

Abordagem médico-legal da
combinação de diferentes fatores de
risco que contribuem para a ocorrência
de Acidentes Vasculares Cerebrais
(AVC's) e suas consequências na
população Portuguesa

Ana Beatriz Mergulhão Marques



2022



Ana Marques
Abordagem médico-legal da combinação de diferentes fatores de
risco que contribuem para a ocorrência de Acidentes Vasculares
Cerebrais (AVC's) e suas consequências na população Portuguesa



M.ICBAS 2022

Abordagem médico-legal da combinação de diferentes fatores de risco
que contribuem para a ocorrência de Acidentes Vasculares Cerebrais
(AVC's) e suas consequências na população Portuguesa

Ana Beatriz Mergulhão Marques



Ana Beatriz Mergulhão Marques

Abordagem médico-legal da combinação de diferentes fatores de risco que contribuem para a ocorrência de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC's) e suas consequências na população Portuguesa

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina Legal submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.

Orientadora:

Doutora Isabel Sofia Dias da Silva.

Categoria:

Professora Auxiliar Convidada

Afiliações:

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.

Escola Superior de Saúde do Norte, Cruz Vermelha Portuguesa.

Coorientadora:

Doutora Maria da Graça Borges Lobo.

Categoria:

Professora Auxiliar

Afiliações:

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Isabel Silva, por ter aceite orientar-me durante o meu projeto de dissertação. Muito obrigada por toda a paciência, apoio, esclarecimentos, dicas e disponibilidade transmitida durante todo este processo, que me enriqueceram, tanto a nível pessoal como a nível profissional.

À minha coorientadora, Professora Doutora Graça Lobo, por ter sempre uma palavra de incentivo e de motivação. Muito obrigada por toda a disponibilidade e apoio ao longo deste projeto.

À Professora Doutora Maria José Pinto da Costa, diretora do Mestrado em Medicina Legal, por todo o apoio e conhecimentos transmitidos ao longo de todo este percurso.

A todas as pessoas que, de forma voluntária, disponibilizaram um pouco do seu tempo pessoal, para responder aos questionários, sem os quais não seria possível realizar o presente estudo.

Aos meus pais, por todo o apoio, amor e sacrifício, não só durante este percurso, mas durante toda a minha vida. Obrigada por todas as palavras de encorajamento e de reconhecimento, que sempre me transmitiram. À minha irmã, por todos os conselhos, disponibilidade e apoio ao longo desta jornada. Aos meus avós, que sempre me transmitiram palavras de encorajamento, ao longo de todo este percurso.

Ao meu companheiro, por todo o apoio, encorajamento e paciência ao longo destes últimos anos.

Por último, aos meus amigos, em especial à Ana Sofia, pelo interesse e apoio incondicional ao longo da nossa amizade.

A todos, o meu sincero obrigada!

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda principal causa de morte e a terceira principal causa de incapacidade e morte combinadas no mundo. Em Portugal, a taxa de mortalidade é ainda mais elevada do que nos outros países da Europa Ocidental. O AVC tem um grande impacto na sociedade, para além de diminuir a qualidade de vida dos sobreviventes. Vários estudos relatam uma associação entre hábitos de consumo e a prevalência de AVC, no entanto, existe uma necessidade de mais estudos que explorem do ponto de vista médico-legal o impacto do AVC nas populações para além da taxa de mortalidade, a combinação dos vários fatores de risco, como por exemplo o álcool e as drogas, na ocorrência e consequências dos AVCs não fatais.

Os objetivos deste estudo são: (1) investigar quais os hábitos de consumo dos Portugueses que possam estar associados com a prevalência e incidência do AVC; (2) fazer um levantamento do conhecimento geral da população sobre o AVC e (3) os fatores que poderão estar relacionados com o risco de ocorrência de AVC e (4) o seu impacto na qualidade de vida da população portuguesa.

Para isso, foi elaborado um questionário *online* de carácter voluntário, anónimo, dirigido a todos os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em Portugal (continental e ilhas). O inquérito esteve disponível entre os dias 26 de janeiro e 31 de março de 2022. O presente estudo e respetivo questionário foram aprovados pela Comissão de Ética conjunta do CHUP/ICBAS [referência 2021/CE/P030(P370/CETI/ICBAS)] e recebeu também um parecer positivo da Unidade da Proteção de Dados (Parecer A-11/2022).

Foram analisados 623 inquéritos. Os resultados obtidos demonstram que 17,5% dos participantes não tem uma alimentação saudável, sendo que 43,1% indicou ter uma alimentação pouco diversificada. Quanto ao consumo de café, 75,8% dos participantes consome café, dos quais 57,4% indicou consumir entre 1 e 2 cafés, por dia. Quando questionados sobre a realização de exercício físico, a maioria dos indivíduos, não faz exercício físico.

Relativamente ao consumo de álcool, 65,5% da amostra ingere álcool, sendo que maioria 60,5% bebe pontualmente e apenas 5% bebe diariamente. Quando questionados sobre o consumo de drogas, 1,6% dos participantes consome drogas pontualmente e 2,9% são ex-consumidores. Quanto aos hábitos tabágicos, 18,9% dos participantes é fumador, sendo que 5,8% fuma pontualmente e 13,2% fuma diariamente.

Quando questionados sobre o consumo de medicamentos, 37,6% dos indivíduos consome medicamentos, sendo que 53,8% da amostra toma medicamentos para a hipertensão / colesterol / diabetes.

Em relação ao consumo simultâneo de vários hábitos de consumo, 55,2% dos inquiridos tem hábitos de consumo cumulativos, sendo que 32,6% dos participantes consome “álcool e café” em simultâneo e 23,3% consome “álcool e tabaco”.

Relativamente ao conhecimento geral da amostra sobre o AVC, 98,9% sabe o que é um AVC, 86,8% considera que o estilo de vida está relacionado com a probabilidade de ter um AVC e 52,3% acha que o AVC é de causa genética. Quanto aos fatores que podem influenciar a ocorrência de AVC, os mais citados pelos participantes foram o stress (90,4%), os hábitos alimentares (89,6%), o estilo de vida (85,6%), as doenças crónicas (73,4%), a ansiedade (66%) e os fatores genéticos (65,2%).

Quando questionados sobre a influência dos medicamentos no AVC, 80,1% dos participantes considera que alguns medicamentos podem aumentar o risco de AVC, sendo que apenas 22,2% dos participantes conhece algum desses medicamentos. Os medicamentos mais indicados pelos participantes que podem aumentar o risco de AVC foram os contraceptivos hormonais (50,5%).

Em relação à influência dos hábitos de consumo na ocorrência de AVC, 98,7% considera que os hábitos de consumo influenciam a ocorrência de AVC. Sendo que 90,1% indicou a alimentação, 82% indicou o álcool, 78,9% indicou as drogas e 76,1% indicou o tabaco. Relativamente ao consumo simultâneo de vários hábitos de consumo, 68,1% dos inquiridos indicou que “*má alimentação, álcool, tabaco, café, medicamentos e drogas*” podem influenciar a ocorrência de AVC e 57,3% indicou “*má alimentação, álcool, tabaco e medicamentos*”.

Na nossa amostra, 1,1% dos participantes teve pelo menos um AVC, sendo que 85,7% tinha fatores de risco e 57,1% ficou com sequelas após AVC. Quando questionados sobre hábitos alterados após o AVC, 85,7% dos participantes indicou ter alterado alguns hábitos após o AVC. No que diz respeito à possibilidade de voltar a ter AVC novamente, 71,4% dos participantes não teme ter outro AVC. Quanto à realização de estudos genéticos, 42,9% fez estudos genéticos para o AVC.

Neste estudo constatamos que 68,5% conhece alguém que teve um AVC. No que diz respeito aos fatores de risco para AVC, 45,7% indicou que o seu conhecido tinha fatores de risco para a ocorrência de AVC. No que diz respeito a sequelas que essas pessoas tenham ficado após o AVC, 67,2% assinalou que a pessoa ficou com sequelas após o AVC.

Quando questionados sobre o seu conhecido ter ou não realizado estudos genéticos relacionados com AVC, apenas 3,3% dos participantes conhece alguém que tenha realizado estudos genéticos relacionados com o AVC.

Com este estudo concluímos que a maioria dos portugueses tem hábitos de consumo que são fatores de risco importantes para a ocorrência de AVC. Para além disso, a maioria dos indivíduos tem bons conhecimentos gerais sobre o AVC e sobre os fatores que podem condicionar a incidência de AVC. Apesar da consciência dos inquiridos sobre os fatores de risco para o AVC, verificamos que eles continuam a tê-los.

Podemos também concluir que os indivíduos que tiveram AVC, a maioria tinha fatores de risco associados, em particular fatores de risco modificáveis como stress/excesso de trabalho e hipertensão elevada. Sendo que após o AVC a maioria dos indivíduos tentaram alterar os hábitos associados com a prevalência e incidência de AVC. Adicionalmente, a maioria dos indivíduos ficou com sequelas após o AVC. No entanto, sob o ponto de vista médico-legal, não conseguimos encontrar uma correlação entre o consumo de álcool e drogas e o impacto no AVC.

Confirmámos com este estudo que grande parte da população conhece alguém que já teve AVC, sendo que essas pessoas tinham fatores de risco associados. Para além disso, a maioria dessas pessoas ficou com sequelas após o AVC.

Palavras-Chave: AVC, População Portuguesa, Implicações Médico-Legais, Fatores de Risco, Hábitos de Consumo, Conhecimento sobre AVC.

ABSTRACT

Stroke is the second leading cause of death and the third leading cause of disability and death combined in the world. In Portugal, the mortality rate is even higher than in other Western European countries. Stroke has a great impact on society, in addition to reducing the quality of life of survivors. Several studies report an association between consumption habits and the prevalence of stroke. However, there is a need for more studies that explore from a medical-legal point of view the impact of stroke on populations beyond the mortality rate, the combination of the risk factors, such as alcohol and drugs, in the occurrence and consequences of non-fatal strokes.

The goals of this study are: (1) to investigate which consumption habits of the Portuguese may be associated with the prevalence and incidence of stroke; (2) to survey the general knowledge of the population about stroke and (3) the factors that may be related to the risk of stroke and (4) its impact on quality of life of the Portuguese population.

For this, a voluntary, anonymous online questionnaire was elaborated, addressed to all individuals aged 18 years or over, residing in Portugal (mainland and islands). The survey was available between January 26 and March 31, 2022. The present study and its questionnaire were approved by the CHUP/ICBAS Joint Ethics Committee [reference 2021/CE/P030(P370/CETI/ ICBAS)] and received a positive seem from the Data Protection Unit (Seem A-11/2022).

A total of 623 inquiries were analysed. The results obtained show that 17.5% of the participants have an unhealthy diet, of these 43.1% indicated that they have a poorly diversified diet. Regarding coffee consumption, 75.8% of the participants consume coffee, and 57.4% indicated the consume between 1 and 2 coffees per day. When asked about physical exercise, most individuals do not exercise.

Regarding alcohol consumption, 65.5% of individuals consume alcohol, with the majority 60.5% consuming occasionally and 5% consuming daily. When asked about drug use, 1.6% of participants use drugs occasionally and 2.9% are former users. As for smoking habits, 18.9% of the participants are smokers, 5.8% smoke occasionally and 13.2% smoke daily.

When asked about medication consumption, 37.6% of the individuals consume medication, with 53.8% of the sample taking medication for hypertension/cholesterol/diabetes.

Regarding the simultaneous consumption of several consumption habits, 55.2% of the respondents have cumulative consumption habits, with 32.6% of the participants consuming “*alcohol and coffee*”, simultaneously, and 23.3% consuming “*alcohol and tobacco*”.

Regarding the general knowledge of the sample about stroke, 98.9% know what a stroke is, 86.8% consider the lifestyle is being related to the probability of having stroke and 52.3% think that stroke is of genetic cause. As for the factors that can influence the occurrence of stroke, the most cited by the participants were stress (90.4%), eating habits (89.6%), lifestyle (85.6%), chronic diseases (73.4%), anxiety (66%) and genetic factors (65.2%).

When asked about the influence of medications on stroke, 80.1% of the participants consider that some medications can increase the risk of stroke, and only 22.2% of the participants know about any of these medications. The drugs mostly indicated by the participants that can increase the risk of stroke were hormonal contraceptives (50.5%).

As for the influence of consumption habits on the occurrence of stroke, 98.7% consider that consumption habits influence the occurrence of stroke. Of these, 90.1% indicated food, 82% indicated alcohol, 78.9% indicated drugs, and 76.1% indicated tobacco. Regarding the simultaneous consumption of various consumption habits, 68.1% of respondents indicated that “*poor diet, alcohol, tobacco, coffee, medicines and drugs*” can influence the occurrence of stroke and 57.3% indicated “*poor diet, alcohol, tobacco and medicines*”.

In our sample, 1.1% of the participants had a stroke, 85.7% had risk factors and 57.1% had sequelae after a stroke. When asked about changed habits after the stroke, 85.7% of the participants indicated having changed habits after the stroke. Regarding the possibility of having a stroke again, 71.4% of the participants do not fear having another stroke. Regarding genetic studies, 42.9% had genetic studies for stroke.

In this study, we found that 68.5% know someone who has had a stroke. Regarding risk factors for stroke, 45.7% indicated that their acquaintance had risk factors for the occurrence of stroke. Regarding the sequelae that these people had after the stroke, 67.2% indicated that the person had sequelae after the stroke. When asked about whether they are known to have performed stroke-related genetic studies, only 3.3% of participants answered yes.

With this study we conclude that most Portuguese people have consumption habits that are important risk factors for the occurrence of stroke. In addition, most individuals have a good general knowledge of stroke and the factors that may influence the incidence of stroke.

Despite respondents' awareness of risk factors for stroke, we found that they continue to have them.

We can also conclude that most individuals who had a stroke had associated risk factors, in particular modifiable risk factors such as stress/overwork and high hypertension. After the stroke, most individuals changed these risk factors. Additionally, most individuals were left with sequelae after the stroke. However, from a medical-legal point of view, we could not find a correlation between alcohol and drugs consumption and the impact on stroke.

We confirmed with this study that a large part of the population knows someone who has had a stroke, and these people had associated risk factors. In addition, most of these people were left with sequelae after the stroke.

Keywords: Stroke, Portuguese Population, Medical-Legal Implications, Risk Factors, Consumption Habits, Knowledge about Stroke.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	II
RESUMO.....	III
ABSTRACT	VI
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XI
ÍNDICE DE TABELAS.....	XIII
ABREVIATURAS	XV
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Acidente Vascular Cerebral (AVC) – Definição	1
1.2. Dados epidemiológicos do AVC – no Mundo e em Portugal	1
1.2.1. Impacto socioeconómico	2
1.3. Classificação dos tipos de AVC	3
1.4. Sintomatologia do AVC.....	4
1.5. Fatores de risco para AVC.....	5
1.5.1. Fatores de risco não modificáveis.....	5
1.5.2. Fatores de risco modificáveis	7
1.6. Conhecimentos sobre AVC por parte da População	13
1.7. Impacto Médico-Legal do AVC	13
2. OBJETIVOS DO ESTUDO	15
3. MATERIAIS E MÉTODOS	16
3.1. Tipo de estudo.....	16
3.2. Estrutura do questionário.....	16
3.3. Critérios de inclusão dos participantes.....	17
3.4. Amostra	17
3.5. Análise dos dados	18
4. RESULTADOS	19
4.1. Características da amostra	19
4.2. Hábitos de consumo da amostra	26

4.2.1.	Hábitos alimentares	26
4.2.2.	Consumo de café	28
4.2.3.	Prática de exercício físico	30
4.2.4.	Consumo de álcool	33
4.2.5.	Consumo de Drogas.....	37
4.2.6.	Fumadores	41
4.2.7.	Consumo de Medicamentos	45
4.2.8.	Hábitos de consumo cumulativos	49
4.3.	Conhecimento por parte da População sobre AVC	52
4.3.1.	Conhecimento geral sobre AVC.....	52
4.3.2.	Fatores que podem influenciar a ocorrência de AVC	55
4.3.3.	A influência dos medicamentos na ocorrência de AVC	57
4.3.4.	Hábitos de consumo e a sua influência na ocorrência de AVC	61
4.4.	Histórico de AVC	64
4.4.1.	Histórico pessoal de AVC	65
4.4.2.	Histórico de AVC de um familiar ou conhecido	75
5.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	82
6.	CONCLUSÃO	98
7.	PERSPECTIVAS FUTURAS	99
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
9.	ANEXOS.....	112
	Anexo 1 - Parecer emitido pela comissão de ética.....	112
	Anexo 2 - Parecer emitido pela Unidade da Proteção de Dados.....	113
	Anexo 3 - Questionário	114
	Anexo 4 - Tabelas.....	124

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Percentagem de óbitos por doenças cerebrovasculares, enfarte agudo do miocárdio e doença isquémica do coração em Portugal, entre 2010 e 2020. Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE), 2022.....	1
Figura 2 - Representação dos tipos de AVC.....	3
Figura 3 - Representação dos sintomas mais comuns para AVC.....	4
Figura 4 - Representação dos fatores de risco não modificáveis para AVC.....	5
Figura 5 - Representação dos fatores de risco modificáveis para AVC.....	7
Figura 6 - Fluxograma do processo de amostragem da população portuguesa.....	18
Figura 7 - Distribuição geográfica dos participantes por distrito de residência em Portugal (Continental e Ilhas).....	21
Figura 8 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos com ou sem problemas de saúde	22
Figura 9 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos com profissão de risco...24	
Figura 10 - Representação gráfica, dos hábitos alimentares em percentagem de indivíduos.....	26
Figura 11 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que bebe café.....	29
Figura 12 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que faz exercício físico.....	31
Figura 13 - Representação gráfica, em percentagem de indivíduos, do consumo de álcool.....	33
Figura 14 - Representação gráfica do consumo de álcool, de acordo com o género	34
Figura 15 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que consome drogas...37	
Figura 16 - Representação gráfica do consumo de drogas, de acordo com o género	38
Figura 17 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que fumam.....	41
Figura 18 - Representação gráfica dos fumadores, de acordo com o género	42
Figura 19 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que consomem medicamentos.....	45
Figura 20 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que já consumiu, em simultâneo, vários hábitos de consumo.....	49
Figura 21 - Representação gráfica da frequência do consumo simultâneo de vários hábitos de consumo.....	52
Figura 22 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que sabem o que é AVC.....	53
Figura 23 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que considera que o estilo de vida está relacionado com a probabilidade de ter AVC.....	54

Figura 24 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que considera que o AVC pode ser de ascendência genética.....	55
Figura 25 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que considera que o consumo de medicamentos pode aumentar o risco de AVC.....	57
Figura 26 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que conhece algum medicamento que pode aumentar o risco de AVC.....	58
Figura 27 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que toma algum dos medicamentos que pode aumentar o risco de AVC.....	60
Figura 28 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que considera que os hábitos de consumo influenciam a ocorrência de AVC.....	62
Figura 29 - Representação gráfica de hábitos consumidos em simultâneo que podem influenciar a ocorrência de AVC, por parte da população Portuguesa.....	64
Figura 30 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que tiveram algum AVC.....	65
Figura 31 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que têm receio de ter um AVC.....	66
Figura 32 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que tinham fatores de risco para AVC.....	69
Figura 33 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que ficaram com sequelas após AVC.....	71
Figura 34 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que alteraram hábitos após o AVC.....	72
Figura 35 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que sentem ansiedade em ter outro AVC.....	74
Figura 36 - Representação gráfica da percentagem de (A) indivíduos que realizaram estudos genéticos para AVC, e (B) dos familiares.....	75
Figura 37 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que (A) conhecem alguém que teve AVC, e o (B) grau de parentesco, que têm com essa pessoa.....	76
Figura 38 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que conhecem alguém que tinha fatores de risco para AVC.....	78
Figura 39 - Representação gráfica da percentagem de indivíduos que conhecem alguém que ficou com sequelas após AVC.....	79
Figura 40 - Representação gráfica da percentagem dos participantes que (A) conhecem alguém que fez estudo genético para AVC e, (B) dos familiares dos conhecidos que fizeram estudo genético para AVC.....	81

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra.....	19
Tabela 2 - Problemas de saúde dos participantes, de acordo com o gênero, faixas etárias e situação profissional.....	23
Tabela 3 - Motivos que os participantes consideram para ter uma profissão de risco, de acordo com o gênero, faixas etárias e escolaridade.....	25
Tabela 4 - Motivos da alimentação não saudável, de acordo com o gênero, faixas etárias, escolaridade e situação profissional.....	27
Tabela 5 - Quantidade de café diária e idade em que a amostra iniciou o consumo de café, de acordo com o gênero e a situação profissional.....	30
Tabela 6 - Frequência da prática de exercício físico semanal e idade em que a amostra iniciou a realização de exercício físico, de acordo com o gênero, situação profissional e escolaridade.....	32
Tabela 7 - Anos de consumo de álcool, de acordo com o gênero e situação profissional....	34
Tabela 8 - Idade em que os participantes iniciaram o consumo de álcool, de acordo com o gênero e situação profissional.....	35
Tabela 9 - Tipo de bebida, de acordo com o gênero, faixas etárias, situação profissional e escolaridade.....	36
Tabela 10 - Anos de consumo drogas, de acordo com o gênero e situação profissional....	38
Tabela 11 - Idade de início do consumo de drogas, de acordo com o gênero e situação profissional.....	39
Tabela 12 - Tipos de drogas consumidas, de acordo com o gênero, faixas etárias e situação profissional.....	40
Tabela 13 - Anos de consumo de tabaco, de acordo com o gênero e situação profissional.....	42
Tabela 14 - Idade de início do consumo de tabaco, de acordo com o gênero e situação profissional.....	43
Tabela 15 - Tipo de tabaco, de acordo com o gênero, faixas etárias e situação profissional.....	44
Tabela 16 - Tipos de medicamentos consumidos, de acordo com o gênero, faixas etárias e situação profissional.....	46
Tabela 17 - Tipo de medicamentos consumidos de acordo com a frequência e com a idade em que iniciou o consumo.....	48
Tabela 18 - Consumo simultâneo de vários hábitos de consumo, de acordo com o gênero, faixas etárias, situação profissional e escolaridade.....	51

Tabela 19 - Fatores que podem aumentar o risco de AVC, de acordo com o gênero, faixas etárias e situação profissional.....	56
Tabela 20 - Medicamentos que a amostra considera que aumentam o risco de ocorrência de AVC, de acordo com o gênero, faixas etárias e situação profissional.....	59
Tabela 21 - Medicamentos que podem aumentar o risco de ocorrência de AVC, que a amostra conhece e toma, de acordo com o gênero, faixas etárias e situação profissional.....	61
Tabela 22 - Hábitos que influenciam a ocorrência de AVC, de acordo com o gênero, faixas etárias e situação profissional.....	63
Tabela 23 - Histórico de AVC, de acordo com o gênero, faixas etárias, situação profissional, escolaridade e região de residência.....	65
Tabela 24 - Caracterização do AVC, de acordo com o gênero, situação profissional, escolaridade e região de residência.....	68
Tabela 25 - Caracterização do número de fatores de risco, de acordo com o gênero, faixas etárias e situação profissional.....	69
Tabela 26 - Fatores de risco, de acordo com o gênero, faixas etárias e situação profissional.....	70
Tabela 27 - Existências de sequelas após o AVC, de acordo com o gênero, faixas etárias e situação profissional.....	72
Tabela 28 - Hábitos alterados após AVC, de acordo com o gênero, faixas etárias e situação profissional.....	74
Tabela 29 - Caracterização do AVC que essa pessoa teve.....	77
Tabela 30 - Número de fatores de risco que as pessoas com AVC tinham	78
Tabela 31 - Fatores de risco que essa pessoa tinha.....	79
Tabela 32 - Sequelas com que essa pessoa ficou após AVC.....	80
Tabela 33 - Caracterização dos fatores de risco, dos participantes que indicaram conhecer indivíduos que ficaram com sequelas após o AVC.....	80

ABREVIATURAS

AIT – Acidente Isquémico Transitório.

ASA – *American Stroke Association*.

AVC – Acidente vascular cerebral.

COs – Contracetivos orais.

CT – Colesterol Total.

DM – Diabetes Mellitus.

FA – Fibrilhação auricular.

HDL – *High-density lipoprotein*.

HTA – Hipertensão arterial.

ICBAS-UP – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

INE – Instituto Nacional de Estatística.

INMLCF, I. P. – Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I. P.

LDL – *Low-density lipoprotein*.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

SPAVC – Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral.

UE – União Europeia.

UP – Universidade do Porto.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Acidente Vascular Cerebral (AVC) – Definição

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o “*desenvolvimento súbito de sintomas clínicos de distúrbio neurológico focal (ou global), com duração superior a 24 horas, ou levando à morte, sem outra causa aparente para além de origem vascular*” (Aho et al., 1980; Mansur, 2011; Pinheiro, 2012; World Health Organization [WHO], 2006).

1.2. Dados epidemiológicos do AVC – no Mundo e em Portugal

O AVC é a segunda principal causa de morte e a terceira principal causa de incapacidade e morte combinadas no mundo, ocorrendo, anualmente, mais de 12,2 milhões de novos casos de AVC (Feigin et al., 2022). Atualmente, estima-se que uma em cada quatro pessoas com mais de 25 anos terá um AVC ao longo da vida, sendo que esse risco aumentou cerca de 50% nos últimos 20 anos (Feigin et al., 2022).

Em Portugal, durante o período de 1985 a 1994, a taxa de mortalidade por AVC era a mais alta entre os países da Europa Ocidental (Correia et al., 2004). Apesar de se ter verificado uma diminuição da taxa de mortalidade na última década, entre 2010 e 2020, de 13,6% para 9,2%, o AVC continua a ser a principal causa de morte em Portugal, representando uma taxa de 111,0 mortes por 100 mil habitantes (Figura 1) (Correia et al., 2013; Instituto Nacional de Estatística, 2022).

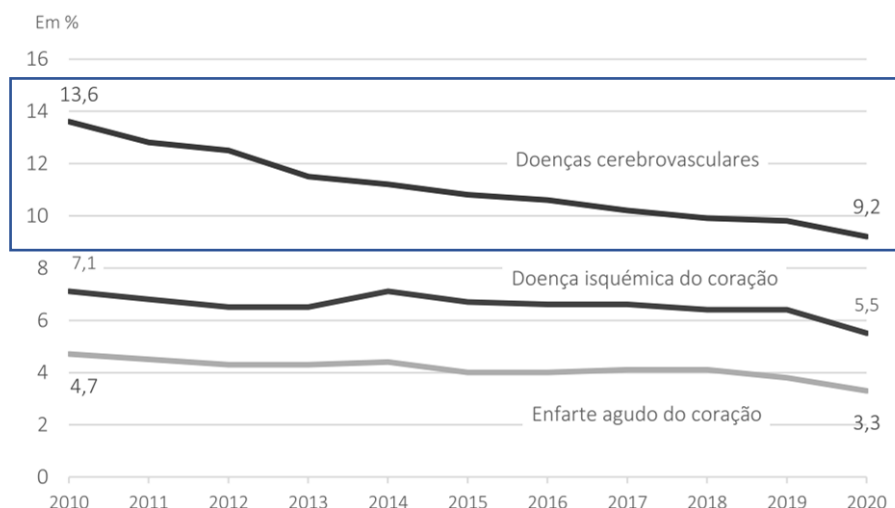


Figura 1: Percentagem de óbitos por doenças cerebrovasculares, enfarte agudo do miocárdio e doença isquémica do coração em Portugal, entre 2010 e 2020. Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE), 2022.

De acordo com dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (2022), as mulheres continuam a ser as principais afetadas pela morte por AVC, observando-se que por cada 100 óbitos de mulheres ocorrem 75,5 óbitos de homens. Para além disso, são também as mulheres que morrem mais tarde devido ao AVC, com uma idade média de 83,9 anos, sendo que a idade média ao óbito para os homens que é de 79,9 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2022).

1.2.1. Impacto socioeconómico

Para além da elevada taxa de mortalidade, o AVC pode causar incapacidade, a curto e longo prazo, acarretando custos económicos significativos para as sociedades (Kuriakose & Xiao, 2020; Mansur, 2011; Smajlović, 2015).

O relatório sobre “*The Burden of Stroke in Europe*” de Stevens et al. (2017), em 2015 na União Europeia (UE) demonstrou que o custo total do AVC na Europa, foi de 45 mil milhões de euros. Sendo que estes custos englobam não só os custos diretos dos cuidados de saúde, mas também os custos dos cuidados informais, ou seja, os cuidados prestados pela família ou pelos amigos. Para além disso, englobam também custos relacionados com as perdas de produtividade, quer seja devido a perdas relacionadas com a morte, ou relacionadas com a invalidez (Stevens et al., 2017).

O impacto económico relativo à invalidez é ainda maior em jovens adultos, uma vez que os sobreviventes ficam incapacitados durante os seus anos mais produtivos (Smajlović, 2015). Por outro lado, de acordo com Boot et al. (2020), os sobreviventes podem também desenvolver consequências psicológicas, físicas e sociais de longo prazo (Boot et al., 2020).

Para além do impacto económico, o AVC constitui um enorme impacto na qualidade de vida dos sobreviventes e das suas famílias, devido às consequências físicas e mentais negativas sentidas por muitos sobreviventes de AVC (Boot et al., 2020; Stevens et al., 2017). Essas consequências são geralmente de longa duração e podem ser caracterizadas por problemas de mobilidade, fadiga, visão, fala, memória e/ou emoções, entre outros (Stevens et al., 2017). Foi demonstrado que 15 anos após o AVC, 33,8% dos sobreviventes vive com incapacidade leve, 14,3% com incapacidade moderada e 15% com incapacidade grave (Crichton et al., 2016). Adicionalmente, Crichton et al. (2016) refere que 39,1% dos sobreviventes tem depressão, 34,9% tem ansiedade e 30% tem problemas cognitivos (Crichton et al., 2016).

1.3. Classificação dos tipos de AVC

De um modo geral, o AVC pode ser classificado em dois tipos principais: isquémico e hemorrágico (Figura 2) (Beal, 2010; Hankey, 2016).

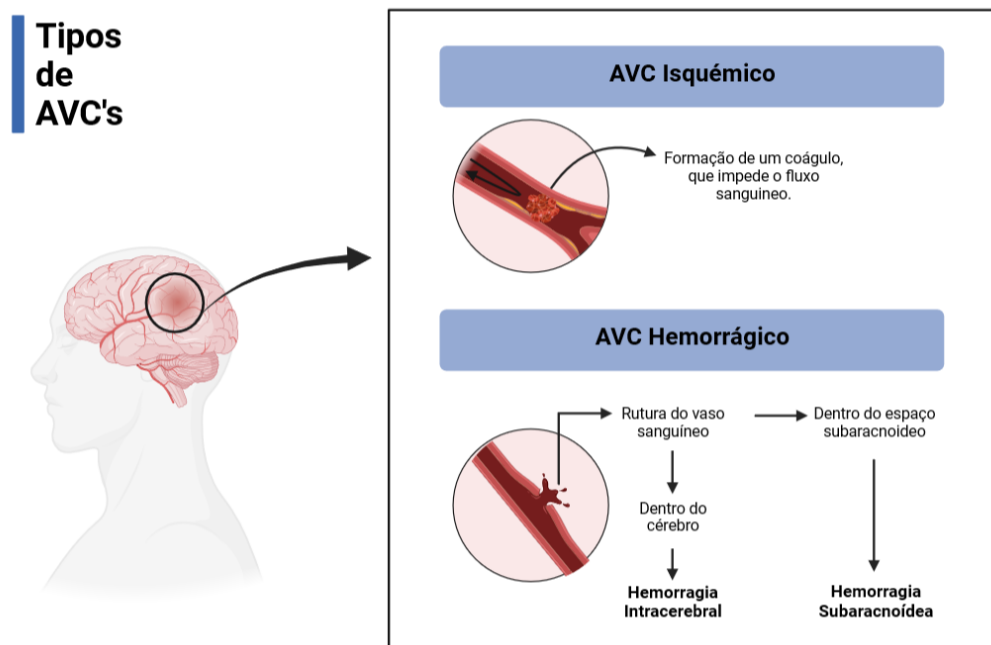


Figura 2: Representação dos tipos de AVC. Fonte: Elaborada com recurso ao BioRender.

O AVC Isquémico ocorre devido a um impedimento do fluxo sanguíneo numa artéria do cérebro, levando à morte cerebral. Esse impedimento do fluxo sanguíneo pode ser causado pela formação de um coágulo (trombo) numa artéria principal do cérebro, ou por um coágulo que se forma noutra artéria (como por exemplo nas artérias do coração ou do pescoço) e que ao “soltar-se” dessa artéria, desloca-se pela corrente sanguínea até obstruir um vaso sanguíneo que leve ao cérebro (American Stroke Association, 2020; Beal, 2010; Meschia & Brott, 2017; World Health Organization [WHO], 2006).

O AVC Isquémico pode ser transitório (AIT) caso exista a formação de um coágulo sanguíneo que bloqueia uma artéria num curto período de tempo (menos de 24 horas). Nestes casos, os sintomas geralmente duram apenas alguns minutos (American Heart Association, 2020; Hankey, 2016).

No AVC Hemorrágico ocorre a rotura do vaso sanguíneo, interrompendo o fluxo sanguíneo para uma parte do cérebro. Caso a rotura ocorra numa artéria dentro do cérebro, provocando um sangramento, temos uma hemorragia intracerebral, enquanto que se ocorrer numa artéria na superfície do cérebro e o sangramento ocorra no espaço entre as camadas interna e externa do tecido que cobre o cérebro, ocorre uma hemorragia subaracnoidea (American Heart Association, 2022; Beal, 2010; Mansur, 2011).

De um modo geral, o AVC isquêmico representa aproximadamente 87% de todos os casos de AVC, sendo por isso o mais comum, enquanto que os restantes 13% dos casos correspondem a AVC's Hemorrágicos (10% hemorragia intracerebral e 3% hemorragia subaracnoídea) (Mansur, 2011; Rosamond et al., 2008).

1.4. Sintomatologia do AVC

Os sintomas de um AVC acontecem de maneira súbita e rápida e dependem do local em que ocorre a obstrução ou sangramento no cérebro, originado uma perda de funções de uma parte específica do corpo (Beal, 2010; Hankey & Blacker, 2015; Chong, 2020).

Segundo a *American Stroke Association* (ASA), os sintomas mais comuns para AVC são: “(1) *paralisia ou fraqueza do rosto, braço ou perna, em particular num lado do corpo*; (2) *confusão, dificuldade em falar ou em entender as palavras que ouve*; (3) *dificuldade em ver de um ou ambos os olhos*; (4) *dificuldade em andar, tonturas, perda de equilíbrio ou coordenação*, e (5) *dor de cabeça grave sem causa conhecida*” (American Stroke Association, 2022; Beal, 2010), conforme podemos ver na Figura 3.

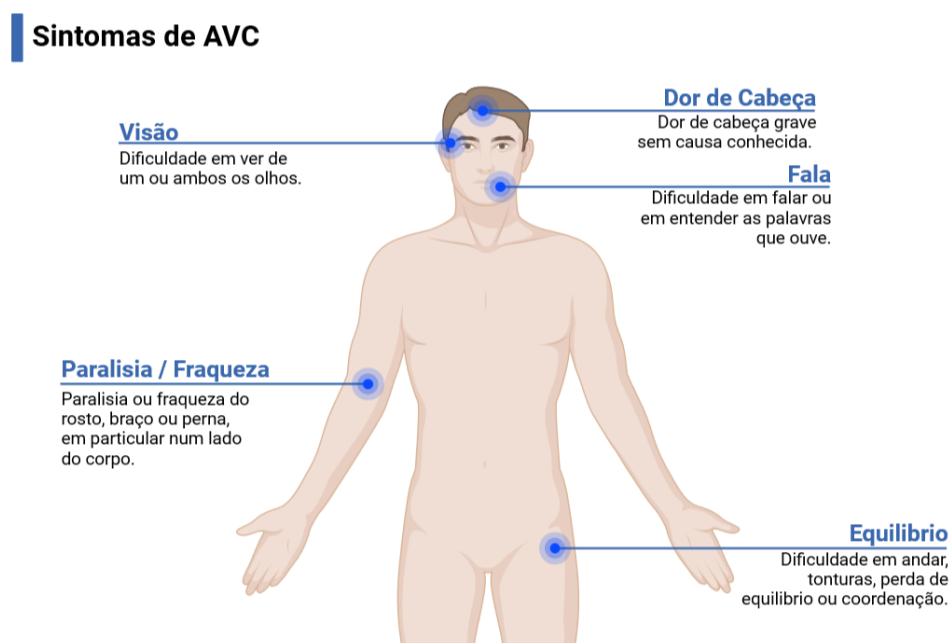


Figura 3: Representação dos sintomas mais comuns para AVC. Fonte: Figura elaborada com recurso ao BioRender.

Para além disso, a Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC), reforça ainda a importância do reconhecimento dos sinais de alerta que devem motivar o paciente a ligar para os serviços de emergência médica (112), conhecidos como os 3Fs: falta de força num braço, desvio da face e dificuldade em falar (SPAVC, 2016).

Apesar da maioria dos sintomas serem comuns a ambos os tipos de AVC (isquêmico e hemorrágico), vários estudos relatam que pacientes com AVC hemorrágico podem sentir frequentemente fortes dores de cabeça súbita, náuseas, vômitos e pressão arterial muito alta (Chong, 2020; Efstathiou et al., 2002; Naganuma et al., 2008; Ojaghihaghighi et al., 2017). No entanto, um estudo realizado por Kimura et al. (2004), verificou que a fraqueza do rosto, braço ou perna (70%), a dificuldade na fala (46%) e a dificuldade em andar (37%), são os sintomas mais frequentes no AVC isquêmico (Beal, 2010; Kimura et al., 2004).

1.5. Fatores de risco para AVC

Os fatores de risco são características num indivíduo que aumentam o risco de ocorrer doença, quando comparado com um indivíduo que não possui essa característica (Choudhury et al., 2015; Hankey, 2006).

Existem dois grupos principais de fatores de risco: os não modificáveis e os modificáveis (World Health Organization [WHO], 2006).

