

**INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE DO IDOSO**

**MATHEUS AUGUSTO MODESTO NASCIMENTO
ALINE PARADELLA MULLER**

**ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM IDOSOS E
PRINCIPAIS FATORES DE RISCO**

**JOINVILLE
2016**

**MATHEUS AUGUSTO MODESTO NASCIMENTO
ALINE PARADELLA MULLER**

**ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM IDOSOS E
PRINCIPAIS FATORES DE RISCO**

Seminário de formação submetido ao Instituto Federal de Santa Catarina câmpus Joinville, para obtenção do título de especialista técnico em saúde do idoso.

Orientadora: Ma. Josiane Steil Siewert.

Orientadora: Ma. Mariéli Klampe Machdado.

**JOINVILLE
2016**

Envelhecer é um processo de acumular experiências e
enriquecer nossas vidas através de conhecimento.

Ivone Wagorn

Resumo

O Acidente Vascular Cerebral vem crescendo muito nos dias de hoje principalmente nos idosos e ocorre por um entupimento ou um rompimento de vasos sanguíneos, onde não levam sangue oxigenado ao cérebro provocando paralisia da área cerebral que não recebeu o sangue. Podendo ser dividido em dois tipos o isquêmico e o hemorrágico. O AVC possui diversos fatores de risco, podendo ser listados: hipertensão que é o principal deles, o diabetes e o tabagismo, a atividade física e a alimentação que não são fatores de riscos diretos, mais indiretamente contribui com o AVC. Esse trabalho tem como objetivo conhecer aspectos relacionados ao AVC e orientar um grupo de idosos sobre o conceito e os principais fatores de risco. A metodologia proposta no trabalho é de uma atividade de intervenção com um grupo de idosos da comunidade, através de uma dinâmica elaborada pelos pesquisadores, a fim de atingir os objetivos deste trabalho. A atividade de intervenção contou com 20 idosos, sendo 17 mulheres e 3 homens, a atividade foi muito produtiva com os idosos, eles se mostraram muito atentos as informações e a todo momento faziam questões pertinentes referentes ao tema, estavam comprometido com a atividade. O AVC é uma doença que vem crescendo cada vez mais, e está se tornando comum no dia a dia, assim nós profissionais de saúde juntos com órgãos competentes temos a missão de conscientizar as pessoas sobre fatores de risco, prevenção e reconhecimento precoce do AVC, pois tempo perdido é cérebro perdido.

Palavras chaves: Idoso. Envelhecimento. Acidente Vascular Cerebral. Fatores de Risco.

Lista de Ilustrações

Gráfico 1 – Taxa de mortalidade por AVC, anos de 2010, 2013, 2015 e 2016.	17
Gráfico 2 – Taxa de mortalidade por AVC, até abril de 2016.....	18
Gráfico 3 – Número de participantes por sexo.	29
Gráfico 4 – Resposta da pergunta 1.....	30
Gráfico 5 – Resposta da pergunta 2.....	31
Gráfico 6 – Resposta da pergunta 3.....	31
Gráfico 7 – Resposta da pergunta 4,5 e 6.....	32
Gráfico 8 – Resposta da pergunta 7.....	32
Gráfico 9 – Resposta da pergunta 8, 9 e 10.....	33

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Números de internação, óbitos e taxa de mortalidade do AVC não especificado em idosos em Joinville nos anos 2010, 2013 e 2015.....	15
Tabela 2 – Números de internação, óbitos e taxa de mortalidade do AVC não especificado em idosos em Santa Catarina nos anos 2010, 2013 e 2015.....	15
Tabela 3 – Números de internação, óbitos e taxa mortalidade de do AVC não especificado em idosos no Brasil nos anos 2010, 2013 e 2015	16
Tabela 4 – Números de internação, óbitos e taxa de mortalidade do AVC não especificado em idosos em Joinville até abril de 2016	16
Tabela 5 – Números de internação, óbitos e taxa de mortalidade do AVC não especificado em idosos em Santa Catarina até abril de 2016	16
Tabela 6 – Números de internação, óbitos e taxa de mortalidade do AVC não especificado em idosos no Brasil até abril de 2016.....	17
Tabela 7 – Número de hipertensos em Joinville.....	21
Tabela 8 – Números de diabéticos em Joinville	22

Listas de abreviaturas e siglas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVE – Acidente Vascular Encefálico

AIT – Acidente Isquêmico Transitório

OMS – Organização Mundial da Saúde

PL – Projeto de Lei

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

CENEF – Centro de Estudos e Orientação da Família

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Justificativa	9
1.2 Definição do problema	9
1.3 Objetivos	10
1.3.1 Geral.....	10
1.3.2 Específicos	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 Idoso e o envelhecimento	11
2.2 Acidente vascular cerebral	12
2.2.1 Acidente vascular cerebral isquêmico	12
2.2.2 Acidente vascular cerebral hemorrágico	13
2.3 Reconhecendo e identificando um AVC	13
2.4 Dados epidemiológicos e ações de prevenção	15
2.5 Fatores de risco	19
2.5.1 Hipertensão	20
2.5.2 Diabetes	21
2.5.3 Tabagismo.....	23
2.6 Alimentação e atividade física	24
3 METODOLOGIA	27
3.1 Tipo de pesquisa.....	27
3.2 População e amostra	27
3.3 Coleta de dados	27
3.4 Análise de dados.....	28
3.5 Aspectos éticos	28
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS	29
4.1 Caracterização do local e população estudada	29
4.2 Ação de Intervenção	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICES	40
APÊNDICE A – Jogo do Verdadeiro ou Falso do AVC	40
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	42

1 INTRODUÇÃO

O avanço das tecnologias medicinais e outras áreas, vai determinando uma sociedade com mais idosos, mais quem pode ser considerado o idoso? Segundo o a Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, o idoso é aquele que tem 60 anos ou mais no Brasil. Já a Organização Mundial da Saúde – OMS, determina que o idoso seja considerado nos países em desenvolvimento com idade superior a 60 anos, onde é o caso do Brasil, por exemplo, e países desenvolvidos com idade superior a 65 anos (OMS, 2002).

A idade é um fator de risco para todas as doenças, pois normalmente as pessoas mais velhas estão mais vulneráveis para desenvolver qualquer tipo de morbidade, devido sua fragilidade. Uma delas é o Acidente Vascular Cerebral – AVC, que é uma das principais causas de morte no mundo, conhecido também com Acidente Vascular Encefálico – AVE. O AVC ocorre por um entupimento ou um rompimento de vasos sanguíneos, onde não levam sangue ao cérebro provocando paralisia da área cerebral que não recebeu o sangue. Podendo ser dividido em dois tipos o isquêmico, onde a o bloqueio dos vasos sanguíneos e impedem o sangue de chegar ao cérebro e o hemorrágico, onde os vasos se rompem, extravasando sangue e impedindo o mesmo de chegar ao cérebro (BRASIL, 2006).

Segundo os dados do DATASUS por local de residência, no Brasil no ano de 2015, considerando somente a população idosa com 60 anos ou mais, foram registrados 18.344 óbitos por AVC, não especificado em hemorrágico ou isquêmico e a taxa de mortalidade 17,56, já em Santa Catarina, o número de óbitos foi de 627 e a taxa de mortalidade 14,94, e no município de Joinville, ocorreram 78 óbitos e uma taxa de mortalidade 12,36, abaixo da taxa nacional e do estado (BRASIL, 2016).

O AVC possui diversos fatores de risco, podendo ser listados: hipertensão que é o principal deles, o diabetes e o tabagismo que serão abordados com mais atenção durante o decorrer do estudo, assim como a importância da atividade física e alimentação que não são fatores de riscos diretos, mais indiretamente contribuem com o AVC. Outros fatores como história familiar, anticoncepcionais, sedentarismo, obesidade, raça, fatores socioeconômicos e fibrilação atrial, podem deixar o ser humano mais propício para desenvolver um AVC, além da idade (CANCELA, 2008).

Conhecendo os fatores de risco pode se pensar numa maneira de reduzir os números de AVC, tratando esses fatores, pois só em Joinville segundo o DATASUS em 2015 foram registrados 631 casos de internamentos por AVC, não especificando em hemorrágico ou isquêmico (BRASIL, 2016).

Esse trabalho tem como objetivo conhecer aspectos relacionados ao AVC e após embasamento científico, orientar um grupo de idosos sobre o conceito e os principais fatores de risco do AVC.

A metodologia proposta no trabalho foi de uma pesquisa bibliográfica, referente ao tema, e posteriormente realizado uma atividade de intervenção com um grupo de idosos da comunidade, através de um jogo de verdadeiro ou falso elaborado pelos pesquisadores, a fim de atingir os objetivos deste trabalho.

1.1 Justificativa

O AVC é uma das principais causas de morte no mundo. No Brasil o AVC liderava o ranking de mortes, porém nos dois últimos anos o AVC aparece como segunda principal causa, no entanto continua sendo a principal causa de incapacidade das pessoas, devido às sequelas que a morbidade acarreta (PONTES NETO, 2015).

