Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

Artigo

CUIDADO NO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA

CARE IN STROKE: SOCIAL REPRESENTATION OF MEDICAL STUDENTS

João Gabriel Pacetti Capobianco[1]
Magali Aparecida Alves de Moraes[2]
Carlos Alberto Lazarini[3]
Delson José da Silva[4]
Elza de Fátima Ribeiro Higa[5]

RESUMO - A formação médica em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos caminhos necessários para promoção do cuidado integral ao paciente com Acidente Vascular Encefálico (AVE). O objetivo desta pesquisa foi analisar a assistência prestada no AVE sob o ponto de vista da representação social do estudante de medicina. Pesquisa qualitativa fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Realizada em uma faculdade de medicina do interior paulista, com 67 estudantes da 6ª série. O convite para participação foi aleatório e o número de participantes foi definido de modo intencional. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas com duas questões direcionadoras. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos e os participantes

[1] Médico, Mestre em Ensino em Saúde. Docente do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Departamento de Ciências Biológicas, Poços de Caldas, Minas Gerais, Brasil. Email_ joao20_03@hotmail.com;
[2] Psicóloga, Doutora em Educação. Docente da Graduação e Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Marília, São Paulo, Brasil;
[3] Farmacêutico, Doutor em Farmacologia. Docente da Graduação e Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Marília, São Paulo, Brasil;
[4] Médico, Doutor em Doenças Infecciosas e Parasitárias. Docente da Universidade Federal de Goiás, Departamento de Neurologia, Goiânia, Goiás, Brasil;
[5] Enfermeira, Doutora em Enfermagem Fundamental. Docente da Graduação e Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Marília, São Paulo, Brasil. Email_hirifael@gmail.com.

DOI: 10.29327/213319.22.4-4
Páginas 54 a 75

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

Artigo

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da coleta de dados, que foram interpretados por meio da técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Temática. A pesquisa de campo resultou em sete categorias temáticas: Ausência de coordenação do cuidado na Atenção Primária à Saúde; Falhas do cuidado em rede; Falta de conhecimento do profissional de saúde; Falta de conhecimento da população; Agilidade no Atendimento Pré-hospitalar e hospitalar; Cuidado coordenado pela Atenção Primária à Saúde e Recursos do SUS. Os participantes compreendem o cuidado ao paciente com AVE como complexo e multifacetado, sugerindo melhorias, notadamente relacionadas a importância da Atenção Primária à Saúde e os recursos do SUS direcionados para todas as fases de cuidado no AVE.

Palavras-chave: Educação em saúde; Estudantes de medicina; Acidente vascular cerebral; Integralidade em saúde; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT - Medical training in line with the principles of the Unified Health System is one of the necessary ways to promote comprehensive care for patients with stroke. The objective of this research was to analyze the assistance provided in the stroke from the point of view of the medical student's social representation. Qualitative research based on the Theory of Social Representations. Held at a medical school in the interior of São Paulo, with 67 6th grade students. The invitation to participate was random and the number of participants was intentionally defined. The data were obtained through semi-structured interviews with two guiding questions.The project was approved by the Research Ethics Committee that involves Human Beings and the participants signed the Informed Consent Form before data collection, which were interpreted using the Content Analysis technique in the Thematic modality. The field research resulted in seven thematic categories: Lack of coordination of care in Primary Health Care; Network care failures; Lack of knowledge of the health professional; Lack of knowledge of the population; Agility in pre-hospital and hospital care; Care coordinated by Primary Health Care and Resources. Participants understand the care for patients with stroke as complex and multifaceted, suggesting improvements, notably related to the importance of Primary Health Care and Unified Health System resources directed to all phases of care in the stroke.

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

Artigo

Keywords: Health education; Medical students; Stroke; Integrality in health; Qualitative research.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) pode ser definido como manifestação clínica secundária ao comprometimento da circulação cerebral. Existem duas classificações etiológicas de AVE: fenômenos oclusivos ou isquêmicos ou fenômenos hemorrágicos (GAGLIARDI; TAKAYANAGUI, 2019).

O AVE isquêmico pode ter como etiologia subjacente a trombose arterial, embolia, compressão de vasos, malformação arteriovenosa e dissecção de paredes arteriais. Em menor prevalência, porém não menos importante do ponto de vista clínico, existe a manifestação do comprometimento venoso na circulação cerebral, denominado Trombose Venosa Cerebral (GAGLIARDI; TAKAYANAGUI, 2019).

As doenças do aparelho circulatório são importantes causas de morbidade e mortalidade no Brasil e, em 2019, foram consideradas a primeira causa de mortalidade na população nacional. Dentre este grupo de doenças, as cerebrovasculares são a segunda causa de mortalidade e, nessa categoria, o AVE é a primeira causa de mortalidade (DATASUS, 2019a; OLIVEIRA-FILHO *et al*., 2012). Foi responsável por 1,5% das internações hospitalares em serviços públicos em 2018 e possui uma taxa de mortalidade nos primeiros trinta dias de 10%, atingindo 40% após um ano do evento agudo (BRASIL, 2013; DATASUS, 2019b). O AVE também é a principal causa de incapacidade funcional em adultos e idosos. Estima-se que, devido às sequelas, aproximadamente 70% dos indivíduos acometidos por AVE não retornarão ao trabalho e 50% se tornarão dependentes para realização de atividades básicas (OLIVEIRA-FILHO *et al*., 2012).