1.5.1. Fatores de risco não modificáveis

No que diz respeito aos fatores de risco não modificáveis, estes são irreversíveis e não podem ser modificados (Choudhury et al., 2015). De acordo com a OMS, os fatores de risco não modificáveis para AVC incluem a idade, o gênero e o histórico familiar / fatores genéticos (Figura 4) (World Health Organization [WHO], 2006).



Figura 4: Representação dos fatores de risco não modificáveis para AVC. Fonte: Figura elaborada com recurso ao BioRender.

→ Idade

De uma maneira geral, a incidência de AVC aumenta com a idade, sendo que após os 55 anos, essa incidência duplica a cada década, tanto nos homens como nas mulheres. Isto faz com que a idade, seja o fator de risco mais importante para o AVC (Boehme et al., 2017; Choudhury et al., 2015).

Dados publicados no relatório da *World Stroke Organization* (WSO), corroboram a importância da idade na incidência do AVC uma vez que foi observado que pessoas com idades inferiores a 70 anos contabilizam 62% dos casos de AVC, que ocorrem a cada ano, e as pessoas com idades entre os 15 e os 49 anos apenas contabilizam 16% dos casos de AVC (Feigin et al., 2022). Porém, durante os anos de 1990 e 2016 observou-se um crescente aumento da incidência de AVC entre pessoas dos 20 aos 54 anos, em todo o mundo. Sendo que se estipula que este aumento dos casos por parte de indivíduos mais jovens, ocorra devido à pré-existência de outros fatores de risco (Kuriakose & Xiao, 2020).

→ **Gênero**

De um modo geral, as mulheres têm um risco igual ou superior de ter um AVC, quando comparadas com os homens (Boehme et al., 2017; Kuriakose & Xiao, 2020). No relatório da WSO, as mulheres representam cerca de 53% de todos os AVC's, que ocorrem a cada ano, e os homens correspondem a 47% (Feigin et al., 2022). Esta diferença observada entre homens e mulheres pode ser devido ao aumento da longevidade, que é maior para as mulheres (Boehme et al., 2017).

No entanto, em idades mais jovens, as mulheres têm um maior risco de AVC, refletindo riscos que poderão estar relacionados com a gravidez, ou com outros fatores hormonais, como a toma de contraceptivos hormonais (Boehme et al., 2017).

→ **Histórico familiar / fatores genéticos**

Para além da idade e do gênero, os fatores genéticos também contribuem, para o risco de AVC, como fatores de risco não modificáveis (Boehme et al., 2017; Kuriakose & Xiao, 2020). O risco de desenvolver AVC aumenta, em cerca de 30%, caso exista histórico de AVC na família (Boehme et al., 2017).

Existe uma multitude de mecanismos genéticos, que podem afetar a variabilidade genética, contribuindo para o risco de AVC. É o caso de várias doenças de origem genética, que já se encontram documentadas e que têm um impacto no AVC, tal como a hipertensão e da diabetes (fatores de risco convencionais) e doenças raras como a arteriopatia cerebral autossômica dominante com enfartes subcorticais e leucoencefalopatia (Boehme et al., 2017; Kuriakose & Xiao, 2020). Para além disso, existem também algumas variantes de polimorfismos genéticos que têm sido associados com o risco de AVC, como é o caso do polimorfismo genético em 9p21 (Boehme et al., 2017; Kuriakose & Xiao, 2020).

1.5.2. Fatores de risco modificáveis

Os fatores de risco modificáveis estão associados a patologias e a comportamentos de risco realizados pelos indivíduos, podendo por isso ser alterados (Boehme et al., 2017; Choudhury et al., 2015).

Segundo os dados obtidos por O'Donnell et al. (2016) num estudo da INTERSTROKE, dez fatores de risco modificáveis estão associados a 90% de todos os AVC's (O'Donnell et al., 2016). Por causa disto, os fatores de risco modificáveis são extremamente importantes para a redução do risco de AVC. Isto porque, a redução destes fatores, através de estratégias de intervenção, pode levar a uma redução do risco de AVC (Boehme et al., 2017; Choudhury et al., 2015; Kuriakose & Xiao, 2020).

Alguns dos fatores de risco modificáveis mais reportados na literatura são patologias como: a hipertensão arterial (HTA), o colesterol, a fibrilhação auricular, a Diabetes *Mellitus* (DM); hábitos como o tabagismo, o consumo excessivo de álcool e o uso de drogas ilícitas, a obesidade e o sedentarismo, e também a utilização de alguns medicamentos como os contraceptivos orais (Figura 5) (Boehme et al., 2017; Choudhury et al., 2015; Kuriakose & Xiao, 2020).



Figura 5: Representação dos fatores de risco modificáveis para AVC. Fonte: Figura elaborada através do BioRender.

→ Hipertensão arterial (HTA)

De uma maneira geral um individuo tem pressão arterial alta, ou HTA, quando os valores se encontram acima dos 140/90 mmHg, e tem pressão arterial normal quando os valores estão por volta de 120/80 mmHg (The Stroke Foundation, 2022).

Em Portugal, no ano de 2015, cerca de 36% da população Portuguesa com idades entre os 25 e os 74 anos tinha HTA, sendo que a prevalência de HTA era mais elevada

nos homens (39,6%) e nas faixas etárias entre os 65 e os 74 anos (71,3%) (Rodrigues et al., 2016).

A HTA é o fator de risco modificável mais importante para o AVC, sendo considerado pela WSO como o principal fator de risco no Mundo (56%) (Boehme et al., 2017; Choudhury et al., 2015; Feigin et al., 2022), com vários estudos a relacionar o aumento do risco de ocorrência de AVC com o aumento da pressão arterial. Este aumento leva à necessidade de fazer o controlo da HTA, não só através da medicação mas também de mudanças de estilo de vida assim como mudanças na alimentação e aumento da atividade física (Boehme et al., 2017).

→ **Colesterol**

O colesterol circula no plasma ligado a várias lipoproteínas, responsáveis pela distribuição deste esteroide aos tecidos e ao fígado, sendo o LDL (*Low-density lipoprotein*), e o HDL (*High-density lipoprotein*) duas dessas lipoproteínas (Lee & Siddiqui, 2019; Wadhera et al., 2016).

O colesterol HDL, é conhecido como o colesterol “*bom*”, uma vez que desempenha um papel importante na eliminação do colesterol, transportando-o até ao fígado, para ser reciclado. Por outro lado, o colesterol LDL é conhecido como colesterol “*mau*”, uma vez que transporta o colesterol do fígado para o resto dos tecidos, mas também para os vasos sanguíneos, levando à formação de placas ateroscleróticas nas paredes das artérias. As placas formadas induzem a agregação de plaquetas e a deposição de coágulos (trombos) (Elshourbagy et al., 2014; März et al., 2017).

O resultado do “*1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico: Estado de Saúde*”, (Barreto et al., 2016), em Portugal no ano de 2015, demonstrou que 52,3% da população com idade entre os 25 e os 74 anos tinha níveis elevados de colesterol total (CT). Com o aumento da idade, a prevalência de CT elevado também tinha aumentado, sendo que nos grupos etários entre os 55 e os 64 anos (80,1%) e entre os 65 e os 74 anos (79,2%), essa prevalência era mais elevada (Barreto et al., 2016).

De acordo com Hackam & Hegele (2019) os níveis elevados de CT e colesterol LDL estão relacionados com o aumento do risco de AVC isquémico. Por outro lado, níveis baixos de CT e colesterol LDL estão associados a um aumento do risco de AVC Hemorrágico, com hemorragia intracerebral (Hackam & Hegele, 2019). No que diz respeito ao colesterol HDL, níveis elevados estão associados a um risco diminuído de AVC isquémico (Boehme et al., 2017).

→ **Fibrilhação auricular (FA)**

A fibrilhação auricular (FA) é o tipo mais comum de arritmia cardíaca, sendo reconhecida como um importante fator de risco para o AVC (Boehme et al., 2017; Essa et al., 2021). Em Portugal, cerca de 9% da população com idade igual ou superior a 65 anos tem FA (Monteiro, 2018).

De um modo geral, com o aumento da idade, a incidência e a prevalência de FA também aumenta. Sendo que após os 55 anos, a cada década, a incidência de FA duplica (Choudhury et al., 2015).

Para além disso, a FA é responsável por pelo menos um quinto dos AVC's isquémicos e considerado um dos fatores de risco individuais mais fortes para o AVC. Nos doentes com FA devem ser adotadas estratégias para prevenir a ocorrência de AVC, nomeadamente no uso de anticoagulantes orais como estratégia preventiva mais eficaz (Best et al., 2019).

→ **Diabetes Mellitus (DM)**

A Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença crónica caracterizada pela hiperglicemia (níveis elevados de glicose no sangue). Encontra-se cada vez mais presente na sociedade, podendo atingir ambos os géneros e todas as idades, apesar da sua prevalência aumentar muito com a idade (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2019).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Diabetologia, em Portugal em 2018, cerca de 13,6% da população com idades entre os 20 e os 79 anos tinha diabetes (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2019).

A DM é um fator de risco independente para AVC, sendo que os indivíduos com DM têm um risco significativamente maior de ter um AVC, para além de terem uma mortalidade mais elevada (Chen et al., 2016; Kuriakose & Xiao, 2020; Tun et al., 2017). De acordo com Kuriakose & Xiao (2020), a DM aumenta a taxa de mortalidade em aproximadamente 20%, para além de duplicar o risco de AVC isquémico (Kuriakose & Xiao, 2020). Por outro lado, a DM está também associada a elevadas taxas de morbilidade, para além dos pacientes diabéticos terem um prognóstico pior e uma recuperação mais lenta, após um AVC, quando comparados com pacientes não diabéticos (Chen et al., 2016; Kuriakose & Xiao, 2020; Tun et al., 2017).

→ **Consumo de tabaco**

O consumo de tabaco, em particular do cigarro, constitui um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade (Boden-Albala & Sacco, 2000; Rosendo et al., 2009). Segundo os dados do INE (2020), em Portugal, o consumo de tabaco atinge cerca de 17% da população com 15 ou mais anos, sendo que 14,2% são fumadores diários, 2,8% são fumadores ocasionais e 21,4% são ex-fumadores (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

O consumo de tabaco é reconhecido como um fator de risco independente e evitável para o AVC, estando diretamente ligado ao aumento do risco de AVC, em particular o AVC isquémico (Choudhury et al., 2015; Kuriakose & Xiao, 2020; Luo et al., 2022). Segundo Kuriakose & Xiao (2020) o consumo de tabaco contribui cerca de 15% para a mortalidade relacionada com AVC (Kuriakose & Xiao, 2020).

Por outro lado, a cessação do consumo de tabaco leva à redução do risco de AVC, com a maior parte do risco a ser reduzido ao fim de 2-5 anos (Boehme et al., 2017; Boden-Albala & Sacco, 2000; Kuriakose & Xiao, 2020).

→ **Consumo de álcool**

O consumo de álcool constitui um grande problema de saúde pública, sendo consumido amplamente em todo o Mundo (Gonçalves & Carvalho, 2017; Reynolds et al., 2003).

Segundo os dados do “*IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, 2016/17*” (Balsa et al., 2018), a substância psicoativa mais consumida em Portugal é o álcool. Além disso, o álcool é a substância psicoativa com maior prevalência de consumo ao longo da vida (86,4% em 2016/2017) (Balsa et al., 2018).

O consumo de álcool constitui um fator de risco para o AVC, sendo que a relação entre ambos depende do tipo de AVC (Boehme et al., 2017; Reynolds et al., 2003).

No que diz respeito ao AVC isquémico, estudos demonstram que o consumo baixo a moderado de álcool (até duas bebidas por dia nos homens e até uma bebida por dia nas mulheres) tem um efeito protetor contra o AVC mas o consumo excessivo de álcool aumenta o risco de ocorrência AVC. As mulheres apresentam maior risco de AVC do que os homens quando a ingestão de álcool ultrapassa as 3 bebidas por dia (Boehme et al., 2017; Choudhury et al., 2015; Kuriakose & Xiao, 2020).

Em relação ao AVC hemorrágico, estudos relatam que o consumo de álcool aparenta aumentar o risco de hemorragia, mesmo em pequenas quantidades (Boehme et al., 2017; Kuriakose & Xiao, 2020).

→ **Consumo de drogas**

A utilização de drogas ilícitas constitui um grande problema social e de saúde pública (Tsatsakis et al., 2019). Estima-se que na UE 29% dos indivíduos com idades entre os 15 e os 64 anos tenham consumido alguma droga ilícita, sendo que o consumo é mais prevalente nos homens (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2022).

Quanto ao tipo de drogas ilícitas consumidas, o relatório Europeu sobre “*Drogas 2022: Tendências e Evoluções*”, reporta a cannabis como a substância mais consumida na UE, seguida pela cocaína e pelas anfetaminas (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2022). Por outro lado, o mesmo relatório indica que os opiáceos representam a maior parte dos danos relativos ao consumo de drogas ilícitas apesar do seu consumo ser inferior ao de outras drogas (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2022).

Em Portugal, o consumo de substâncias psicoativas ilícitas nos últimos 12 meses está abaixo do valor médio das prevalências observadas em vários países Europeus. A cannabis é a substância com maior prevalência de consumo, independentemente do ano analisado (Balsa et al., 2018).

O consumo de drogas como causa de AVC é significativamente mais comum entre indivíduos com idade inferior a 35 anos, constituindo um risco aumentado de AVC isquémico e hemorrágico (Kuriakose & Xiao, 2020; Lappin et al., 2017). Em particular, o consumo de drogas ilícitas como a cocaína, a heroína, as anfetaminas e o ecstasy, tem sido associado ao aumento do risco de AVC isquémico e hemorrágico (Boehme et al., 2017). No entanto, a associação entre o consumo de cannabis e o AVC não foi totalmente comprovada, existindo na literatura achados contraditórios (Esse et al., 2011; Kuriakose & Xiao, 2020; Tsatsakis et al., 2019).

→ **Obesidade / sedentarismo / hábitos alimentares**

Em Portugal, estima-se que cerca de 59,1% da população adulta tenha excesso de peso e que 24% tenha obesidade (World Health Organization [WHO], 2013). A obesidade está associada a um risco aumentado de AVC pela sua relação com fatores de risco como a HTA, a diabetes e o colesterol (Boehme et al., 2017; Kernan et al., 2013).

Por outro lado, a realização de atividade física regular reduz a incidência de AVC e de mortalidade, tanto em homens como em mulheres (Boden-Albala & Sacco, 2000; Butler & Evenson, 2014), sendo que este efeito benéfico pode ser explicado pela relação entre a

realização de atividade física e a redução de vários fatores de risco, incluindo a obesidade e os anteriormente mencionados (Boden-Albala & Sacco, 2000; Boehme et al., 2017).

Para além disso, os hábitos alimentares também influenciam o risco de AVC, assim como outros fatores de risco tais como os mencionados anteriormente. Em particular a ingestão de sal está associada a um aumento da HTA e consequentemente a um aumento do risco de AVC, enquanto que o consumo de frutas e vegetais tem sido relacionado a uma diminuição do risco de AVC (Boden-Albala & Sacco, 2000; Boehme et al., 2017; Spence, 2019).

→ **Relação dos medicamentos com o AVC**

Recentemente tem sido demonstrado que diversos fármacos podem estar associados a um risco elevado de AVC tais como vários medicamentos cardiovasculares, em particular os antitrombóticos, opioides e também vários antibióticos. Tanto os opioides como alguns antibióticos foram associados a um aumento do risco de AVC isquémico. Em particular nos antibióticos, a ampicilina foi o medicamento que demonstrou ter uma associação mais forte com o risco de AVC por interação com a varfarina, aumentando o risco de formar trombos. Para além desses medicamentos, também os antidepressivos e os antipsicóticos foram associados a um aumento do risco de AVC (Janszky et al., 2021; Marto et al., 2021).

No que diz respeito à utilização de contraceptivos hormonais, vários estudos têm sido desenvolvidos para estudar a relação entre os contraceptivos orais (COs) e o risco de AVC (Bousser & Kittner, 2000).

Os COs constituem um método eficaz de controlo de gravidez indesejada, sendo o terceiro método contraceptivo mais utilizado no mundo inteiro. No entanto, apesar dos seus benefícios, nos últimos anos têm sido levantadas preocupações relativamente à segurança da sua utilização (Xu et al., 2018).

Alguns estudos relatam que a utilização de COs pode aumentar o risco de trombose venosa, devido à influência do estrogénio em vários fatores relacionados com a cascata da coagulação. Devido a esse risco, tornou-se necessário mudar a dose de estrogénio utilizada na formulação dos COs, a fim de reduzir estes efeitos colaterais (Roach et al., 2015; Silva, 2017; Tchaikovski & Rosing, 2010). Assim, as formulações mais modernas têm uma dose menor de estrogénio (<50 µg), apresentando um menor risco de ocorrência de um AVC, ao contrário das formulações antigas que tinham doses mais elevadas de estrogénio (≥50 µg) e estavam associadas a um aumento do risco de AVC (Bousser & Kittner, 2000; Carlton et al., 2018; Choudhury et al., 2015; Dulicek et al., 2018).

Para além disso, segundo uma meta-análise de Xu et al. (2015), apesar da utilização de COs estar associada à ocorrência de AVC isquémico, o risco é muito baixo, particularmente em mulheres que não têm HTA e não fumam (Xu et al., 2015). Em contraste, as mulheres com fatores de risco associados, como tabagismo e/ou HTA, devem ser aconselhadas na hora de escolher um método contraceutivo, uma vez que nestas mulheres o risco de AVC isquémico por toma de COs é mais elevado (Bousser & Kittner, 2000; Carlton et al., 2018; Correia et al., 2021; Gompel & Plu-Bureau, 2014; Xu et al., 2018).

1.6. Conhecimentos sobre AVC por parte da População

Como já referido, nos últimos anos, observou-se uma diminuição da taxa de mortalidade por AVC em Portugal, em grande parte devido às ações de sensibilização das autoridades e da sociedade em geral no combate aos fatores de risco modificáveis (Andrade et al., 2018; Oliveira, 2012).

Apesar disso, o AVC continua a ser a principal causa de morte em Portugal (Instituto Nacional de Estatística, 2022), demonstrando a existência de falhas na aquisição de conhecimento sobre os comportamentos que aumentam o risco de AVC por parte da população em geral (Andrade et al., 2018; Mansur, 2011). Tanto Andrade et al. (2018) como Mansur (2011) verificaram a existência de lacunas no conhecimento sobre AVC por parte do cidadão comum, demonstrando a necessidade da implementação de campanhas de educação mais eficazes que devem ser sensíveis às diferenças do nível de literacia em saúde da população portuguesa.

É urgente melhorar não só o conhecimento, mas também a consciencialização de que os fatores de risco modificáveis aumentam significativamente o risco de AVC num indivíduo, e que na maioria dos casos esses fatores podem ser alterados. Adicionalmente, as campanhas educacionais devem ser avaliadas, não só quanto à sua eficácia mas também até que ponto elas influenciam positivamente o comportamento do público ao longo do tempo (De Dominicis et al., 2006; Stevens et al., 2017).

1.7. Impacto Médico-Legal do AVC

Como já foi descrito anteriormente, o consumo de álcool e de drogas constituem grandes problemas de saúde pública, estando associados a diversos problemas de saúde, incluindo a ocorrência de AVC (Gonçalves & Carvalho, 2017; Reynolds et al., 2003; Tsatsakis et al., 2019).

Em particular, o consumo de álcool é substância psicoativa associada a um maior número de mortes, para além de constituir a principal causa de acidentes rodoviários (Gonçalves & Carvalho, 2017).

Em Portugal, segundo o Relatório Anual 2019 “*A Situação do País em Matéria de Álcool*” do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) (2020), em 2019, o Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I. P. (INMLCF, I. P.) realizou 6 735 autópsias, sendo que em 81% dos casos (ou seja, 5 458 autópsias) foram solicitados exames toxicológicos para pesquisa de álcool. Os exames toxicológicos realizados confirmaram a presença de álcool em 20% dos casos (1 105 casos positivos) e desses casos, 88% (975 casos) tinham informações sobre a causa de morte e etiologia médico-legal, sendo que 36% dessas mortes foram atribuídas a acidente (incluindo os de viação), 36% a mortes naturais, 12% a suicídio, 4% a intoxicação alcoólica, 2% a overdose com substâncias ilícitas e 2% a homicídio (SICAD, 2020).

Sob o ponto de vista médico-legal, considerando as taxas de mortalidade, foi observado uma associação entre o consumo elevado de álcool e o aumento da mortalidade por AVC (Ronksley et al., 2011). Por outro lado, no que diz respeito ao consumo de drogas ilícitas, está descrito na literatura que as doenças cerebrovasculares contribuem para a morbilidade e incapacidade associadas com o uso de drogas ilícitas (Esse et al., 2011; Fonseca & Ferro, 2013).

Para além das taxas de mortalidade, o AVC continua a ter um grande impacto na sociedade, diminuindo significativamente a qualidade de vida dos indivíduos afetados (Alves, 2012).

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

Esta dissertação foi realizada no âmbito do Mestrado em Medicina Legal, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS-UP), sob a orientação da Professora Doutora Isabel Silva e da Professora Doutora Graça Lobo, e tem como objetivos principais:

- Estudar os hábitos de consumo dos Portugueses que possam estar associados com a prevalência e incidência do AVC, de acordo com as características sociodemográficas;
- Fazer um levantamento do conhecimento geral da população sobre o AVC, bem como os fatores que podem estar relacionados ao risco de AVC;
- Estudar a combinação dos diferentes fatores de risco para o AVC, na sua ocorrência e nas sequelas derivadas do mesmo;
- Analisar do ponto de vista médico-legal o impacto do AVC na qualidade de vida dos Portugueses de acordo com os seus hábitos.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Tipo de estudo

Para a concretização dos objetivos propostos realizámos um estudo exploratório-descriptivo transversal. Para a realização deste trabalho de investigação foi criado um questionário *online* denominado “*Abordagem médico-legal da combinação de diferentes fatores de risco que contribuem para a ocorrência de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) e suas consequências na população Portuguesa*”.

Antes de divulgado, quer o projeto quer o questionário foram submetidos e aprovados pela Comissão de Ética conjunta do CHUP/ICBAS - Centro Hospitalar Universitário do Porto e pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, [Refª 2021/CE/P030(P370/CETI/ICBAS)] (ver Anexo 1). Foi também submetido à Unidade da Proteção de Dados da Reitoria da Universidade do Porto, tendo recebido um parecer positivo (*Parecer A-11/2022*) (ver Anexo 2).

Estes procedimentos asseguraram-nos que o nosso projeto e respetivo questionário seguem os princípios éticos descritos na Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

O questionário esteve disponível durante 64 dias, entre 26 de janeiro e 31 de março de 2022, utilizando a plataforma Inquéritos da Universidade do Porto (UP).

A divulgação ocorreu de forma *online*, através de várias redes sociais (p. ex. *Facebook*, *Instagram* e *WhatsApp*) e enviado por email para os membros da comunidade académica da UP e outras Universidades Portuguesas. As universidades que aceitaram colaborar neste estudo, divulgando junta da comunidade académica o questionário foram: a Universidade da Madeira, Universidade dos Açores, Universidade de Aveiro e Instituto Politécnico de Viseu.

O questionário tinha um carácter voluntário, e era anónimo e confidencial, sendo que era dada ao participante a possibilidade de desistir em qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência.

3.2. Estrutura do questionário

O questionário foi dividido em quatro grupos, sendo composto por trinta e oito questões, no total (ver Anexo 3).

O Grupo 1 teve como objetivo fazer a caracterização sociodemográfica dos participantes (idade, género, estado civil, habilitações literárias, profissão, concelho de residência e problemas de saúde).

O Grupo 2 teve como objetivo fazer a caracterização dos hábitos de consumo da população e serviu para a elaboração de um perfil de consumo da amostra representativa da população Portuguesa. Os participantes foram questionados sobre os hábitos alimentares, o consumo de álcool, drogas, tabaco, medicamentos e café, prática de exercício físico e perceção do risco que a sua profissão pode atribuir à sua saúde.

O Grupo 3 teve como objetivo avaliar o nível de conhecimento dos participantes sobre fatores que podem condicionar a ocorrência e prevalência de AVC. Os participantes foram questionados sobre quais os fatores que podem contribuir para a ocorrência de AVC, tais como o estilo de vida, o consumo de várias substâncias e fatores genéticos.

O Grupo 4 abordava questões sobre o histórico pessoal de AVC (tipo de AVC, a idade em que ocorreu, os fatores de risco, as sequelas, os hábitos alterados) e o histórico de AVC de alguém que o participante conhecesse (tipo de AVC, a idade que ocorreu, os fatores de risco, as sequelas).

3.3. Critérios de inclusão dos participantes

Os critérios que consideramos de elegibilidade para participação neste estudo foi ter idade igual ou superior a 18 anos e os participantes serem residentes em Portugal continental ou ilhas.

3.4. Amostra

Foram obtidos 1049 questionários destes, 414 questionários foram excluídos por se encontrarem incompletos. Dos 635 questionários completos, 3 foram excluídos porque os participantes não residiam em Portugal (continental ou ilhas) e 9 foram excluídos porque os participantes deram respostas inválidas.

Feitas as exclusões, a nossa amostra final incluiu 623 participantes (Figura 6).

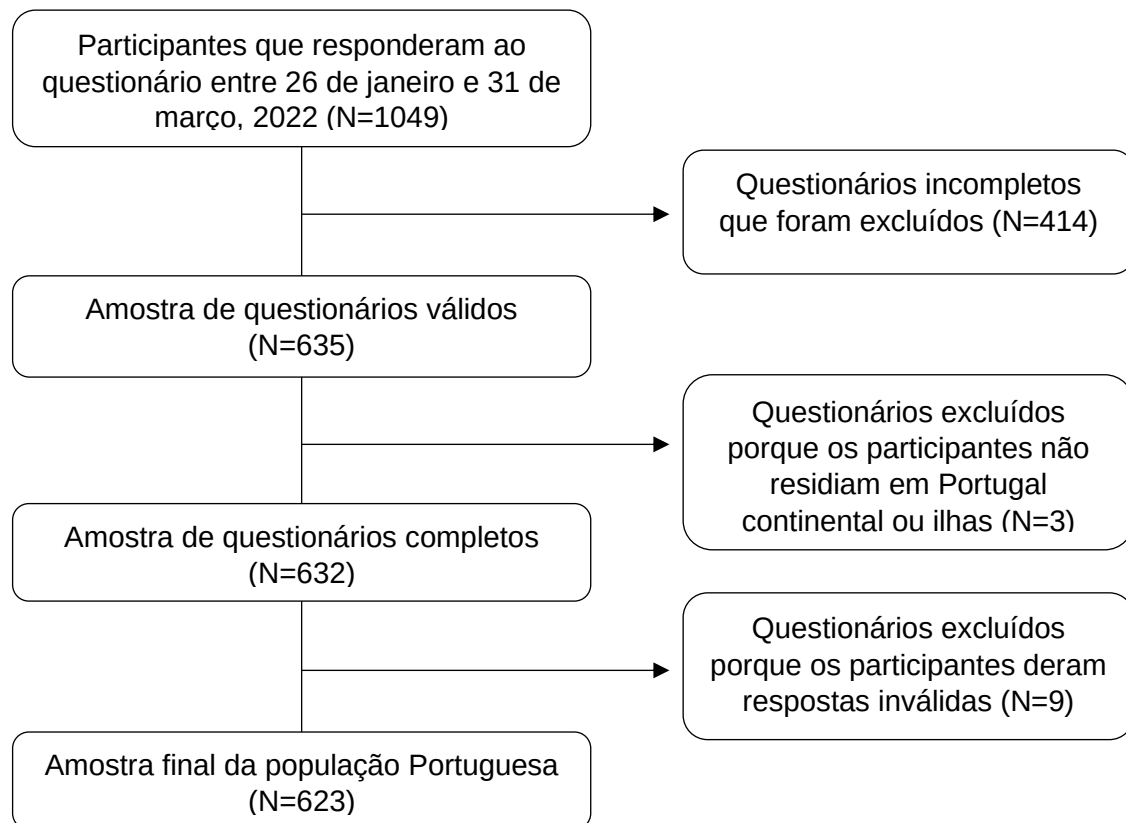


Figura 6: Fluxograma do processo de amostragem da população portuguesa.

3.5. Análise dos dados

Os dados obtidos foram exportados da plataforma Inquéritos UP e organizados numa base de dados, utilizando o *Microsoft® Excel®* para software *Windows* (*Microsoft 365 MSO*; versão 2205).

Posteriormente a análise dos dados e as representações gráficas, foram realizadas utilizando *GraphPad Prism*, Versão 8.0.1 para *Windows software*. A análise dos dados foi sobretudo descritiva, no entanto, em algumas situações, em que os dados permitiam, realizamos o teste *t-student* para observar diferenças estatísticas ($p < 0.05$) entre dois grupos.

4. RESULTADOS

4.1. Características da amostra

Numa primeira fase caracterizamos a amostra em estudo relativamente aos dados sociodemográficos: género, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, região de residência, problemas de saúde e profissão de risco.

Foram considerados para análise 623 inquéritos válidos, correspondendo este número à amostra da População Portuguesa em estudo, com idade entre os 18 e os 88 anos. A caracterização sociodemográfica destes participantes encontra-se representada na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra (N=623).

		Frequência (N)	Percentagem (%)
Género	Feminino	427	68,5
	Masculino	196	31,5
Faixas etárias	[18-30]	228	36,6
	[31-50]	263	42,2
	[51-65]	118	18,9
	[66-88]	14	2,2
Estado Civil	Solteiro/Divorciado/Viúvo	313	50,2
	Casado/União de Facto	310	49,8
Escolaridade	Ensino Básico (1º ao 9º)	48	7,7
	Ensino Secundário/Profissional (10º ao 12º)	176	28,3
	Ensino Superior	397	63,7
	Outro	2	0,3
Situação Profissional	Estudante	122	19,6
	Trabalhador-Estudante	12	1,9
	Empregado	452	72,6
	Desempregado	20	3,2
	Reformado	17	2,7
Região de Residência	Norte	187	30,0
	Centro	123	19,7
	Sul	262	42,1
	Região Autónoma dos Açores e da Madeira	51	8,2

Como podemos ver na Tabela 1, a maioria dos participantes são do género feminino (68,5%), enquanto que 31,5% são do género masculino. As mulheres têm uma idade média

de 36 ± 14 anos e os homens têm uma idade média de 42 ± 12 anos, observando-se uma diferença significativa entre as idades de ambos ($p < 0,0001$) (ver Tabela 1, Anexo 4).

A idade dos participantes variou entre os 18 e 88 anos e estes foram agrupados em quatro faixas etárias: indivíduos jovens com idades entre 18-30 anos, participantes adultos com idades entre 31-50 anos, adultos ativos com idades entre 51-65 anos e idosos com idades entre os 66-88 anos (Tabela 1). A maioria dos participantes (42,2%) está na faixa etária dos 31-50 anos, 36,6% está na faixa etária dos 18-30 anos, 18,9% está na faixa dos 51-65 anos e apenas 2,2% está na faixa 66-88 anos.

Considerando o estado civil (Tabela 1), o número de participantes que indicaram o estado de “solteiro/a, divorciado/a ou viúvo/a”, foi superior (50,2%), aos indivíduos que indicaram estar “casado/a ou a viver em união de facto” (49,8%).

Relativamente à escolaridade (Tabela 1), os participantes foram divididos em quatro grupos: com o ensino básico (1º ao 9º ano), com ensino secundário/profissional (10º ao 12º ano), com o ensino superior e participantes com outras escolaridades. A maioria dos participantes tem o ensino superior (63,7%), 28,3% tem o ensino secundário/profissional, 7,7% tem o ensino básico e apenas 0,3% tem outra escolaridade.

Em relação à situação profissional, a maioria dos participantes, 72,6%, está empregada, 19,6% é estudante, 3,2% está desempregada, 2,7% está reformada e 1,9% é trabalhador-estudante (Tabela 1).

Tendo em conta a região de residência (Tabela 1), os participantes foram divididos em quatro regiões: Região Sul, que inclui os distritos de Lisboa, Santarém, Setúbal, Portalegre, Évora, Beja e Faro; Região Norte, que inclui os distritos de Viana do Castelo, Braga, Vila Real, Bragança e Porto; Região Centro, que inclui os distritos de Aveiro, Guarda, Viseu, Coimbra, Castelo Branco e Leiria e a Região Autónoma dos Açores e da Madeira. Usando esta divisão territorial, observamos que a maioria dos participantes (42,1%), reside na Região Sul, 30% reside na Região Norte, 19,7% reside na Região Centro e 8,2% residem na Região Autónoma dos Açores e da Madeira. Tivemos assim participantes de todos os distritos de Portugal Continental e também das ilhas da Madeira e dos Açores.

Analisando os resultados pelo distrito de residência (Figura 7), verificamos que o Porto foi o distrito com maior percentagem de participantes (23,6%), seguido do distrito de Portalegre (19,3%) e do distrito de Aveiro (8,3%).

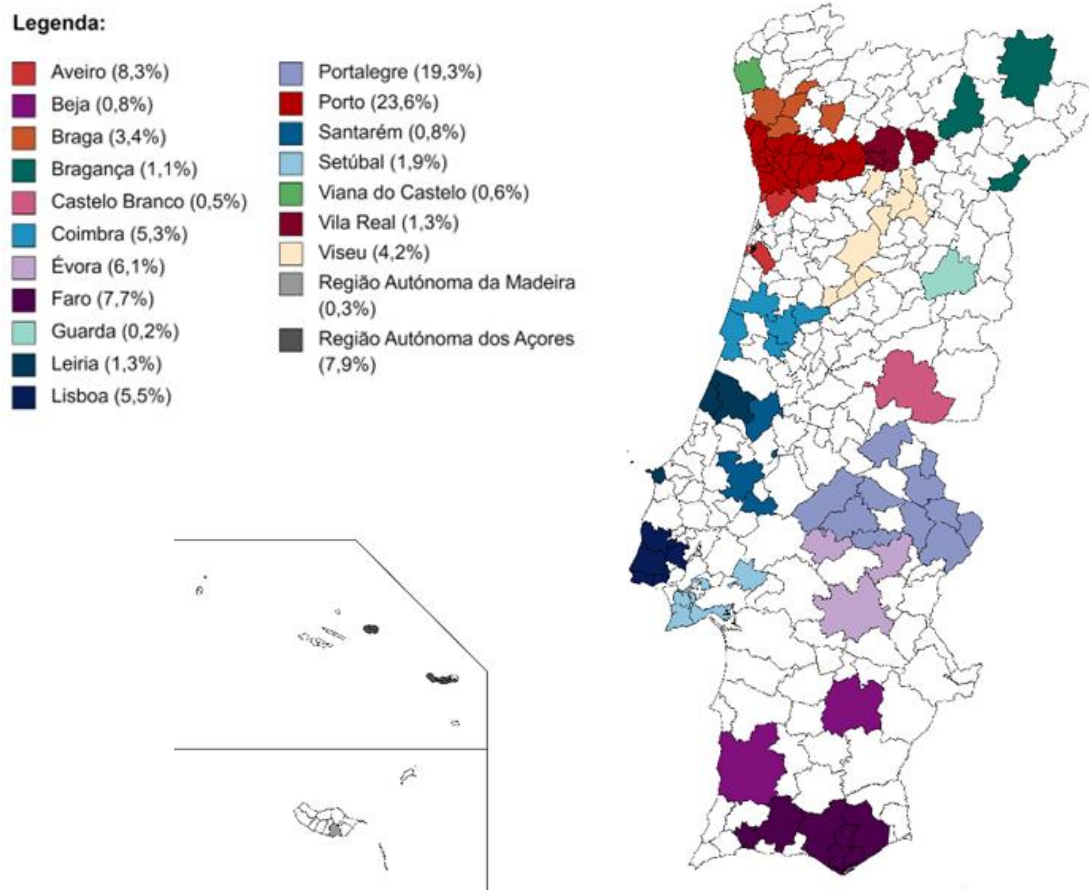


Figura 7: Distribuição geográfica dos participantes por distrito de residência em Portugal (Continental e Ilhas).

Quando questionados sobre os seus problemas de saúde (Figura 8), a maioria dos participantes (73,4%) indicou não ter problemas de saúde, no entanto, 26,6% dos participantes tem problemas de saúde.

A tipologia dos problemas de saúde indicados pelos participantes foi: obesidade, cancro, hipertensão arterial, diabetes, asma, depressão, alterações na coagulação sanguínea, doenças autoimunes, doenças inflamatórias, doenças reumáticas, hipotireoidismo e outras doenças (ver Tabela 2, Anexo 4), e estão representados na Tabela 2.

Indivíduos com problemas de saúde

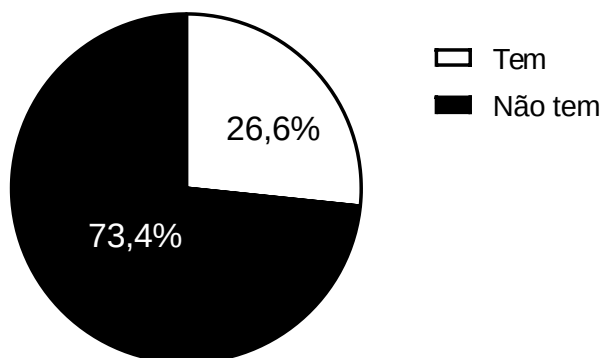


Figura 8: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos com ou sem problemas de saúde. A área a branco representa a % de participantes com problemas de saúde; a área a preto representa a % de participantes que não têm problemas de saúde.

Analisando a Tabela 2, observamos que o problema de saúde mais indicado pelos participantes foi a hipertensão arterial (HTA), com 20,5%, seguido pela asma, com 16,9%, enquanto que as alterações na coagulação sanguínea e o hipotireoidismo, foram os problemas de saúde menos indicados pelos participantes, com 4,2% cada.

Fazendo a análise de acordo com o género (Tabela 2), observamos que a maioria dos participantes com doenças reumáticas, é do género masculino (57,1%), enquanto que nos restantes problemas de saúde, a maioria dos participantes é do género feminino.

