Kathrine Feuchard Mansur

O que sabe o cidadão sobre o Acidente Vascular Cerebral: Inquérito numa população urbana.

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Saúde Pública apresentada à Faculdade de Medicina e ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.

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

A Leonardo, razão de toda minha saudade.

AGRADECIMENTOS

A meu marido Raphael, por fazer parte da minha vida de forma tão especial; por seu amor, carinho e dedicação, incentivando-me e ajudando-me a superar os momentos difíceis;

A meus pais, Jorge e Mery, e meu irmão Luccas, por tudo o que representam em minha vida e por tudo o que sou hoje;

A minha grande amiga Anélia, presente em todos os momentos da minha caminhada académica;

A minha orientadora, Professora Doutora Maria Carolina S. Tavares Costa e Silva, por acreditar na relevância do estudo; por sua enorme contribuição e apoio, sem os quais a realização deste não seria possível;

A Dra. Graça Azevedo, directora do Centro de Saúde da Carvalhosa, e Sra. Lurdes Pinto, Enfermeira directora do Centro de Saúde da Carvalhosa, pelo apoio prestado; e demais membros da equipe, incansáveis na colaboração com este estudo;

A Dr. Rui Magalhães e Emília Moreira, por todo o contributo;

A equipe de informática do ICBAS, por todo o suporte;

A todos os utentes que aceitaram fazer parte do estudo, meu muito obrigada.

Este trabalho foi realizado com o apoio da Fundação da Ciência e Tecnologia (FCT), projecto POCI/SAU-ESP/59885/2004.

“Feliz aquele que transfere o que sabe
e aprende o que ensina”
(Cora Coralina).

RESUMO

O AVC é a segunda causa de morte e uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo. Em Portugal, esta patologia foi a primeira causa de morte em 2005, 155,7/100000 habitantes. O objectivo principal deste estudo é determinar o grau de conhecimento do cidadão comum sobre o AVC, incluindo factores de risco, local da lesão, sinais/sintomas que o caracterizam e actuação perante a sua ocorrência. Este estudo transversal decorrido na cidade do Porto (Portugal) entre Abril e Maio de 2008, envolveu 424 utentes registados no Centro de Saúde da Carvalhosa (sede e extensão Aníbal Cunha) que aceitaram responder o inquérito administrado face-a-face por 2 investigadores especializados.

Cerca de 70% dos participantes nomearam pelo menos um factor de risco vascular, aumentando esta proporção para 93% quando inquirido por identificação de cada factor especificamente. Mais frequentemente conhecidos foram a hipertensão arterial (89%), colesterol elevado (84%) e consumo de tabaco (83%) por oposição à hereditariedade (32%), arritmia (53%) e vida sedentária (59%). Apenas 41% dos inquiridos identificaram o cérebro como o órgão afectado pelo AVC. Perda de força/dificuldade para mover braços, pernas ou face (81%), paralisia em metade do corpo (79%), vertigem/tontura (74%), perda de sentidos (73%) e dificuldade súbita em falar, entender ou escrever (72%) foram os quatro sinais/sintomas mais identificados como característicos do AVC, embora somente 62% conhecessem simultaneamente os três principais sinais/sintomas do AVC (os dois primeiros e o último mencionados anteriormente). Perante a suspeita de AVC, 22% chamariam o INEM/bombeiros, aumentando esta proporção para 79% ao se considerar alternativamente o serviço de urgência hospitalar (SUH). No entanto, 52% dos participantes reconheceriam e procederiam correctamente perante a ocorrência de AVC. O conhecimento dos factores de risco vascular e da sintomatologia característica do AVC aumenta significativamente com a escolaridade, sendo no primeiro caso também importante ser portador desse factor de risco e no segundo caso o facto de ter tido o próprio ou familiar um AVC/AIT no último ano. A actuação não está relacionada com as características sócio-demográficas, mas apenas com o conhecimento do local da lesão e da sintomatologia característica.

Este estudo, a exemplo de outros com idêntico objectivo, mostrou a importância da escolaridade e de um contacto recente com uma situação de AVC para um conhecimento geral sobre esta patologia, sendo este essencial para uma actuação correcta no AVC.

Embora decorra actualmente em Portugal a campanha do Alto Comissariado da Saúde “Seja mais rápido que o AVC” acompanhando o processo de implementação das Vias Verdes, esta terá uma reduzida eficácia se não for melhorado o conhecimento da população sobre esta patologia. Este estudo mostra a necessidade iminente de aquisição de informação e percepção do risco de AVC por parte do cidadão comum. Nesse sentido, será importante a implementação de campanhas de educação mais eficazes no alerta da população para o significado do AVC.

ABSTRACT

Stroke is the second cause of death and a major cause of long-term disability in adults worldwide. In Portugal, it was the first cause of death in 2005, 155,7/100000 inhabitants. The objective of this study was to describe how much the common citizen knows about stroke, including awareness of risk factors, stroke warning signs and action towards stoke. A cross-sectional study was carried out in the city of Porto (Portugal) between April and May 2008, involved 424 persons registered in the Carvalhosa health centre that accepted to answer the questionnaire administered face-to-face by two specialized investigators.

About 70% of the participants mentioned at least one vascular risk factor, this proportion increased to 93% if the identification was based on a direct question on the specific risk factor. More frequently identified were high blood pressure (89%), high cholesterol levels (84%) and cigarette smoking (83%) by opposition to heredity (32%), arrhythmia (53%) and sedentariness (59%). Only 41% of the participants reported the brain as the organ affected when a stroke occurs. Weakness/difficulty to move arms, legs or face (81%), paralysis in hemi-body (79%), vertigo/dizziness (74%), fainting (73%) and sudden difficulty in speaking, understanding or writing (72%) were the most frequently identified stroke signs/symptoms, though only 62% knew simultaneously the three major stroke signs (the first two and the last one mentioned before). If a stroke occurred, 22% of the participants would dial 112 and this proportion increased to 79% if the hospital emergency services were considered. Nevertheless this proportion decreases to 52% if restricted to those who know the correct signs/symptoms. Education lever was the most important predictor of risk factors and sings/symptoms awareness, together with the fact of having himself the risk factor or having experienced (himself or a relative) a stroke or transient ischemic attack in the last year. Correct action towards stroke depends on knowledge of lesion location and warning signs/symptoms and is not related to sociodemographic characteristics.

This study, as others with identical objective, showed the importance of educational level and recent experience of stroke for general knowledge about it and simultaneously the importance of that knowledge for a correct action.

Though a National campaign is going on “Be faster than the stroke” together with the implementation of special hospital services for these patients, it will not have the desired efficacy if population awareness towards stroke is not ameliorated. This study shows the urgent need for citizens to be more informed and to have a correct perception of stroke risk. Thus, educational and advertisement campaigns should be implemented in order to promote people awareness of stroke.

ABREVIATURAS

ACINrpc – Acidentes Vasculares Cerebrais e Sintomas e Sinais Neurológicos Focais Transitórios-registo prospectivo na comunidade.

AIT – Acidente Isquémico Transitório.

AVC – Acidente Vascular Cerebral.

AVD – Actividades de Vida Diária.

CS – Centro de Saúde.

DALY – Anos potenciais de vida saudável perdidos.

DM – Diabetes Mellitus.

FA – Fibrilação atrial.

HSA – Hemorragia Subaracnoideia.

HTA – Hipertensão arterial.

IMC – Índice de Massa Corporal.

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

tPA – Activador de plasminogênio tecidual.

ÍNDICE GERAL

Dedicatória 2
Agradecimentos....3
Epígrafe 4
Resumo 5
Abstract 6
Abreviaturas... 7
Índice Geral 8
Índice de Figuras 9
Índice de Tabelas 10

1 Introdução 11
1.1 Acidente Vascular Cerebral – conceitos, tipos e sintomatologia 13
1.2 Epidemiologia 15
1.2.1 Factores de Risco Vascular 16
1.2.2 Prognóstico dos doentes com Acidente Vascular Cerebral 23
1.3 Implicações sócio-económicas 24
1.4 Estratégias/Campanhas de Educação Pública 25
1.5 Objectivos do estudo 30

2 Metodologia 31
2.1 Inquérito 33
2.2 Análise dos dados 34

3 Resultados 36
3.1 Caracterização da amostra 36
3.2 Conhecimento dos factores de risco vascular 40
3.3 Conhecimento da localização da lesão e dos sinais e sintomas 47
3.4 Actuação perante os sinais e sintomas do AVC 52

4 Discussão dos Resultados 56
4.1 Caracterização da amostra 57
4.2 Conhecimento dos factores de risco vascular 58
4.3 Conhecimento da localização da lesão e dos sinais e sintomas 61
4.4 Actuação perante os sinais e sintomas do AVC 64

5 Conclusão 66

Referências Bibliográficas 69

Anexos 76

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 – Sinais/sintomas actualmente aceitos pela AHA (“SUDDENS”). 28

Figura 1.2 – Mensagem dos sinais/sintomas do AVC com descrição de tarefas específicas (“FAST”). 28

Figura 1.3 – Campanha do Ministério da Saúde “Seja mais rápido que o AVC”, com referência visual ao órgão afectado nesta patologia. 29

Figura 1.4 – Campanha do Ministério da Saúde “Seja mais rápido que o AVC”, com esclarecimentos ao público. 29

Figura 2.1 – Mapa de Portugal Continental destacando o distrito do Porto; mapa do distrito com a cidade do Porto; mapa da cidade do Porto mostrando as quatro freguesias cujos residentes se encontram na zona de atracção do CS da Carvalhosa - Cedofeita, Massarelos, Miragaia e Vitória. 32

Figura 3.1 – Distribuição da população residente, da população inscrita no CS da Carvalhosa e na amostra por idade e sexo. 37

Figura 3.2 – Distribuição do número de factores de risco nomeados (A) global, (B) por sexo, (C) idade e (D) escolaridade. 42

Figura 3.3 – Conhecimento dos factores de risco em homens e mulheres (ordem decrescente de conhecimento). 43

Figura 3.4 – Conhecimento dos factores de risco por idade (ordem decrescente de conhecimento). 44

Figura 3.5 – Conhecimento dos factores de risco segundo a escolaridade (ordem decrescente de conhecimento). 45

Figura 3.6 – Conhecimento do factor de risco vascular nos participantes com e sem esse factor de risco. 46

Figura 3.7 – Localização da lesão que provoca o AVC segundo a idade e escolaridade. 47

Figura 3.8 – Conhecimento dos sinais e sintomas do AVC. Destaque dos 4 principais sinais/sintomas e dos sinais/sintomas incorrectamente referidos. 48

Figura 3.9 – Distribuição do número de sinais e sintomas correctos do AVC (A) nomeados, (B) reconhecidos e (C) score de conhecimento (limites: 0-26). 49

Figura 3.10 – Diagrama de dispersão e rectas de regressão para o modelo do score do conhecimento em função da escolaridade e contacto com AVC / AIT. 50

Figura 3.11 – Descrição do conhecimento dos três principais sinais/sintomas do AVC. 51

Figura 3.12 – Actuação na presença de sinais/sintomas do AVC segundo o conhecimento sobre esses sinais e sintomas. 53

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.1 – Sinais e Sintomas neurológicos focais e oculares. 14

Tabela 1.2 – Sinais e sintomas dos Acidentes Vasculares Cerebrais isquémicos pelo território vascular. 15

Tabela 1.3 – Factores de risco do Acidente Vascular Cerebral. 17

Tabela 3.1 – Distribuição da população residente, da população inscrita no CS da Carvalhosa e na amostra por idade e sexo. 37

Tabela 3.2 – Características sócio-demográficas e clínicas dos participantes. 38

Tabela 3.3 – Prevalência de factores de risco vascular e forma de controlo. 40

Tabela 3.4 – Conhecimento dos factores de risco vascular. 41

Tabela 3.5 – Conhecimento dos factores de risco vascular nos participantes em risco e não em risco. 46

Tabela 3.6 – Conhecimento dos sinais e sintomas dos acidentes vasculares cerebrais. 48

Tabela 3.7 – Resultados do modelo de regressão do score do conhecimento nas variáveis sócio-demográficas e clínicas. 50