A prevalência das doenças cerebrovasculares no mundo em 2015 foi de 42,4 milhões de pessoas, destas 24,9 milhões possuíam quadros de etiologia isquêmica. A incidência, prevalência e mortalidade variam entre os países do mundo, notadamente devido a questões raciais, étnicas, sociais, econômicas e culturais. Aproximadamente 85% dos AVEs ocorrem em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. O impacto social das doenças cerebrovasculares é percebido com maior intensidade em países de baixa e média renda. Em números absolutos, o Brasil possui 2.231.000 pacientes com

DOI: 10.29327/213319.22.4-4
Páginas 54 a 75

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

doenças cerebrovasculares e aproximadamente 568.000 pacientes com limitações funcionais. A incapacidade funcional foi estimada em 29,5% em homens e 21,5% em mulheres. Estudos recentes estimaram a incidência de doenças cerebrovasculares no Brasil em aproximadamente 105,3 a 137 a cada 100.000 habitantes (FEIGIN *et al*., 2015).

A taxa de mortalidade das doenças cerebrovasculares no Brasil é de 40,9 a cada 100.000 habitantes, sendo considerado o país da América Latina com maior mortalidade neste grupo de doenças (LOTUFO *et al*., 2015).

As doenças cerebrovasculares possuem uma incidência e prevalência crescentes a partir dos 60 anos de idade. Entretanto, aproximadamente 66% das doenças cerebrovasculares ocorrem na faixa etária inferior a 70 anos (BENJAMIN *et al*., 2018).

Estudos de custos em saúde realizados nos Estados Unidos evidenciaram que a média de gastos anuais diretos e indiretos totalizam 34 bilhões de dólares por ano. Em gastos com urgência e emergência, hospitalares e acompanhamento ambulatorial, medicamentos e serviços de acompanhamento domiciliar, os valores totalizam aproximadamente 23 bilhões de dólares. Estima-se que haverá um gasto de aproximadamente 918 bilhões de dólares em cuidados diretos com doenças cardiovasculares e AVE. No Brasil, em revisão de literatura publicada em 2017 para avaliação de custos hospitalares, estimou-se que esta cifra totaliza aproximadamente 1.515 bilhõesde reais, sendo 415 milhões de reais para AVE hemorrágico e 1,1 bilhões de reais para eventos isquémicos (BRITO, 2017).

De acordo com as recomendações da Associação Americana de Acidente Vascular encefálico, um sistema de atendimento integrado ao paciente com AVE deve estar organizado para contemplar os seguintes aspectos: programa de prevenção primária, educação da população sobre fatores de risco, sinais e sintomas e a conduta a partir de cada caso, notificação e resposta emergencial dos serviços móveis de urgência ou de resgate, tratamento da fase aguda baseado em protocolos clínicos pré-estabelecidos e embasados em literatura científica, estabelecimento de protocolos nas salas de emergência e nas unidades de AVE, condução clínica da fase subaguda em unidades de AVE, enfocando a definição etiológica, medidas de prevenção secundária e reabilitação precoce (GAGLIARDI; TAKAYANAGUI, 2019).

Considerando esses dados, faz-se necessário a formação de profissionais aptos ao cuidado do paciente na fase aguda e principalmente no processo de reabilitação. O médico generalista atua no diagnóstico e no processo de reabilitação do doente. O

DOI: 10.29327/213319.22.4-4
Páginas 54 a 75

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

médico da Atenção Primária à Saúde (APS) será um membro da equipe multiprofissional, a qual fará o planejamento do processo de reabilitação do paciente com sequelas de AVE.

A formação médica foi historicamente construída baseada nas práticas e condutas clínicas, focadas na doença, centradas no cuidado hospitalar. Fonseca *et al*. (2016) expõe em seu estudo uma crítica sobre o modelo de formação de profissionais de saúde, evidenciando que a formação tradicional privilegia a prática clínica e a formação técnica a despeito da visão holística do ser humano. Enfatiza que quando o foco do cuidado for a pessoa doente ocorrerá a fragmentação do indivíduo a um aspecto da sua realidade, ou seja, a doença e o ser doente, desconectada do seu contexto social e de sua vida por inteiro (FONSECA *et al*., 2016). Assim, a reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) vem em um movimento contra hegemônico nas políticas de saúde. As novas DCN vêm para implementar esta crítica reflexiva ao estudante de medicina, para que sua formação seja pautada no cuidado ao ser humano integrado em dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e outras facetas que singularizam cada indivíduo (BRASIL, 2014).

Taroco, Tsuji e Higa (2017) sugerem reflexos positivos da reformulação curricular na formação médica, evidenciando que o currículo orientado por competências é uma via para propiciar um aprendizado articulado para o desenvolvimento do cuidado na perspectiva da integralidade. Entretanto, os estudantes participantes da pesquisa, ainda no terceiro ano de graduação, evidenciam dificuldades de entendimento sobre o conceito de integralidade e sobre o que é ser humano. Assim, a competência no tocante ao desenvolvimento do cuidado integral mostra-se presente na formação do estudante de Medicina, apesar de faltarem-lhes embasamentos teóricos sobre a própria integralidade.