Em relação às faixas etárias (Tabela 2), a maior parte dos participantes com asma (46,4%) e com depressão (44,4%) tem idades entre os 18-30 anos, enquanto que a maior parte dos participantes que tem HTA (44,1%), alterações na coagulação sanguínea (42,9%) e hipotireoidismo (42,9%) tem idades entre os 51-65 anos. Relativamente às doenças inflamatórias, 35,7% dos participantes tem idades entre os 18-30 anos e os 51-65 anos. Nos restantes problemas de saúde, os participantes têm na sua maioria idades entre 31-50 anos.

Analisando a situação profissional, verificamos que a maioria dos participantes está empregada, independentemente do problema de saúde indicado (Tabela 2).

Tabela 2: Problemas de saúde dos participantes, de acordo com o género, faixas etárias e situação profissional.

	% Total	Género		Faixas Etárias				Situação Profissional			
		F (%)	M (%)	[18-30] (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	[66-88] (%)	Est (%)	Emp (%)	Des (%)	Ref (%)
Obesidade	14,5	79,2	20,8	16,7	50,0	29,2	4,2	4,2	95,8	-	-
Cancro	4,8	62,5	37,5	-	50,0	50,0	-	-	87,5	-	12,5
Hipertensão arterial	20,5	61,8	38,2	5,9	41,2	44,1	8,8	5,9	85,3	-	8,8
Diabetes	13,9	60,9	39,1	13,0	47,8	34,8	4,3	4,3	87,0	-	8,7
Asma	16,9	64,3	35,7	46,4	42,9	7,1	3,6	25,0	64,3	7,1	3,6
Depressão	10,8	83,3	16,7	44,4	38,9	16,7	-	33,3	61,1	5,6	-
Alterações na coagulação sanguínea	4,2	71,4	28,6	28,6	28,6	42,9	-	-	85,7	-	14,3
Doenças Autoimunes	7,8	84,6	15,4	15,4	46,2	30,8	7,7	-	76,9	15,4	7,7
Doenças Inflamatórias	8,4	71,4	28,6	35,7	28,6	35,7	-	21,4	78,6	-	-
Doenças Reumáticas	8,4	42,9	57,1	7,1	71,4	21,4	-	7,1	85,7	-	7,1
Hipotiroidismo	4,2	100,0	-	14,3	28,6	42,9	14,3	-	85,7	-	14,3
Outros	16,9	75,0	25,0	25,0	46,4	25,0	3,6	7,1	67,9	14,3	10,7

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Emp - Empregado, Des - Desempregado, Ref - Reformado, % - percentagem de indivíduos.

Quando questionados sobre a sua profissão, se é ou não de risco (Figura 9), a maioria dos participantes, 70,8%, indicou não ter uma profissão de risco enquanto que 29,2% dos participantes considerou ter uma profissão de risco.

Indivíduos com profissão de risco

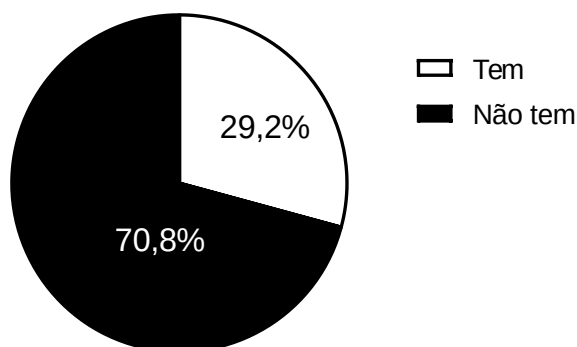


Figura 9: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos com profissão de risco. A área a branco representa a % de participantes com profissão de risco; a área a preto representa a % de participantes que não têm profissão de risco.

Na Tabela 3 estão representados os motivos indicados pelos participantes para considerarem ter uma profissão de risco: “*riscos associados à segurança e saúde*”, “*muita pressão, stress e desgaste*”, “*horários pouco estáveis*” (como por exemplo, trabalhar muitas horas, fazerem horas noturnas, ou trabalhar por turnos) e “*outros*” motivos (ver Tabela 3, Anexo 4).

Analisando a Tabela 3, verificamos que os principais motivos indicados pelos participantes para terem uma profissão de risco foram os “*riscos associados à segurança e saúde*”, indicado por cerca de 50,5% da amostra, seguido de “*muita pressão, stress e desgaste*”, mencionado por 29,7% da amostra. Os motivos menos citados pelos participantes, com cerca de 12,1%, foram os “*horários pouco estáveis*”, seguido por “*outros*” motivos (7,7%).

Fazendo a análise em relação ao género (Tabela 3), verificamos que a maioria dos participantes que indicaram como motivo “*muita pressão, stress e desgaste*” é do género feminino (59,3%), enquanto que a maioria dos participantes que indicou como motivo os “*horários pouco estáveis*”, é do género masculino (63,6%). Os participantes que indicaram como motivo “*riscos associados à segurança e saúde*”, é equitativamente de ambos os géneros.

Quando fazemos a análise das faixas etárias que apresentam maior percentagem de motivos para ter uma profissão de risco observámos que a maioria dos participantes tem idades entre os 31-50 anos (Tabela 3).

Analisando a escolaridade (Tabela 3), verificamos que a maioria dos participantes que indicou “*outros*” motivos para ter uma profissão de risco tem o ensino secundário/profissional (71,4%), enquanto que os “*riscos associados à segurança e saúde*” (42,4%), “*muita pressão, stress e desgaste*” (74,1%) e “*horários pouco estáveis*” (50%) são assinalados pela maioria dos participantes que tem o ensino superior.

Tabela 3: Motivos que os participantes consideram para ter uma profissão de risco, de acordo com o género, faixas etárias e escolaridade.

	% Total	Género		Faixas Etárias				Escolaridade			
		F (%)	M (%)	[18-30] (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	[66-88] (%)	EB (%)	ESP (%)	ES (%)	Outro (%)
Riscos associados a Segurança e Saúde	50,5	50,0	50,0	14,1	58,7	23,9	3,3	17,4	39,1	42,4	1,1
Muita pressão, stress e desgaste	29,7	59,3	40,7	14,8	48,1	31,5	5,6	7,4	18,5	74,1	-
Horários pouco estáveis (muitas horas/horas noturnas/turnos)	12,1	36,4	63,6	22,7	63,6	4,5	9,1	-	45,5	50,0	4,5
Outros	7,7	50,0	50,0	7,1	57,1	35,7	-	7,1	71,4	21,4	-

Legenda: F - feminino, M - masculino, EB - Ensino Básico, ESP- Ensino Secundário / Profissional, ES - Ensino Superior, % - percentagem de indivíduos.

4.2. Hábitos de consumo da amostra

Após ter caracterizado a nossa amostra considerando os dados sociodemográficos, fomos caracterizá-la considerando os hábitos de consumo (Grupo 2 do questionário realizado). Para isso, fomos avaliar os seguintes parâmetros: hábitos alimentares, consumo de café, realização de exercício físico, consumo de álcool, consumo de droga, hábitos tabágicos, consumo de medicamentos e hábitos de consumo cumulativos.

4.2.1. Hábitos alimentares

Questionámos os participantes relativamente aos seus hábitos alimentares, e, tal como podemos observar na Figura 10, a maioria dos participantes (cerca de 82,5%) indica ter uma alimentação saudável enquanto que, 17,5% dos participantes considerou não ter.

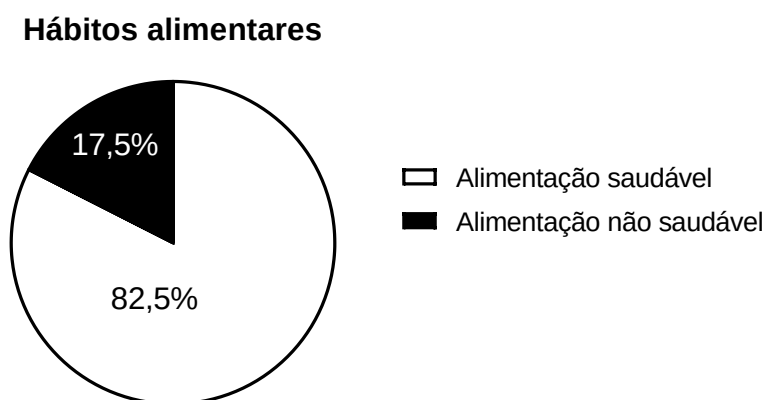


Figura 10: Representação gráfica, dos hábitos alimentares em percentagem (%) de indivíduos. A área a branco representa a % de participantes com alimentação saudável; a área a preto representa a % de participantes que não têm alimentação saudável.

Esta tendência mantém-se quando analisamos os grupos por género, ou seja, dentro do grupo das mulheres a grande maioria (83,8%) considera ter hábitos alimentares saudáveis, e o mesmo acontece no grupo dos homens em que 79,6% referiu ter uma alimentação saudável. Analisando os grupos por faixas etárias, verificamos que essa tendência também se mantém, ou seja, dentro do grupo dos 18-30 anos (81,6%), dos 31-50 anos (81,4%), dos 51-65 anos (86,4%) e dos 66-88 anos (85,7%), a grande maioria considera ter hábitos alimentares saudáveis (ver Tabela 4, Anexo 4).

Os motivos que os participantes indicaram para considerarem não ter uma alimentação saudável: “*alimentação pouco diversificada*”, “*custo, tempo e quantidade*”, “*fast-food/comidas gordurosas/consumo excessivo de açúcar*” e “*outros*” motivos (ver Tabela 5, Anexo 4), encontram-se representados na Tabela 4.

Tabela 4: Motivos da alimentação não saudável, de acordo com o género, faixas etárias, escolaridade e situação profissional.

	% Total	Género		Faixas Etárias				Escolaridade			Situação Profissional				
		F (%)	M (%)	[18-30] (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	[66-88] (%)	EB (%)	ESP (%)	ES (%)	Est (%)	Trab-Est (%)	Emp (%)	Des (%)	Ref (%)
Alimentação pouco diversificada	43,1	68,1	31,9	46,8	40,4	10,6	2,1	8,5	27,7	63,8	25,5	8,5	59,6	4,3	2,1
Custo, Tempo e Quantidade	23,9	57,7	42,3	23,1	57,7	19,2	-	7,7	53,8	38,5	19,2	-	80,8	-	-
Fast-Food/Comidas Gordurosas/Consumo Excessivo de Açúcar	25,7	60,7	39,3	39,3	39,3	17,9	3,6	10,7	25,0	64,3	3,6	3,6	92,9	-	-
Outros	7,3	62,5	37,5	37,5	50,0	12,5	-	37,5	25,0	37,5	12,5	12,5	62,5	12,5	-

Legenda: F - feminino, M - masculino, EB - Ensino Básico, ESP - Ensino Secundário/Profissional, ES - Ensino Superior, Est - Estudante, Trab-Est - Trabalhador-Estudante, Emp - Empregado, Des - Desempregado, Ref - Reformado, % - percentagem de indivíduos.

Como podemos observar na Tabela 4, o principal motivo indicado pelos participantes de uma alimentação não saudável foi ter uma “*alimentação pouco diversificada*” (43,1%), seguido de consumo de “*Fast-Food/comidas gordurosas/consumo excessivo de açúcar*”, com cerca de 25,7%.

Fazendo a análise considerando o género (Tabela 4), verificamos que foram as mulheres a assinalar maioritariamente todos os motivos que levam a uma alimentação não saudável.

Analisando as faixas etárias (Tabela 4), observamos que a maior parte dos participantes que indicou ter uma “*alimentação pouco diversificada*”, tem idades entre os 18-30 anos (46,8%), enquanto que a maioria dos participantes que indicou ter uma alimentação não saudável por causa do “*custo, tempo e quantidade*” (57,7%) e por causa de “*outros*” motivos (50%) tem idades entre os 31-50 anos. O consumo de “*fast-food/comidas gordurosas/consumo excessivo de açúcar*” apresentou a mesma percentagem de indivíduos (39,3%) nas faixas etárias dos 18 aos 50 anos.

Questionamos qual seria a escolaridade dos indivíduos com maus hábitos alimentares e verificamos que 63,8% e 64,3% dos participantes com “*alimentação pouco diversificada*” e que consome “*fast-food/comidas gordurosas/consumo excessivo de açúcar*”, respetivamente, tem o ensino superior. Por outro lado, o motivo do “*custo, tempo e quantidade*” foi assinalado por 53,8% dos participantes com o ensino profissional/secundário (Tabela 4).

Analisando os resultados tendo em conta a situação profissional dos participantes, verificamos que para todos os motivos indicados, a maioria dos participantes está empregada (Tabela 4).

4.2.2. Consumo de café

O consumo de café é um hábito comum dos portugueses e como tal, fomos estudar se a amostra em estudo, representativa da população portuguesa, tinha esse hábito. Tal como podemos observar na Figura 11, 75,8% dos participantes consome café.

Os indivíduos que bebem café têm uma idade média de 40 ± 13 anos enquanto que os que não bebem café são mais jovens, com uma idade média de 32 ± 14 anos ($p < 0,0001$) (ver Tabela 6, Anexo 4).

Hábitos de consumo de café

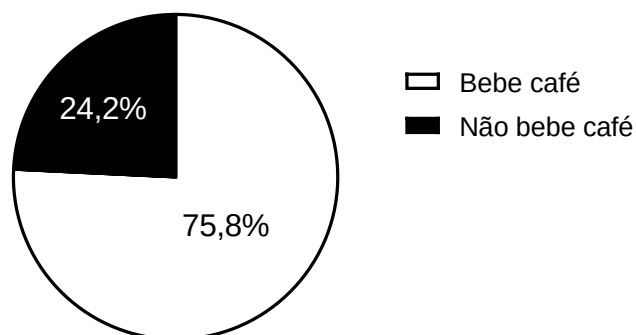


Figura 11: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos que bebe café. A área a branco representa a % dos participantes que bebe café; a área a preto representa a % de participantes que não bebe café.

Quando questionados sobre a quantidade de café diária, a maioria (57,4%) indicou consumir entre 1 e 2 cafés e apenas 4,7% dos portugueses indicou beber mais de 5 cafés por dia (Tabela 5). Os homens foram a maioria (63,6%) a indicar consumir mais de 5 cafés por dia enquanto que, as mulheres bebem entre 1 e 2 cafés maioritariamente (73,8%) (Tabela 5).

Considerando a situação profissional dos participantes (Tabela 5), verificamos que, independentemente da quantidade de café consumida, a maioria está empregada.

Quanto à idade de início do consumo da cafeína (Tabela 5), a maioria dos participantes, 56,4%, começou a beber café entre os 18 e 30 anos e apenas 3% dos participantes começou a beber café após os 30 anos.

Relativamente ao género (Tabela 5), verificamos que em todos os grupos de idades, a maioria dos participantes são do género feminino, e no que diz respeito à situação profissional (Tabela 5), observamos que em todas as faixas etárias, a maioria das mulheres está empregada.

Tabela 5: Quantidade de café diária e idade em que a amostra iniciou o consumo de café, de acordo com o gênero e a situação profissional.

		% Total	Gênero		Situação Profissional				
			F (%)	M (%)	Est (%)	Trab-Est (%)	Emp (%)	Des (%)	Ref (%)
Quantidade (por dia) *	Entre 1 e 2	57,4	73,8	26,2	18,1	1,5	73,4	5,2	1,8
	Entre 3 e 4	36,7	54,9	45,1	9,2	1,7	82,7	1,7	4,6
	Mais de 5	4,7	36,4	63,6	9,1	-	90,9	-	-
Idade do início do consumo da cafeína *	Antes dos 18 anos	39,4	66,1	33,9	22,0	1,6	71,5	3,8	1,1
	Entre 18 e 30 anos	56,4	65,4	34,6	10,5	1,5	81,2	3,0	3,8
	Após os 30 anos	3,0	64,3	35,7	-	-	78,6	14,3	7,1

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Trab-Est - Trabalhador-Estudante, Emp-Empregado, Des - Desempregado, Ref - Reformado, % - percentagem de indivíduos.

* 6 respostas foram excluídas por serem consideradas inválidas.

4.2.3. Prática de exercício físico

Após analisarmos os hábitos alimentares e consumo de café da amostra, questionamos os participantes relativamente à prática de exercício físico. Observando a Figura 12, a maioria dos participantes (51,7%) não faz exercício físico, enquanto que 48,3% faz exercício físico.

Prática de exercício físico

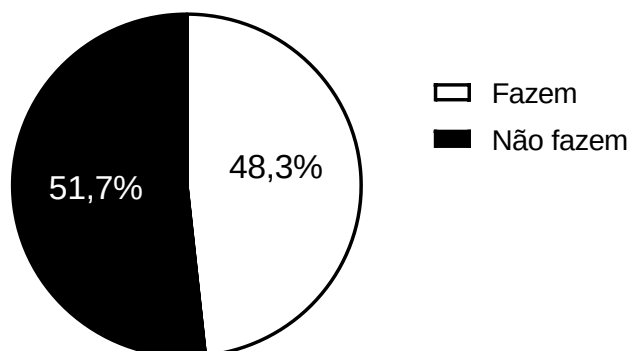


Figura 12: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos que faz exercício físico. A área a branco representa a % de participantes que faz exercício físico; a área a preto representa a % de participantes que não faz exercício físico.

Quando questionados sobre a quantidade de exercício físico semanal (Tabela 6), a maioria dos participantes (39,2%) faz exercício físico entre 1 a 2 vezes por semana e quase a mesma percentagem (38,9%) faz entre 3 a 4 vezes por semana. Apenas 20,6% dos participantes faz exercício físico de forma mais intensa, ou seja, mais de 5 vezes por semana.

Como podemos observar na Tabela 6, são as mulheres que maioritariamente praticam exercício físico. Porém, quando fazemos a análise por grupos, verificamos que é o grupo dos homens que faz uma realização de exercício físico mais intensivo (mais de 5 vezes por semana) (25%), quando comparados com o grupo das mulheres, onde apenas 18% tem uma prática diária (mais de 5 vezes por semana) (ver Tabela 7, Anexo 4).

Quanto à idade em que iniciaram a realização de exercício físico (Tabela 6), 64,5% dos portugueses, começou a fazer exercício físico antes dos 18 anos, 26,6% dos participantes começou entre os 18 e 30 anos e 8,6% iniciou a atividade física após os 30 anos.

Relativamente ao género (Tabela 6), verificamos que em todas as faixas etárias relativas ao início da prática de exercício físico, a maioria dos participantes são do género feminino. No entanto, fazendo a análise dentro de cada grupo, mulheres e homens, são os homens a começar a prática de exercício físico mais cedo (69,6%) quando comparados com o grupo das mulheres (61,4%) (ver Tabela 7, Anexo 4).

Também pudemos confirmar que a maioria dos praticantes de exercício físico está empregada e possui o ensino superior (Tabela 6).

Tabela 6: Frequência da prática de exercício físico semanal e idade em que a amostra iniciou a realização de exercício físico, de acordo com o gênero, situação profissional e escolaridade.

		% Total	Gênero		Situação Profissional					Escolaridade			
			F (%)	M (%)	Est (%)	Trab-Est (%)	Emp (%)	Des (%)	Ref (%)	EB (%)	ESP (%)	ES (%)	Outro (%)
Quantidade (por semana) *	Entre 1 a 2	39,2	65,3	34,7	16,9	0,8	78,8	0,8	2,5	6,8	28,8	63,6	0,8
	Entre 3 a 4	38,9	65,0	35,0	26,5	1,7	63,2	5,1	3,4	6,0	28,2	65,8	-
	Mais de 5	20,6	54,8	45,2	25,8	3,2	66,1	1,6	3,2	6,5	32,3	61,3	-
Idade que começou a fazer exercício físico **	Antes dos 18 anos	64,5	59,8	40,2	29,4	2,1	61,9	3,6	3,1	5,7	34,5	59,8	-
	Entre 18 a 30 anos	26,6	68,8	31,3	12,5	1,3	82,5	1,3	2,5	10,0	21,3	67,5	1,3
	Após os 30 anos	8,6	65,4	34,6	-	-	88,5	-	11,5	7,7	19,2	73,1	-

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Trab-Est - Trabalhador-Estudante, Emp - Empregado, Des - Desempregado, Ref - Reformado, EB - Ensino Básico, ESP - Ensino Secundário/Profissional, ES - Ensino Superior, % - percentagem de indivíduos;

* 4 respostas foram excluídas por serem consideradas inválidas. ** 1 resposta foi excluída por ser considerada inválida.

4.2.4. Consumo de álcool

Sendo o álcool um dos principais fatores de risco para a incidência do AVC (Choudhury et al., 2015), fomos caracterizar a nossa amostra relativamente ao consumo de álcool.

Como podemos ver na Figura 13 a maioria dos participantes, cerca de 65,5% indicou consumir álcool, 33,5% indicou nunca ter consumido álcool e 1% indicou ser ex-consumidor. Daqueles que consomem álcool, a maioria 60,5%, consome pontualmente e apenas 5% dos participantes indicou consumir álcool diariamente.

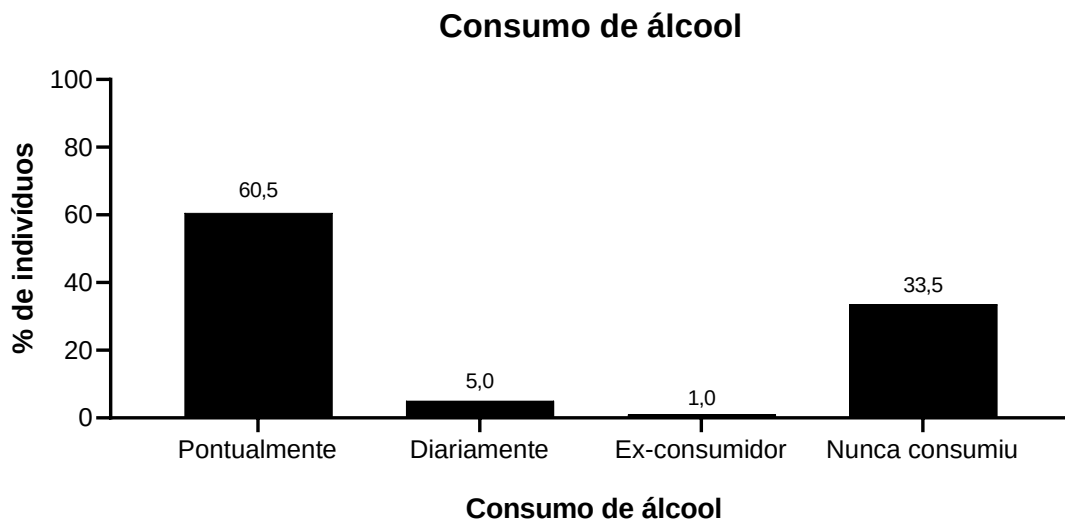


Figura 13: Representação gráfica, em percentagem (%) de indivíduos, do consumo de álcool. No eixo do Y está representado a % de indivíduos; os valores percentuais encontram-se em cima de cada barra. No eixo do X está representado o consumo de álcool (Pontualmente, diariamente, ex-consumidor, nunca consumiu) da amostra.

Cerca de 62,3% dos participantes que consome álcool pontualmente é do género feminino e 37,7% é do género masculino. Porém, quando estudamos o consumo diário observamos o contrário, a maioria é do género masculino (61,3%), enquanto que 38,7% é do género feminino. Em relação aos participantes que são ex-consumidores, são equitativamente de ambos os géneros (Figura 14).

Consumo de álcool de acordo com o género

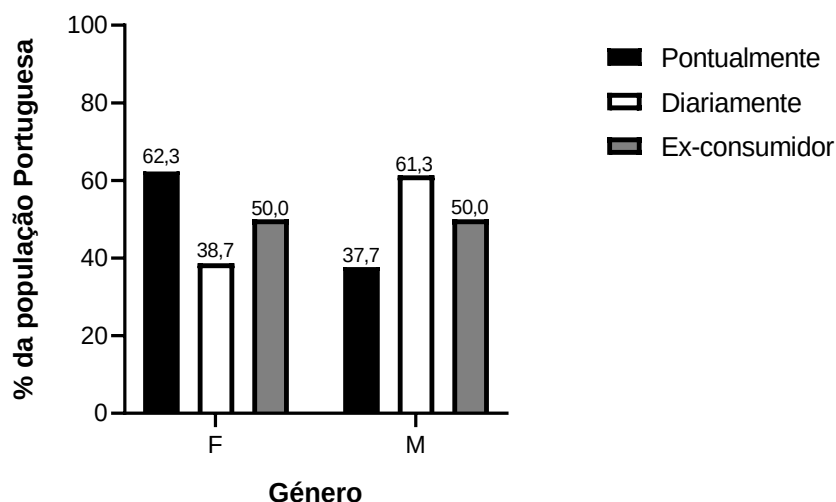


Figura 14: Representação gráfica do consumo de álcool, de acordo com o género. As barras a preto correspondem ao consumo pontual de álcool; as barras a branco correspondem ao consumo diário de álcool; as barras a cinza mais escuro correspondem aos ex-consumidores. O eixo do Y representa a percentagem (%) da população Portuguesa; os valores percentuais encontram-se em cima de cada barra. O eixo do X representa o género, F: Feminino; M: Masculino.

Quando questionados sobre a quantidade de anos que ocorreu esse consumo (Tabela 7), 50% dos ex-consumidores, consumiu 5 ou menos anos e 50% consumiu mais de 5 anos. Os homens (66,7%) foram os que consumiram álcool durante menos tempo (5 ou menos anos) enquanto as mulheres (66,7%) foram as que consumiram durante mais tempo (mais de 5 anos).

No que diz respeito à situação profissional (Tabela 7), a maioria dos ex-consumidores que consumiu durante 5, ou menos anos é estudante (66,7%), enquanto os ex-consumidores que consumiram mais de 5 anos está distribuído de forma igual pelos estudantes, empregados e reformados (33,3%).

Tabela 7: Anos de consumo de álcool, de acordo com o género e situação profissional.

	% Total	Género		Situação Profissional		
		F (%)	M (%)	Est (%)	Emp (%)	Ref (%)
5 ou menos anos	50,0	33,3	66,7	66,7	33,3	-
Mais de 5 anos	50,0	66,7	33,3	33,3	33,3	33,3

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Emp - Empregado, Ref - Reformado, % - percentagem de indivíduos.

No que diz respeito à idade em que iniciaram o consumo álcool (Tabela 8), mais de metade dos participantes, 57,1%, começou a consumir álcool entre os 18 e 30 anos, 41,2% começou a consumir álcool antes dos 18 anos e 1,7% começou após os 30 anos.

Relativamente ao género (Tabela 8), observa-se que em todas as faixas etárias de início de consumo, a maioria dos participantes é do género feminino, e no que diz respeito à situação profissional (Tabela 8), verificamos que a maioria dos participantes está empregada.

Tabela 8: Idade em que os participantes iniciaram o consumo de álcool, de acordo com o género e situação profissional.

	% Total	Género		Situação Profissional				
		F (%)	M (%)	Est (%)	Trab-Est (%)	Emp (%)	Des (%)	Ref (%)
Antes dos 18 anos	41,2	61,3	38,7	26,2	2,4	66,7	4,2	0,6
Entre 18 a 30 anos	57,1	60,5	39,5	10,7	2,1	81,5	1,3	4,3
Após os 30 anos	1,7	85,7	14,3	-	-	85,7	-	14,3

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Trab-Est - Trabalhador-Estudante, Des - Desempregado, Ref – Reformado, % - percentagem de indivíduos.

Em relação ao tipo de bebida consumida (Tabela 9), consideramos no questionário três opções: cerveja, vinho, e bebidas brancas/espirituosas (e.g. whisky, vodka, licor), sendo que os participantes podiam também indicar “*outro*” tipo de bebidas (ver Tabela 8, Anexo 4). Todos os participantes que consomem álcool indicaram mais que um tipo de bebida consumida (Tabela 9).

A bebida mais consumida pelos participantes (79,7%) foi o vinho, seguida pela cerveja (65%) e as bebidas brancas/espirituosas (47,5%). Os “*outros*” tipos de bebidas foram o tipo menos indicado pelos participantes (1,7%) (Tabela 9).

No que diz respeito ao género (Tabela 9), a maioria dos participantes que bebe cerveja, é do género masculino (51,3%) enquanto que a maioria dos participantes que bebe os restantes tipos de bebidas (vinho, bebidas brancas/espirituosas e “*outros*”) é do género feminino (57,5%, 69,6% e 100%, respetivamente).

Relativamente às faixas etárias (Tabela 9), a maioria dos participantes que bebe cerveja (45,3%) e vinho (46,8%) tem idades entre os 31-50 anos, enquanto que a maioria dos participantes que bebem bebidas brancas/espirituosas (52,1%) e “outros” (85,7%) tipos de bebidas tem idades entre os 18-30 anos.

Os indivíduos empregados e com o ensino superior são os que mais consomem todos os tipos de bebidas (Tabela 9).

Tabela 9: Tipo de bebida, de acordo com o género, faixas etárias, situação profissional e escolaridade.

	% Total	Género		Faixas Etárias				Situação Profissional					Escolaridade			
		F (%)	M (%)	[18-30] (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	[66-88] (%)	Est (%)	Trab-Est (%)	Emp (%)	Des (%)	Ref (%)	EB (%)	ESP (%)	ES (%)	Outro (%)
Cerveja	65,0	48,7	51,3	32,8	45,3	21,1	0,8	19,2	1,5	73,6	3,0	2,6	7,5	31,7	60,0	0,8
Vinho	79,7	57,5	42,5	25,2	46,8	25,8	2,2	13,2	1,5	79,7	1,8	3,7	8,6	24,9	66,2	0,3
Bebidas brancas/espirituosas	47,5	69,6	30,4	52,1	37,1	10,8	-	29,4	3,6	61,9	4,6	0,5	3,6	31,4	64,9	-
Outros	1,7	100,0	-	85,7	14,3	-	-	28,6	14,3	42,9	14,3	-	-	-	100,0	-

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Trab-Est - Trabalhador-Estudante, Emp - Empregado, Des - Desempregado, Ref - Reformado, EB - Ensino Básico, ESP - Ensino Secundário/Profissional, ES - Ensino Superior, % - percentagem de indivíduos.

4.2.5. Consumo de Drogas

Seguidamente, formos avaliar o consumo de drogas, quer atual ou passado na nossa amostra e tal como podemos observar na Figura 15 a maioria dos participantes, cerca de 95,5%, referiu nunca ter consumido drogas, enquanto 2,9% indicou ser ex-consumidor e apenas 1,6% dos participantes indicou consumir drogas (sendo que todos fazem um consumo pontual).

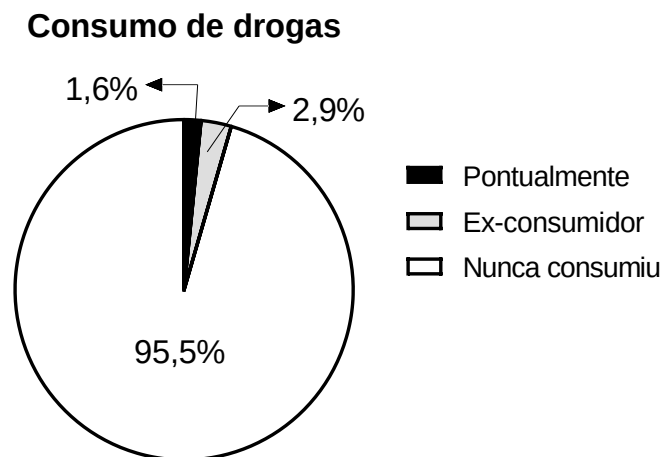


Figura 15: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos que consome drogas. A área a preto corresponde à % de indivíduos que faz consumo pontual de drogas; a área a cinza mais claro corresponde à % de indivíduos que são ex-consumidores; a área a branco corresponde à % de indivíduos que nunca consumiu drogas.

Os participantes que consomem drogas pontualmente, são de ambos os géneros (50% feminino e 50% masculino). No entanto, a maioria dos ex-consumidores, 66,7%, é do género feminino, enquanto 33,3% é do género masculino (Figura 16).

Consumo de drogas de acordo com o género

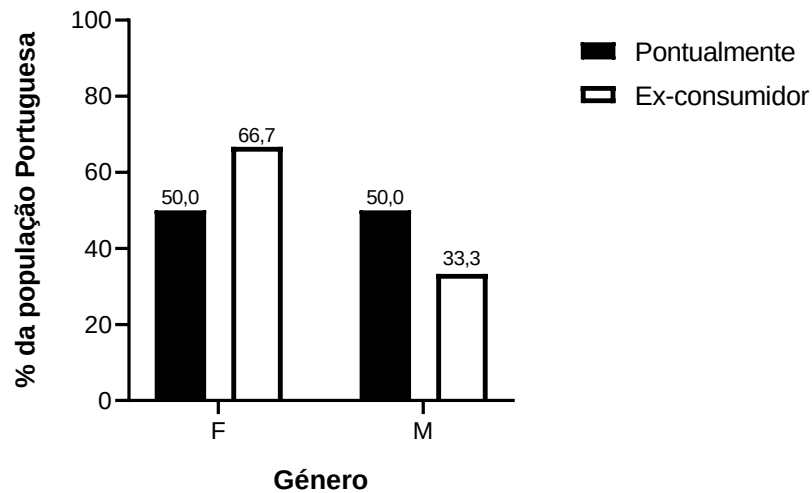


Figura 16: Representação gráfica do consumo de drogas, de acordo com o género. As barras a preto correspondem ao consumo pontual de drogas; as barras a branco correspondem aos ex-consumidores. O eixo do Y representa a % da população Portuguesa; os valores individuais percentuais encontram-se em cima de cada barra. O eixo do X representa o género, F: feminino e M: masculino.

Quando questionados sobre a quantidade de anos que ocorreu esse consumo (Tabela 10), a maioria dos ex-consumidores, cerca de 77,8%, consumiu drogas durante 5 ou menos anos, enquanto 22,2% consumiu mais de 5 anos. Para além disso, ambos os grupos são liderados pelas mulheres e empregados.

Tabela 10: Anos de consumo de drogas, de acordo com o género e situação profissional.

	% Total	Género		Situação Profissional		
		F (%)	M (%)	Est (%)	Emp (%)	Des (%)
5 ou menos anos	77,8	64,3	35,7	14,3	78,6	7,1
Mais de 5 anos	22,2	75,0	25,0	25,0	75,0	-

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Emp - Empregado, Des - Desempregado, % - percentagem de indivíduos.

Dos participantes que consomem drogas, cerca de 70%, iniciou o consumo entre os 18 e 30 anos e é estudante (42,9%), enquanto 20% começou antes dos 18 anos e 10% começou após os 30 anos e está empregado (Tabela 11).

Fazendo a análise de acordo com o género (Tabela 11), observamos que a maioria dos participantes que iniciaram o consumo de drogas entre os 18 e 30 anos, é do género feminino (57,1%), enquanto os participantes que iniciaram o consumo de drogas após os 30 anos, são todos do género masculino (100%) e os participantes que iniciaram o consumo de drogas antes dos 18 anos, são de ambos os géneros.

Tabela 11: Idade de início do consumo de drogas, de acordo com o género e situação profissional.

	% Total	Género		Situação Profissional		
		F (%)	M (%)	Est (%)	Trab-Est (%)	Emp (%)
Antes dos 18 anos	20,0	50,0	50,0	50,0	-	50,0
Entre 18 a 30 anos	70,0	57,1	42,9	42,9	28,6	28,6
Após os 30 anos	10,0	-	100,0	-	-	100,0

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Trab-Est - Trabalhador-Estudante, Emp - Empregado, % - percentagem de indivíduos.

Quando se procedeu à análise do tipo de droga utilizada (Tabela 12), cerca de 90% dos consumidores de droga consome marijuana e cerca de 70% cannabis. Os tipos de drogas menos consumidos pelos participantes foram as anfetaminas (10%), a cocaína (10%) e o haxixe (10%).

Fazendo a análise de acordo com o género (Tabela 12), observamos que todos os participantes que consomem anfetaminas, cocaína e haxixe, são do género feminino e a maioria dos participantes que consome cannabis (57,1%) e marijuana (55,6%), é do género masculino.

No que diz respeito às faixas etárias (Tabela 12), a maioria dos participantes que consome todos os tipos de drogas, tem idades entre os 18-30 anos.

Quanto à situação profissional dos consumidores de drogas (Tabela 12), a maior parte dos participantes que consome cannabis e haxixe é estudante (42,9% e 100%, respetivamente) enquanto que, todos os participantes que consomem anfetaminas e cocaína são trabalhadores-estudantes e a maioria dos consumidores de marijuana está empregada (44,4%).

Tabela 12: Tipos de drogas consumidas, de acordo com o género, faixas etárias e situação profissional.

	% Total	Género		Faixas Etárias			Situação Profissional		
		F (%)	M (%)	[18-30] (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	Est (%)	Trab-Est (%)	Emp (%)
Anfetaminas	10,0	100,0	-	100,0	-	-	-	100,0	-
Cannabis	70,0	42,9	57,1	57,1	28,6	14,3	42,9	28,6	28,6
Cocaína	10,0	100,0	-	100,0	-	-	-	100,0	-
Marijuana	90,0	44,4	55,6	55,6	33,3	11,1	33,3	22,2	44,4
Haxixe	10,0	100,0	-	100,0	-	-	100,0	-	-

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Trab-Est - Trabalhador-Estudante, Emp - Empregado, % - percentagem de indivíduos.

4.2.6. Fumadores

Acerca dos hábitos tabágicos dos participantes, como podemos ver na Figura 17, a maioria dos participantes, 68,2%, indicou nunca ter fumado, 18,9% dos participantes é fumador e 12,8% é ex-fumador. Em relação aos que são fumadores, 5,8% fuma pontualmente e 13,2% fuma diariamente.

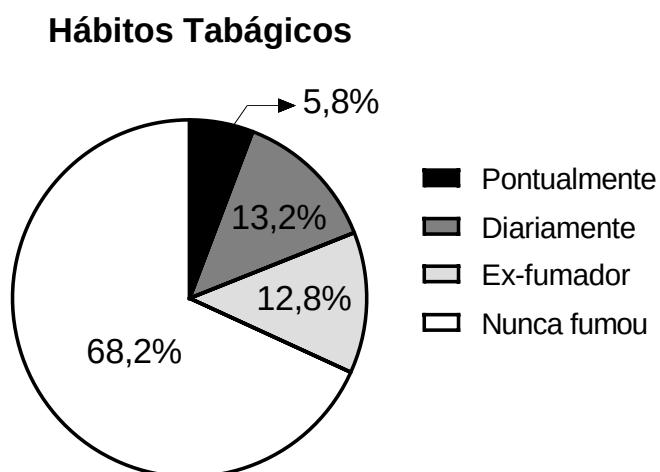


Figura 17: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos que fumam. A área a preto corresponde à % de indivíduos que fuma pontualmente; a área a cinza mais escuro corresponde à % de indivíduos que fuma diariamente; a área a cinza mais claro corresponde à % de indivíduos que são ex-fumadores; a área a branco corresponde à % de indivíduos que nunca fumou.