Tabela 3.8 – Descrição da actuação perante sinais/sintomas do AVC e suspeita de ocorrência de AVC. 52

Tabela 3.9 – “Odds” de uma actuação correcta segundo as variáveis sócio-demográficas, clínicas e conhecimento dos sinais/sintomas do AVC. 54

Tabela A1 – Distribuição por idade e sexo (A) da população de referência do estudo (CS Carvalhosa – sede e extensão Aníbal Cunha) e (B) da população das freguesias de Cedofeita, Massarelos, Miragaia e Vitória, abrangidas pelo CS Carvalhosa. 81

Tabela A2 – Conhecimento dos Factores de Risco do AVC, por sexo. 82

Tabela A3 – Conhecimento dos Factores de Risco do AVC, por grupos etários (anos). 83

Tabela A4 – Conhecimento dos Factores de Risco do AVC, por níveis de escolaridade (anos). 84

Tabela A5 – Localização da lesão que provoca o AVC, por sexo. 85

Tabela A6 – Localização da lesão que provoca o AVC, por grupos etários (anos). 85

Tabela A7 – Localização da lesão que provoca o AVC, por níveis de escolaridade (anos). 85

Tabela A8 – Conhecimento dos três principais sinais/sintomas do AVC, por sexo. 86

Tabela A9 – Conhecimento dos três principais sinais/sintomas do AVC, por grupos etários (anos). 86

Tabela A10 – Conhecimento dos três principais sinais/sintomas do AVC, por níveis de escolaridade (anos) 86

1 INTRODUÇÃO

Os Acidentes Vasculares Cerebrais estão incluídos nas chamadas “epidemias emergentes” das doenças crónicas não transmissíveis (Lavados & Hoppe, 2005). Entre os 28,1 milhões de óbitos no mundo provocados por doenças não transmissíveis, em 1990, o AVC correspondeu a 4,4 milhões, ultrapassado somente pela doença cardíaca isquémica (Murray & Lopez, 1997). No período de 1985 a 1994, Portugal apresentou o mais alto índice de mortalidade por AVC entre os países da Europa Ocidental (Carrageta et al, 1994; Sarti et al, 2000). Apesar de um declínio na mortalidade neste período, as doenças cerebrovasculares eram, ainda, a principal causa de morte em 1999, correspondendo a 20% do total de óbitos (Direcção Geral de Saúde, 2001); a mortalidade padronizada pela idade era 170 por 100000 para os homens e 142 por 100000 para as mulheres. Num estudo realizado em 2003 pela Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) em vinte e sete estados, divulgado num jornal impresso de grande circulação, Portugal era o segundo país da Europa em número de mortes por AVC, atingindo os valores de 126 óbitos para homens e 100 para mulheres por cada 100000 indivíduos, ultrapassado somente pela Hungria (Metro Portugal, 2007).

Vários países elaboraram planos para uma política pública de saúde e investigação, tendo em consideração a importância das doenças cerebrovasculares para a sociedade. Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde 2004/2010 definiu prioridades e metas a atingir para o AVC:

1) reduzir a taxa de mortalidade padronizada por 100000 habitantes antes dos 65 anos de 17,9 em 2001 para 12 em 2010;

2) estabelecer a proporção de internamentos hospitalares, por episódios de AVC, pela via verde em 80% em 2010 (proporção desconhecida em 2001);

3) reduzir a letalidade intrahospitalar para um valor inferior a 13% (14,5% em 2001);

4) referenciação de 30% após um episódio de AVC a cuidados de reabilitação (proporção desconhecida em 2001).

Estratégias globais para atingir as metas consistem em: “incentivar a investigação e o desenvolvimento em saúde”; e outras estão de acordo com os planos internacionais como “valorizar a participação do sector da saúde nos Fóruns Internacionais, integrando este alinhamento técnico-científico ao alinhamento internacional do Plano Nacional de Saúde com as Políticas de Saúde XXI da OMS-Europa, com o novo Programa de Saúde Pública da União Europeia, com os projectos da OCDE e com as deliberações do Conselho da Europa” (Direcção Geral de Saúde, 2004).

No entanto, todas estas estratégias passam necessariamente por uma mais eficaz prevenção primária, prevenindo e/ou controlando os factores de risco vascular; prevenção secundária, detectando precocemente os sinais/sintomas da doença e actuando rapidamente (Via Verde); e prevenção terciária, tratamento em unidades especializadas, para reduzir a letalidade intrahospitalar e melhorar o prognóstico, por acesso a cuidados de reabilitação. A prevenção primária e secundária dependem principalmente do conhecimento a que o cidadão tem acesso, seja nos próprios serviços de saúde, na literatura ou através dos media. Se o cidadão ignora quais são os factores de risco e quais são os sinais/sintomas da doença, nunca poderá ter um procedimento adequado quando esta acontece, e perante este desconhecimento os resultados de qualquer estratégia ficarão muito aquém do esperado (Direcção Geral de Saúde, 2003).

Neste estudo procura-se saber o que o cidadão conhece sobre esta patologia e também perceber quais os determinantes desse conhecimento. Com este objectivo em vista, neste primeiro capítulo caracteriza-se a patologia, nomeadamente os tipos de AVC e os sinais/sintomas inerentes, e descreve-se, brevemente, sua epidemiologia e impacto social. Seguidamente, abordam-se algumas estratégias para melhorar o seu prognóstico, em particular as campanhas de alerta para a população.

1.1 Acidente Vascular Cerebral – conceitos, tipos e sintomatologia

A Organização Mundial de Saúde (2003) definiu o Acidente Vascular Cerebral como uma interrupção no aporte sanguíneo, devido a um bloqueio ou à ruptura de uma artéria que fornece sangue ao cérebro. Sacco (2002) e André (1999) acrescentam que este ocorre por um "rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbio focal (por vezes global) da função cerebral, durando mais de 24 horas ou levando à morte sem nenhuma outra causa aparente que a origem vascular" e, portanto, será a evolução temporal quem revelará a natureza transitória ou não do problema. Pelas definições clínicas convencionais, um indivíduo apresentará o diagnóstico de AVC se os sintomas persistirem por mais de 24 horas; caso contrário, um défice neurológico caracterizado por perda aguda de função cerebral focal ou monocular (amaurose fugaz) com duração inferior a 24 horas será definido como Acidente Isquémico Transitório (Hankey & Warlow, 1994).

André (1999) esclarece que o termo AVC evoluiu ao longo das últimas décadas para incluir lesões causadas por distúrbios hemodinâmicos e da coagulação, mesmo na ausência de alterações detectáveis nas artérias ou veias. Assim, a lesão "vascular" deve ser entendida no contexto mais amplo das complexas interacções entre vaso (endotélio), elementos figurados no sangue e variáveis hemodinâmicas. Sugere, ainda, que o termo "Acidente Vascular Cerebral" seja visto com reserva, uma vez que a palavra "acidente" sugere uma natureza inevitável e imprevisível para o problema, e recomenda a utilização do termo "Ataque Vascular Cerebral".

Existem dois tipos principais de AVC: o enfarte cerebral e a hemorragia cerebral. No enfarte, também chamado AVC isquémico, o défice neurológico é resultante da insuficiência de suprimento sanguíneo cerebral, podendo ter como causa uma trombose, quando um coágulo se forma numa artéria principal do cérebro e o obstrui (trombo), uma embolia, quando o trombo se forma noutra artéria ou no coração e se solta (êmbolo) indo obstruir uma artéria cerebral, ou quando o bloqueio ocorre numa pequena artéria dentro do cérebro (por espessamento das paredes até oclusão), denominado de enfarte lacunar. Na hemorragia cerebral, ou AVC hemorrágico, a causa pode ser o rompimento de uma artéria dentro do cérebro provocando um sangramento, conhecida por hemorragia intracerebral, ou de uma artéria da superfície do cérebro, rompendo para o espaço entre o cérebro e o crânio, chamada hemorragia subaracnoideia (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2008). De um modo geral, o AVC isquémico é três a quatro vezes mais frequente que o hemorrágico, constituindo 70 a 80% dos AVC, as hemorragias intracerebrais são responsáveis por 10 a 30% dos casos e a hemorragia subaracnoideia por um terço até 50% da hemorragia intracerebral (Sacco, 2002).

Os acidentes isquémicos transitórios acontecem quando o fluxo sanguíneo numa determinada área cerebral é interrompido por um curto período de tempo, levando a défices retinianos ou encefálicos, focais e temporários, regredindo inteiramente até 24 horas. As causas são as mesmas do AVC isquémico, embora a grande maioria dos AIT (≥85%) tenha duração bem menor, regredindo em menos de uma hora (André, 1999).

Os sintomas neurológicos reflectem com frequência a localização e o tamanho do AVC, mas geralmente não permitem a diferenciação do tipo de acidente vascular (Sacco, 2002). Como cada hemisfério cerebral supervisiona e controla a actividade do lado oposto do corpo, qualquer dano em um dos lados do cérebro conduzirá a uma incapacidade contralateral. Assim, um AVC no hemisfério cerebral esquerdo afectará o dimídio direito e vice-versa (OMS, 2003). Na Tabela 1.1 estão descritas as diversas manifestações clínicas do AVC e na Tabela 1.2 os sinais/sintomas segundo o território vascular em que ocorrem.

Tabela 1.1 Sinais e Sintomas neurológicos focais e oculares

Sintomas motores
Fraqueza ou entorpecimento de um lado do corpo, no seu todo ou em parte (hemiparésia, monoparésia)
Fraqueza bilateral simultânea (paraparésia, tetraparésia)*
Dificuldade em deglutir (disfagia)*
Alteração do equilíbrio (ataxia)*
Alterações da linguagem/fala
Dificuldade em entender ou expressar linguagem falada (afasia)
Dificuldade em ler (dislexia) ou escrever (disgrafia)
Dificuldade em fazer cálculos (discalculia)
Fala entaramelada (disartria)*
Sintomas sensitivos
Alteração da sensibilidade de um lado do corpo, no seu todo ou em parte (alteração hemisensorial)
Sintomas visuais
Perda de visão num olho, no seu todo ou em parte (cegueira monocular transitória)
Perda de visão em metade ou em um quarto do campo visual (hemianópsia, quantranópsia)
Cegueira bilateral
Visão dupla (diplopia)*
Sintomas vestibulares
Sensação de rotação (vertigem)*
Sintomas cognitivos e/ou Comportamentais
Dificuldade em vestir, pentear, lavar os dentes; desorientação geográfica (disfunção visuo-espaço-perceptual)
Esquecimento (amnésia)*

*como sintoma isolado pode não representar necessariamente uma lesão cerebral focal

Fonte: Correia, 2006.

Tabela 1.2 Sinais e sintomas dos Acidentes Vasculares Cerebrais isquémicos pelo território vascular

Carotídeo	
	Afasia; perda visual monocular
Vertebrobasilar	
	Diplopia**; vertigem**; perda de visão bilateral simultânea; fraqueza bilateral simultânea; alterações sensitivas bilaterais simultâneas; alterações sensitivas / motoras alternas
Ambos	
	Fraqueza unilateral*; alterações sensitivas unilaterais*; disartria*; hemianópsia homónima; desequilíbrio/ataxia*; disfagia*

*usualmente considerada território carotídeo; **quando isolados, geralmente a sua causa não é considerada vascular.

Fonte: Correia, 2006.

A parésia é encontrada em 80 a 90% dos pacientes que sofreram AVC. Por essa razão, estes não são capazes de gerar a tensão ou a força necessária para iniciar e controlar o movimento e a postura. O grau de fraqueza pode variar entre a incapacidade total de conseguir alguma contracção visível e o comprometimento mensurável na geração de força. A distribuição está relacionada ao local da lesão. Os padrões comuns envolvem hemiparésia contralateral (membro superior e membro inferior opostos) ou monoparésia (fraqueza do membro superior oposto) (O'Sullivan, 2004). O membro superior parético do indivíduo com sequela de AVC limita suas actividades motoras, desde a mais simples como levar um copo à boca, até a mais complexa como abotoar uma camisa (Senkiio et al, 2005). Cerca de 20% dos indivíduos paralisados não recuperam nenhum uso funcional do membro superior (O'Sullivan, 2004).