A partir deste pressuposto, faz-se necessário conduzir um estudo que evidencie o nível de compreensão do estudante de Medicina sobre o cuidado a pacientes com AVE, a fim de identificar os fatores que interferem na formação do médico apto a ter um olhar sobre as dimensões multifacetadas do indivíduo acometido por esta doença. Assim, esta pesquisa parte do seguinte questionamento: O que interfere no desenvolvimento do cuidado a pacientes com AVE, sob o ponto de vista do estudante de Medicina? O objetivo deste estudo foi analisar os fatores que interferem no cuidado ao AVE sob o ponto de vista da representação social do estudante de medicina.

DOI: 10.29327/213319.22.4-4
Páginas 54 a 75

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

Artigo

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, de campo (MINAYO, 2012a) e fundamentada na Teoria das Representações Sociais, a qual é influenciada pelas ideias de representações coletivas de Durkheim. As representações sociais são concepções psicossociológicas que se interagem mutuamente a partir de vivências do indivíduo com o círculo social (JODELET, 2002; MINAYO, 2012a; MOSCOVICI, 2015).

Foi realizada nas dependências de uma faculdade de medicina estadual na região centro-oeste paulista, Brasil. Participaram da pesquisa 67 estudantes da sexta série do curso de medicina, dos 76 matriculados no ano de 2018. Foi escolhida esta série, uma vez que ela representa o período de finalização do curso, de maneira que o estudante já tenha vivenciado cenários diversificados que possibilitam a aquisição de competência profissional no desenvolvimento da prática do cuidado ao ser humano. Critérios de exclusão: estudantes da sexta série provenientes de outras instituições, matriculados por transferência e em estágio curricular fora da cidade durante o período de coleta. Os estudantes provenientes de outras instituições e matriculados por transferência foram excluídos considerando que não vivenciaram as experiências inerentes a esse currículo, o qual é orientado por competência profissional.

A amostra, foi definida por seleção intencional, provendo a totalidade de estudantes da sexta série (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, gravada com duas perguntas norteadoras: Em sua opinião, o que interfere no desenvolvimento do cuidado ao paciente com AVE? O que você acha que pode ser feito para melhorar o cuidado ao paciente com AVE? Além dessas perguntas foram também coletados os dados dos participantes referentes a idade e ano de início da graduação. A fim de garantir a compreensão das questões pelos participantes da pesquisa, foi realizado um estudo piloto.

O roteiro de coletas de dados foi submetido a apreciação de juízes, com experiência em entrevistas semiestruturadas na área de pesquisa qualitativa para sua adequação.

A análise dos dados foi desenvolvida por meio do método de Análise de Conteúdo, modalidade Temática, que se constitui de três fases: Pré-análise, Exploração

DOI: 10.29327/213319.22.4-4
Páginas 54 a 75

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

do material e o Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2012; MINAYO, 2012b).

Na Pré-análise ocorre a organização do material coletado, com leitura dos dados e sistematização das ideias iniciais. A constituição do *corpus* da pesquisa, organizado por meio das principais regras: exaustividade, ou seja, deve-se incluir todo o material coletado, se um determinado aspecto não se encaixa em nenhuma categoria, cria-se outra categoria para incluí-lo, representatividade, que orienta a amostra como um recorte de representação do universo estudado; homogeneidade, os documentos utilizados devem semelhantes, homogêneos e respeitar critérios precisos de escolha e pertinência, quando o corpus está adaptado aos objetivos e conteúdo da pesquisa, permitindo a reflexão sobre a intenção da proposta (BARDIN, 2012; MINAYO, 2012b).

A segunda fase é a Exploração do material a partir de sistemas de codificação e a identificação de unidades de registro e das unidades de contexto (BARDIN, 2012; MINAYO, 2012b).

Definidas as unidades de análise, ocorre a agrupação dos dados considerando a parte comum entre os mesmos, classificando por semelhança, analogia e por temas, o conjunto de boas categorias deve conter as seguintes qualidades: exclusão mútua, que indica que nenhum elemento pode existir em mais de uma categoria; produtividade, priorizando resultados capazes de relacionarem-se com os indicadores a fim de ampliar as hipóteses a serem consideradas; objetividade e fidedignidade**;** considerando a necessidade de evitar a subjetividade do pesquisador, além da homogeneidade e pertinência (BARDIN, 2012; MINAYO, 2012b).

A terceira fase consiste no Tratamento dos resultados, inferência e interpretação, ocorrendo à condensação e destaque de informações para realização de conclusões inferenciais. Assim nasce a análise e interpretação: a partir da crítica reflexiva sob a ótica da literatura mais recente, da fundamentação teórico metodológica, da pergunta e das respostas obtidas, tendo em vista os pressupostos norteadores e objetivos da pesquisa (BARDIN, 2012; MINAYO, 2012b).

Para a classificação das entrevistas, os participantes foram codificados a fim de preservar o anonimato, iniciando-se pela primeira entrevista P1 até a sexagésima sétima entrevista P67.

