessoas com fatores de risco para o AVCi e dirigidas a comunidade em geral as variáveis que contribuíram para maior TD.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Retardo; Serviço de Urgência; Enfermagem; Educação em Saúde.

MUNIZ, L. S. **Factors associated with decision time to seek health services by people with Ischemic stroke.** Master's thesis. Graduate Program in Nursing and Health, Federal University of Bahia. Salvador, 2022.

ABSTRACT

Introduction: The neurological deficits resulting from ischemic stroke (CVA) have an important impact on human life and the early decision to seek health services by people with acute stroke has the potential to reduce morbidity and mortality, enabling therapies time-dependent. **Objectives:** 1. Estimate the decision time of people with stroke to seek a health service after the onset of symptoms or wake up stroke; 2. Verify the association between sociodemographic, clinical, environmental, cognitive and emotional factors and the decision time for seeking a health service after the onset of symptoms or Wake up stroke in people with ischemic stroke. **Methods:** A cross-sectional study, carried out with 304 people with acute stroke treated at a Public Hospital of reference for treatment, in Salvador-BA. Data were collected through interviews and medical records from March to October 2019 and analyzed using descriptive and inferential statistics. In the bivariate analyses, to investigate the association between the independent variables and the DT, robust linear regression was used, with the DT analyzed as a geometric mean due to its asymmetric distribution. The variables whose associations showed $p\text{-value} \leq 0.20$ were taken to the multivariate analysis, initially performed in blocks (sociodemographic, clinical, environmental, cognitive and emotional). Subsequently, the analysis of the complete model was carried out with all the independent variables of the referred blocks, using the Multiple Linear Regression. The goodness of fit of the model was evaluated by the Akaike Information Criterion, selecting the one with the lowest value as the final model. The adopted statistical significance was 5%. Multicollinearity was evaluated in the adjustment of the model by the variance inflation factor and STATA version 12 was used. **Results:** The minimum value of the TD was 0.02 h (1.5 min) and the maximum value of 118 h (7,080 min). The geometric mean of the DT was 0.30 h (95% CI 0.23-0.39), which corresponded to a mean of 18 min for participants to decide to seek care after the onset of stroke or wake up stroke symptoms. The final model explained DT in 41%, showing an increase in DT in 0.5 min for participants with arterial hypertension, in 10.8 min for those who waited for symptoms to improve, in 1.4 min for those who were alone. at the onset of symptoms, in 2.1 min for those on the street/public road, in 3.2 min at work and in 3.9 min at home. **Conclusions:** Participants took an average of 18 min to decide to seek care at a health service and DT was influenced by variables of a clinical nature (having arterial hypertension), environmental (being alone or in an environment other than a health service) and cognitive and emotional (expect the improvement of symptoms). It is important to consider, in health education activities aimed at people with risk factors for stroke and aimed at the community in general, the variables that contributed to greater TD.

Keywords: Stroke; delay; Emergency Service; Nursing; Health education.

MUNIZ, L. S. **Factores asociados con el tiempo de decisión para buscar servicios de salud por parte de las personas con accidente cerebrovascular isquémico.** Tesis de maestría. Programa de Posgrado en Enfermería y Salud, Universidad Federal de Bahía. Salvador, 2022.

RESUMEN

Introducción: Los déficits neurológicos derivados del accidente cerebrovascular isquémico (ACV) tienen un impacto importante en la vida humana y la decisión temprana de buscar servicios de salud por parte de personas con ACV agudo tiene el potencial de reducir la morbimortalidad, posibilitando terapias dependientes del tiempo. **Objetivos:** 1. Estimar el tiempo de decisión de las personas con ictus para buscar un servicio de salud después del inicio de los síntomas o despertar del ictus; 2. Verificar la asociación entre los factores sociodemográficos, clínicos, ambientales, cognitivos y emocionales y el tiempo de decisión para buscar un servicio de salud tras el inicio de los síntomas o despertar del ictus en personas con ictus isquémico. **Métodos:** Estudio transversal, realizado con 304 personas con ictus agudo atendidos en un Hospital Público de referencia para el tratamiento, en Salvador-BA. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas y registros médicos de marzo a octubre de 2019 y analizados mediante estadística descriptiva e inferencial. En los análisis bivariados, para investigar la asociación entre las variables independientes y el DT, se utilizó la regresión lineal robusta, con el DT analizado como una media geométrica debido a su distribución asimétrica. Las variables cuyas asociaciones presentaron $p\text{-value} \leq 0,20$ fueron llevadas al análisis multivariado, realizado inicialmente por bloques (sociodemográfico, clínico, ambiental, cognitivo y emocional). Posteriormente, se realizó el análisis del modelo completo con todas las variables independientes de los referidos bloques, utilizando la Regresión Lineal Múltiple. La bondad de ajuste del modelo se evaluó mediante el Criterio de Información de Akaike, seleccionando como modelo final el de menor valor. La significación estadística adoptada fue del 5%. Se evaluó la multicolinealidad en el ajuste del modelo por el factor de inflación de la varianza y se utilizó STATA versión 12. **Resultados:** El valor mínimo de la TD fue de 0,02 h (1,5 min) y el valor máximo de 118 h (7.080 min). La media geométrica del DT fue de 0,30 h (IC 95% 0,23-0,39), que correspondió a una media de 18 min para que los participantes decidieran buscar atención tras el inicio del ictus o despertar de los síntomas del ictus. El modelo final explicó el DT en un 41%, mostrando un aumento del DT en 0,5 min para los participantes con hipertensión arterial, en 10,8 min para los que esperaron a que los síntomas mejoraran, en 1,4 min para los que estuvieron solos al inicio de los síntomas, en 2,1 min para los que están en la calle/vía pública, en 3,2 min en el trabajo y en 3,9 min en casa. **Conclusiones:** los participantes tardaron en promedio 18 min en decidirse a buscar atención en un servicio de salud y la DT estuvo influenciada por variables de carácter clínico (tener hipertensión arterial), ambiental (estar solo o en un ambiente diferente al servicio de salud) y cognitivo y emocional (esperar la mejoría de los síntomas). Es importante considerar, en las actividades de educación en salud dirigidas a personas con factores de riesgo para ictus y dirigidas a la comunidad en general, las variables que contribuyeron para mayor DT.

Palabras-clave: Accidente cerebrovascular, demora; Servicio de emergencia; Enfermería; Educación para la salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma de acesso de pessoa com AVCi admitida no local de estudo.....29

Quadro 1 - Variável dependente TD e classificação adotada.....31

Quadro 2 - Variáveis independentes: sociodemográficas, clínicas, cognitivas, emocionais e classificações adotadas.....31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Associação entre TD e variáveis sociodemográficas dos participantes do estudo. Salvador-BA, 2021.....	36
Tabela 2 - Associação entre TD e variáveis clínicas dos participantes do estudo. Salvador-BA, 2021.....	37
Tabela 3 - Associação entre TD com variáveis ambientais, cognitivas e emocionais dos participantes do estudo. Salvador-BA, 2021.....	39
Tabela 4 - Modelos de regressão linear robustos estratificados por blocos de variáveis sociodemográficas, clínicas, ambientais, cognitivas e emocionais, modelo de regressão linear completo e modelo final. Salvador, Bahia, 2021.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIC - Critério de Informação de Akaike

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVCi - Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

DM - Diabetes mellitus

FA - Fibrilação Atrial

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM - Infarto Agudo do miocárdio

NIHSS - National Institutes of Health Stroke Scale

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

TCHR - Tempo de Chegada a um Hospital de Referência em neurologia

TD - Tempo de decisão

TT - Tempo de Transporte

UAVC - Unidade de Acidente Vascular Cerebral

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 OBJETIVOS	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO: CONCEITO, LINHA DE CUIDADO, BENEFÍCIOS DO ATENDIMENTO PRECOCE E DA REDE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E HOSPITALAR.	21
2.2 FATORES RELACIONADOS AO RETARDO NA CHEGADA DE PESSOAS COM AVC A UM SERVIÇO DE SAÚDE.....	24
2.3 TRABALHO DA ENFERMEIRA: CONTRIBUIÇÕES PARA MINIMIZAR O RETARDO PRÉ-HOSPITALAR FACE AO AVCI E PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DE EVENTO CEREBROVASCULAR.....	27
3 METODOLOGIA.....	30
3.1 TIPO E LOCAL DO ESTUDO	30
3.2 AMOSTRA.....	31
3.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	31
3.3.1 Variável dependente	31
3.3.2 Variáveis independentes para o TD	32
3.4 COLETA DE DADOS.....	32
3.4.1 Instrumentos de coleta de dados	32
3.4.2 Operacionalização da coleta de dados	33
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	34
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	35
4 RESULTADOS.....	36
5 DISCUSSÃO	44
6 CONCLUSÕES.....	50

REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	58
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados	60
ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral Roberto Santos.....	64

_Toc106563734

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) acomete, a cada ano, 17 milhões de pessoas no mundo, ocorrendo cerca de seis milhões de mortes anuais. Estimativas do *Global Burden of Disease* mostraram que o ônus global do AVC continua a aumentar, resultando em mais de 100 milhões de anos de vida perdidos. No Brasil, em 2016, ocorreram mais de 100 mil óbitos e 176.809 internações por AVC (BRASIL, 2017). Estima-se que até 2030, o AVC continue como a segunda maior causa de morte no mundo, sendo responsável por 12,2% daquelas previstas para o ano (WHO, 2013).

Esse evento cerebrovascular apresenta também alta morbidade, constituindo-se na principal causa de incapacidade permanente (World Stroke Organization, 2018). Os danos do AVC têm importante impacto sobre o viver humano, podendo resultar em déficits neurológicos difíceis de serem restaurados, afetando sobreviventes, familiares, amigos, ambientes de trabalho e comunidades.

Na atualidade, cerca de 80 milhões de pessoas são sobreviventes do AVC e vivenciam limitações (World Stroke Organization, 2018). A proporção de sobreviventes após o acidente vascular cerebral que necessita de cuidados varia entre 20% a 39% na América Latina. Um percentual significativo destes sobreviventes apresenta deficiência moderada ou grave e necessita da presença de cuidador, demanda maior suporte familiar, uso do sistema de saúde e de outras instituições sociais, tornando-se inabilitados para exercer atividades básicas e instrumentais da vida diária (FERRI, 2011).

O AVC isquêmico (AVCi) é definido na atualidade como o infarto do sistema nervoso central, cérebro, medula espinhal ou células da retina com morte atribuível à isquemia, com base em neuropatologia, neuroimagem e/ou evidência clínica de lesão permanente (RALPH *et al*, 2018).

Nas últimas décadas, o uso da terapia de reperfusão com trombolíticos no AVCi e os cuidados das vítimas em Unidades de AVC estão entre as medidas mais eficazes para redução da mortalidade e da incapacidade funcional (BRASIL, 2012). Consoante, um Hospital Público de especialidades gerais, localizado no município de Salvador, Bahia, implantou a primeira unidade de AVC do estado, com capacidade de 14 leitos, tornando-se um centro de referência para o tratamento do evento cerebrovascular. O tratamento nesta unidade visa a estabilização clínica, evitar a extensão da lesão e, sempre que possível, restabelecer o fluxo no vaso ocluído pela terapia trombolítica.

O trombolítico trata-se de um agente potencialmente eficaz, contudo sua eficácia está diretamente relacionada ao tempo de início dos primeiros sinais e sintomas e a administração do medicamento. Em nível de evidência 1A, os benefícios são alcançados até quatro horas e trinta minutos após o início dos sintomas. O tratamento trombolítico se mostra diligente na redução de sequelas graves do AVC segundo as evidências do *European Cooperative Acute Stroke Study III* (ECASS III; FISHER *et al*, 2009). Outra publicação aponta que 15 minutos de atraso no atendimento à pessoa com AVC reduz um mês de vida saudável e a cada minuto ganho em celeridade no atendimento rende 1,8 dias de vida saudável (STROKE, 2017).

Apesar dos benefícios consagrados da trombólise no AVCi, alguns estudos internacionais têm destacado o retardo na chegada das vítimas aos serviços de saúde implicando na perda da janela terapêutica para o tratamento (YANAGIDA *et al*, 2014; ADEOYE *et al*, 2011; LALOUX *et al*, 2008; BASKAR *et al*, 2019; ZRELAK *et al*, 2018). A experiência de nosso grupo de pesquisa revela, também, que vítimas de AVCi e familiares, muitas vezes, não procuram o serviço de saúde com a brevidade necessária para o acesso à terapia trombolítica. Apresentam diversas razões como o desconhecimento e o julgamento equivocado dos sinais e sintomas do AVC, a falta de entendimento da gravidade do evento, a esperança da melhora dos sintomas e o receio de enfrentar o difícil processo de acesso ao atendimento em unidades públicas de saúde.

Assim sendo, um dos relevantes entraves para viabilizar a trombólise é o elevado tempo de retardo pré-hospitalar face a um quadro clínico sugestivo de AVCi. O retardo pré-hospitalar é definido como o tempo decorrido entre o início dos sintomas até a admissão em um serviço de saúde e possui dois componentes de tempo principais. O primeiro é o tempo de decisão, período entre o início dos sintomas e a decisão para a procura de atendimento, o qual pode sofrer influência de fatores sociodemográficos, clínicos, cognitivos, emocionais e ambientais. O segundo componente é o tempo de transporte (TT), o período entre o deslocamento até a chegada a um serviço de saúde para o tratamento específico. No segundo componente (TT), tem-se observado sobretudo a influência do tipo de transporte utilizado e da possibilidade de resposta da rede de atenção à saúde (DAMASCENO, 2010; MUSSI *et al*, 2014).

O impacto do elevado tempo de retardo pré-hospitalar expressa-se em estimativas norte-americanas, mostrando que apenas 3,4% a 5,2% das pessoas com AVCi receberam trombólise (ADEOYE *et al*, 2011). No Brasil, perspectiva-se que esse percentual seja ainda menor, seja pela tomada de decisão tardia para a procura de atenção hospitalar, seja pela indisponibilidade de unidades de saúde cadastradas como centros de referência para o atendimento de pessoas com AVCi.

No Brasil é escassa a literatura específica sobre o tempo de decisão (TD) para a procura de serviços de saúde por vítimas do AVC e sobre o tempo de deslocamento até a admissão em um serviço de referência para o atendimento, embora seja conhecida a janela terapêutica e os tempos-alvo intra-hospitalares para alcançar os benefícios da terapia trombolítica. Poucos estudos no mundo retrataram especificamente o tempo que as pessoas levam para tomar a decisão de procurar um serviço de saúde face ao AVCi. Alguns apontaram tempos de chegada variando de horas a dias e trazem como razões a condição socioeconômica desfavorável, a raça/cor negra, o desuso de sistemas médicos de emergência, residir sozinho, falta de conhecimento sobre a terapia trombolítica, início dos sintomas em casa, história pessoal de diabetes mellitus e não reconhecimento dos sinais e sintomas (YANAGIDA *et al*, 2014; JIN *et al*, 2012; MELLOR *et al*, 2015).