Os idosos estão mais propícios a desenvolver o AVC, devido às alterações fisiológicas que seu corpo sofre naturalmente por causa do processo do envelhecimento. Portanto, o processo do envelhecimento junto com outros fatores de risco, como a hipertensão, diabetes, colesterol alto, morbidades muito comum nos idosos, junto com outros vícios do cigarro e do álcool, fazem as pessoas acima dos 60 anos, estarem mais favorável a desenvolver um AVC se não cuidarem da sua saúde.

Diante desses fatos o trabalho busca orientar idosos quanto, aos fatores de risco do AVC, e até mesmo explicar o que é um AVC e como reconhecer uma pessoa que esteja sofrendo de um AVC.

1.2 Definição do problema

Quais são os principais fatores de risco do Acidente Vascular Cerebral em idosos e como identificar?

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

- Orientar um grupo de idosos sobre o conceito e principais fatores de risco de acidente vascular cerebral.

1.3.2 Específicos

- Conhecer o conceito e a fisiopatologia do acidente vascular cerebral;
- Conhecer os principais fatores de risco do acidente vascular cerebral em idosos;
- Identificar a prevalência do acidente vascular cerebral no idoso.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Idoso e o envelhecimento

O idoso no Brasil é considerado a pessoa que contém 60 anos ou mais segundo o Estatuto do Idoso e a OMS, pois é um país em desenvolvimento.

Segundo Santos (2010) o critério cronológico é um dos mais utilizados para estabelecer o ser idoso, embora não seja o ideal. O Fenômeno da velhice muitas vezes tem referência nas modificações físicas, mas tem que observar outros tipos de mudanças que ocorrem também na forma de pensar e agir por exemplo.

O ser idoso não pode ser só definido pelo plano cronológico, pois outras condições como físicas, mentais, entre outras, podem influenciar a determinação do ser idoso. Portanto o idoso pode ser conceituado de várias formas, é que o idoso é um ser de seu espaço, de seu tempo, que é o resultado de uma fase da vida que todas as pessoas vão chegar lá, só que cada um de forma diferente (SANTOS, 2010).

De acordo com Moraes, Braga e Silva (1995) o envelhecimento traz alterações em todos os aspectos como no plano físico e psicossocial, se tornando um processo lento e gradual durante a vida. Ele também possui características sociais e culturais.

Ainda referenciando as mesmas autoras,

Entre os fatores do envelhecimento, o da hereditariedade exerce, sem dúvida, um papel importante, bem como o meio ambiente, sobre os quais o homem detém muito pouco controle. Existem, contudo, outros aspectos de vida, tais como a dieta, estilo de vida, lazer e o nível de exercícios que podem afetar benéficamente o processo de envelhecimento e aumentar a qualidade de vida e bem-estar (MORAIS; BRAGA; SILVA, 1995, p.15).

Dentro do processo de envelhecimento temos a velhice, como a última fase e a pior, em conformidade com Moraes, Braga e Silva (1995) muitas pessoas aceitam a velhice com todas suas desvantagens, do jeito que ela é, e acabam se conformando sofrendo em silêncio e outros já sentem raiva e protestam contra ela, onde poderiam seguir outro caminho e atacar a velhice, como problema a ser resolvido, vivendo essa última fase do envelhecimento de uma forma melhor e mais tranquila.

Conforme Santos (2010) a velhice não pode ser determinada pelas alterações dos corpos, pois pessoas jovens podem ter rugas, como pessoas idosas podem não ter com os usos de cosméticos e cirurgias. Porém a velhice vem surgindo, como

uma nova forma de ser “velho” onde as pessoas idosas em vez de ficar em casa, procuram sair em busca de lazer, onde possui seus próprios grupos de dança, de bingo entre outras atividades.

2.2 Acidente vascular cerebral

O AVC é conhecido popularmente como derrame, segundo a OMS define o como “sendo um comprometimento neurológico focal (ou global) que subitamente ocorre com sintomas persistindo para além de 24 horas, ou levando à morte, com provável origem vascular” (OMS, 2006).

A expressão AVC refere a vários sintomas neurológicos que duram pelo menos 24 horas e resultam em lesões cerebrais por causa da falta de irrigação sanguínea. Estas lesões podem ser provocadas por dois tipos de AVC, isquêmico ou hemorrágico (CANCELA, 2008).

Ainda de acordo com a mesma autora os danos que o AVC pode submeter às pessoas, são déficits das funções neurológicas, como na função motora, sensoriais, comportamentais, perceptivas e de linguagem (CANCELA, 2008).

A fisiopatologia do AVC representa que:

O tecido nervoso é desprovido de reservas sendo totalmente dependente da circulação sanguínea, pois é graças a este que as células nervosas se mantêm ativas, sendo o seu metabolismo dependente de oxigênio e glicose. A interrupção deste fluxo numa determinada área do cérebro tem por consequência uma diminuição ou paragem da atividade funcional dessa área. Se a interrupção do fluxo sanguíneo for inferior a 3 minutos, a alteração é reversível; se esse prazo ultrapassar os 3 minutos, a alteração funcional poderá ser irreversível, originando necrose do tecido nervoso (CANCELA, 2008, p.3).

2.2.1 Acidente vascular cerebral isquêmico

Durante o AVC o tecido cerebral não vai receber os nutrientes que são trazidos pelo sangue, principalmente o oxigênio. No AVC isquêmico isso ocorrerá por causa do bloqueio que os vasos sanguíneos sofrerão, ou a diminuição da pressão ou perfusão cerebral, que é provocada por redução do débito cardíaco ou por hipotensão grave (CANCELA, 2008).

Esse tecido não recebendo o sangue com oxigênio o tecido sofrerá lesões que terão impactos nas funções neurológicas. Se a privação for em um período

menor de 24 horas, as lesões são consideradas reversíveis e neste caso não é considerado um AVC isquêmico e sim um Ataque Isquêmico Transitório – AIT, e persistindo um tempo maior de 24 horas, será considerado um AVC Isquêmico onde as lesões são irreversíveis (CANCELA, 2008).

O AVC isquêmico pode ser precedido por trombose cerebral onde o coágulo de sangue fará o bloqueio do vaso sanguíneo, ou também de embolia cerebral onde o bloqueio é feito por um corpo estranho que é liberado na corrente sanguínea e se deslocam até as artérias cerebrais (CANCELA, 2008).

2.2.2 Acidente vascular cerebral hemorrágico

De acordo com Cancela (2008),

A hemorragia cerebral é consequência de um fenômeno inverso ao da isquemia: a extravasão de sangue para fora dos vasos. Quando ocorre uma hemorragia o sangue pode derramar. Para ou interior do cérebro, provocando uma hemorragia intracerebral ou para o espaço cheio de fluido entre o cérebro e a membrana aracnóide, provocando uma hemorragia subaracnóidea (CANCELA, 2008, p.5).

Conforme Habib (2000) o AVC hemorrágico está relacionado principalmente com a hipertensão, pois é a principal causa, desse modo a pressão alta não tratada corretamente ou deixada de lado, torna a parede das artérias mais frágil onde poderá acabar com a ruptura e ocorrendo a hemorragia.

Suas principais formas são o aneurisma, pontos fracos ou finos que com a hipertensão arterial faz com que acabem se rompendo. E também ruptura da parede cerebral, onde as paredes das artérias perdem sua elasticidade com o passar do tempo, por estarem encrostadas de placas que são provocadas por arteriosclerose, ficam rígidas e finas, assim acabam sujeitas a se romperem (CANCELA, 2008).

2.3 Reconhecendo e identificando um AVC

De acordo com Cavalcanti, Cantinho e Assad (2006) o atendimento pré-hospitalar em pacientes com AVC deve focar na identificação ágil do paciente e na sua avaliação, seu transporte deve ser o mais depressa possível sendo notificado na chegada para um melhor e específico atendimento, com profissionais apropriados para o caso. Sendo que para que isso aconteça profissionais devem ter o

reconhecimento dos sinais e sintomas de um AVC buscando assim um serviço de emergência médica móvel ou emergência hospitalar.

Cavalcanti, Cantinho e Assad (2006, p. 78) explicam que “paralisia ou fraqueza súbita facial, alteração motora em braço ou perna, mais frequentemente em um lado do corpo e dificuldade na fala, constituem sinais de alerta que indicam provável AVC”.

Pois conforme Massaro (2006 p. 1),

O quadro clínico observado na fase aguda do AVC pode ser semelhante a outras condições neurológicas. O rebaixamento do nível de consciência, associado a um déficit neurológico focal, pode estar presente em alguns pacientes com hipoglicemia.

Ainda referenciando o mesmo autor,

A história clínica e o exame físico são as bases para o diagnóstico clínico e determinam a estratégia terapêutica para os pacientes que chegam aos serviços de emergência com suspeita de AVC. As informações clínicas devem ser obtidas não somente com o paciente, mas também com os familiares, ou outros indivíduos que presenciaram o início do evento, inclusive os membros da equipe de resgate. Esta combinação de informação tornará os dados obtidos mais acurados (MASSARO, 2006 p. 1).

Segundo Cavalcanti, Cantinho e Assad (2006) os sintomas do AVC hemorrágico pode ser associado à ausência ou presença de cefaléia, mais conhecida como dores na cabeça, aparecem assim sem sinais de alerta. “O aumento súbito do volume de sangue intracraniano eleva a pressão e causa cefaléia intensa, dor na nuca, visão dupla, náusea e vômito, perda da consciência ou morte” (CAVALCANTI; CANTINHO; ASSAD, 2006, p. 78).