Os distúrbios no campo visual envolvem escurecimento da visão e diplopia, tendo sido identificados também curtos ataques como predictores independentes do diagnóstico da cegueira monocular transitória (durando minutos ou horas). Esta cegueira é normalmente atribuída à isquémia temporária da retina de um olho, ou parte deste. Os sintomas da isquémia transitória da retina têm um início abrupto e duram apenas poucos minutos (Donders et al, 1999). O escurecimento do campo visual em um olho, embora frequentemente considerado atípico na cegueira monocular transitória, eleva relativamente o risco de futuras complicações vasculares (Donders et al, 1996).

1.2 Epidemiologia

A magnitude do AVC é medida em termos de Saúde Pública por sua incidência, prevalência e mortalidade. Estas medidas dependem da quantificação precisa e completa dos casos e do conhecimento adequado da população base sob risco (Sacco, 2002).

Um estudo de base populacional realizado em duas áreas geográficas no Norte de Portugal (1998-2000) estimou que a incidência por 1000 habitantes nas áreas rurais era de 2,02 e nas áreas urbanas 1,73, após ajustamento para idade para a população padrão

Europeia. Apontou, ainda, uma incidência bruta anual de AVC de 2,69 por 1000 para a população do Porto, aumentando de 1,62 entre os 45 e 54 anos de idade, para 16,85 após os 85 anos (Correia et al, 2004). Ryerson (2004) afirma que a incidência do AVC aumenta dramaticamente com a idade: dois terços ocorrem em indivíduos acima de 65 anos, e após os 55 anos o risco duplica a cada 10 anos. A incidência na região centro de Portugal também era elevada, 2,40 por 1000 (Rodrigues et al, 2002) e a prevalência de AVC num estudo realizado em 1992 no concelho de Coimbra, numa amostra aleatória de 950 indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos (26,5% do total da população do concelho), mostrou que 8% (10,2% nos homens e 6,6% nas mulheres) haviam sofrido pelo menos um AVC, valor bastante elevado em relação aos encontrados noutros países (Freire & Massano,1997).

Nos países mediterrânicos, Portugal é aquele com taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares mais elevadas, 169/100000 para homens e 166/100000 para mulheres (Direcção Geral de Saúde, 2006). No período de 1985 a 1994, o país apresentou a mais elevada taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares de toda a Europa Ocidental. Embora neste período de tempo a mortalidade tenha diminuído, estas doenças eram ainda em 1999 a primeira causa de morte, responsáveis por 20% das 108,3 milhares de mortes, com uma taxa de mortalidade padronizada de 170/100000 nos homens e 142/100000 nas mulheres (Correia et al, 2004). No distrito do Porto, mais especificamente, a taxa de mortalidade era de 164/100000 (Direcção Geral de Saúde, 2006).

De acordo com Warlow et al (2003), o AVC é a segunda causa de morte em todo o mundo, sendo uma razão importante de internamento hospitalar na maioria dos países desenvolvidos. Isso deve-se ao facto das doenças cerebrovasculares predominarem na meia-idade e nos anos finais da vida (Smith et al, 2002). A OMS estima que entre 1990 e 2020 o mundo irá testemunhar um aumento na mortalidade por AVC de 78% em mulheres e 106% em homens. Grande parte deste aumento será em países em desenvolvimento que vivenciam rápidas mudanças no estilo de vida (Huang, 2007).

1.2.1 Factores de Risco Vascular

Entende-se por factor de risco para uma determinada doença uma característica ou estilo de vida (de um indivíduo ou população), que modela (aumenta ou diminui) a probabilidade de ocorrência dessa doença (neste indivíduo ou população) em comparação com quem não possui tal característica (Correia, 2006).

Embora a probabilidade de desenvolver um AVC aumente com a idade, este não deve ser considerado como uma decorrência natural do envelhecimento (Durward et al,

2000). Sacco (2002) e André (1999) concordam que nada é acidental nessa condição, ao contrário do que sugere a designação incorrecta de acidente vascular cerebral. O AVC decorre geralmente de condições predisponentes, que tiveram origem anos antes do evento. Goldstein et al (2006) afirmam que a causa da maioria dos AVC é multifactorial: variantes genéticas e factores ambientais. A detecção e o controle dos factores de risco são tarefas prioritárias, pois permitem a redução significativa da incidência do AVC e da sua recorrência (Pires et al, 2004). Conforme documentam Goldstein et al (2006) num artigo de revisão, existe uma extensa evidência da variedade de factores que aumentam o risco de um primeiro AVC, indicando, simultaneamente, estratégias para a sua redução. Na Tabela 1.3 estão descritos os factores de risco, classificados segundo a potencial modificação e nível de evidência (os menos bem documentados são referidos por ensaios clínicos isolados, estudos sem randomização e por opinião consensual).

Tabela 1.3 Factores de risco do Acidente Vascular Cerebral

Factores de risco aumentado
Não modificáveis
Idade superior a 55 anos
Sexo masculino
Etnia negra ou hispânica
Baixo peso à nascença
História familiar (factores genéticos, partilha de factores ambientais/culturais)
Modificáveis (através da alteração de estilos de vida/tratamento clínico)
Hipertensão arterial
Tabagismo
Diabetes mellitus
Dislipidémias
Consumo excessivo de álcool
Uso de drogas ilícitas
Anemia
Doença de células falciformes
Doenças do coração
História de AIT
Modificáveis menos documentados na literatura
Obesidade
Sedentarismo
Síndrome metabólica (obesidade visceral, resistência à insulina, dislipidémia e hipertensão)
Terapia de reposição hormonal e uso de contraceptivos orais
Apneia do sono
Enxaqueca
Hiperhomocistenemia
Inflamação/infecção

Baseado em: André, 1999; Sacco, 2002; Smith et al, 2002; Appelros et al, 2003; Ladeia & Guimarães, 2003; Ryerson, 2004; Goldstein et al, 2006; Kurukulasuriya et al, 2006; Garcia-Núnez, 2007; Huang, 2007; Mathiesen et al, 2007; Takahashi et al, 2007; Rincon & Sacco, 2008.

Estes factores permitem a identificação dos indivíduos com alto risco, que, sendo esse risco modificável, poderão beneficiar-se de intervenções preventivas ou terapêuticas. Por isso, o seu conhecimento tem uma importância fundamental no controle epidemiológico e clínico da doença cerebrovascular (Ladeia & Guimarães, 2003). O estudo de Framinghan e outros posteriores, deram, desde longa data, ênfase especial à HTA, dislipidémia, DM, cardiopatias, FA e estenose carotídea. Além destas patologias, o indivíduo que já sofreu um AVC tem um risco 15 vezes mais alto de ter um AVC do que a população em geral, aumentando este risco relativo na presença de outros factores de risco cerebrovasculares (Croquelois & Bogousslavsky, 2006).

Factores de risco não modificáveis

Embora os distúrbios vasculares cerebrais possam ocorrer em qualquer faixa etária, qualquer ocasião, ambos os sexos, em todas as famílias e em todas as raças, cada um dos factores não passíveis de modificação atinge a incidência do AVC, sendo a ***idade*** o mais determinante (Sacco, 2002). Com o fenómeno do envelhecimento populacional observado neste último século, aumenta, cada vez mais, a necessidade de conhecimento dos factores que incidem sobre a prevalência das doenças crónico-degenerativas associadas à idade (Da Cruz et al, 2004), isto porque os indivíduos mais velhos, em comparação com os mais jovens, têm diferentes perfis de risco e características de AVC (Rojas et al, 2007). Nos mais jovens a sua ocorrência relaciona-se, mais frequentemente, com os distúrbios da coagulação, doenças inflamatórias e imunológicas ou uso de drogas (Zétola et al, 2001). Por outro lado, os efeitos cumulativos do envelhecimento, associados ao carácter progressivo e aumento do número de factores de risco com a idade, acrescem substancialmente a probabilidade de desenvolvimento de uma alteração das artérias cerebrais denominada “angiopatia amilóide”, caracterizada pela degeneração arteriolar e pela deposição de amilóide nas suas paredes. Esta é umas das causas mais comuns de hemorragia isolada ou recorrente nesta faixa etária (Maurice et al, 2000).

O AVC tem maior incidência no ***sexo*** masculino do que no feminino, excepto nas faixas etárias dos 35 aos 44 anos e acima dos 85 anos. As concentrações elevadas de estrogénio nas mulheres pré-menopáusicas têm um efeito protector contra as doenças cerebrovasculares (Bushnell, 2005), embora o uso prolongado de contraceptivos orais e apenas uma gestação contribuam para o aumento do risco de AVC (Sacco et al, 1998; Ladeia & Guimarães, 2003; Correia et al, 2004).

A incidência do primeiro AVC é duas vezes maior e mais precoce nos indivíduos de ***raça*** negra do que nos de raça caucasiana (Chaves, 2000). Os hispânicos (Sheinart et al, 1998), japoneses e chineses têm também uma alta incidência de AVC (Ladeia &

Guimarães, 2003). Sacco (2002) apresentou dados de um estudo em que a incidência anual de AVC global ajustada para a idade foi 2,4 vezes maior nos indivíduos de raça negra em comparação com os de raça caucasiana; nos indivíduos hispânicos, predominantemente da República Dominicana, era 1,6 vez superior. As altas incidência e mortalidade nos negros podem estar relacionadas com uma maior prevalência de hipertensão, obesidade e diabetes neste grupo (Giles et al, 1995; Gillum, 1999; Ladeia & Guimarães, 2003).

Uma ***história materna ou paterna de AVC*** está relacionada com o aumento do risco nos descendentes. Esse aumento pode reflectir aspectos genéticos propriamente ditos, mas, também, aspectos ambientais ligados aos hábitos de vida familiar. Contudo, a incidência e a prevalência de AVC são maiores em gêmeos monozigóticos que nos dizigóticos, destacando a influência do factor genético (Ladeia & Guimarães, 2003). Este facto pode dever-se à transmissão mendeliana (único gene) de doenças hereditárias raras ou pela transmissão de factores poligénicos, como a facilidade de desenvolver determinados factores de risco vascular (HTA, DM, dislipidémia) ou à susceptibilidade aos seus efeitos (Goldstein et al, 2006; Hankey, 2006).

Alguns factores de risco modificáveis

A classificação da tensão arterial é baseada na média de duas aferições realizadas correctamente em duas ou mais consultas. Os valores normais são pressão sistólica <120 mmHg e diastólica <80 mmHg; na ***hipertensão arterial*** os valores são sistólica >140 mmHg ou diastólica >90 mmHg. Indivíduos com valores intermédios, denominados pré-hipertensos, têm um risco duplo de desenvolver HTA (Chobanian et al, 2003). A HTA é o factor de risco mais importante para o AVC (isquémico ou hemorrágico), existindo uma relação directa entre esta e o risco de AVC (Ladeia & Guimarães, 2003). No estudo de Framinghan, para um aumento de 10 mmHg na tensão arterial sistólica o risco aumenta de 1,9 para homens e de 1,7 para mulheres, após o controle de outros factores de risco conhecidos para esta patologia vascular. A elevação da tensão arterial sistólica e/ou diastólica aumenta o risco de desenvolver um AVC por acelerar a progressão da aterosclerose e predispor ao acometimento dos pequenos vasos. Por esse motivo, a HTA é o mais forte factor de risco para o AVC, depois da idade (Sacco, 2002). Pires et al (2004) afirmam que a HTA está presente em cerca de 70,0% dos casos de doença cerebrovascular, sendo o principal factor de risco modificável para o AVC isquémico, seis vezes superior nos hipertensos em comparação com os normotensos.

Entre os pacientes hipertensos com doença crónica da artéria coronária, o AVC é uma importante complicação associada a alta mortalidade. A obtenção de um controlo

pressórico rigoroso (<140/90mmHg) mostrou nos últimos anos promover uma redução substancial no risco vascular (Rosa et al, 2004). O tratamento da HTA pode reduzir o risco de AVC em 38% (Goldstein et al, 2006), sendo o benefício atingido rapidamente em três anos (Ezekowitz et al, 2003). Andrawes et al (2005) asseguram, inclusive, que nos utentes mais idosos há um efeito positivo, sugerindo não existir um limiar de idade acima do qual não se deva tratar a HTA. Este efeito é contínuo em todo o âmbito de HTA e por cada 3mmHg de descida há uma redução de risco de 20% (Ezekowitz et al, 2003).