Considerando o que preconizam a Resoluções n. 466/12 (BRASIL, 2012) e 510/16 (BRASIL, 2016), o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que Envolve Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)

DOI: 10.29327/213319.22.4-4
Páginas 54 a 75

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

sob o número de CAEE 03104818.9.0000.5413 e parecer 3.184.541 em 7 de março de 2019. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) antes da coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

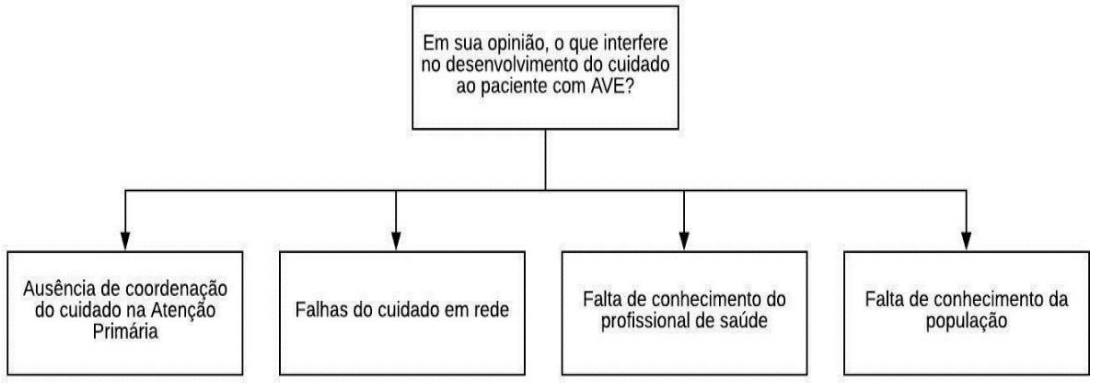
Dados sociodemográficos

Dos 67 estudantes participantes da pesquisa: a média de idade foi de 25,71 anos, com máxima de 36 e mínima de 23; 4,48% possuíam outro curso superior concluído e 95,52% se encontravam em seu primeiro curso de graduação.

Análise qualitativa

Da análise dos dados obtidos nas duas perguntas emergiram sete categorias temáticas, sendo quatro da pergunta um e três da pergunta dois, como demonstram as figuras 1 e 2, a seguir.

Figura 1 – Pergunta 1 com categorias temáticas emergentes.



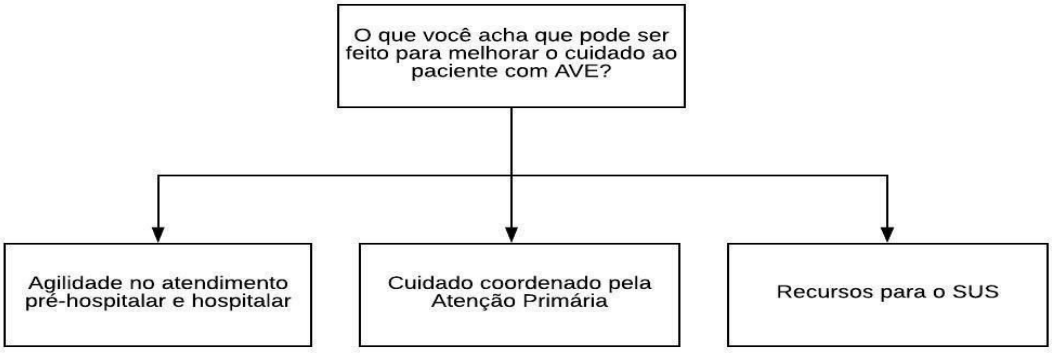
Fonte: os autores.

DOI: 10.29327/213319.22.4-4
Páginas 54 a 75

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

Artigo

Figura 2 – Pergunta 2 com categorias temáticas emergentes.



Fonte: os autores.

Na abordagem sobre as interferências no cuidado ao paciente com AVE, os entrevistados observaram a dificuldade em manter um cuidado coordenado pela atenção primária.

Ausência de coordenação do cuidado na Atenção Primária à Saúde

> *Eu acho que é muito difícil, hoje, a atenção básica conseguir abraçar essas pessoas e conscientizar e elas também terem entendimento disso, desses fatores de risco que elas têm. Então eu acho que é a integralidade do cuidado mesmo. Ele tem acesso no evento agudo mas depois não tem um seguimento adequado por N motivos do SUS. Falta de funcionários, falta de acesso, mesmo a descentralização. As unidades de saúde não conseguem abraçar esses pacientes depois. Ele precisaria de um cuidado da unidade de saúde, de toda equipe multiprofissional, que falta profissional nas unidades*. (P44).
>
> *O primeiro é o colapso que está a saúde pública no Brasil atualmente, que a gente não consegue oferecer uma atenção primária de qualidade*. (P47).

Recomenda-se que a APS seja o nível de atenção que coordena o cuidado ao paciente. O paciente com AVE possui necessidades ímpares que demandam

DOI: 10.29327/213319.22.4-4
Páginas 54 a 75

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

organização da atenção primária a fim de propiciar um cuidado integral. Não raro, os pacientes possuem sequelas motoras que dificultam as idas a unidade de saúde, fazendo-se necessário visitas domiciliares da equipe. Assim sendo, o protagonismo da equipe na APS a fim de estimular o paciente a realizar as atividades de reabilitação designadas pelos profissionais de fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional. A ausência destes profissionais da atenção primária causa deficiência no cuidado ao paciente com AVE. O subfinanciamento do SUS traz consequências para este cuidado, uma vez que há sobrecarga das unidades e dos profissionais (TAMAYO-OJEDA *et al*., 2017; TOWFIGHI *et al*., 2017).

