



UNIVERSIDADE DO PORTO

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL:

Conhecer mais para tratar melhor em Cabo Verde

Sueila Martins

**Mestrado Integrado em Medicina
Ano Lectivo: 2009/2010**

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL:
Conhecer mais para tratar melhor em Cabo Verde

Sueila Martins

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Orientador

Professor Doutor Manuel Jorge Maia Pereira Correia
Hospital Santo António/Centro Hospitalar do Porto

Co-orientador

Professora Doutora Maria Carolina Costa e Silva
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Acidente Vascular Cerebral: conhecer mais para tratar melhor em Cabo Verde

Autores:

Sueila Martins, Emília Moreira, Rui Magalhães, Assunção Tuna, Maria Carolina Silva, Manuel Correia

Afiliação:

Sueila Martins

Curso de Mestrado Integrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto

Emília da Conceição Torres Dias Moreira

Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Rui Magalhães

Departamento de Estudo de Populações, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto

Assunção da Conceição Gouveia Tuna

Assistente Hospitalar de Neurologia, Serviço de Neurologia, Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto

Professor Auxiliar convidado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto

Maria Carolina Silva

Departamento de Estudo de Populações, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto

Manuel Correia

Assistente Hospitalar Graduado de Neurologia, Serviço de Neurologia, Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto / Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto

Resumo

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença neurológica de início abrupto em que a intervenção rápida tem uma importância vital. Esta intervenção depende essencialmente do reconhecimento dos sinais e sintomas do AVC e de uma actuação atempada e adequada da parte da população.

Objectivos: Avaliar o conhecimento da população de Cabo Verde sobre o AVC, nomeadamente FRV, sintomatologia e actuação adequada perante a ocorrência de AVC.

Metodologia: Para este estudo foram seleccionados os concelhos da Praia e São Domingos na ilha de Santiago e o único concelho da ilha de Maio. Os dados foram recolhidos durante o mês de Novembro de 2009 usando junto da população adulta que recorreu aos centros de saúde, repartições públicas e escolas na ilha de Santiago e porta-a-porta na ilha de Maio.

Resultados: Dos 531 participantes, 43,7% residiam no concelho de Maio, 34,4% na Praia e 21,9% em São Domingos; 50% tinham entre 25 e 53 anos e 54,4% eram mulheres. Cerca de 4% tinham história de AVC/AIT e no último ano 20,5% passaram por uma experiência de AVC/AIT (próprio ou familiar). Os FRV mais reconhecidos pelos participantes foram o consumo excessivo de álcool (63,5%) e tabagismo (56,7%). Apenas 45,4% reconheceram o cérebro como o órgão lesado, aumentando esta proporção nos mais escolarizados ($\chi^2=50,3$; $p<0,001$) e mais jovens ($\chi^2=39,8$; $p<0,001$). A perda de força/dificuldade no movimento de um braço, perna ou face (60,3%) e a paralisia em metade do corpo (54,4%) foram os sintomas/sinais mais reconhecidos. Em caso de suspeita de AVC, 63,3% dos participantes agiram de forma correcta, recorrendo ao serviço de urgência do hospital. Os mais escolarizados e que reconheceram a dificuldade em falar, entender ou escrever como sintoma/sinal do AVC têm uma actuação mais correcta e menos correcta os que reconhecem a paralisia em metade do corpo.

Conclusão: Apesar de uma elevada proporção da população ter tido uma experiência recente de AVC/AIT, há ainda um desconhecimento importante da sua sintomatologia e os factores de risco mais reconhecidos não são especificamente vasculares. Por outro lado o conhecimento da sintomatologia não está relacionado com uma actuação correcta, sendo esta determinada pela escolaridade.

Palavras-chave: AVC; conhecimento da população; Cabo Verde.

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença neurológica muito comum. De acordo com a organização mundial de saúde (OMS), foi em 1990 a segunda causa mais frequente de morte no mundo, e a terceira causa mais comum de mortalidade em países desenvolvidos. Representa aproximadamente 10% de todas as mortes em todo o mundo e é também a principal causa de incapacidade nos adultos; a incidência por milhão de habitantes foi de 9,0 a nível mundial [Murray and Lopez (1997)]. De acordo com a “Global Burden of Disease (GBD)” [World Health Organization, <http://www.who.int/en/> (Junho 2010)], ocorrem no continente africano cerca de 700 mil novos casos de AVC por ano. No futuro a incidência de AVC é susceptível de aumentar na África sub-sahariana, especialmente com o envelhecimento da população e a previsível transição epidemiológica, de um padrão dominado pelas doenças infecciosas e afecções no período perinatal para um padrão em que as doenças não transmissíveis, incluindo doenças vasculares serão mais importantes. Pouco se conhece ainda sobre o AVC na África sub-sahariana (factores de risco, tipos e subtipos, causas), e quais as diferenças, caso existam, em relação a outras populações, nomeadamente dos países desenvolvidos [Connor e al. (2009); World Health Organization, <http://www.who.int/en/> (Junho 2010)]. Na sub-região da África Ocidental, Cabo Verde está entre os países com melhores indicadores de estado de saúde da população. O perfil epidemiológico de Cabo Verde, em fase de transição, mostra que as doenças não transmissíveis tendem a superar, em frequência e gravidade, as doenças infecto-contagiosas, representando novos desafios para o Serviço Nacional de Saúde [Ministério de Saúde de Cabo Verde, <http://www.gov.cv/index> (Junho 2010)]. Em Cabo Verde pouco se sabe sobre a incidência e prevalência da doença vascular cerebral, mas segundo as estatísticas de mortalidade do Ministério de Saúde referentes ao ano de 2007, a taxa de mortalidade global em Cabo Verde foi de 5,3/1000 habitantes e as doenças do aparelho circulatório, entre as quais o AVC, foram a principal causa de morte com uma taxa de mortalidade de 138,7/100.000 habitantes [Ministério da Saúde de Cabo Verde, <http://www.gov.cv/index> (Junho 2010)].

O AVC é, assim, responsável por um enorme impacto a nível individual, social e económico. As actuais estratégias desenvolvidas para uma melhor abordagem deste problema englobam: a prevenção primária, o tratamento na fase aguda e a reabilitação. Apesar da letalidade precoce ter vindo a diminuir nos últimos anos do século passado, a tendência na incidência de AVC é mais complexa de entender e estudar, uma vez que envolve diferentes factores entre os quais, o envelhecimento da população nos países desenvolvidos, mudanças de estilo de vida nos países em desenvolvimento e a prevalência dos factores de risco vascular.

Estudos científicos apontam para ganhos substanciais na capacidade funcional em função da rapidez de actuação, especificidade do tratamento e precocidade de cuidados de reabilitação [Hacke et al. (2008)]. O tratamento desta patologia envolvendo Unidades especializadas de Tratamento de AVC, desde a terapêutica da fase aguda até ao acompanhamento de reabilitação em ambulatório, demonstrou benefícios claros. Embora os primeiros dados do ECASS3 [Hacke et al. (2008)] demonstrem que é possível minimizar ou eliminar os efeitos incapacitantes de um AVC, com administração de tratamento até quatro horas e meia após o início dos sintomas, continua a ser o tratamento numa unidade de AVC, o que pode ser oferecido a todos, independentemente do tipo de AVC, da gravidade, idade ou sexo. Para tal será apenas necessária uma reorganização dos serviços de saúde já existentes. Mas para que os serviços destas unidades sejam mais eficazes é fundamental que a população em geral reconheça os sintomas/sinais do AVC e tenha uma actuação adequada perante esta emergência médica, recorrendo ao hospital atempadamente.

O objectivo neste estudo é avaliar o conhecimento da população de Cabo Verde sobre o AVC, nomeadamente factores de risco, sintomas e sinais que o caracterizam e actuação perante estes sintomas/sinais.