Segundo dados de 2008 da Associação dos Hipertensos de Portugal, estima-se uma prevalência de 42,1% para a hipertensão na população portuguesa, enquanto que nos doentes registados no estudo de incidência ACINrpc a prevalência de HTA era de 65,6% (Correia, 2006).

O consumo de tabaco apresenta-se como um determinante biologicamente independente no desencadeamento do AVC, aumentando a espessura de placas na artéria carótida. Sua associação com a incidência de HSA é notável, mostrando uma razão de 11,1 para fumadores de mais de um maço por dia e de 4,1 para indivíduos que fumam menos de um maço por dia relativamente aos não fumadores (Sacco, 2002). Para Goldstein et al (2006), este é um factor de risco independente para AVC isquémico, duplicando o risco nos fumadores em comparação com os não fumadores e aumentando de 2 a 4 vezes o risco de AVC hemorrágico. Os efeitos fisiopatológicos do tabaco afectam directamente a função endotelial, são protrombóticos e diminuem os níveis de HDL-c (Goldstein et al, 2006; Sacco et al, 2006).

Na década de 80, a frequência de consumo de tabaco nos utentes com AVC atingia os 80,0%. Com as campanhas mundiais contra o tabaco, esta frequência diminuiu. Acredita-se que o abandono do tabaco, especialmente em forma de cigarros, adia o desencadeamento de AVC de dois a cinco anos (Pires et al, 2004). Num estudo de caso-controlo com 151 utentes avaliou-se, ao longo de 12 meses, a relação entre a exposição ambiental ao tabaco e o aumento do risco de AVC. O risco de sofrer um AVC associado ao tabagismo activo foi 1,40 e 1,45 no caso do tabagismo passivo (Garcia-Nuñez et al, 2007).

Em Portugal, o Inquérito Nacional de Saúde (INS) 1998/99 referiu que a prevalência auto-reportada de tabagismo entre os indivíduos com mais de 15 anos era de 19%, 29,3% no sexo masculino e 7,9% no sexo feminino (Ministério da Saúde, 2001) e no estudo de incidência ACINrpc era de 13,2% (Correia, 2006).

De acordo com as definições da OMS, adoptadas pela “International Diabetes Federation”, considera-se como glicemia em jejum normal, valores <110mg/dl. A

diabetes é diagnosticada quando o indivíduo apresenta valores ≥ 126 mg/dl em jejum, em duas ocasiões diferentes, ou glicemia não em jejum ≥ 200 mg/dl numa ocasião, confirmada por um valor em jejum ≥ 126 mg/dl (Home et al, 2006).

A prevalência de DM tem vindo a aumentar, acompanhando o rápido crescimento de obesidade na população. As projecções sugerem que o número total de pessoas com DM suba de 171 milhões no ano 2000 para 366 milhões em 2030 (Kissela & Air, 2006). Os valores actuais apontam para uma prevalência mundial da ordem dos 7,3%. Os diabéticos têm uma maior susceptibilidade à aterosclerose e uma maior prevalência de factores de risco aterogéneos como HTA (que ronda os 60%) e dislipidémia (Goldstein et al, 2006). E, por acelerar o processo aterosclerótico, este é um factor de risco independente para a doença cerebrovascular. Cerca de 23% dos utentes com AVC isquémico são diabéticos e a DM quadruplica o risco deste tipo de AVC. A doença aterosclerótica oclusiva das artérias carótidas é muito mais comum em diabéticos tipo 2 e apresenta-se, geralmente, na altura do diagnóstico. Estima-se que a prevalência desta patologia carotídea seja de 20% em idosos diabéticos (Baird et al, 2002).

Os portadores de diabetes mellitus têm uma maior incidência de AVC, um pior prognóstico após um AVC prévio (Kurukulasuriya et al, 2006) e um risco maior de recorrência do evento cerebrovascular (Baird et al, 2002). A prevalência da diabetes em Portugal, estimada pela International Diabetes Federation (Atlas de 2006), ronda os 9,8% para a população acima dos 20 anos de idade (IDF, 2006), enquanto no estudo ACINrpc a prevalência era de 24,6% nos doentes com um primeiro AVC na vida (Correia, 2006).

O ***colesterol total elevado e o colesterol HDL baixo*** são factores de risco para AVC isquémico em ambos os sexos. O risco dos doentes com colesterol total >240mg/dl terem um AVC isquémico mais que duplica em relação aos que têm um valor de colesterol total <240mg/dl (Ladeia & Guimarães, 2003); Goldstein et al, 2006; Flemming & Brown, 2004). Este é um dos principais factores de risco para doenças vasculares, principalmente nos pacientes diabéticos que, por sua vez, apresentam alta incidência de HTA (Pires et al, 2004). Segundo Mathiesen et al (2007), o colesterol sérico associa-se positivamente ao enfarte cerebral.

A prevalência da hipercolesterolémia total em Portugal é de 63,8% para um limite de 190mg/dl e 56% para um limite de 200mg/dl (Costa et al, 2003). A meta de LDL-c em pacientes de baixo risco é <130 mg/dL; entretanto, toleram-se níveis de LDL-c <160 mg/dL (Loures-Vale, 2004).

Dentre as ***doenças do coração***, a fibrilação atrial (FA) é a que mais se associa ao desencadeamento do AVC, estando presente em 22,0% dos casos (Pires et al, 2004). A

sua prevalência aumenta com a idade (1% na população geral, 5% nos indivíduos com mais de 65 anos e 10% nos indivíduos com mais de 75 anos) (Ferro, 2003; Flemming & Brown, 2004; Goldstein et al, 2006). A presença da FA confere um risco cinco vezes maior de AVC. Durante a FA, alguns coágulos podem ser formados no átrio esquerdo; estes, por sua vez, podem levar a uma embolização, resultando num AVC isquémico ou embolia sistémica (Waldo, 2008).

As cardiopatias (nomeadamente, valvopatias cardíacas, enfarte do miocárdio, coronáriopatias, insuficiência cardíaca congestiva e, possivelmente, prolapso da válvula mitral) estão claramente relacionadas com um maior risco de AVC isquémico (Sacco, 2002). A estenose carotídea é outra patologia cardiovascular relacionada com o risco de AVC, estimando-se que entre 5 a 10% da população acima dos 50 anos tenham uma estenose carotídea superior a 50%. O risco anual de AVC em indivíduos com estenose assintomática é de 3,2%, aumentando para 8,8% na sintomática (Strauss et al, 2002; Goldstein et al, 2006). Mathiesen et al (2007) referem que a DM, a FA e a estenose carotídea são importantes predictores de enfartes cerebrais, especialmente em idosos.

O risco de ocorrência/recorrência de um AVC aumenta substancialmente após um ***AIT ou AVC prévio*** (Vickrey et al, 2002). Após o AIT o risco é muito elevado, sendo maior num período próximo, 17,7% aos 30 dias e 21,4% ao ano (Correia et al, 2006). O risco de recorrência do AVC a curto prazo é muito alto, até 19,5% aos 90 dias e o seu impacto é mais devastador com o dobro da mortalidade (41% versus 22%). O risco diminui ao longo do tempo, estabilizando nos 5% por ano, após o primeiro ano (Sanossian & Ovbiagle, 2006). O estudo realizado por Correia et al (2006) mostrou que o risco de AVC durante um ano de follow-up do primeiro AVC na vida foi de 21,4%, atingindo já 12,8% no sétimo dia e 17,7% no primeiro mês.

André (1999) afirma que o ***consumo excessivo de álcool*** aumenta o risco de doença cerebrovascular, provavelmente pelo desenvolvimento de hemoconcentração e hipertensão arterial. Entre pacientes do sexo masculino com média de idade de 60 anos, o uso excessivo e continuado de bebidas alcoólicas nos fumadores hipertensos está associado a uma maior incidência de ateromas na artéria carótida do que nos pacientes fumadores hipertensos que não consomem bebidas alcoólicas. Por outro lado, estudos sobre a influência do etanol na aterosclerose das artérias carótidas extracranianas em pacientes não fumadores normotensos sugeriram acção protectora do álcool etílico, quando ingerido em quantidade moderada (ente 1ml e 300ml/semana) na aterosclerose carotídea (Pires et al, 2004).

A OMS, no seu relatório de 2002, apontou a ***obesidade*** como uma epidemia, encontrando-se no topo de uma lista dos 10 riscos para a saúde humana (Da Cruz et al, 2004). Os indivíduos com um índice de massa corporal (IMC) superior a 25 são considerados em excesso de peso (Strauss et al, 2002), e acima dos 30, obesos (Haslam & James, 2005). A distribuição de gordura abdominal (perímetro da cintura >102cm no homem ou >88cm na mulher) também está associada a um maior risco de AVC (Flemming & Brown, 2004; Goldstein et al, 2006; Sacco et al, 2006).

Estima-se que mil milhões de adultos a nível mundial tenham excesso de peso ou obesidade. As principais consequências incluem uma esperança média de vida menor, um risco aumentado de doença cardiovascular e cerebrovascular, e diabetes tipo 2 (Haslam & James, 2005; Kurukulasuriya et al, 2006). Tanto o excesso de peso quanto a obesidade estão associados, de forma proporcional, a um maior risco de AVC, para além da sua associação à hipertensão, diabetes e dislipidémia (Strauss et al, 2002). Assim, os hipertensos devem ter como meta um programa de redução do peso corporal, objectivando IMC <27 kg/m^2 e circunferência de cintura <102 cm nos homens e <88 cm nas mulheres. Entretanto, a diminuição de 5% a 10% no peso corporal já é suficiente para promover reduções expressivas da tensão arterial (Rosa et al, 2006).

Entende-se por ***sedentarismo*** a prática inferior a 4 horas semanais de actividade física. A actividade física é benéfica na prevenção do AVC e na correcção de alguns dos factores de risco vasculares (hipertensão, diabetes, dislipidémia) (Sacco et al, 2006). Os indivíduos que praticam actividade física moderada têm um risco relativo de 0,87 enquanto aqueles com actividade física intensa um risco relativo de 0,79 de sofrerem um AVC (Wendel-Vos et al, 2004; Hankey, 2006).

Uma alta prevalência de sedentarismo foi encontrada nos participantes de um estudo que avaliou o tempo de lazer e a energia gasta durante o dia. Verificou-se que a população portuguesa pode beneficiar-se de uma promoção adicional de actividade física visto que a prática de 30 minutos de actividade física moderada pelo menos cinco dias por semana promove grandes benefícios à saúde e é também uma mudança de estilo de vida para adultos sedentários. Por essa razão, a actividade física tende a ser associada com uma melhor qualidade de vida global (Gal et al, 2005).

1.2.2 Prognóstico dos doentes com Acidente Vascular Cerebral

A sobrevida do AVC, 70 % em um ano, é pior do que a do pós-enfarte do miocárdio e de algumas neoplasias; sendo considerada a principal causa clínica de morbilidade em diversos países desenvolvidos e em desenvolvimento, determinando, por isso, um comprometimento significativo dos gastos em programas de saúde governamentais

(Costa & Francisco, 2005). Um terço das vítimas de AVC morrem no primeiro ano após o episódio e um terço ficará com incapacidade permanente (Warlow et al, 2003). Estas estimativas ganham força com o envelhecimento da população, tornando o AVC a causa mais comum de incapacidade a longo prazo em todo o mundo. A curva que representa a trajectória da recuperação das funções físicas e cognitivas afectadas pelo AVC atinge um planalto aproximadamente aos seis meses após o episódio. Num período que varia de um mês a dois anos após o AVC, os sobreviventes podem sofrer deterioração da funcionalidade, melhorar ou permanecer estabilizados na condição inicial. A velocidade da recuperação e o grau de adaptação variam de indivíduo para indivíduo e dependem da gravidade das lesões e do envolvimento em processos de reabilitação eficientes (Skilbeck, 1996).