Ainda de acordo com os mesmos autores, relatam que os sinais e sintomas do AVC isquêmico, aparecem de repente, podendo ser:

- Dormência na face, braço ou perna, especialmente de um lado do corpo;
- Confusão na comunicação (fala ou entendimento);
- Distúrbio da visão em um ou nos dois olhos;
- Alteração da marcha, tontura, desmaio, perda de equilíbrio ou coordenação; e/ou
- Dor de cabeça de causa desconhecida. Cada pessoa pode apresentar sinais e sintomas diferentes, de acordo com a parte e o lado do cérebro, assim como do grau de dano cerebral (CAVALCANTI; CANTINHO; ASSAD, 2006 p.78).

Em conformidade Massaro (2006) o quadro clínico é determinado pela localização e tamanho da lesão encefálica. Dessa maneira o reconhecimento neurológico topográfico vascular nos ajuda muito para o reconhecimento das principais síndromes vasculares neurológicas e conseqüentemente com o provável diagnóstico do AVC.

2.4 Dados epidemiológicos e ações de prevenção

No ano de 2010 em Joinville houve uma taxa de mortalidade alta por AVC, totalizando 27,27, porém já em 2013, essa taxa ela diminui para 7,43, porém se tem um número maior de morte, quase 4 vezes mais, só que houve um aumento considerado nos casos de internamentos por AVC onde sobe 33 internamentos para 404. Em 2015 sobe o número de internações e o número de mortes, e conseqüentemente a taxa de mortalidade sobe junto, porém não chega próximo à taxa de mortalidade de 2010, o período que não era desenvolvido as atividades de conscientização do AVC.

Tabela 1 – Números de internação, óbitos e taxa de mortalidade do AVC não especificado em idosos em Joinville nos anos 2010, 2013 e 2015

Ano	Número de internamentos	Número de óbitos	Taxa de mortalidade
2010	33	9	27,27
2013	404	30	7,43
2015	631	78	12,36

Fonte: DATASUS (2016)

Em Santa Catarina a taxa de mortalidade de 2010 aponta em 17,57 diminuindo para 14,72 no ano de 2013 e permanece na média em 2015. O número de óbitos juntamente com o número de internações apresenta um aumento de 2010 a 2015.

Tabela 2 – Números de internação, óbitos e taxa de mortalidade do AVC não especificado em idosos em Santa Catarina nos anos 2010, 2013 e 2015

Ano	Número de internamentos	Número de óbitos	Taxa de mortalidade
2010	2811	494	17,57
2013	3581	527	14,72
2015	4202	627	14,92

Fonte: DATASUS (2016)

No Brasil o número de internamentos e óbitos também apresenta um aumento entre os anos de 2010 e 2015, porém o a taxa de mortalidade que em 2010

apontava para 17,13, nos anos seguintes a taxa reduz para 16,04 em 2013, e 16,07 em 2015.

Tabela 3 – Números de internação, óbitos e taxa mortalidade de do AVC não especificado em idosos no Brasil nos anos 2010, 2013 e 2015

Ano	Número de internamentos	Número de óbitos	Taxa de mortalidade
2010	116166	19898	17,13
2013	133822	21460	16,04
2015	145806	23432	16,07

Fonte: DATASUS (2016)

Em 2016 já possui registrados 193 internamentos por causa do AVC até o mês de abril, e a taxa de mortalidade até o momento nesses quatro meses se apresenta em 8,81 e se manter essa taxa ficará próximo da taxa de 2013.

Tabela 4 – Números de internação, óbitos e taxa de mortalidade do AVC não especificado em idosos em Joinville até abril de 2016

Mês	Número de internamentos	Número de óbitos	Taxa de mortalidade
Janeiro	48	6	12,50
Fevereiro	46	3	6,52
Março	54	6	11,11
Abril	45	2	4,04
Total	193	17	8,81

Fonte: DATASUS (2016)

Em Santa Catarina a taxa de mortalidade até abril de 2016 está em 10,52 e se mostra a baixo comparada com os anos anteriores. E já possuem registrados 1625 internamentos por AVC não especificado e 171 óbitos.

Tabela 5 – Números de internação, óbitos e taxa de mortalidade do AVC não especificado em idosos em Santa Catarina até abril de 2016

Mês	Número de internamentos	Número de óbitos	Taxa de mortalidade
Janeiro	482	45	9,34
Fevereiro	451	56	12,42
Março	473	59	12,47
Abril	219	11	5,02
Total	1625	171	10,52

Fonte: DATASUS (2016)

No Brasil até abril de 2016, a taxa de mortalidade se mantendo estará na média dos outros anos e possui registrados 46548 internamentos e 7644 óbitos.

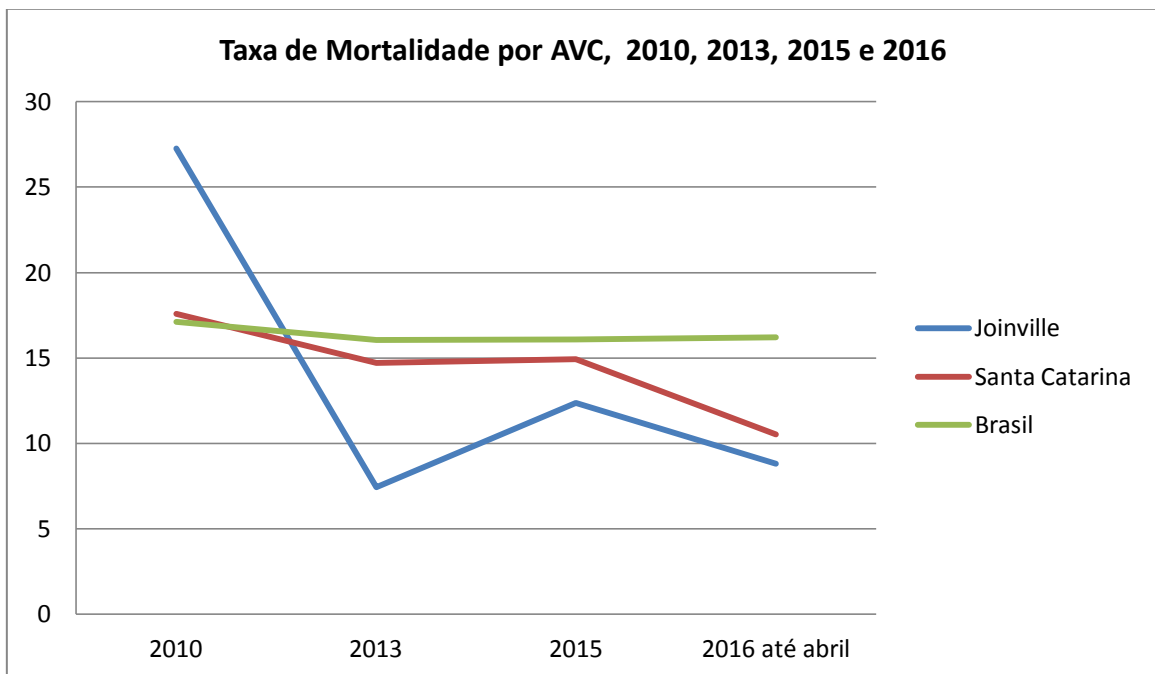
Tabela 6 – Números de internação, óbitos e taxa de mortalidade do AVC não especificado em idosos no Brasil até abril de 2016

Mês	Número de internamentos	Número de óbitos	Taxa de mortalidade
Janeiro	12024	1926	16,02
Fevereiro	11839	1998	16,88
Março	11892	1903	16,00
Abril	10793	1817	16,83
Total	46548	7644	16,42

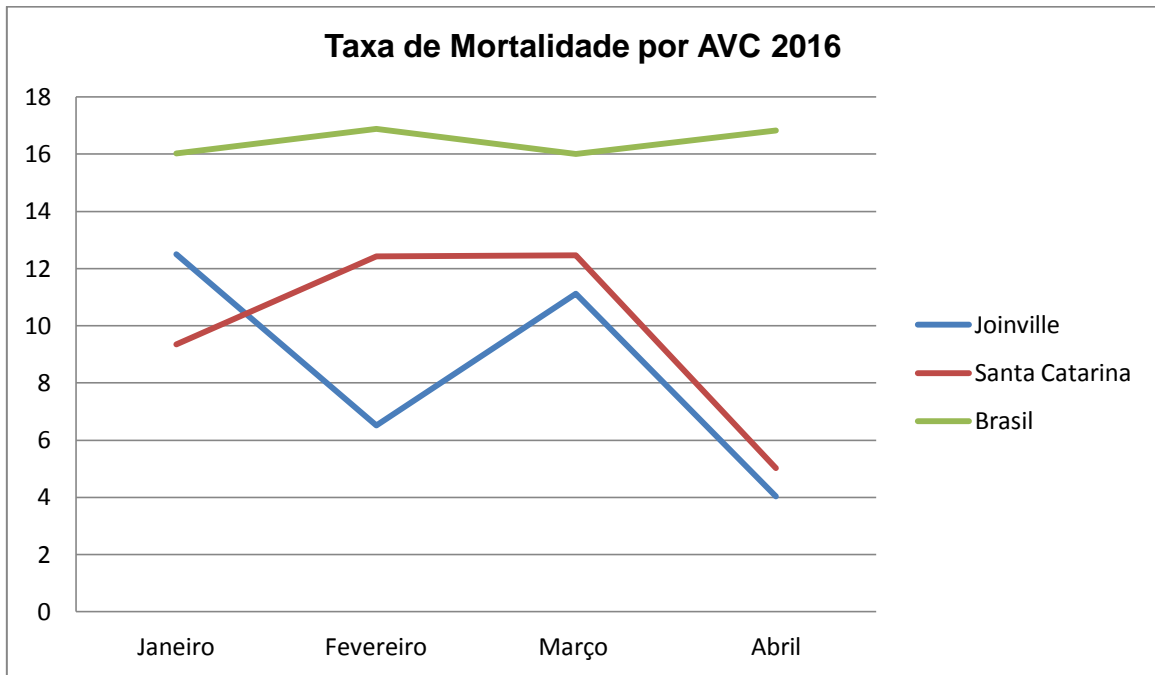
Fonte: DATASUS (2016)