Materiais e Métodos

Cabo Verde é um país africano, constituído por dez ilhas e cinco ilhéus de origem vulcânica. Situado no oceano atlântico, a 445 Km da costa ocidental africana. As ilhas do Arquipélago de Cabo Verde agrupam-se em Barlavento (Santo Antão, São Nicolau, Santa Luzia, Sal, São Vicente e Boavista) e Sotavento (Fogo, Santiago, Maio e Brava) (Figura A1 em anexo). A população no ano de 2009 foi estimada pelo Instituto Nacional de Cabo Verde (INECV) em cerca de 508633 habitantes (48% homens e 52% mulheres) habitando uma área de 4.033 Km², ou seja, uma densidade populacional média de 119 Hab/Km², embora com 61% da população concentrada nos meios urbanos. A pirâmide etária segue o padrão tradicional dos países em desenvolvimento (Figura A2 em anexo). Para este estudo foram seleccionados os concelhos da Praia e São Domingos na ilha de Santiago com respectivamente 127.524 e 14.323 habitantes e o concelho de Maio, único da ilha do mesmo nome, com 8.132 habitantes. Os participantes no estudo seriam todos os utentes adultos (18 ou mais anos) que recorressem aos Centros de Saúde de referência para estas populações durante um período de 3 meses - Setembro a Dezembro de 2009. Atendendo a que estas populações eram respectivamente 84.095 na ilha de Santiago e 4.662 na ilha de Maio, estimava-se que aproximadamente 10% desta população fosse abrangida. Os médicos e enfermeiros dos centros de saúde fariam um questionário ao utente, adaptando-o à linguagem e cultura locais, do qual constavam as características sócio-demográficas bem como o conhecimento e actuação em relação ao AVC, nomeadamente os factores de risco vascular, identificação de localização da lesão que provoca o AVC, sintomas que o

caracterizam e actuação perante uma situação de ocorrência de AVC (em Anexo). Por último existia uma “checklist” de sintomas/acidentes neurológicos ocorridos no último ano ao próprio ou a familiares para obter uma indicação sobre a prevalência do AVC na população.

Devido aos problemas de colaboração dos médicos e enfermeiros, a metodologia do trabalho de campo foi alterada. Este facto decorreu do surto epidémico de dengue para o qual foi preciso envolver todos os recursos humanos disponíveis para atender as necessidades da população. Note-se que em Dezembro de 2009 já se tinham registado 20.540 casos suspeitos, e entre estes 174 foram confirmados como febre hemorrágica e registados 6 óbitos, tendo sido necessária ajuda de vários países para o combate da epidemia. Optou-se então pela administração do inquérito ser feita pela primeira autora (SM) durante o mês de Novembro de 2009. Tentando abranger uma população mais representativa num período de tempo mais curto, optou-se por realizar o inquérito também em repartições públicas e escolas na ilha de Santiago. Na ilha de Maio foram abordadas as populações no próprio domicílio. Os participantes foram informados sobre a natureza e os objectivos da investigação e foram apenas incluídos os indivíduos capazes de compreender a informação dada e que concordassem, de forma livre e esclarecida, em participar no estudo.

Na análise estatística compara-se primeiro a distribuição por idade e sexo da amostra com a população residente em cada concelho (projecções de 2009, INECV) [Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde, <http://www.ine.cv> (Junho 2010)] utilizando o teste do qui-quadrado de ajuste. Para além da análise descritiva dos dados, é feita a comparação do conhecimento sobre o AVC nos 3 concelhos, usando o teste do qui-quadrado. Para identificar os preditores (características sócio-demográficas e sintomas/sinais de reconhecimento) utilizou-se a regressão logística. Considera-se o valor de $p < 0,05$ como limite do erro tipo I (rejeitar erradamente a hipótese nula). A análise estatística dos dados, após codificação e informatização, foi efectuada com o programa SPSS® v17.0.

Resultados

Um total de 531 pessoas participou no estudo, 116 (21,8%) do concelho de São Domingos, 232 (43,7%) do concelho do Maio e 183 (34,4%) do concelho da Praia. Cerca de 50% dos participantes têm entre 18 e 34 anos, 21% entre 35 e 49 anos, 17% entre os 50 e 64 anos, 5% entre os 65 e 74 anos e 7% com mais de 75 anos. A distribuição etária dos homens residentes no concelho de Maio não é diferente da população residente ($X^2=5,4$, $gl=4$, $p>0,2$), no entanto as mulheres com idades entre os 35 e 49 anos estão sub-representadas ($X^2=10,4$, $gl=4$, $p<0,04$); no conselho de Praia existe uma sub-representação quer de homens quer de mulheres nos grupos etários dos 18 aos 49 anos, ($X^2=24,9$, $gl=4$, $p<0,001$) e ($X^2=26,6$, $gl=4$, $p<0,001$), respectivamente. No concelho de São Domingos também há diferenças no que diz respeito à distribuição etária dos homens ($X^2=21,8$, $df=4$, $p<0,001$), menos do que na população residente entre os 18 e 34 anos e mais no grupo mais velho (>75 anos),

enquanto que a distribuição etária das mulheres não é significativamente da população residente ($\chi^2=6,1$, gl=4, $p>0,1$).

No conjunto dos inquiridos, 45,6% são do sexo masculino e 54,4% do sexo feminino, não existindo diferenças estatisticamente significativas nos três concelhos (Tabela I). Em relação à escolaridade 33,1% tinham entre 4-6 anos, 30% entre 7-11 anos e 21% pelo menos o 12º ano de escolaridade. No entanto, enquanto que 18,3% das mulheres tinham uma escolaridade inferior a 4 anos, apenas 12,4% dos homens se encontravam nesta situação. No que diz respeito à situação profissional, 32,0% encontravam-se empregados, 30,7% eram domésticas e 9,4% reformados. No entanto cerca de 13,0% não se encontravam em nenhuma dessas situações, sendo a maioria estudantes universitários. Cerca de 14,7% estavam desempregados, sendo maioria homens (21,1% vs 9,3%) ($\chi^2=206,2$, gl=8, $p<0,001$).

Tabela I: Características socio-demográficas dos inquiridos

Características	Maio (n = 232)		Praia (n = 183)		S. Domingos (n = 116)		Total (n=531)		Teste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Idade (anos)†	31 (22-49)		37 (29-52)		41 (28-58)		35 (25-53)			
18-34	130	56,0	84	45,9	48	41,4	262	49,3	15,5	0,051
35-49	44	19,0	46	25,1	23	19,8	113	21,3		
50-64	40	17,2	28	5,3	23	19,8	91	17,1		
65-74	8	3,4	10	15,5	10	8,6	28	5,3		
≥75	10	4,3	15	8,2	12	10,3	37	7,0		
Género (% Mulheres)	125	53,9	100	54,6	64	55,2	289	54,4	0,06	0,9
Escolaridade (anos)†	6 (4-10)		8 (4-12)		6 (4-10)		6 (4-11)			
<4	37	15,9	22	2,0	24	20,7	83	15,6	43,0	0,001
4-6	93	40,1	41	2,4	42	6,2	176	33,1		
7-11	73	31,5	54	9,5	32	7,6	159	29,9		
≥12	29	12,5	66	1,6	18	5,5	113	1,3		
Situação Profissional									3,40	0,001
Empregado	55	23,7	80	43,7	35	30,2	170	32,0		
Desempregado	56	24,1	11	6,0	11	9,5	78	14,7		
Doméstica	66	28,4	56	30,6	1	5,3	163	30,7		
Reformado	15	6,5	16	8,7	9	6,4	50	9,4		
Outros	40	17,2	20	10,9	10	8,6	70	3,2		
História de Doença Vascular	19	8,2	25	13,7	19	16,4	63	11,9	5,8	0,054
História de AVC/AIT	6	2,6	8	4,4	8	6,9	22	4,1	3,7	0,2
Experiência de AVC no último ano ^(a)	26	11,2	43	25,5	40	34,5	109	20,5	27,2	0,001
Procuraram ajuda médica ^(b)	24	92,3	40	93,0	32	80,0	96	88,0	18,2	0,001

† Mediana ($P_{25} - P_{75}$); ^(a) AVC ou AIT no último ano no participante ou familiar ; ^(b) Estas proporções são calculadas para aqueles que relataram experiência de AVC no último ano

Dos inquiridos, 12,0% sofriam de doença vascular, 15,3% dos homens e 9,0% das mulheres ($\chi^2=12,6$, gl=1, $p<0,05$). A patologia vascular mais prevalente e não significativamente diferente em homens e mulheres é a doença cardíaca (10,5%) e a doença vascular cerebral é mais prevalente nos homens do

que nas mulheres (2,6% vs. 1,0%). Apenas 1,3% sofriam de doença vascular periférica. Cerca de 2,7% dos participantes referiram ter tido pelo menos um episódio de AIT no último ano. Em relação à experiência de AVC/AIT no último ano no próprio ou no familiar, 109 (20,5%) tiveram um AVC/AIT, 26 (11,2%) no concelho do Maio, 43 (37,0%) na Praia e 40 (34,5%) em São Domingos ($\chi^2=27,2$, $gl=2$, $p<0,001$). Dos que tiveram esta experiência pessoal ou familiar, 96 (88,0%) procuraram ajuda médica. Os FRV mais prevalentes foram a hipertensão arterial (28,0%) seguida de sedentarismo (21,7%), tabagismo (15,6%) e a doença do coração (10,8%). Os menos prevalentes foram o colesterol elevado (8,7%), consumo excessivo de álcool (8,7%), diabetes mellitus (8,4%), arritmia (3,8%) e excesso de peso (3,2%). O FRV mais prevalente nos homens foi o tabagismo (32,2%) e nas mulheres a hipertensão arterial (31,8%) (Tabela A1 em anexo).