Torna-se, portanto, necessário conhecer o TD para a procura de serviços de saúde face ao AVC e os fatores que o influenciam. O conhecimento obtido mostrará os principais preditores para maior retardo pré-hospitalar face ao AVCi, de natureza sociodemográfica, cognitiva e emocional, ambiental e clínica e poderá orientar projetos de educação em saúde. Abordagens educativas direcionadas com base nas especificidades da clientela permitem o alcance de resultados mais promissores quanto ao reconhecimento das manifestações clínicas do AVCi e a tomada de decisão correta frente ao evento pelas vítimas e pessoas em seu entorno. Portanto, pode-se contribuir para minimizar o tempo de retardo pré-hospitalar face ao evento cerebrovascular e diminuir incapacidades funcionais que prejudicam a qualidade de vida de sobreviventes, suas famílias, amigos e a comunidade. A enfermeira pode atuar informando os indivíduos com base nos fatores implicados na decisão da busca de atendimento de saúde, visando desenvolver a percepção de que retardar essa decisão pode significar o risco de perder a vida ou limitá-la permanentemente (MUSSI, PEREIRA, 2010).

1.1 OBJETIVOS

Estimar o tempo de decisão de pessoas com AVCi para a procura de um serviço de saúde após o início dos sintomas ou *Wake up stroke*.

Verificar a associação entre fatores sociodemográficos, clínicos, ambientais, cognitivos e emocionais e o tempo de decisão para a procura de um serviço de saúde após o início dos sintomas ou *Wake up stroke* em pessoas com AVCi.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO: CONCEITO, LINHA DE CUIDADO, BENEFÍCIOS DO ATENDIMENTO PRECOCE E DA REDE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E HOSPITALAR.

O AVCI é definido como um episódio de disfunção neurológica causado por enfarte focal cerebral, espinal ou da retina. (RALPH *et al*,2018) A isquemia cerebral é causada pela falta de aporte sanguíneo a uma área do cérebro por conta de uma obstrução arterial. (BRASIL, 2017) A ausência de suprimento sanguíneo resulta na morte neuronal, em poucos minutos ou horas, e guarda relação direta entre o calibre da artéria comprometida e a existência de circulação colateral. (MA HENRY *et al* for the EXTEND, 2019)

O primeiro Consenso Brasileiro do Tratamento da Fase Aguda do AVC da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares data de 2001 (SBDCV, 2001), mas somente em 2012 foram criadas as portarias do Ministério da Saúde para melhor subsidiar a política de atenção à saúde de pessoas com AVC no Brasil. A portaria nº 665 de 12 de abril de 2012, alterada pela portaria GM/MS nº 800 de 17.06.2015, dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência para pessoas com AVC, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. A Portaria nº 664, de 12 de abril de 2012 aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Trombólise no AVCI (BRASIL, 2012)

Em 2014, uma nova portaria foi instituída pelo Ministério da Saúde criando a Linha de Cuidados em AVC na Rede de Atenção às Urgências e Emergências com o objetivo de reduzir a morbimortalidade pelo AVC no Brasil, com ações para o atendimento integral as vítimas, vislumbrando todas as suas demandas de atenção à saúde. (BRASIL, 2014).

Já em 2020, foi criada a Linha de Cuidado do AVC no adulto que descreve a articulação de recursos e de práticas de produção de saúde bem como das rotinas para a condução de possibilidades diagnósticas e terapêuticas do paciente entre as diferentes unidades de atenção à saúde (BRASIL, 2020).

Em 2021, pela Portaria nº 5, de 19 de fevereiro de 2021 o Ministério da Saúde tornou pública decisão de incorporar a trombectomia mecânica para AVCi agudo, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No estado da Bahia, essa tecnologia ainda não foi incorporada nos hospitais do SUS, mas está disponível no sistema de atenção à saúde privado, deixando

assim de beneficiar usuários do SUS que possuem oclusões mais proximais, que dificilmente se beneficiariam da trombólise venosa ou pessoas que chegam após quatro horas e trinta minutos do início dos sintomas.

Os protocolos ministeriais e a Linha de Cuidado em AVC estabelecem critérios e diretrizes para o enfrentamento da doença, destacando a necessidade de cuidado das vítimas em Unidades de AVC. Esta proposta terapêutica é relevante, pois propicia investigar a etiologia do AVC para prevenir recorrência; identificar e controlar fatores de risco; prevenir e tratar complicações do AVC; promover a reabilitação precoce; treinar novos profissionais da área de saúde e desenvolver pesquisas nesse campo. Nessas unidades é ofertada, dentro de critérios rigorosos de elegibilidade, a trombólise medicamentosa, tratamento potencialmente eficaz para redução de sequelas e morte por AVC (BRASIL, 2012).

Demonstrou-se que o ativador do plasminogênio tecidual recombinante (rt-PA) quando administrado em quatro horas e trinta minutos após o AVCI reduz a incapacidade funcional, tornando-se um dos principais tratamentos específicos recomendados para o tratamento agudo do AVCI com nível de evidência 1A (ECASS III; FISHER *et al* ,2009).

A terapia de reperfusão com trombolíticos e os cuidados prestados em Unidades de AVC estão entre as medidas que corroboram para a redução da mortalidade e da incapacidade funcional por AVC (BRASIL, 2012). No entanto, a apresentação tardia de pessoas com AVC a centros de referência para o tratamento é o fator principal que limita o uso da trombólise no curso agudo do evento (BRASKAR, 2019).

Atualmente há estudo que indica a extensão da janela terapêutica para trombólise no AVCI para nove horas, com protocolos que garantam a avaliação da viabilidade do tecido isquêmico através de exames de imagem (LEIRA; MUIR, 2019). A extensão da janela terapêutica para além das quatro horas e trinta minutos, bem como o tratamento endovascular ainda não são aplicados nos centros de AVC do SUS no Estado da Bahia.

Torna-se relevante destacar que a cada hora de atraso no tempo de apresentação da vítima ao serviço de saúde especializado, diminuiu as possibilidades de um bom resultado terapêutico em cerca de 2% dos casos, independente da elegibilidade da vítima para as terapias agudas de recanalização (MAYASI, 2016). Portanto, quanto mais precoce o atendimento maiores são as chances de redução das sequelas e mortes por AVC. Assim sendo, torna-se relevante conhecer o tempo de decisão para a procura de serviços de saúde face ao AVC e os fatores associados ao retardo de pessoas que chegam a um Hospital Geral Público de Salvador, Bahia, referência no tratamento do AVC que possui uma Unidade de AVC integral.

Diante da urgência do atendimento de pessoas com AVCi, torna-se mandatório o seguimento de um itinerário terapêutico resolutivo a partir do reconhecimento dos sinais e sintomas e para o atendimento na rede serviços de saúde pré-hospitalar.

A rede de saúde da linha de cuidado a pessoas com AVC, no tocante ao atendimento de urgências em Salvador, conta com hospitais gerais, unidades de pronto atendimento (UPAS), o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e a Central Estadual de Regulação (CNES/DATASUS, 2021).

Os hospitais gerais são estabelecimentos com estrutura para realizar ações de média e alta complexidade voltadas a pessoas com AVCi. O município de Salvador possui 12 hospitais gerais do SUS, de gestão municipal ou estadual. O sistema privatista de saúde do mesmo município conta com 20 estabelecimentos cadastrados como hospitais gerais. No protocolo de atendimento a uma pessoa com AVC, os hospitais possuem papel importante pois realizam atendimento de urgência 24h por dia, internamento e atendimento ambulatorial. Hospitais habilitados como centros de referência para atendimento ao paciente com AVC devem atender aos critérios da portaria^o 665 de 12 de abril de 2012, com equipe multiprofissional especializada, com leitos monitorados para o atendimento ao AVC agudo realizando procedimento com trombolítico e ter tecnologias de suporte terapêuticos e diagnósticos descritas na referida portaria.

Em Salvador existem dois hospitais gerais que realizam trombólise em situação de AVCi pelo SUS. Desses, apenas um possui uma Unidade de AVC.

O Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU-192) em Salvador integra o protocolo de atendimento de pessoas com AVC, oferecendo celeridade ao encaminhamento de pessoas elegíveis a terapia trombolítica a um centro trombolizador. Em nível de atendimento pré-hospitalar móvel, Salvador possui 64 estabelecimentos cadastrados como unidade móvel de nível pré-hospitalar e unidade móvel terrestre (CNES/DATASUS, 2021).

Conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Salvador possui ainda onze estabelecimentos cadastrados como Unidades de Pronto Atendimento (UPA), sendo duas de gestão estadual e as demais de gestão municipal. (CNES/DATASUS, 2021). As UPA dão suporte clínico inicial e referenciam uma pessoa com AVC para atendimento médico de neurologia e realização de tomografia ou para internamento em hospital geral ou de referência para AVC, com a mediação da central de regulação do estado. Essa Central ordena o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro da Rede de Atenção à Saúde que conta com equipe multiprofissional capacitada. Salvador possui um centro regulador cadastrado no CNES (CNES/DATASUS, 2021).

Incorreções no itinerário terapêutico em caso do reconhecimento tardio da sintomatologia do AVCi pela vítima e pessoas em seu entorno, da assistência inadequada ou tardia, da avaliação clínica inicial inexata e da falta de priorização na triagem de um serviço de emergência são fatores que contribuem para o aumento da mortalidade e para a morbidade face ao para AVC (PRUDÊNCIO, 2016).

2.2 FATORES RELACIONADOS AO RETARDO NA CHEGADA DE PESSOAS COM AVC A UM SERVIÇO DE SAÚDE

Para conhecer o panorama nacional e internacional dos fatores relacionados ao tempo de decisão de pessoas com AVC para procura de serviços de saúde realizou-se uma pesquisa na base de dados do PUBMED da U.S. *National Library of Medicine* (NLM), sem recorte temporal, tendo como critério de busca os descritores em inglês “*delayed presentation*”, “*stroke*” e o operador booleano “*and*”. A busca foi iniciada em cinco de maio de 2019 e atualizada em 12 de dezembro de 2021. Foram encontrados 335 artigos, sendo incluídos nesta revisão aqueles que focalizaram sobre retardo pré-hospitalar face ao AVC e que se tratavam de pesquisa original. Foram excluídos 303 que não tinham relação direta com o objeto de estudo, dois por estarem repetidos nas bases e três por se tratarem de artigos de revisão. Desse modo, identificou-se 27 artigos originais sobre retardo pré-hospitalar de pessoas com AVC a serviços de saúde, os quais foram realizados em diversos países.

Os estudos identificados estão a seguir descritos e trazem evidências sobre o objeto de estudo dessa investigação. Cabe destacar que a maioria das pesquisas analisaram o tempo de chegada a um serviço de saúde após o início dos sinais e sintomas do AVC, sem considerar a análise individual dos dois componentes do retardo pré-hospitalar, quais sejam, o tempo de decisão para a procura de um serviço de saúde após o início dos sintomas e o tempo de deslocamento até um serviço de referência para o tratamento.

Os estudos nacionais (BRUCH, 2010; FONSECA *et al*, 2013; CARVALHO *et al*, 2011) e internacionais (WANG *et al*, 2013; BRASKAR *et al*, 2019; ZRELAK *et al*, 2018; KHATHAAMI *et al*, 2018; TAN *et al*, 2014; LACY *et al*, 2001; ADDO *et al*, 2012; HAGIWARA *et al*, 2014; LEUNG *et al*, 2016; MAYASI *et al*, 2016; LALOUX *et al*, 2007; KLEINDORFER *et al*, 2007; DE SILVA *et al*, 2007; DENG *et al*, 2006; CHANG *et al*, 2004; ENGELSTEIN *et al*, 2000; PITTOCK *et al*, 2003; CASSETA *et al*, 1999; SMITH *et al*, 1998; STREIFLER *et al*, 1998; FELDMANN *et al*, 1993; KIM *et al*, 2013; HSIA *et al*, 2011; FAIZ

et al, 2014) que focalizaram a investigação sobre os fatores relacionados ao retardo pré-hospitalar em pessoas com AVCi, mostraram que fatores de natureza sociodemográfica, clínica, cognitiva, ambiental e emocional associaram-se ao retardo pré-hospitalar de pessoas com AVCi. Além disso, adotaram diferentes pontos de corte para definir a apresentação precoce ou tardia a um serviço de referência para o tratamento do AVCi, o que dificulta a comparação entre os resultados das pesquisas.

Como visto, dos 27 estudos identificados sobre os fatores relacionados ao retardo pré-hospitalar de pessoas com AVCi, apenas três foram realizados no Brasil (BRUCH, 2010; FONSECA *et al*, 2013; CARVALHO *et al*, 2011), inexistindo dados oriundos do estado da Bahia. Esse panorama salienta a importância de novas investigações nesse campo do conhecimento, no referido estado e no Brasil.

Das 27 investigações apenas uma (CHANG *et al*, 2014) verificou a influência de fatores associados ao tempo de decisão para procura de um serviço de saúde por pessoas com AVC. Todos os demais, analisaram os fatores associados ao tempo de chegada a um serviço de saúde, sendo três nacionais (BRUCH *et al*, 2010; FONSECA *et al*, 2013; CARVALHO *et al*, 2011) e vinte e três internacionais (WANG *et al*, 2013; BRASKAR *et al*, 2019; ZRELAK *et al*, 2018; KHATHAAMI *et al*, 2018; TAN *et al*, 2014; LACY *et al*, 2001; ADDO *et al*, 2012; HAGIWARA *et al*, 2014; LEUNG *et al*, 2016; MAYASI *et al*, 2016; LALOUX *et al*, 2007; KLEINDORFER *et al*, 2007; DE SILVA *et al*, 2007; DENG *et al*, 2006; ENGELSTEIN *et al*, 2000; PITTOCK *et al*, 2003; CASSETA *et al*, 1999; SMITH *et al*, 1998; STREIFLER *et al*, 1998; FELDMANN *et al*, 1993; KIM *et al*, 2013; HSIA *et al*, 2011; FAIZ *et al*, 2014; BRUCH *et al*, 2010).

Destaca-se também que diferentes pontos de corte foram utilizados para interpretar o tempo de retardo pré-hospitalar. Alguns estudos tomaram por base a janela terapêutica para trombólise de quatro horas e trinta minutos (BHASKAR *et al*, 2019; ZERELACK *et al*, 2018; KHATHAAMI *et al*, 2018; LEUNG *et al*, 2016; KIN *et al*, 2016; FONSECA *et al*, 2013; CARVALHO *et al*, 2011; FAIZ *et al*, 2014), outros adotaram a janela de três horas (HAGIWARA *et al*, 2014; TAN *et al*, 2014; KLEINDORFER *et al*, 2007; DENG *et al*, 2006; LACY *et al*, 2001; ADDO *et al*, 2012; MAYASI *et al*, 2016; LALOUX *et al*, 2007; ENGELSTEIN *et al*, 2000; PITTOCK *et al*, 2003; SMITH *et al*, 1998; STREIFLER *et al*, 1998; FELDMANN *et al*, 1993; HSIA *et al*, 2011) e os demais consideraram a apresentação precoce a chegada a um serviço de saúde até duas horas do início dos sintomas (DE SILVA *et al*, 2007; CASSETA *et al*, 1999) ou dentro das primeiras vinte e quatro horas (WANG *et al*, 2013). Os diferentes pontos de corte adotados dificultam a comparação entre os resultados obtidos.