Os participantes ainda simbolizam o conceito de acolhimento da unidade de saúde com a terminologia "abraçar essas pessoas". A rede de acolhimento, necessária aos pacientes e cuidadores, pode ser representada como o "abraço" da unidade de saúde a pessoa que possui sequelas de AVE.

O acolhimento é prática de cuidado integral, sendo este então representado pela face simbólica do abraço (GUERRERO *et al*., 2013).

Os participantes observaram também alguns aspectos falhos no cuidado em rede.

Falhas do cuidado em rede

Os participantes relataram dificuldades encontradas na organização de um cuidado em rede, notadamente dificuldade nas etapas de triagem e atendimento pré-hospitalar.

> *A triagem afeta bastante, assim, uma triagem malfeita, às vezes, feita às pressas ou durante o período noturno, quando tem poucas pessoas, eu acho que isso acaba prejudicando.* (P19).

> *Talvez a falta de seguimento depois porque, às vezes, a pessoa não tem condição financeira que suporte fazer um tratamento fisioterápico.* (P12).

> *Eu acho que o que mais interfere é o pré-hospitalar. Muita gente não sabe identificar, não sabe os sinais de um AVE porque eu acredito que existe uma falha dessa educação da população.* (P35).

DOI: 10.29327/213319.22.4-4
Páginas 54 a 75

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

Artigo

A coordenação entre equipes de atendimento pré-hospitalar e hospitalar é essencial para um cuidado integral ao paciente. Em países cuja rede de cuidado ao AVE está bem esquematizada, há contato direto com equipes do atendimento móvel e equipe da sala de emergência a fim de comunicar a chegada do paciente em janela para uso de trombolíticos. Assim, a equipe de triagem sinaliza a equipe de emergência para prepararem o ambiente para a chegada do paciente. A falta de seguimento também é representada na fala dos participantes. Esta observação corrobora com achados de estudos em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (NTSIEA, 2019).

A dificuldade de seguimento do paciente após a alta hospitalar a fim de manter cuidados de reabilitação é uma dificuldade observada em países da África e em alguns países da Europa. Dentre os fatores que podem explicar este fato, está a falta de comunicação entre a equipe hospitalar e a rede de cuidados de reabilitação pós alta. A representação dos estudantes está compatível com a realidade nacional e internacional (FAIZ *et al*., 2019; GAGLIARDI; TAKAYANAGUI, 2019; NTSIEA, 2019).

Os participantes representaram também a falta de conhecimento dos profissionais de saúde que estão envolvidos no cuidado ao paciente com AVE.

Falta de conhecimento do profissional de saúde

Relataram que foi observado falta de conhecimento dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente com AVE, apontando como fator de interferência no atendimento.

> *Eu acho que falta informação do profissional de saúde e da própria população, às vezes, pra identificar*. (P11).

> *Eu acho que a neurologia e a neurocirurgia parecem que são um abismo dentro da medicina para os demais médicos. É como se fosse... ah, é neuro, manda pro neuro. E aí, tipo, não tem que fazer nada. Parece que o médico trava*. (P27).

O profissional de saúde médico possui, em tese, capacitação técnica para atendimentos ao paciente com AVE desde sua graduação. As DCN determinam o conhecimento, habilidades e atitudes dos estudantes em situações de urgência e

DOI: 10.29327/213319.22.4-4
Páginas 54 a 75

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

emergência. Assim, a falta de conhecimento inerente a este profissional deve ser vista como um nó crítico na melhoria do cuidado ao paciente com AVE (BRASIL, 2014).

Em Revisão Integrativa de Literatura (CAPOBIANCO *et al*., 2019), não foram encontrados estudos que demonstravam a compreensão do estudante de Medicina sobre o cuidado ao paciente com AVE. Entretanto, traz achados sobre médicos formados que demonstram que ainda há lacunas de conhecimento sobre como abordar um paciente com suspeita de AVE. O participante demonstra esta representação quando ancora o conhecimento necessário a abordagem do AVE a uma visão biologicista e fragmentada, pautada no modelo hegemônico valorizando a formação especialista em detrimento da formação generalista.

Foi observado também que a falta de conhecimento da população é um fator de interferência no cuidado.

Falta de conhecimento da população

Os participantes observaram que a falta de conhecimento da população atua como nó crítico na qualidade do cuidado ao paciente com AVE.

> *Eu acho que o que mais interfere é isso, às vezes, a falta de informação da família entender o quadro, o que tá acontecendo também.* (P18).

> *Acho que não saber identificar precocemente os sinais do AVC, que atrapalha, poder intervir precocemente ou não.* (P23).

A falta de conhecimento da população sobre os cuidados ao paciente com AVE é extensamente discutida na literatura internacional. A identificação precoce dos sinais e sintomas é o conceito base para a chegada do paciente no serviço de urgência e emergência em tempo hábil para realização de tratamento curativo e para evitar sequelas neurológicas. Estudos demonstram que a identificação dos sinais e sintomas por familiares ou cuidadores interferem diretamente no tempo de administração de alteplase. Os participantes possuem esta representação coordenada com os achados de estudos e com a prática internacional (DRENCK *et al*., 2019; HICKEY *et al*., 2018).