Reconhecimento dos factores de risco vascular, órgão lesado e sintomas/sinais do AVC

Cerca de 75% dos inquiridos identificaram pelo menos seis FRV (Tabela II). Apenas 0,4% identificaram os 13 factores e 3,8% não souberam nenhum, enquanto que 1,4% nomearam outros que consideravam como sendo FRV, como por exemplo a anemia, epilepsia, cefaleia e doenças psicológicas (Tabela A2 em Anexo). A identificação de hipertensão arterial, dieta hipercalórica, colesterol elevado, tabagismo, excesso de peso, diabetes mellitus, consumo excessivo de álcool foi maior no grupo mais escolarizado ($\chi^2>24,8$, $gl=3$, $p<0,001$). O FRV mais reconhecido pelos homens foi o consumo excessivo de álcool (70,0%) e pelas mulheres foi a hipertensão arterial (58,1%). Os FRV mais nomeados foram o uso excessivo de álcool (63,5%), sendo mais reconhecido pelos homens ($\chi^2=8,8$, $gl=3$, $p<0,002$). A hipertensão arterial também foi dos factores de risco mais reconhecidos (62,0%), quer pelos homens (66,5%) quer pelas mulheres (58,0%). Os factores de risco vascular menos reconhecidos quer por homens ou mulheres foram o excesso de peso (15,8%), diabetes mellitus (24,9%) e o sedentarismo (25%). Os FRV reconhecidos de modo significativamente diferente nos 3 concelhos estão descritos na Figura 1.

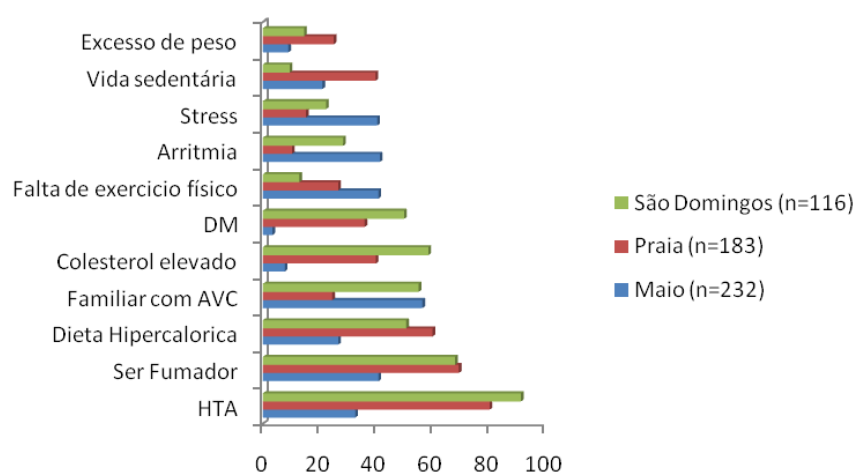


Figura 1: Conhecimento de Factores de Risco Vascular por Concelhos

Tabela II: Conhecimento sobre AVC

Características	Maio (n = 232)		Praia (n = 183)		S. Domingos (n =116)		Total (n=531)		Teste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	X ²	p
Nº de factores de risco (de 13) †	4 (3-5)		5 (4-7)		5 (4-7)		5 (4-6)		100,1 0,001	
Local da lesão de AVC										
Cérebro	106	45,7	80	43,7	55	47,4	241	45,4	30,6 0,006	
Cara, braço ou perna	44	19,0	38	20,8	25	21,6	107	20,2		
Coração	21	9,1	8	4,4	9	7,8	38	7,2		
Outros (ou não sabem)	6	2,6	11	6,0	6	5,2	23	4,3		
Nº de sintomas de AVC identificados (de 12) †	5 (3-7)		5 (4-6)		4 (3-5)		5 (3-6)		62,2 0,001	
Nº de outros sintomas identificados como de AVC (de 7) †	1 (1-1)		1 (0-1)		0 (0-1)		1 (0-1)		62,7 0,001	
Acção em caso de AVC										
Ir à urgência hospital	210	90,5	98	53,6	28	24,1	336	63,3	176,0 0,001	
Ir ao Centro de Saúde	12	5,2	66	36,1	67	57,8	145	27,3		
Procurava ajuda amigos/família	6	2,6	10	5,5	2	1,7	18	3,4		
Outros	4	1,7	9	4,9	19	14,4	32	6,0		

† Mediana (P₂₅ – P₇₅)

O cérebro foi reconhecido como sendo o órgão lesado no AVC por 45,4% dos inquiridos, seguido de cara/braço/perna (20,2%) e 15,8% indicaram simultaneamente estes órgãos (Tabela II). A resposta correcta foi mais frequente no grupo mais escolarizado (X²=50,3, gl=3, p<0,001) (Figura 2) e nos mais jovens (X²=39,8, gl=4, p<0,001).

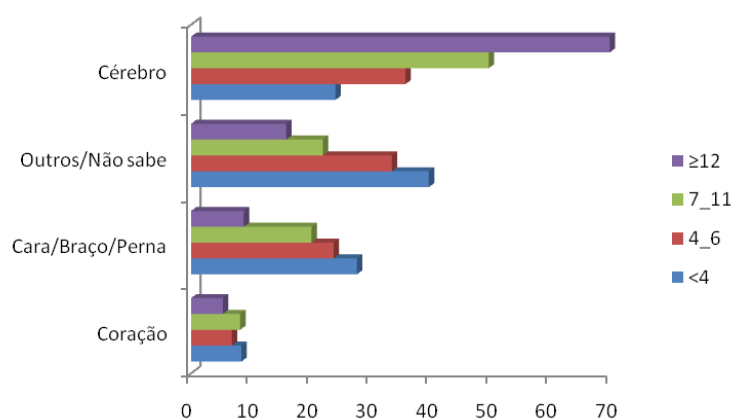


Figura 2: Localização da lesão de AVC segundo a escolaridade dos inquiridos

Cerca de 50% dos participantes identificaram pelo menos cinco sintomas correctos de AVC (Tabela II) e 10,7% afirmaram que não sabiam. Os sintomas/sinais mais reconhecidos correctamente foram a perda de força/dificuldade no movimento dos braços, pernas ou face (60,3%), paralisia em metade do corpo (54,4%) e desequilíbrio no andar (36,5%); os menos reconhecidos foram dificuldade em engolir (12,2%), desorientação (22,4%) e dor de cabeça súbita e forte (24,1%) (Tabela A3 em Anexo).

Os sintomas não específicos de AVC mais reconhecidos foram a visão enevoada (39,7%) e dor sem localização específica (13,4%). No caso de suspeita de AVC, 63,5% iam à urgência do hospital e 27,4% iam ao centro de saúde mais próximo (Tabela II). A proporção que recorre à urgência diminui com a idade e os mais velhos recorreriam mais aos centros de saúde (40,5% vs. 35,1%) perante a suspeita de AVC (Figura 3).