Quanto aos fatores sociodemográficos, estudos em diferentes centros do mundo, constataram maior retardo em mulheres (WANG *et al*, 2013; COLSCH *et al*, 2018; BERGLUND *et al*, 2017; LEUNG *et al*, 2016; LACY, 2001); alguns não identificaram diferença nos tempos de retardo segundo os sexos (ZRELAK *et al*, 2018). Referente a condição socioeconômica, foi identificado maior retardo em pessoas com condições socioeconômicas deficitárias (YANAGIDA *et al*, 2014). Relativo a idade, foi identificado maior retardo pré-hospitalar para pessoas com faixa etária de 55 a 64 anos e de 65 a 74 anos (BHASKAR *et al*, 2019), na faixa etária de 18 a 50 anos (LEUNG *et al*, 2016) como também em pessoas com idade superior a 80 anos (BIRNBAUM *et al*, 2016; KIM *et al*, 2011; CHANG *et al*, 2004). Esses estudos indicam que o maior retardo parece recair em adultos maduros e idosos. Pessoas da etnia negra (ADDO *et al*, 2012; LACY *et al*, 2001; HSIA *et al*, 2011; RAVENELL *et al*, 2015; LACY, 2001) desempregadas (LEUNG *et al*, 2016) e solteiras (LEUNG *et al*, 2016) também apresentaram maior retardo na apresentação a um serviço de saúde.

Quanto aos fatores clínicos, os estudos apontaram que a pontuação na *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) menor que quatro foi associada a apresentação mais tardia e maior que 20 a menor retardo (LEUNG *et al*, 2018; ADDO *et al*, 2012). Outros fatores clínicos que influenciaram o retardo pré-hospitalar face ao AVC incluíram apresentação de sintomas atípicos, manifestações clínicas que poderiam ser relacionadas a outros sistemas como o cardiopulmonar e gastrointestinal, infecção sistêmica, traumatismos, eventos tromboembólicos não cerebrais (CHOMPOOPONG *et al*, 2017; BERGLUND *et al*, 2016; WANG *et al*, 2013) e apresentação de vários sintomas no início do AVC (SMITH *et al*, 1998). Outros fatores clínicos incluía, diabetes mellitus (WANG *et al*, 2013; LEUNG *et al*, 2016), turvação visual (KHATHAAMI *et al*, 2018), fibrilação atrial (TAN *et al*, 2014), hipertensão arterial sistêmica, (TAN *et al*, 2014), AVC prévio (TAN *et al*, 2014), história de doença cardiovascular (LACY *et al*, 2001) e dependência prévia para realização de atividades de vida diária (SMITH *et al*, 1998).

No tocante aos fatores ambientais, as variáveis associadas a maior retardo para o atendimento incluíram não ser transportado por ambulância (BHASKAR *et al*, 2001; KHATHAAMI *et al*, 2018; LACY *et al*, 2001; KIM *et al*, 2013), usar veículos próprios ou de familiares (LACY *et al*, 2001), estar sozinho no momento do início dos sintomas (KHATHAAMI *et al*, 2018), residir com no máximo duas pessoas (HAGIWARA *et al*, 2014; PITOCK *et al*, 2003) e sofrer o início dos sintomas à noite (HAGIWARA *et al*, 2014; STREIFLER *et al*, 1998).

Quanto aos fatores cognitivos e emocionais, não reconhecer os sinais e sintomas do AVC (KHATHAAMI *et al*, 2018), desconhecer o número do serviço de urgência (KHATHAAMI *et*

al, 2018), não reconhecer a gravidade dos sintomas (DE SILVA *et al*, 2007) e a indecisão para procurar ajuda médica (CASSETTA *et al*, 1999) foram apontados como fatores de retardo para o tempo de chegada a um serviço de saúde.

Os achados dos estudos apresentados reforçam que investimentos em educação em saúde comunitária é fundamental. É necessário compartilhar informações e esclarecer a população sobre os sinais de alerta e sintomas de AIT e AVC, a importância do reconhecimento da gravidade do evento e dos benefícios do tratamento precoce, assim como incentivá-la a acionar o SAMU-192 para a chegada a um serviço de saúde de referência para o tratamento.

Ao se incorporar um olhar sobre questões referentes aos fatores implicados no retardo pré-hospitalar diante do AVC vislumbra-se e um importante campo para intervenção em saúde, sobretudo no trabalho da enfermeira como agente de educação em saúde.

2.3 TRABALHO DA ENFERMEIRA: CONTRIBUIÇÕES PARA MINIMIZAR O RETARDO PRÉ-HOSPITALAR FACE AO AVCI E PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DE EVENTO CEREBROVASCULAR

A força de trabalho das enfermeiras junto às técnicas e auxiliares de enfermagem compõe 60% dos profissionais de saúde no Brasil. A pesquisa “Perfil da Enfermagem do Brasil” aponta a existência de 1.804.535 profissionais de enfermagem, sendo 414.712 enfermeiras(os) e 1.389.823 técnicos e auxiliares em enfermagem (PERSEGONA *et al*, 2016). Tratam-se de profissionais que atuam em toda rede de atenção à saúde do SUS e nos sistemas de saúde privatistas, fazendo-se presente nos diversos ambientes de produção de cuidado como nos domicílios, hospitais, centros de saúde, unidades de saúde da família, unidades de pronto atendimento, entre outros pontos de atenção.

A trabalho da enfermeira na educação em saúde pode corroborar com o aumento das potencialidades dos indivíduos e famílias para prevenção e ação face a ocorrência de agravos de instalação súbita como o AVC, orientado pelo embasamento teórico acerca dos fatores de risco, das manifestações clínicas, medidas de prevenção e controle, terapêuticas preconizadas na fase aguda e crônica, entendimento dos fluxos e processos de atendimento à pessoa com AVC na rede de saúde e, na perspectiva desse estudo, conhecendo os fatores que influenciam o retardo na decisão precoce para a procura de serviços de saúde face ao AVC.

O trabalho educativo da enfermeira deve oferecer caminhos que visem autocuidado, apoiando a construção do saber e possibilitem a formação de pessoas críticas e preparadas para

atuarem de forma efetiva na busca de soluções para os problemas de saúde. Nesse grupo, incluem-se, sobretudo pessoas em maior situação de vulnerabilidade, sabidamente em risco ou que já sofreram AVC, como pessoas idosas, com hipertensão arterial, diabetes mellitus, com excesso de peso, dislipidemias e cardiopatas, assim como pessoas que fumam e consomem bebida alcoólica em excesso e e outras drogas (SBDCV, 2021).

Em Salvador/BA, foi realizada intervenção educativa por enfermeiras de um Hospital Geral que possui um centro de referência para o atendimento ao AVC, atingido 1.303 agentes comunitários de saúde de todos os distritos sanitários da cidade, de 2016 a 2018. A abordagem incluiu a definição do AVC, a magnitude do problema, dados epidemiológicos, sinais e sintomas, sinais de alerta, fatores de risco, prevenção primária e secundária, identificação rápida e acionamento do serviço de urgência, tratamento trombolítico, apresentação aos serviços especializados em Salvador/BA, abertura de espaço para o diálogo, discussão e avaliação oral da intervenção (MUNIZ *et al*, 2021). Iniciativas como essas podem lograr resultados favoráveis no reconhecimento dos sinais e sintomas do AVC pela população, assim como na prevenção e controle do evento. A enfermeiras entenderam a capacitação desses agentes, interlocutores fundamentais entre serviços de saúde e população, como uma estratégia para alcançar a redução das sequelas e morte por AVC, assentadas na premissa de que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem caráter estratégico, sendo o ramo de atenção com maior potencial para identificar as necessidades de saúde da população. Assim, a APS junto à Rede Hospitalar soma-se em capacidade e esforços para fomentar a prevenção, produzir cuidados e evitar sequelas e mortes pelo AVC (MUNIZ *et al*, 2021).

A grande maioria das intervenções educativas em nosso meio versa sobre a mudança de comportamento detendo-se no controle dos fatores de risco e à adoção de estilo de vida saudável para prevenir a (re)ocorrência de eventos cerebrovasculares (MANIVA *et al*, 2018). Assim, fica evidente que é preciso enriquecer também a concepção desta pesquisa, com conhecimentos sobre os fatores que influenciam o retardo na decisão precoce para a procura de serviços de saúde face ao AVC, visando orientar as atividades educativas que tenham como meta reduzir retardo pré-hospitalar face ao AVCI.

Apenas veicular mensagens em saúde pode não ser suficiente para transformar ações e relações. Nesse sentido, é necessário conhecer os significados e as condições que motivam as ações individuais e coletivas e a maneira como as pessoas se apropriam do conhecimento que circula na sociedade sobre saúde e doença, remodelando-o (MUSSI, 2004).

No processo de educação em saúde é preciso enfatizar que o sucesso do atendimento não é de responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde, mas depende também do grau de

conscientização da população sobre o reconhecimento do agravo em curso e a importância da ativação rápida do serviço médico de emergência e de sua capacidade e disposição de iniciar as medidas terapêuticas preliminares. Nesse sentido, a enfermeira tem a responsabilidade de organizar a informação, a educação e a capacitação do público visando aumentar a porcentagem de pessoas que chamam o serviço de emergência e obtêm ajuda rapidamente (MUSSI, 2004).

Estudo sobre retardo na chegada de pessoas com AVC a um hospital de referência apontam a necessidade de melhorias no atendimento associada à difusão de informações à população no intuito de fornecer à comunidade subsídios para o reconhecimento dos sinais do AVC e o rápido acionamento do serviço de emergência (BHASKAR et al, 2019 BERGLUND *et al*, 2017).

Importante também destacar o papel da enfermeira na formação profissional de multiplicadores de informações em AVC com estratégias de ensino-aprendizagem por meio das metodologias ativas, conhecidas como recursos didáticos inovadores: simulações realísticas, estudos de casos, práticas baseadas em evidências, dentre outros.

O profissional de saúde deve utilizar metodologias participativas que propiciem a autonomia e cidadania das pessoas, para ampliar e fortalecer a concepção de intervenção que estabelece e justifica os diálogos no campo do saber (AYRES, 2009).

As tecnologias educativas para educação em saúde sobre AVC comumente adotadas são materiais impressos, palestras, materiais eletrônicos, música, televisão e telefonemas tendo como público-alvo do processo educativo a população em geral, pacientes e cuidadores (MANIVA *et al*, 2018).

Vale salientar que a escolha da metodologia vai depender diretamente das características e necessidades do público-alvo da intervenção. A exemplo, um estudo de base populacional realizado em Berlim resultou em uma experiência exitosa onde a intervenção consistiu em envio de uma carta educacional indicando sintomas do AVC e enfatizando a importância de chamar os serviços médicos de emergência. Essa intervenção conseguiu reduzir atrasos pré-hospitalares face ao evento agudo cerebrovascular em mulheres (MÜLLER *et al*, 2009).

A enfermeira pode contribuir com suas práticas de saúde e por meio da educação, assentada na perspectiva da integralidade, reabilitação e longitudinalidade, para minimizar a mortalidade e os danos neurológicos focais ou globais oriundos do AVC. O melhor conhecimento sobre fatores que influenciam o retardo na decisão precoce de procura de serviços de saúde face ao AVC podem subsidiar a conduta da enfermeira no processo de educação em saúde.

3 METODOLOGIA

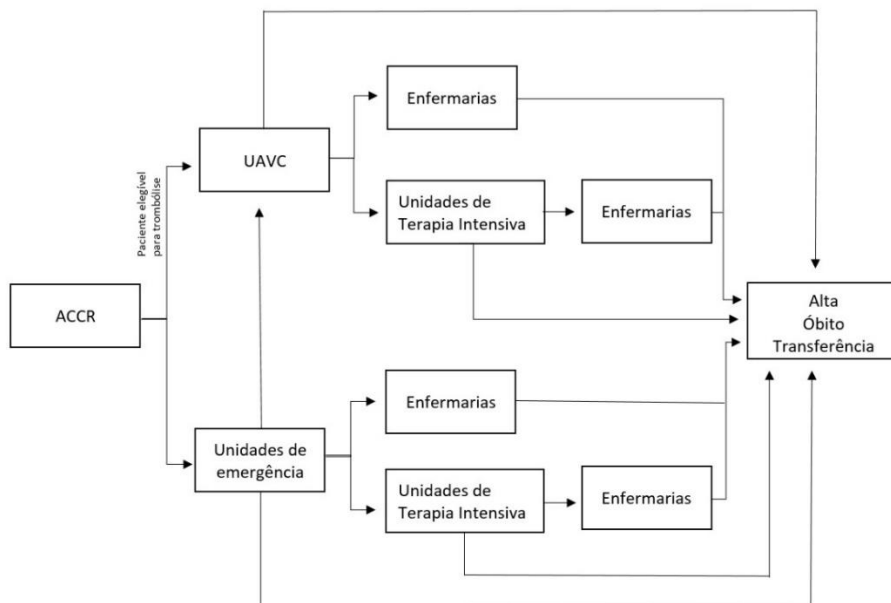
3.1 TIPO E LOCAL DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal realizado em um Hospital Geral, o maior hospital público do estado da Bahia, com 640 leitos, de grande porte, de alta complexidade, terciário e de caráter assistencial. É também de ensino, certificado pelos Ministérios da Saúde e da Educação e, oficialmente, um Centro de Referência de Alta Complexidade, nível III de certificação para pacientes com AVC (BRASIL, 2012).

Este hospital possui uma Unidade de Cuidado ao AVC (UAVC) credenciada como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC no âmbito do SUS. Essa unidade completou, em 2021, nove anos de funcionamento e dispõe de quatorze leitos de internação, sendo um exclusivo para o tratamento trombolítico. A equipe de atendimento da UAVC é pioneira nas regiões Norte e Nordeste no emprego da terapia trombolítica. O incremento no uso desta terapêutica ocorre anualmente nesta instituição, observando-se, por exemplo, que 39 pessoas se beneficiaram da mesma em 2012 e 148 em 2020.

Além disso, este hospital possui uma unidade de emergência, uma enfermaria neurológica e uma Unidade de Terapia Intensiva Neurocirúrgica. Em geral o fluxo de uma pessoa com AVCI para admissão até a alta no local de estudo pode ocorrer conforme ilustra a Figura 1.

Figura 1: Fluxograma de acesso de pessoa com AVCi admitida no local de estudo.
ACCR: Acolhimento com Classificação de Risco



Fonte: Produção das pesquisadoras

Diante deste contexto, as unidades selecionadas para a coleta foram as unidades da emergência (sala vermelha, sala amarela, sala verde, sala de estabilização e sala de procedimentos), a UAVC, todas as Unidades de Terapia Intensiva (UTI Geral A e B, UTI Cirúrgica, UTI Neurocirúrgica e a UTI 2), a enfermaria de Neuroclínica, a enfermaria de Neurocirurgia e a enfermaria de Clínica Médica.