Alguns factores de risco são também factores de prognóstico do AVC. Idade e etnia estão associadas à mortalidade. A letalidade foi estimada em 24% nos indivíduos entre 65-74 anos, aumentando para 39,4% a partir dos 85 anos Pittela e Duarte (2002) e na raça negra é também superior (Giles et al, 1995; Ladeia & Guimarães, 2003).

A HTA é responsável 40% das mortes por AVC (Batista et al, 2003) e, sendo uma doença altamente prevalente em idosos, tornou-se factor determinante nas elevadas morbilidade e mortalidade dessa população (Liberman, 2007), na faixa etária dos 50 – 69 anos e em idades mais avançadas (Warlow et al, 2003). O tabagismo pode contribuir com até 14% para um óbito por AVC (Goldstein et al, 2006). O papel do tabagismo recente como um factor prognóstico de AVC isquémico, analisando os dados de pacientes inscritos no Intravenous Magnesium Efficacy in Stroke trial (IMAGES), mostrou que os fumadores habituais ou recentes têm piores resultados funcionais (Rankin Scale >1 e Barthel Index <95) que os não fumadores três meses após um AVC isquémico (Ovbiagele et al, 2006). Os indivíduos com diabetes mellitus, etilismo (especialmente o crónico) e algumas doenças do coração (FA), também apresentam uma maior letalidade, incapacidade mais grave e recuperação mais lenta após um AVC (Baird et al, 2002; Appelros et al, 2003; Pires et al, 2004).

1.3 Implicações sócio-económicas

O AVC é uma importante causa de mortalidade e morbilidade, constituindo um enorme encargo económico (Kurukulasuriya et al, 2006).

O estudo de AVC em pacientes jovens tem sido objecto de muitas pesquisas epidemiológicas, motivadas principalmente pelo considerável impacto individual e sócio-económico causado pela elevada taxa de morbilidade que pode causar numa população economicamente activa (Zétola et al, 2001). Considerando a incapacidade, o impacto

social e o alto custo dos processos de reabilitação, um evento cerebrovascular é um acontecimento dramático em pacientes jovens (Saavedra et al, 2001).

Sacco (2002) alerta para o facto de o AVC (mais incapacitante que fatal) ser a principal causa de incapacidade neurológica grave e acarretar custos enormes, gastos tanto em cuidados de saúde como em perda de produtividade. As sequelas implicam algum grau de dependência, principalmente no primeiro ano após o AVC, com cerca de 30 a 40% dos sobreviventes impedidos de voltarem ao trabalho e requerendo algum tipo de auxílio no desempenho de actividades de vida diária (AVD). Além da morte por AVC, dos custos hospitalares e previdenciários, a perda de autonomia entre adultos e a sua consequente dependência é uma outra forma de expressão da gravidade das incapacidades resultantes desta patologia (Falcão et al, 2004).

Dos sobreviventes a um episódio de AVC, aproximadamente, 51% estão incapacitados para algumas AVD e 50% exibem comprometimento das funções cognitivas ou demência (Nicol & Thrift, 2005). Estas sequelas representam uma ameaça ao habitual controlo pessoal, exigindo um grande esforço adaptativo, reflectido no enfrentamento dos desafios provenientes de um evento não desejado que provoca desequilíbrio no funcionamento físico, social e psicológico (Fortes & Neri, 2004).

O “custo” da doença medido em anos potenciais de vida saúdavel perdidos (DALY), tendo em conta a mortalidade prematura e incapacidade, conferiu à doença cerebrovascular em 1990 a responsabilidade de 38,5 milhões de DALY e o sexto lugar no “ranking” mundial. No ano 2000 a HTA foi responsável por 64 milhões de DALY, o tabagismo por 59 milhões, o etilismo por 58 milhões e a hipercolesterolémia por 40 milhões. Estes factores de risco estão associados, ou são causa dos AVC, e contribuem de maneira expressiva para o “custo das doenças”. Estima-se que em 2020 a doença cerebrovascular seja a segunda causa mais importante de DALY nas regiões desenvolvidas e a quinta nas regiões em desenvolvimento (Ezzati et al, 2002; Correia, 2006).

1.4 Estratégias/Campanhas de Educação Pública

Em 1970 apenas 30% dos indivíduos moravam em áreas urbanas; em 1994 este número subiu para 45%, e espera-se que em 2025, cerca de 60% de toda a população mundial resida nessas áreas. De um modo geral, embora existam benefícios do ponto de vista económico, as mudanças de estilo de vida decorrentes desta urbanização podem resultar num maior risco para várias doenças. O aumento do consumo de gorduras e de calorias na alimentação, bem como a redução da actividade física são características do dia-a-dia de uma população eminentemente urbana (Loures-Vale, 2004). Sendo assim, a

expectativa é de uma mortalidade mundial crescente e, por isso, é prioritária a implementação de acções preventivas visando uma modificação favorável dessa situação (Ladeia & Guimarães, 2003).

Para quaisquer pacientes, as recomendações para as modificações no estilo de vida e controle dos factores de risco correlatos devem ser enfatizadas (Rosa et al, 2006). Estas recomendações devem incluir, ainda, a implementação adequada de actividade física e dieta. A dieta tem importância não somente na determinação da redução de peso, como também na manutenção do peso ideal (III Directrizes Brasileiras Sobre Dislipidémias e Directriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2001). Evitar o sedentarismo resulta na redução do risco para o desenvolvimento de algumas intercorrências, como o AVC, enfarte do miocárdio e complicações circulatórias em portadores de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial. No entanto, trabalhar no sentido de que a população alvo adquira bons hábitos de vida e pratique uma actividade física, pode ser um grande desafio (Osawa & Caromano, 2002).

Promover o conhecimento sobre os factores de risco é importante para melhorar o sucesso de actividades de prevenção primária e secundária para essa doença (Reeves et al, 2002). A implementação de programas educacionais sobre o AVC na comunidade, referindo o impacto do tratamento e encorajando o indivíduo em risco a actuar de forma a reduzi-lo, pode contribuir com a diminuição da incidência desta patologia (Morgan et al, 2005). Esta diminuição pode ser um meio eficaz de economizar recursos hoje utilizados no tratamento dos doentes ou perdidos em produtividade (André, 1999).

Como foi demonstrado na descrição resumida da epidemiologia do AVC, a sua magnitude em termos de morbilidade, mortalidade e impacto social, faz com que se procurem formas mais eficazes de prevenção e diagnóstico precoce (Nóvak et al, 2003). As informações sobre o AVC deveriam desempenhar um papel mais importante na prática diária do médico para que os utentes estejam conscientes do risco e modos de prevenção. Deveriam ser implementadas campanhas educacionais dirigidas aos profissionais de saúde, a fim de reduzir os atrasos no tratamento (Rau et al, 2002). Além disso, as campanhas de educação pública podem aumentar o nível de conhecimento sobre o AVC (Daley et al, 1997; Stern et al, 1999). Carroll et al (2004) apontam para o facto destas campanhas serem focadas no diagnóstico precoce do AVC, e, implicitamente, numa procura mais rápida do serviço médico adequado, educando a população para o reconhecimento dos sinais/sintomas e a necessidade de recorrer ao serviço de emergência (ambulâncias) em caso de suspeita de AVC.

Em entrevista ao jornal Destak, o Presidente da Sociedade Portuguesa para o AVC, afirmou que este alarmismo provocado pelas campanhas públicas sobre o AVC (primeira causa de morte e incapacidade funcional no país) é positivo pois, com isso, Portugal conseguirá reduzir o número de óbitos, dado que a população se torna mais consciente e receosa, recorrendo à assistência médica a tempo (Destak Portugal, 2008). A educação pública com intuito de promover a consciencialização da gravidade e urgência na avaliação do AVC, bem como do estreito tempo da janela terapêutica, pode conduzir a mudanças positivas de comportamento (Schneider et al (2003).

Nicol e Thrift (2005) concordam que as campanhas públicas para melhorar o conhecimento sobre o AVC são necessárias, principalmente nos grupos mais idosos. Para Greenlund et al (2003) as mensagens focadas em grupos de indivíduos em risco deveriam complementar as campanhas de consciencialização pública de modo a aumentar o reconhecimento dos sinais/sintomas do AVC e acção inicial. A adopção de estratégias múltiplas (comunicações verbais e/ou escritas, informações visuais e encontros educacionais repetidos) para reforçar o conhecimento pode ser útil (Schneider et al, 2003).

A actual mensagem de Educação Pública aprovada pela American Heart Association (conhecida por “SUDDENS” – Figura 1.1) lista cinco sinais/sintomas do AVC, focando seu aparecimento “súbito”. Tendo em conta a extensão dessa lista, pode tornar-se um obstáculo para o público leigo, sendo, assim, criada a “FAST” (Figura 1.2), combinando o alerta para três dos sinais/sintomas mais comuns do AVC com o plano de acção no caso da sua ocorrência. No entanto, nesta mensagem nem todos os sinais/sintomas do AVC estão incluídos. Kleindorfer et al (2007) apresentaram dados do ano de 1999, em que dos 3498 pacientes com AVC/AIT socorridos na emergência, 11,1% apresentavam sinais/sintomas não incluídos na FAST e 0,1% sintomas não incluídos no SUDDENS. Estes autores argumentam, no entanto, que estas campanhas, FAST ou SUDDENS, não podem se basear simplesmente na capacidade da mensagem em identificar a doença, mas também na facilidade que o cidadão tem em lembrá-las. Se uma maior percentagem do público em geral consegue recordar os componentes da FAST, em oposição a SUDDENS, a simplicidade desta primeira pode resultar numa maior identificação de episódios de AVC, embora não tenha sido planeada para capturar todos os sinais/sintomas.

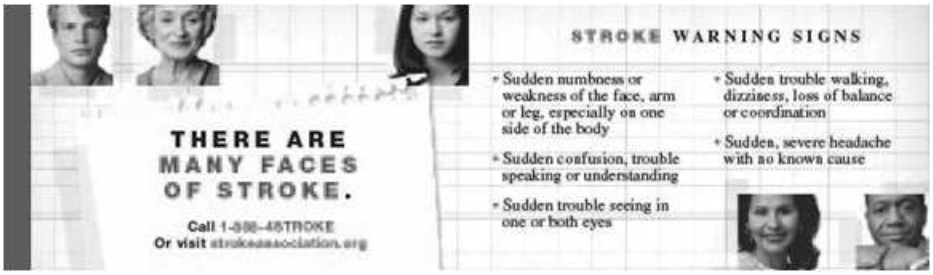


Figura 1.1 Sinais/sintomas actualmente aceitos pela AHA (“SUDDENS”).



Figura 1.2 Mensagem dos sinais/sintomas do AVC com descrição de tarefas específicas (“FAST”).

Também em Portugal, o Ministério da Saúde lançou a 15 de Janeiro de 2008, em todo o país, a campanha “Seja mais rápido que o AVC”; um alerta à população sobre o AVC, dando ênfase, por escrito e em imagem, ao aparecimento súbito de três sinais/sintomas - fraqueza no braço, boca ao lado e dificuldade em falar, e ao procedimento correcto caso aconteçam - contacto imediato com o INEM-112 (Figuras 1.3 e 1.4) (Ministério da Saúde, 2008).

Um outro aspecto importante para a eficácia de qualquer campanha é o modo como esta é divulgada. Silver et al (2003) analisaram a utilização dos media como estratégia para aumentar o conhecimento público da sintomatologia do AVC, concluindo que a televisão era o meio de vinculação de informação mais efectivo, quer em indivíduos com um baixo nível de escolaridade quer com escolaridade superior. A televisão deveria ser

mais assiduamente utilizada em campanhas que promovam o conhecimento público sobre o AVC (Schneider et al, 2003) e, sempre que possível, usar simultaneamente os media (televisão e jornais) e os serviços de saúde (hospitais, centros de saúde, entre outros), porque a utilização isolada de um determinado meio de divulgação pode reduzir o impacto da campanha em termos de educação pública (Rowe et al, 2001).



Figura 1.3 Campanha do Ministério da Saúde "Seja mais rápido que o AVC", com referência visual ao órgão afectado nesta patologia.