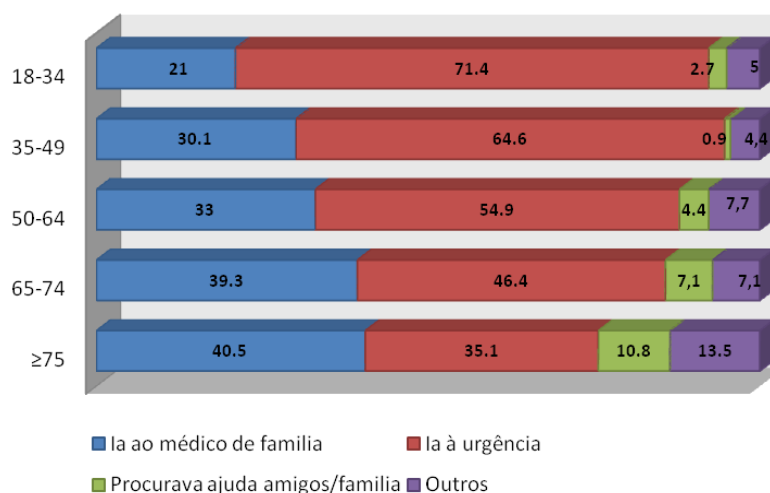


Figura 3: Actuação perante AVC por grupo etário

Actuação no caso de ter sintomas/sinais de AVC

No caso de dificuldade na fala e fraqueza/paralisia 42,3% dos inquiridos recorriam ao centro de saúde e à urgência do hospital 38,8% e 41,6%, respectivamente (Tabela III). No caso de vertigem /tontura 50,2% esperavam que desaparece em casa e 13,6% recorriam a um serviço de urgência. No caso de uma dor de cabeça forte e súbita, 60,9% afirmam que se auto-medicavam e 23,4% esperavam que a dor desaparece. Cerca de 41,5% dos indivíduos com visão enevoada/dupla ou adormecimento/formigueiro no corpo recorriam ao centro de saúde.

Tabela III: Actuação no caso de Sintomas/Sinais de AVC

Actuação	Tonturas Vertigens		Visão Enevoada Visão Dupla		Adormecimento Formigueiro no corpo		Dificuldade na Fala		Fraqueza Paralisia		Dor de Cabeça	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Médico CS	116	22,0	219	41,4	219	41,5	224	42,3	224	42,3	32	6,0
Enfermagem	11	2,1	12	2,3	9	1,7	8	1,5	5	0,9	5	0,9
Esperava	265	50,2	140	26,5	124	23,5	43	8,1	30	5,7	124	23,4
Bombeiros	2	0,4	3	0,6	3	0,6	3	0,6	4	0,8	0	0,0
Urgência	72	13,6	108	20,4	124	23,5	205	38,8	220	41,6	27	5,1
Outro cuidador	5	0,9	11	2,1	11	2,1	11	2,1	10	1,9	3	0,6
Procurava ajuda	17	3,2	24	4,5	20	3,8	21	4,0	22	4,2	16	3,0
Automedicava	34	6,4	7	1,3	10	1,9	9	1,7	11	2,1	322	60,9
Não sei	6	1,1	5	0,9	8	1,5	5	0,9	3	0,6	0	0,0

CS=centro de saúde; Esperava=esperava que desaparecesse; Outro cuidador=outro cuidador de saúde; Procura ajuda=ajuda de familiar/amigo; Automedicava=automedicava-me/auto-cuidava-me

Em relação à actuação correcta no caso de suspeita de AVC (recorrer à urgência do hospital), nos modelos univariados factores como a idade, escolaridade, experiência de AVC/AIT, conhecimento da localização e um conjunto de sintomas/sinais de AVC (dificuldade súbita em falar, entender ou escrever, perda de força/dificuldade no movimento de braços/pernas/face, perda de visão num olho e visão dupla) ou de outros sintomas/sinais não específicos de AVC (visão enevoadada) estão associados a uma actuação correcta (Tabela IV). A “odds” de uma actuação correcta diminui com a idade, aumenta com a escolaridade e nos que tiveram experiência de AVC/AIT, nos que reconheceram cérebro como órgão de lesão e nos que reconheceram alguns sintomas/sinais de AVC (dificuldade súbita em falar, entender ou escrever, perda de força/dificuldade no movimento de braços/pernas/face, perda de visão num olho e visão dupla) e também nos que reconheceram visão enevoadada como sendo sintoma/sinal de AVC. Os residentes em Maio têm uma actuação mais correcta do que os residentes do concelho de Praia e São Domingos. No modelo multivariável, depois de controlar para os restantes factores, a área de residência e escolaridade continuam a ser importantes para uma actuação correcta. Em relação aos sintomas, o reconhecimento da dificuldade súbita em falar, entender ou escrever mantém-se associada a uma actuação correcta, o reconhecimento do desequilíbrio no caminhar torna-se significativo e o que pode considerar-se “uma consequência” do AVC - perda de urina e fezes torna-se também significativo. Por outro lado os que reconhecem o principal sintoma/sinal de AVC - paralisia em metade do corpo actuariam menos correctamente que os que não o reconhecem, o mesmo acontecendo com outro sintoma não característico de AVC - a dor sem local específico.

Tabela IV: Acção Correcta na suspeita de AVC- Ir à Urgência do Hospital

Factores sócio-demográficos e Reconhecimento de sintomas/sinais	Modelo Uni-variável		Modelo Multivariável	
	Odds Ratio	IC 95%	Odds Ratio	IC 95%
Género				
Mulheres vs Homens	0,85	0,60 - 1,22	1,04	0,63 - 1,71
Idade (anos)				
18-44 vs. ≥65	3,38	1,95 - 5,84	1,69	0,67 - 4,27
45-64 vs. ≥65	2,21	1,20 - 4,05	1,26	0,55 - 2,92
Escolaridade (anos)				
6-11 vs. <6	1,31	0,88 - 1,94	1,05	0,53 - 2,10
≥12 vs. <6	1,96	1,19 - 3,23	2,43	1,00 - 5,91
Concelho				
Praia vs. Maio	0,12	0,07 - 0,20	0,05	0,02 - 0,11
S.Domingos vs. Maio	0,03	0,02 - 0,06	0,02	0,01 - 0,04
Experiência AVC/AIT				
Sim vs. Não	1,78	1,17 - 2,73	1,22	0,68 - 2,19
Localização Lesão AVC				
Cérebro vs. Outros	1,51	1,05 - 2,16	1,16	0,66 - 2,02
Sintomas/sinais de AVC ^(a)				
Paralisia em metade corpo	0,70	0,49 - 1,00	0,47	0,27 - 0,81
Dificuldade súbita em falar, entender ou escrever	2,13	1,48 - 3,06	1,90	1,04 - 3,48
Perda de força/dificuldade movimento dos braços, pernas ou face	1,99	1,39 - 2,86	0,95	0,55 - 1,65
Desequilíbrio no caminhar	0,88	0,61 - 1,26	1,88	1,08 - 3,26
Paralisia em qualquer parte do corpo	2,27	1,51 - 3,41	0,82	0,45 - 1,48
Vertigem/Tontura	1,19	0,77 - 1,83	0,96	0,51 - 1,80
Adormecimento/Formigueiro em qualquer parte do corpo	1,71	1,17 - 2,50	1,52	0,88 - 2,60
Perda de Consciência	2,35	1,57 - 3,51	0,74	0,41 - 1,33
Desorientação	0,57	0,38 - 0,86	1,19	0,68 - 2,09
Perda de visão num olho	3,41	2,05 - 5,68	1,16	0,56 - 2,40
Dificuldade em engolir	1,07	0,62 - 1,84	1,23	0,60 - 2,53
Visão Dupla	5,42	3,21 - 9,14	1,10	0,48 - 2,52
Outros Sintomas/Sinais ^(a)				
Dor/Opressão no peito	0,70	0,36 - 1,36	0,97	0,38 - 2,50
Visão Enevoada	4,02	2,67 - 6,04	0,94	0,48 - 1,83
Quedas sem Explicação	0,84	0,46 - 1,55	0,88	0,39 - 1,97
Falta de Ar	0,69	0,33 - 1,43	1,91	0,65 - 5,65
Perda de urina ou fezes	1,69	0,89 - 3,21	2,38	1,07 - 5,33
Dor sem local específico	0,76	0,46 - 1,27	0,40	0,20 - 0,81
Zumbidos	0,79	0,31 - 2,00	1,51	0,47 - 4,90

^(a) Odds Ratio de acção correcta nos que reconheceram sintomas de AVC vs aqueles que não reconheceram