Abaixo é apresentado dois gráficos em linhas, no gráfico 1 mostra a taxa de mortalidade entre os anos de 2010, 2013, 2015 e até abril de 2016, no município de Joinville, em Santa Catarina e no Brasil, de acordo com os dados do Datasus. Os mesmo dados foram apresentadas nas tabelas 1, 2, e 3. Já o gráfico 2 apresenta a taxa de mortalidade entre janeiro até abril de 2016, em Joinville, Santa Catarina e Brasil, de acordo com os dados do Datasus e esses dados se encontram nas tabelas 4,5 e 6.

Gráfico 1 – Taxa de mortalidade por AVC, anos de 2010, 2013, 2015 e 2016.



Fonte: DATASUS (2016)

Gráfico 2 – Taxa de mortalidade por AVC, até abril de 2016.

Fonte: DATASUS (2016)

O AVC é uma das principais causas de morte no mundo, diante desse fato a Organização Mundial do AVC em 2005 criou o dia World Stroke Day, dia mundial do AVC específico para conscientizar todas as pessoas, e é sempre realizado no dia 29 de outubro. Nesse dia em especial é realizado em quase todas as cidades do Brasil uma série de atividades, palestras de conscientização e prevenção do AVC (WSO, 2009).

Em Joinville o Projeto de Lei – PL 343/2015 recebeu parecer favorável pela comissão de saúde onde faz do dia 29 de outubro o dia municipal de combate ao AVC, e aguarda para ser votado no plenário que até o momento da escrita do trabalho não tinha sido votado (BRAGA, 2016).

Porém em Joinville no dia mundial AVC que futuramente poderá se tornar dia municipal, as atividades de conscientização e prevenção, não se concentra somente em um dia, e sim em uma semana. A semana do AVC é realizada pelo Hospital Municipal São José, referência em neurologia e nos cuidados com AVC, porém em Joinville há primeira semana só foi realizado em 2011.

No ano de 2013 em Joinville foi desenvolvido a Lei Municipal 7.448 onde determina a criação de um banco de dados onde serão fornecidas informações do AVC.

Art. 1º Fica criado, no âmbito da Secretaria da Saúde, o banco de dados Registro de Acidente Vascular Cerebral - AVC de Joinville, com a finalidade

de registrar informações sobre a ocorrência de casos de AVC no Município de Joinville, detalhando-os epidemiologicamente e ainda:

I - contribuir para a política pública de saúde, implementada pela Administração Pública Municipal, visando estratégias de prevenção da doença;

II - fornecer informações com confiabilidade científica ao Gestor Municipal de Saúde para alocação de recursos na prevenção, controle e combate à doença;

III - fortalecer a prevenção dos casos de AVC no Município;

IV - avaliar as taxas de incidência, letalidade e mortalidade do AVC no Município;

V - contribuir para a diminuição da taxa de internação hospitalar no Município;

VI - determinar as taxas de prevalência dos fatores de risco cardiovasculares no Município (JOINVILLE, 2013).

A Lei ainda relata que todos os estabelecimentos de saúde seja público ou privado, deverão encaminhar informações sobre o AVC ao banco de dados, que será composto por uma equipe multidisciplinar com um médico neurologista, três enfermeiros e agente administrativo, e será elaborado um relatório e apresentado no conselho municipal de saúde.

2.5 Fatores de risco

Os fatores de risco aumentam a chance de qualquer pessoa desenvolver um AVC, o idoso já está na frente, pois a idade é um deles. Mais muitos desses fatores podem ser reduzidos com tratamentos ou hábito de vidas mais saudáveis.

Os principais fatores de risco de AVC são, a arteriosclerose, a hipertensão arterial, o tabagismo, o colesterol elevado, o diabetes mellitus, a obesidade, doenças das válvulas e arritmias cardíacas, dilatações do coração, a hereditariedade, o sedentarismo, uso de anticoncepcionais orais e a idade (CANCELA, 2008, p.2).

De acordo com Chaves (2000) os riscos do AVC podem ser considerados como modificáveis, ou não modificáveis, ou seja, os riscos modificáveis, são aqueles que com remédios, uma alimentação mais saudável, deixar de praticar alguns vícios podem fazer com que diminua as chances do AVC. São considerados riscos modificáveis hipertensão, diabetes, fumo, sedentarismo, hiperlipidemias, entre outras. Já os riscos não modificáveis a temos idade, o sexo, raça, etnia e hereditariedade, esses riscos não se tem muito que fazer, a não ser esperar, porém isso não quer dizer que a pessoa desenvolverá um AVC, por estar nesse grupo, só estará mais propício.

Terá uma probabilidade maior de desenvolver um AVC o indivíduo que tiver os maiores números de fatores de risco identificados.

2.5.1 Hipertensão

A hipertensão ou a mais conhecida pressão alta é a força com que o coração bombeia o sangue pelos vasos. É a quantidade ou o volume de sangue que sai do coração e a força que ele tem para circular no corpo todo. De acordo com Brasil (2003, p.19) “a Organização Mundial da Saúde padronizou a medida normal da pressão arterial entre os limites de 120/80mmHg a 140/90mmhg”, podendo as vezes ter alterações no volume de sangue, dos batimentos cardíacos por minuto.

Essas alterações podem ser hormonais e nervosas que regulam a resistência sanguínea podem ter influência tanto pessoal como ambiental. A pressão também pode se elevar quando, por exemplo, em alguns exercícios físicos, preocupações, drogas, alimentos, nervosismo, fumo, café e álcool. Segundo o Brasil (2003, p.19) “a pressão arterial sofre a influencia de fatores, tais como: dieta rica em sal, gordura, obesidade, tabagismo, estresse, alguns medicamentos, sedentarismo, dentre outros”.

Ao estudar a anatomia e fisiologia do sistema cardiovascular, pode-se entender que o coração bombeia o sangue para os demais órgãos do corpo por meio das artérias. Nesse momento, o sangue é “empurrado” contra a parede dos vasos sanguíneos. Esta tensão, que é gerada na parede das artérias, é denominada pressão arterial, que é o resultado da contração do coração a cada batimento e da contração dos vasos quando o sangue por eles passa (BRASIL, 2003, p.19).

Conforme Roach (2003),

A hipertensão é uma elevação uniforme na pressão arterial. Em adultos com mais de 60 anos, a hipertensão é encontrada em 60% dos americanos brancos [...] mais alarmante é o fato de que 71% dos afro-americanos com mais de 60 anos tem hipertensão (ROACH, 2003, p.200).

Ainda referenciando a mesma autora relata que “a pressão diastólica se eleva ate cerca de 55 anos e então declina, enquanto a pressão arterial sistólica aumenta regularmente com a idade. Um aumento muito importante para observar a gravidade da hipertensão no idoso” (ROACH, 2003, p.201). É bom sempre relembrar os idosos a importância dos exercícios físicos, praticar sempre algum esporte, na redução do

peso, na eliminação ou redução do sódio nas alimentações, o mesmo pode se dizer para o consumo de bebidas alcoólicas, a eliminação do tabaco e a redução do estresse, que são alguns fatores importantes que podem ajudar a controlar a hipertensão do idoso.

O tratamento visa a manter uma pressão arterial abaixo de 140/90mmHg, modificando fatores de risco e impedindo complicações. Em pacientes diabéticos com hipertensão, a pressão arterial deve ser mantida abaixo de 130/85mmHg. Alguns fatores de risco podem ser modificados por um estilo de vida mais saudável. Outros fatores de risco, como idade e sexo, são incapazes de ser modificados (ROACH, 2003, p.201).

A terapia medicamentosa é uma alternativa essencial que não pode curar mas pode controlar a hipertensão, sendo que nos idosos as dosagens administradas são menores e aumentadas pelos médicos gradativamente, pois quanto menor a dosagem conseqüentemente será menor as reações adversas. De acordo com Roach (2003, p.201) “diuréticos e beta-bloqueadores, como acebutolol, pendolol, propranolol e timolol, são as drogas usadas com mais frequência para hipertensão nos idosos”.