A maioria dos participantes que fuma pontualmente, ou seja 63,9%, é do género feminino, enquanto 36,1% é do género masculino. Também a maioria dos participantes que fuma diariamente (63,4%) é do género feminino, enquanto 36,6% é do género masculino. Em relação aos ex-fumadores, a maioria dos participantes, ou seja 60%, é do género feminino, enquanto 40% é do género masculino (Figura 18).

No entanto, se fizermos a análise dentro dos grupos, mulheres e homens, verificamos que são os homens os maiores consumidores de tabaco, sendo que 6,6% fuma pontualmente e 15,3% fuma diariamente, em comparação com as mulheres que 5,4% fuma pontualmente e 12,2% fuma diariamente. Para além disso, analisando por grupos, também observamos que no grupo dos homens 16,3% são ex-consumidores, e apenas 11,2% das mulheres são ex-consumidoras (ver Tabela 9, Anexo 4).

Hábitos tabágicos de acordo com o género

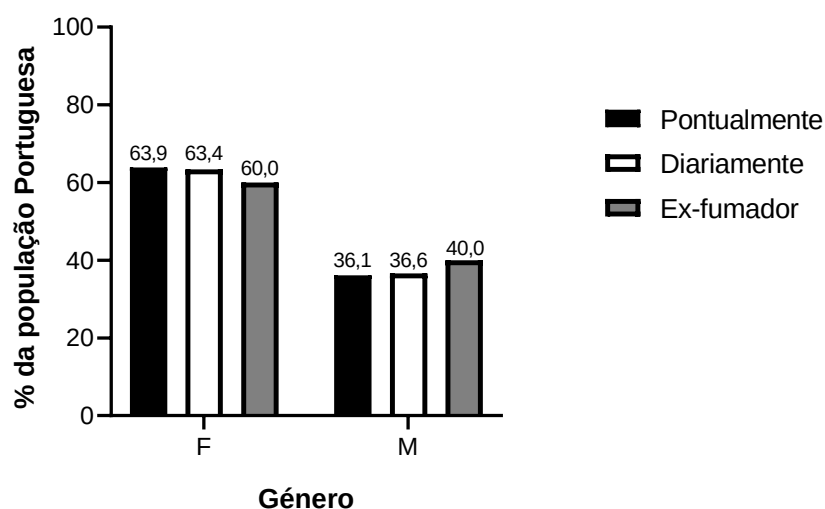


Figura 18: Representação gráfica dos fumadores, de acordo com o género. As barras a preto correspondem aos participantes que fumam pontualmente; as barras a branco correspondem aos participantes que fumam diariamente; as barras a cinza mais escuro correspondem aos ex-fumadores. O eixo do Y representa a percentagem (%) da população Portuguesa; os valores individuais percentuais encontram-se em cima de cada barra. O eixo do X representa o género dos indivíduos, F: feminino e M: masculino.

Quando questionados sobre a quantidade de anos que fumaram (Tabela 13), 60% dos ex-fumadores fumou durante mais de 10 anos enquanto que 40% fumou durante 10 ou menos anos e são mulheres e empregados em ambas as situações.

Tabela 13: Anos de consumo de tabaco, de acordo com o género e situação profissional.

	% Total	Género		Situação Profissional			
		F (%)	M (%)	Est (%)	Emp (%)	Des (%)	Ref (%)
10 ou menos anos	40,0	68,8	31,3	9,4	78,1	9,4	3,1
Mais de 10 anos	60,0	54,2	45,8	2,1	91,7	-	6,3

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Emp - Empregado, Des - Desempregado, Ref - Reformado, % - percentagem de indivíduos.

Dos participantes que fumam, metade deles (50%) começou a fumar antes dos 18 anos, enquanto que 48,3% começou a fumar entre os 18 e 30 anos. Apenas 1,7% começou a fumar após os 30 anos (100% mulheres empregadas) (Tabela 14).

Tabela 14: Idade de início do consumo de tabaco, de acordo com o género e situação profissional.

	% Total	Género		Situação Profissional				
		F (%)	M (%)	Est (%)	Trab-Est (%)	Emp (%)	Des (%)	Ref (%)
Antes dos 18 anos	50,0	64,4	35,6	13,6	3,4	76,3	3,4	3,4
Entre 18 a 30 anos	48,3	61,4	38,6	21,1	1,8	68,4	3,5	5,3
Após os 30 anos	1,7	100,0	-	-	-	100,0	-	-

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Trab-Est - Trabalhador-Estudante, Emp - Empregado, Des - Desempregado, Ref - Reformado, % - percentagem de indivíduos.

O cigarro foi o tipo de tabaco mais consumido (77,1%), seguido do tabaco aquecido (19,5%) e do cigarro eletrónico (8,5%). A maioria dos participantes que fumam cigarros (62,6%), cigarros eletrónicos (90%), cachimbo de água (66,7%) e tabaco aquecido (60,9%), é do género feminino, enquanto que a maioria dos participantes que fuma “*outros*” tipos de tabaco é maioritariamente do género masculino (66,7%) (Tabela 15).

Em relação às faixas etárias (Tabela 15), todos os participantes que fumam cachimbo de água, têm idades entre os 18-30 anos, enquanto a maioria dos participantes que fuma cigarros (45,1%), cigarros eletrónicos (60%), tabaco aquecido (56,5%) e “*outros*” tipos de tabaco (66,7%,) (ver Tabela 10, Anexo 4), tem idades entre os 31-50 anos.

Por outro lado, no que diz respeito à situação profissional dos participantes (Tabela 15), a maioria da amostra que consome todos os tipos de tabaco está empregada.

Tabela 15: Tipo de tabaco, de acordo com o género, faixas etárias e situação profissional.

	% Total	Género		Faixas Etárias				Situação Profissional				
		F (%)	M (%)	[18-30] (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	[66-88] (%)	Est (%)	Trab-Est (%)	Emp (%)	Des (%)	Ref (%)
Cigarro	77,1	62,6	37,4	28,6	45,1	23,1	3,3	20,9	3,3	68,1	2,2	5,5
Cigarros eletrónicos	8,5	90,0	10,0	30,0	60,0	10,0	-	20,0	-	70,0	10,0	-
Cachimbo de água (shisha)	2,5	66,7	33,3	100,0	-	-	-	33,3	-	66,7	-	-
Tabaco aquecido	19,5	60,9	39,1	26,1	56,5	17,4	-	8,7	-	87,0	4,3	-
Outros	2,5	33,3	66,7	-	66,7	33,3	-	-	-	100,0	-	-

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Trab-Est - Trabalhador-Estudante, Emp - Empregado, Des - Desempregado, Ref - Reformado, % - percentagem de indivíduos.

4.2.7. Consumo de Medicamentos

De seguida, analisamos o consumo de medicamentos da nossa amostra, e tal como podemos observar na Figura 19, a maioria dos participantes (62,4%) indicou não consumir medicamentos, enquanto 37,6% dos participantes indicou consumir medicamentos.

Consumo de medicamentos

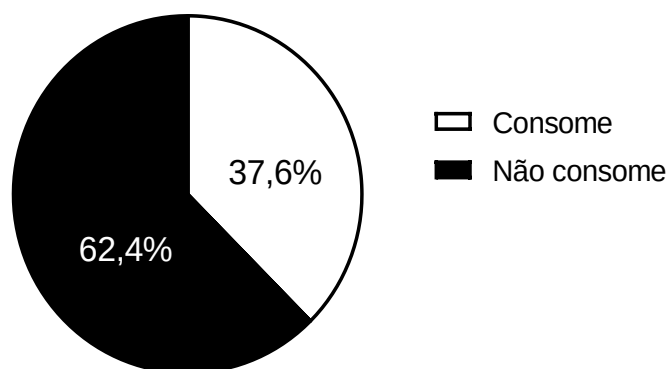


Figura 19: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos que consomem medicamentos. A área a branco representa a % de participantes que consomem medicamentos; a área a preto representa a % de participantes que não consomem medicamentos.

Os participantes que consomem medicamentos foram questionados sobre o tipo de medicamentos que consomem (Tabela 16 e Tabela 11 do Anexo 4), a frequência e a idade de início de consumo (Tabela 17).

Como podemos observar na Tabela 16, 53,8% da amostra toma medicamentos para a hipertensão / colesterol / diabetes, enquanto que apenas 4,7% dos participantes toma anticoagulantes / antitrombóticos / vasodilatadores / antiagregantes plaquetários, prevalecendo o género feminino como maior consumidor.

Fazendo a análise de acordo com as faixas etárias (Tabela 16), observamos que a maioria dos participantes que toma contraceptivos hormonais / hormonas sexuais / tratamento de reposição hormonal, tem idades entre os 18-30 anos (43,9%), a maioria dos participantes que toma antidepressivos / anticonvulsivantes / antipsicóticos / benzodiazepinas (42,3%), anti-inflamatórios (não esteroides, esteroide) / opioides / analgésico (53,1%) e “outros” tipos de medicamentos (38,4%) tem idades entre os 31-50 anos e a maioria dos participantes que toma anticoagulantes / antitrombóticos / vasodilatadores / antiagregantes plaquetários (36,4%) e medicamentos para a hipertensão / colesterol / diabetes (42,9%) tem idades entre 51-65 anos.

A situação profissional da maioria dos participantes que consome todos os tipos de medicamentos, está empregada (Tabela 16).

Tabela 16: Tipos de medicamentos consumidos, de acordo com o género, faixas etárias e situação profissional.

	% Total	Género		Faixas Etárias				Situação Profissional				
		F (%)	M (%)	[18-30] (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	[66-88] (%)	Est (%)	Trab-Est (%)	Emp (%)	Des (%)	Ref (%)
Anticoagulantes/Antitrombóticos/ Vasodilatadores/Antiagregantes Plaquetários	4,7	72,7	27,3	9,1	27,3	36,4	27,3	-	-	72,7	-	27,3
Antidepressivos/Anticonvulsivantes/ Antipsicóticos/Benzodiazepinas	33,3	76,9	23,1	30,8	42,3	24,4	2,6	20,5	2,6	66,7	2,6	7,7
Anti-inflamatórios (não esteroides, esteróide) /Opióides/Analgésico	13,7	65,6	34,4	12,5	53,1	31,3	3,1	3,1	3,1	81,3	3,1	9,4
Contracetivos Hormonais/Hormonas sexuais/Tratamento de Reposição Hormonal	35,0	97,6	2,4	43,9	32,9	15,9	7,3	25,6	-	65,9	2,4	6,1
Medicamentos para a Hipertensão/Colesterol/Diabetes	53,8	58,7	41,3	7,1	40,5	42,9	9,5	3,2	-	86,5	0,8	9,5
Outros	47,9	73,2	26,8	21,4	38,4	32,1	8,0	11,6	0,9	81,3	0,9	5,4

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Trab-Est - Trabalhador-Estudante, Emp - Empregado, Des - Desempregado, Ref - Reformado,% - percentagem de indivíduos.

Em relação à frequência de consumo, todos os participantes que consomem anticoagulantes / antitrombóticos / vasodilatadores / antiagregantes plaquetários, fazem-no diariamente tal como a maioria dos participantes que tomam os restantes tipos de medicamentos (Tabela 17).

Quanto à idade de início de consumo, a maioria dos participantes que consome anti-inflamatórios (não esteroides, esteroide) / opioides / analgésico (53,1%) e medicamentos para a hipertensão / colesterol / diabetes (50%) iniciou o consumo destes medicamentos entre os 31-50 anos. Cerca de 36,4% dos participantes que consome anticoagulantes / antitrombóticos / vasodilatadores / antiagregantes plaquetários, iniciou o consumo entre os 31-50 anos e 18,2% começou entre os 51-65 anos. No que diz respeito aos participantes que consomem antidepressivos / anticonvulsivantes / antipsicóticos / benzodiazepinas, 39,7% iniciou o consumo entre os 31-50 anos e 37,2% iniciou entre os 18-30 anos. Em relação aos participantes que consomem contraceptivos hormonais / hormonas sexuais / tratamento de reposição hormonal, 32,9% iniciou o consumo antes dos 18 anos e 29,3% iniciou entre os 18-30 anos (Tabela 17).

Tabela 17: Tipo de medicamentos consumidos de acordo com a frequência e com a idade em que iniciou o consumo.

	Frequência*				Faixas Etárias**				
	Diariamente (%)	Uma ou mais vezes por semana (%)	Uma ou mais vezes por mês (%)	Pontualmente (%)	Antes dos 18 anos (%)	[18-30] (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	[66-73] (%)
Anticoagulantes/Antitrombóticos/Vasodilatadores/Antiagregantes Plaquetários	100,0	-	-	-	-	18,2	36,4	18,2	27,3
Antidepressivos/Anticonvulsivantes/Antipsicóticos/Benzodiazepinas	84,6	-	1,3	6,4	7,7	37,2	39,7	5,1	2,6
Anti-inflamatórios (não esteroides, esteroide) /Opioides/Analgésico	65,6	12,5	3,1	18,8	3,1	18,8	53,1	15,6	-
Contracetivos Hormonais/Hormonas sexuais/Tratamento de Reposição Hormonal	87,8	-	1,2	1,2	32,9	29,3	20,7	9,8	2,4
Medicamentos para a Hipertensão/Colesterol/Diabetes	86,5	3,2	-	1,6	4,8	8,7	50,0	27,8	1,6

Legenda: % - percentagem de indivíduos.

*31 respostas foram consideradas inválidas e por isso não foram contabilizadas.

**31 respostas foram consideradas inválidas e por isso não foram contabilizadas.

4.2.8. Hábitos de consumo cumulativos

De forma a tentar perceber se os participantes tinham hábitos de consumo (eventualmente não saudáveis) cumulativos, foram apresentados no questionário 11 conjuntos de hábitos de consumo: (1) álcool e café; (2) álcool e tabaco; (3) álcool, café e tabaco; (4) álcool e medicamentos; (5) álcool e drogas; (6) álcool, café, tabaco e medicamentos; (7) álcool, drogas e tabaco; (8) álcool, café, tabaco e drogas; (9) álcool, drogas, medicamentos e tabaco; (10) drogas e medicamentos; (11) drogas, medicamentos e tabaco, e (12) álcool, drogas e medicamentos (Tabela 18) para os serem escolhidos entre os que habitualmente eram consumidos.

De uma maneira geral, como podemos observar na Figura 20, a maioria dos participantes (55,2%) indicou ter consumido em simultâneo vários hábitos de consumo enquanto que 44,8% dos participantes afirmou nunca ter consumido, em simultâneo, vários hábitos de consumo.

Hábitos de consumo cumulativos

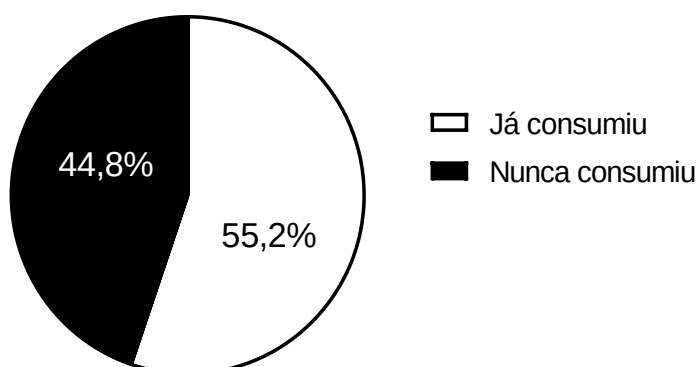


Figura 20: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos que já consumiu, em simultâneo, vários hábitos de consumo. A área a branco representa a % de participantes que já consumiu, em simultâneo, vários hábitos de consumo; a área a preto representa a % de participantes que nunca consumiu, em simultâneo, vários hábitos de consumo.

Relativamente à nossa amostra total (N=623), 32,6% dos participantes já consumiu em simultâneo “álcool e café”, 23,3% “álcool e tabaco”, 18,3% “álcool, café e tabaco”, e 10% “álcool e medicamentos” (Tabela 18).

No que diz respeito ao género (Tabela 18), todos os participantes que consomem em simultâneo “álcool, drogas, medicamentos e tabaco”, “drogas e medicamentos”, “drogas, medicamentos e tabaco”, e “álcool, drogas e medicamentos”, são todos do género feminino, tal como nos restantes conjuntos de hábitos de consumo, em que a maioria dos participantes são do género feminino.

Fazendo a análise dentro do grupo das mulheres e dentro do grupo dos homens, observamos que o consumo de “álcool e tabaco”, “álcool e café” é superior nos homens (28,1% e 49,5% respetivamente) quando comparado com as mulheres (21,1% e 24,8% respetivamente) (ver Tabela 12, Anexo 4).

Em relação às faixas etárias (Tabela 18), a maior parte dos participantes que consome, em simultâneo, “álcool e café” (45,8%), “álcool e tabaco” (42,1%), “álcool, café e tabaco” (50,9%), e “álcool, café, tabaco e drogas” (52,6%), tem idades entre os 31-50 anos. Cerca de 39,1%, que consome em simultâneo, “álcool, café, tabaco e medicamentos” tem idades entre os 51-65 anos. Todos os participantes que consome, em simultâneo, “drogas e medicamentos”, “drogas, medicamentos e tabaco”, e “álcool, drogas e medicamentos”, tem idades entre os 18-30 anos, tal como a maior parte dos participantes que consome, em simultâneo, “álcool e medicamentos” (48,4%), “álcool e drogas” (64,1%), “álcool, drogas e tabaco” (54,5%), e “álcool, drogas, medicamentos e tabaco” (66,7%).

Tendo em consideração a situação profissional (Tabela 18), para todos os conjuntos de hábitos de consumo indicados, a maioria dos participantes está empregada, com exceção dos participantes que consome em simultâneo “drogas e medicamentos”, “drogas, medicamentos e tabaco”, e “álcool, drogas e medicamentos”, em que metade (50%) é estudante.

No que diz respeito à escolaridade (Tabela 18), em todos os hábitos de consumo simultâneo, a maioria dos participantes tem o ensino superior. Porém, metade dos participantes que consomem em simultâneo “drogas e medicamentos”, “drogas, medicamentos e tabaco”, e “álcool, drogas e medicamentos”, tem o ensino secundário / profissional.

Tabela 18: Consumo simultâneo de vários hábitos de consumo, de acordo com o gênero, faixas etárias, situação profissional e escolaridade.

	% Total	Gênero		Faixas Etárias				Situação Profissional					Escolaridade			
		F (%)	M (%)	[18-30] (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	[66-88] (%)	Est (%)	Trab- Est (%)	Emp (%)	Des (%)	Ref (%)	EB (%)	ESP (%)	ES (%)	Outro (%)
Álcool/café *	32,6	52,2	47,8	27,6	45,8	24,6	2,0	12,8	2,5	76,8	3,0	4,9	7,9	22,7	69,5	-
Álcool/tabaco **	23,3	62,1	37,9	41,4	42,1	15,9	0,7	24,8	3,4	66,9	2,8	2,1	6,9	30,3	62,8	-
Álcool/café/tabaco	18,3	53,5	46,5	23,7	50,9	24,6	0,9	10,5	1,8	82,5	0,9	4,4	7,9	30,7	60,5	0,9
Álcool/medicamentos ***	10,0	71,0	29,0	48,4	29,0	21,0	1,6	25,8	3,2	66,1	4,8	-	4,8	19,4	75,8	-
Álcool/drogas	6,3	66,7	33,3	64,1	28,2	7,7	-	38,5	10,3	51,3	-	-	2,6	33,3	64,1	-
Álcool/café/tabaco/ medicamentos	3,7	52,2	47,8	26,1	34,8	39,1	-	17,4	-	82,6	-	-	4,3	30,4	65,2	-
Álcool/drogas/tabaco	3,5	72,7	27,3	54,5	36,4	9,1	-	31,8	9,1	59,1	-	-	4,5	27,3	68,2	-
Álcool/café/tabaco/ drogas	3,0	63,2	36,8	31,6	52,6	15,8	-	15,8	5,3	73,7	5,3	-	5,3	31,6	63,2	-
Álcool/drogas/ medicamentos/tabaco	0,5	100,0	-	66,7	33,3	-	-	33,3	-	66,7	-	-	-	33,3	66,7	-
Drogas/medicamentos	0,3	100,0	-	100,0	-	-	-	50,0	-	50,0	-	-	-	50,0	50,0	-
Drogas/medicamentos/ tabaco	0,3	100,0	-	100,0	-	-	-	50,0	-	50,0	-	-	-	50,0	50,0	-
Álcool/drogas/ medicamentos	0,3	100,0	-	100,0	-	-	-	50,0	-	50,0	-	-	-	50,0	50,0	-

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Trab-Est - Trabalhador-Estudante, Emp - Empregado, Des - Desempregado, Ref - Reformado, EB - Ensino Básico, ESP - Ensino Secundário/Profissional, ES - Ensino Superior, % - percentagem de indivíduos.

*7 respostas foram consideradas inválidas e por isso não foram contabilizadas. **1 resposta foi considerada inválida e por isso não foi contabilizada. ***1 resposta foi considerada inválida e por isso não foi contabilizada.

Quanto à frequência com que esses hábitos de consumo são consumidos em simultâneo (Figura 21), a maioria dos participantes indicou que, quando consome em simultâneo “álcool e café” (76,4%), “álcool e tabaco” (93,8%), “álcool, café e tabaco” (89,5%), “álcool e medicamentos” (82,3%) e “álcool, café, tabaco e drogas” (94,7%), fazem-no pontualmente. Por outro lado, quando consomem em simultâneo: “álcool e drogas”; “álcool, café, tabaco e medicamentos”; “álcool, drogas e tabaco”; “álcool, drogas, medicamentos e tabaco”; “drogas e medicamentos”; “drogas, medicamentos e tabaco”, e “álcool, drogas e medicamentos”, todos eles consomem pontualmente (100%) (ver Tabela 13, Anexo 4).

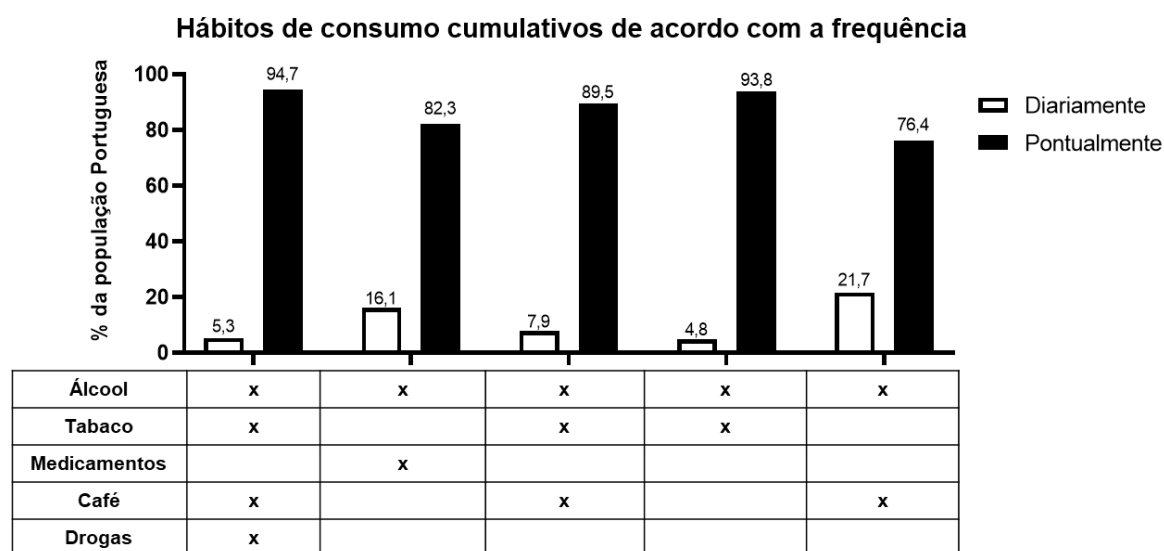


Figura 21: Representação gráfica da frequência do consumo simultâneo de vários hábitos de consumo. As barras a preto correspondem ao consumo pontual; as barras a branco correspondem ao consumo diário. O eixo do Y representa a percentagem (%) da população Portuguesa; os valores individuais percentuais encontram-se em cima de cada barra. No eixo do X estão representadas as várias combinações de vários hábitos de consumo.

4.3. Conhecimento por parte da População sobre AVC

Feita a caracterização da amostra relativa aos dados sociodemográficos e aos seus hábitos de consumo, fomos avaliar qual o nível de conhecimento da população sobre o AVC, traduzindo-se no Grupo 3 do questionário realizado.

4.3.1. Conhecimento geral sobre AVC

Inicialmente, fomos avaliar se a amostra sabe ou não o que é um AVC, e, como podemos observar na Figura 22, a maioria dos participantes (98,9%) sabe o que é um AVC e apenas 1,1% dos participantes não sabe o que é um AVC.

Conhecimento sobre o que é um AVC

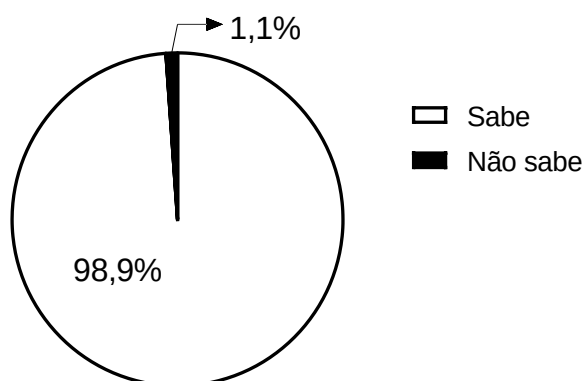


Figura 22: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos que sabem o que é AVC.

A área a branco representa a % de participantes que sabem o que é um AVC; a área a preto representa a % de participantes que não sabem o que é um AVC.

A maioria dos participantes que sabe o que é um AVC é do género feminino (69,3%), tem idades entre os 31-50 anos (42%), está empregada (72,4%) e tem o ensino superior (64%) (ver Tabela 14, Anexo 4).

Por outro lado, fazendo a análise dentro dos grupos, verificamos que no que diz respeito ao género, todas as mulheres que participaram no estudo sabem o que é um AVC (100%) e 96,4% dos homens sabem o que é um AVC. Em relação às faixas etárias, verificamos que todos os participantes que têm idades entre os 18-30 anos e entre os 66-88 anos, sabem o que é um AVC (100%), 98,5% dos participantes com idades entre 31-50 anos sabem o que é um AVC e 97,5% dos participantes com idades entre 51-65 anos sabem o que é um AVC. Considerando a situação profissional dos participantes, 98,7% dos participantes que estão empregados sabem o que é um AVC, 94,1% dos participantes que estão reformados sabem o que é um AVC e todos os participantes que são estudantes, trabalhadores-estudantes e estão desempregados, sabem o que é um AVC. Por último, se verificarmos a escolaridade dos participantes que indicaram saber o que é um AVC, concluímos que 99,2% tem o ensino superior, 98,9% tem o ensino secundário / profissional, 97,9% tem o ensino básico e 50% tem “outra” escolaridade (ver Tabela 15, Anexo 4).

Posteriormente, quando questionados sobre se o estilo de vida estaria relacionado com a probabilidade de ter um AVC (Figura 23), verificamos que a maioria dos participantes, cerca de 86,8%, considera que sim, o estilo de vida está relacionado com a probabilidade de ter um AVC, enquanto que 13,2% considera que o estilo de vida não está relacionado com a probabilidade de ter um AVC.

O estilo de vida está relacionado com a probabilidade de ter AVC

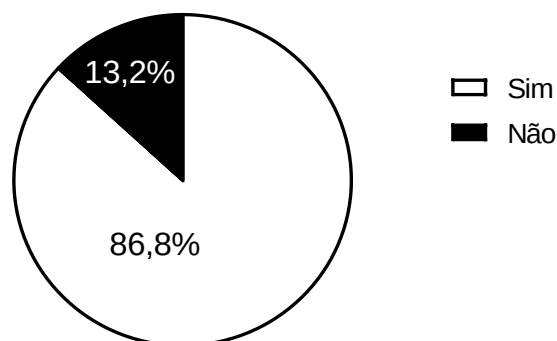


Figura 23: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos que considera que o estilo de vida está relacionado com a probabilidade de ter AVC. A área a branco representa a % de participantes que consideram que o estilo de vida está relacionado com a probabilidade de ter AVC; a área a preto representa a % de participantes que consideram que o estilo de vida não está relacionado com a probabilidade de ter AVC.

Os participantes que indicaram que o estilo de vida está relacionado com a probabilidade de ter AVC, a maioria são do género feminino (69,1%), 41,6% dos participantes tem idades entre os 31-50 anos, está empregada (71,3%) e tem o ensino superior (65,1%) (ver Tabela 16, Anexo 4).

Quando questionados sobre o AVC ser ou não de ascendência genética, a maior parte dos participantes, 52,3%, acha que o AVC é de ascendência genética, enquanto 36% não sabe se o AVC é de ascendência genética e 11,7% acha que o AVC não é de ascendência genética (Figura 24).

Os indivíduos que indicaram que o AVC é de ascendência genética, a maioria é do género feminino (72,4%), 42,3% tem idades entre os 31-50 anos, 72,1% está empregado e 73,6% tem o ensino superior (ver Tabela 17, Anexo 4).

O AVC pode ser de ascendência genética

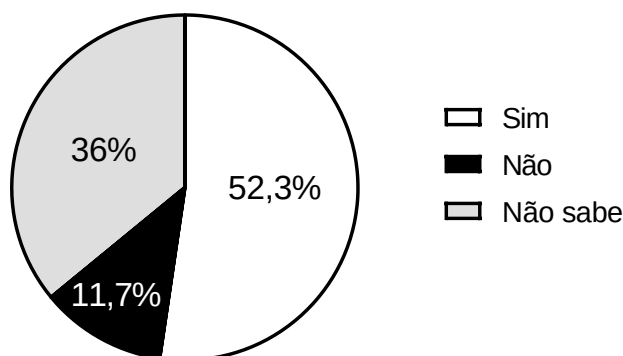


Figura 24: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos que considera que o AVC pode ser de ascendência genética. A área a branco representa a % de participantes que consideram que AVC é de ascendência genética; a área a preto representa a % de participantes que consideram que AVC não é de ascendência genética; a área a cinzento-claro representa a % de participantes não sabem se o AVC é de ascendência genética.

4.3.2. Fatores que podem influenciar a ocorrência de AVC

Seguidamente, quando questionados sobre os fatores que podiam influenciar a ocorrência de AVC (Tabela 19), o fator mais indicado pelos participantes foi o stress (90,4%), seguido dos hábitos alimentares (89,6%), do estilo de vida (85,6%), da doença crónica (73,4%), da ansiedade (66%), dos fatores genéticos (65,2%) e do excesso de trabalho (61%). Os menos indicados foram, a privação de sono, com cerca de 55,5%, seguido do esgotamento (40,1%), da depressão (36,3%) e da poluição (20,9%).

Analisando o género dos participantes (Tabela 19), para todos os fatores mencionados, verificamos que a maioria é do género feminino, e no que diz respeito à situação profissional, a maioria dos participantes está empregada.

Quanto às faixas etárias (Tabela 19), observamos que a maior parte dos participantes que indicou fatores genéticos (42,4%), esgotamento (46%) e depressão (40,7%) tem idades entre os 18-30 anos. Os participantes que indicaram poluição, 43,8% tem idades entre os 18-30 anos e 43,8% tem idades entre os 31-50 anos, e nos restantes fatores, a maior parte dos participantes tem idades entre os 31-50 anos.

Tabela 19: Fatores que podem aumentar o risco de AVC, de acordo com o género, faixas etárias e situação profissional.

	% Total	Género		Faixas Etárias				Situação profissional				
		F (%)	M (%)	[18-30] (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	[66-88] (%)	Est (%)	Trab-Est (%)	Emp (%)	Des (%)	Ref (%)
Stress	90,4	68,7	31,3	35,7	43,2	19,0	2,1	19,2	1,6	73,0	3,4	2,8
Hábitos Alimentares	89,6	69,2	30,8	37,8	41,9	18,1	2,2	20,4	2,0	71,7	3,4	2,5
Estilo de Vida	85,6	67,7	32,3	38,8	41,1	17,8	2,3	21,4	2,1	70,2	3,6	2,8
Doença Crónica	73,4	70,2	29,8	40,5	41,1	16,4	2,0	21,9	2,4	70,0	3,5	2,2
Ansiedade	66,0	68,4	31,6	38,9	41,4	17,8	1,9	21,2	1,5	71,3	3,4	2,7
Fatores Genéticos	65,2	70,4	29,6	42,4	39,2	16,5	2,0	25,4	2,7	66,3	3,7	2,0
Excesso de Trabalho	61,0	67,1	32,9	36,6	43,2	18,2	2,1	21,6	1,1	72,1	3,4	1,8
Privação de Sono	55,5	67,3	32,7	36,7	43,1	18,5	1,7	21,4	2,6	71,1	2,0	2,9
Esgotamento	40,1	69,2	30,8	46,0	37,2	14,4	2,4	27,2	1,6	65,6	3,2	2,4
Depressão	36,3	61,9	38,1	40,7	37,6	19,9	1,8	23,9	1,8	69,9	1,8	2,7
Poluição	20,9	56,9	43,1	43,8	43,8	11,5	0,8	26,2	2,3	66,2	3,1	2,3

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Trab-Est - Trabalhador-Estudante, Emp - Empregado, Des - Desempregado, Ref - Reformado, % - percentagem de indivíduos.

4.3.3. A influência dos medicamentos na ocorrência de AVC

Para além das questões já analisadas anteriormente, os participantes também foram questionados sobre se os medicamentos podem ou não influenciar o risco de AVC. Como podemos ver na Figura 25, a maioria dos participantes, cerca de 80,1%, considera que alguns medicamentos podem aumentar o risco de ocorrer AVC, enquanto que 19,9% dos participantes considera que os medicamentos não influenciam a ocorrência de AVC.

Medicamentos podem aumentar o risco de AVC

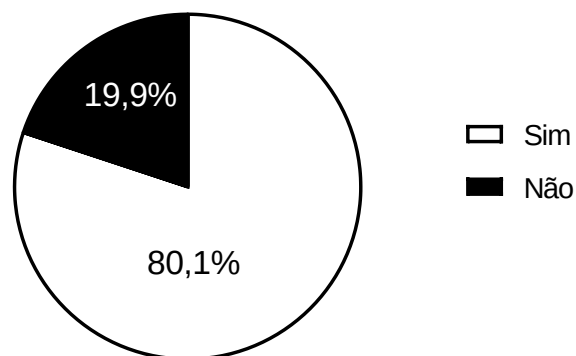


Figura 25: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos que considera que o consumo de medicamentos pode aumentar o risco de AVC. A área a branco representa a % de participantes que consideram que o consumo de medicamentos aumenta o risco de AVC; a área a preto representa a % de participantes que consideram que o consumo de medicamentos não aumenta o risco de AVC.

Em particular, as mulheres são a maioria (69,9%) que considera que o consumo de medicamentos pode aumentar o risco de AVC. Para além disso, a maior parte desses participantes (43,1%), tem idades entre os 31-50 anos e está empregada (69,9%) (ver Tabela 18, Anexo 4).

Após a questão colocada sobre se o consumo de alguns medicamentos pode aumentar o risco de AVC fomos avaliar se os participantes conheciam algum desses medicamentos. A partir da Figura 26, podemos verificar que 22,2% dos participantes conhece algum desses medicamentos.

Conhece algum medicamento que aumente o risco de AVC

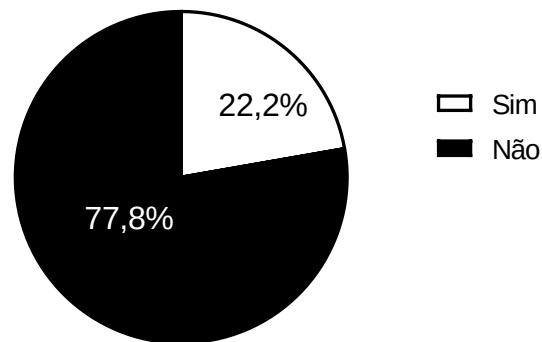


Figura 26: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos que conhece algum medicamento que pode aumentar o risco de AVC. A área a branco representa a % de participantes que conhecem algum medicamento que pode aumentar o risco de AVC; a área a preto representa a % de participantes que não conhecem algum medicamento que pode aumentar o risco de AVC.

O grupo de medicamentos mais citado pelos participantes (Tabela 20), foram os contraceptivos hormonais (50,5%) enquanto os menos citados foram os medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINE) / opioides (18%), os antidepressivos / antipsicóticos / anticonvulsivo / benzodiazepinas (14,4%), os medicamentos que interferem com o fluxo do sangue (15,3%) e os medicamentos para hipertensão arterial (1,8%).

Analisando de acordo com o género (Tabela 20), observamos que a maioria dos participantes que indicaram “*outros*” tipos de medicamentos (ver Tabela 19, Anexo 4), são do género masculino (58,3%) enquanto que em todos os outros grupos de medicamentos, a maioria dos participantes é do género feminino.

Quanto às faixas etárias (Tabela 20), a maior parte dos participantes que indicou os contraceptivos hormonais (46,4%), antidepressivos / antipsicóticos / anticonvulsivo / benzodiazepinas (37,5%) e medicamentos que interferem com o fluxo do sangue (58,8%), tem idades entre os 18-30 anos. A maior parte dos participantes que indicou os medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINES) / opioides (40%) e “*outros*” tipos de medicamentos (50%), tem idades entre os 31-50 anos, e os participantes que indicaram os medicamentos para hipertensão arterial, 50% tem idades entre os 18-30 anos e 50% tem idades entre os 31-50 anos.