DOI: 10.29327/213319.22.4-4
Páginas 54 a 75

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

Artigo

Na abordagem sobre a pergunta dois, suscitaram, na opinião estudantil, o que pode ser feito para melhorar o cuidado ao paciente com AVE, notadamente no âmbito do tempo de atendimento pré-hospitalar e hospitalar.

Agilidade no atendimento pré-hospitalar e hospitalar

O tempo de atendimento nas fases pré-hospitalar e hospitalar foi observado como fator de peso na qualidade do serviço prestado, como demonstram os participantes.

> *Justamente diminuir esse tempo de atendimento*. (P1).
>
> *Eu acho que o mais importante seria informar bem a população dos sinais, né, precoces do AVE, que tem até aquelas musiquinhas lá, né? Pra pessoa conseguir reconhecer rápido e chegar logo no atendimento*. (P17).
>
> *Então, educar as famílias, educar o paciente, pra que o tempo entre desconfiar e ele chegar no hospital seja menor que quatro horas e meia*. (P47).

A agilidade no atendimento pré-hospitalar e hospitalar é tema de estudo em praticamente todos os países do mundo. Existem diversas variáveis que compõe este cenário, desde a estrutura de atendimento móvel, capacitação profissional, conhecimento da população, coordenação da rede de cuidado e estrutura física hospitalar. Os participantes trazem majoritariamente o fator conhecimento da população como variável modificável. Os participantes representam a educação das famílias e a educação do paciente como objeto de ação para modificar o tempo de chegada ao Hospital (NORDANSTIG *et al*., 2017; SHAROBEAM *et al*., 2021).

Em países desenvolvidos, há forte apelo midiático para conscientização da população acerca dos principais sinais e sintomas que podem levar ao diagnóstico de AVE. Os participantes trazem este conceito como “musiquinhas”. Podemos aprofundar neste conceito a partir da Teoria das Representações Sociais. A ideia de AVE pode ser transcrita em uma face simbólica de uma música ou de imagens. O símbolo musical ou em outra forma midiática, auxilia quem presencia familiares ou pacientes com sintomas

DOI: 10.29327/213319.22.4-4
Páginas 54 a 75

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

de AVE ancorarem tais sintomas em uma memória recente, no caso, o símbolo do AVE representado pela música. Assim, a identificação precoce de sinais e sintomas de AVE levam ao diagnóstico precoce e, por consequência, ao tratamento efetivo (MOSCOVICI, 2015; SCHLICK; PEYRAS, 2019).

Os participantes sugeriram o cuidado coordenado pela Atenção Primária como fator essencial na melhoria do cuidado ao paciente com AVE.

Cuidado coordenado pela Atenção Primária à Saúde

A falta de protagonismo da APS, relatado como fator de interferência no cuidado ao paciente com AVE, é novamente observado como potencial de melhoria no cuidado.

> *Atenção básica principalmente, ter uma otimização das suas medicações, entender que o que ele tem, por exemplo, uma hipertensão mal controlada, que ele não sente nada, mas que pode ter um risco pra ele*. (P10).

> *Essa parte do cuidado multidisciplinar peca muito principalmente na atenção básica, por que eles têm direitos a poucas consultas? Então, eu acho que poderia, mas aí é um trabalho bem mais amplo, aumentar as equipes do [Núcleo de Apoio a Saúde da Família] NASF, nas Unidades de Saúde, e também, na parte médica*. (P35).

> *Eu acho que uma maior estrutura das unidades básicas. Não sei, talvez, campanhas pra conscientizar a população e um sistema que funcione?* (P36).

> *Acho que o cuidado pós também, na atenção básica, ou onde ele for fazer o acompanhamento depois.* (P41).

O cuidado multidisciplinar é necessário para concretizar o cuidado integral ao paciente com AVE. A APS tem importância ímpar neste aspecto, considerando que coordena as equipes multiprofissionais que atuarão na reabilitação e no cuidado na fase crônica do paciente com sequelas. Uma atenção primária não coordenada ou com

DOI: 10.29327/213319.22.4-4
Páginas 54 a 75

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

deficiência estrutural propicia um cuidado fragmentado (NASCIMENTO; CORDEIRO, 2019).

Os participantes explicitam esta representação a partir da figura do NASF, considerando este como ponto de encontro da equipe de saúde da família com o cuidado multidisciplinar. A ancoragem do cuidado multidisciplinar é feita na figura do NASF, pressupondo o conhecimento do estudante acerca da importância deste aspecto do cuidado (COELHO; JORGE, 2009).

Os participantes observaram também a importância do financiamento do SUS para o cuidado integral ao paciente com AVE.

Recursos para o SUS

O financiamento do SUS e os recursos físicos necessários para o cuidado ao paciente com AVE foram comentados pelos participantes.

> *Eu acho que tem que mudar todo o sistema de sub financiamento que a gente vive e precarização.* (P12).

> *Vamos supor, nos Estados Unidos, tem aquela tomografia na ambulância. Aqui, é inviável ter um negócio desses. Se pudesse ter um tomógrafo em tudo quanto é canto, seria ótimo, mas não sei a viabilidade disso? Fica caro. Mas seria genial*. (P56).