3.2 AMOSTRA

Dada a lacuna de literatura específica sobre a prevalência do tempo de decisão (TD) de pessoas com AVCI para procura de serviço de saúde, utilizou-se a variabilidade total, onde assumimos que 50% da população tem a característica de interesse e 50% não a tem. Adotando-se 95% de confiança e a variabilidade máxima de 50%, o tamanho amostral para os erros máximos possíveis que são esperados na amostra (6 a 7%) resultaram em um n (amostra) entre 196 e 267 participantes. A pesquisa teve uma amostra final de 304 participantes.

Os critérios de inclusão foram indivíduos com diagnóstico médico de AVCI agudo, registrado em prontuário, admitidos no local de estudo para tratamento, com idade mínima de 18 anos. Os critérios de exclusão foram pessoas com incapacidade prévia ao AVCI; com sintomas que impediam a comunicação verbal e sem acompanhantes para responder aos questionamentos da pesquisa e com mais de 10 dias do ictus do evento considerando a possibilidade de viés recordatório na precisão do dia e horário do início dos sintomas.

3.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.3.1 Variável dependente

Variável dependente	Tipo de variável
Tempo de decisão (TD) de pessoas com AVCI para procura de um serviço de saúde*	Contínua
	Média Geométrica (para reduzir assimetria)

*Tempo decorrido entre o início dos sintomas e a decisão de procurar um serviço de saúde

3.3.2 Variáveis independentes para o TD

Variáveis independentes	Tipo de variável*
Variáveis sociodemográficas	
Sexo	(0) Masculino (1) Feminino
Faixa etária	(0) 21<40 anos (1) 40<60 anos (2) 60<80 anos (3) ≥80 anos
Escolaridade	(0) 2º completo/incompleto e superior (1) Até 1º completo
Estado civil	(0) Casado/Com companheiro (1) Solteiro/Viúvo/Sem companheiro
Raça/cor autodeclarada	(0) Não preta/parda (1) Preta/parda
Com quem mora	(0) Não mora sozinho (1) sozinho (a)
Renda familiar mensal	(0) ≥ Três salários-mínimos (1) Até três salários-mínimos
Situação laboral	(0) Com atividade (1) Sem atividade
Local de residência	(0) Salvador (1) Outras cidades
Variáveis clínicas	
Hipertensão arterial	(0) Não (1) Sim
Diabetes	(0) Não (1) Sim
Tabagismo	(0) Não (1) Sim (2) Ex- Fumante
Infarto do miocárdio prévio	(0) Não (1) Sim
AVC Prévio	(0) Não (1) Sim
Variáveis ambientais	
Local do início dos sintomas	(0) Unidade de pronto atendimento/Hospital (1) Rua/via pública (2) Trabalho (3) Casa
Estava sozinho quando os sintomas começaram	(0) Não (1) Sim
Variáveis cognitivas e emocionais	
Julgamento da gravidade dos sintomas	(0) Graves (1) Não graves
Associação dos sintomas ao AVC	(0) Sim (1) Não
Tomou algo para melhorar	(0) Não (1) Sim
Esperou a melhora dos sintomas	(0) Não (1) Sim
Ocultou os sintomas	(0) Não (1) Sim
Quem decidiu procurar atendimento	(0) A vítima (1) Outra pessoa

*A categorização foi orientada pelas classes de maior risco segundo o levantamento de literatura,

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 Instrumentos de coleta de dados

O instrumento utilizado nesse subprojeto é integrante do projeto matriz e constitui-se de cinco partes com perguntas estruturadas, semiestruturadas e de múltipla escolha, o qual foi baseado no formulário elaborado para uma pesquisa sobre retardo pré-hospitalar face ao infarto agudo do miocárdio (MUSSI; DAMASCENO, 2010).

A Parte I refere-se a informações de identificação dos participantes (iniciais do nome e número do prontuário). Refere-se, também, a dados sociodemográficos como idade, sexo, raça/cor autodeclarada, escolaridade, estado civil, situação laboral, renda familiar mensal, com quem mora, local de residência. A Parte II trata dos aspectos clínicos com informações sobre etiologia e localização do AVC, existência de comorbidades tais como hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo, história familiar de AVC e caracterização dos sinais e sintomas do AVC. A Parte III é referente a percepção dos participantes sobre gravidade e a origem dos sintomas, aos motivos que os levaram a retardar a decisão de procurar o serviço de saúde, aos motivos que os levaram a decidir buscar o serviço e as ações no início e na piora dos sintomas. A Parte IV trata da caracterização do ambiente de ocorrência do AVC incluindo local de início dos sintomas, pessoas que presenciaram o início dos sintomas, pessoas a quem a vítima pediu ajuda, suas ações e o acompanhamento até o atendimento em unidade de saúde. Trata também sobre o número e o tipo de serviços procurados até a admissão no local do estudo e a ocorrência de internamento em outro serviço antes da admissão no hospital do estudo. A Parte V refere-se a itens para registro da data e horário do início dos sinais e sintomas ou *wake up stroke*, da data e horário da decisão para a procura de um serviço de saúde e da data e hora da admissão hospitalar no local de estudo.

3.4.2 Operacionalização da coleta de dados

Destaca-se que a coleta de dados do projeto matriz foi estruturada em quatro fases. Esse estudo utiliza dados da Fase 1.

A equipe de coleta de dados do projeto matriz contou com uma doutoranda, uma mestranda e seis graduandas de enfermagem. Toda a equipe foi treinada para a realização do rastreio de pacientes elegíveis no local de estudo e para a coleta de dados.

No primeiro mês de coleta, a doutoranda e a mestranda apresentaram a pesquisa à diretoria de enfermagem do local do estudo e às coordenadoras de enfermagem das unidades nas quais a coleta foi realizada. Além disso, realizaram o rastreio e as primeiras entrevistas, visando a análise do processo e as adequações necessárias.

Após essa etapa inicial, as seis graduandas receberam um manual de instruções para a realização da coleta e participaram de um momento de apresentação do projeto de pesquisa e treinamento para a coleta de dados com a mestranda e a doutoranda. Nas duas primeiras semanas de coleta no local do estudo, as graduandas foram acompanhadas pela doutoranda.

A coleta de dados da Fase I do projeto matriz ocorreu de março a outubro de 2019 e correspondeu ao recrutamento (linha de base) dos participantes para o estudo. Nesse período, a equipe de coleta visitou, de segunda-feira a sexta-feira, as unidades da emergência, a UAVC, a enfermaria neurológica, a enfermaria de clínica médica, a enfermaria de neurocirurgia e as Unidades de Terapia Intensiva para identificar os participantes elegíveis. Durante o turno matutino a doutoranda ou a mestranda realizava o rastreio de pessoas elegíveis nas unidades e a coleta de dados era feita pelas graduandas, doutoranda e mestranda, no turno vespertino, em virtude de ser o turno de visitas para as unidades fechadas do local de estudo.

Aos participantes elegíveis foram explicados os objetivos e a importância do estudo, feita a solicitação da participação dos mesmos e a orientação sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A aquiescência a investigação, era questionada a capacidade funcional prévia ao AVCI baseada nos itens da Escala de Rankin. Aplicava-se também o instrumento sobre dados sociodemográficos e clínicos, por entrevista, exceto a NIHSS admissional, , diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia e realização de trombólise que foram obtidos no prontuário. Nas situações em que o participante elegível não tinha condições clínicas, cognitivas e/ou emocionais de interagir com a pesquisadora a abordagem foi feita com o seu acompanhante.

A data e hora do início dos sintomas ou se houve *Wake Up Stroke* (momento que a pessoa acorda ou é identificada com o déficit/sintomas do AVC), a data e horário da decisão para a procura de um serviço de saúde, foram questionados ao paciente e/ou acompanhante no momento da entrevista. A data e hora de chegada ao local do estudo foram observados no prontuário. Para identificar esta variável, comparou-se o horário registrado no boletim de atendimento e o horário registrado na ficha do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), sendo selecionada a data e a hora de registro mais precoces.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados constituíram um banco e foram processados no Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Posteriormente, foram exportados e analisados no STATA versão 12.

Inicialmente, os dados foram explorados por meio da estatística descritiva. As variáveis categóricas foram analisadas em frequências relativas e absolutas. O tempo de decisão (TD - tempo decorrido entre o início dos sinais e sintomas do AVCi ou *Wake up stroke* até a decisão de procurar um serviço de saúde) foi analisado em média geométrica dado a distribuição assimétrica da variável.

Nas análises bivariadas, para verificar a associação entre TD e as variáveis independentes de interesse, utilizou-se a análise de Regressão Linear Robusta. As variáveis que apresentaram significância estatística a 20% foram levadas para a análise multivariada realizada inicialmente em blocos (socioeconômico, clínico, ambiental, cognitivo e emocional), utilizando-se a Regressão Linear Robusta. Posteriormente, procedeu-se a análise do modelo completo com todas as variáveis independentes dos referidos blocos empregando-se a Regressão Linear Múltipla. A bondade de ajuste do modelo foi avaliada pelo Critério de Informação de Akaike, selecionando-se o modelo final com menor valor. A multicolinearidade foi avaliada no ajuste do modelo, o fator de inflação da variância. A significância estatística adotada para os testes foi de 5%.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este subprojeto é integrante do Projeto Matriz “Fatores associados a incapacidade e mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico e aos tempos de acesso ao tratamento”, aprovado pelo Comitê de Ética, nº do parecer 3.159.694. O estudo atende ao preconizado na Resolução 466/2012 e 580/2018, do Conselho Nacional de Saúde. Foram assegurados a explicação dos objetivos, o sigilo pessoal, a privacidade e o direito à desistência da pesquisa em qualquer etapa e esclarecimentos sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado em duas vias pelos participantes.

4 RESULTADOS

Uma amostra de 320 pessoas, com diagnóstico de AVCi, foram admitidas durante o período de coleta de dados, da qual 12 apresentaram sintomas que impediram a comunicação e/ou estavam sem acompanhante e quatro consentiram participar da pesquisa, mas não conseguiram informar o tempo que levaram para decidir procurar um serviço de saúde após o início dos sintomas ou *wake up stroke* e não foram capazes de responder a muitos quesitos da entrevista. Assim sendo, a amostra analisada foi de 304 indivíduos.

O valor mínimo do TD foi de 0,02 h (1,5 min) e o máximo de 118 h (7.080 min), sendo a $\bar{x} = 4,9$ h; DP = 16,1 h. Dada a assimetria do TD, esse tempo foi analisado em MG a qual foi de 0,30 h (IC 95% 0,23- 0,39), o que correspondeu a 18 min para os participantes decidirem procurar atendimento após o início dos sintomas do AVCi ou *wake up stroke*.

Quanto a caracterização sociodemográfica da amostra (Tabela 1), a idade mínima foi de 21 anos e a máxima de 97 anos, $\bar{x}=65$ DP = 14 anos, sendo a maioria pessoas idosas, pois 53,2% estavam entre 60 e 79 anos e 15,5 % eram idosas longevas, com mais de 80 anos. A maioria residia em Salvador (80,9 %), era do sexo feminino (50,7%), autodeclarou-se da raça-cor parda e preta (53,5%), não tinha companheiro (53,5%) e possuía renda familiar mensal menor que três salários-mínimos (90,2%). Na análise bivariada, observou-se diferença estatisticamente significativa a 20% entre TD e faixa etária ($p=0.067$), notando-se aumento de 14,4 min do TD para aqueles em faixa etária de 60 a < 80 comparados àqueles entre 21 a < 40. Observou-se também diferença estatisticamente significativa entre TD e com quem reside ($p = 0.009$), havendo aumento de 24,8 min no TD para quem residia sozinho. Não houve associação entre TD e sexo, raça-cor da pele, estado civil, escolaridade, renda familiar mensal, cidade de residência e situação laboral.

Tabela 1 - Associação entre TD e variáveis sociodemográficas dos participantes. Salvador,BA 2021.

Variáveis sociodemográficas	Freq. n (%)	Tempo de decisão MG em h (IC 95%)	Coef.	Erro padrão	Valor de p*
Faixa etária em anos					
21 a < 40	19 (6,3)	0,13 (0,04;0,41)			
40 a < 60	76 (25,0)	0,27 (0,15;0,48)	0,32	0,26	0,222
60 a < 80	162 (53,3)	0,37 (0,26;0,54)	0,45	0,25	0,067
≥80	47 (15,5)	0,24 (0,13;0,48)	0,28	0,27	0,310
Sexo					
Masculino	150 (49,3)	0,33 (0,23;0,50)			
Feminino	154 (50,7)	0,27 (0,19;0,39)	0,09	0,12	0,454
Raça/cor autodeclarada**					
Não preta/parda	49(16,2)	0,22 (0,11;0,44)			
Preta/parda	254(83,8)	0,32 (0,24;0,42)	0,15	0,16	0,336
Estado civil**					
Com companheiro	141(46,5)	0,26 (0,17;0,38)			
Sem companheiro	162(53,5)	0,35 (0,24;0,51)	0,14	0,12	0,255
Escolaridade**					
2º incompleto a superior	94(31,3)	0,25 (0,15;0,39)			
Até o 1º grau completo	206(68,7)	0,32 (0,23;0,45)	0,12	0,13	0,356
Renda familiar mensal***					
≥ 3 salários-mínimos	29(9,8)	0,22 (0,10;0,49)			
<3 salários-mínimos	267(90,2)	0,30 (0,23;0,40)	0,15	0,18	0,418
Cidade de residência					
Salvador	244(80,3)	0,30 (0,22;0,40)			
Outras cidades	60(19,7)	0,32 (0,18;0,54)	0,02	0,14	0,872
Situação laboral					
Com atividade	111(36,5)	0,29 (0,18;0,47)			
Sem atividade	193(63,5)	0,31 (0,22;0,43)	0,02	0,13	0,868
Com quem mora					
Não mora sozinho	245(80,6)	0,25 (0,19;0,33)			
Mora sozinho	59(19,4)	0,66 (0,33;1,33)	0,42	0,16	0,009

* p valor obtidos pela regressão linear; ** n menor que 304 devido à falta de informação sobre a variável;
+ Salário-mínimo em 2020: R\$1.040,00 = U\$192.

Fonte: Dados do Estudo.

Quanto à caracterização clínica (Tabela 2), 41,1% eram tabagistas ou ex-fumantes. 78,6% tinham hipertensão arterial sistêmica, 28,4% diabetes, 11,3 % sofreram infarto agudo do miocárdio e 34,3% AVC prévios. Na análise bivariada, observou-se diferença estatisticamente significativa a 20% entre TD e diabetes ($p=0,176$) e TD e tabagismo (0,182), notando-se aumento de 8,4 min no TD para aqueles com diabetes e de 13,3 min para os fumantes. Aqueles com hipertensão arterial sistêmica apresentaram um aumento de 462,0 min no TD comparados aos que não tinham a patologia ($p=0,014$). Não houve associação entre TD e AVC e infarto do miocárdio prévios.

Tabela 2 - Associação entre TD e variáveis clínicas dos participantes do estudo. Salvador-BA, 2021.