No que diz respeito à situação profissional dos participantes, verificamos que em todos os grupos de medicamentos, a maioria está empregada (Tabela 20).

Tabela 20: Medicamentos que a amostra considera que aumentam o risco de ocorrência de AVC, de acordo com o género, faixas etárias e situação profissional.

	% Total	Género		Faixas Etárias				Situação Profissional				
		F (%)	M (%)	[18-30] (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	[66-88] (%)	Est (%)	Trab-Est (%)	Emp (%)	Des (%)	Ref (%)
Contracetivos Hormonais	50,5	85,7	14,3	46,4	41,1	12,5	-	19,6	1,8	75,0	1,8	1,8
Anti-inflamatório não esteroide (AINE) / Opioides	18,0	65,0	35,0	35,0	40,0	20,0	5,0	10,0	-	85,0	-	5,0
Antidepressivos/Antipsicóticos/ Anticonvulsivo/Benzodiazepinas	14,4	87,5	12,5	37,5	31,3	25,0	6,3	25,0	-	75,0	-	-
Medicamentos que interferem com o fluxo do sangue	15,3	64,7	35,3	58,8	17,6	23,5	-	41,2	5,9	47,1	5,9	-
Medicamentos para Hipertensão arterial	1,8	100,0	-	50,0	50,0	-	-	-	-	100,0	-	-
Outros	21,6	41,7	58,3	12,5	50,0	33,3	4,2	4,2	-	91,7	-	4,2

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Trab-Est - Trabalhador-Estudante, Emp - Empregado, Des - Desempregado, Ref - Reformado,% - percentagem de indivíduos.

Por fim, fomos avaliar se estes participantes que conhecem medicamentos que podem aumentar o risco de AVC, tomavam alguns desses medicamentos e podemos observar através da Figura 27 que 23,4% dos participantes toma algum desses medicamentos.

**Toma algum medicamento que pode
aumentar o risco de AVC**

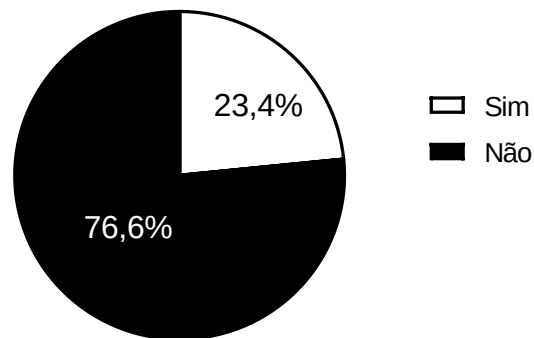


Figura 27: Representação gráfica da porcentagem (%) de indivíduos que toma algum dos medicamentos que pode aumentar o risco de AVC. A área a branco representa a % de participantes que toma algum desses medicamentos; a área a preto representa a % de participantes que não toma algum desses medicamentos.

Dos medicamentos que os participantes indicaram tomar, mesmo sabendo que podem ter um efeito sobre a incidência do AVC (Tabela 21), os principais foram os contraceptivos hormonais (73,1%), os anti-inflamatórios não esteroides (11,5%), “outros” medicamentos (11,5%) e os anticoagulantes (3,8%) (ver Tabela 20, Anexo 4).

Para além disso, analisando os resultados de acordo com o género (Tabela 21), verificamos que entre os participantes que tomam contraceptivos hormonais e anticoagulantes e a maioria que toma anti-inflamatórios não esteroides e “outros” medicamentos é do género feminino.

Por outro lado, de acordo com as faixas etárias (Tabela 21), observamos que 47,4% dos participantes que toma contraceptivos hormonais têm idades entre os 18 e os 50 anos e, todos os participantes que tomam anticoagulantes têm idades entre os 18-30 anos (100%). Em relação aos participantes que tomam anti-inflamatórios não esteroides, estão distribuídos equitativamente (33,3%) pelas três faixas etárias, 18-30 anos, 31-50 anos e 51-65 anos, enquanto a maioria dos participantes que toma “outros” medicamentos, tem idades entre os 31-50 anos.

No que diz respeito à situação profissional (Tabela 21), a maioria dos participantes que tomam contraceptivos hormonais (73,7%), e todos os participantes que tomam todos os outros medicamentos indicados previamente, estão empregados.

Tabela 21: Medicamentos que podem aumentar o risco de ocorrência de AVC, que a amostra conhece e toma, de acordo com o gênero, faixas etárias e situação profissional.

	% Total	Gênero		Faixas Etárias			Situação Profissional		
		F (%)	M (%)	[18-30] (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	Estudante (%)	Empregado (%)	Desempregado (%)
Contraceptivos Hormonais	73,1	100,0	-	47,4	47,4	5,3	21,1	73,7	5,3
Anticoagulantes	3,8	100,0	-	100,0	-	-	-	100,0	-
Anti-inflamatórios não esteroides	11,5	66,7	33,3	33,3	33,3	33,3	-	100,0	-
Outros	11,5	66,7	33,3	-	66,7	33,3	-	100,0	-

Legenda: F - feminino, M - masculino, % - percentagem de indivíduos.

4.3.4. Hábitos de consumo e a sua influência na ocorrência de AVC

Posteriormente, fomos questionar os participantes sobre a influência dos hábitos de consumo na ocorrência de AVC, e como podemos observar na Figura 28, a maioria dos participantes, cerca de 98,7%, considera que sim, os hábitos de consumo influenciam a ocorrência de AVC, e apenas 1,3% considera que não.

Hábitos de consumo influenciam a ocorrência de AVC

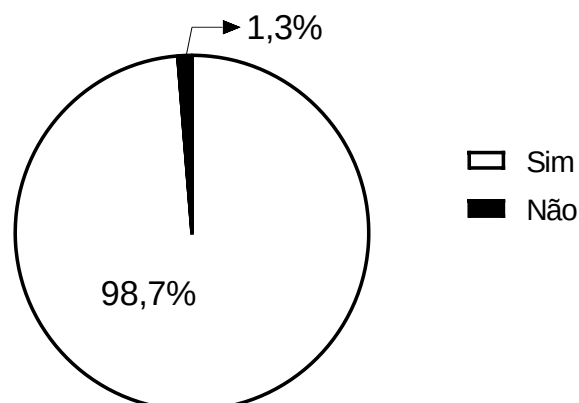


Figura 28: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos que considera que os hábitos de consumo influenciam a ocorrência de AVC. A área a branco representa a % de participantes que considera que os hábitos de consumo influenciam a ocorrência de AVC; a área a preto representa a % de participantes que consideram que os hábitos de consumo não influenciam a ocorrência de AVC.

Os hábitos de consumo que influenciam a ocorrência de AVC, indicados pelos participantes podem ser observados na Tabela 22.

Os hábitos de consumo mais indicados pelos participantes foram a alimentação, com cerca de 90,1%, seguido do álcool (82%), as drogas (78,9%), o tabaco (76,1%) e os medicamentos (64,1%). O menos indicado pelos participantes foi o consumo de café, com cerca de 40,5%.

Analisando os resultados de acordo com o género, em todos os hábitos de consumo, a maioria dos participantes é do género feminino, e no que diz respeito à situação profissional, a maioria dos participantes está empregada (Tabela 22). Fazendo uma observação dentro do grupo de homens e mulheres individualizada, em ambas as situações, mais de metade dos indivíduos de cada grupo é concordante com a associação dos hábitos de consumo à ocorrência de AVC (ver Tabela 21, Anexo 4).

Por outro lado, tendo em conta as faixas etárias, a maior parte dos participantes que indicou drogas (41%), medicamentos (47,5%) e café (41,8%), tem idades entre os 18-30 anos, enquanto a maior parte dos participantes que indicou alimentação (41,5%), álcool (41,5%) e tabaco (42,1%), tem idades entre os 31-50 anos (Tabela 22).

Tabela 22: Hábitos que influenciam a ocorrência de AVC, de acordo com o gênero, faixas etárias e situação profissional.

	% Total	Gênero		Faixas Etárias				Situação Profissional				
		F (%)	M (%)	[18-30] (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	[66-88] (%)	Est (%)	Trab-Est (%)	Emp (%)	Des (%)	Ref (%)
Alimentação	90,1	69,0	31,0	36,8	41,5	19,5	2,2	20,2	1,6	72,0	3,2	2,9
Álcool	82,0	68,7	31,3	36,7	41,5	19,8	2,0	20,6	1,8	72,4	2,6	2,6
Drogas	78,9	69,7	30,3	41,0	39,8	17,3	1,9	22,7	2,1	69,5	3,5	2,3
Tabaco	76,1	68,4	31,6	35,5	42,1	20,3	2,1	20,1	1,3	73,3	2,6	2,8
Medicamentos	64,1	72,8	27,2	47,5	38,6	12,2	1,8	25,6	2,3	65,5	4,3	2,3
Café	40,5	68,7	31,3	41,8	41,0	15,7	1,6	25,3	1,2	67,1	3,2	3,2

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Trab-Est - Trabalhador-Estudante, Emp - Empregado, Des - Desempregado, Ref - Reformado, % - percentagem de indivíduos.

No que diz respeito à acumulação de hábitos em simultâneo e a sua influência na ocorrência de AVC, foi colocada a questão “*Considera que algum destes hábitos, quando consumidos em simultâneo, podem potenciar a ocorrência de ter AVC?*”. Os participantes, puderam escolher a partir de uma lista com 12 conjuntos de hábitos de consumo (e.g. má alimentação, álcool, tabaco e medicamentos) quais os hábitos de consumo que quando consumidos em simultâneo podem influenciar a ocorrência de AVC (Figura 29).

O conjunto de hábitos de consumo mais citado pelos participantes foi “*má alimentação, álcool, tabaco, café, medicamentos e drogas*”, com cerca de 68,1%, seguido de “*má alimentação, álcool, tabaco e medicamentos*”, com cerca de 57,3% (Figura 29).

Os menos citados foram “*má alimentação e álcool*”, com cerca de 48,6%, seguido de “*álcool, drogas, medicamentos e tabaco*” (47,7%), de “*má alimentação, álcool, tabaco, café e medicamentos*” (46,9%), de “*álcool e drogas*” (45,9%), de “*álcool, drogas e tabaco*” (43,7%), de “*álcool, drogas e medicamentos*” (42,7%), de “*drogas, medicamentos e tabaco*” (41,6%), de “*drogas e medicamentos*” (41,1%), de “*álcool e tabaco*” (40,8%) e de “*álcool e medicamentos*”, com cerca de 38,8%. Apesar da maioria dos participantes considerarem que os hábitos consumidos em simultâneo influenciam a ocorrência de AVC, cerca de 2,2% dos participantes considera que tal não ocorre e o consumo simultâneo de hábitos não influencia a ocorrência de AVC (Figura 29).

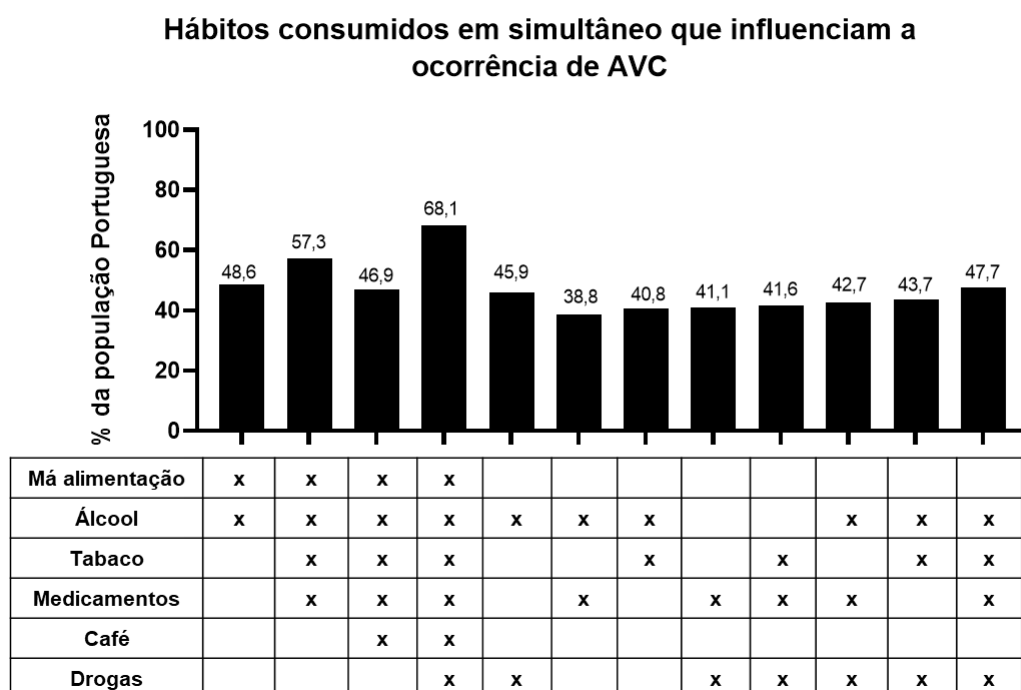


Figura 29: Representação gráfica de hábitos consumidos em simultâneo que podem influenciar a ocorrência de AVC, por parte da população Portuguesa. As combinações de hábitos de consumo estão representadas no eixo do X. A percentagem (%) da população portuguesa que considera que hábitos de consumo simultâneo influencia a ocorrência de AVC, encontra-se representada no eixo do Y; os valores individuais percentuais encontram-se em cima de cada barra.

4.4. Histórico de AVC

No último grupo do questionário, fomos caracterizar os participantes que tinham histórico de AVC, avaliando parâmetros como: o tipo de AVC, a idade que tinham, os fatores de risco, as sequelas e os hábitos alterados. Fomos também avaliar quais os participantes que tiveram contacto com alguém que tivesse sofrido um AVC (Grupo 4 do questionário realizado).

4.4.1. Histórico pessoal de AVC

Questionamos a amostra se teve ou não algum AVC, e como podemos ver na Figura 30, apenas 1,1% dos participantes teve algum AVC.

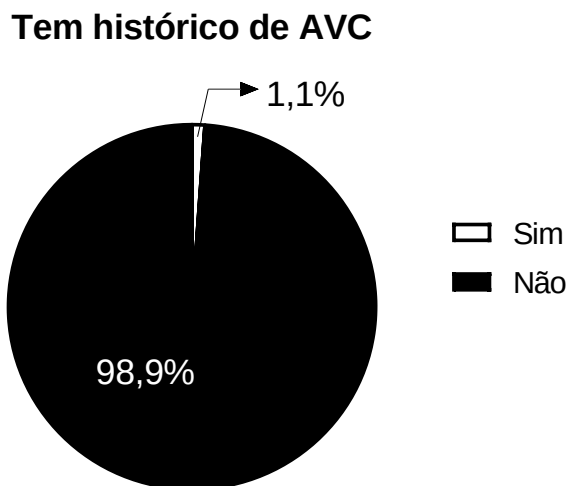


Figura 30: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos que tiveram algum AVC. A área a branco representa a % de participantes que teve AVC; a área a preto representa a % de participantes que não tiveram AVC.

A maior parte destes participantes é do género feminino (57,1%), 57,1% tem idades entre 31-50 anos e estão empregados (85,7%). A maioria dos indivíduos da amostra em estudo que tiveram o AVC tem o ensino secundário / profissional (57,1%) e vivem na Região Sul de Portugal (71,4%) (Tabela 23).

Tabela 23: Histórico de AVC, de acordo com o género, faixas etárias, situação profissional, escolaridade e região de residência.

	Género		Faixas etárias		Situação Profissional		Escolaridade			Região de Residência	
	F (%)	M (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	Emp (%)	Ref (%)	EB (%)	ESP (%)	ES (%)	C (%)	S (%)
Histórico de AVC	57,1	42,9	57,1	42,9	85,7	14,3	14,3	57,1	28,6	28,6	71,4

Legenda: F - feminino, M - masculino, Emp - Empregado, Ref - Reformado, EB - Ensino Básico, ESP - Ensino Secundário/Profissional, ES - Ensino Superior, C - Centro, S - Sul, % - percentagem de indivíduos.

Os restantes participantes que nunca tiveram AVC, foram questionados se tinham receio, ou não, de ter um AVC, no futuro. Como podemos observar na Figura 31, a maioria dos participantes, cerca de 81,2%, indicou ter receio de ter um AVC enquanto que 18,8% dos participantes afirmou não ter receio de ter um AVC.

Tem receio de ter um AVC

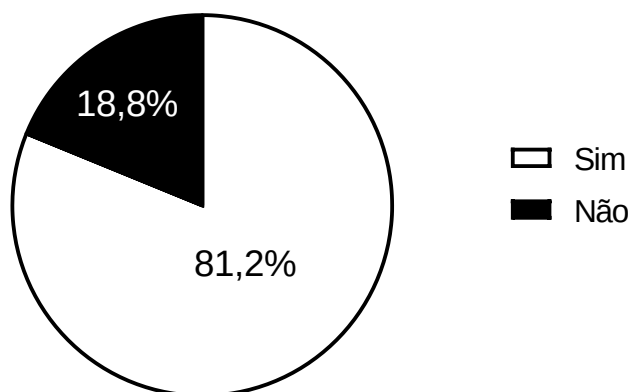


Figura 31: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos que têm receio de ter um AVC. A área a branco representa a % de participantes que têm receio de ter um AVC; a área a preto representa a % de participantes que não têm receio de ter um AVC.

No que diz respeito à quantidade de AVC's que os participantes já sofreram (Tabela 24), 57,1% teve apenas um AVC, enquanto que 28,6% teve dois AVC's e 14,3% teve três AVC's.

Analisando o género (Tabela 24), verificamos que todos os participantes que tiveram dois AVC's, são do género feminino, os participantes que tiveram três AVC's, todos são do género masculino, e os participantes que tiveram um AVC, 50% é do género feminino e 50% é do género masculino.

Em relação à situação profissional (Tabela 24), todos os participantes que tiveram um ou dois AVC's estão empregados, e que todos participantes que tiveram três AVC's estão reformados.

Tendo em conta a escolaridade (Tabela 24), a maioria dos participantes que teve um AVC, cerca de 75%, tem o ensino secundário / profissional, todos os participantes que tiveram três AVC's, tem o ensino básico (100%) e os participantes que tiveram dois AVC's, 50% tem o ensino secundário / profissional e 50% tem o ensino superior.

Quanto à região de residência (Tabela 24), a maioria dos participantes que teve um AVC (75%) e todos os participantes que tiveram três AVC's são da região Sul e os participantes que tiveram dois AVC's, 50% é da região Centro e 50% é da região Sul.

Por outro lado, em relação à idade em que os participantes tiveram o AVC (Tabela 24), cerca de 71,4%, tinha entre 31-50 anos, 14,3% tinha entre 18-30 anos e 14,3% não se lembra da idade.

Analisando o gênero (Tabela 24), verificamos que a maioria dos participantes que teve AVC entre os 31-50 anos, é do gênero masculino (60%) e todos os participantes que tiveram AVC entre os 18-30 anos e todos os participantes que não se recordam quando tiveram AVC, são do gênero feminino.

No que diz respeito à situação profissional (Tabela 24), a maioria dos participantes que teve AVC entre os 31-50 anos, está empregada (80%) e todos os participantes que tiveram AVC entre os 18- 30 anos e todos os participantes que não se recordam da idade em que tiveram AVC, estão empregados.

Tendo em conta a escolaridade (Tabela 24), todos os participantes que tiveram AVC entre os 18-30 anos e todos os participantes que não se recordam da idade em que tiveram AVC, têm o ensino secundário/profissional, enquanto os participantes que tiveram AVC entre os 31-50 anos, 40% tem o ensino secundário/profissional e 40% tem o ensino superior.

Quanto à região de residência (Tabela 24), os indivíduos que tiveram AVC entre os 18-30 anos, os que não se recordam da idade em que tiveram AVC e a maioria dos participantes que tiveram AVC entre os 31-50 anos (60%) é da região Sul.

Para além disso, quanto ao tipo de AVC (Tabela 24), todos os participantes tiveram AVC's isquêmicos (100%).

Tabela 24: Caracterização do AVC, de acordo com o gênero, situação profissional, escolaridade e região de residência.

		% Total	Gênero		Situação Profissional		Escolaridade			Região de residência	
			F (%)	M (%)	Emp (%)	Ref (%)	EB (%)	ESP (%)	ES (%)	Centro (%)	Sul (%)
Quantidade de AVC's	1	57,1	50,0	50,0	100,0	-	-	75,0	25,0	25,0	75,0
	2	28,6	100,0	-	100,0	-	-	50,0	50,0	50,0	50,0
	3	14,3	-	100,0	-	100,0	100,0	-	-	-	100,0
Faixas etárias	[18-30]	14,3	100,0	-	100,0	-	-	100,0	-	-	100,0
	[31-50]	71,4	40,0	60,0	80,0	20,0	20,0	40,0	40,0	40,0	60,0
	Não se recorda	14,3	100,0	-	100,0	-	-	100,0	-	-	100,0
Tipo de AVC	Isquêmico	100,0	57,1	42,9	85,7	14,3	14,3	57,1	28,6	28,6	71,4

Legenda: F - feminino, M - masculino, Emp - Empregado, Ref - Reformado, EB - Ensino Básico, ESP - Ensino Secundário/Profissional, ES - Ensino Superior, % - percentagem de indivíduos.

Quando questionados sobre a existência de fatores de risco (Figura 32), a maioria dos participantes que tiveram AVC, cerca de 85,7%, tinham fatores de risco, e 14,3% não tinham fatores de risco.

Em relação aos participantes que tinham fatores de risco, a maioria é do gênero feminino (66,7%) e 66,7% tem idades entre os 31-50 anos. Em contraste, os participantes que não tinham fatores de risco, todos são do gênero masculino (100%) e todos têm idades entre 51-65 anos (100%) (ver Tabela 22, Anexo 4).

Existência de fatores de risco

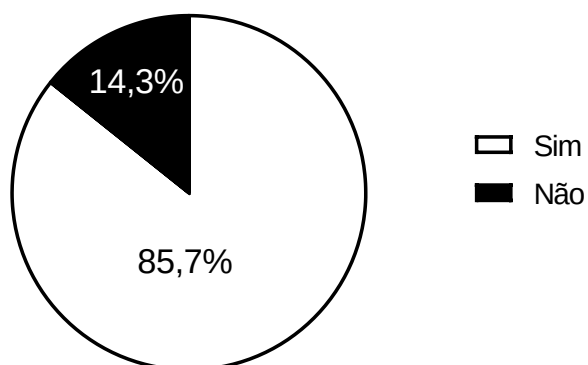


Figura 32: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos que tinham fatores de risco para AVC. A área a branco representa a % de participantes que tinham fatores de risco; a área a preto representa a % de participantes que não tinham fatores de risco.

No que diz respeito à quantidade de fatores de risco que os participantes com AVC tinham associados (Tabela 25), 50% indicou ter apenas um fator de risco associado e 50% indicou ter dois fatores de risco associados. Relativamente aos participantes com um ou dois fatores de risco associado, a maioria é do género feminino (66,7%), com idades entre 31-50 anos (66,7%) e empregado (66,7%, 100%, respetivamente).

Tabela 25: Caracterização do número de fatores de risco, de acordo com o género, faixas etárias e situação profissional.

		% Total	Género		Faixas Etárias		Situação Profissional	
			F (%)	M (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	Emp (%)	Ref (%)
Fatores de risco	1	50,0	66,7	33,3	66,7	33,3	66,7	33,3
	2	50,0	66,7	33,3	66,7	33,3	100,0	-

Legenda: F - feminino, M - masculino, Emp - Empregado, Ref - Reformado, % - percentagem de indivíduos.

Os fatores de risco mais referidos pelos indivíduos que tiveram AVC (Tabela 26), foram o stress/excesso de trabalho (50%) e os fatores genéticos (33,3%), enquanto que os menos indicados foram a hipertensão elevada (16,7%), o consumo excessivo de bebidas energéticas (16,7%), o consumo de medicamentos (16,7%) e a privação de sono (16,7%).

Pela análise da Tabela 26, verificamos que todos os participantes que indicaram o stress/excesso de trabalho, a hipertensão elevada, o consumo excessivo de bebidas energéticas e a privação de sono são do género feminino, enquanto que todos os participantes que indicaram os fatores genéticos e o consumo de medicamentos, são do género masculino.

No que diz respeito às faixas etárias (Tabela 26), todos os participantes que indicaram a privação de sono têm idades entre os 51-65 anos e os participantes que indicaram os fatores genéticos têm idades entre os 31-65 anos. A maioria (66,7%) dos participantes que indicou o stress/excesso de trabalho e todos os participantes que indicaram a hipertensão elevada, o consumo excessivo de bebidas energéticas e o consumo de medicamentos, têm idades entre os 31-50 anos.

Quanto à situação profissional (Tabela 26), os participantes que indicaram fatores genéticos, 50% está empregada e 50% está reformada, enquanto todos os outros participantes que indicaram os restantes fatores de risco estão empregados.

Tabela 26: Fatores de risco, de acordo com o género, faixas etárias e situação profissional.

	% Total	Género		Faixas Etárias		Situação Profissional	
		F (%)	M (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	Emp (%)	Ref (%)
Stress / Excesso de trabalho	50,0	100,0	-	66,7	33,3	100,0	-
Fatores Genéticos	33,3	-	100,0	50,0	50,0	50,0	50,0
Hipertensão Elevada	16,7	100,0	-	100,0	-	100,0	-
Consumo excessivo de bebidas energéticas	16,7	100,0	-	100,0	-	100,0	-
Consumo de Medicamentos	16,7	-	100,0	100,0	-	100,0	-
Privação de Sono	16,7	100,0	-	-	100,0	100,0	-

Legenda: F - feminino, M - masculino, Emp - Empregado, Ref - Reformado, % - percentagem de indivíduos.

Quando questionados sobre a existência de sequelas (Figura 33), a maioria dos participantes (57,1%) indicou ter ficado com sequelas, após AVC.

Existência de sequelas após AVC

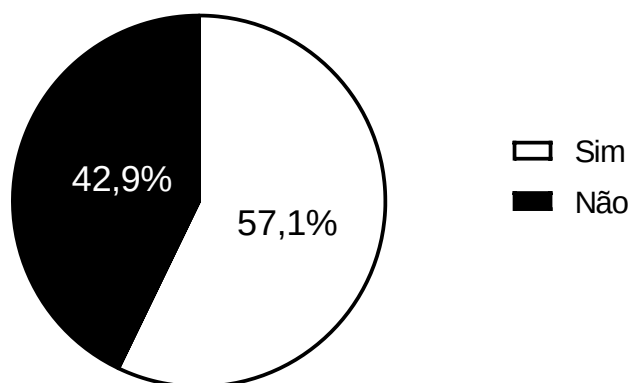


Figura 33: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos que ficaram com sequelas após AVC. A área a branco representa a % de participantes que ficaram com sequelas; a área a preto representa a % de participantes que não ficaram com sequelas.

As sequelas mais citadas pelos participantes (Tabela 27) foram a hemiparesia (50%) e as alterações de memória (50%), e as menos citadas foram as enxaquecas frequentes (25%) e a perda de concentração (25%).

Analisando o género (Tabela 27), os participantes que indicaram hemiparesia e alterações de memória, são equitativamente do género feminino e do género masculino, enquanto que todos os participantes que indicaram enxaquecas frequentes e perda de concentração são do género masculino.

Em relação às faixas etárias (Tabela 27), os participantes que indicaram hemiparesia e alterações de memória, têm equitativamente idades entre os 31-50 anos e entre os 51-65 anos, enquanto que todos os participantes que indicaram enxaquecas frequentes e perda de concentração têm idades entre os 31-50 anos.

Quanto à situação profissional (Tabela 27), os participantes que indicaram hemiparesia e alterações de memória, estão equitativamente empregados e reformados, enquanto que todos os participantes que indicaram enxaquecas frequentes e perda de concentração estão empregados.

No entanto, apenas 14,3% dos participantes que teve AVC, indicou ter ficado com um grau de incapacidade, entre 80% e 90%, em comparação com os restantes participantes que indicaram não ter ficado com grau de incapacidade, após AVC.

Tabela 27: Existências de sequelas após o AVC, de acordo com o gênero, faixas etárias e situação profissional.

	% Total	Gênero		Faixas Etárias		Situação Profissional	
		F (%)	M (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	Emp (%)	Ref (%)
Hemiparesia	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
Alterações de memória	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
Enxaquecas frequentes	25,0	-	100,0	100,0	-	100,0	-
Perda de concentração	25,0	-	100,0	100,0	-	100,0	-

Legenda: F - feminino, M - masculino, Emp - Empregado, Ref - Reformado, % - percentagem de indivíduos.

Posteriormente fomos perceber se as pessoas com sequelas tinham fatores de risco, e observamos que todos os participantes que ficaram com sequelas após o AVC, tinham fatores de risco associados (100%). Adicionalmente, verificamos que nesses participantes, 75% indicou ter um fator de risco associado, enquanto que 25% indicou ter dois fatores de risco para AVC (ver Tabela 23, Anexo 4).

Seguidamente, os participantes foram questionados sobre hábitos alterados após o AVC e, como podemos observar na Figura 34, 85,7% dos participantes indicaram ter alterado hábitos após o AVC.

Hábitos alterados após o AVC

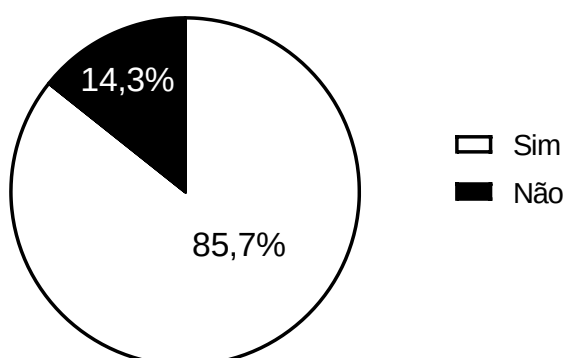


Figura 34: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos que alteraram hábitos após o AVC. A área a branco representa a % de participantes que alteraram hábitos após o AVC; a área a preto representa a % de participantes que não alteraram hábitos após o AVC.

Os hábitos alterados indicados pelos participantes (Tabela 28) foram a alimentação (50%), deixar/reduzir o consumo de tabaco (33,3%), redução do consumo de café e bebidas energéticas (16,7%), a diminuição da carga horária de trabalho (16,7%) e melhoria das condições de descanso (16,7%).

Analisando o gênero (Tabela 28), observamos que todos os participantes que deixaram/reduziram o consumo de tabaco, são do gênero masculino. Por outro lado, a maioria (66,7%) dos participantes que indicou alimentação e todos os participantes que indicaram a redução do consumo de café e bebidas energéticas, a diminuição da carga horária de trabalho e melhoria das condições de descanso são do gênero feminino.

Relativamente à idade (Tabela 28), a maioria (66,7%) dos participantes que indicou alimentação e todos os participantes que indicaram a redução do consumo de café e bebidas energéticas, têm idades entre 31-50 anos. Por outro lado, os participantes que indicaram que deixaram/reduziram o consumo de tabaco, 50% tem idades entre 31-50 anos e 50% tem idades entre 51-65 anos e todos os participantes que indicaram a diminuição da carga horária de trabalho e melhoria das condições de descanso tem idades entre 51-65 anos.

Quanto à situação profissional (Tabela 28), os participantes que indicaram que deixaram/reduziram o consumo de tabaco, 50% está empregado e 50% está reformado. No entanto, a maioria dos participantes que indicou alimentação (66,7%) e todos os participantes que indicaram a redução do consumo de café e bebidas energéticas, a diminuição da carga horária de trabalho e melhoria das condições de descanso estão empregados.

Tabela 28: Hábitos alterados após AVC, de acordo com o género, faixas etárias e situação profissional.

	% Total	Género		Faixas Etárias		Situação Profissional	
		F (%)	M (%)	[31 - 50] (%)	[51 - 65] (%)	Emp (%)	Ref (%)
Alimentação	50,0	66,7	33,3	66,7	33,3	66,7	33,3
Deixou / Reduziu o consumo de tabaco	33,3	-	100,0	50,0	50,0	50,0	50,0
Reduziu o consumo de café e bebidas energéticas	16,7	100,0	-	100,0	-	100,0	-
Diminuiu a carga horária de trabalho	16,7	100,0	-	-	100,0	100,0	-
Melhorou as condições de descanso	16,7	100,0	-	-	100,0	100,0	-

Legenda: F - feminino, M - masculino, Emp - Empregado, Ref - Reformado, % - percentagem de indivíduos.

No que diz respeito à possibilidade de voltarem a ter um novo AVC , cerca de 71,4%, não sente ansiedade em ter, porém, 28,6% dos participantes sente ansiedade quando pensa na possibilidade de ter outro AVC (Figura 35).

Sente ansiedade em ter AVC novamente

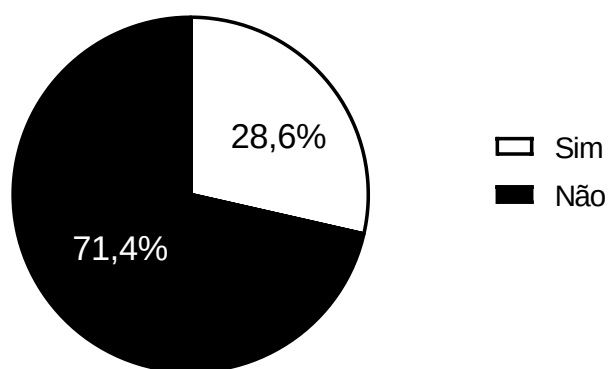


Figura 35: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos que sentem ansiedade em ter outro AVC. A área a branco representa a % de participantes que sente ansiedade em ter outro AVC; a área a preto representa a % de participantes que não sente ansiedade em ter outro AVC.

Por último, fomos avaliar os participantes que realizaram estudo genético para AVC e como podemos observar na Figura 36A, apenas 42,9% fez estudos genéticos para AVC.

No entanto, a maioria dos participantes, 66,7%, indicou que a família também realizou estudo genético para AVC (Figura 36B).

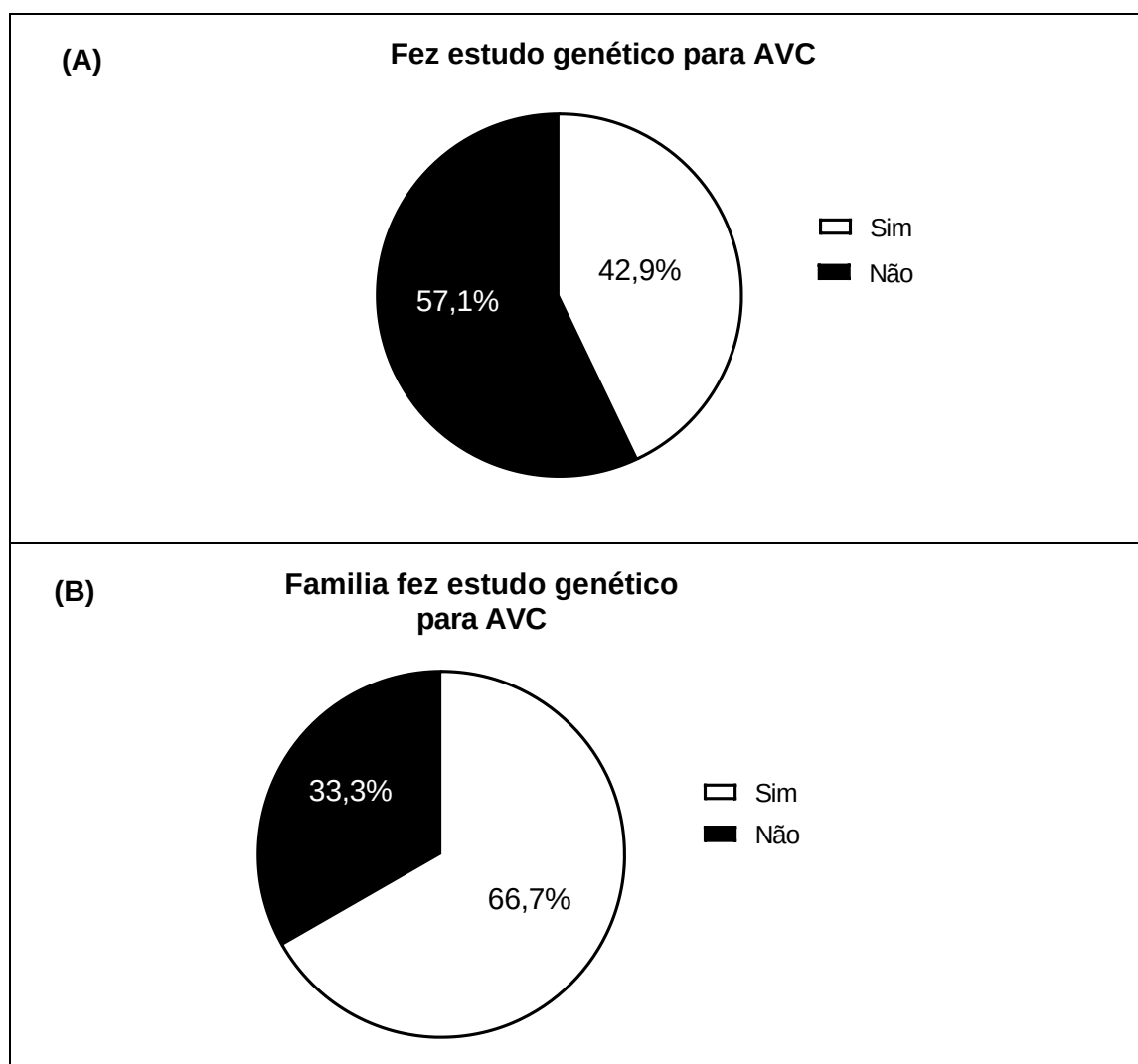


Figura 36: Representação gráfica da percentagem (%) de (A) indivíduos que realizaram estudos genéticos para AVC, e (B) dos familiares. (A) A área a branco representa a % de participantes que realizaram estudo genético para AVC; a área a preto representa a % de participantes que não realizaram estudo genético para AVC. **(B)** A área a branco representa a % de participantes cuja família fez estudo genético para AVC; a área a preto representa a % de participantes cuja família não fez estudo genético para AVC.

4.4.2. Histórico de AVC de um familiar ou conhecido

Fomos avaliar se os participantes conheciam alguém com histórico de AVC, e como podemos observar na Figura 37A, 68,5%, conhece alguém que teve um AVC enquanto que 31,5% dos participantes não conhece alguém que teve um AVC.