Os participantes indagam sobre o sistema de financiamento do SUS como variáveis de melhoria para o cuidado ao paciente com AVE. Merhy (2000) detalha em seu estudo sobre a necessidade de tecnologia leve e tecnologia pesada nos diversos aspectos do cuidado. No trecho acima, o participante traz como representação de tecnologia pesada "um tomógrafo em tudo quanto é canto". A figura do tomógrafo é símbolo da tecnologia pesada necessária para o cuidado ao paciente com AVE. O cuidado integral perpassa pela necessidade de tecnologia pesada, entretanto, faz-se necessário um olhar crítico pois sem a tecnologia leve e o recurso humano, não há sentido em ter um "tomógrafo em cada canto". Por outro lado, podemos observar estudos que evidenciam diminuição do tempo de atendimento e diminuição de sequelas em pacientes atendidos em ambulâncias com tomógrafos móveis. Faz-se necessário

DOI: 10.29327/213319.22.4-4
Páginas 54 a 75

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

adequar a necessidade e a cientificidade dos últimos estudos aos recursos disponíveis em um sistema de atendimento universal como o SUS (FEIGIN *et al*., 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado no AVE deve contemplar os diversos aspectos dos seres humanos envolvidos e dos processos necessários para este cuidado ocorrer de maneira integral. Não é possível cuidar do sobrevivente de AVE somente sob o prisma do cuidado biológico. É necessário entender a subjetividade que permeia os aspectos sociais, cognitivos, afetivos e psicológicos para prestar qualidade no atendimento. As categorias temáticas emergentes permitiram identificar a representação social que o estudante de Medicina tem acerca das interferências no cuidado ao paciente com AVE. A crítica acerca do tempo intra e extra hospitalar, os recursos necessários para o atendimento integral e a necessidade de uma atenção primária coordenada são coerentes com as dificuldades percebidas em âmbito internacional.

Observou-se com esta pesquisa, sob a ótica da Teoria das Representações Sociais, a crítica dos estudantes relativa ao processo de ensino-aprendizagem. Estando incluídos no SUS e em uma faculdade de medicina que possui um currículo orientado por competência profissional, o processo de ensino e aprendizagem é desenvolvido a partir da inserção na prática do trabalho. Um currículo orientado por competência dialógica traz o mundo do trabalho para o centro da formação de estudantes. Dialogar com o mundo do trabalho é necessário na medida em que os recursos do SUS são escassos, como bem observado pelos participantes.

Assim, aprender a utilizar estes recursos de maneira eficiente é essencial para a formação de profissionais qualificados.

A partir destes pressupostos, a proposta de melhoria no processo de ensino e aprendizagem dos estudantes perpassa pela otimização curricular dos cursos de Medicina, notadamente trazendo o mundo do trabalho para o centro da formação, dialogando com atores e cenários profissionais, a fim de preparar o estudante para a realidade. A integralidade do cuidado deve ser apreendida pelos estudantes e praticada por profissionais. A reorganização curricular é um meio para potencializar a prática desta diretriz do SUS.

DOI: 10.29327/213319.22.4-4
Páginas 54 a 75

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

Artigo

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - código de Financiamento 001, a qual agradecemos.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2012.

BENJAMIN, E. J. *et al*. Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update: A Report From the American Heart Association. **Circulation**, Dallas, v. 137, n. 12, p. e67-e492, 2018. DOI: https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000558.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view. Acesso em: 3 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 3 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf. Acesso em: 3 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília, DF:

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

Artigo

Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf. Acesso em: 3 mar. 2022.

BRITO, G. V. **Acidente vascular cerebral no Brasil**: estimativa contemporânea do custo da doença no período hospitalar. 2017. 45 f. Trabalho de Conclusão do Curso (Especialização em Economia da Saúde) – Universidade Federal de Goiás, Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/bvsecos/tcc_Gabriela_Brito. Acesso em: 3 mar. 2022.

CAPOBIANCO, J. G. P. *et al*. Cuidado no acidente vascular encefálico: revisão integrativa da literatura. *In*: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 8., 2019, Lisboa, Portugal. **Atas** [...]. Aveiro: Ludomedia, 2019. p. 684-693. Disponível em: https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2436. Acesso em: 3 mar. 2022.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, out. 2009. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/F8cMBSY8RtNZw3349gRrLqR/abstract/?lang=pt. Acesso em: 3 mar. 2022.

DATASUS. **Morbidade hospitalar do SUS**: por local de internação: Brasil. Brasília, DF, 2019b. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def. Acesso em: 11 jun. 2020.

DATASUS. **Mortalidade**: Brasil. Brasília, DF, 2019a. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def. Acesso em: 11 jun. 2020.

DOI: 10.29327/213319.22.4-4
Páginas 54 a 75

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

Artigo

DRENCK, N. *et al*. Prehospital management of acute stroke patients eligible for thrombolysis - an evaluation of ambulance on-scene time. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, London, v. 27, n. 1, p. 3, Jan. 2019. DOI: https://doi.org/10.1186/s13049-018-0580-4. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6327613/. Acesso em: 3 mar. 2022.