Figura 1.4 Campanha do Ministério da Saúde "Seja mais rápido que o AVC", com esclarecimentos ao público.

Apesar dos recentes avanços terapêuticos no tratamento do AVC, a população em geral, continua sem informação e, por essa razão, poucos utentes sabem da importância de actuar rapidamente utilizando os serviços de emergência, para receberem o tratamento mais eficaz (Pandian et al, 2005). Melhoras no conhecimento são, portanto, o primeiro passo para mudar o comportamento capaz de reduzir o risco e diminuir o tempo decorrido entre o início do AVC até a chegada ao hospital (De Dominicis et al, 2006).

1.5 Objectivos do estudo

Este estudo pretende avaliar o conhecimento do cidadão residente num ambiente urbano sobre o Acidente Vascular Cerebral, incluindo factores de risco vascular, localização da lesão, sinais/sintomas que o caracterizam, e reacção/actuação perante os sinais/sintomas do AVC. Um outro objectivo é estudar os determinantes desse conhecimento, informação importante para futuras acções de divulgação comunitárias.

Atendendo a que decorre actualmente a campanha para alertar a população em relação ao conhecimento e actuação no caso de AVC, este estudo permitirá tirar algumas conclusões quanto à recepção por parte do cidadão do conhecimento actualmente divulgado.

2 METODOLOGIA

Para avaliar o conhecimento do cidadão comum sobre o AVC foi conduzido um estudo transversal que decorreu durante um mês, entre Abril e Maio de 2008, na cidade do Porto (Portugal). Atendendo à curta duração para a execução do estudo, procurou-se um meio expedito de contacto com a população urbana adulta, tentando ao mesmo tempo manter uma desejada representatividade.

A criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979, como um serviço público, gratuito e universal, possibilitou a partir de 1998 o registo dos utentes num Centro de Saúde (CS), normalmente, da sua área de residência, com a atribuição de um cartão de utente. Este processo foi obrigatório e activo e, por isso, pode afirmar-se que actualmente a quase totalidade dos cidadãos está registada num CS (Correia, 2006). Novamente, por restrições de tempo e recursos humanos, foi escolhido apenas um CS, o da Carvalhosa (sede e extensão Aníbal Cunha), cobrindo, em termos de área de atracção, as populações residentes em quatro freguesias do Porto: Cedofeita, Massarelos, Miragaia e Vitória (Figura 2.1). A população de adultos (≥20 anos) inscritos em 31-12-2007 era de 18.040 indivíduos na sede (dos quais 14.657 encontram-se na faixa etária ≥20 anos) e 22.062 na extensão Aníbal Cunha (dos quais 18.274 na faixa etária ≥20 anos). Segundo

o censo de 2001 residiam 38.050 indivíduos nas quatro freguesias, situadas na zona histórica do Porto, e destes 31.809 com 20 ou mais anos (INE, 2008) (Tabela A1 (A) e (B)). A população registada é ligeiramente superior ao número de residentes nas quatro freguesias; eventualmente, porque uma reduzida parte de inscritos num centro de saúde urbano o faz por questões de acessibilidade (local do emprego, conhecimento do pessoal de saúde, entre outras razões) e não por residirem na sua zona de atracção.

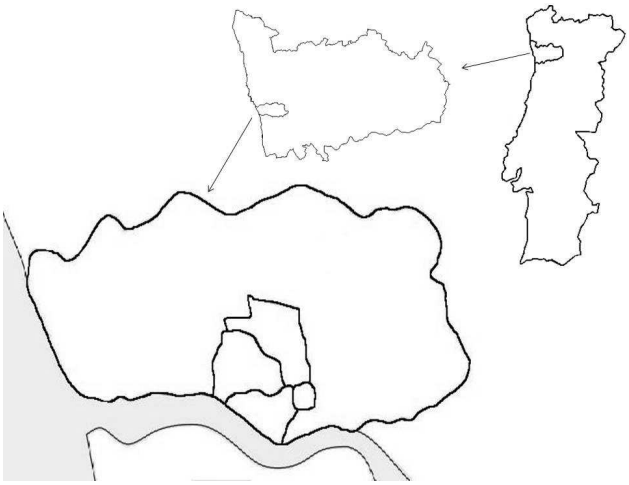


Figura 2.1 Mapa de Portugal Continental destacando o distrito do Porto; mapa do distrito com a cidade do Porto; mapa da cidade do Porto mostrando as quatro freguesias cujos residentes se encontram na zona de atracção do CS da Carvalhosa - Cedofeita, Massarelos, Miragaia e Vitória.

Em Fevereiro de 2008 o projecto foi apresentado à Direcção do Centro de Saúde da Carvalhosa e solicitada autorização e colaboração para a sua execução. Numa segunda reunião, no mês de Abril, em que participou a enfermeira directora do CS, foi discutida a exequibilidade a nível local e a data de início do estudo. Para preservar a privacidade durante o contacto pessoal entre entrevistador e utente, foi reservada uma sala para a qual seriam encaminhados pelos profissionais de saúde os utentes que voluntariamente quisessem colaborar. Atendendo a que o número médio mensal de consultas rondava as 6.000 e que estaria presente um entrevistador em cada local (sede e extensão), estimou-se que seria possível contactar, em cada local, das 9:00h as 17:30h, entre 10 a 15 utentes por dia, admitindo uma média de 20 a 30 minutos por entrevista. Durante cerca de 20 dias úteis (1 mês) seriam contactados 400 a 600 utentes, dimensão amostral que permite estar 95% seguro que o valor de uma resposta afirmativa (proporção) na amostra distará do “verdadeiro valor” na população entre 4 a 5%.

2.1 Inquérito

Na primeira parte do inquérito foi recolhida informação sobre características sócio-demográficas, razão da ida ao centro de saúde e presença de alguma patologia vascular, nomeadamente episódios de AVC ou AIT (número e data do último episódio) (Anexo 1).

O conhecimento sobre os factores de risco referia-se a uma lista de catorze itens. Num primeiro momento, o utente deveria indicar os factores de risco para o AVC, sendo este procedimento denominado "nomeação". Seguidamente, para os ainda não nomeados, o utente deveria confirmar se determinado factor mencionado pelo entrevistador correspondia a um factor de risco do AVC, procedimento denominado "reconhecimento". Os participantes eram, então, inquiridos sobre os seus próprios factores de risco/características individuais modificáveis e o modo de os controlar. Posteriormente, o inquirido deveria apontar o local da lesão do AVC, sinais/sintomas que, segundo ele, caracterizavam a ocorrência de um AVC e actuação perante os principais sinais/sintomas e mesmo no caso de um AVC. Também em relação aos sinais/sintomas o utente deveria primeiro nomeá-los e depois reconhecê-los a partir da pergunta que os referisse especificamente. A lista, com vinte e um itens, continha os sinais/sintomas do AVC, quer ocorrendo isoladamente ou em combinação, e outros característicos de outras patologias.

Os procedimentos de nomeação e reconhecimento dão uma indicação mais real do conhecimento do inquirido, sendo possível distinguir o seu conhecimento espontâneo (o que conhece sem auxílio de um estímulo) e a identificação passiva por reconhecimento. No caso da sintomatologia do AVC, com a inclusão de sinais/sintomas não característicos, procura-se caracterizar a especificidade das respostas, controlando a tendência de reconhecimento sistemático de todos como os de um AVC. Esta estratégia foi utilizada por outros autores, alguns deles incluindo apenas sinais/sintomas cardíacos, como a "dor no peito". Porém, a adição deste único sinal/sintoma pode não ser o melhor teste, pois como encontrado em alguns estudos, os sinais/sintomas cardiovasculares são frequentemente confundidos com os do AVC (Pancioli et al, 1998; Hux et al, 2000; Yoon et al, 2001; Reeves et al, 2002; Schneider et al, 2003). Neste estudo foram adicionados sete sinais/sintomas de outras patologias (visão enevoada, dor/opressão no peito, dor sem localização específica, falta de ar, perda de urina ou de fezes, quedas sem saber o porquê, zumbidos) para além dos característicos do AVC (visão dupla, perda de visão num olho, vertigem/tontura, adormecimento/formigueiro em qualquer parte do corpo, perda de força/dificuldade em mover braços, pernas ou face, paralisia em qualquer parte

do corpo, desequilíbrio no caminhar, desorientação, dificuldade em engolir, perda dos sentidos, dor de cabeça súbita e forte).

Para a actuação em caso de alguns sinais/sintomas específicos ou em caso de AVC, as opções de resposta referiam contactos com o centro de saúde, urgência hospitalar, 112 ou bombeiros e procedimentos não envolvendo contacto com os serviços de saúde, por exemplo, a auto-medicação ou a procura de ajuda de um familiar/amigo.

Finalmente, perguntava-se se já havia ocorrido um acidente isquémico transitório ou acidente vascular cerebral ao próprio e/ou a um familiar no último ano. Esta questão fornece uma indicação sobre uma experiência ou contacto prévio com uma situação de AVC, descrevendo, assim, um conhecimento recente, mais empírico, desta patologia.

2.2 Análise dos dados

Para além da análise descritiva sumária dos dados, foi criado um score de conhecimento da sintomatologia do AVC (escala 0-26), considerando a nomeação, o reconhecimento ou o desconhecimento dos treze sinais/sintomas correctos, com pontuações 2, 1 e 0, respectivamente.

Embora na campanha “Seja mais rápido que o AVC”, que vem sendo divulgada pelo Ministério da Saúde em todo o país, se sublinhe a importância de recorrer ao 112 na suspeita de um AVC, evitando a procura por meios próprios da urgência hospitalar, definiu-se e analisou-se uma actuação correcta no caso de AVC, a ligação ao 112 ou ida à urgência do hospital. As quatro freguesias abrangidas por este centro de saúde situam-se na proximidade do Hospital Geral de Santo António, hospital de referência em Neurologia, e por vezes pode até ser mais rápida a chegada ao hospital utilizando outra via. No entanto, ao proceder deste modo, pode perder-se o contacto privilegiado entre o 112 e o hospital, e a aplicação do protocolo de Manchester demorar o atendimento, impedindo o tratamento adequado no tempo de janela terapêutica, com consequências no prognóstico do doente.

Na análise estatística dos dados começa por comparar-se a distribuição por idade e sexo na amostra de voluntários com a da população de inscritos no centro de saúde e população do censo de 2001, utilizando o teste do x^2 de ajuste. Segue-se a análise descritiva dos elementos da amostra utilizando a média ou mediana e uma medida de dispersão, desvio padrão ou quartis, dependendo da escolha das medidas utilizadas da normalidade da distribuição (verificada com o teste de Kolmogorov-Smirnov). O teste do x^2 e/ou o teste de dependência linear foram usados para variáveis categóricas ou ordinais para averiguar se o conhecimento de uma forma geral (factores de risco, local da lesão e

sinais/sintomas) estaria relacionado com as características sócio-demográficas e/ou clínicas. Foram utilizados modelos de regressão linear (score de conhecimento da sintomatologia do AVC) e regressão logística (actuação correcta numa situação de AVC) para identificar os predictores independentes de entre as características sócio-demográficas e clínicas.

Foi considerado um limite do erro tipo I, rejeitar erradamente a hipótese nula de igualdade, de 0,01. Na análise estatística foi utilizado o software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 16.0 for Windows.

3 RESULTADOS

3.1 Caracterização da amostra

Foram entrevistados no centro de saúde da Carvalhosa, no período de 14 Abril a 16 de Maio de 2008, um total de 424 utentes; destes, 69,6% eram do sexo feminino e 30,4% do sexo masculino. A distribuição dos elementos da amostra por sexo, idade e a distribuição conjunta por idade e sexo é significativamente diferente da distribuição da população residente nas quatro freguesias do Porto da zona de atracção do CS da Carvalhosa e da população inscrita no centro de saúde em Dezembro de 2007 ($p<0,001$) (Tabela 3.1). Na Figura 3.1 pode observar-se a sub-representação na amostra de homens com idades entre os 20 e 49 anos (33,3% vs. 58,8% e 54,0%, respectivamente em relação à população residente e à população inscrita) e a sobre-representação de mulheres a partir dos 65 anos (37,3% vs. 25,2% e 29,6%, respectivamente em relação à população residente e à população inscrita).