Discussão

Este foi o primeiro estudo realizado no continente africano sobre o conhecimento da população em geral sobre o AVC, nomeadamente os factores de risco vascular, local da lesão e sintomatologia e actuação no caso deste ocorrer e especificamente de acordo com os sintomas mais importantes. Com uma população predominante jovem, na qual o impacto em termos de mortalidade e sobrecarga de serviços de saúde não tem a dimensão dos países europeus, o reconhecimento do AVC é ainda precário. Apesar de uma elevada proporção da população ter tido uma experiência recente de AVC/AIT, há ainda um desconhecimento importante da sua sintomatologia e factores de risco. De notar que dois dos “factores de risco” mais reconhecidos foram o consumo excessivo de álcool ou tabaco, não especificamente característicos da patologia vascular, e por outro lado o conhecimento da sintomatologia não está relacionado com uma actuação correcta. De um modo geral o conhecimento e correcta actuação está mais relacionado com o grau de escolaridade e residência, e não são os indivíduos que conhecem melhor os sintomas/sinais do AVC que ocorrem ao serviço de urgência hospitalar. A actuação correcta está mais associada à “gravidade percebida” do sintoma, como por exemplo a “perda de urina ou fezes” do que ao principal sintoma de AVC, a paralisia no hemicorpo, até porque quem reconhece este sintoma irá menos ao hospital do que quem não o reconhece.

Comparando com outros estudos podemos ver que em relação aos FRV o mais reconhecido aqui foi o alcoolismo contrariamente aos encontrados noutros estudos como no do EUA [Pancioli et al. (1998); Reeves et al. (2002)], Austrália [Yoon et al. (2001)] e Coreia do Sul [Kim et al. (2001)], embora valores semelhantes foram encontrados nos estudos de Viana de Castelo [Moreira (2009)] (Figura 4).

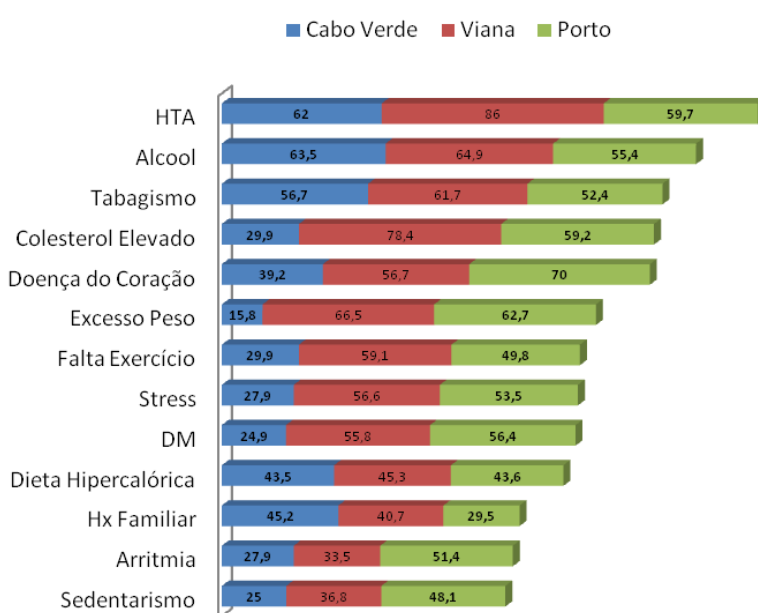


Figura 4: Reconhecimento de Factores de risco vascular (DM: diabetes mellitus)

O colesterol elevado e o excesso de peso estiveram entre os FRV menos reconhecidos neste estudo, assim como nos estudos da Índia [Pandian et al. (2005)], EUA [Pancioli et al. (1998); Reeves et al. (2002)] e Austrália [Yoon et al. (2001)], contrariamente aos encontrados no estudo de Viana de Castelo [Moreira (2009)] e da Irlanda [Parahoo et al. (2003)] em que estiveram entre os mais reconhecidos. Tanto neste estudo como no realizado em Viana de Castelo [Moreira (2009)] o sedentarismo está entre os factores de risco menos reconhecidos. Em relação à diabetes mellitus, tanto neste como na maioria dos outros estudo (EUA [Pancioli et al. (1998); Reeves et al. (2002)], Índia [Pandian et al. (2005)], Coreia do Sul [Kim et al. (2001)] e Irlanda [Parahoo et al. (2003)]) é menos reconhecida como FRV, contrariamente aos estudos de Viana de Castelo [Moreira (2009)] e Porto [Feuchard (2009)].

O cérebro foi reconhecido como órgão de lesão tanto neste como nos estudos Viana de Castelo [Moreira (2009)] e do Porto [Feuchard (2009)] por menos de metade dos inquiridos o que mostra uma importante falta de conhecimento neste aspecto. Os três principais sintomas/sinais de AVC foram os mais reconhecidos neste estudo em proporções semelhantes aos estudos decorridos em Portugal, embora os restantes tenham sido menos reconhecidos (Figura 5).

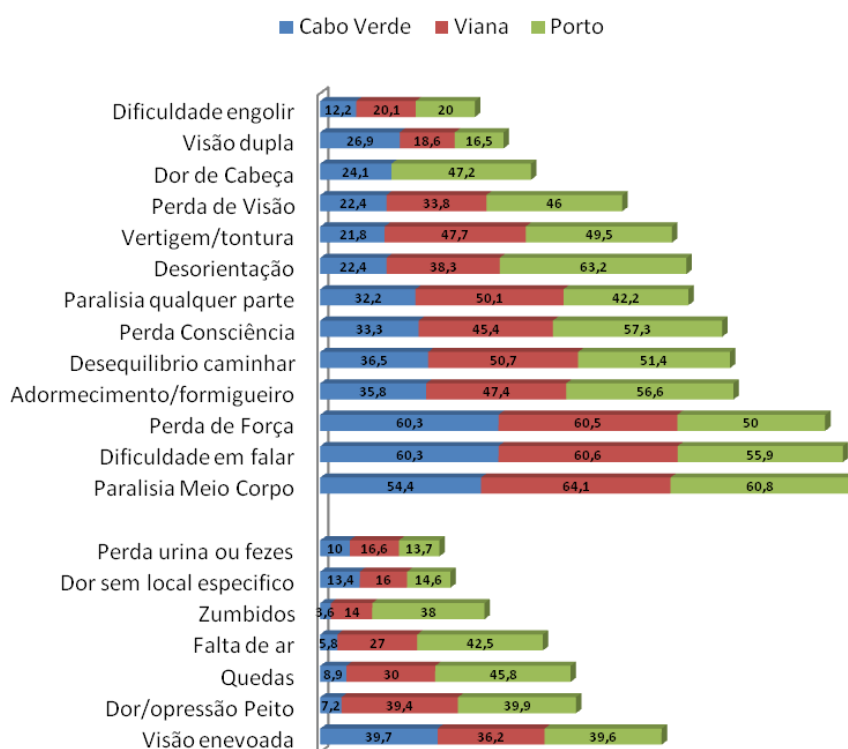


Figura 5: Reconhecimento de sintomas/sinais

Neste estudo mais de metade dos participantes afirmam que na presença de vertigem/tontura esperavam que desaparecesse, valores superiores aos obtidos no estudo do Porto [Feuchard (2009)]. Poucos foram os que reconheceram a vertigem/tontura como sendo um sintoma/sinal de AVC o que pode explicar o facto de poucos afirmarem ir à urgência do hospital perante esta situação. No que se

refere à visão enevoada/dupla, adormecimento/formigueiro, dificuldade na fala e paralisia/fraqueza neste estudo a maioria dos participantes referem que recorriam aos centros de saúde, valores diferentes foram encontrados no Porto [Feuchard (2009)]. Mais de metade dos participantes afirmam que no caso de dor de cabeça forte e súbita automedicavam-se, valores diferentes aos encontrados no Porto [Feuchard (2009)] em que a maioria ia à urgência do hospital.

No caso de suspeita de AVC, mais de metade dos participantes actuariam de forma correcta (ir à urgência), valores semelhante foram obtidos em muitos outros estudos (Viana de Castelo [Moreira (2009)], Porto [Feuchard (2009)], Hong-Kong [Cheung e tal. (1999)] e Brasil [Campos-Sousa et al. (2007)]). A exemplo do estudo decorrido no Porto o grau de escolaridade aumentava a probabilidade de actuação correcta, enquanto que o ter passado por uma situação de AVC (o próprio ou familiar) ou o conhecimento da localização da lesão não estavam associados a uma actuação correcta.