É sempre bom lembrar que a pressão arterial elevada aumenta diretamente o risco de doença cardíaca coronariana o que leva ao ataque cardíaco e AVC, pois de acordo com Roach (2003, p.202) “a incidência de derrame aumenta com a idade (> 55 anos), com aproximadamente dois terços de todos os derrames que ocorrem nas pessoas com 65 anos ou mais”.

Em Joinville no ano de 2015 foram cadastradas 253.260 pessoas com hipertensão segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, porém só 68,7% fazem o acompanhamento na unidade de saúde básica.

Tabela 7 – Número de hipertensos em Joinville

Ano	Hipertensos cadastrados	Hipertensos acompanhados
2015	253.260	174.156

Fonte: SIAB (2016)

2.5.2 Diabetes

Conforme Marin e Angerami “a diabetes mellitus é considerada atualmente como uma enfermidade muito frequente” (MARIN; ANGERAMI, 2008, p. 62). De acordo com Varella “diabetes virou epidemia mundial. A doença se espalha à

medida que os países enriquecem, a população fica sedentária e o consumo diário de calorias aumenta” (VARELLA, 2012).

A diabetes é uma doença crônica onde a sua causa ainda não é conhecida, e é caracterizada por uma incapacidade de aproveitar a glicose por falta total ou parcial de insulina, assim o sangue fica carregado de açúcar onde causa a hiperglicemia, excesso de açúcar no sangue. A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas, onde tem a função de metabolizar a glicose do sangue e a falta desse hormônio ocasiona hiperglicemia (MARIN e ANGERAMI, 2008).

A diabetes pode ser dividida em dois tipos, de acordo com Moraes, Braga e Silva (1995) a diabetes tipo I, é caracterizada pela falta de insulina onde o organismo não consegue metabolizar a glicose. A diabetes tipo II, a insulina está presente só que de forma reduzida, assim o pâncreas produz a insulina, mais não é o suficiente para metabolizar toda a glicose do sangue.

Na maioria dos casos não se tem a causa exata da diabetes, mais alguns fatores podem influenciar como a hereditariedade, o excesso de peso, alguns medicamentos, infecções e outras gravidades (MARIN E ANGERAMI, 2008).

Os exames para determinar a diabetes é a glicemia em jejum, onde é calculado a quantidade de glicose no sangue, segundo Varella (2012) quando a glicemia for abaixo de 100 mg/dl é considerado normal, entre 100 mg/dl e 125 mg/dl é um estado de alerta, algumas mudanças devem ser tomadas no estilo de vida e na alimentação. É considerado portador de diabetes aquele que em qualquer hora do dia estando ou não em jejum, estiver com a glicemia igual ou superior a 200 mg/dl.

A diabetes é 2º principal fator de risco para AVC atrás apenas da hipertensão, por causa da hiperglicemia, onde as cadeias de glicose se formam na corrente sanguínea impedindo a passagem do sangue para o cérebro resultando em um AVC (CHAVES, 2000).

Controlando a sua diabetes contribuirá primeiramente com a sua vida, evitando o risco de sofrer um AVC.

Em Joinville no ano de 2015 foram cadastradas 85.244 pessoas com diabetes segundo o SIAB, porém só 69,8 %, fazem o acompanhamento na unidade de saúde básica.

Tabela 8 – Números de diabéticos em Joinville

Ano	Diabéticos cadastrados	Diabéticos acompanhados
2015	85.244	59.540

Fonte: SIAB (2016)

2.5.3 Tabagismo

De acordo com Costa (2013) o ato de inalar a fumaça do cigarro, ou seja, o fumante ativo leva a uma inflamação crônica para o nosso organismo, parecido com aos efeitos da hipercolesterolemia e da hiperglicemia no sangue, sendo todos os dois causados pela má alimentação. Com esta inflamação ocorrem principalmente disfunções nos pulmões como, por exemplo, asma, bronquite crônica, enfisema pulmonar e câncer de pulmão. E no coração, o infarto do miocárdio, angina de peito, doença coronariana crônica. No cérebro os AVE e infarto cerebral. De acordo com Chaves (2000, p.375) “O fumo contribui independentemente para a incidência de AVE com maior risco para hemorragia subaracnóide, seguido por infarto cerebral.”

Goulart et al (2010) explica que,

Indivíduos idosos com fatores de risco para doenças, como hipertensão, dislipidemia, diabetes mellitus, obesidade, história familiar de morte súbita e sedentarismo são mais afetados pelos efeitos nocivos do cigarro, pois o tabagismo se relaciona com o agravamento de várias doenças que adquirem maior significado com o avançar da idade, quando se somam às perdas funcionais próprias do envelhecimento (GOULART et al, 2010 p.315).

Segundo Chaves (2000, p.374) “Muitos estudos epidemiológicos têm estabelecido que o fumo é um fator de risco importante para AVE,[...] que o fumo por si só tem um efeito causal direto para AVE.” É bom lembrar que as chances de adquirir todas estas doenças já mencionadas, também valem para os fumantes passivos. Pois estão expostos a fumaça do cigarro.

Costa (2013 p.3) ressalta que “o risco de adquirir estas doenças também se estende aos fumantes passivos. Estes são caracterizados por estarem expostos a fumaça do cigarro. Atualmente um terço dos adultos estão expostos com frequência e regularidade ao fumo passivo”.

Define-se tabagismo passivo como inalação da fumaça produzida por derivados do tabaco, por indivíduos que não fumam, mas convivem com fumantes em ambientes fechados [...] segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é a maior em ambientes fechados, e o tabagismo passivo, a terceira maior causa de morte evitável no mundo, subsequente ao tabagismo ativo[...].(GIGLIOTTI, 2000, p.25).

Os benefícios com o ato de parar de fumar têm um melhor resultado entre os jovens, porém quando se para de fumar, seja em qualquer idade o resultado é

positivo, onde diminui o risco de morte e apresenta uma melhora considerável na condição de saúde (GOULART et al, 2010).

Segundo Gigliotti (2000, p.66) “o primeiro grande desafio, então, é trazê-lo para tratamento e motivá-lo a continuar. Acredito cada vez mais que crescentes proibições sociais impulsionem pessoas desmotivadas ao tratamento”.

De acordo com Goulart et al (2010 p. 318)“o desejo de parar de fumar é maior entre aqueles que reconhecem ser esse hábito prejudicial à saúde. Isso deve ser levado em conta na adoção de estratégias que visam à redução do tabagismo”.

Dessa maneira Gigliotti (2000) explica que,

É certo que a motivação inicial é uma alavanca fundamental, mas sabemos que daí a convencê-las de que é bom ficar sem fumar é uma distância muito grande. Aqui é que entra a importância de adotarmos estratégias motivacionais para reverter o quadro. (GIGLIOTTI, 2000, p.66).

Ainda conforme Goulart et al (2010) relata que após deixar de fumar, abandonar totalmente o cigarro a expectativa de vida pode ser aumentada em um período de três anos entre os idosos que fumam em torno de um maço de cigarros por dia.

2.6 Alimentação e atividade física

A alimentação e a atividade física não são fatores de risco que influenciam diretamente o risco de AVC, porém atuam indiretamente, pois com uma alimentação saudável, com o uso de sal controlado, juntamente com o açúcar, previne doenças como hipertensão e diabetes que são os principais fatores de risco do AVC. Já a atividade física previne tanto a hipertensão e o sedentarismo que também aparece na lista de causas.

A alimentação é um fator relevante quando se trata de saúde, pois uma boa alimentação com o consumo de frutas e hortaliças, pode contribuir no controle e na prevenção de algumas doenças, como também ajuda a proteger o organismo quanto alguns tipos de câncer e até mesmo do envelhecimento precoce (MARTINS et al, 2010).

Já uma alimentação não saudável com,

[...] o baixo consumo de alimentos ricos em fibras e o elevado consumo de açúcares e gorduras saturadas, compõem um dos principais fatores de risco para obesidade, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e outras doenças e agravos crônicos não transmissíveis (MARTINS et al, 2010, p.163).

Uma alimentação que não apresenta alimentos saudáveis como as frutas e legumes, com uma quantidade necessária de proteínas, e possui os produtos industrializados que alto teor de conservantes que não fazem bem a saúde, pode desencadear uma série de morbidades, ainda mais se essa má alimentação estiver acompanhada da não realização de atividades físicas.

A atividade física é de grande importância para o ser humano de qualquer idade, pois apresenta vários benefícios para a vida, conforme Matsudo (2009 apud SUI et al, 2007) relata, que pessoas que eram mais ativas, que praticavam qualquer forma de atividade física, apresentavam um menor risco de mortalidade do que as pessoas que não praticavam.

Os benefícios da atividade física são inúmeros, como diminuição ou controle da gordura corporal, manutenção da massa muscular, aumento do volume de sangue circulante, diminuição dos batimentos cardíacos, melhoras nos níveis de colesterol, diminuição nos riscos de doenças como diabetes, hipertensão, além de ajudar controlar a hipertensão em indivíduos que já possuem a morbidade, ajuda na autoestima e previne o sedentarismo, entre outros milhares de benefícios (MATSUDO, 2009).