Metade dos participantes tem mais que 58 anos e 25% mais que 70 anos (limites: 20-91) (Tabela 3.2). Predomina uma escolaridade entre 4 e 6 anos, no entanto, enquanto apenas 2,3% dos homens apresentaram escolaridade inferior a 4 anos, nas mulheres esta proporção aumenta para 17,3%. No que diz respeito à situação profissional, 44,1%

eram reformados, 34,7% tinham uma profissão remunerada e 12,7% estavam desempregados. As profissões mais frequentes são na área de serviços de protecção, pessoais ou domésticos (27,9%), embora 13,6% tenham profissões intelectuais e científicas.

Tabela 3.1 Distribuição da população residente, da população inscrita no CS da Carvalhosa e na amostra por idade e sexo.

	Sexo						Comparação populações		
	Homens		Mulheres		Global			graus	X^2
Idade (anos)	n	%	n	%	n	%	Variável	liberdade	Ajuste
População residente (2001)									
20 – 34	4277	29,3	4667	25,4	8944	27,2	Idade	4	40,7
35 – 49	4303	29,5	4856	26,5	9159	27,8	Sexo	1	27,4
50 – 64	3413	23,4	4213	23,0	7626	23,2	I x S	9	66,0
65 – 74	1374	9,4	1976	10,8	3350	10,2			
≥ 75	1219	8,4	2633	14,4	3852	11,7			
Inscritos no Centro de Saúde									
20 – 34	4097	29,9	4356	24,0	8453	26,6	Idade	4	88,7
35 – 49	3293	24,1	4053	22,4	7346	23,1	Sexo	1	33,0
50 – 64	3340	24,4	4362	24,1	7702	24,2	I x S	9	117,7
65 – 74	1792	13,1	2803	15,5	4595	14,4			
≥ 75	1161	8,5	2552	14,1	3713	11,7			
Estudo									
20 – 34	28	21,7	52	17,6	80	18,9			
35 – 49	15	11,6	57	19,3	72	17,0			
50 – 64	34	26,4	76	25,8	110	25,9			
65 – 74	30	23,3	58	19,7	88	20,8			
≥ 75	22	17,1	52	17,6	74	17,5			
Total	129		295		424				

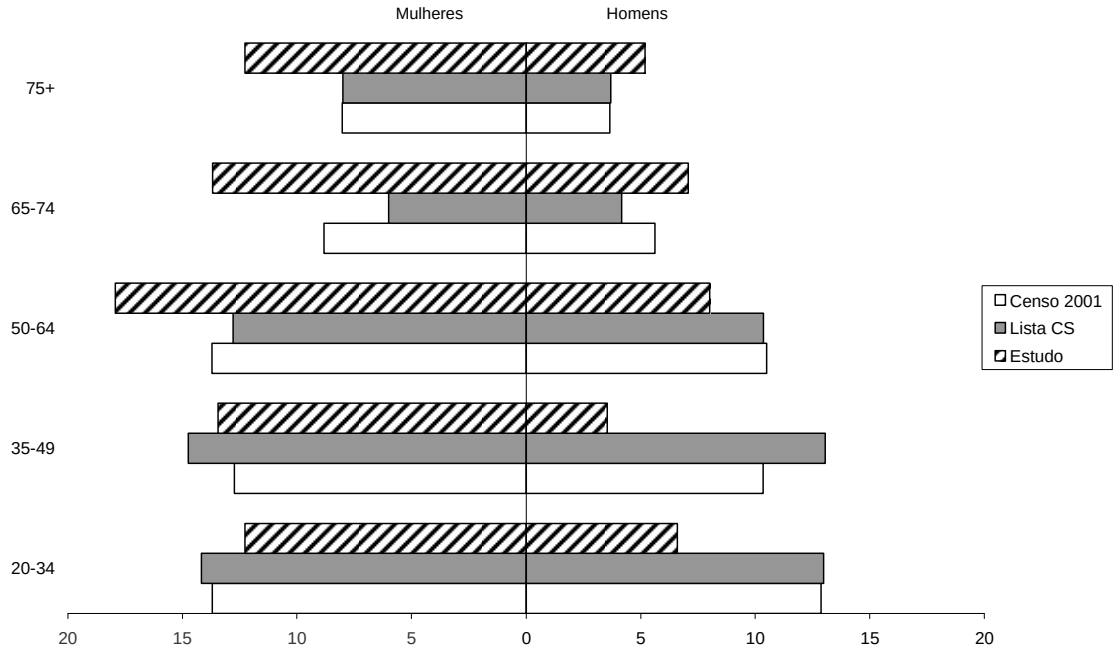


Figura 3.1 Distribuição da população residente, da população inscrita no CS da Carvalhosa e na amostra por idade e sexo.

Tabela 3.2 Características sócio-demográficas e clínicas dos participantes.

Características	Homens (n = 129)		Mulheres (n = 295)		Global (n = 424)		Teste*	
	n	%	n	%	n	%	X^2	p
Idade (anos) (Mediana, P_{25} – P_{75})	58 (39 -70)		58 (39 -70)					
20 – 34	28	21,7	52	17,6	80	18,9	4,5	0,3
35 – 49	15	11,6	57	19,3	72	17,0		
50 – 64	34	26,4	76	25,8	110	25,9		
65 – 74	30	23,3	58	19,7	88	20,8		
≥ 75	22	17,1	52	17,6	74	17,5		
Escolaridade (anos) (Mediana, P_{25} – P_{75})	7 (4 – 12)		4 (4 – 9)					
< 4	3	2,3	51	17,3	54	12,7	18,4	0,000
4- 6	61	47,3	124	42,0	185	43,6		
7 – 11	29	22,5	57	19,3	86	20,3		
≥ 12	36	27,9	63	21,4	99	23,3		
Situação profissional							16,3	0,003
Doméstica	-	-	18	6,1	18	4,2		
Desempregado	13	10,1	41	13,9	54	12,7		
Reformado	65	50,4	122	41,4	187	44,1		
Outro	10	7,8	8	2,7	18	4,2		
Remunerado activo	41	31,8	106	35,9	147	34,7		
Profissões							10,0	0,1
Dirigentes / Directores	4	9,8	10	9,4	14	9,5		
Profissões intelectuais e científicas	5	12,2	15	14,2	20	13,6		
Técnicas intermediárias	2	4,9	11	10,4	13	8,8		
Empregados administrativos	4	9,8	13	12,3	17	11,6		
Serviços	13	31,7	28	26,4	41	27,9		
Trabalhadores da indústria/ artesãos	9	22,2	7	6,6	16	10,9		
Trabalhadores não qualificados	4	9,8	22	20,8	26	17,7		
Razão de ida ao Centro de Saúde								
Consulta de rotina	98	76,0	219	74,2	317	74,8	0,8	0,6
Consulta de urgência	21	16,3	45	15,3	66	15,6		
Acompanhante	10	7,8	31	10,5	41	9,7		
Sofre Patologia Vascular	49	38,0	185	62,7	234	55,2	22,1	0,000
Tipo de patologia							21,0	0,000
Cardíaca	22	44,9	31	16,8	53	22,6		
Periférica	16	32,7	121	65,4	137	58,5		
Cardíaca + Periférica	11	22,4	33	17,8	44	18,8		
Sofreu um acidente vascular cerebral	7	5,4	6	2,0	13	3,1	3,1	0,07
Sofreu um acidente isquémico transitório	6	4,7	17	5,8	23	5,4	0,2	0,6
Próprio/familiar sofreu AVC no último ano	21	16,3	54	18,3	75	17,7	0,3	0,6
Próprio/familiar sofreu AIT no último ano	5	3,9	22	7,5	27	6,4	1,9	0,2

AVC - acidente vascular cerebral; AIT - acidente isquémico transitório.

* nº de graus de liberdade igual ao número de categorias da variável menos um.

Cerca de 55% dos participantes sofriam de patologia vascular, mais frequente nas mulheres (62,7% vs. 38,0%). No que diz respeito ao tipo de patologia, a vascular periférica foi a mais comum em ambos os sexos, no entanto, sua proporção foi maior nas mulheres (65,4% vs. 37,2%), enquanto a patologia cardíaca foi quase três vezes superior nos homens (44,9% vs. 16,8%). Cerca de 3% dos participantes já tiveram pelo menos um acidente vascular cerebral e esta proporção aumenta para 5,4% no caso de um acidente isquémico transitório (Tabela 3.2). No último ano cerca de 17,7% dos participantes tiveram contacto com a doença, o próprio ou um familiar, diminuindo esta proporção para 6,4% no caso de um acidente isquémico transitório.

Na Tabela 3.3 está descrita a prevalência de factores de risco vascular e forma de controlo em homens e mulheres. O factor de risco mais citado pelos participantes, cerca de 41%, foi o excesso de peso, seguido da hipertensão arterial (38,2%) e do colesterol elevado (33,3%). Menos prevalentes foram a doença cardíaca (17,7%), o consumo de tabaco (17,0%), a diabetes mellitus (14,4%), a arritmia (11,8%) e um AVC/AIT (8,0%). Dos factores a que ainda não é atribuída causalidade, mas uma associação a outros factores ou patologias vasculares, o stress é muito frequente (61,1%) e o excesso de consumo de álcool (5,7%). Os hábitos tabágicos e excesso de consumo de bebidas alcoólicas foram mais frequentes nos homens (27,1% vs. 12,5% e 16,3% vs. 1,0%, respectivamente) assim como a diabetes mellitus (20,9% vs. 11,5%), contrastando com o stress, mais frequente nas mulheres. Nos demais factores de risco não há evidência de uma diferente distribuição por sexo.

Quanto à forma de controlo dos factores de risco pelos participantes, 34,0% utilizam medicação, embora, frequentemente, sem saber a indicação terapêutica, e 30,0% praticam actividade física, a maioria (67,7%) mais de 2 vezes por semana. Restrições na alimentação são menos frequentes - cerca de 13,7% evitam certos alimentos (sal, gorduras, carne vermelha, café, doces, farináceos, etc.) e outros consomem mais frequentemente alimentos específicos (vegetais, frutas, sumos, peixe, sopa, grelhados, etc.). Embora a medicação seja utilizada de modo semelhante por homens e mulheres, estas últimas têm mais cuidado com a alimentação, quer evitando ou ingerindo certo tipo de alimentos.

Tabela 3.3 Prevalência de factores de risco vascular e forma de controlo.

Factores de risco e controlo	Homens (n =129)		Mulheres (n = 295)		Global (n = 424)		Teste*	
	n	%	n	%	n	%	X^2	p
Excesso de peso	48	37,2	125	42,4	173	40,8	3,2	0,19
Não sabe	1	0,8	-	-	1	0,2		
Hipertensão arterial	45	34,9	117	39,7	162	38,2	2,4	0,29
Não sabe	-	-	2	0,7	2	0,5		
Colesterol elevado	40	31,0	101	34,2	141	33,3	2,4	0,29
Não sabe	6	4,7	6	2,0	12	2,8		
Doenças do coração	24	18,6	51	17,3	75	17,7	0,1	0,9
Não sabe	1	0,8	2	0,7	3	0,7		
Consumo de tabaco							96,8	0,000
Fuma	35	27,1	37	12,5	72	17,0		
Deixou de fumar	58	45,0	31	10,5	89	21,0		
Nunca fumou	36	27,9	227	76,9	263	62,0		
Diabetes mellitus	27	20,9	34	11,5	61	14,4	8,1	0,018
Não sabe	1	0,8	9	3,1	10	2,4		
Arritmia	10	7,8	40	13,6	50	11,8	3,1	0,2
Não sabe	1	0,8	2	0,7	3	0,7		
AVC ou AIT	12	9,3	22	7,5	34	8,0	0,4	0,5
Stress	64	49,6	195	66,1	259	61,1	11,1	0,004
Não sabe	-	-	1	0,3	1	0,2		
Consumo de álcool							51,2	0,000
Não bebe / ocasionalmente	65	50,4	228	77,3	293	69,1		
Regular	43	33,3	64	21,7	107	25,2		
Excessivo[(a)]	21	16,3	3	1,0	24	5,7		
Forma de controlo								
Usar medicação	42	32,6	102	34,6	144	34,0	0,2	0,7
Praticar actividade física	49	38,0	78	26,4	127	30,0	5,7	0,017
Evitar alguns alimentos	9	7,0	49	16,6	58	13,7	7,1	0,008
Ingerir alimentos específicos	7	5,4	32	10,8	39	9,2	3,2	0,08

[(a)]Consumo diário superior a 3 copos de vinho ou cerveja ou 1 bebida destilada

* nº de graus de liberdade igual ao número de categorias da variável menos um

3.2 Conhecimento dos factores de risco vascular

Os principais factores de risco nomeados pelos participantes foram a dieta hipercalórica (33,3%), o consumo de tabaco (30,9%) e a hipertensão arterial (29,2%) e os menos nomeados a hereditariedade (2,4%) e a arritmia (1,7%). Os factores de risco menos conhecidos foram a hereditariedade (68,2%), a arritmia (46,9%) e a vida sedentária (41,5%). Globalmente, 69,3% nomearam pelo menos um factor de risco, aumentando esta proporção 93,2% quando o conhecimento era por nomeação ou reconhecimento. Dos 29 participantes que não reconheceram nenhum factor de risco, 3

tinham já nomeado factores, daí que globalmente 26 (6,1%) desconheçam qualquer factor de risco vascular (Tabela 3.4).