Na realização deste estudo alguns obstáculos tiveram de ser ultrapassadas. Em primeiro lugar a questão da língua. O questionário teve de ser adaptado à língua falada correntemente. Embora em Cabo Verde toda a população local tem como língua oficial o português, a língua nacional, “língua do povo” é o crioulo e existem duas variantes. Usam-se indiscriminadamente diversos termos para designar AVC, como “trombose”, “derrame cerebral” ou ainda “maus ares”. No que se refere ao termo acidente isquémico transitório, o termo é praticamente desconhecido da maioria da população inquirida, de modo que foi necessário ser explicado em pormenor o seu significado.

O difícil acesso às ilhas e a epidemia da dengue que abalou o país impossibilitou a realização dos estudos em mais ilhas. A amostra seleccionada não é representativa do arquipélago, não só porque várias ilhas não estão representadas, mas também porque nas duas ilhas seleccionadas, Santiago e Maio, esta última está sobre-representada, cerca de 5% da população em comparação com 3/1000 na maior ilha. Para além disso a distribuição etária dos participantes é diferente da população residente em cada concelho, embora segundo o sexo não haja diferenças significativas. Os locais de realização do estudo podem também introduzir um viés de selecção, que seria evitado se a metodologia inicial fosse seguida e o inquérito tivesse coberto todo o território.

Com base neste estudo ficamos a saber que é importante informar melhor as pessoas sobre AVC, explicando quais são os factores de risco, de como agir no caso de se ter sintomas/sinais, a gravidade da situação e melhor ainda de como evitá-la. Nos países com poucos recursos, como é o caso de Cabo Verde, a prevenção primária deve ser o pilar no tratamento do AVC, daí ser importante o conhecimento dos factores de risco, das medidas de prevenção e das vantagens do tratamento precoce. Numa população simples e ao mesmo tempo complexa como a de Cabo Verde a informação deve ser transmitida de uma forma simples mas eficaz. Fazer campanhas para divulgar essas informações nas escolas, informando os jovens, ir a pequenas localidades informando as populações mais isoladas, nos postos sanitários e principalmente nas consultas insistir num controlo mais

rigoroso dos factores de risco. Por outro lado deve promover-se a formação de médicos no sentido de aumentar a sua sensibilidade e especificidade no diagnóstico de AVC/AIT.

No conjunto dos dois estudos em Portugal, Porto [Feuchard (2009)] (área urbana) e Viana de Castelo [Moreira (2009)] (área rural), e outros estudos realizado em vários países, comparando com estudo em Cabo Verde, as questões relativas ao conhecimento sobre AVC nos múltiplos aspectos estudados, não revelou diferenças que se considerem relevantes, sendo que as estratégias indicadas para melhorar o (re)conhecimento sobre AVC se aplicam aos diferentes países e regiões, com as necessárias adaptações locais.

Referências

- Campos-Sousa RN, Soares VY, Almeida KJ, Carvalho LI, Jacobina KS, Athayde Netto AE, Macedo EA, Veloso LA (2007). Knowledge of stroke among a Brazilian urban population. *Arq Neuropsiquiatr*. 65:587-591.
- Cheung RT, Li LS, Mak W, Tsang KL, Lauder IJ, Chan KH, Fong GCY (1999). Knowledge of stroke in Hong-Kong Chinese. *Cerebrovasc Dis*. 9:119-123.
- Connor MD, Modi G and Warlow CP. (2009). Differences in the nature of stroke in a multiethnic urban South African population. *Stroke*. 40:355-362.
- Feuchard, Mansur Kathrine (2009) O que sabe o cidadão sobre Acidente Vascular Cerebral: inquérito numa população urbana. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública apresentado ao ICBAS em 2009.
- Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D, Larrue V, Machnig T, Schneider D, van Kummer R, Wahlgren N; Toni D, for the ECASS Investigators (2008). Thrombolysis with Alteplase 3 to 4.5 hours after Acute Ischemic Stroke. *NEJM* 359:1317-1329.
- Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde (INECV). Censo 2001 e projecções da população Caboverdiana (<http://www.ine.cv>)
- Kim JS, Yoon SS. (1997) Perspectives of Stroke in persons living in Seoul, South Korea: a survey of 1000 subjects. *Stroke*. 1997; 28:1165-1169
- Ministério da Saúde de Cabo Verde. Relatório Ministério da Saúde de 2007 (http://www.minsaude.gov.cv/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=15&Itemid=79)
- Moreira, Emília (2009). Profiles and Pitfalls in the Stroke Care Chain: population and doctors counterparts. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública apresentado a Faculdade Medicina e ao ICBAS em 2009.
- Murray CJL, Lopez AD. (1997). Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 349:1436-1442.
- Pancioli AM, Broderick J, Kothari R, Brott T, Tuchfarber A, Miller R, Khoury J and Jauch E. (1998) Public perception of stroke warning signs and knowledge of potential risk factors. *JAMA*. 279:1288-1292.
- Pandian JD, Jaison A, Deepak SS, Kalra G, Shamsheer S, Lincoln DJ, Abraham (2005). Public awareness of warning symptoms risk factors and treatment of stroke in northwest India. *Stroke* 36; 644-648.
- Parahoo K, Thompson K, Cooper M, Stringer M, Ennis E, McCollan P. (2003) Stroke: awareness of the signs, symptoms and risk factors: a population-based survey. *Cerebrovasc Dis*. 16:134-140.
- Reeves MJ, Hogan JG, Rafferty AP (2002). Knowledge of stroke risk factors and warning signs among Michigan adults. *Neurology*. 59:1547-1552.
- World Health Organization (WHO)-Global Burden of Disease (<http://www.who.int/en/>)
- Yoon SS, Heller RF, Levi C, Nigfars J, Fitzgerald P. (2001) Knowledge of stroke risk factors, warning symptoms, and treatment among Australian urban population. *Stroke*. 32:1926-1930.

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao Professor Doutor Manuel Correia pela ajuda, compreensão, dedicação e pelo empenho. Sem a sua preciosa ajuda não seria possível a realização deste trabalho. Ainda aproveito a oportunidade para agradecer-lhe por toda a aprendizagem que me proporcionou ao longo destes dois anos. A Dra. Assunção Tuna pela sua colaboração.

A Professora Doutora Carolina Costa e Silva e também ao Dr. Rui Magalhães por todo contributo. A Dra. Emília Moreira pela preciosa ajuda e por toda dedicação e pela amizade.

A todos os médicos e enfermeiros em Cabo Verde pela dedicação, apoio e pelo carinho, em especial a Dra. Venulda Ramos e ao Dr. José Rui.

Ainda queria agradecer a Professora Doutora Margarida Lima pela sua valiosa contribuição, por todo o conhecimento que me permitiu adquirir com a elaboração e concretização deste projecto.

A minha família, principalmente aos meus pais pelo apoio, compreensão e por todo amor e carinho, sem vocês nada disso seria possível, um grande obrigado nunca será suficiente para vos agradecer por tudo. Ainda gostaria de agradecer em especial aos meus irmãos pela força que me transmitiram e que me permitiram seguir em frente e nunca desistir. A todas as pessoas que participaram neste estudo um especial obrigado

Este estudo foi realizado no âmbito da Bolsa de Iniciação à Investigação Clínica – Programa Roche/ICBAS/HSA 2008/2010, financiada pela Roche farmacêutica.