Atividade física pode ser qualquer tipo de exercício desde uma caminhada ou uma corrida no parque, uma passeio de bicicleta, seria excelente, essas são as atividades chamadas aeróbicas, que se deve realizar em torno de 5 vezes por semana num período de meia hora. As atividades de fortalecimento muscular também são recomendadas, de 8 a 10 exercícios em torno de 12 repetições que trabalhem grandes grupos musculares, porém só três vezes na semana. E exercícios de flexibilidade e de equilíbrio também podem ajudar, e todas essas atividades têm que ser supervisionada por um educador físico (MATSUDO, 2009).

De acordo Matsudo (2009), conclui que,

A atividade física regular tem um papel fundamental na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, melhor mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida durante o envelhecimento. É importante enfatizar, que tão importante quanto estimular a prática regular de atividade física aeróbica, de fortalecimento muscular, do equilíbrio, as

mudanças para a adoção de um estilo de vida ativo são parte fundamental de um envelhecer com saúde e qualidade (MATSUDO, 2009 p.78).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

O trabalho foi realizado em duas etapas. Na primeira foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica referente ao tema. Marconi e Lakatos (2010, p. 166) explicam que a “pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc”.

A segunda etapa do trabalho foi realizada na forma de pesquisa ação. Engel (2000, p.182) explica que:

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa participante engajada, em oposição à pesquisa tradicional, que é considerada como “independente”, “não-reativa” e “objetiva”. Como o próprio nome já diz, a pesquisa-ação procura unir a pesquisa à ação ou prática, isto é, desenvolver o conhecimento e a compreensão como parte da prática. É, portanto, uma maneira de se fazer pesquisa em situações em que também se é uma pessoa da prática e se deseja melhorar a compreensão desta.

A pesquisa é de campo com abordagem qualitativa e caráter descritivo. “A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc” (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p.69).

Segundo Triviños (1987, apud GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 35) “a pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade”.

3.2 População e amostra

O trabalho foi desenvolvido com o grupo de idosos do Centro de Estudos e Orientação da Família – CENEF de Joinville/SC.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada mediante uma dinâmica chamada de verdadeiro e falso, com questões relacionadas ao tema do trabalho, onde o grupo

pode discutir e escolher a melhor opção de resposta. As questões aplicadas na dinâmica se encontram no Apêndice A.

A cada questão respondida pelo grupo houve uma breve explicação pelo aplicador da dinâmica, de acordo com o tema da questão, e no final reservou-se um tempo para dúvidas do grupo e considerações sobre o tema.

Durante toda a dinâmica houve registros fotográficos e o observador realizou anotação das movimentações e impressões do grupo.

3.4 Análise de dados

Os dados coletados no trabalho serão descritos.

3.5 Aspectos éticos

Respeitando os preceitos éticos da pesquisa, foi solicitada assinatura dos idosos em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para autorização do uso da imagem exclusivamente para a apresentação deste trabalho que se encontra no Apêndice B.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

4.1 Caracterização do local e população estudada

A atividade de intervenção proposta no trabalho foi realizada no CENEF Joinville. O CENEF é uma Associação Civil Filantrópica (sem fins lucrativos) fundada no dia 19 de março de 1980. Tem como objetivo contribuir para o desenvolvimento saudável e o fortalecimento dos vínculos familiares e sociais, através de ações multiprofissionais de prevenção, promoção e atendimento clínico as pessoas e famílias de menor poder aquisitivo do Município de Joinville e região.

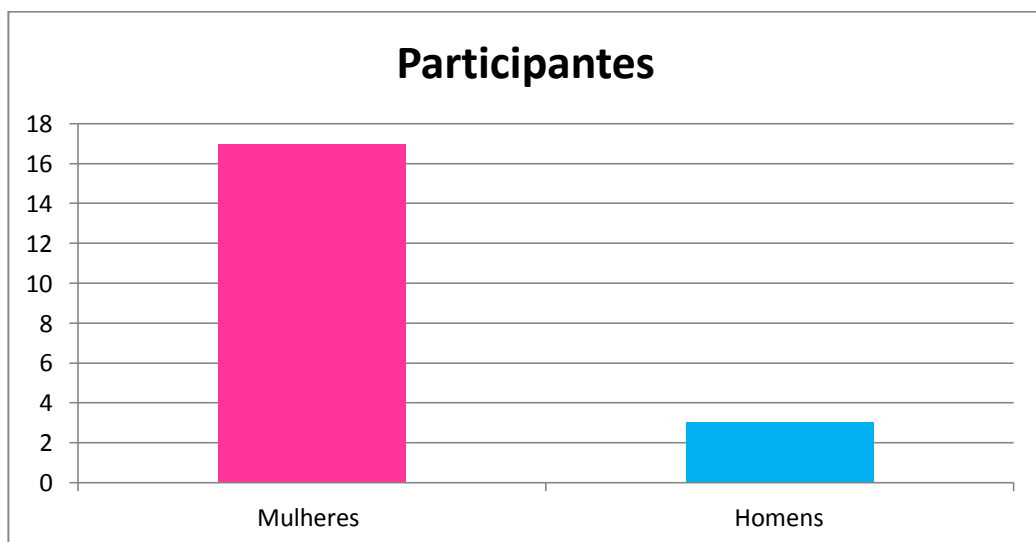
O CENEF oferece vários serviços multiprofissional de apoio a família, como psicologia, psicopedagogia, fonoaudiologia e psicomotricidade. Possui também projetos de fortalecimento de vínculo familiar, serviço social e serviço de orientação jurídico familiar.

A atividade de intervenção foi aplicado ao grupo de idosos que fazem parte do Centro de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para idosos, que se encontram todas as segundas, das 15:00 horas às 17:00 horas.

4.2 Ação de Intervenção

O encontro foi realizado na própria sede do CENEF Joinville onde havia 20 idosos presentes, sendo 17 mulheres e 3 homens.

Gráfico 3 – Número de participantes por sexo.



Fonte: Autores (2016)

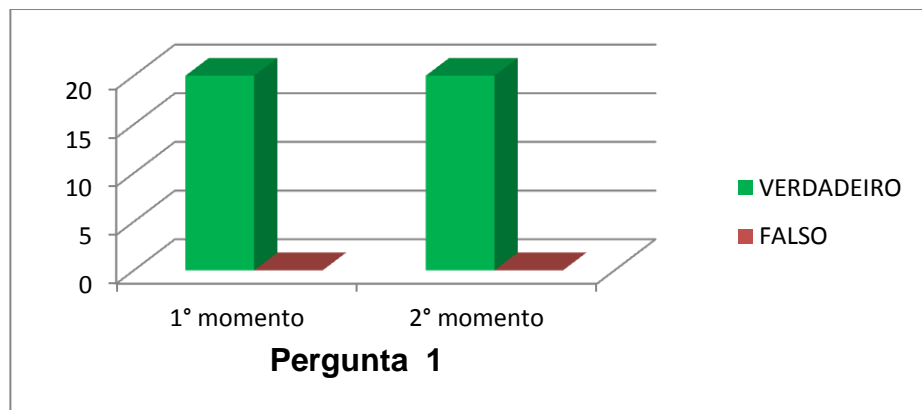
Antes de aplicar o jogo do verdadeiro e falso foi solicitado aos participantes que se apresentassem e falassem um pouco sobre o AVC, se conheciam alguém que tenha sofrido um AVC e todos os participantes disseram que conheciam alguém que sofreu um AVC.

Após apresentação começou o jogo do verdadeiro ou falso, onde foram realizadas 10 perguntas que se encontram no Apêndice A. As perguntas foram realizadas pelo pesquisador e os idosos tiveram a opção de responder com a opção verdadeiro ou falso. Para demonstrar a resposta os participantes deveriam se dirigir a cor do lado que eles achavam correto, sendo que foi utilizada a cor Verde para verdadeiro e Vermelho para falso, em um tecido de TNT colocado no chão. Após a realização da os participantes tinham um tempo para pensar e se dirigir para a cor/resposta que achavam certo. Depois desse primeiro momento eles poderiam conversar entre si, e optar mudar de resposta se fosse convencido pelos outros.

Após cada pergunta era revelada a resposta correta e realizada uma breve explicação sobre o tema da pergunta.

A primeira pergunta foi relacionada à definição de AVC, a resposta era verdadeira e todos os participantes acertaram o lado correto, no primeiro momento.

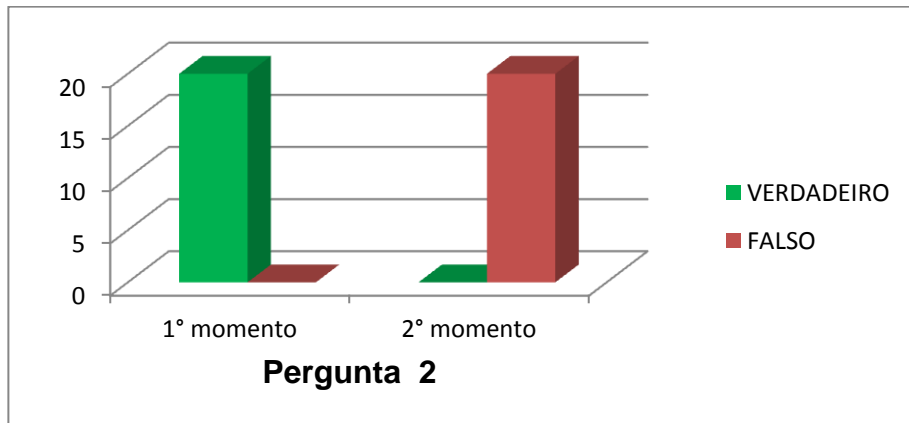
Gráfico 4 – Resposta da pergunta 1.