Variáveis Clínicas	Freq. n (%)	Tempo de decisão MG em h IC 95%	Coef.	Erro padrão	Valor de p*
Hipertensão arterial					
Não	65(21,4)	0,16 (0,09;0,29)			
Sim	239(78,6)	0,36 (0,27;0,49)	0,35	0,14	0,014
Diabetes**					
Não	214(71,6)	0,25 (0,19;0,35)			
Sim	85(28,4)	0,40 (0,23;0,70)	0,19	0,14	0,176
Infarto do miocárdio prévio**					
Não	268(88,7)	0,30(0,23;0,40)			
Sim	34(11,3)	0,31 (0,14;0,71)	0,02	0,18	0,916
Tabagismo					
Não	179(58,9)	0,27 (16)			
Sim	40(13,2)	0,49 (29,5)	0,25	0,19	0,182
Ex-fumante	85(27,9)	0,29 (17,5)	0,01	0,14	0,930
AVC prévio**					
Não	199(65,7)	0,27 (0,20;0,38)			
Sim	104(34,3)	0,37 (0,23;0,59)	0,13	0,13	0,297

* p valor das variáveis obtidos pela regressão linear; ** n menor que 304 devido à falta de informação sobre a variável

Fonte: Dados do Estudo.

Quanto as variáveis ambientais (Tabela 3), a maioria dos participantes estava em casa quando os sintomas começaram (79,9%), seguidos daqueles que se encontravam em rua/via pública (10,5%). A maioria estava na companhia de alguém no início dos sintomas (78.3%).

Houve associação estatisticamente significativa entre local de início dos sintomas ($p=0,000$) notando-se um aumento de 11,5 min do TD para quem estava na rua/via pública, de 15,1 min para quem estava no trabalho, e de 19,2 min para aqueles em casa comparados a quem já estava em um serviço de saúde quando os sintomas começaram. Além disso, os que estavam sozinhos no início dos sintomas retardaram 785,3 min a mais para tomar a decisão de buscar um serviço de saúde comparados aos que estavam na companhia de alguém ($p=0,000$).

Referente as variáveis cognitivas e emocionais (Tabela 3), a maioria considerou os sintomas graves (66,0%), não os associou ao AVCi (59,7%), não tomou algo para melhorar (79,6%), não esperou para ver se os sintomas iriam melhorar (74,6%) e não ocultou os sintomas (91,8%). A decisão pela procura de um serviço de saúde foi, predominantemente, tomada por uma pessoa no entorno da vítima (75,0%).

Na análise bivariada, observou que aqueles que não consideraram os sintomas graves ($p=0,009$), tomaram algo para melhorar ($p=0,003$), esperaram a melhora dos sintomas ($p=0,000$) e ocultaram os sintomas ($p=0,010$) apresentaram aumento no TD, respectivamente de 16,3; 26,9; 183,3 e 47,9 minutos. Houve diferença estatística a 20% entre TD e reconhecimento dos sintomas do AVCi ($p=0,098$), notando-se que as pessoas que não o reconheceram aumentaram em 8 min o tempo para decidir a procura de um serviço de saúde. Não houve associação entre TD e quem decidiu pela procura de um serviço de saúde.

Tabela 3 - Associação entre TD com variáveis ambientais, cognitivas e emocionais. Salvador-BA, 2021.

Variáveis	Freq. n (%)	Tempo de decisão MG em h (IC 95%)	Coef.	Erro padrão	Valor de p*
Ambientais					
Local em que estava no início dos sintomas					
Unidade de Pronto Atendimento ou Hospital	8 (2,6)	0,03 (0,01;0,05)			
Rua/Via pública	32 (10,5)	0,22 (0,09;0,53)	0,92	0,22	0,000
Trabalho	21 (6,9)	0,28 (0,10;0,81)	1,03	0,24	0,000
Casa	243 (79,9)	0,35 (0,26;0,47)	1,12	0,13	0,000
Estava sozinho quando os sintomas começaram					
Não	238 (78,3)	0,22 (0,17;0,30)			
Sim	66 (21,7)	0,89 (0,47;1,68)	0,60	0,15	0,000
Cognitivas e emocionais					
Julgamento da gravidade dos sintomas**					
Graves	190 (64,0)	0,23 (0,17;0,32)			
Não graves	107 (36,0)	0,50 (0,31;0,82)	0,34	0,13	0,009

Associação dos sintomas ao AVC**					
Sim	122 (40,3)	0,23 (0,16;0,35)			
Não	181 (59,7)	0,37 (0,25;0,53)	0,20	0,12	0,098
Tomou algo para melhorar					
Não	242 (79,6)	0,24 (0,18;0,33)			
Sim	62 (20,4)	0,69 (0,37;1,30)	0,45	0,15	0,003
Esperou a melhora dos sintomas**					
Não	226 (74,6)	0,14 (0,11;0,18)			
Sim	77 (25,4)	3,20 (2,00;5,09)	1,37	0,12	0,000
Ocultou os sintomas					
Não	279 (91,8)	0,27 (0,21;0,36)			
Sim	25 (8,2)	1,07 (0,36;3,13)	0,60	0,23	0,010
Quem decidiu procurar atendimento					
A vítima	76 (25,0)	0,27 (0,16;0,45)			
Outra pessoa	228 (75,0)	0,31 (0,23;0,43)	0,07	0,13	0,613

* p valor obtido pela regressão linear; ** n menor que 304 devido à falta de informação sobre a variável
Fonte: Dados do Estudo.

As variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significativa nas análises bivariadas ($p \leq 0,20$) foram levadas para análise multivariada apresentada nos modelos de regressão linear, que podem ser observados na Tabela 4.

No Modelo A, bloco sociodemográfico, observou-se que morar sozinho aumentou 10,3 min o TD para a procura de um serviço de saúde após o início dos sintomas ajustado por idade.

No Modelo B, bloco ambiental, notou-se que estar sozinho no momento do início dos sintomas aumentou 4,6 min o TD. Observou-se também que os participantes que estavam na rua/via pública, no trabalho e em casa apresentaram, respectivamente, aumento do TD em 8,3; 7,5 e 12,9 min quando comparados aos que estavam internados em um hospital ou uma unidade de pronto atendimento.

No Modelo C, bloco cognitivo e emocional, aqueles que esperaram a melhora dos sintomas retardaram mais 158 min para tomar a decisão de procurar um serviço de saúde após o início dos sintomas comparados aos que não esperaram, sendo o modelo ajustado pelas variáveis associação dos sintomas ao AVCi, ocultar os sintomas e julgamento da gravidade dos sintomas.

No Modelo D, bloco clínico, os participantes hipertensos tiveram aumento de 9,8 minutos no TD comparados aos que não tinham hipertensão arterial, ajustado por diabetes e tabagismo.

No Modelo E, o modelo completo, com todas as variáveis analisadas concomitantemente, notou-se que os participantes que esperaram a melhora dos sintomas, que

estavam sozinhos no início dos sintomas, que estavam no trabalho e em casa comparados aos que estavam num pronto atendimento ou hospital tiveram aumento respectivo de 0,28; 0,11 e 0,08 minutos no TD.

Entretanto, no Modelo final F, aquele com menor AIC, cujo coeficiente de determinação (R^2) explicou 41% as variáveis associadas ao TD, mostrou aumento do TD para participantes com hipertensão arterial (0,5 min), que esperaram a melhora dos sintomas (10,8 min), estavam sozinhos no início dos sintomas (1,4 min), estavam na rua/via pública (2,1 min), no trabalho (3,2min) e em casa (3,9 min).

Não houve multicolinearidade entre as variáveis analisadas, em todos os modelos.

Tabela 4 - Modelos de regressão linear robustos estratificados por blocos de variáveis sociodemográficas, clínicas, ambientais, cognitivas e emocionais, modelo de regressão linear completo e modelo final. Salvador, Bahia, 2021.

Variáveis	Modelo A Bloco Sociodemográfico (IC 95%)	Modelo B Bloco Ambiental (IC 95%)	Modelo C Bloco Cognitivo e Emocional (IC 95%)	Modelo D Bloco Clínico (IC 95%)	Modelo E Completo (IC 95%)	Modelo F Final (IC 95%)
Clínicas						
Hipertensão arterial						
Não						
Sim				0,33 (0,04;0,62)	0,18 (- 0,89;0,45)	0,24 (0,01;0,47)
Diabetes						
Não						
Sim				0,17 (- 0,13;0,47)	0,08 (- 0,15;0,31)	
Tabagismo						
Não						
Sim				-0,02 (- 0,15;0,12)	0,06 (- 0,06;0,17)	
Cognitivas e emocionais						
Associação dos sintomas ao AVC						
Não						
Sim			-0,00 (- 0,20;0,20)		-0,01(- 0,22;0,19)	
Tomou algo para melhorar						
Não						
Sim			0,06 (- 0,18;0,30)		0,09 (- 0,14;0,33)	
Esperou a melhora dos sintomas						
Não						
Sim			1,33 (1,07;1,59)		1,26 (1,00;1,51)	1,27 (1,04;1,50)
Ocultou os sintomas						

Não						
Sim		0,08 (- 0,31;0,48)		0,04 (- 0,33;0,41)		
Gravidade dos sintomas						
Não						
Sim		-0,05 (- 0,27;0,18)		-0,01 (- 0,22;0,21)		
Variáveis Ambientais Com quem estava no início dos sintomas						
Não estava sozinho						
Estava sozinho		0,66 (0,35;0,97)		0,50 (0,18;0,82)		0,53 (0,26;0,80)
Onde estava no início dos sintomas						
UPA/hospital						
Rua/via pública		0,87 (0,41;1,33)		0,58(- 0,03;1,18)		0,65 (0,04;1,26)
Trabalho		0,83 (0,37;1,30)		0,75 (1,19;1,32)		0,79 (0,19;1,38)
Casa		1,04 (0,73;1,35)		0,79 (0,26;1,29)		0,87 (0,33;1,40)
Sociodemográficas						
Faixa etária						
21 a < 40 anos						
40 a < 60 anos	0,37(-0,15;0,88)			0,03 (- 0,35;0,42)		
60 a < 80 anos	0,47(-0,01;0,95)			0,14 (- 0,26;0,54)		
> 80 anos	0,23(-0,31;0,76)			0,12 (- 0,33;0,59)		
Com quem mora						
Não mora sozinho						
Mora sozinho	0,44 (0,11;0,77)			0,98 (-0,22; 0,42)		
AIC	809,007	791,56	710,74	812,37	693,40	677,76
R²	4,5%	10,3%	33,1	3,0%	42,0%	41,0%

Fonte: Dados do estudo.

5 DISCUSSÃO

Esse estudo mostrou que o AVCi atingiu majoritariamente pessoas idosas, sem companheiro, pretas ou pardas, com renda familiar mensal menor que três salários-mínimos e afetou em proporções idênticas os sexos masculino e feminino, dados que se assemelham a outros estudos brasileiros (BRUCH, 2010; FONSECA *et al*, 2013; CARVALHO *et al*, 2011) e internacionais (LEUNG *et al*, 2016; BHASKAR *et al*, 2019; BIRNBAUM *et al*, 2016).

No tocante à associação do TD com os fatores sociodemográficos, a análise bivariada mostrou maior retardo na decisão para procura de um serviço de saúde para pessoas após os 40 anos, com significância estatística para aquelas na faixa etária de 60 a menor que 80 anos. Estudos internacionais, embora tenham explorado a relação entre tempo de chegada a um serviço de saúde e variáveis sociodemográficas, identificaram também maior retardo para pessoas em faixas etárias maiores, como entre 55 a 64 anos e 65 a 74 anos (BHASKAR *et al*, 2019) e acima de 80 anos (BIRNBAUM *et al*, 2016; KIM *et al*, 2011).

Neste estudo, o retardo na decisão para procurar um serviço de saúde foi significativo para pessoas que residiam sozinhas e para pessoas solteiras, o que pode relacionar-se a inexistência de alguém no entorno para presenciar a ocorrência do evento, conforme também constatado por (LEUNG *et al*, 2016; YAMAGIDA *et al*, 2014).

Apesar das variáveis sexo e TD serem independentes, observou-se maior TD para homens, diferentemente de outras pesquisas internacionais que constataram maior tempo de apresentação para mulheres (WANG *et al*, 2013; COLSCH *et al*, 2018; BERGLUND *et al*, 2017; LEUNG *et al*, 2016; LACY, 2001) justificado pela maior probabilidade de terem sintomas de AVC inespecíficos como dor no peito, dificuldade de respirar, problemas de concentração e memória, náuseas, vômitos, sentimento de irritabilidade e inquietude quando comparadas aos homens (ZRELAK, 2018). A constatação de que os homens levaram mais tempo para decidir buscar atendimento, pode estar associada a cultura da masculinidade em que são considerados invulneráveis, fortes e viris, impondo ao homem uma postura de potência que não permite transparecer fragilidades. Segundo (SILVA *et al*, 2012) os modelos de masculinidade podem afastar os homens do autocuidado e da procura de serviços de saúde, apesar de ocuparem uma posição importante nos perfis de morbidade e mortalidade por várias causas.

Constatou-se, também, nessa investigação, maior TD para pessoas em situação de vulnerabilidade social, por serem da raça-cor negra, terem menor escolaridade e renda e estarem em situação laboral inativa. Esses achados são corroborados por outras investigações que

observaram como fatores de risco para retardo na apresentação a um serviço de saúde os mesmos indicadores de vulnerabilidade como a baixa renda (YANAGIDA *et al*, 2014), a raça-cor negra (ADDO *et al*, 2012; LACY *et al*, 2001; HSIA *et al*, 2011; RAVENELL *et al*, 2015.) e a situação de desemprego (LEUNG *et al*, 2016). O estudo de (DANTAS *et al*, 2021) reforça o acesso precário aos serviços de saúde no Brasil pela população negra, que pode estar fundado no racismo estrutural, materializado nas instituições de saúde e na falta de implementação de políticas voltadas a essa população (DANTAS *et al*, 2021).

Em estudo realizado na Columbia, verificou-se para pessoas negras menor probabilidade de apresentação a um serviço de saúde dentro de três horas do início dos sintomas. Além disso, as pessoas da raça-cor negra que chegaram nas três primeiras horas apresentaram quase metade da probabilidade de serem tratadas com tPA intravenoso comparadas as da raça-cor branca, embora a taxa de tratamento para as elegíveis tenha sido semelhante para negros e brancos. Intervenções eficazes destinadas a aumentar o tratamento nessa população precisam se concentrar em programas de educação culturalmente projetados para abordar barreiras específicas e em políticas públicas e ações que assegurem a equidade, a integralidade e a universalidade da atenção em saúde (HSIA *et al*, 2011).