Anexos

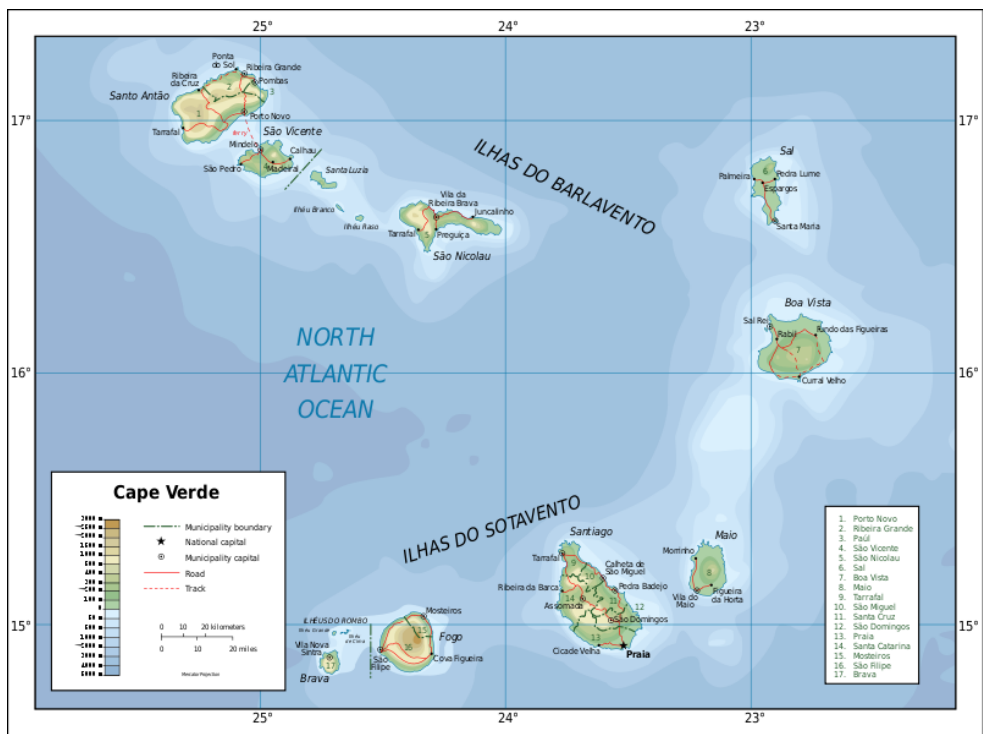


Figura A1: Mapa do Arquipélago de Cabo Verde

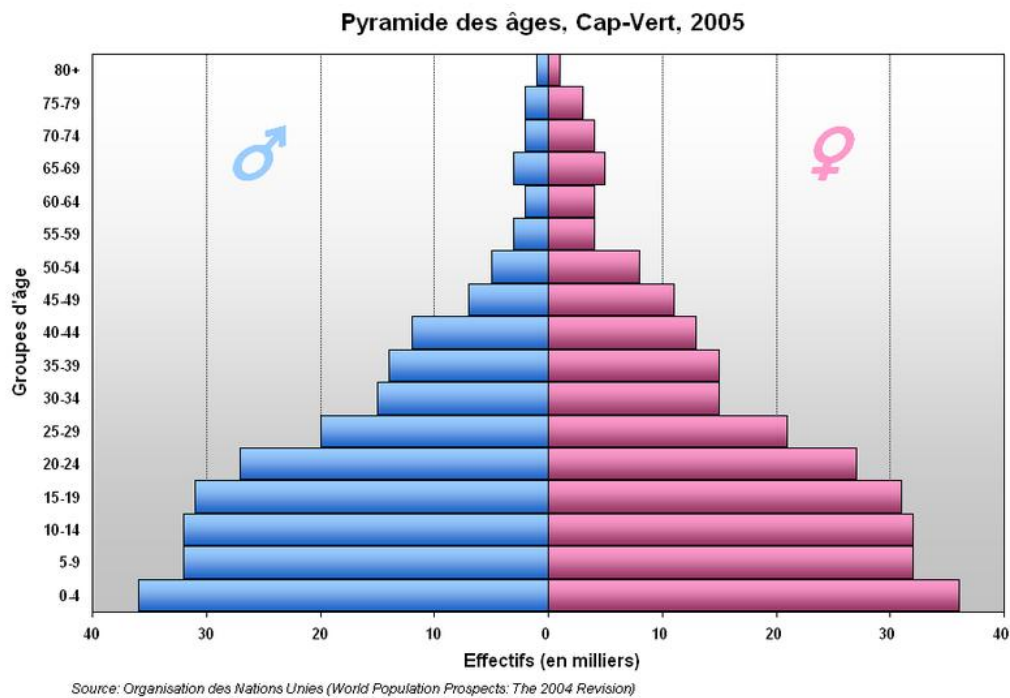


Figura A2: Pirâmide etária de Cabo Verde (2005)

INQUÉRITO AOS UTENTES E ACOMPANHANTES

Centro de Saúde: _____

Número:

Data: / / 2009

Hora: :

Data de nascimento: / /

Idade (anos):

Sexo: ☐ Fem ☐ Masc

Escolaridade completa (anos):

Situação profissional: ☐ Empregado

☐ Desempregado

☐ Reformado

☐ Doméstica

☐ Outra. Qual: _____

Actividade profissional: _____

Razão da vinda ao Centro de Saúde:

☐ Consulta de Rotina

☐ Consulta de Urgência

☐ Acompanhante

Sofre de Doença Vascular? (cardíaca, vascular periférica, vascular cerebral): ☐ Não ☐ Sim

Se sim, quais? _____

Já sofreu um AVC? ☐ Não ☐ Sim nº: Data(último): / /

Já sofreu um AIT? ☐ Não ☐ Sim nº: Data(último): / /

1.1 Conhecimento de Factores de Risco Vascular

Instrução: Nomeação: diga, por favor, quais são os factores de risco que conhece que aumentam a probabilidade/o risco de uma pessoa ter um AVC? Que características da pessoa, doenças, hábitos podem fazer com que uma pessoa tenha um AVC?

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. Hipertensão arterial | ☐ | 8. Falta de exercício físico..... | ☐ |
| 2. Stress..... | ☐ | 9. Consumo excessivo de álcool..... | ☐ |
| 3. Dieta Hipercalórica | ☐ | 10. Diabetes | ☐ |
| (comer muito e alimentos calóricos) | | | |
| 4. Ser fumador..... | ☐ | 11. Doença do coração | ☐ |
| 5. Colesterol Elevado | ☐ | 12. Arritmia | ☐ |
| 6. Excesso de peso | ☐ | 13. Vida sedentária..... | ☐ |
| 7. Ter familiares com AVC..... | ☐ | 14. Outro..... | ☐ |

1.2 Observação do doente

Peso: Kg Altura: cm

Pulso: ppm Rítmico: ☐ Sim ☐ Não

Tensão Arterial: Sistólica: mmHg Diastólica: mmHg

1.3 Factores de Risco do Participante/Comportamentos de Controlo de Factores de Risco Vascular Modificáveis

- | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Hipertensão arterial | ☐ Não | ☐ Sim | Tratamento: | ☐ Não | ☐ Sim |
| 2. Diabetes..... | ☐ Não | ☐ Sim | Tratamento: | ☐ Não | ☐ Sim |
| 3. Colesterol Elevado | ☐ Não | ☐ Sim | Tratamento: | ☐ Não | ☐ Sim |
| 4. Doença do coração | ☐ Não | ☐ Sim | Tratamento: | ☐ Não | ☐ Sim |
| 5. Arritmia | ☐ Não | ☐ Sim | Tratamento: | ☐ Não | ☐ Sim |
| 6. Excesso de peso | ☐ Não | ☐ Sim | Tratamento: | ☐ Não | ☐ Sim |
| 7. Ser fumador | ☐ Não | ☐ Sim | | | |
| 8. Consumo excessivo de álcool | ☐ Não | ☐ Sim | | | |
| 9. Vida sedentária..... | ☐ Não | ☐ Sim | | | |
| 10. Outro..... | ☐ Não | ☐ Sim | | | |
- Qual:

2. Qual é o local do corpo onde se localiza a lesão que provoca o AVC/ a trombose/ o derrame?

- ☐ Cérebro ☐ Cara, braço, perna ☐ Coração ☐ Outro. Qual? _____

3. Sintomas de AVC

Instrução: Nomeação: diga, por favor, quais são os sintomas que já ouviu falar como sendo sintomas de um AVC.