Fonte: Autores (2016)

A segunda pergunta foi relacionada aos tipos de AVC, a resposta era falso. No primeiro momento todos os participantes foram para o lado verdadeiro, e após o aplicador reler a pergunta, todos pensaram e decidiram trocar para o outro lado acertando a resposta da pergunta.

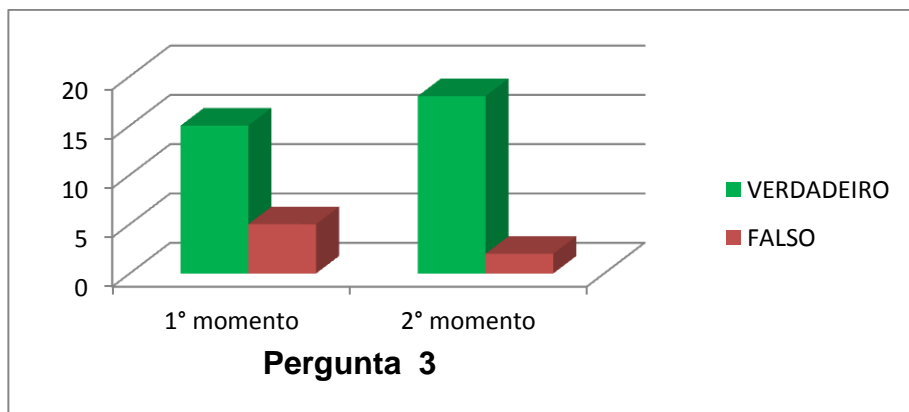
Gráfico 5 – Resposta da pergunta 2.



Fonte: Autores (2016)

A terceira pergunta foi referente à AVC hemorrágico e Isquêmico, a resposta era falso, no primeiro momento 15 dos participantes optaram pelo lado verdadeiro e 5 pelo lado falso, após o momento de reflexão entre eles, 3 participantes que estavam no lado falso foram para o lado verdadeiro, totalizando 18, e 2 participantes no lado falso.

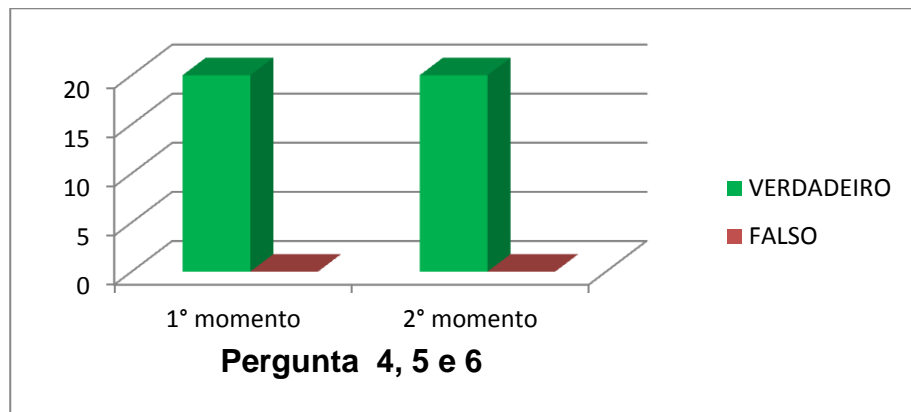
Gráfico 6 – Resposta da pergunta 3.



Fonte: Autores (2016)

As perguntas 4, 5, 6 que tratavam sobre os fatores de risco e sinais e sintomas todos os participantes acertaram no primeiro momento, ambas eram verdadeiras.

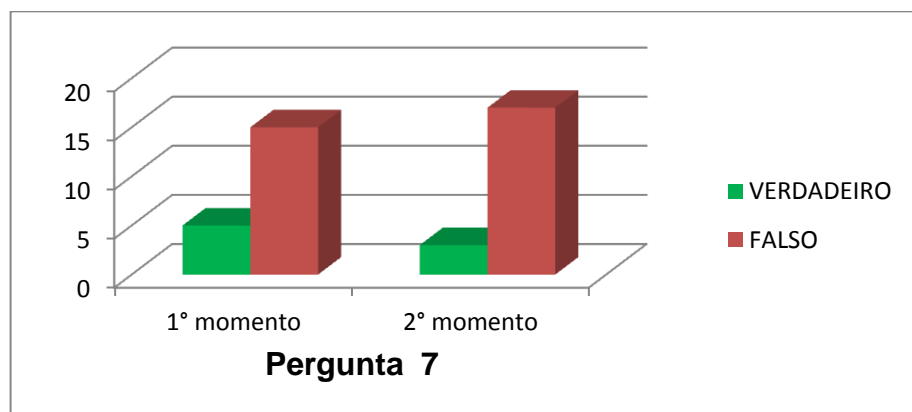
Gráfico 7 – Resposta da pergunta 4,5 e 6.



Fonte: Autores (2016)

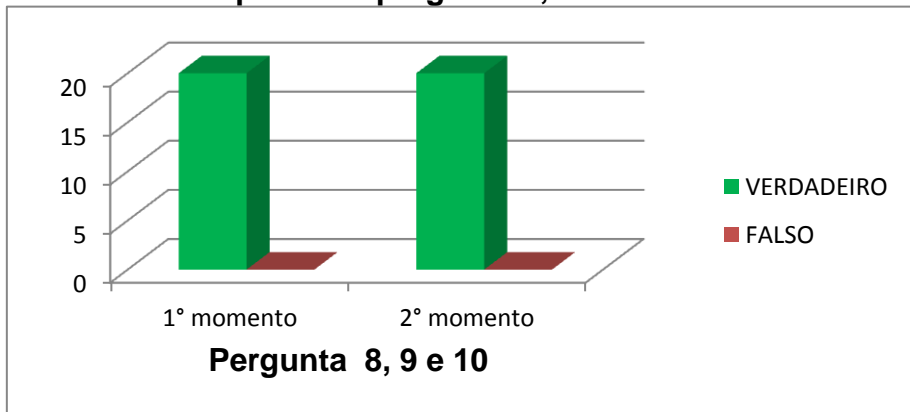
A pergunta 7 relacionada a hipertensão arterial sistêmica, a resposta era falso, no primeiro momento 15 participantes ficaram do lado falso e 5 verdadeiro. No segundo momento 2 pessoas do lado verdadeiro resolveram mudar, ficando 17 participantes no lado falso e 3 no lado verdadeiro.

Gráfico 8 – Resposta da pergunta 7.



Fonte: Autores (2016)

As perguntas 8, 9 e 10 referentes à hipertensão, diabetes e prevenção do AVC, todos os participantes escolheram o lado verdadeiro, o lado certo de todas as perguntas, já que ambas as respostas eram verdadeiras, no primeiro momento e permanecendo no segundo.

Gráfico 9 – Resposta da pergunta 8, 9 e 10.

Fonte: Autores (2016)

Após a aplicação da dinâmica foi informado a todos os participantes uma das maneiras de identificar o AVC, através do teste do SAMU, onde utiliza como base a escala pré hospitalar pra AVC de Cincinnati.

Foi reservado um tempo para as perguntas dos participantes, onde se mostraram preocupados com AVC e seus fatores de risco, e queriam se inteirar mais sobre o assunto.

Por último foi realizado um resumo sobre assunto para encerrar o encontro e entregue aos participantes como forma de agradecimento uma frase de Ivone Wagorn, “Envelhecer é um processo de acumular experiências e enriquecer nossas vidas através de conhecimento”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O AVC é uma das principais causas de morte no mundo, diante desse fato possuem inúmeras campanhas de prevenção e de conscientização do que é um AVC, para alertar toda a população dos riscos, e até mesmo de como identificar um tipo de AVC.

Algumas de suas causas podem ser evitadas, porém a idade é um fator de risco inevitável, então a forma que chegaremos à velhice influenciará em nossa saúde. Temos que envelhecer com mais saúde e disposição.

Os bons hábitos de saúde têm que crescer com o ser humano, o hábito de praticar atividade física, uma simples caminhada no parque oferece inúmeros benefícios, o hábito de se alimentar corretamente, fazendo varias refeições por dia, ingerindo frutas e verduras, podem ajudar a controlar doenças crônicas além de preveni-las.

O AVC possui vários fatores de risco, e foram listados no decorrer do trabalho os principais: hipertensão, diabetes e o tabagismo.

Pessoas que são acometidas por algum fator de risco modificável, como a diabetes e a hipertensão, devem seguir o tratamento dessas doenças, pois uma pressão muito alta é favorável a um AVC hemorrágico e a alta taxa de açúcar no sangue a um AVC isquêmico, por isso a importância de controlar tanto a pressão arterial quanto a diabetes, o tabagismo também aparece como risco modificável, onde quem fuma é responsável pelo ato de fumar e prejudicar sua saúde, e prejudicando a vida das outras pessoas quando se fuma perto delas.