FAIZ, K. W. *et al.* Stroke-Related Knowledge and Lifestyle Behavior among Stroke Survivors. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, New York, v. 28, n. 11, p. 104359, Nov. 2019. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.104359.

FEIGIN, V. L. *et al*. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, London, v. 383, n. 9913, p. 245-254, Jan. 2014. DOI: https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61953-4. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4181600/. Acesso em: 3 mar. 2022.

FEIGIN, V. L. *et al*. Update on the Global Burden of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in 1990-2013: The GBD 2013 Study. **Neuroepidemiology**, Basel, v. 45, n. 3, p. 161-176, 2015. DOI: https://doi.org/10.1159/000441085.

FONSECA, G. S. *et al*. A clínica do corpo sem boca. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1039-1049, out./dez. 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902016163946. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/zm8bfN9gngkFMN5DH9ZC66n/?lang=pt. Acesso em: 3 mar. 2022.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkymVByhrN/?lang=pt. Acesso em: 3 mar. 2022.

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

Artigo

GAGLIARDI, R.; TAKAYANAGUI, O. M. (org.). **Tratado de neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

GUERRERO, P. *et al*. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-140, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/Jt8dZFcrD8Fj684M8grt95Q/abstract/?lang=pt. Acesso em: 3 mar. 2022.

HICKEY, A. *et al*. Does stroke health promotion increase awareness of appropriate behavioural response? Impact of the face, arm, speech and time (FAST) campaign on population knowledge of stroke risk factors, warning signs and emergency response. **European Stroke Journal**, London, v. 3, n. 2, p. 117-125, June 2018. DOI: https://doi.org/10.1177/2396987317753453. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6460411/. Acesso em: 3 mar. 2022.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. *In*: JODELET, D. (ed.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 2002. p. 17-44.

LOTUFO, P. A. Stroke is still a neglected disease in Brazil. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 133, n. 6, p. 457-459, Nov./Dec. 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/1516-3180.2015.13360510. Disponível em: https://www.scielo.br/j/spmj/a/kS6VXXSzJtdwWbGhHCYvxnt/?lang=en. Acesso em: 3 mar. 2022.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-32832000000100009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/hWjdyMG9J4YhwPLLXdY3kfD/?lang=pt. Acesso em: 3 mar. 2022.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-266, mar. 2012b. DOI:

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/?lang=pt. Acesso em: 3 mar. 2022.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2012a. p. 9-29.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

NASCIMENTO, A. G.; CORDEIRO, J. C. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: análise do processo de trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. e0019424, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00194. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/tWS99FwJwhn55N9jGLSNDhR/. Acesso em: 3 mar. 2022.

NORDANSTIG, A. *et al*. Impact of the Swedish National Stroke Campaign on stroke awareness. **Acta Neurologica Scandinavica**, Copenhagen, v. 136, n. 4, p. 345-351, 2017. DOI: https://doi.org/10.1111/ane.12777.

NTSIEA, M. V. Current stroke rehabilitation services and physiotherapy research in South Africa. **The South African Journal of Physiotherapy**, Johannesburg, v. 75, n. 1, p. 475, July 2019. DOI: https://doi.org/10.4102/sajp.v75i1.475. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6676941/. Acesso em: 3 mar. 2022.

OLIVEIRA-FILHO, J. *et al*. Guidelines for acute ischemic stroke treatment: part I. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 70, n. 8, p. 621-629, Aug. 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0004-282X2012000800012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/anp/a/HxBLWztqYFzxMYDJYj3PkMR/?lang=en. Acesso em: 4 mar. 2022.

Temas em Saúde
Volume 22, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2022

Artigo

SCHLICK, S.; PEYRAS, V. Pluriprofessionnalité et prise en charge de l'AVC. **Revue de l'infirmière**, Paris, v. 68, n. 248, p. 42-43, 2019. DOI: https://doi.org/10.1016/j.revinf.2019.01.016.

SHAROBEAM, A. *et al*. Factors delaying intravenous thrombolytic therapy in acute ischaemic stroke: a systematic review of the literature. **Journal of Neurology**, Berlin, v. 268, n. 8, p. 2723-2734, Aug. 2020. DOI: https://doi.org/10.1007/s00415-020-09803-6.

TAMAYO-OJEDA, C. *et al*. Seguimiento de las recomendaciones en prevención secundaria cerebrovascular en atención primaria. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 49, n. 6, p. 351-358, jun./jul. 2017. DOI: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.07.004.

TAROCO, A. P. R. M.; TSUJI, H.; HIGA, E. F. R. Currículo orientado por competência para a compreensão da integralidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 41, n. 1, p. 12-21, jan./mar. 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1RB20150021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/5xrcF5SvGvYTRfGpMSXDhJj/abstract/?lang=pt. Acesso em: 3 mar. 2022.

TOWFIGHI, A. *et al*. Randomized controlled trial of a coordinated care intervention to improve risk factor control after stroke or transient ischemic attack in the safety net: Secondary stroke prevention by Uniting Community and Chronic care model teams Early to End Disparities (SUCCEED). **BMC Neurology**, London, v. 17, n. 1, p. 24, Feb. 2017. DOI: https://doi.org/10.1186/s12883-017-0792-7. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5294765/. Acesso em: 3 mar. 2022.