1. Visão enevoada..... ☐
2. Visão dupla..... ☐
3. Perda de visão num olho (metade do campo visual) ☐
4. Vertigem/Tontura..... ☐
5. Dor/Opressão no peito ☐
6. Dor sem localização específica..... ☐
7. Adormecimento/Formigueiro em qualquer parte do corpo ☐
8. Falta de ar ☐
9. Perda de força/dificuldade no movimento dos braços, pernas ou face. ☐
10. Paralisia em metade do corpo ☐
11. Paralisia em qualquer parte do corpo ☐
12. Dificuldade súbita em falar, entender ou escrever..... ☐
13. Desequilíbrio no caminhar ☐
14. Perda de urina ou fezes ☐
15. Desorientação ☐
16. Quedas sem saber porquê..... ☐
17. Dificuldade em engolir..... ☐
18. Perda de sentidos (perda de consciência) ☐
19. Zumbidos ☐
20. Dor de cabeça forte e súbita ☐
21. Não sei ☐

4.1 O que faria se tivesse um dos sintomas?

Instrução:

Tonturas/vertigens: O que faria se, de repente, sentisse vertigens ou tonturas? Por exemplo, o que faria se de repente sentisse que o espaço à sua volta estava como que a andar à roda?

Visão enevoada/visão dupla: O que faria se, de repente, sentisse que estava a ver mal, como enevoado o então o que faria se começasse a ver duas coisas em vez de uma?

Adormecimento/formigueiro no corpo: O que faria se, de repente, sentisse uma parte do corpo dormente ou sentisse que estava a perder sensibilidade, por exemplo num braço ou numa perna?

Dificuldade na fala: O que faria se, de repente, sentisse que não conseguia falar?

Fraqueza/paralisia: O que faria se, de repente, sentisse que estava a perder a força num lado do corpo, por exemplo, o que faria se, de repente, se não conseguisse levantar um braço ou mexer uma perna?

Dor de cabeça: O que faria se, de repente, sentisse uma dor de cabeça muito forte?

	Tonturas Vertigem	Visão Enevoada Visão Dupla	Adormecimento Formigueiro no corpo	Dificuldade na fala	Fraqueza Paralisia	Dor de cabeça
1. Ia ao médico de família	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ia à consulta de enfermagem	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Esperava que desaparecessem	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Chamava os bombeiros	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ia à urgência	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Procurava outro cuidador de saúde	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Procurava ajuda de familiar/amigo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Automedicava-me/auto-cuidava-me	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Não sei	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.2. O que faria se suspeitasse que estava a ter um AVC?

1. Ia ao médico de família ☐
2. Ia à consulta de enfermagem ☐
3. Esperava que desaparecesse ☐
4. Chamava os bombeiros ☐
5. Ia à urgência ☐
6. Procurava outros cuidados de saúde ☐
7. Procurava ajuda de familiar/amigo ☐
8. Automedicava-me/ auto-cuidava-me ☐
9. Não sei ☐

5. No último ano aconteceu a si ou a algum familiar alguma das seguintes situações?

(assinale com um cruz todas as que se aplicam)

	Ao próprio	A familiar	Foi ao médico
1. Um médico disse que tinha tido um AVC, uma trombose, uma embolia ou um derrame cerebral?	☐	☐	☐ S ☐ N
2. Um médico disse que tinha tido um pequeno AVC (mini AVC), um Acidente Isquémico Transitório (AIT) ou um espasmo cerebral?	☐	☐	☐ S ☐ N
3. Teve uma paralisia súbita e sem dor num dos lados do corpo?	☐	☐	☐ S ☐ N
4. Teve perda de sensibilidade súbita de um lado do corpo ou sentiu um dos lados do corpo como morto ou adormecido?	☐	☐	☐ S ☐ N
5. Teve uma perda súbita e sem dor da visão de um ou dos dois olhos?	☐	☐	☐ S ☐ N
6. Perdeu subitamente metade da visão?	☐	☐	☐ S ☐ N
7. Perdeu subitamente a capacidade de perceber o que as pessoas diziam?	☐	☐	☐ S ☐ N
8. Perdeu subitamente a capacidade de falar ou escrever?	☐	☐	☐ S ☐ N
9. Ficou desorientado na rua?	☐	☐	☐ S ☐ N
10. Teve tonturas/vertigens?	☐	☐	☐ S ☐ N
11. Perdeu os sentidos (ficou inconsciente)?	☐	☐	☐ S ☐ N

Tabela A1: Prevalência de Factores de Risco Vascular por Género

Factores de risco vascular	Homens				Mulheres				Teste	
	SIM		TRATADO		SIM		TRATADO		χ ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hipertensão Arterial	57	23,5	47	82,4	92	31,8	78	84,7	4,6	0,1
Diabetes Mellitus	19	7,8	16	84,2	26	9,0	24	92,3	0,9	0,6
Colesterol Elevado	21	8,6	11	52,3	25	8,6	9	36,0	1,2	0,5
Doença do Coração	32	13,3	28	87,5	25	8,6	18	72,2	5,0	0,08
Arritmia	9	3,7	6	66,6	11	3,8	3	27,2	3,1	0,2
Excesso de Peso	5	2,1	0	0	12	4,2	0	0	1,8	0,1
Tabagismo	78	32,2	-	-	5	1,7	-	-	92,9	0,001
Consumo excessivo Álcool	42	17,4	-	-	4	1,4	-	-	42,4	0,001
Sedentarismo	33	13,6	-	-	83	28,7	-	-	17,5	0,001
Outros	0	0	-	-	5	1,7	-	-	4,2	0,04

Tabela A2: Reconhecimento de Factores de Risco Vascular

Factores de Risco Vascular	n	%
Consumo Excessivo de Álcool	337	63,5
Hipertensão Arterial	329	62,0
Tabagismo	301	56,7
História Familiar de AVC	240	45,2
Dieta Hipercalórica	231	43,5
Doença do Coração	208	39,2
Colesterol Elevado	159	29,9
Falta de Exercício Físico	159	29,9
Arritmias	148	27,9
Stress	148	27,9
Sedentarismo	133	25,0
Diabetes Mellitus	132	24,9
Excesso de Peso	84	15,8
Outros	29	5,5

Tabela A3: Reconhecimento dos Sintomas/Sinais de AVC

	Maio (n=232)		Praia (n=183)		S.Domingos (n=116)		Total (n=531)		Teste	
Sintomas Correctamente Reconhecidos	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Visão Dupla	127	54,7	9	4,9	7	6,0	143	26,9	161,9	0,001
Perda de Visão num Olho	86	37,1	20	10,9	13	11,2	119	22,4	50,9	0,001
Vertigem/Tontura	57	24,5	39	21,3	20	17,2	116	21,8	2,47	0,29
Adormecimento/Formigueiro em qualquer parte	84	36,2	73	39,9	33	28,4	190	35,8	4,07	0,13
Perda de Força/dificuldade no movimento de braços, pernas ou face	164	70,6	98	53,5	58	50,0	320	60,3	19,0	0,001
Paralisia em metade do corpo	112	48,3	108	59	69	59,5	289	54,4	6,28	0,043
Paralisia em qualquer parte do corpo	104	44,8	42	22,9	25	21,5	171	32,2	30,1	0,001
Dificuldade em falar, entender ou escrever	145	62,5	117	63,9	58	50,0	320	60,3	6,61	0,037
Desequilíbrio no caminhar	40	17,2	101	55,2	53	45,7	194	36,5	68,9	0,001
Desorientação	13	5,6	67	36,6	39	33,6	119	22,4	67,2	0,001
Dificuldade em engolir	9	3,9	41	22,4	15	12,9	65	12,2	32,7	0,001
Perda de sentidos (perda de consciência)	119	51,3	39	21,3	19	16,3	177	33,3	60,5	0,001
Dor de cabeça forte e súbita	40	17,2	52	28,4	36	31,0	129	24,1	10,8	0,004
Outros Sintomas Reconhecidos não específicos de AVC										
Visão Enevoada	157	67,6	35	19,1	19	16,3	211	39,7	134,5	0,001
Dor/opressão no peito	11	4,7	14	7,6	13	11,2	38	7,2	4,9	0,083
Dor sem Local específico	38	16,3	24	13,1	9	7,7	71	13,4	4,9	0,083
Falta de Ar	8	3,4	11	6,0	12	10,3	31	5,8	6,7	0,035
Perda de Urina e Fezes	8	3,4	37	20,2	8	6,8	53	10,0	33,5	0,001
Quedas sem saber porquê	12	5,1	23	12,5	12	10,3	47	8,9	7,3	0,025
Zumbidos	2	0,8	11	6,0	6	5,1	19	3,6	8,9	0,011