Quando questionados sobre o grau de parentesco que têm com essa pessoa, a maioria dos participantes, cerca de 65,3% indicou que se tratava de um familiar (pai, mãe, filho, irmão, tio, avó, avô, primo) e 34,7% indicou que se tratava de um amigo (Figura 37B).

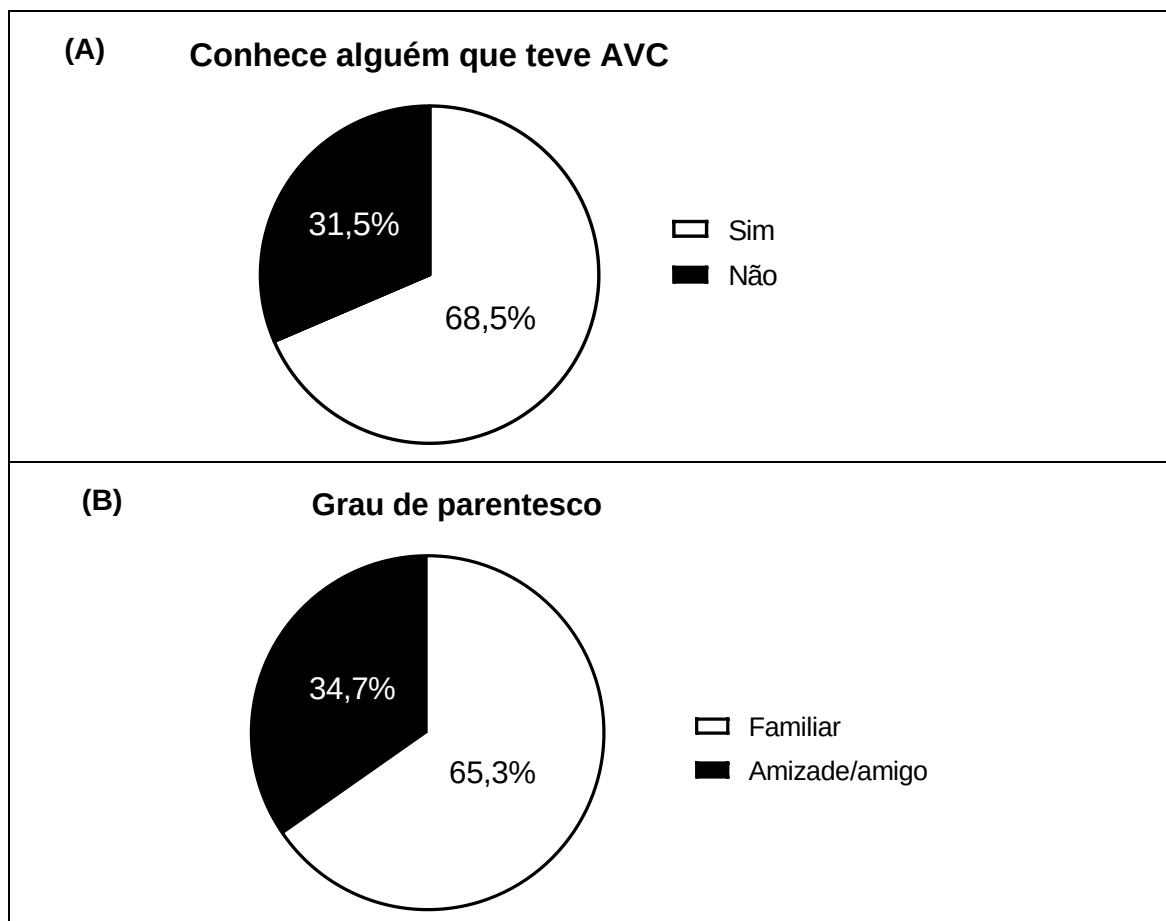


Figura 37: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos que (A) conhecem alguém que teve AVC, e o (B) grau de parentesco, que têm com essa pessoa. (A) A área a branco representa a % de participantes que conhecem alguém que teve AVC; a área a preto representa a % de participantes que não conhecem alguém que teve AVC. **(B)** A área a branco representa a % de participantes que tem uma relação familiar para com a pessoa que teve AVC; a área a preto representa a % de participantes que tem uma relação de amizade para com a pessoa que teve AVC.

No que diz respeito ao tipo de AVC (Tabela 29), o isquémico foi o tipo de AVC mais indicado pelos participantes (27,6%), seguido do hemorrágico (15,7%), enquanto que o menos citado foi o AIT (0,2%), seguido do isquémico com transformação em hemorrágico (0,5%). No entanto, a maioria, 55,7%, dos participantes, não sabe o tipo de AVC que a pessoa teve.

Por outro lado, relativamente às idades em que essas pessoas tiveram o AVC (Tabela 29), a faixa etária mais frequente indicada pelos participantes foi entre os 66-93 anos, com 38,9%, seguido pela faixa dos 51-65 anos, com 25,1% e a faixa dos 31-50 anos, com 24,1%, e a faixa etária entre os 18-30 anos, foi a menos frequente (1,6%).

Tabela 29: Caracterização do AVC que essa pessoa teve (N=427).

		Frequência (N)	Percentagem (%)
Tipo de AVC *	Isquémico	118	27,6
	Hemorrágico	67	15,7
	Acidente Isquémico Transitório	1	0,2
	Isquémico com transformação em hemorrágico	2	0,5
	Não sabe	238	55,7
Faixas etárias em que teve o AVC **	[18-30]	7	1,6
	[31-50]	103	24,1
	[51-65]	107	25,1
	[66-93]	166	38,9
	Não sabe	40	9,4

Legenda: % - percentagem de indivíduos.

* 1 resposta foi excluída por ser considerada inválida;

** 4 respostas foram excluídas por serem consideradas inválidas.

Quando questionados sobre a existência de fatores de risco, como podemos observar na Figura 38, a maioria dos participantes, cerca de 45,7%, indicou que a pessoa tinha fatores de risco para AVC, enquanto que 38,9% não sabe se a pessoa tinha ou não fatores de risco e 15,5% indicou que a pessoa não tinha fatores de risco.

Conhecido tinha fatores de risco

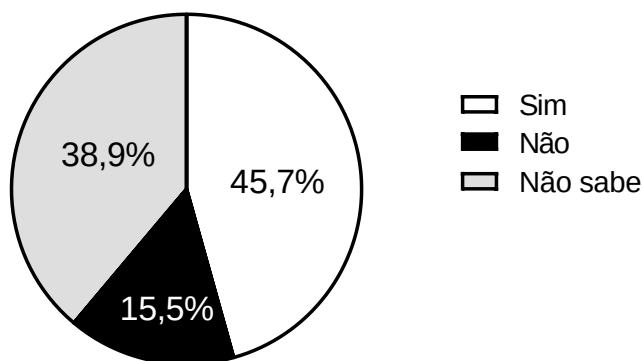


Figura 38: Representação gráfica da percentagem (%) de indivíduos que conhecem alguém que tinha fatores de risco para AVC. A área a branco representa a % de participantes que conhecem alguém que tinha fatores de risco para AVC; a área a preto representa a % de participantes que conhecem alguém que não tinha fatores de risco para AVC; a área a cinzento-claro representa a % de participantes que não sabem se o seu conhecido tinha fatores de risco para AVC.

Quanto à quantidade de fatores de risco que os participantes indicaram que essa pessoa tinha (Tabela 30), a maior parte indicou que o seu conhecido tinha um fator de risco associado para AVC (64,1%), 22,1% indicou que essa pessoa tinha 2 fatores de risco, 11,3% tinha 3 fatores de risco e apenas 2,6% tinha 4 fatores de risco.

Tabela 30: Número de fatores de risco que as pessoas com AVC tinham (N=195).

		Frequência (N)	Percentagem (%)
Fatores de risco	1	125	64,1
	2	43	22,1
	3	22	11,3
	4	5	2,6

Legenda: % - percentagem de indivíduos.

Os fatores de risco mais referidos pelos participantes foram a existência de problemas de saúde (64,1%), tabagismo (24,1%), os hábitos alimentares (16,9%), e o consumo de álcool (15,9%). Por outro lado, os menos citados foram o stress (10,3%), o sedentarismo (9,2%), o consumo de medicamentos (3,1%), a idade (3,1%), os fatores genéticos (2,6%), a privação de sono (2,1%), o consumo de drogas (0,5%) e histórico de AVC (0,5%) (Tabela 31).

Tabela 31: Fatores de risco que essa pessoa tinha (N=195).

	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Problemas de Saúde	125	64,1
Fumador	47	24,1
Hábitos Alimentares	33	16,9
Consumo de Álcool	31	15,9
Stress	20	10,3
Sedentarismo	18	9,2
Consumo de Medicamentos	6	3,1
Idade	6	3,1
Fatores Genéticos	5	2,6
Privação do Sono	4	2,1
Consumo de Drogas	1	0,5
Histórico de AVC	1	0,5

Legenda: % - porcentagem de indivíduos.

No que diz respeito a sequelas com que essas pessoas tenham ficado após o AVC (Figura 39), a maioria dos participantes, cerca de 67,2%, indicou que a pessoa ficou com sequelas após o AVC, enquanto que 21,1% indicou que a pessoa ficou sem sequelas e apenas 11,7% dos participantes não sabem se a pessoa ficou com sequelas após o AVC.

Conhecido ficou com sequelas após AVC

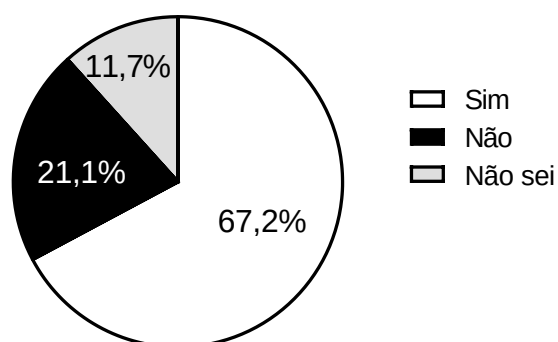


Figura 39: Representação gráfica da porcentagem (%) de indivíduos que conhecem alguém que ficou com sequelas após AVC. A área a branco representa a % de participantes que conhecem alguém que ficou com sequelas; a área a preto representa a % de participantes que conhecem alguém que não ficou com sequelas; a área a cinza-claro representa a % de participantes que não sabem se o seu conhecido ficou com sequelas.

As sequelas mais referenciadas pelos participantes (Tabela 32) foram a mobilidade motora afetada (66,2%), seguido pela dificuldade em comunicar (25,4%), coma/morte (17,1%) e alterações cognitivas e emocionais (14,6%). Por outro lado, as menos citadas

foram as alterações na face (4,9%), seguido pela dependência de 3ª pessoa (4,9%), pelas alterações na visão (3,8%) e pelos problemas na deglutição (2,8%).

Tabela 32: Sequelas com que essa pessoa ficou após AVC (N=287).

	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Mobilidade motora afetada	190	66,2
Dificuldade em comunicar	73	25,4
Coma/Morte	49	17,1
Alterações cognitivas e emocionais	42	14,6
Alterações na face	14	4,9
Dependente de 3ª Pessoa	14	4,9
Alterações na visão	11	3,8
Deglutição	8	2,8
Não sabe especificar	3	1,0

Legenda: % - percentagem de indivíduos.

No que diz respeito às pessoas com sequelas, fomos verificar quais tinham fatores de risco associados (Tabela 33). Observámos que 48,8% dessas pessoas tinham fatores de risco, 15,3% não tinha fatores de risco e 35,9% não sabe se essa pessoa tinha fatores de risco. Quanto ao número de fatores de risco que as pessoas com sequelas tinham, observamos que a maior parte tinha um fator de risco (62,1%), 22,1% tinha dois fatores de risco, 13,6% tinha três fatores de risco e apenas 2,1% tinha quatro fatores de risco.

Tabela 33: Caracterização dos fatores de risco, dos participantes que indicaram conhecer indivíduos que ficaram com sequelas após o AVC (N=287)

		Frequência (N)	Porcentagem (%)
Presença de fatores de risco	Sim	140	48,8
	Não	44	15,3
	Não sabe	103	35,9
Número de fatores de risco associados	1	87	62,1
	2	31	22,1
	3	19	13,6
	4	3	2,1

Legenda: % - percentagem de indivíduos.

Por último, quando questionados sobre o seu conhecido ter, ou não, realizado estudos genéticos relacionados com AVC (Figura 40A), apenas 3,3% dos participantes conhece alguém que tenha realizado estudos genéticos relacionados com AVC.

Fomos também avaliar se estes mesmos participantes sabiam se a família dessa pessoa também tinha feito esses mesmo estudos genéticos. Através da Figura 40B podemos observar que a maioria dos participantes, cerca de 50%, indicou que a família dessa pessoa também realizou estudo genético para AVC, enquanto que 35,7% indicou que a família não fez estudo genético e 14,3% não sabe se a família dessa pessoa realizou ou não um estudo genético para AVC.

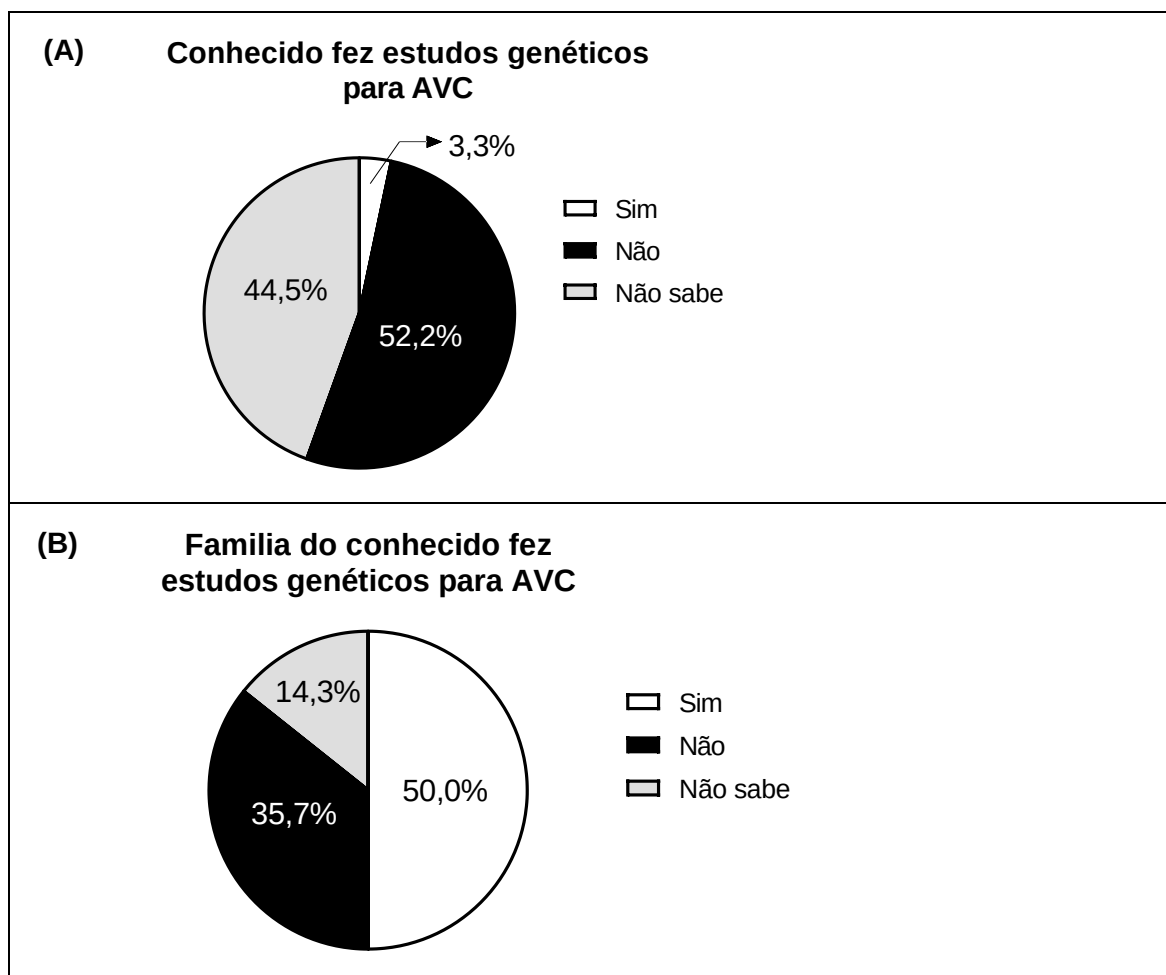


Figura 40: Representação gráfica da percentagem (%) dos participantes que (A) conhecem alguém que fez estudo genético para AVC e, (B) dos familiares dos conhecidos que fizeram estudo genético para AVC. (A) A área a branco representa a % de participantes que conhecem alguém que fez estudo genético para AVC; a área a preto representa a % de participantes que conhecem alguém que não fez estudo genético para AVC; a área a cinzento-claro representa a % de participantes que não sabem se o seu conhecido fez estudo genético para AVC. **(B)** A área a branco representa a % de participantes que conhecem alguém cuja família fez estudo genético para AVC; a área a preto representa a % de participantes que conhecem alguém cuja família não fez estudo genético para AVC; a área a cinzento-claro representa a % de participantes que não sabem se a família do seu conhecido fez estudo genético para AVC.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objetivo deste estudo foi fazer um levantamento dos hábitos de consumo dos Portugueses que podem estar associados com a incidência e prevalência de AVC. Para além disso, pretendemos também fazer uma análise do conhecimento geral da população sobre o AVC bem como os fatores que podem estar relacionados ao risco de AVC e analisar o seu impacto na qualidade de vida.

Numa primeira análise às características sociodemográficas dos participantes, verificou-se que a nossa amostra é composta maioritariamente por mulheres e por adultos entre os 31 e os 50 anos. Apesar de termos obtido respostas referentes a várias faixas etárias, desde os 18 até aos 88 anos, a faixa etária dos idosos / população mais velha correspondia apenas a 2,2% da nossa amostra. Isto constituiu uma limitação do estudo que poderá ser explicada pelo método utilizado para a sua divulgação uma vez que o questionário foi difundido *online* e os idosos não utilizam muito a internet. Antecipando já esta limitação, inicialmente tinha sido proposto realizar o questionário em lares/centros de cuidados paliativos, no entanto, tal não foi possível por questões de logística e por ainda se encontrarem presentes restrições devido ao estado pandémico por Covid-19. Para contrariar esta limitação, seria importante contactar diretamente estas pessoas e realizar o questionário presencialmente ou pedir às instituições que colaborassem no estudo, divulgando o questionário diretamente com os utentes e auxiliando-os no seu preenchimento.

Outro aspeto importante referente aos dados sociodemográficos da amostra, deve-se ao seu local de residência. Apesar de haver concelhos em que não obtivemos nenhuma resposta, conseguimos obter dados de pessoas de todos os distritos de Portugal Continental e também nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Os distritos do Porto, Portalegre e Aveiro foram aqueles em que obtivemos uma maior percentagem de participantes, uma vez o questionário foi divulgado pelas Universidades do Porto e de Aveiro, junto dos alunos. No caso de Portalegre, a elevada percentagem de participantes nesse distrito deveu-se à elevada divulgação do questionário junto de conhecidos residentes nesse distrito.

No que diz respeito aos problemas de saúde, o mais indicado pelos participantes foi a HTA, com 20,5%, sendo mais prevalente na faixa etária dos 51-65 anos (44,1%). Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Rodrigues et al. (2016) que estimou uma prevalência de HTA de 36,0% em Portugal, sendo mais elevada nas faixas etárias dos 55-64 anos (58,4%) e dos 65-74 anos (71,3%) (Rodrigues et al., 2016).

Por outro lado, quando a amostra foi questionada sobre a sua profissão, se era ou não de risco, apenas 29,2% indicou que sim. Os principais motivos indicados foram o facto da sua profissão acarretar muitos “*riscos associados à segurança e saúde*” (50,5%) e haver “*muita pressão, stress e desgaste*” (29,7%). O stress, em particular o stress no trabalho, tem sido referido como um dos fatores de risco para AVC que tem sido alvo de vários estudos nos últimos anos (Yuliana & Nuratikah, 2021). As razões desse stress são diversas, podendo ser o tipo de trabalho e os horários de trabalho muito longos duas dessas razões (Yuliana & Nuratikah, 2021).

Numa primeira análise aos hábitos alimentares, observámos que apenas 17,5% dos participantes considera não ter uma alimentação saudável. Porém, segundo o “*1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico: Estado de Saúde*” de Barreto et al. (2016), 67,6% da população portuguesa adulta tem excesso de peso ou obesidade (Barreto et al., 2016). Uma vez que os hábitos alimentares estão relacionados com a obesidade (Boden-Albala & Sacco, 2000), seria esperado termos obtido uma percentagem de indivíduos com alimentação não saudável mais elevada.

De acordo com o “*Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física de 2015-2016*” (Lopes et al., 2017), em Portugal cerca de 56% da população tem hábitos alimentares inadequados, não cumprindo a recomendação da OMS de consumir mais de 400g/dia de fruta e produtos hortícolas (Lopes et al., 2017).

Uma vez que os hábitos alimentares estão associados com o risco de AVC (Boehme et al., 2017), é importante entender as diferenças observadas entre os estudos indicados. No nosso estudo, eram os participantes que indicavam se os seus hábitos alimentares eram ou não saudáveis existindo a possibilidade de as diferenças associadas estarem relacionadas com a perceção pessoal que cada individuo tem relativamente à sua alimentação. Não avaliando nenhum parâmetro em concreto da alimentação (por exemplo: consumo diário de vegetais/frutas, ingestão de água), acaba por ser uma pergunta de resposta subjetiva uma vez que pode haver indivíduos que não tenham uma alimentação saudável mas que pensam o contrário.

Quando questionados sobre os motivos que os levavam a ter uma alimentação não saudável, encontramos diferentes respostas consoante as faixas etárias e a escolaridade. A maioria dos participantes que indicou “*alimentação pouco diversificada*” tem idades entre os 18 e os 30 anos e tem o ensino superior. Por outro lado, a maior parte dos participantes que indicou “*custo, tempo e quantidade*” tem idades entre 31 e os 50 anos e tem o ensino profissional/secundário.

Analisando os nossos resultados, podemos afirmar que os indivíduos mais jovens tendem a ter uma alimentação pouco diversificada, sendo que isso poderá estar associado ao período universitário em que muitos jovens vivem sozinhos pela primeira vez. Por outro lado, são os adultos que indicam descuidar da alimentação devido ao custo, tempo e quantidade, sugerindo que esse hábito de consumo poderá ser causado pelas longas horas de trabalho ou pelo tipo de trabalho que muitas vezes não permite que os indivíduos tenham tempo para comer apropriadamente ou fazer várias refeições ao longo do dia (Mazurek-Kusiak et al., 2021; Sogari et al., 2018).

Os nossos resultados estão em concordância com um estudo realizado por Sogari et al. (2018) que demonstrou que os estudantes universitários tendem a sofrer alterações na alimentação após saírem de casa. Os universitários tendem a consumir menos alimentos saudáveis, como frutas e vegetais, ter refeições mais irregulares e a aumentar o consumo de comida não saudável, como a “*Fast-Food*” (Sogari et al. 2018).

Quanto ao consumo de café, os nossos resultados mostram que 75,8% da nossa amostra é consumidora de café, e tem a idade média de 40 ± 13 anos. Este resultado era expectável e está de acordo com o resultado obtido por Mota (2014) que, num questionário aplicado à população Portuguesa, contabilizou 77,1% de participantes consumidores de café.

Quando questionados relativamente à quantidade de café consumida por dia, observamos diferenças a nível do género. Os nossos resultados mostram que os homens bebem maiores quantidades de café por dia, ao contrário das mulheres que consomem quantidades mais baixas/moderadas desta bebida.

A quantidade de café consumida por dia é um dado importante a ter em consideração, uma vez que o café pode estar associado a uma redução do risco de AVC (Badoui et al., 2021; Sousa, 2013), ou seja, parece ter um efeito protetor/preventivo sobre o AVC.

Ainda relativamente ao consumo de café, a maioria (39,4% e 56,4%, respetivamente) dos participantes iniciou o consumo de café em idades mais jovens (antes dos 18 anos e entre os 18 e os 30 anos), o que está de acordo com outros estudos em que foi observado que o início do consumo de café foi mais elevado entre os 14 e os 20 anos (Kelly & Prichard, 2016). Este resultado já era expectável uma vez que o consumo de café é um hábito social e muito inserido na nossa sociedade e população Portuguesa e tal como referido na literatura, sendo uma atividade legal e aceite socialmente, as pessoas tendem a experimentar o café mais cedo na sua vida (Polónia, 2020).

Relativamente à realização de exercício físico na nossa amostra, observámos que a maior parte (51,7%) dos inquiridos não faz exercício físico, apesar da diferença entre os dois grupos não ser significativa (51,7% vs. 48,3%, respetivamente).

Estudos relatam que a realização de exercício físico tem efeitos benéficos na redução da incidência do AVC (Boden-Albala & Sacco, 2000; Butler & Evenson, 2014). Uma vez que a maior parte da nossa amostra não faz exercício físico regularmente e extrapolando estes resultados representativos para a população Portuguesa podemos considerar que a maioria dos portugueses não toma ações para diminuir os riscos de ocorrência de AVC. Os nossos resultados mostram a clara necessidade de aumentar as estratégias de promoção de exercício físico a toda a população, devido aos benefícios para a saúde no geral que a realização desta atividade proporciona (Marques et al., 2019).

Dentro do grupo que pratica exercício físico, observamos que a maior parte o faz de forma leve e moderada. Esta frequência na prática da atividade física é semelhante à descrita na literatura, que identificou uma preferência por parte dos participantes do estudo em realizar exercício 3 vezes por semana (Silva, 2017).

Quando analisamos a prática de exercício físico dentro do grupo das mulheres e dos homens, foram os homens os que mostraram praticar exercício físico de forma mais intensa (mais de 5 vezes por semana).

Relativamente à idade de início da realização de exercício físico, a maior parte dos participantes iniciou antes dos 18 anos. De acordo com Marques et al. (2019), a maior parte das estratégias de promoção de exercício físico são realizadas em adolescentes, o que pode explicar os nossos resultados.

No que se refere ao consumo de álcool, observámos que 65,5% dos inquiridos é consumidor de álcool, sendo que 60,5% consome pontualmente e 5% consome diariamente. O consumo pontual de álcool é realizado maioritariamente por mulheres, ao contrário do consumo diário que é feito sobretudo por homens. O consumo diário poderá indicar que o consumo acaba por ser mais elevado, tal como apresentado no “*Relatório Anual 2019: A Situação do País em Matéria de Álcool*” da SICAD (2020), que demonstrou que os homens fazem consumos mais elevados de álcool quando comparados com as mulheres (SICAD, 2020).

Estes resultados requerem alguma preocupação uma vez que tem sido demonstrado que existe uma clara relação entre o risco de AVC e o consumo de álcool, em que o consumo leve ou moderado de álcool pode ter um efeito protetor contra o AVC enquanto que, o consumo elevado de álcool pode aumentar o risco de AVC (Reynolds et al. 2003).

Porém, não podemos assumir se o consumo de álcool na nossa amostra é leve ou moderado porque os participantes não foram questionados sobre a quantidade de álcool que consumiam, apenas se o consumo era diário ou pontual.

Quanto ao tipo de bebidas consumidas, observámos que a bebida mais consumida foi o vinho (79,7%), seguido da cerveja (65,0%) e das bebidas brancas/espirituosas (47,5%). Foram observadas diferenças em relação ao género e as faixas etárias. A maioria dos participantes que consome cerveja é homem, enquanto que a maioria dos inquiridos que consome vinho e bebidas brancas/espirituosas é mulher. Quanto às faixas etárias, a maioria dos consumidores de cerveja e vinho tem idades entre os 31 e os 50 anos enquanto que são os jovens (idades entre os 18 e os 30 anos) os maiores consumidores de bebidas brancas/espirituosas.

Estes resultados vão de encontro aos observados por Mäkelä et al. (2006), que verificou que são os homens que bebem cerveja com mais frequência e em maiores quantidades diárias. Adicionalmente, em Portugal, de acordo com o *“IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, 2016/17”*, o vinho é a bebida alcoólica mais consumida pela população (Balsa et al., 2018).

Relativamente à idade de início de consumo, os nossos dados mostram que a maioria dos participantes iniciou o consumo de álcool entre os 18 e os 30 anos, apesar da maioria dos estudos indicar que este início do consumo ocorre mais cedo, antes dos 18 anos (SICAD, 2020), e que pode ser confirmado no *“IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, 2016/17”* (Balsa et al., 2018) em que se verificou que a idade média de início do consumo da primeira bebida alcoólica em Portugal era de 17 anos.

Apesar do álcool, revisto anteriormente, ser também uma droga (sobre o ponto de vista médico-legal), habitualmente não é classificado como tal e por isso, fomos também caracterizar a nossa amostra em relação ao consumo de drogas ilícitas.

Apenas 1,6% da nossa amostra é consumidora pontual de drogas, sendo que o início deste consumo ocorre maioritariamente entre os 18 e os 30 anos, e em estudantes. Em Portugal os dados do *“IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, 2016/17”* demonstraram que a maioria dos participantes inicia o consumo das substâncias ilícitas mais comuns, em média aos 19 anos, com exceção do consumo de anfetaminas que tem uma idade média de 18 anos e da cannabis que tem um consumo mais precoce, aos 17 anos (Balsa et al., 2018).

No questionário, os participantes podiam escolher, de uma lista de drogas, quais as que consomem, podendo indicar a cannabis e a marijuana em separado. Adicionalmente, após analisarmos os resultados, observamos que os participantes também indicaram o consumo de haxixe. De acordo com a literatura, sabemos que a marijuana e o haxixe, são formas distintas obtidas da planta *Cannabis Sativa* (Barrona, 2017), no entanto, decidimos utilizar esses nomes, em separado, para designar o consumo de canabinóides, uma vez que a população poderia desconhecer esse termo.

Quando caracterizámos o tipo de drogas consumidas pela amostra, foram observadas algumas diferenças em termos de género, e situação profissional. De um modo geral, verificamos que a nossa amostra consome sobretudo cannabis e marijuana, e são maioritariamente os homens. No que diz respeito à situação profissional, os consumidores de cannabis são maioritariamente estudantes e os de marijuana estão empregados. As idades da maioria dos consumidores de ambos os tipos de canabinóides oscilou entre os 18 e os 30 anos. Mais uma vez, estes resultados estão coerentes com os dados do “*IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, 2016/17*”, que confirmam que a cannabis é a substância psicoativa ilícita mais consumida em Portugal, sendo mais prevalente nos homens e nas faixas etárias entre os 25 e os 44 anos (Balsa et al., 2018).

Segundo a literatura, o consumo de drogas tem sido associado ao risco de AVC isquémico e hemorrágico. Para algumas drogas essa associação está bem estabelecida enquanto que para outras essa associação não está provada, como é o caso da cannabis (Tsatsakis et al., 2019). Tsatsakis et al. (2019) fizeram uma revisão das drogas de abuso associadas ao AVC, tendo concluído que os estudos epidemiológicos relatam resultados contraditórios referentes ao risco de AVC e a utilização de cannabis. Há estudos que referem a associação entre o consumo de cannabis e a HTA e a prevalência de AVC em idades mais jovens, porém, outros estudos referem que a utilização isolada de cannabis não é considerada fator de risco para o AVC (Tsatsakis et al., 2019). Uma vez que a cannabis é a substância ilícita mais consumida do nosso país (Balsa et al., 2018), é importante perceber se existe de facto uma relação/associação entre o consumo desta droga e o aumento do risco de AVC.

No que diz respeito aos hábitos tabágicos da amostra, observámos que 18,9% dos inquiridos são fumadores, sendo que 5,8% fumam pontualmente e 13,2% fumam diariamente. Para além disso, verificamos que 12,8% são ex-fumadores.

Em Portugal, de acordo com dados do INE (Instituto Nacional de Estatística, 2020), 17% da população fuma, sendo que 14,2% fuma diariamente e 2,8% fuma ocasionalmente, para além de 21,4% serem ex-fumadores.

A associação entre o consumo de tabaco e o risco de AVC tem sido consistente entre estudos (Boden-Albala & Sacco, 2000). O consumo de tabaco, em especial o consumo atual, é um fator de risco modificável e independente para AVC, havendo uma associação entre a utilização de cigarros e o AVC Isquémico (Boden-Albala & Sacco, 2000). Para além disso, está também relatado que deixar de fumar diminui o risco de AVC, havendo uma redução substancial dentro de 2 a 5 anos (Boden-Albala & Sacco, 2000). No nosso questionário, os ex-fumadores não foram interrogados sobre há quanto tempo tinham deixado de fumar. No entanto, os ex-fumadores indicaram os anos de consumo, e 40% dos ex-fumadores fumou 10 ou menos anos e a 60% fumou mais de 10 anos.

Quando caracterizámos a amostra relativamente à idade de início do consumo, observámos que 50% dos inquiridos começou a fumar antes dos 18 anos. Os nossos dados estão em concordância com os dados recolhidos pelo *“IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, 2016/17”*, que verificou que a idade média que a população fuma o primeiro cigarro é aos 17 anos (Balsa et al., 2018).

Também observámos que o cigarro foi o tipo de tabaco mais indicado pela nossa amostra, sendo consumido maioritariamente por mulheres e por adultos com idades entre os 31 e os 50 anos. Neste caso, os nossos dados estão parcialmente em concordância com os dados recolhidos pelo *“IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, 2016/17”*, que indicou o cigarro como a forma mais comum de consumir tabaco em Portugal e que a prevalência desse consumo era mais elevada no género masculino e entre os 25 e os 34 anos (Balsa et al., 2018).

Como tem sido referido na literatura, alguns medicamentos podem ter influência na ocorrência de AVC (Janszky et al., 2021), e por isso considerámos importante estudar o consumo de medicamentos pela nossa amostra.

Observámos que 37,6% dos inquiridos consome medicamentos, sendo que 53,8% consome medicamentos para a hipertensão/colesterol/diabetes e 35% consome contraceptivos hormonais/hormonas sexuais/tratamento de reposição hormonal. Em ambos os casos, a maioria dos consumidores é mulher. Por outro lado, em relação às faixas etárias verificaram-se algumas diferenças. O consumo de medicamentos para a hipertensão/colesterol/diabetes foi feito maioritariamente por adultos com idades entre os 51 e os 65 anos, enquanto que o consumo de contraceptivos hormonais/hormonas

sexuais/tratamento de reposição hormonal foi feito maioritariamente por jovens entre os 18 e os 30 anos.

Os nossos resultados são coerentes com os descritos na bibliografia, que demonstra que, em Portugal, o consumo de medicamentos prevalece entre as mulheres (Balsa et al., 2018; Antunes, 2000). Para além disso, os anticoncetivos orais são mais utilizados entre os 15 e os 44 anos (período fértil da mulher), nas mulheres, e os anti hipertensores são mais utilizados após os 45 anos, em mulheres e homens (Antunes, 2000).

Como já foi descrito na introdução, o consumo de contraceptivos orais está associado com a ocorrência de AVC (Xu et al., 2015). No entanto, esse risco é muito baixo, particularmente em mulheres que não têm outros fatores de risco como a HTA ou tabagismo (Xu et al., 2015). Desta forma, seria necessário avaliar para os nossos participantes que utilizam contraceptivos hormonais, que outros fatores de risco têm associados, para fazer uma avaliação do risco de AVC nestes indivíduos.

Quando questionados relativamente à frequência e idade de início de consumo dos medicamentos utilizados, observámos que a maioria dos participantes faz consumo diário e iniciou o consumo de medicamentos entre os 31 e os 50 anos excetuando os participantes que consomem contraceptivos hormonais, em que a maioria iniciou o consumo antes dos 18 anos.

Para além do consumo individualizado, existem situações em que as pessoas fazem um consumo simultâneo de várias substâncias. Porém, ao analisarmos as respostas dos questionários, verificamos que nesta questão, algumas respostas estavam inválidas. No total, foram excluídas 9 respostas da amostra final, uma vez que alguns participantes assinalaram que tinham consumido alguns dos conjuntos de hábitos de consumo e, em simultâneo, assinalaram que *“nunca consumiram”*. Deste modo, não foi possível validar estas respostas e por isso foram excluídas.

No presente estudo observámos que a maioria dos inquiridos tem hábitos de consumo cumulativos, sendo que os conjuntos mais indicados por eles foram *“álcool e café”* (32,6%), *“álcool e tabaco”* (23,3%), *“álcool, café e tabaco”* (18,3%) e *“álcool e medicamentos”* (10%). Adicionalmente, verificamos que este consumo ocorre maioritariamente de forma pontual.

Como já foi referido, o consumo individual das substâncias indicadas pelos inquiridos tem impacto na saúde, em particular no AVC, tornando-se necessário avaliar o efeito que o consumo cumulativo destas substâncias poderá ter na nossa saúde.

No caso do álcool e do café, estudos demonstram que o consumo cumulativo destas substâncias pode ter um impacto na nossa saúde, uma vez que a cafeína diminui a

capacidade da pessoa que está a beber álcool perceber o nível de intoxicação alcoólica em que ela se encontra, fazendo com que ela continue a beber (Heinz et al. 2013).

Em relação ao álcool e ao tabaco, estudos relatam que beber álcool e fumar cigarros tem efeitos adversos em algumas doenças, sendo uma delas o AVC. No entanto existem poucos dados que comprovem que o consumo simultâneo destas duas substâncias tem efeitos mais graves do que pode ocorrer quando o seu consumo é independente (Mukamal, 2006).

Por outro lado, os estudos relatam que o consumo em simultâneo de álcool e de medicamentos pode ter efeitos adversos na saúde das pessoas. Os dados revelam que o álcool pode interagir com alguns medicamentos, reduzindo o efeito dos mesmos, causando efeitos adversos ou potenciando os efeitos adversos dos medicamentos (Johnson & Seneviratne, 2014).

Uma vez que a maioria dos estudos refere haver lacunas sobre o conhecimento do AVC por parte da população (Andrade et al., 2018; Cabral, 2020; Mansur, 2011) foi também objetivo deste estudo fazer um levantamento da literacia “*médica*” da população sobre o AVC, e os fatores que o podem condicionar.