Quanto às variáveis clínicas, observou-se predomínio de participantes com HAS dado que a reforça como o principal fator de risco para doenças cerebrovasculares (OLIVEIRA, 2020). Além disso, outros dados clínicos evidenciaram fatores de risco para o AVCi, pois quase metade da amostra era fumante ou ex-fumante e cerca de um terço tinha diabetes. Entre essas variáveis, a HAS foi associada significativamente com maior TD, mas também se constatou, sem diferença estatística, maior TD para pessoas com diabetes, fumantes ou ex-fumantes. A hipertensão arterial sistêmica (TAN *et al*, 2014) e o diabetes (WANG *et al*, 2013; LEUNG *et al*, 2016), já foram apontados como fator de retardo na apresentação a um serviço de saúde. O diabetes, nos estudos de (WANG *et al*, 2013; LEUNG *et al*, 2016) foi associado a apresentação tardia, possivelmente porque a disfunção sensorial e autônoma relacionada a doença pode confundir as vítimas ou pessoas do seu entorno quanto a natureza dos sintomas, se próprios do diabetes ou relacionados a um evento novo. O TD e o infarto agudo do miocárdio ou AVC prévios foram independentes, mas observou-se maior TD para os participantes com AVC prévio corroborando com (TAN *et al*, 2014). Pessoas que já tiveram AVC podem apresentar déficits que dificultem o julgamento de novos sintomas, dificuldade de mobilidade, sendo então mais propensos ao retardo na tomada da decisão para procura de um serviço de saúde.

O tabagismo é fator de risco importante para ocorrência do AVC, tendo consequências negativas na vida dos sobreviventes, pois apresentam piores resultados funcionais em

comparação aos não fumantes, três meses após o AVC (OVBIAGELE, 2006; MATOS, 2020). Torna-se necessário o seu enfrentamento dado que é o único fator de risco totalmente evitável de doença e morte cardiovascular (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020). A proporção de fumantes e ex-fumantes foi elevada nesse estudo e na análise bivariada os fumantes tiveram maior TD. As pessoas que fumam podem enfrentar barreiras, constrangimentos e discriminação ao ingressar em serviços de saúde, pois inicialmente estão susceptíveis a abordagem profissional focada no combate ao hábito de fumar em detrimento da maior visibilidade das suas necessidades de saúde, o que pode contribuir para o retardo na procura desses serviços.

No tocante às variáveis ambientais, nas análises bivariadas, observou-se maior TD para as pessoas que estavam sozinhas no início dos sintomas, corroborando com o estudo de (KHATHAAMI *et al*, 2018) e fortalecendo outros achados da presente investigação em que o retardo na decisão para procurar um serviço de saúde foi significativo para pessoas que residiam sozinhas e para pessoas solteiras. Assim, não estar na companhia de alguém pode influenciar em maior TD.

Além disso, no bloco ambiental, foi também identificado maior TD para pessoas que estavam em casa, no trabalho e na rua/via pública comparadas as internadas. Era de se esperar que pessoas internadas pedissem ajuda imediata a equipe de saúde face ao surgimento de novos sinais ou sintomas pela própria facilidade de acesso aos profissionais. Cabe ainda destacar que o maior TD para aqueles que estavam em casa, na rua /espaço público ou no trabalho, quando cada uma dessas categorias foi comparada a categoria de referência, pode estar relacionado ao fato de que em espaço público as pessoas tenham outras em seu entorno a quem podem consultar e pedir ajuda e, assim decidir mais prontamente pela procura de atendimento. Como viu-se, aquelas que residiam sozinhas, demoraram mais para acionar ajuda.

Quanto aos fatores cognitivos e emocionais, verificou-se nas análises bivariadas que não considerar os sinais e sintomas do AVC graves levou a maior TD, corroborando com os achados (DE SILVA *et al*, 2007) e indicando o entendimento dos participantes de que o atendimento emergencial não era necessário. As pessoas que reconheceram o evento como sendo AVC decidiram mais precocemente buscar ajuda corroborando com o estudo de (KHATHAAMI *et al*, 2018) e evidenciando, nesse caso, possivelmente, a percepção da gravidade da situação clínica.

Tomar algo para melhorar e esperar para ver a sua melhora alimentaram a esperança equivocada de que a condição clínica poderia ser sanada ou minimizada com recursos próprios. Essas atitudes dos participantes consistem em ações que precisam ser combatidas, pois levaram

a maior TD. Aqueles que ocultaram os sintomas também tiveram maior TD e esta atitude pode demonstrar a falta de conhecimento sobre a gravidade do evento, que as vítimas não queriam admitir que algo de extraordinário estava acontecendo ou preocupar as pessoas com quem conviviam.

O fato de um terço da amostra não ter considerado os sinais e sintomas do AVCi graves, de mais da metade não os associar a um evento cerebrovascular, de um quarto ter tomado algo para melhorar e um quarto acreditar que os sintomas iriam melhorar, reforça a importância de programas educativos visando o reconhecimento do AVCi pela população e a ação correta face ao mesmo.

Não se observou diferença estatisticamente significativa entre TD e quem decidiu tomar a decisão para a procura de atendimento face a ocorrência do AVCi. No entanto, chamou atenção que o agente da tomada de decisão não foi com maior frequência a própria vítima, mas alguém em seu entorno. Isso pode estar associado ao fato de o evento provocar déficits de cognição, incapacidade de articulação da fala, diminuição da força, rebaixamento do nível de consciência, entre outros fatores.

Quando as variáveis associadas ao TD, nas análises bivariadas, foram levadas para a análise múltipla, confirmou-se no modelo multivariado mais parcimonioso que variáveis de vários blocos mantiveram-se associadas a maior TD, reforçando a influência de fatores clínicos, ambientais e cognitivos e emocionais no retardo na decisão para busca de atendimento face ao AVCi e salientando a necessidade de ações de educação populacional e de políticas públicas de inclusão social no acesso aos serviços de saúde. Os participantes hipertensos, que esperaram os sintomas melhorar, que estavam desacompanhados, na rua /via pública, no trabalho ou em casa no momento do evento foram as variáveis que contribuíram para maior TD

O maior TD para participantes hipertensos aliado ao maior risco de sofrerem AVCi, os torna público-alvo de atenção prioritária para intervenções educativas que promovam destaque ao controle desse fator de risco, à identificação dos sinais e sintomas do AVC e à necessidade de apresentação rápida a um centro especializado para o tratamento, logo após o início dos sintomas.

A atitude de tomar algo para melhorar e esperar a melhora dos sintomas preditiva para maior TD, contrapôs-se a recomendação de que os serviços médicos de urgência devem ser acionados imediatamente pela vítima, pois conferem agilidade no atendimento favorecendo o uso da terapia trombolítica em tempo ouro (BRASIL,2012; DE SILVA *et al*, 2018). Alimentar a esperança de melhora dos sintomas e fazer tentativas para minimizá-los podem também estar associados ao receio do enfretamento do difícil acesso aos serviços de saúde, agravados por alta

demanda e baixa oferta. Em Salvador, cidade que conta com população estimada de 2.900.319 de habitantes (último censo IBGE 2010 total de 2.675.656 de pessoas) possui apenas uma unidade de AVC com 14 leitos. Estudos apontaram que a ocorrência anual do AVC no Brasil é de 108 casos por 100 mil habitantes (FERREIRA, 2020). Falácias e vivências negativas também tornam o atendimento do SUS desacreditado em sua capacidade de resolutividade. Assim constituem-se em ponto de importante atenção a melhora na credibilidade dos serviços do SUS bem como o aumento de oferta de serviços especializados em atendimento a pessoa com AVC, somados ao conhecimento das vítimas e da população em geral sobre que serviço de saúde acionar na vigência do AVCi em seu território de ocorrência.

Convém ainda destacar que o local em que os participantes do estudo estavam no início dos sintomas contribuiu de modo significativo para maior TD. Notada ocorrência de AVCi em pessoas que já estavam em internamento, chama a atenção para necessidade de orientação e treinamento de equipes que não lidam rotineiramente com pessoas com AVC ou desconhecem as possibilidades de intervenção de fase aguda do AVC. O tempo de retardo na decisão maior para quem estava em casa, seguido da rua /via pública e trabalho reitera a importância da capacitação da população para o reconhecimento do evento. Estar em casa também foi também identificado por (JIN *et al*, 2012) como retardo para apresentação a um serviço de saúde, o que pode estar relacionado ao fato do ambiente domiciliar ser considerado mais propício a acomodação aos sintomas, repouso ou espera pela decisão por terceiros.

Os achados desse estudo sobre os fatores associados ao maior TD, embora não forneçam dados que permitam generalização, avançam na identificação das variáveis que o influenciam, contribuindo para a identificação dos grupos de risco para maior retardo pré-hospitalar face ao AVC. Os resultados obtidos precisam ser considerados nos programas de educação em saúde e salientam a importância de políticas públicas e de gestão dos serviços de saúde voltadas a educação em saúde de profissionais, pacientes, familiares e da população em geral visando o reconhecimento dos sinais e sintomas do evento cerebrovascular, ação apropriada face ao mesmo para reduzir as sequelas e morte por AVC.

Limitações e contribuição do estudo

As limitações deste estudo incluem a coleta de dados ter sido realizada em um único hospital no estado da Bahia, da rede pública e referência para o atendimento de pessoas com AVCi, podendo guardar características específicas da amostra e o fato de ter como variável principal o tempo relatado pelos participantes, que pode apresentar viés recordatório.

A principal contribuição deste estudo é ser o primeiro a investigar especificamente o tempo de decisão e a sua associação com variáveis de interesses, algo inédito na literatura brasileira.

6 CONCLUSÕES

Os participantes retardaram em média 18 min para decidir procurar atendimento em um serviço de saúde e o TD foi influenciado por variáveis de natureza clínica (ter hipertensão arterial), ambiental (estar sozinho ou em outro ambiente que não um serviço de saúde) e cognitiva e emocional (esperar a melhora dos sintomas).

A identificação de fatores implicados no TD para o retardo pré-hospitalar diante do AVCi oferece subsídios para a elaboração de ações educativas a fim de que se possa obter êxito na redução deste tempo, otimizando os resultados de terapêuticas tempo-dependentes.

Atividades de educação à saúde e ações de prevenção do evento, desempenhadas pela(o) enfermeira(o) e a equipe multiprofissional, voltadas a pessoas com fatores de risco para o AVCi e dirigidas a comunidade em geral devem considerar as variáveis que contribuíram para maior TD.

A enfermeira, compreendendo a influência dos fatores implicados no tempo de decisão para procura de um serviço de saúde, pode atuar de forma a ajudar pessoas a aumentarem as suas habilidades para tomada de decisão sobre a sua própria saúde e a de indivíduos em seu entorno de maneira ativa e eficaz, compreendendo a importância e valorizando cada minuto para a procura de um serviço de saúde face ao início dos sintomas do AVCi ou *wake-up stroke*.

REFERÊNCIAS

ADEOYE, O. et al. Recombinant tissue-type plasminogen activator use for ischemic stroke in the United States: a doubling of treatment rates over the course of 5 years. **Stroke**. v. 42, n. 7, p. 1952-1955, 2011.

ADDO, J; AYIS, S; LEON, J; *et al.* Delay in presentation after an acute stroke in a multiethnic population in south London: the south London stroke register. **J Am Heart Assoc**. v. 1, n. 3, p. 1-7, 2012.

AYRES, J. R. C. M. **O cuidado e o compartilhamento de horizontes na construção da saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009.

BERGLUND, A; Schenck-Gustafsson, K; Von Euler, M. Sex differences in the presentation of stroke. **Maturitas**. v. 99, p. 47-50, 2017.

BHASKAR, S. et al. Trends in acute stroke presentations to an emergency department: implications for specific communities in accessing acute stroke care services. **Postgrad Med J**. v. 95, n 1123, p. 258-264, 2019.

BIRNBAUM, L. A. et al. Older Stroke Patients with High Stroke Scores Have Delayed Door-To-Needle Times. **J Stroke Cerebrovasc Dis**. v. 25, n. 11, p. 2668-2672, 2016.

BOTELHO, T. S. et al. Epidemiologia do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. **Temas em saúde**. v. 16, n. 2, p. 361-377, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Linha de cuidados em acidente vascular cerebral (AVC) na rede de atenção às urgências e emergências**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. –Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AVC: o que é, causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção**. out. 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidente-vascular-cerebral-avc>. Acesso em: 27 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores de morbidade 2012. Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d29.def>. Acesso em: 27 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Procedimentos hospitalares do SUS por local de internação: código 0303040149 - Tratamento de Acidente Vascular Cerebral (Isquêmico ou Hemorrágico Agudo); código 0303040300 - Tratamento do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo com uso de Trombolítico.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, Indicadores de mortalidade 2012. Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c08.def>. Acesso em: 27 out. 2018.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília-DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 01 nov. 2018.

BRASIL. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde. Brasília-DF. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Banco de dados do sistema único de saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ldb2012/d29.def>. Acesso em: 29 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 12 de dezembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, portaria SCTIE/MS nº 5, de 19 de fevereiro de 2021. Torna pública a decisão de incorporar a tromboectomia mecânica para acidente vascular cerebral isquêmico agudo, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Acesso em 05 novembro de 2021

BRUCH, T.P; CLAUDINO, R; GHIZONI, E. Análise dos pacientes internados com Acidente Vascular Encefálico Isquêmico em um hospital do sul de Santa Catarina. **ACM arq. catarin.** v. 39, n. 4, 2010.

CARVALHO, J. J.F. et al. Stroke epidemiology, patterns of management, and outcomes in Fortaleza, Brazil: a hospital-based multicenter prospective study. **Stroke**, v. 42, n. p. 3341-3346, 2011.

CASSETTA, I. et al. Temporal trend and factors associated with delayed hospital admission of stroke patients. **Neuroepidemiology** v. 18, n. 5, p. 255-264, 1999.

CHANG, K. C; TSENG, M.C; TAN, T.Y. Prehospital delay after acute stroke in Kaohsiung, Taiwan. **Stroke**. v. 35, n. 3, p. 700-704. 2004.

CHEN, X; et al. Brain Imaging Signs and Health-Related Quality of Life after Acute Ischemic Stroke: Analysis of ENCHANTED Alteplase Dose Arm. **Cerebrovasc Dis** [Internet]. 2020;49(4):427–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32702699>

CHOMPOOPONG, P. et al. Are we overlooking stroke chameleons? A retrospective study on the delayed recognition of stroke patients. **Cerebrovasc Dis**. v. 44, n. 1-2, p. 83-87, 2017.

COLSCH, R; LINDSETH, G. Unique stroke symptoms in women: a review. **J Neurosci Nurs.**, v. 50, n. 6, p. 336-342, 2018.

DAMASCENO, C.A; MUSSI, F.C. Fatores de retardo pré-hospitalar no infarto do miocárdio: uma revisão de literatura. **Ciênc. Cuid Saúde**, v. 9, n. 4, p. 815-821, 2010.

DANTAS, et al. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2021 Disponível em <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>.

DENG, Y. Z et al. IV tissue plasminogen activator use in acute stroke: Experience from a statewide registry. **Neurology**. v. 66, n. 3, p. 306-312, 2006.

DE SILVA, D.A; ONG, S.H; ELUMBRA, D; WONG, M.C; CHEN, C.L.; CHANG, H.M; Timing of Hospital Presentation After Acute Cerebral Infarction and Patients' Acceptance of Intravenous Thrombolysis, *Ann Acad Med Singapore* 2007;36:244-6

ENGELSTEIN, E; MARGULIES, J; JERET, J.S. Lack of t-PA use for acute ischemic stroke in a community hospital: high incidence of exclusion criteria. **Am J Emerg Med**. v. 18, n. 3, p. 257-60, 2000.