Está mais propício em desenvolver um AVC o individuo que tiver os maiores números de fatores de risco identificados, pois dados apresentados mostram que estamos envelhecendo com menos saúde, e com isso consequentemente as doenças vem andando paralelamente com o processo do envelhecimento, ocasionando muitos casos de AVC.

A atividade de intervenção foi muito produtiva com os idosos, eles se mostraram muito atentos as informações e a todo momento faziam questões pertinentes referentes ao tema, estavam comprometido com a atividade. O grupo foi muito harmonioso e receptivo o que facilitou a aplicação do jogo do verdadeiro ou falso e explicação dos conteúdos.

Os objetivos do trabalho foram todos alcançados, e todos os idosos já tinham um conhecimento prévio sobre AVC, de outras palestras, meios de comunicações, entre outros, assim a atividade de intervenção veio para complementar e reforçar esse conhecimento.

O AVC é uma doença que vem crescendo cada vez mais, e está se tornando comum no dia a dia, assim nós profissionais de saúde juntos com órgãos competentes temos a missão de conscientizar as pessoas sobre fatores de risco, prevenção e reconhecimento precoce do AVC, pois tempo perdido é cérebro perdido.

REFERÊNCIAS

BRAGA, Carlos Henrique. **Saúde aprova dia de prevenção ao AVC**. Câmara de Vereadores de Joinville. 2016. Disponível em < <http://www.cvj.sc.gov.br/home/47-comissoes/3436-saude-aprova-dia-de-prevencao-ao-avc> > Acesso 8 jun. 2016.

BRASIL. **Lei Federal nº 10.741**, de 01 de outubro de 2003. Estatuto do idoso. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Biblioteca virtual de saúde. **AVC – Acidente Vascular Cerebral**, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/105avc.html>. Acesso em: 26 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de saúde**. Número de óbitos e taxa de mortalidade por AVC, por local de internação, 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso: 27 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem. Caderno do aluno. Saúde do adulto: Assistência clínica/Ética profissional**. 2ªed. Brasília, DF. Fiocruz. 2003. 164p.

_____. Ministério da Saúde. SIAB. **Informações e estatísticas**. Número de hipertensos e diabéticos de Joinville 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSSC.def>. Acesso: 13 mai. 2016.

CALVALCANTI, Ismar Lima; CANTINHO, Fernando Antonio de Freitas; ASSAD, Alexandra. **Medicina Perioperatória**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2006. 1356 p.

CANCELA, Diana Manuela Gomes. **O acidente vascular cerebral – classificação, principais consequências e reabilitação**. 2008. Lisboa, Portugal.

CHAVES, Márcia Lorena Fagundes. **Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco**. Rev. Bras. Hipertens. Porto Alegre, RS. v7, 4, p. 372-382 Out-Dez de 2000.

COSTA, Roberta Lima Amaral da. Tabagismo no idoso: aspectos gerais. **Revista Aptare**. São Paulo, Ano II, ed 8. Nov- Dez de 2013.

ENGEL, Guido Irineu. Pesquisa-Ação. **Educar**, Curitiba, n. 16, p. 181 – 191. Ed. ufpr 2000.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Ufrg, 2009. 120 p. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS.

GIGLIOTTI, Analice. **Tratamento do tabagismo**. 1ºed. Rio de Janeiro, RJ. Flávio Nogueira. 2000. 120p.

GOULART, Denise; ENGROFF, Paula; ELY, Luísa Scheer; SGNAOLIN, Vanessa; SANTOS, Eliseu Felipe dos; TERRA, Newton Luiz; DE CARLI, Geraldo Attilio. Tabagismo em idosos. **Rev. Bras. de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. nº 10, 4 p. 313 – 320, 2010.

HABIB, Michel. **Bases neurológicas corpotamentais**. 2000. Lisboa, Portugal.

JOINVILLE. **Lei N°7448, de 12 de junho de 2013**. Institui o Banco de Dados Registro de Acidente Vascular Cerebral – AVC de Joinville e dá Outras Providências. Disponível em: < <https://leismunicipais.com.br/a/sc/j/joinville/lei-ordinaria/2013/745/7448/lei-ordinaria-n-7448-2013-institui-o-banco-de-dados-registro-de-acidente-vascular-cerebral-avc-de-joinville-e-da-outras-providencias>> Acesso: 13 jun. 2016.

LAKATOS. Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARIN, Maria José Sanches; ANGERAMI, Emília Luígia Saporiti. **Idoso: dos cuidados de enfermagem à alta hospitalar**. 1º ed, Petrópolis, RJ. EPUB, 2008. 200p.

MARTINS, Maria do Perpétuo Socorro Carvalho; GOMES, André Luiz Marques; MARTINS, Maria do Carmo de Carvalho e; MATTOS, Marco Antonio de; SOUSA FILHO, Manoel Dias de; MELLO, Danielli Braga de; DANTAS, Estélio Henrique Martin. Consumo Alimentar, Pressão Arterial e Controle Metabólico em Idosos

Diabéticos e Hipertensos. **Rev Bras Cardiol.** Rio de Janeiro, v23, 3. P 162-170, Mai-Jun. de 2010.

MASSARO, Ayrton Roberto. Triagem do AVC isquêmico agudo. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul.** N° 07, p. 1 – 3. Jan-Abr de 2006. Disponível em <<http://sociedades.cardiol.br/sbcrcs/revista/2006/07/Artigo02.pdf>> Acesso: 05 ago. 2016.

MATSUDO, Sandra Marcela Mahecha. Envelhecimento, atividade física e saúde. **BIS, Bol. Inst. Saúde.** São Paulo, v47, p. 76-79. de 2009.

MORAIS, Ildedy Batista de; BRAGA, Tereza Garcia; SILVA, Vera Terezinha Silveira da. **Princípios básicos da enfermagem em geriatria: Ações preventivas.** 2° ed. Brasília DF, 1995. 110p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS (2006). **Etapas manuais do curso : A OMS passo a passo abordagem prudente vigilância de AVC** . Genebra, Organização Mundial de Saúde.

_____. **Envelhecimento Ativo** - Uma política de Estrutura. A contribuição do mundo Organização Mundial de Saúde para a segunda Assembléia Mundial Unidas sobre Envelhecimento. Madrid, Espanha, abril de 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (Org.). WSO. **Dia mundial do AVC.** 2009. Disponível em: <<http://www.world-stroke.org/>>. Acesso em: 15 maio 2016.

PONTES NETO, Octávio Marques. **Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda principal causa de morte no Brasil.** Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade Federal de São Paulo. 2015. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/acidente-vascular-cerebral-avc-e-a-segunda-principal-causa-de-morte-no-brasil/>. Acesso em 15 de ago. 2016.

ROACH, Sally. **Introdução à enfermagem gerontológica.** 1°ed. Rio de Janeiro, RJ. Guanabara Roogan. 2003. 338p.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. **Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica.** REBEn. Brasília, DF. v63, 6, p. 1035-1039. Nov-Dez, 2010.

VARELLA, Drauzio. **O diagnóstico para diabetes**. DR. Daurio. 2012. Disponível em: <http://drauzioarella.com.br/diabetes/o-diagnostico-para-diabetes/>. Acesso em: 2 mai. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Jogo do Verdadeiro ou Falso do AVC

- 1) O AVC é conhecido popularmente como derrame cerebral. A expressão refere a vários sintomas neurológicos que duram pelo menos 24 horas e resultam por lesões cerebrais por causa da falta de irrigação sanguínea.

VERDADEIRO

- 2) Podem ser dividido em três tipos: hemorrágico, isquêmico e Ataque isquêmico Transitório.

FALSO

- 3) O AVC ocorre por um entupimento ou um rompimento de vasos sanguíneos, onde não levam sangue com oxigênio ao cérebro. O isquêmico, onde os vasos se rompem, extravasando sangue e impedindo o mesmo de chegar ao cérebro e o hemorrágico, onde a o bloqueio dos vasos sanguíneos.

FALSO

- 4) As pessoas que tem mais chance de desenvolver um AVC são os idosos, mulheres, pessoas com hipertensão, diabetes, tabagistas, colesterol alto entre outros fatores.

VERDADEIRO

- 5) Os sinais e sintomas do AVC estão envolvidos de acordo com a parte do cérebro afetada, se o AVC acometer a parte direita do cérebro os sinais e sintomas serão do lado esquerdo.

VERDADEIRO

- 6) Dor de cabeça, dor na nuca, pressão alta, dormência em um lado do corpo, tontura, desmaio, fala enrolada entre outros são sinais e sintomas do AVC.

VERDADEIRO

- 7) A hipertensão (pressão alta) não está relacionada com os altos índices de AVC.

FALSO

8) A pressão alta está relacionada com o alto consumo de sal, e a não realização de atividade física.

VERDADEIRO

9) A diabetes é o 2º principal fator de risco do AVC. E está relacionado com AVC isquêmico.

VERDADEIRO

10) Controlando a pressão arterial, diabetes e o colesterol. Fazendo atividade física se alimentando bem com frutas, verduras e legumes, estará diminuindo as chances de desenvolver um AVC.

VERDADEIRO