Numa primeira análise ao conhecimento geral sobre AVC, observámos que quase todos (98,9%) os participantes que participaram neste estudo, sabem o que é um AVC. Para além disso, 86,8% dos inquiridos indicou saber que o estilo de vida está relacionado com a probabilidade de ter AVC.

Os nossos resultados estão em concordância com outros estudos já publicados, que revelam que quase todas as pessoas já ouviram falar sobre AVC (Cabral, 2020; Sim-Sim et al. 2019).

Quando questionados sobre o AVC ter ou não influência hereditária, a maior parte da nossa amostra indicou que o AVC é de ascendência genética (52,3%). O nosso estudo apresenta uma percentagem superior do que um estudo realizado Mansur (2011), que concluiu que a hereditariedade era um dos fatores de risco menos reconhecidos pela população Portuguesa (32%) (Mansur, 2011). Este facto pode ser justificado pelo nível de literacia que a maioria dos participantes do nosso estudo possui (formação académica superior).

No que diz respeito aos fatores que podem influenciar a ocorrência de AVC, os mais indicados pela nossa amostra foram o stress (90,4%), os hábitos alimentares (89,6%), o estilo de vida (85,6%) e existência de doença crónica, como diabetes, HTA, obesidade e cancro (73,4%).

Alguns dos fatores de risco indicados pelos participantes estão acima do referido noutros estudos. Como é o caso do stress, que no estudo de Mansur (2011) foi apenas indicado por 22,4% dos participantes e no nosso caso o stress foi o fator mais indicado.

No caso dos hábitos alimentares, no estudo de Cabral (2020), 65-70% dos participantes indicou fatores relacionados com a alimentação, enquanto que no nosso estudo houve uma percentagem superior de participantes a assinalar o fator hábitos alimentares.

Na avaliação da existência de doenças crónicas na nossa amostra, os nossos resultados estão um pouco abaixo da literatura. De acordo com Cabral (2020), 91,7% dos participantes indicou a HTA como fator de risco para o AVC, enquanto que 58,7% indicou DM e 85,7% indicou obesidade. Na maioria dos estudos que encontramos, as doenças crónicas são apresentadas aos participantes de maneira individual enquanto que, no nosso estudo englobámos a HTA, a DM e a obesidade no grupo das doenças crónicas, o que pode justificar as diferenças de percentagem em relação aos outros estudos.

Por outro lado, a poluição foi o fator de risco menos indicado pelos nossos inquiridos (20,9%). Este aspeto é preocupante uma vez que, de acordo com a *Global Stroke Fact Sheet 2022*, a poluição faz parte dos 10 principais fatores de risco no Mundo, sendo responsável por 20% da carga global do AVC (Feigin et al., 2022).

Considerando as faixas etárias dos participantes, verificamos que a maior parte dos participantes que indicaram fatores genéticos, esgotamento e depressão, têm idades entre os 18 e os 30 anos. Quanto à poluição, a maior parte dos participantes que assinalaram este fator de risco, tem idades entre 18 e 50 anos. Nos restantes fatores, prevalece a faixa etária dos 31 aos 50 anos.

Os nossos resultados são semelhantes aos obtidos por Mansur (2011), que verificou que os participantes que nomeiam fatores com mais frequência têm idades entre os 20 e 49 anos. Para além disso, Mansur (2011) observou também que o conhecimento dos fatores de risco diminui com o aumento da idade, sendo que a faixa etária acima dos 75 anos revela menor literacia.

Quanto à influência dos medicamentos na ocorrência de AVC, apesar da maior parte da nossa amostra (80,1%) considerar que alguns medicamentos podem aumentar o risco de ocorrer AVC, apenas 22,2% deles conhecem algum desses medicamentos. Os contraceptivos hormonais foram os medicamentos mais indicados pelos inquiridos que tinham na sua maioria idades entre os 18 e os 30 anos.

Considerando a nossa amostra total, podemos verificar que apenas uma percentagem baixa (9%) de participantes indicou os contraceptivos hormonais como medicamentos que

pode aumentar o risco de AVC. Resultados semelhantes foram observados noutros estudos em que os contraceptivos orais foram indicados como fator de risco para AVC por uma percentagem baixa da amostra total (9,4%) (Kharbach et al.,2020).

Este trabalho demonstra que apesar de haver conhecimento geral sobre o impacto da utilização de alguns medicamentos no risco de AVC, não existe conhecimento específico sobre quais os medicamentos que realmente podem aumentar o risco de AVC e, entre os nossos inquiridos, este conhecimento parece ser mais elevado nos indivíduos mais jovens.

Quando questionados sobre se tomam alguns desses medicamentos indicados por eles, apenas 23,4% indicou que sim, sendo novamente os contraceptivos hormonais os medicamentos mais consumidos (73,1%).

Perante as respostas obtidas sobre os medicamentos e o risco de AVC podemos especular que o aumento da comunicação global nas redes sociais sobre os riscos dos contraceptivos hormonais pode ter algum peso em algumas mulheres na escolha do método contraceptivo adotado. No entanto, neste estudo os participantes não foram questionados sobre os motivos que os levaram a não tomar esses medicamentos e como tal não podemos tirar conclusões definitivas.

Em relação à influência dos hábitos de consumo na ocorrência de AVC, quase todos os inquiridos neste estudo (98,7%) consideram que os hábitos de consumo podem influenciar a ocorrência de AVC. Observámos que a alimentação foi o hábito de consumo mais indicado pelos participantes (90,1%), seguido do álcool (82%), das drogas (78,9%) e do tabaco (76,1%). O consumo de café foi o menos indicado pelos inquiridos (40,5%).

Um estudo realizado por Mansur (2011) reportou que 43,6% dos participantes reconheceu a dieta hipercalórica como fator de risco para AVC, 52,4% reconheceu o consumo de tabaco e 55,4% reconheceu o consumo excessivo de álcool. Os nossos resultados revelam uma maior percentagem de respostas no reconhecimento de alguns hábitos de consumo como importantes fatores de risco para AVC quando comparados com esse estudo.

Adicionalmente, os participantes foram questionados sobre os hábitos de consumo cumulativos e o seu risco na ocorrência de AVC. Sendo que o conjunto de hábitos de consumo mais citado pelos participantes foi *“má alimentação, álcool, tabaco, café, medicamentos e drogas”*, com cerca de 68,1%. Curiosamente, este era o conjunto com mais hábitos de consumo, o que pode demonstrar que, para os participantes, a quantidade de hábitos de consumo simultâneos é o fator que mais tem influência no risco de AVC.

Em suma, observando os resultados já discutidos referentes aos hábitos de consumo que os participantes indicaram ter, podemos discutir que uma percentagem considerável de participantes tem hábitos de consumo que podem aumentar o risco de AVC, sendo que quando questionados sobre o impacto desses mesmos hábitos no risco de AVC, a maior parte da amostra demonstra saber que esses hábitos podem influenciar o risco de AVC. No entanto, apesar dos participantes terem conhecimento que estes hábitos podem influenciar o risco de AVC, eles continuam a consumi-los.

Por fim, fomos avaliar quais os participantes que tinham histórico de AVC e quais os que conheciam alguém que tinha histórico de AVC.

Apenas 1,1% da nossa amostra teve algum AVC. Este resultado poderá ser justificado pelo número baixo de participantes da faixa etária dos idosos / população mais velha (dos 66 aos 88 anos), uma vez que o AVC costuma afetar indivíduos com uma idade mais avançada (Boehme et al., 2017). Para colmatar estes resultados, deveríamos contactar diretamente indivíduos desta faixa etária ou contactar centros especializados na reabilitação do doente com AVC e pedir colaboração no estudo no sentido de orientarem diretamente os utentes no preenchimento do questionário. Neste estudo, ainda encontramos em contactos com alguns centros de reabilitação de doentes com AVC, na perspectiva de colaborarem connosco, mas a ausência de resposta e as contingências devido à pandemia COVID-19 levou a que não fosse possível a sua participação no estudo.

Pudemos confirmar que a maioria dos participantes (81,2%) que não teve AVC sente receio em vir a ter no futuro.

Quanto aos participantes que tiveram AVC, a maior parte da nossa amostra teve um episódio de AVC. Quando caracterizámos a nossa amostra a nível do género, situação profissional, e região de residência, observámos algumas diferenças.

Estudos relatam uma prevalência do género masculino entre os indivíduos que tiveram AVC (Pires, 2014; Sousa-uva & Dias, 2014). Nos nossos resultados, essa prevalência apenas foi observada entre os indivíduos que tiveram três AVC's. No que diz respeito à situação profissional, um estudo realizado por Pires (2014) verificou uma prevalência de reformados entre os casos de AVC, esta situação foi presente apenas nos participantes que tiveram três AVC's. Podemos explicar esta prevalência nos reformados, pelo facto da literatura descrever um aumento do risco de AVC com o aumento da idade (Boehme et al., 2017). Quanto à região de residência, a maioria dos participantes que teve um AVC e todos os participantes que tiveram três AVC's são da região Sul e os participantes que tiveram dois AVC's são equitativamente da região Centro e da região Sul. Um estudo desenvolvido

por Sousa-uva & Dias (2014) constatou uma maior prevalência de AVC na região do Alentejo.

Quanto à idade em que os nossos participantes tiveram o AVC, os nossos resultados demonstram uma prevalência de casos de AVC na faixa de idades entre os 31 e os 50 anos, sendo a maioria dos participantes do género masculino. Para além disso, 14,3% dos participantes tinha idades entre os 18 e os 30 anos e 14,3% não se lembra da idade em que teve o AVC. Os nossos resultados confirmam que os casos de AVC aumentam com a idade, tal como é também demonstrado na literatura (Boehme et al., 2017). Num trabalho publicado por Pires (2014) confirmou-se que quase 50% dos casos de AVC ocorria na faixa etária entre os 46 e os 65 anos, sendo que no geral, à medida que a idade aumentava os casos aumentavam também.

Curiosamente, e quando confrontamos os fatores de risco com as características da amostra em estudo, verificamos que os homens são o grupo que tem um consumo de café maior e uma prática de atividade física mais intensiva (mais de 5 vezes por semana) o que, supostamente, poderia ter algum efeito protetor contra o AVC. No entanto, também são os homens que bebem mais álcool (cerveja) e que fumam mais tabaco além dos habituais cigarros, o que por sua vez poderá agravar o risco de ocorrência de AVC.

No nosso estudo, os inquiridos que tiveram um AVC, este era do tipo isquémico, o que está de acordo com a literatura que refere o AVC isquémico como o tipo de AVC mais comum (Rosamond et al., 2008).

Observámos que a maioria dos inquiridos que tiveram AVC tinha fatores de risco, sendo que 50% tinha apenas um fator de risco e 50% tinha dois fatores de risco associados. O stress/excesso de trabalho e os fatores genéticos foram os fatores de risco mais indicados pelos participantes. Por outro lado, a hipertensão elevada, o consumo excessivo de bebidas energéticas, o consumo de medicamentos e a privação de sono foram os fatores de risco menos indicados pela amostra. Os nossos resultados não coincidem com a literatura no tipo de fatores de risco assinalados. Um estudo realizado por Pires (2014) observou numa amostra de doentes com AVC a prevalência elevada de HTA (69,8%).

Sob o ponto de vista médico legal, relativamente à relação entre consumo de álcool, drogas e o risco de AVC, nenhum dos nossos participantes, indicaram ter algum desses fatores de risco (consumo de álcool e/ou drogas) antes de terem sofrido um AVC. Por este motivo, neste estudo, não podemos encontrar alguma relação entre o consumo de álcool e drogas e o risco de AVC.

No nosso estudo, a maioria dos participantes indicou ter ficado com sequelas após AVC, sendo a hemiparesia e as alterações de memória as mais citadas tal como resultados descritos noutros estudos, que verificam a prevalência de sequelas na maioria dos doentes (Pires, 2014).

Adicionalmente, verificámos que todos os indivíduos com sequelas tinham fatores de risco associados, sendo que a maioria deles indicou ter apenas um fator de risco. Desta forma, e tendo em consideração o facto da nossa amostra ser pequena, não conseguimos obter uma correlação entre a combinação de vários fatores de risco na ocorrência de sequelas. No entanto, podemos especular que a existência de fatores de risco origina na sua maioria sequelas após o AVC.

Relativamente aos hábitos de consumo, observámos que a maioria dos participantes que teve um AVC alterou alguns hábitos tais como a alteração da alimentação e deixar ou reduzir o consumo de tabaco após o AVC. Estes resultados demonstram que a maior parte dos indivíduos que teve AVC tinha fatores de risco modificáveis associados, sendo que após o AVC tentaram alterar esses fatores de risco.

Também observámos uma prevalência de participantes que não sentem ansiedade em ter outro AVC, facto que vai em oposição ao observado na literatura, que relata ser comum e persistente ter ansiedade após o AVC (Chun et al., 2015). Chun et al. (2018) indicou o medo de recorrência de AVC como o principal causador de ansiedade.

Pode haver várias razões para as diferenças apresentadas. Por um lado, a questão no nosso questionário, interrogava os participantes sobre sentir ansiedade em ter novamente um AVC e não sobre sentir medo ou receio. Por outro lado, os inquiridos não eram questionados sobre os motivos para sentirem, ou não, ansiedade, o que nos iria dar uma percepção diferente do que eles estão a sentir.

As respostas à questão colocada sobre a realização de estudos genéticos para AVC permitiram-nos confirmar que a maioria dos participantes não fez estudo genético, mas quando os participantes fizeram estudo genético, na maioria das vezes a família também fez.

De uma maneira geral, a realização de estudos genéticos pode ser benéfica porque, no caso de existir algum fator genético identificado, a família poderá ter acesso a essa informação e tomar decisões conscientes quanto aos seus comportamentos de risco. Apesar de vermos o efeito benéfico da realização destes estudos genéticos, entendemos que na prática estes testes acarretam custos e, por isso, não são feitos em todas as

situações. Os nossos participantes não foram questionados sobre a situação específica que os levou a fazer esses estudos genéticos.

Apesar dos nossos resultados demonstrarem um número baixo de casos de AVC na nossa amostra, o mesmo não se verifica quando os participantes são questionados sobre conhecerem alguém que teve AVC. Observámos que a maior parte da nossa amostra conhece alguém que teve AVC (68,5%), sendo que na maioria dos casos se refere a membros da família.

Os mesmos resultados foram observados noutros estudos (Cabral, 2020). Cabral (2020) verificou que 66,7% dos participantes tinham, ou tiveram, algum familiar ou conhecido que teve um AVC.

O tipo de AVC mais indicado pelos participantes foi o AVC isquémico, o que vai de encontro ao relatado na literatura, tal como já tinha sido observado anteriormente (Rosamond et al., 2008). No entanto, os nossos resultados demonstram que a maior parte dos inquiridos não sabia distinguir qual o tipo de AVC que esse conhecido tinha sofrido.

No que diz respeito à idade em que esse conhecido teve o AVC, observámos que existe um aumento dos casos de AVC com o aumento da idade, o que está de acordo com o descrito por outros autores (Boehme et al., 2017). Nos nossos dados, a faixa etária mais frequente indicada pelos participantes foi entre os 66 e os 93 anos.

Observámos que a maior parte dos participantes indicou que o seu conhecido tinha fatores de risco para AVC, sendo que a maioria dessas pessoas tinha apenas um fator de risco (64,1%). No nosso estudo, a existência de problemas de saúde, ser fumador, ter maus hábitos alimentares e consumir álcool, foram os fatores de risco mais indicados.

Um estudo por Choudhury et al. (2015) observou que os fatores de risco mais comuns eram a HTA e ser fumador, sendo que esses fatores de risco também foram os mais indicados pela nossa amostra.

Também observámos que a maioria dos participantes indicou que o seu conhecido ficou com sequelas após o AVC, sendo que as mais citadas pelos participantes foram a mobilidade motora afetada, dificuldade em comunicar, coma / morte e alterações cognitivas e emocionais.

Estudos relatam que a existência de sequelas após o AVC são comuns, sendo que muitas vítimas de AVC desenvolvem várias complicações médicas, músculo-esqueléticas e psicossociais (Pires, 2014; Teasell, 1992).

Adicionalmente, podemos debater que a maioria destes indivíduos teve a sua qualidade de vida afetada devido ao tipo de sequelas com que ficou após o AVC. Indivíduos com sequelas de AVC tiveram a qualidade de vida afetada nas relações familiares, sociais, na produtividade e na energia (Monteiro, 2011).

Para além disso, quando fomos verificar se esses indivíduos que ficaram com sequelas tinham fatores de risco associados, observámos que 48,8% dessas pessoas tinha fatores de risco, apesar de 35,9% dos participantes não saber se o seu conhecido tinha fatores de risco para AVC. Por outro lado, observámos que a maioria das pessoas que ficaram com sequelas tinha apenas um fator de risco associado (62,1%). É importante relembrar que estas respostas foram dadas por um familiar/amigo e não pela própria pessoa que teve o AVC, e portanto o participante pode não saber ou não se recordar de todos os fatores de risco que essa pessoa teve. Por este motivo, não conseguimos verificar uma correlação entre a combinação de vários fatores de risco na ocorrência de sequelas após o AVC.

Além disso, sob o ponto de vista médico-legal, observámos que alguns participantes indicaram que o seu conhecido consumia álcool e/ou drogas (16,9% consumia álcool e 0,5% consumia drogas), antes de ter sofrido um AVC, sendo que após o AVC, 17,1% dos participantes indicaram que o seu conhecido ficou em coma ou faleceu. A partir destes resultados, podemos verificar que algumas dessas pessoas eram consumidoras de álcool e/ou drogas e faleceram após um AVC, no entanto não podemos tirar conclusões definitivas sobre a existência de uma relação entre estes fatores, tendo apenas em consideração os resultados apresentados.

Por último, apenas 3,3% dos participantes referiram alguém que tenha realizado estudos genéticos relacionados com AVC, sendo que 50% desses participantes indicou que a família dessa pessoa também realizou estudo genético para AVC. Estes resultados vêm confirmar a hipótese colocada anteriormente, sobre a realização de estudos genéticos em situações muito específicas e não como padrão.

6. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos permitiram concluir que a maioria dos portugueses tem hábitos de consumo associados à incidência e prevalência de AVC e que esses hábitos de consumo são importantes fatores de risco para o AVC.

Quanto à literacia da população sobre o AVC, concluímos que a maioria dos indivíduos tem bons conhecimentos gerais sobre o AVC e sobre os fatores que podem aumentar a incidência de AVC. Também concluímos que os indivíduos continuam a manter os fatores de risco, apesar de saberem que estão associados ao risco de AVC.

Relativamente aos indivíduos que tiveram AVC, concluímos que a maioria tinha fatores de risco associados, sendo que após o AVC, a maioria também ficou com sequelas. Também concluímos que a maior parte dos indivíduos com sequelas tinha apenas um fator de risco associado, e desta forma não obtivemos uma correlação entre a combinação de vários fatores de risco e a ocorrência de sequelas. No que diz respeito aos hábitos alterados, também concluímos que após o AVC, os indivíduos modificaram os hábitos associados com a prevalência e incidência de AVC.

Sobre o ponto de vista médico-legal, em relação aos indivíduos com AVC, não conseguimos encontrar uma correlação entre o consumo de álcool e drogas e o seu impacto no AVC.

Por fim, apesar de termos obtido poucos participantes com AVC, observámos que grande parte da população conhece alguém que já teve um AVC, sendo que essas pessoas tinham fatores de risco associados. Para além disso, também concluímos que a maior parte dos indivíduos indicou que, após o AVC, esse conhecido ficou com sequelas, sendo que em algumas situações, esses os indivíduos acabaram por entrar em coma ou a falecer.

7. PERSPECTIVAS FUTURAS

Apesar das limitações deste estudo, o mesmo pode servir de base para estudos futuros.

Seria interessante dar continuidade ao presente trabalho através da colaboração com centros de referência para o tratamento do AVC de forma a permitir: (1) aumentar o número de indivíduos com idades acima dos 66 anos e (2) aumentar o número de indivíduos com AVC para compreender melhor algumas interações entre os diversos fatores de risco e a incidência do AVC.

Por outro lado, compreender junto dos doentes que tiveram AVC quais as motivações para não alterarem os comportamentos de risco, seria importante para pensar em campanhas de sensibilização e informação junto dos doentes e suas famílias, e também da população em geral, de forma a prevenir e diminuir a ocorrência do AVC.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aho, K., Harmsen, P., Hatano, S., Marquardsen, J., Smirnov, V. E., & Strasser, T. (1980). Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study. *Bulletin of the World Health Organization*, 58(1), 113–30. PMID: 6966542; PMCID: PMC2395897.
- Alves, M. (2012). Qualidade de vida do doente após Acidente Vascular Cerebral. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu. Consultado em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1659>
- American Heart Association. (2020). Let's Talk about Stroke, TIA and Warning Signs. *American Heart Association*. Consultado em: https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Lets-Talk-About-Stroke/Type-of-Stroke/LTAS_TransientIschemicAttack_2019.pdf
- American Heart Association. (2022). Let's Talk About Hemorrhagic Stroke. *American Heart Association*. Consultado em: <https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Lets-Talk-About-Stroke/Type-of-Stroke/LTAS-Hemorrhagic-Stroke.pdf>
- American Stroke Association. (2020). Let's Talk About Ischemic Stroke. *American Heart Association*. Consultado em: https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Lets-Talk-About-Stroke/Type-of-Stroke/DS15794_LTAS_IschemicStroke_12_20.pdf
- American Stroke Association. (2022). Stroke Symptoms. *American Heart Association*. Consultado em: <https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-symptoms>
- Andrade, N., Alves, E., Costa, A. R., Moura-Ferreira, P., Azevedo, A., & Lunet, N. (2018). Knowledge about cardiovascular disease in Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(8), 669–677. DOI: 10.1016/j.repc.2017.10.017
- Antunes, P. (2000). Medicação crónica numa lista de utentes. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 16(2), 113–24. DOI: 10.32385/rpmgf.v16i2.9787
- Badoui, Nora, Alba, Luz H., Castillo, Juan S., Peñaloza, Maylin, Gutiérrez, Vanesa, & Ibarra, Adriana. (2021). Consumo habitual de café y riesgo de eventos cerebrovasculares. *Revista Colombiana de Cardiologia*, 28(4), 389–396. DOI: 10.24875/rccar.m21000071
- Balsa, C., Vita, C., & Urbano, C. (2018). IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Lisboa. pp 1-161 Consultado em:

https://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/181/IV%20INPG%202016_17_PT.pdf

- Barreto, M., Gaio, V., Kislaya, I., Antunes, L., Rodrigues, A. P., Silva, A. C., Vargas, P., Prokopenko, T., Santos, A. J., Namorado, S., Gil, A. P., Alves, C. A., Castilho, E., Cordeiro, E., Dinis, A., Nunes, B., & Matias Dias, C. (2016). 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. INSA IP. Lisboa Consultado em: <http://hdl.handle.net/10400.18/4115>
- Barrona, J. I. B. (2017). Psicose e Consumo de Canábis: Causa, Consequência ou Coincidência? Trabalho Final em Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa. Consultado em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/31720/1/JoanaIBarrona.pdf>
- Beal, C. C. (2010). Gender and stroke symptoms: A review of the current literature. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 42(2), 80–87. DOI: 10.1097/JNN.0b013e3181ce5c70
- Best, J. G., Bell, R., Haque, M., Chandratheva, A., & Werring, D. J. (2019). Atrial fibrillation and stroke: A practical guide. *Practical Neurology*, 19(3), 208–224. DOI: 10.1136/practneurol-2018-002089
- Boden-Albala, B., & Sacco, R. L. (2000). Lifestyle factors and stroke risk: exercise, alcohol, diet, obesity, smoking, drug use, and stress. *Current Atherosclerosis Reports*, 2(2), 160–166. DOI: 10.1007/s11883-000-0111-3
- Boehme, A. K., Esenwa, C., & Elkind, M. S. (2017). Stroke Risk factors, Genetics, and prevention. *Circulation research*, 120(3), 472–495. DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.116.308398
- Boot, E., Ekker, M. S., Putaala, J., Kittner, S., De Leeuw, F. E., & Tuladhar, A. M. (2020). Ischaemic stroke in young adults: A global perspective. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 91(4), 411–417. DOI: 10.1136/jnnp-2019-322424
- Bousser, M.-G., & Kittner, S. J. (2000). Oral contraceptives and stroke. *Cephalalgia*, 20(3), 183–189. DOI: 10.1046/j.1468-2982.2000.00040.x
- Butler, E. N., & Evenson, K. R. (2014). Prevalence of physical activity and sedentary behavior among stroke survivors in the United States. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 21(3), 246–255. DOI: 10.1310/tsr2103-246
- Cabral, A. (2020). Literacia em Saúde : Os conhecimentos dos prestadores de cuidados em lares de idosos sobre Acidente Vascular Cerebral e o impacto de uma ação de

- formação. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde, Leiria. Consultado em: <http://hdl.handle.net/10400.8/5459>
- Carlton, C., Banks, M., & Sundararajan, S. (2018). Oral Contraceptives and Ischemic Stroke Risk. *Stroke*, 49(4), e157–e159. DOI: 10.1161/STROKEAHA.117.020084
- Chen, R., Ovbiagele, B., & Feng, W. (2016). Diabetes and Stroke: Epidemiology, Pathophysiology, Pharmaceuticals and Outcomes. *The American journal of the medical sciences*, 351(4), 380–386. DOI: 10.1016/j.amjms.2016.01.011
- Chong, J.Y. (2020). Considerações gerais sobre o acidente vascular cerebral. *Manual MSD*. Consultado em: https://www.msdmanuals.com/pt-pt/casa/distúrbios-cerebrais,-da-medula-espinhal-e-dos-nervos/acidente-vascular-cerebral-avc/considerações-gerais-sobre-o-acidente-vascular-cerebral#v739193_pt
- Choudhury, M. J. H., Chowdhury, M. T. I., Nayeem, A., & Jahan, W. A. (2015). Modifiable and Non-Modifiable Risk Factors of Stroke: A Review Update. *Journal of National Institute of Neurosciences Bangladesh*, 1(1), 22–26. DOI: 10.3329/jninb.v1i1.22944
- Chun, H. Y., Whiteley, W. N., Carson, A., Dennis, M., & Mead, G. E. (2015). Anxiety after stroke: Time for an intervention. *International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society*, 10(5), 655–656. DOI: 10.1111/ijss.12493
- Chun, H. Y., Whiteley, W. N., Dennis, M. S., Mead, G. E., & Carson, A. J. (2018). Anxiety after stroke - the importance of subtyping. *Stroke*, 49(3), 556–564. DOI: 10.1161/STROKEAHA.117.020078
- Correia, M., Magalhães, R., Silva, M. R., Matos, I., & Silva, M. C. (2013). Stroke Types in Rural and Urban Northern Portugal: Incidence and 7-Year Survival in a Community-Based Study. *Cerebrovascular Diseases Extra*, 3(1), 137–149. DOI: 10.1159/000354851
- Correia, M., Silva, M. R., Matos, I., Magalhães, R., Lopes, J. C., Ferro, J. M., & Silva, M. C. (2004). Prospective community-based study of stroke in Northern Portugal: Incidence and case fatality in rural and urban populations. *Stroke*, 35(9), 2048–2053. DOI: 10.1161/01.STR.0000137606.34301.13
- Correia, P., Machado, S., Meyer, I., Amiguet, M., Eskandari, A., & Michel, P. (2021). Ischemic stroke on hormonal contraceptives: Characteristics, mechanisms and outcome. *European Stroke Journal*, 6(2), 205–212. DOI: 10.1177/23969873211019586
- Crichton, S. L., Bray, B. D., McKevitt, C., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. A. (2016). Patient

- outcomes up to 15 years after stroke: Survival, disability, quality of life, cognition and mental health. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 87(10), 1091–1098. DOI: 10.1136/jnnp-2016-313361
- De Dominicis, L., Cardinali, P., Pucci, E., Marchegiani, G., Caporalini, R., Moretti, V., Sanguigni, S., Carle, F., Gesuita, R., & Giuliani, G. (2006). What do Italians at high risk of stroke know about ischaemic stroke? A survey among a group of subjects undergoing neuro-sonographic examination. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 27(1), 7–13. DOI: 10.1007/s10072-006-0558-2
- Dulicek, P., Ivanova, E., Kostal, M., Sadilek, P., Beranek, M., Zak, P., & Hirmerova, J. (2018). Analysis of Risk Factors of Stroke and Venous Thromboembolism in Females With Oral Contraceptives Use. *Clinical and applied thrombosis/hemostasis: official journal of the International Academy of Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*, 24(5), 797–802. DOI: 10.1177/1076029617727857
- Efstathiou, S. P., Tsioulos, D. I., Zacharos, I. D., Tsiakou, A. G., Mitromaras, A. G., Mastorantonakis, S. E., Pefanis, A. V., & Mountokalakis, T. D. (2002). A new classification tool for clinical differentiation between haemorrhagic and ischaemic stroke. *Journal of Internal Medicine*, 252(2), 121–129. DOI: 10.1046/j.1365-2796.2002.01013.x
- Elshourbagy, N. A., Meyers, H. V., & Abdel-Meguid, S. S. (2014). Cholesterol: The good, the bad, and the ugly-therapeutic targets for the treatment of dyslipidemia. *Medical principles and practice : international journal of the Kuwait University, Health Science Centre*, 23(2), 99–111. DOI: 10.1159/000356856
- Essa, H., Hill, A. M., & Lip, G. Y. H. (2021). Atrial Fibrillation and Stroke. *Cardiac Electrophysiology Clinics*, 13(1), 243–255. DOI: 10.1016/j.ccep.2020.11.003
- Esse, K., Fossati-Bellani, M., Traylor, A., & Martin-Schild, S. (2011). Epidemic of illicit drug use, mechanisms of action/addiction and stroke as a health hazard. *Brain and Behavior*, 1(1), 44–54. DOI: 10.1002/brb3.7
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society*, 17(1), 18–29. DOI: 10.1177/17474930211065917
- Fonseca, A., & Ferro, J. (2013). Drug abuse and Stroke. *Current neurology and*

neuroscience reports, 13, 325. DOI: 10.1007/s11910-012-0325-0

Gompel, A., & Plu-Bureau, G. (2014). Are we overestimating the stroke risk related to contraceptive pills?. *Current Opinion in Neurology*, 27(1), 29–34. DOI: 10.1097/WCO.0000000000000046

Gonçalves, I. A., & Carvalho, A. (2017). Pattern of alcohol consumption by young people from North Eastern Portugal. *Open Medicine*, 12(1), 494–500. DOI: 10.1515/MED-2017-0068

Hackam, D. G., & Hegele, R. A. (2019). Cholesterol Lowering and Prevention of Stroke: An Overview. *Stroke*, 50(2), 537–541. DOI: 10.1161/STROKEAHA.118.023167

Hankey, G. J. (2006). Potential new risk factors for ischemic stroke: What is their potential? *Stroke*, 37(8), 2181–2188. DOI: 10.1161/01.STR.0000229883.72010.e4

Hankey, G. J. (2016). Stroke. *Lancet (London, England)*, 389(10069), 641–654. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30962-X

Hankey, G. J., & Blacker, D. J. (2015). Is it a stroke?. *BMJ (Clinical research ed.)*, 350, 1–6. DOI: 10.1136/bmj.h56

Heinz, A. J., Wit, H. de, Lilje, T. C., & Kassel, J. D. (2013). The Combined Effects of Alcohol, Caffeine and Expectancies on Subjective Experience, Impulsivity and Risk-Taking. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 21(3), 222–234. DOI: 10.1037/a0032337

Instituto Nacional de Estatística. (2022). Causas de morte - 2020 (Dados Provisórios). *Instituto Nacional de Estatística*. Consultado em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_bdc_tree&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística. (2020). Inquérito Nacional de Saúde 2019. *Instituto Nacional de Estatística*, 1–13. Consultado em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2

Janszky, I., Vardaxis, I., Lindqvist, B. H., Horn, J. W., Brumpton, B. M., Strand, L. B., Bakken, I. J., Alsnes, I. V., Romundstad, P. R., Ljung, R., Mukamal, K. J., & Sen, A. (2021). Assessing short-term risk of ischemic stroke in relation to all prescribed medications. *Scientific Reports*, 11(1), 21673. DOI: 10.1038/s41598-021-01115-7

Johnson, B. A., & Seneviratne, C. (2014). Alcohol-medical drug interactions. In *Handbook*

- of Clinical Neurology* (1st ed., Vol. 125). Elsevier B.V. DOI: 10.1016/B978-0-444-62619-6.00031-8
- Kelly, C. K., & Prichard, J. R. (2016). Demographics, Health, and Risk Behaviors of Young Adults Who Drink Energy Drinks and Coffee Beverages. *Journal of Caffeine Research*, 6(2), 73–81. DOI: 10.1089/jcr.2015.0027
- Kernan, W. N., Inzucchi, S. E., Sawan, C., MacKo, R. F., & Furie, K. L. (2013). Obesity: A stubbornly obvious target for stroke prevention. *Stroke*, 44(1), 278–286. DOI: 10.1161/STROKEAHA.111.639922
- Kharbach, A., Obtel, M., Achbani, A., Bouchriti, Y., Hassouni, K., Lahlou, L., & Razine, R. (2020). Level of knowledge on stroke and associated factors: A cross-sectional study at primary health care centers in Morocco. *Annals of Global Health*, 86(1), 83. DOI: 10.5334/aogh.2885
- Kimura, K., Kazui, S., Minematsu, K., Yamaguchi, T., & Japan Multicenter Stroke Investigator's Collaboration (2004). Analysis of 16,922 patients with acute ischemic stroke and transient ischemic attack in Japan: A hospital-based prospective registration study. *Cerebrovascular diseases (Basel, Switzerland)*, 18(1), 47–56. DOI: 10.1159/000078749
- Kuriakose, D., & Xiao, Z. (2020). Pathophysiology and treatment of stroke: Present status and future perspectives. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(20), 7609. DOI: 10.3390/ijms21207609
- Lappin, J. M., Darke, S., & Farrell, M. (2017). Stroke and methamphetamine use in young adults: A review. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 88(12), 1079–1091. DOI: 10.1136/jnnp-2017-316071
- Lee, Y., & Siddiqui, W. J. (2019). *Cholesterol levels*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. PMID: 31194434 Bookshelf ID: NBK542294
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., Mota, J., Teixeira, P., Rodrigues, S., Lobato, L., Magalhães, V., Correia, D., Carvalho, C., Pizarro, A., Marques, A., Vilela, S., Oliveira, L., Nicola, P., Soares, S., & Ramos, E. (2017). Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados. Universidade do Porto. ISBN: 978-989-746-181-1. Disponível em: www.ian-af.up.pt.
- Luo, J., Tang, X., Li, F., Wen, H., Wang, L., Ge, S., Tang, C., Xu, N., & Lu, L. (2022). Cigarette Smoking and Risk of Different Pathologic Types of Stroke: A Systematic

- Review and Dose-Response Meta-Analysis. *Frontiers in Neurology*, 12, 772373. DOI: 10.3389/fneur.2021.772373
- Mäkelä, P., Gmel, G., Grittner, U., Kuendig, H., Kuntsche, S., Bloomfield, K., & Room, R. (2006). Drinking patterns and their gender differences in Europe. *Alcohol and Alcoholism*, 41(1), i8–i18. DOI: 10.1093/alcalc/agl071
- Mansur, K. F. (2011). O que sabe o cidadão sobre o acidente vascular cerebral: inquério numa população urbana. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto. Consultado em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22149>
- Marques, A., Peralta, M., Loureiro, N., Loureiro, V., Naia, A., & Matos, M. (2019). A atividade física dos adolescentes portugueses, resultados do estudo HBSC de 2018. *Revista De Psicologia Da Criança E Do Adolescente*, 10(1), 129–137. Consultado em: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/2636>
- Marto, J. P., Strambo, D., Livio, F., & Michel, P. (2021). Drugs Associated With Ischemic Stroke: A Review for Clinicians. *Stroke*, 52(10), e646–e659. DOI: 10.1161/STROKEAHA.120.033272
- März, W., Kleber, M. E., Scharnagl, H., Speer, T., Zewinger, S., Ritsch, A., Parhofer, K. G., von Eckardstein, A., Landmesser, U., & Laufs, U. (2017). HDL cholesterol: reappraisal of its clinical relevance. *Clinical research in cardiology : official journal of the German Cardiac Society*, 106(9), 663–675. DOI: 10.1007/s00392-017-1106-1
- Mazurek-Kusiak, A. K., Kobyłka, A., Korcz, N., & Sosnowska, M. (2021). Analysis of eating habits and body composition of young adult poles. *Nutrients*, 13(11), 4083. DOI: 10.3390/nu13114083
- Meschia, J. F., & Brott, T. (2017). Ischemic stroke. *European Journal of Neurology*, 25, 35-40. DOI: 10.1111/ene.13409
- Monteiro, A. (2011). Qualidade de Vida (QV) em Indivíduos com Sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Dissertação em Terapia Ocupacional. Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto, Porto. Consultado em: https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Qualidade_Vida_Individuos_Sequelas_AVC_Dissertacao.pdf
- Monteiro, P., & em nome dos investigadores do estudo Safira (2018) . The SAFIRA study: A reflection on the prevalence and treatment patterns of atrial fibrillation and cardiovascular risk factors in 7500 elderly subjects. Estudo Safira: reflexões sobre a