FAIZ, K.W; SUNDSETH, A; THOMMESSEN, B. Factors related to decision delay in acute stroke. **Journal of stroke and Cerebrovascular Diseases**. v. 23, n. 3, p. 534-539, 2014.

FISHER, M; HACHINSKI, V. European cooperative acute stroke study III. **Stroke**, v. 40, n. 6, p. 2262–2263, 2009.

FELDMANN, E et al. Factors associated with early presentation of acute stroke. **Stroke**. v. 24, n. 12, p. 1805-1810, 1993.

FERRI, C.P; et al. Prevalence of stroke and related burden among older people living in Latin America, India and China. **Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry**; v. 82, p. 1074-82, 2011.

FONSECA, L.H.O. et al. Analysis of barriers to the use of thrombolytics in ischemic stroke in a private hospital in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Pública**. v. 29, n. 12, p. 2487-2496, 2013.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

HAGIWARA, Yuta et al. Impact of life and family background on delayed presentation to hospital in acute stroke. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v. 23, n. 4, p. 625-629, 2014.

HENRY, M.A. et al for the EXTEND Investigators. Thrombolysis Guided by Perfusion Imaging up to 9Hours after Onset of Stroke. **N Engl J Med**. v.380p.2019.
DOI:10.1056/NEJMoa1813046

ADEOYE, Opeolu. et al. Recombinant tissue-type plasminogen activator use for ischemic stroke in the United States: a doubling of treatment rates over the course of 5 years. **Stroke** . 2011 Jul;42(7):1952-5. doi: 10.1161/STROKEAHA.110.612358

HSIA, A. et al. Racial disparities in tpa treatment rate for stroke: a population-based study. **Stroke**. v. 42, n. 8, p. 2217-2221, 2011.

- JIN, H. et al. Factors associated with prehospital delays in the presentation of acute stroke in urban China. **Stroke**. v. 43, n. 2, p. 362-370, 2012.
- KELLEY, R E. Afecções dos vasos cerebrais. In: WEINER, William J.; GOETZ, Christopher G. Neurologia para o não-especialista: fundamentos básicos da neurologia contemporânea. 4. ed. São Paulo: Santos, 2003.
- KHATHAAMI, A. M. A. et al. Factors associated with late arrival of acute stroke patients to emergency department in Saudi Arabia. **SAGE Open Med**. v. 6, p. 1-7, 2018.
- KIM, H.J. et al. Factors associated with prehospital delay for acute stroke in Ulsan, Korea. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 41, n. 1, p. 59-63, 2011.
- KLEINDORFER, D. et al. Emergency department arrival times after acute ischemic stroke during the 1990s. **Ir Med J**. v. 7, n. 1, p. 31-35, 2007.
- KNOBEL, E. **Terapia intensiva neurologia**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.
- LACY, C. et al. Delay in presentation and evaluation for acute stroke: stroke time registry for outcomes knowledge and epidemiology (S.T.R.O.K.E.). **Stroke** v. 32, n. 1, p. 63-69, 2001.
- LALOUX, Patrice et al. Obstacles to the use of intravenous tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. Is time the only barrier? **Acta neurol Belg.**, v. 107. p. 103-107, 2008.
- LEIRA, E.M. EXTEND Trial: Towards a More Inclusive But Complex Thrombolysis. **Stroke**. v. 50, p. 2637-39, 2019. Disponível em:
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.026249>
- LEUNG, L.Y; CAPLAN, L.R. Factors associated with delay in presentation to the hospital for young adults with ischemic stroke. **Cerebrovasc Dis**. v. 42, n. 1-2, p. 10-14, 2016.
- MA, H. et al. Thrombolysis guided by perfusion imaging up to 9 hours after onset of stroke. **N Engl J Med**. v. 380, p. 1795-1803, 2019.
- MANIVA, S.J.C.F. et al. Educational technologies for health education on stroke: an integrative review. **Rev. Bras. Enferm**. v. 71, supl. 4, p. 1724-1731, 2018.
- MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.
- MATOS. et al. Investigando preditores de integração da comunidade em indivíduos após acidente vascular cerebral em ambiente residencial: Um estudo longitudinal. **PLoS ONE**, doi 10.1371/journal.pone.0233015, 2020 disponível em
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7233578/>
- MAYASI, Y. et al. Time to presentation is associated with clinical outcome in hemispheric stroke patients deemed ineligible for recanalization therapy. **Cerebrovas Dis**. v. 25, n. 10, p. 2373-2379, 2016.

MELLOR, R. et al. Decisions and delays within stroke patients route to the hospital: a qualitative study. **Annals of Emergency Medicin.** v. 65, n. 3, p. 279-287, 2015.

MÜLLER-NORDHORN, J. et al. Population-based intervention to reduce prehospital delays in patients with cerebrovascular events. **Arch Intern Med.** v. 169, n. 16, p. 1484-1490, 2009.

MUNIZ, L.S. et al. Training experience with community health agents: Focus on prevention and identification of stroke. **Journal of Nursing Education and Practice.** 2021, Vol. 11, No. 7. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/journal/index.php/jnep>.

MUSSI, F.C. et al. Pre-hospital delay in acute myocardial infarction: judgement of symptoms and resistance to pain. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 60, n. 1, p. 63-69, Feb. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302014000100063&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 de agosto 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.01.014>.)

MUSSI, F.C; PEREIRA, Á. Tolerância à dor no infarto do miocárdio. *Acta paul. enferm.* [online]. 2010, vol.23, n.1, pp.80-87. ISSN 0103-2100. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000100013>.

MUSSI, F.C. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2004, vol.12, n.5, pp.751-759. ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000500008>.

OGBOLE, G. et al. Time of presentation of stroke patients for ct imaging in a Nigerian tertiary hospital. **Ann Ib Postgrad Med.** v. 13, n. 1, p. 23-28, 2015.

OLIVEIRA, G.M.M. et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. **Arq. Bras. Cardiol.** [Internet]. v. 115, p. 308-439, 2020.

OLIVEIRA et al. Baixa procura de homens ao serviço de saúde: uma revisão de literatura. **EFDeportes.com, revista digital.** n. 188, 2014. Disponível em <http://www.efdeportes.com/>

OVBIAGELE, B; WEIR, C.J; SAVER, J.L; MUIR, K.W; LEES, K.R. Efeito do estado de tabagismo no desfecho após derrame isquêmico agudo. **Cerebrovasc Dis.** v. 21, n.4 , p. 260-265, 2006.

PERSEGONA, M.F.M; OLIVEIRA, E. S.P; VENCELAU, J.C. The geopolitical characteristics of Brazilian nursing **Divulgação em saúde para debate.** n. 56, p. 19-34, 2016.

PITTOCK, S.J. et al. Patient and hospital delays in acute ischemic stroke in a Dublin teaching hospital. **Ir Med J.** v. 96, n. 6, p. 167-168, 2003.

PRUDÊNCIO, R.S; CERETTA, L.B; SORATTO, M.T. Assistência de enfermagem frente ao paciente com acidente vascular encefálico no setor de emergência. **Enfermagem Brasil**, v. 15, n. 4, p. 190-197, 2016.

RALPH L. S. et al. An Updated Definition of Stroke for the 21st Century A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association.

Stroke, 2018 DOI: 10.1161/STR.0b013e318296aeca disponível em <http://stroke.ahajournals.org>

RAVENELL, J. et al. Tailored approaches to stroke health education (TASHE): study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**. v. 16, n. 176, 2015.

SHAH AD, L.C; et al. Diabetes tipo 2 e incidência de doenças cardiovasculares: estudo de coorte em 1,9 milhão de pessoas. **Lancet Diabetes Endocrinol** 2015;3:105-113.
pmid:25466521

SILVA. et al. Management of Antithrombotic Therapy in Stroke Patients? Soc Cardiol do Estado São Paulo [Internet]. 2018;28(3). Available from: <http://socesp.org.br/revista/assets/upload/revista/14019878481539115089pdfpt> Manejo da terapia antitrombótica em pacientes com Acidente Vascular Cerebral - Onde estamos em 2018_Revista Socesp V28 N3.pdf

SILVANY NETO, A.M. **Bioestatística sem segredos**. 1. ed. Salvador: Edição do autor, 2008.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SMITH, M.et al. Delayed hospital arrival for acute stroke: the Minnesota Stroke Survey. **Ann Intern Med**. v. 129, n. 3, p. 190-196, 1998.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares. Primeiro Consenso Brasileiro do Tratamento da Fase Aguda do Acidente Vascular Cerebral. **Arq. Neuro-Psiquiatr**.v. 59, n. 4,p. 972-980, 2001.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares. **Fatores de Risco Para o AVC**. Disponível em <https://avc.org.br/pacientes/fatores-de-risco-para-o-avc/?msclkid=e922a3e9b48611ecb07e991c81901595> 2021

STREIFLER. J.Y; DAVIDOVITCH, S; SENDOVSKI, U; Factors associated with the time of presentation of acute stroke patients in an Israeli community hospital. **Neuroepidemiology**. v.17, n. 3, p.161-166, 1998.

STROKE, 2017. Minha Vida. **AVC: 15 Minutos de atraso no atendimento rouba um mês de vida**. Out. 2018. Disponível em: <https://www.minhavidade.com.br/saude/galerias/17405-avc-15-minutos-de-atraso-no-atendimento-rouba-um-mes-de-vida-saudavel-do-paciente>. Acesso em: 30 out. 2018.

TAN, M.S et al. Wake-up Stroke and Onset-to-door Duration Delays: Potential Future Indications for Reperfusion Therapy. **Ann Acad Med Singapore**. 2014 Jan;43(1):11-4.

WANG, L et al. Factors associated with delayed presentation in patients with TIA and minor stroke in China: analysis of data from the China National Stroke Registry (CNSR). **Neurol Res**. v. 35, n. 5, p. 517-521, 2013.

WHO. World Health Organization. **Projections of mortality and causes of death,2015 and 2030**. Geneva, 2013.

WSO. World Stroke Organization. **World Stroke Day 2018**. Disponível em: <https://www.worldstrokecampaign.org>. Acesso em: 1 nov. 2018.

YANAGIDA, Tomoko et al. Causes of prehospital delay in stroke patients in an urban aging society. **Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics**. v. 5, n. 3, p. 77-81, 2014.

ZRELAK, Patricia A. Sex-based differences in symptom perception and care-seeking behavior in acute stroke. **Perm J**. v. 22, p. 18-42, 2018.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

TÍTULO DO PROJETO: fatores associados a incapacidades e mortalidade por Acidente Vascular Cerebral isquêmico e aos tempos de acesso ao tratamento

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada “FATORES ASSOCIADOS A INCAPACIDADES E MORTALIDADE POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO E AOS TEMPOS DE ACESSO AO TRATAMENTO”. Neste estudo pretendemos saber o que as pessoas que tem um Acidente Vascular Cerebral (derrame) sentem, pensam e fazem quando aparecem os sintomas da doença e os tempos e o caminho que percorrem até chegar ao hospital de referência. Além disso pretendemos saber a influência dessas questões na capacidade de desempenhar as atividades de vida. O motivo que nos leva a estudar isso, é a importância que tem o paciente com AVC ser atendido com urgência. Para este estudo, adotaremos um questionário com algumas perguntas a respeito do assunto e o(a) senhor(a) terá o tempo que achar necessário para dar as respostas. Após três meses, o(a) senhor(a) receberá uma ligação da nossa equipe para responder perguntas de duas escalas para sabermos como está a sua capacidade funcional.

Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido no Programa de Pós Graduação (PGENF) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), pela enfermeira Ludimila Santos Muniz e a doutoranda Mariana de Almeida Moraes sob orientação da Profa Dra Fernanda Carneiro Mussi.

Para participar deste estudo o(a) senhor(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O(a) senhor(a) será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido no hospital.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Os materiais envolvidos neste estudo serão guardados pelas pesquisadoras durante um período de cinco anos e após este prazo, repassarei ao grupo de pesquisas que aborda sobre a Saúde Cardiovascular (GISC) para ser armazenado em um banco de dados e utilizado especificamente para fins acadêmicos.

O(a) Sr. (a) não será identificado em nenhuma publicação que resultará deste estudo. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao (a) senhor (a). O estudo poderá trazer riscos para o senhor (a) quando for entrevistado (a), como desconfortos emocionais, ansiedade ou fragilização ao lembrar os momentos do início do AVC e da sua internação. Para minimizar a ocorrência dessas situações, a entrevista será realizada de modo reservado para que seja mantida a sua privacidade. E caso o(a) senhor(a) se sinta desconfortável ou constrangido(a) pode interromper a entrevista ou sua participação a qualquer momento. Os pesquisadores estarão à disposição para apoiá-lo ou, quando quiser dar continuidade o acolherá com cuidados que minimizem seu desconforto ou inquietação por meio da escuta e orientação. Se for observado sinais de sofrimento ou fragilidade importantes durante a entrevista, solicitaremos junto ao seu médico assistente o acompanhamento com o serviço de psicologia, para assegurar que não haja prejuízo a saúde do sujeito.

Como benefícios esta pesquisa poderá orientar programas de educação em saúde visando minimizar o retardo pré-hospitalar face ao AVC e diminuir incapacidades funcionais que prejudicam a qualidade de vida de sobreviventes após AVC, suas famílias, amigos e a comunidade; além de fornecer dados para melhorar a qualidade dos serviços de saúde ofertados para a população.

Fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “FATORES ASSOCIADOS A INCAPACIDADES E MORTALIDADE POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO E AOS TEMPOS DE ACESSO AO TRATAMENTO” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Estou ciente que minha identidade será mantida em sigilo, minha privacidade será respeitada e que os dados da

pesquisa poderão ser divulgados em eventos científicos e revistas nacionais e internacionais. Sei que não receberei benefícios financeiros participando desta pesquisa. Afirmo que a minha participação é voluntária, o meu consentimento para participar da pesquisa foi de livre decisão, não tendo sofrido nenhuma interferência da(s) pesquisadora(s). Estou ciente de que poderei solicitar a(s) pesquisadora(s) para rever as informações que forneci na entrevista, estando livre para corrigir parte do que foi dito por mim, além de me recusar a continuar participando do estudo a qualquer momento sem causar nenhum prejuízo a minha pessoa ou a assistência prestada.

Salvador, _____ de _____ de 2019.

Nome /Assinatura participante

Nome /Assinatura pesquisador

Caso o paciente esteja impossibilitado de assinar:

Eu _____, abaixo assinado, confirmo a leitura do presente termo na íntegra para o (a) paciente _____, o(a) qual declarou na minha presença a compreensão plena e aceitação em participar desta pesquisa, o qual utilizou a sua impressão digital (ao lado) para confirmar a participação.

Impressão
digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Testemunha n°1: _____

Testemunha n°2: _____

Qualquer dúvida ou problema que venha a ocorrer durante a pesquisa, poderei entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis pela pesquisa através da Escola de Enfermagem pelo telefone: (71) 3283-7631 ou através de informações adquiridas no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Geral Roberto Santos.