- prevalência e os padrões de tratamento de fibrilhação auricular e risco cardiovascular em 7500 indivíduos com 65 ou mais anos. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(4), 307–313. DOI: 10.1016/j.repc.2017.08.006
- Mota, J. (2014). Segmentação de consumidores de café por estilos de vida. Dissertação de Mestrado. Escola Superior Do Porto. Consultado em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10213/1/juliana_mota.pdf
- Mukamal, K. J. (2006). The effects of smoking and drinking on cardiovascular disease and risk factors. *Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 29(3), 199–202. PMID: 17373409. PMCID: PMC6527044.
- Naganuma, M., Fujioka, S., Inatomi, Y., Yonehara, T., Hashimoto, Y., Hirano, T., & Uchino, M. (2008). Clinical Characteristics of Subarachnoid Hemorrhage With or Without Headache. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association*, 17(6), 334–339. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2008.04.009
- O'Donnell, M. J., Chin, S. L., Rangarajan, S., Xavier, D., Liu, L., Zhang, H., Rao-Melacini, P., Zhang, X., Pais, P., Agapay, S., Lopez-Jaramillo, P., Damasceno, A., Langhorne, P., McQueen, M. J., Rosengren, A., Dehghan, M., Hankey, G. J., Dans, A. L., Elsayed, A., ... Yusuf, S. (2016). Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *The Lancet*, 388(10046), 761–775. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30506-2
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2022). Relatório Europeu sobre Drogas 2022: Tendências e evoluções. Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo. Consultado em: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/2022.2419_PT_03_wm.pdf
- Ojaghihaghighi, S., Vahdati, S. S., Mikaeilpour, A., & Ramouz, A. (2017). Comparison of neurological clinical manifestation in patients with hemorrhagic and ischemic stroke. *World Journal of Emergency Medicine*, 8(1), 34–38. DOI: 10.5847/wjem.j.1920–8642.2017.01.006
- Oliveira, V. (2012). Acidente Vascular Cerebral em Portugal – O Caminho para a Mudança. *Acta Medica Portuguesa*, 25(5), 263–264
- Pinheiro, S. P. (2012). Epidemiologia genética do Acidente Vascular Cerebral: identificação de genes envolvidos na susceptibilidade e na recuperação do doente. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa - Faculdade de Ciências, Lisboa. Consultado em:

<http://hdl.handle.net/10451/7579>

- Pires, G. A. T. (2014). O perfil do utente com acidente vascular cerebral. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Tecnologias do Porto, Porto. Consultado em: https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/4545/1/DM_GracietePires_2014.pdf
- Polónia, M. L. M. (2020). Coffee consumption habits of portuguese adolescents and their association with the use of other psychoactive substances. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Porto. Consultado em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/33626/1/Maria%20Lu%C3%ADs%20Moraes%20Pol%C3%B3nia.pdf>
- Reynolds, K., Lewis, L. B., Nolen, J. D. L., Kinney, G. L., Sathya, B., & He, J. (2003). Alcohol Consumption and Risk of Stroke: A Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 289(5), 579–588. DOI: 10.1001/jama.289.5.579
- Roach, R. E., Helmerhorst, F. M., Lijfering, W. M., Stijnen, T., Algra, A., & Dekkers, O. M. (2015). Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). DOI: 10.1002/14651858.CD011054.pub2.
- Rodrigues, A., Gaio, V., Kislaya, I., Graff-Iversen, S., Cordeiro, E., Silva, A., Namorado, S., Barreto, M., Gil, A., Antunes, L., Santos, A., Pereira-Miguel, J., Nunes, B., & Matias Dias, C. (2016). Prevalência de hipertensão arterial em Portugal: resultados do Primeiro Inquérito Nacional com Exame Físico (INSEF 2015). *Boletim Epidemiológico Observações - Instituto Ricardo Jorge*, 2, 11–14. Consultado em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4760/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_NEspecia8-2017_artigo2.pdf
- Ronksley, P. E., Brien, S. E., Turner, B. J., Mukamal, K. J., & Ghali, W. A. (2011). Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 342, d671. DOI: 10.1136/bmj.d671
- Rosamond, W., Flegal, K., Furie, K., Go, A., Greenlund, K., Haase, N., Hailpern, S. M., Ho, M., Howard, V., Kissela, B., Kittner, S., Lloyd-Jones, D., McDermott, M., Meigs, J., Moy, C., Nichol, G., O'Donnell, C., Roger, V., Sorlie, P., ... Hong, Y. (2008). Heart disease and stroke statistics-2008 Update: A report from the American heart association statistics committee and stroke statistics subcommittee. *Circulation*, 117(4), e25–e146. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.187998

- Rosendo, I., Fonseca, G., Guedes, A. R., & Martins, V. (2009). Caracterização dos fumadores e factores que influenciam a motivação para a cessação tabágica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15(5), 783–802. Consultado em: <https://www.redalyc.org/pdf/1697/169718508004.pdf>
- SICAD. (2020). Relatório Anual 2019: A Situação do País em Matéria de Álcool. *SICAD*. Consultado em: https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/168/RelatorioAnual_2019_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool_PT.pdf
- Silva, A. (2017). A Prática Desportiva e o Bem-estar Subjetivo. Dissertação de Mestrado em Atividade Física e Saúde apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto. Consultado em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/108650/2/229004.pdf>
- Silva, C. (2017). Contraceção hormonal e doenças cardiovasculares. Trabalho Final de Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra. Consultado em: <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/82241/1/Contrace%C3%A7%C3%A3o-Hormonal-e-Doen%C3%A7as-Cardiovasculares.pdf>
- Sim-Sim, M. M. S. F., Abrantes, M. J., Reis, M. G. M. dos, Pires, E. M. G., Fernandes, M. A. M., & Barros, M. da L. F. (2019). Young adult's knowledge about stroke in a Portuguese south town. *Enferm. Glob*, 18(56), 447– 458. DOI: 10.6018/eglobal.18.4.3433
- Smajlović, D. (2015). Strokes in young adults: Epidemiology and prevention. *Vascular Health and Risk Management*, 11, 157–164. DOI: 10.2147/VHRM.S53203
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2019). Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2016, 2017 e 2018 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 12/2019. *Sociedade Portuguesa de Diabetologia*. Consultado em: https://www.spd.pt/images/uploads/20210304-200808/DF&N-2019_Final.pdf
- Sogari, G., Velez-Argumedo, C., Gómez, M. I., & Mora, C. (2018). College students and eating habits: A study using an ecological model for healthy behavior. *Nutrients*, 10(12), 1823. DOI: 10.3390/nu10121823
- Sousa-uva, M., & Dias, C. M. (2014). Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013. *Instituto Nacional Ricardo Jorge, Boletim Epidemiológico.*, 9(2), 12–14. Consultado em:

<http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/2341>

- Sousa, J. (2013). Consumo de Café: Riscos e Benefícios. Trabalho Final de Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Consultado em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/47914/2/tese%20.pdf>
- SPAVC. (2016). O essencial sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC) – Guia Prático para a população. SPAVC. Consultado em: https://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICO/GUIA%20AVC%20POPULACAO_final.pdf
- Spence, J. D. (2019). Nutrition and risk of stroke. *Nutrients*, 11(3). 647. DOI: 10.3390/nu11030647
- Stevens, E., Emmett, E., Wang, Y., McKeivitt, C., & Wolfe, C. (2017). The burden of stroke in Europe. *Stroke Alliance for Europe*. Consultado em: <https://www.strokeeurope.eu/downloads/TheBurdenOfStrokeInEuropeReport.pdf>
- Tchaikovski, S. N., & Rosing, J. (2010). Mechanisms of Estrogen-Induced Venous Thromboembolism. *Thrombosis Research*, 126(1), 5–11. DOI: 10.1016/j.thromres.2010.01.045
- Teasell, R. W. (1992). Long-Term Sequelae of Stroke: How should you handle stroke complications?. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 38, 381–388. PMID: 21221264. PMCID: PMC2145419.
- The Stroke Foundation. (2022). *Prevent Stroke - High blood pressure*. Consultado a Setembro de 2022 em: <https://strokefoundation.org.au/about-stroke/prevent-stroke/high-blood-pressure>
- Tsatsakis, A., Docea, A. O., Calina, D., Tsarouhas, K., Zamfira, L. M., Mitrut, R., Sharifi-Rad, J., Kovatsi, L., Siokas, V., Dardiotis, E., Drakoulis, N., Lazopoulos, G., Tsitsimpikou, C., Mitsias, P., & Neagu, M. (2019). A Mechanistic and Pathophysiological Approach for Stroke Associated with Drugs of Abuse. *Journal of Clinical Medicine*, 8(9), 1295. DOI: 10.3390/jcm8091295
- Tun, N. N., Arunagirinathan, G., Munshi, S. K., & Pappachan, J. M. (2017). Diabetes mellitus and stroke: A clinical update. *World journal of diabetes*, 8(6), 235–248. DOI: 10.4239/wjd.v8.i6.235
- Wadhera, R. K., Steen, D. L., Khan, I., Giugliano, R. P., & Foody, J. M. (2016). A review of low-density lipoprotein cholesterol, treatment strategies, and its impact on cardiovascular disease morbidity and mortality. *Journal of Clinical Lipidology*, 10(3), 472–489. DOI: 10.1016/j.jacl.2015.11.010

- World Health Organization [WHO]. (2006). WHO STEPS Stroke Manual: The WHO STEPwise approach to stroke surveillance. Geneva, World Health Organization. Consultado em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43420/9241594047_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization [WHO]. (2013). *Nutrition, Physical Activity and Obesity Portugal*. Consultado em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/243318/Portugal_WHO_Country_Profile.pdf
- Xu, Z., Li, Y., Tang, S., Huang, X., & Chen, T. (2015). Current use of oral contraceptives and the risk of first-ever ischemic stroke: A meta-analysis of observational studies. *Thrombosis Research*, 136(1), 52–60. DOI: 10.1016/j.thromres.2015.04.021
- Xu, Z., Yue, Y., Bai, J., Shen, C., Yang, J., Huang, X., Zhao, Y., & Li, Y. (2018). Association between oral contraceptives and risk of hemorrhagic stroke: a meta-analysis of observational studies. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 297(5), 1181–1191. DOI: 10.1007/s00404-018-4723-7
- Yuliana, S., & Nuratikah. (2021). Job characteristics related stress as a risk factor of stroke: a literature review. *Jurnal Human Care*, 6(1), 232–244. e-ISSN:2528-66510

9. ANEXOS

Anexo 1 - Parecer emitido pela comissão de ética

	Unidade de Proteção de Dados	DATA: 16/02/2022
---	------------------------------	------------------

PARECER A-11/2022

Nome	Ana Beatriz Mergulhão Marques
Nº Mecnográfico	202001120
Unidade Orgânica	Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto (ICBAS-UP)
Título	Abordagem médico-legal da combinação de diferentes fatores de risco que contribuem para a ocorrência de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) e suas consequências na população Portuguesa
Ticket Nº	2022021015005789

Sumário do Pedido

No âmbito do seu projeto de dissertação para o Mestrado em Medicina Legal, no ICBAS-UP, pretende a requerente conhecer os hábitos de consumo dos portugueses, que possam estar associados com a prevalência e incidência do Acidente Vascular Cerebral (AVC), bem como fazer um levantamento do conhecimento geral da população sobre o AVC, os fatores que poderão estar relacionados com o risco de ocorrência de AVC e o seu impacto na qualidade de vida.

Para atingir os objetivos, foi desenhado um inquérito online, que se encontra implementado na plataforma interna da U.Porto (inqueritos.up.pt), e que será divulgado de forma abrangente, de modo a obter respostas de uma amostra numerosa e diversificada de participantes.

Para além das questões relacionadas diretamente com o tema do estudo (hábitos de consumo; conhecimento sobre AVC e respetivos fatores de risco; histórico de AVC do próprio e/ou de familiares e amigos), o inquérito envolve a recolha dos seguintes dados de cada participante: idade; género; estado civil; habilitações literárias; profissão; distrito de residência; se tem algum problema de saúde e, em caso afirmativo, qual(is).

Conclusões

Considerando o conjunto de dados recolhidos através do questionário, o universo alargado e indefinido de participantes, bem como o facto de o questionário se encontrar implementado numa plataforma interna da U.Porto, somos do parecer que a informação em causa poderá considerar-se anónima, tendo por referência os meios (humanos; tecnológicos; temporais; financeiros; etc.) suscetíveis de ser razoavelmente utilizados para identificar uma pessoa singular.

Desta forma, o tratamento de dados encontra-se isento do âmbito de aplicação material do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados), podendo a requerente prosseguir com a realização do estudo, sem necessidade de mais formalismos.

a Encarregada da Proteção de Dados da Universidade do Porto

Assinado por: **SUSANA RODRIGUES PEREIRA**
Num. de Identificação: 11094042
Data: 2022.02.16 12:59:50 +0000

Doutora Susana Rodrigues Pereira

Anexo 2 - Parecer emitido pela Unidade da Proteção de Dados

Exma. Senhora
Dr.ª Ana Beatriz Mergulhão Marques

v. referência	v. comunicação	n. referência	data
		SD/HCC/113	2022-01-11
assunto	2021/CE/P030(P370/CETI/ICBAS)		



Informa-se que o projeto de Investigação Fundamental com o título “**Abordagem médico-legal da combinação de diferentes fatores de risco que contribuem para a ocorrência de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) e suas consequências na população Portuguesa**”, com a referência 2021/CE/P030(P370/CETI/ICBAS), submetido à Comissão de Ética conjunta CHUP/ICBAS, foi apreciado em reunião plenária de 15 de dezembro de 2021, tendo obtido parecer favorável nessa data.

Com os nossos cumprimentos,

O Diretor,


(Prof. Doutor Henrique Cyrne Carvalho)

PV

RUA DE JORGE VITERBO FERREIRA, 228, 4050-313 PORTO - PORTUGAL
TELEFONE: +351 220 428 000
Fax: +351 220 428 090
www.icbas.up.pt

Anexo 3 - Questionário

Questionário sobre “Abordagem médico-legal da combinação de diferentes fatores de risco que contribuem para a ocorrência de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) e suas consequências na população Portuguesa”

Enquadramento: O presente questionário é realizado no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Medicina Legal do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, sob orientação da Doutora Isabel Silva e coorientação da Professora Doutora Graça Lobo.

Pretende-se com este trabalho conhecer os hábitos de consumo dos Portugueses que possam estar associados com a prevalência e incidência do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e fazer um levantamento do conhecimento geral da população sobre o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e os fatores que poderão estar relacionados com o risco de ocorrência de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o seu impacto na qualidade de vida.

Condições de participação: Este questionário destina-se a todos os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em Portugal (continental e ilhas) e a sua participação é de carácter voluntário e não lhe trará qualquer prejuízo/risco ou benefício, apenas requer o seu preenchimento.

O questionário é feito pela Internet, através de uma plataforma online. Após a sua livre aceitação em participar neste estudo terá acesso ao questionário.

Confidencialidade e anonimato: O questionário é anónimo e confidencial e as respostas serão anónimas e serão tratadas e analisadas tendo por base a integridade científica, designadamente total confidencialidade dos dados. Os resultados obtidos serão apresentados no âmbito da tese de mestrado e publicados cientificamente.

O questionário encontra-se disponível entre 01 novembro de 2021 e 31 de janeiro de 2022. O seu preenchimento total terá uma duração aproximada de 10 minutos. Não existem respostas certas ou erradas. Por isso, solicitamos-lhe que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Desta forma, é importante que leia atentamente e responda a todas as perguntas.

Pede-se que este questionário seja partilhado com os seus contactos, família, amigos e conhecidos e que, sempre que possível, seja dado apoio no seu preenchimento à população idosa e a pessoas que não têm acesso à internet ou não a sabem utilizar.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e colaboração neste estudo. Qualquer questão poderá colocar através do contacto: up202001120@edu.icbas.up.pt (Ana Beatriz Marques)

Termo de Consentimento Informado: Declaro ter lido e compreendido as informações disponibilizadas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, poder recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que forneço de forma voluntária.

☐ Aceito participar no estudo.

Grupo 1: Caraterização Sociodemográfica

1. Idade: _____

2. Género :

☐ Feminino

☐ Masculino

3. Estado Civil:

☐ Solteiro(a)

☐ Casado(a)

☐ União de Facto

☐ Divorciado(a)

☐ Viúvo(a)

4. Habilitações Literárias:

☐ Ensino Básico (1º ao 9º)

☐ Ensino Secundário (10º ao 12º) / Profissional

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

☐ Outro. Por favor, especifique qual: _____

5. Profissão: _____

6. Concelho de Residência: _____

7. Tem algum problema de saúde?

☐ Sim

☐ Não

→ Se sim, indique qual o seu problema de saúde (pode assinalar mais que uma opção):

- ☐ Obesidade
- ☐ Cancro
- ☐ Hipertensão arterial (HTA)
- ☐ Diabetes
- ☐ Asma
- ☐ Depressão
- ☐ Outro. Especifique: _____

Grupo 2: Hábitos de Consumo

8. Considera que tem uma alimentação saudável?

- ☐ Sim
- ☐ Não

→ Se não, porquê? _____

9. Consome Álcool?

- ☐ Sim
 - ☐ Diariamente
 - ☐ Pontualmente
 - Se sim, desde quando (idade) consome álcool? _____
 - Se sim, que tipo de bebidas alcoólicas consome? (pode seleccionar mais que uma opção)
 - ☐ Cerveja;
 - ☐ Vinho;
 - ☐ Bebidas brancas/espituosas (e.g. whisky, vodka, licores);
 - ☐ Outro, especifique: _____
- ☐ Não
- ☐ Já consumi no passado.
 - Quantos anos bebeu álcool? _____

10. Consome Drogas?

- ☐ Sim
 - ☐ Diariamente
 - ☐ Pontualmente
 - Se sim, há quanto tempo consome (anos) drogas? _____
 - Se sim, que tipo? (pode seleccionar mais que uma opção)
 - ☐ Anfetaminas;

- ☐ Cannabis;
- ☐ Cocaína;
- ☐ Heroína;
- ☐ Marijuana;
- ☐ Outro, especifique: _____

☐ Não

☐ Já consumi no passado.

→ Durante quantos anos consumiu drogas? _____

11. É fumador?

☐ Sim

☐ Diariamente

☐ Pontualmente

→ Se sim, desde quando (idade) fuma? _____

→ Se sim, que tipo de tabaco fuma? (pode selecionar mais que uma opção)

- ☐ Cigarro;
- ☐ Cigarros eletrônicos;
- ☐ Cachimbo de água (shisha);
- ☐ Tabaco aquecido;
- ☐ Outro, especifique: _____

☐ Não

☐ Ex-Fumador

→ Quantos anos fumou? _____

12. Toma algum medicamento?

☐ Sim

☐ Não

→ Se sim, qual/quais? (indique no máximo 5 Medicamentos que tome regularmente)

Medicamento 1	
Medicamento 2	
Medicamento 3	
Medicamento 4	
Medicamento 5	

→ Para cada medicamento, indique desde quando e com que frequência os toma:

	Desde quando?	Com que frequência?
Medicamento 1		
Medicamento 2		
Medicamento 3		
Medicamento 4		
Medicamento 5		

13. Bebe café?

☐ Sim

☐ Não

→ Se sim, quantos cafés bebe por dia? _____

→ Se sim, desde quando (idade) bebe café? _____

14. Já consumiu em simultâneo: (pode escolher mais que uma opção)

☐ Álcool e drogas

☐ Álcool e medicamentos

☐ Álcool e tabaco

☐ Álcool e café

☐ Álcool, café e tabaco

☐ Álcool, café, tabaco e medicamentos

☐ Álcool, café, tabaco e drogas

☐ Drogas e medicamentos

☐ Drogas, medicamentos e tabaco

☐ Álcool, drogas e medicamentos

☐ Álcool, drogas e tabaco

☐ Álcool, drogas, medicamentos e tabaco

☐ Nunca consumi

→ Indique a(s) situação(ões) em que ocorreu esse consumo: _____

15. Considera que tem uma profissão de risco?

☐ Sim

☐ Não

→ Se sim, por favor, especifique porquê: _____

16. Faz exercício físico?

☐ Sim

☐ Não

- Se sim, desde quando (idade)? _____
- Se sim, quantas vezes por semana? _____

Grupo 3: Fatores que podem condicionar a prevalência de Acidente Vascular Cerebral (AVC)

17. Sabe o que é um Acidente Vascular Cerebral (AVC)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

18. Acha que o estilo de vida está relacionado com a probabilidade de ter Acidente Vascular Cerebral (AVC)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

19. Considera que alguns medicamentos poderão aumentar o risco de ocorrer Acidente Vascular Cerebral (AVC)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

→ Se sim, conhece algum?

→ Qual/Quais? _____

→ Toma algum deles?

- ☐ Sim. Qual/Quais? _____
- ☐ Não

20. Indique quais os fatores abaixo que pensa poderem aumentar o risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC)? (pode escolher mais que uma opção)

- ☐ Stress
- ☐ Excesso de trabalho
- ☐ Ansiedade
- ☐ Privação de sono
- ☐ Depressão
- ☐ Esgotamento
- ☐ Doença crónica (por exemplo: diabetes, HTA, obesidade, cancro, ...)
- ☐ Fatores genéticos
- ☐ Poluição
- ☐ Hábitos alimentares (por exemplo: comida fast food, gorduras, açúcares, ...)
- ☐ Estilo de vida

21. Considera que os nossos hábitos podem influenciar a ocorrência de ter Acidente Vascular Cerebral (AVC)?

☐ Sim

☐ Não

→ Se sim, assinale os que considera estar relacionados com o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (pode selecionar mais que uma opção):

☐ Álcool

☐ Drogas

☐ Medicamentos

☐ Tabaco

☐ Café

☐ Alimentação

22. Considera que algum destes hábitos, quando consumidos em simultâneo, podem potenciar a ocorrência de ter Acidente Vascular Cerebral (AVC)? (pode selecionar mais que uma opção)

☐ Má alimentação e álcool

☐ Má alimentação, álcool, tabaco e medicamentos

☐ Má alimentação, álcool, tabaco, café e medicamentos

☐ Má alimentação, álcool, tabaco, café, medicamentos e drogas

☐ Álcool e drogas

☐ Álcool e medicamentos

☐ Álcool e tabaco

☐ Drogas e medicamentos

☐ Drogas, medicamentos e tabaco

☐ Álcool, drogas e medicamentos

☐ Álcool, drogas e tabaco

☐ Álcool, drogas, medicamentos e tabaco

☐ Não

23. Considera que o Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode ser de ascendência familiar?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sei

Grupo 4: Histórico de Acidente Vascular Cerebral (AVC)

24. Já teve algum Acidente Vascular Cerebral (AVC)? (Se respondeu não, avançar para próxima questão)

☐ Sim

→ Quantos? _____

→ Quando teve esses Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) (indique as datas): _____

☐ Não

→ Tem receio de poder ter, eventualmente, um Acidente Vascular Cerebral (AVC)?

☐ Sim

☐ Não

(A partir desta questão, responder relativamente ao último Acidente Vascular Cerebral (AVC))

25. Qual foi o tipo de Acidente Vascular Cerebral (AVC)?

☐ Isquémico

☐ Hemorrágico

☐ Não sei

☐ Outro. Especifique _____

26. Quando teve o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Indique a data ou o ano)? _____

27. Tinha algum fator/es de risco que potenciasses o Acidente Vascular Cerebral (AVC)?

☐ Sim

☐ Não

→ Se sim, qual/ais? _____

28. Ficou com sequelas derivadas do Acidente Vascular Cerebral (AVC)?

☐ Sim

☐ Não

→ Se sim, qual/quais? _____

29. Ficou com algum grau de incapacidade?

☐ Sim

☐ Não

→ Se sim, qual a percentagem e/ou tipo de incapacidade? _____

30. Alterou algum hábito após ter o Acidente Vascular Cerebral (AVC)?

☐ Sim

☐ Não

→ Se sim, qual/quais? _____

31. Sente ansiedade na possibilidade de voltar a ter outro Acidente Vascular Cerebral (AVC)?

☐ Sim

☐ Não

32. Fez algum estudo genético relacionado com Acidente Vascular Cerebral (AVC)?

☐ Sim

☐ Não

→ Se sim, a sua família também fez?

☐ Sim

☐ Não

33. Conhece alguém próximo (Familiar ou amigo) que teve algum Acidente Vascular Cerebral (AVC)? (Se respondeu não, avançar para a próxima questão)

☐ Sim

→ Especifique o parentesco que tem com essa pessoa?

☐ Familiar (pai, mãe, filho, irmão, tio, avó, avô, primo)

☐ Amizade/Amigo

☐ Não

(A partir desta questão, responder relativamente ao último Acidente Vascular Cerebral (AVC))

34. Sabe qual o tipo de Acidente Vascular Cerebral (AVC) que essa pessoa teve?

☐ Isquémico

☐ Hemorrágico

☐ Outro. Especifique _____

☐ Não sei

35. Sabe qual a idade da pessoa quando teve o Acidente Vascular Cerebral (AVC)? _____

36. Sabe se a pessoa tinha fatores de risco?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sei

→ Se sim, qual/quais? _____

37. Essa pessoa ficou com sequelas derivadas do Acidente Vascular Cerebral (AVC)?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sei

→ Se sim, qual/quais? _____

38. Essa pessoa fez estudo genético relacionado com Acidente Vascular Cerebral (AVC)?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sei

→ Se sim, a família também fez?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sei

Obrigada pela sua disponibilidade!

Anexo 4 - Tabelas

Tabela 1: Idades médias dos participantes, de acordo com o género.

		Idade Média (anos)
Género	Feminino	36±14
	Masculino	42±12

Tabela 2: Outros problemas de saúde referidos pelos participantes.

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Alergias	4	2,4
Tiroide	3	1,8
Anemia	2	1,2
Arritmia cardíaca	2	1,2
Colesterol	2	1,2
Doenças respiratórias	2	1,2
Ataques de pânico/ansiedade	1	0,6
Aterosclerose	1	0,6
Displasias Ósseas	1	0,6
Doença mitocondrial	1	0,6
Epilepsia	1	0,6
Fibromialgia	1	0,6
Fígado gordo	1	0,6
Perturbação obsessivo compulsiva	1	0,6
Problemas de visão	1	0,6
Problemas nos rins	1	0,6
Síndrome do intestino Irritável	1	0,6
Síndrome do ovário poliquístico	1	0,6
Taquicardia	1	0,6

Legenda: % - percentagem de indivíduos.

Tabela 3: Outros motivos para ter uma profissão de risco referidos pelos participantes.

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sedentarismo	3	1,6
Proporciona comportamentos aditivos (vícios)	3	1,6
Interação com diversas pessoas	2	1,1
Complexidade	1	0,5
Contacto com pessoas vulneráveis	1	0,5
Contacto diário com vários fatores	1	0,5
Local de Trabalho	1	0,5
Utilização de máquinas industriais	1	0,5
Outros motivos	1	0,5

Legenda: % - percentagem de indivíduos.

Tabela 4: Hábitos alimentares, por grupos (género e faixas etárias).

		Género		Faixas etárias			
		F (%)	M (%)	[18-30] (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	[66-88] (%)
Hábitos alimentares	Alimentação saudável	83,8	79,6	81,6	81,4	86,4	85,7
	Alimentação não saudável	16,2	20,4	18,4	18,6	13,6	14,3

Legenda: F - feminino, M - masculino, % - percentagem de indivíduos.

Tabela 5: Outros motivos para ter uma alimentação não saudável referidos pelos participantes.

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Não indica motivo específico	5	4,6
Cozinhar para várias pessoas	1	0,9
Consumo excessivo de bebidas alcoólicas	1	0,9
Comer sem restrições	1	0,9

Legenda: % - percentagem de indivíduos.

Tabela 6: Idades médias dos participantes que consomem/não consomem café.

	Idade Média (anos)
Consome café	40±13
Não consome café	32±14

Tabela 7: Frequência da prática de exercício físico semanal e idade em que a amostra iniciou a realização de exercício físico, de acordo com o grupo das mulheres e o grupo dos homens.

		F (%)	M (%)
Quantidade (por semana) *	Entre 1 a 2	40,7	36,6
	Entre 3 a 4	40,2	36,6
	Mais de 5	18,0	25,0
Idade que começou a fazer exercício físico **	Antes dos 18 anos	61,4	69,6
	Entre 18 a 30 anos	29,1	22,3
	Após os 30 anos	9,0	8,0

Legenda: F - feminino, M - masculino, % - percentagem de indivíduos.

* 4 respostas foram excluídas por serem consideradas inválidas. ** 1 resposta foi excluída por ser considerada inválida.

Tabela 8: Outros tipos de bebidas referidas pelos participantes.

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Cidra	3	0,7
Sangria	3	0,7
Gin	1	0,2

Legenda: % - percentagem de indivíduos.

Tabela 9: Consumo de tabaco, de acordo com o grupo das mulheres e dos homens.

		F (%)	M (%)
Consumo de Tabaco	Pontualmente	5,4	6,6
	Diariamente	12,2	15,3
	Ex-fumador	11,2	16,3
	Nunca fumou	71,2	61,7

Legenda: % - percentagem de indivíduos.

Tabela 10: Outros tipos de tabaco referidos pelos participantes.

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Cachimbo	1	0,8
Charuto	1	0,8
Cigarilha	1	0,8

Legenda: % - percentagem de indivíduos.

Tabela 11: Outros medicamentos referidos pelos participantes.

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Antimaláricos	2	0,9
Imunossupressores	4	1,7
Antivertiginoso	4	1,7
Inibidor da bomba de prótons	19	8,1
Suplemento alimentar	25	10,7
Anti-histamínico	18	7,7
Antiespasmódico urinário	2	0,9
Antagonistas dos receptores dos leucotrienos	2	0,9
Antineoplásico	1	0,4
Tratamento para acne	1	0,4
Venotrópicos	2	0,9
Broncodilatadores	8	3,4
Medicamentos para o tratamento da gota	1	0,4
Inibidores da aromatase	1	0,4
Agentes modificadores lipídicos	1	0,4
Antidopaminérgico	1	0,4
Relaxante muscular	4	1,7
Medicamentos para a próstata	2	0,9
Glucocorticosteroide	1	0,4
Medicamentos biológicos	1	0,4
Inibidores da interleucina	1	0,4
Hipnótico	1	0,4
Bisfosfonatos	1	0,4
Inibidores enzimáticos	8	3,4
Fitoterápico	1	0,4

Legenda: % - percentagem de indivíduos.

Tabela 12: Hábitos de consumo cumulativos, de acordo com o grupo das mulheres e o grupo dos homens.

	F (%)	M (%)
Álcool e drogas	6,1	6,6
Álcool e medicamentos	10,3	9,2
Álcool e tabaco	21,1	28,1
Álcool e café	24,8	49,5
Álcool, café e tabaco	14,3	27,0
Álcool, café, tabaco e medicamentos	2,8	5,6
Álcool, café, tabaco e drogas	2,8	3,6
Drogas e medicamentos	0,5	-
Drogas, medicamentos e tabaco	0,5	-
Álcool, drogas e medicamentos	0,5	-
Álcool, drogas e tabaco	3,7	3,1
Álcool, drogas, medicamentos e tabaco	0,7	-

Legenda: F - feminino, M - masculino, % - percentagem de indivíduos.

Tabela 13: Hábitos de consumo cumulativos, de acordo com a frequência do consumo.

	Pontualmente (%)	Diariamente (%)
Álcool e drogas	100,0	-
Álcool e medicamentos ***	82,3	16,1
Álcool e tabaco **	93,8	4,8
Álcool e café *	76,4	21,7
Álcool, café e tabaco	89,5	7,9
Álcool, café, tabaco e medicamentos	100,0	-
Álcool, café, tabaco e drogas	94,7	5,3
Drogas e medicamentos	100,0	-
Drogas, medicamentos e tabaco	100,0	-
Álcool, drogas e medicamentos	100,0	-
Álcool, drogas e tabaco	100,0	-
Álcool, drogas, medicamentos e tabaco	100,0	-

Legenda: % - percentagem de indivíduos.

*7 respostas foram consideradas inválidas e por isso não foram contabilizadas. **1 resposta foi considerada inválida e por isso não foi contabilizada. ***1 resposta foi considerada inválida e por isso não foi contabilizada.

Tabela 14: Conhecimento sobre o que é AVC, de acordo com o género, faixas etárias, situação profissional e escolaridade.

		Género		Faixas etárias				Situação Profissional					Escolaridade			
		F (%)	M (%)	[18-30] (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	[66-88] (%)	Est (%)	Trab-Est (%)	Emp (%)	Des (%)	Ref (%)	EB (%)	ESP (%)	ES (%)	Outro (%)
Sabe o que é um AVC	Sabe	69,3	30,7	37,0	42,0	18,7	2,3	19,8	1,9	72,4	3,2	2,6	7,6	28,2	64,0	0,2
	Não sabe	-	100	-	57,1	42,9	-	-	-	85,7	-	14,3	14,3	28,6	42,9	14,3

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Trab-Est - Trabalhador-Estudante, Emp - Empregado, Des - Desempregado, Ref - Reformado, EB - Ensino Básico, ESP - Ensino Secundário/Profissional, ES - Ensino Superior, % - percentagem de indivíduos.

Tabela 15: Conhecimento sobre o que é o AVC, por grupos (género, faixas etárias, situação profissional e escolaridade).

		Género		Faixas etárias				Situação Profissional					Escolaridade			
		F (%)	M (%)	[18-30] (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	[66-88] (%)	Est (%)	Trab-Est (%)	Emp (%)	Des (%)	Ref (%)	EB (%)	ESP (%)	ES (%)	Outro (%)
Sabe o que é um AVC	Sabe	100	96,4	100	98,5	97,5	100	100	100	98,7	100	94,1	97,9	98,9	99,2	50,0
	Não sabe	-	3,6	-	1,5	2,5	-	-	-	1,3	-	5,9	2,1	1,1	0,8	50,0

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Trab-Est - Trabalhador-Estudante, Emp - Empregado, Des - Desempregado, Ref - Reformado, EB - Ensino Básico, ESP - Ensino Secundário/Profissional, ES - Ensino Superior, % - percentagem de indivíduos.

Tabela 16: Conhecimento sobre o estilo de vida estar relacionado com a probabilidade de ter AVC, de acordo com o gênero, faixas etárias, situação profissional e escolaridade.

		Gênero		Faixas etárias				Situação Profissional					Escolaridade			
		F (%)	M (%)	[18-30] (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	[66-88] (%)	Est (%)	Trab-Est (%)	Emp (%)	Des (%)	Ref (%)	EB (%)	ESP (%)	ES (%)	Outro (%)
Estilo de Vida	Sim	69,1	30,9	38,3	41,6	17,9	2,2	20,7	2,2	71,3	3,1	2,6	6,7	28,1	65,1	0,2
	Não	64,6	35,4	25,6	46,3	25,6	2,4	12,2	-	80,5	3,7	3,7	14,6	29,3	54,9	1,2

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Trab-Est - Trabalhador-Estudante, Emp - Empregado, Des - Desempregado, Ref - Reformado, EB - Ensino Básico, ESP - Ensino Secundário/Profissional, ES - Ensino Superior, % - percentagem de indivíduos.

Tabela 17: Conhecimento sobre o AVC ser de ascendência genética, de acordo com o gênero, faixas etárias, situação profissional e escolaridade.

		Gênero		Faixas etárias				Situação Profissional					Escolaridade			
		F (%)	M (%)	[18-30] (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	[66-88] (%)	Est (%)	Trab-Est (%)	Emp (%)	Des (%)	Ref (%)	EB (%)	ESP (%)	ES (%)	Outro (%)
Ascendência Genética	Sim	72,4	27,6	38,7	42,3	16,9	2,1	20,9	2,1	72,1	1,8	3,1	5,2	21,2	73,6	-
	Não	57,5	42,5	30,1	42,5	21,9	5,5	12,3	1,4	79,5	2,7	4,1	11,0	42,5	46,6	-
	Não sabe	66,5	33,5	35,7	42,0	21,0	1,3	20,1	1,8	71,0	5,4	1,8	10,3	33,9	54,9	0,9

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Trab-Est - Trabalhador-Estudante, Emp - Empregado, Des - Desempregado, Ref - Reformado, EB - Ensino Básico, ESP - Ensino Secundário/Profissional, ES - Ensino Superior, % - percentagem de indivíduos.

Tabela 18: Conhecimento sobre os medicamentos poderem aumentar o risco de AVC, de acordo com o género, faixas etárias e situação profissional.

		Género		Faixas etárias				Situação Profissional				
		F (%)	M (%)	[18-30] (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)	[66-88] (%)	Est (%)	Trab-Est (%)	Emp (%)	Des (%)	Ref (%)
Medicamentos	Sim	69,9	30,1	40,5	43,1	14,8	1,6	21,8	2,0	69,9	3,8	2,4
	Não	62,9	37,1	21,0	38,7	35,5	4,8	10,5	1,6	83,1	0,8	4,0

Legenda: F - feminino, M - masculino, Est - Estudante, Trab-Est - Trabalhador-Estudante, Emp - Empregado, Des - Desempregado, Ref - Reformado, % - percentagem de indivíduos.

Tabela 19: Outros medicamentos que podem aumentar o risco de AVC referidos pelos participantes.

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Anticolinérgicos	5	4,5
Aspirina	2	1,8
Citostáticos	1	0,9
Inibidor da bomba de protões	2	1,8
Medicamentos para diabetes	1	0,9
Medicamentos para dores de cabeça	1	0,9
Sabe, mas não se recorda	2	1,8
Suplementos	1	0,9
Tratamento da disfunção erétil	5	4,5
Vacina Covid-19	3	2,7
Vitamina K	1	0,9

Legenda: % - percentagem de indivíduos.

Tabela 20: Outros medicamentos tomados pelos participantes, mesmo sabendo que podem ter um efeito sobre a incidência do AVC.

	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Antidepressivos	1	3,8
Opioides	1	3,8
Vacina Covid	1	3,8

Legenda: % - porcentagem de indivíduos.

Tabela 21: Hábitos que influenciam a ocorrência de AVC, de acordo com o grupo das mulheres e o grupo dos homens.

	F (%)	M (%)
Álcool	82,0	81,9
Drogas	80,1	76,2
Medicamentos	68,0	55,4
Tabaco	75,8	76,7
Café	40,5	40,4
Alimentação	90,5	89,1

Legenda: F - feminino, M - masculino, % - porcentagem de indivíduos.

Tabela 22: Existência de fatores de risco, de acordo com o gênero e faixas etárias.

		Gênero		Faixas etárias	
		F (%)	M (%)	[31-50] (%)	[51-65] (%)
Fatores de Risco	Sim	66,7	33,3	66,7	33,3
	Não	-	100,0	-	100,0

Legenda: F - feminino, M - masculino, % - porcentagem de indivíduos.

Tabela 23: Existência de fatores de risco, em participantes com sequelas.

		Frequência (N)	Porcentagem (%)
Tinha fatores de risco	Sim	4	100,0
	Não	-	-
Quantidade de fatores de risco associados	1	3	75,0
	2	1	25,0

Legenda: % - porcentagem de indivíduos.