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

Fatores associados a incapacidade e mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico e aos tempos de acesso ao tratamento (adaptado de DAMASCENO, 2010)

Instituição Hospitalar: HGRS

Entrevistador(a): _____

Data da coleta: ___/___/2019

Hora início: _____ Hora fim: _____

Unidade: () UAVC () Sala de estabilização () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

() UTI Neuro () UTI Cardiovasc. () UTI GeralAeB () UTI 2 () UTI cirúrgica () 2A () 2C () 4B

Leito: _____

Paciente possui incapacidade prévia? () Sim () Não

PARTE I – Dados Socioeconômicos

1.	NOME: _____
2.	Registro: _____
3.	Informante: (1) O(a) próprio(a) (2) Acompanhante _____
4.	Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ (anos completos)
5.	Sexo: (1) Masculino (2) Feminino
6.	Qual a cor do(a) senhor(a)? (1) branca (2) negra (3) parda (4) indígena (5) amarelo
7.	Qual o seu estado civil? (1) casado(a) (2) solteiro(a) (3) tem companheiro(a) (4) viúvo(a) (5) separado(a)/divorciado(a)
8.	Qual a escolaridade do(a) senhor(a)? (1) analfabeto(a) (2) assinar o nome (3) 1º grau incompleto (4) 1º grau completo (5) 1º grau completo (6) 2º grau incompleto (7) 2º grau completo (8) sup. incompleto (9) sup. completo
9.	Qual a ocupação habitual do(a) senhor(a)? _____
10.	Qual a situação empregatícia do(a) senhor(a)? (1) desempregado(a) (2) empregado(a) (3) autônomo(a) (4) aposentado(a) com atividade (5) aposentado(a) sem atividade
11.	Qual a renda familiar do senhor (a) (em salários-mínimos)? _____
12.	Quantas pessoas dependem dessa renda? _____
13.	Com quem o(a) senhor(a) mora? (1) sozinho(a) (2) com companheira(o) (3) filhos (4) amigos (5) outros _____
14.	O(a) senhor(a) sabia que neste hospital existe uma Unidade de AVC? (0) sim (1) não
15.	Qual o endereço do(a) senhor(a)? Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ TELEFONE(S): 1 () _____ 2 () _____ 3 () _____

PARTE II – Dados clínicos

16.	Etiologia do AVC (prontuário): (1) Aterosclerose de grandes artérias (2) Oclusão de pequenas artérias (3) Cardioembólico (4) Investigação incompleta (5) Criptogênico (6) Múltiplas causas (7) Outras: _____
17.	Extensão da lesão (prontuário): (discutir categorização)
18.	Localização da lesão isquêmica (prontuário): (1) ACI (2) ACA (3) M1 (4) M2 (5) M3 (6) M4 (7) M5 (8) M6 (9) ACM indeterminado (10) ACP (11) Ínsula (12) Caudado (13) Cápsula interna (14) Lentiforme (15) Mesencéfalo (16) Ponte (17) Bulbo (18) Cerebelo (19) Basilar
	Descrição de laudos de Exames diagnósticos: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
19.	Pontuação do NHISS admissional (prontuário): _____ () Dado ausente
20.	Fibrilacão atrial constatada (prontuário)? (1) sim (0) não
21.	O(a) senhor(a) tem açúcar aumentado no sangue (diabetes)? (1) sim. Quanto tempo? _____ (0) não (3) não sabe
22.	O(a) senhor(a) tem pressão alta (hipertensão)? (1) sim. Quanto tempo? _____ (0) não (3) não sabe
23.	O(a) senhor (a) tem problema de gordura aumentada no sangue (dislipidemia)? (1) sim.

- Quanto tempo? _____ (0) não (3) não sabe
- 24. IAM prévio?** (1) sim (0) não
- 25. O senhor (a) já teve algum derrame (AVC)?** (1) sim. Quantos? ____ Quando? _____ (0) não
- 26. Usava alguma medicação antes do AVC?** (1) Sim. Quais? _____ (0) Não
- 27. Usa anticoncepcional?** (1) sim (0) não (3) não se aplica
- 28. Alguém na família já teve AVC (consanguíneos, ex.: pai e irmãos)?** (1) sim. Quem? _____ (0) não
- 29. O(a) senhor(a) fuma?** (1) sim. Quantos cigarros/dia? _____ Há quantos anos? _____ (0) não (3) Parou. Há quanto tempo? (meses) _____
- 30. Faz atividade física?** (0) sim. Qual? _____ Quantas vezes/semana? _____ (1) não

O que o(a) senhor(a) sentiu quando os sintomas do AVC começaram?

31. Falta de força (1) sim (0) não	32. Entortou a boca (DCL) (1) sim (0) não
33. Dificuldade para falar (disartria) (1) sim (0) não	34. Tontura/desequilíbrio (1) sim (0) não
35. Não falava/não compreendia o que falava (afasia) (1) sim (0) não	36. Desmaiou (1) sim (0) não
37. Visão dupla ou dificuldade para enxergar (1) sim (0) não	38. Náuseas (1) sim (0) não
39. Urinou/defecou sem sentir (relaxou os esfíncteres) (1) sim (0) não	40. Vômitos (1) sim (0) não
41. Não conseguia deglutir (disfagia) (1) sim (0) não	42. Falta de ar (dispnéia) (1) sim (0) não
43. Dor de cabeça (cefaleia) (1) sim (0) não	44. Outros (1) sim (0) não

45. Sinais Vitais das primeiras 72h (prontuário-anotar maior e menor valor a cada 24h):

Data/hora	Pressão Arterial	FC	FR	Temp	HGT
1 ^{as} 24h	>				
	<				
48h	>				
	<				
72h	>				
	<				

PARTE III – Percepção e atitudes face aos sinais e sintomas do AVC

46. Após o início dos sintomas, quanto tempo o(a) senhor(a) levou para decidir procurar um serviço de saúde?

____ minutos

Por _____ quê _____ o(a) _____ senhor(a) _____ esperou _____ esse _____ tempo?

Além do que o(a) senhor(a) falou, houve mais algum motivo que o levou a esperar esse tempo?
Por exemplo:

47. Achou que os sintomas iriam melhorar (1) sim (0) não	48. Teve medo de ficar longe da família (1) sim (0) não
49. Pensou que não era nada sério (1) sim (0) não	50. Teve medo de afastar-se do trabalho (1) sim (0) não
51. Teve medo do que pudesse acontecer (1) sim (0) não	52. Teve medo que fosse algo grave (1) sim (0) não
53. Teve medo de ficar internado (1) sim (0) não	54. Não quis preocupar ninguém (1) sim (0) não

E o que o(a) levou a decidir procurar um serviço de saúde?

55. não conseguia levantar/andar (1) sim (0) não	56. não conseguia segurar as coisas (1) sim (0) não
57. não conseguia se alimentar (1) sim (0) não	58. a boca entortando (1) sim (0) não
59. não conseguia falar direito (1) sim (0) não	60. ter perdido o equilíbrio (1) sim (0) não
61. achou que pudesse morrer (1) sim (0) não	62. não conseguia falar (1) sim (0) não
63. pensou que estava tendo um AVC (1) sim (0) não	64. ter caído (1) sim (0) não
65. não foi o indivíduo que decidiu (1) sim (0) não	66. outro (1) sim (0) não

67. O que o(a) senhor(a) achou que eram os sintomas?

(1) derrame (AVC) (2) problema de coração (IAM) (3) convulsão (4) fraqueza (5) açúcar baixo no sangue (hipoglicemia) (6) pressão alta (HAS) (7) outros _____

68. O que o(a) levou a acreditar que era um derrame (AVC)?

(1) já teve AVC antes (2) alguém que você conhece teve um AVC (3) ouviu na televisão ou no rádio sobre os sintomas (4) algum profissional da saúde já tinha explicado sobre os sintomas (5) outros _____ (6) não achou

69. O que pensou sobre a gravidade dos sintomas?

(1) eram graves (2) não eram graves (3) o que o levou a achar isso? _____

O que o senhor(a) fez logo que a sintomas começaram? (se + de 1 opção for escolhida, sinalizar a ordem da ação)

70. Pediu ajuda a alguém (0) sim (1) não
 71. Ligou para o SAMU (0) sim (1) não
 72. Telefonou para alguém (0) sim (1) não
 73. Tomou algo para melhorar os sintomas (1) sim (0) não. O quê? _____
 74. Esperou para ver se os sintomas iam melhorar (1) sim (0) não. Por quê? _____
 75. Ocultou os sintomas (1) sim (0) não. Por quê? _____
 76. Continuou a realizar atividades (1) sim (0) não. Qual? _____
 77. Procurou um serviço de saúde. (0) sim (1) não. Por quê? _____
 78. Outros (1) sim (0) não. _____
 79. Qual o primeiro local que o(a) senhor(a) procurou para o atendimento?
 (1) hospital (2) posto de saúde/USF (3) clínica (4) UPA (5) SAMU (6) outros _____

Parte IV - Componente ambiental do AVC (contexto no qual os sintomas se manifestaram e interação com familiares e/ou amigos)

80. Onde o(a) senhor (a) estava quando os sintomas começaram?

(1) casa (2) trabalho (3) rua – via pública. Qual? _____ (4) outros _____

Com quem o(a) senhor (a) estava quando os sintomas começaram?

81. Sozinho (1) sim (0) não	82. Companheiro(a) (0) sim (1) não	83. Filhos (0) sim (1) não
84. Colegas de trabalho (0) sim (1) não	85. Vizinhos (0) sim (1) não	86. Outros (0) sim (1) não

A quem o(a) senhor(a) pediu ajuda quando sentiu os sintomas?

87. Ninguém (1) sim (0) não	88. Companheiro(a) (0) sim (1) não	89. Filhos (0) sim (1) não
90. Colegas de trabalho (0) sim (1) não	91. Vizinhos (0) sim (1) não	92. Outros (0) sim (1) não

O que eles disseram para o(a) senhor(a) fazer?

93. Não deram importância a sua queixa (1) sim (0) não	94. Ofereceram alguma medicação. (1) sim (0) não
95. Disseram para não se preocupar (1) sim (0) não	96. Descansar (1) sim (0) não
97. Orientaram procurar um serviço de saúde (0) sim (1) não	98. Outros (1) sim (2) não

Quem acompanhou o(a) senhor(a) ao primeiro local de atendimento?

99. Ninguém (1) sim (0) não	100. Companheiro(a) (0) sim (1) não	101. Filhos (0) sim (1) não
102. Colegas de trabalho (0) sim (1) não	103. Vizinhos (0) sim (1) não	104. Outros (0) sim (1) não

105. Qual o transporte utilizado para o primeiro local de atendimento?

(1) Carro (2) SAMU (3) Outras ambulâncias (4) Transporte coletivo (5) outros _____

Resumo dos tempos:

106. Início dos sintomas (ICTUS)	Data:	Hora:
107. Wake Up Stroke (1) sim (0) não	Última data visto bem:	Última hora visto bem:
108. Decidiu procurar um serviço de saúde	Data:	Hora:
109. Tempo aproximado de transporte até o 1º serviço de saúde	Tempo em minutos:	
110. Chegada ao lócus do estudo (HGRS)	Data:	Hora:
111. Realização da 1ª TC de Crânio	Data:	Hora:
112. Admissão na UAVC (quando houver)	Data:	Hora:
113. Trombólise (0) sim (1) não	Data:	Hora:
114. (0) Alta domiciliar (1) Óbito	Data:	Hora:

Para indivíduos que passaram por mais de um serviço de saúde antes de chegar ao lócus de estudo, descrever data, hora e serviço:

Para indivíduos que passaram por mais de uma unidade dentro do lócus de estudo, descrever data, hora e unidade:

ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital

Geral Roberto Santos

HOSPITAL GERAL ROBERTO
SANTOS - BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores associados a incapacidade e mortalidade por Acidente Vascular Cerebral isquêmico e aos tempos de acesso ao tratamento

Pesquisador: Mariana de Almeida Moraes Gibaut

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 07935119,5.0000.5028

Instituição Proponente: Hospital Geral Roberto Santos - BA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.159.694

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de pesquisa relevante que visa identificar fatores que propiciam a morbimortalidade desencadeada pelo Acidente Vascular Cerebral isquêmico.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa pretende estimar os tempos de decisão (TD), de transporte (TT), de chegada ao primeiro serviço de saúde (TPSS), de permanência na rede de atenção à saúde (TPRS), de chegada a hospital de referência para tratamento do evento; pretende

estimar os tempos intra-hospitalares para realização da trombólise venosa; bem como identificar a influência de fatores socioeconômicos, clínicos, ambientais, cognitivos e emocionais no tempo de decisão de pessoas com AVC para procurar um serviço de saúde. Por fim, buscará perceber a influência do tempo decorrido entre os primeiros sinais e sintomas até de chegada ao hospital de referência para o tratamento do AVC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios não foram descritos no Projeto, foram apresentados apenas no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A investigação pretende realizar um estudo de coorte prospetivo, com a realização de um contato telefônico, com os sujeitos da pesquisa, após três meses de alta hospitalar, para coleta de novos dados. Entretanto, há uma gama importante de eventos que pretendem ser estimados que são

Endereço: Estrada do Saboeiro, s/nº

Bairro: Estrada do Saboeiro

CEP: 41.180-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-7519

Fax: (71)3387-3429

E-mail: cep.hgrs.ba@gmail.com

HOSPITAL GERAL ROBERTO
SANTOS - BA



Continuação do Parecer: 3.159.694

retrospectivos, tais como: tempo de decisão para procura do serviço de saúde, percurso realizado pelo paciente até a admissão na Unidade especializada, dentre outras variáveis.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide lista de conclusões.

Recomendações:

Vide lista de conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise do protocolo da pesquisa, consideramos que o mesmo encontra-se de acordo com a resolução n.466/12 do CNS/CONEP e por tanto APROVADA, tendo seu início liberado a partir da data de liberação deste parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1298529.pdf	14/02/2019 11:26:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.pdf	14/02/2019 11:25:20	Mariana de Almeida Moraes Gibaut	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	14/02/2019 11:23:26	Mariana de Almeida Moraes Gibaut	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/02/2019 11:23:11	Mariana de Almeida Moraes Gibaut	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	14/02/2019 11:22:09	Mariana de Almeida Moraes Gibaut	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Estrada do Saboeiro, s/nº
Bairro: Estrada do Saboeiro **CEP:** 41.180-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3117-7519 **Fax:** (71)3387-3429 **E-mail:** cep.hgrs.ba@gmail.com

HOSPITAL GERAL ROBERTO
SANTOS - BA



Continuação do Parecer: 3.159.694

SALVADOR, 21 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Jorge Luis Motta dos Anjos
(Coordenador(a))

Endereço: Estrada do Saboeiro, s/nº
Bairro: Estrada do Saboeiro **CEP:** 41.180-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3117-7519 **Fax:** (71)3387-3429 **E-mail:** cep.hgrs.ba@gmail.com