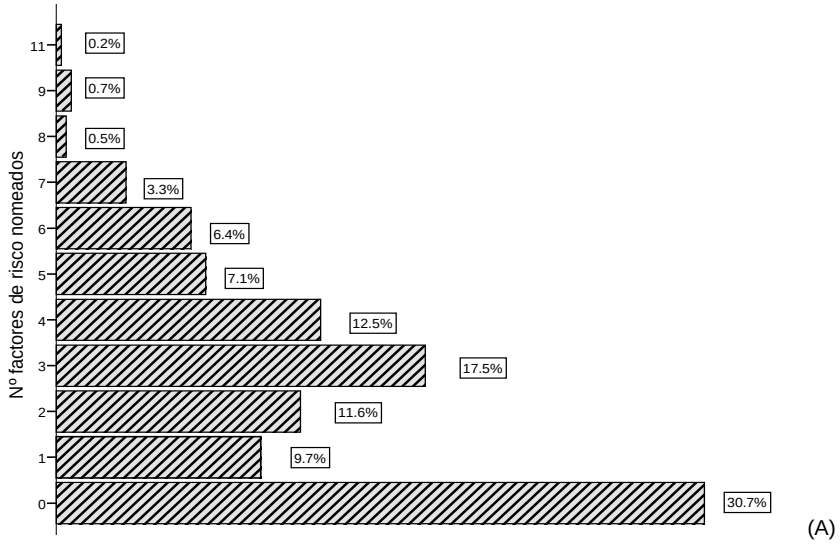
A distribuição do número de factores de risco nomeados na Figura 3.2(A) indica que metade dos participantes nomeia no máximo dois factores e apenas 25% mais do que quatro factores.

Tabela 3.4 Conhecimento dos factores de risco vascular.

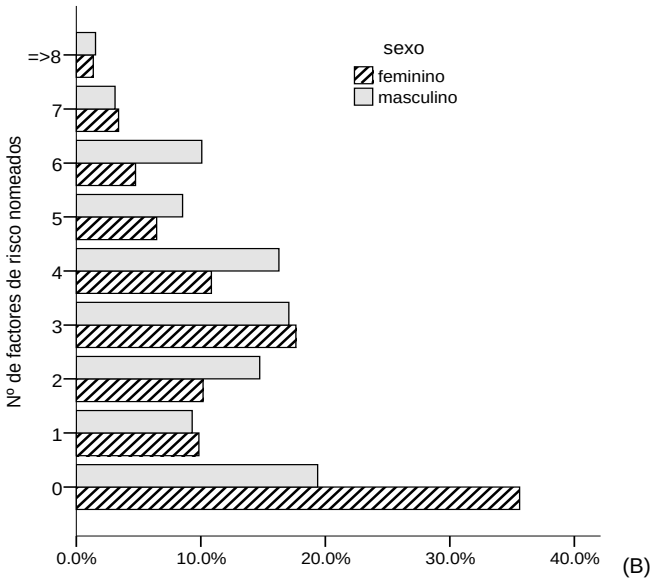
Factores de risco	Modo de conhecimento					
	Nomeação		Reconhecimento		Não	
	n	%	n	%	n	%
Dieta hipercalórica	141	33,3	185	43,6	98	23,1
Consumo de tabaco	131	30,9	222	52,4	71	16,7
Hipertensão arterial	124	29,2	253	59,7	47	11,1
Colesterol elevado	107	25,2	251	59,2	66	15,6
Consumo excessivo de álcool	99	23,3	235	55,4	90	21,2
Stress	95	22,4	227	53,5	102	24,1
Falta de exercício físico	93	21,9	211	49,8	120	28,3
Diabetes mellitus	74	17,5	239	56,4	111	26,2
Excesso de peso	72	17,0	266	62,7	86	20,3
Vida sedentária	44	10,4	204	48,1	176	41,5
Doenças do coração	40	9,4	297	70,0	87	20,5
Hereditariedade	10	2,4	125	29,5	289	68,2
Arritmia	7	1,7	218	51,4	199	46,9
Global (pelo menos 1)	294	69,3	395	93,2	26	6,1

A distribuição do número de factores nomeados é significativamente diferente segundo o sexo (qui-quadrado=10,7, gl=1, p<0,002), idade (qui-quadrado=39,1, gl=4, p<0,001) e escolaridade (qui-quadrado=91,3, gl=3, p<0,001) (Figura 3.2 (B) a (D)). Os homens nomeiam mais factores que as mulheres (mediana respectivamente igual a 3 e 2) e o número de factores nomeados diminui com a idade, mediana de 3 entre os 20 e 64 anos, 2 entre os 65 e 74 anos e zero para 75 e mais anos, e aumenta com a escolaridade, zero, 2, 3 e 4, respectivamente, para menos de 4 anos, entre 4 e 6 anos, entre 7 e 11 anos e 12 anos ou mais.

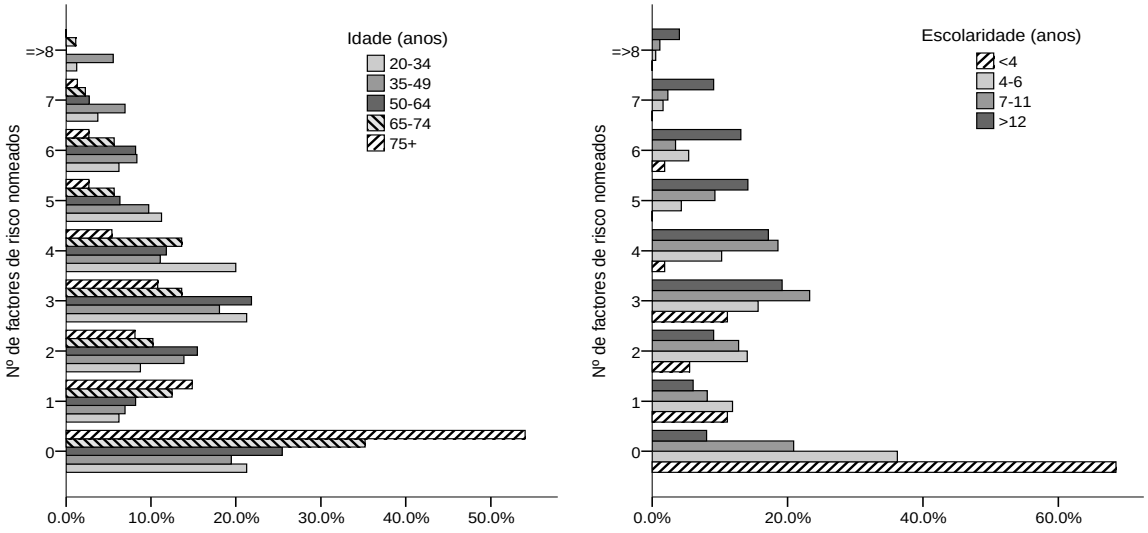
A maioria dos factores de risco foi nomeada e/ou reconhecida por homens e mulheres de modo semelhante (Tabela A2). O conhecimento foi significativamente diferente em 4 factores (Figura 3.3), os homens nomeiam mais frequentemente o consumo de tabaco, o consumo excessivo de álcool, a falta de exercício físico e o excesso de peso, e como a proporção que reconhece é semelhante, traduz-se num desconhecimento mais reduzido.



(A)



(B)



(C) (D)

Figura 3.2 Distribuição do número de factores de risco nomeados (A) global, (B) por sexo, (C) idade e (D) escolaridade.

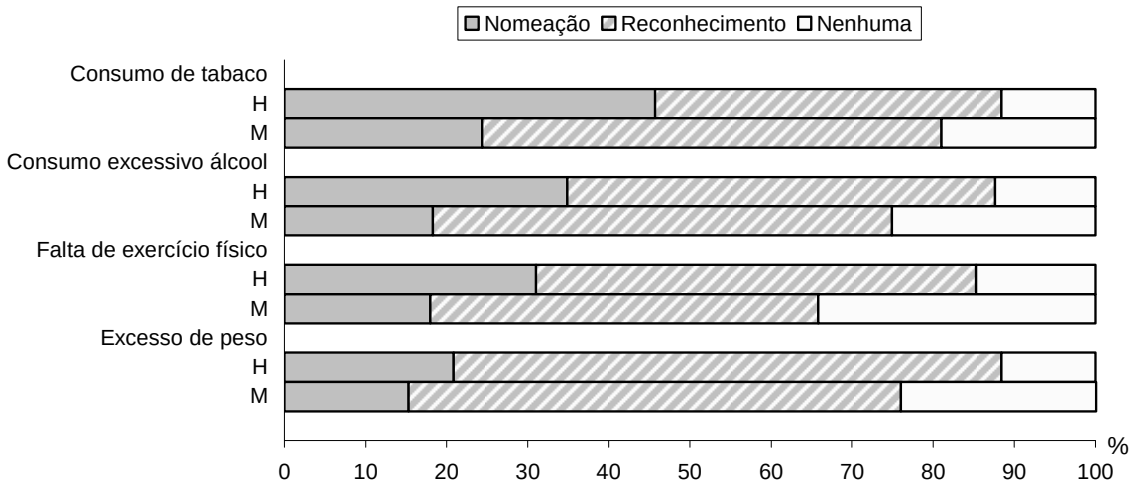


Figura 3.3 Conhecimento dos factores de risco em homens e mulheres (ordem decrescente de conhecimento)

O conhecimento de 9 dos factores de risco diminui significativamente com o aumento da idade nos participantes (teste de tendência linear na Tabela A3). Na Figura 3.4 pode observar-se, de um modo geral, que o desconhecimento é mais patente no grupo etário dos 75 anos e mais, e os participantes com idades entre os 20 e 49 anos nomeiam mais frequentemente estes factores de risco.

O conhecimento de 12 dos 13 factores de risco vascular, quer por nomeação quer por reconhecimento, aumenta significativamente com o número de anos de escolaridade do participante (teste de tendência linear na Tabela A4). Na Figura 3.5 pode observar-se o constante aumento da nomeação e do reconhecimento quando o número de anos de escolaridade aumenta, embora este seja superior para dieta hipercalórica, consumo de tabaco, hipertensão e hipercolesterolémia e menor quanto à hereditariedade e à arritmia.

Para além das características sócio-demográficas estarem associadas ao conhecimento dos factores de risco, será que os participantes que estão em risco, isto é, que mencionaram ter um determinado factor de risco, nomeiam ou reconhecem mais frequentemente esse factor do que os restantes? Na Tabela 3.5 pode observar-se que os fumadores, os diabéticos e os indivíduos stressados, mencionam mais frequentemente o consumo de tabaco, a diabetes mellitus e o stress como factores de risco do que os que não têm esse factor (Figura 3.6). Embora com uma tendência menos significativa, também quem sofre de hipertensão ou tem excesso de peso menciona mais frequentemente esse factor de risco vascular.

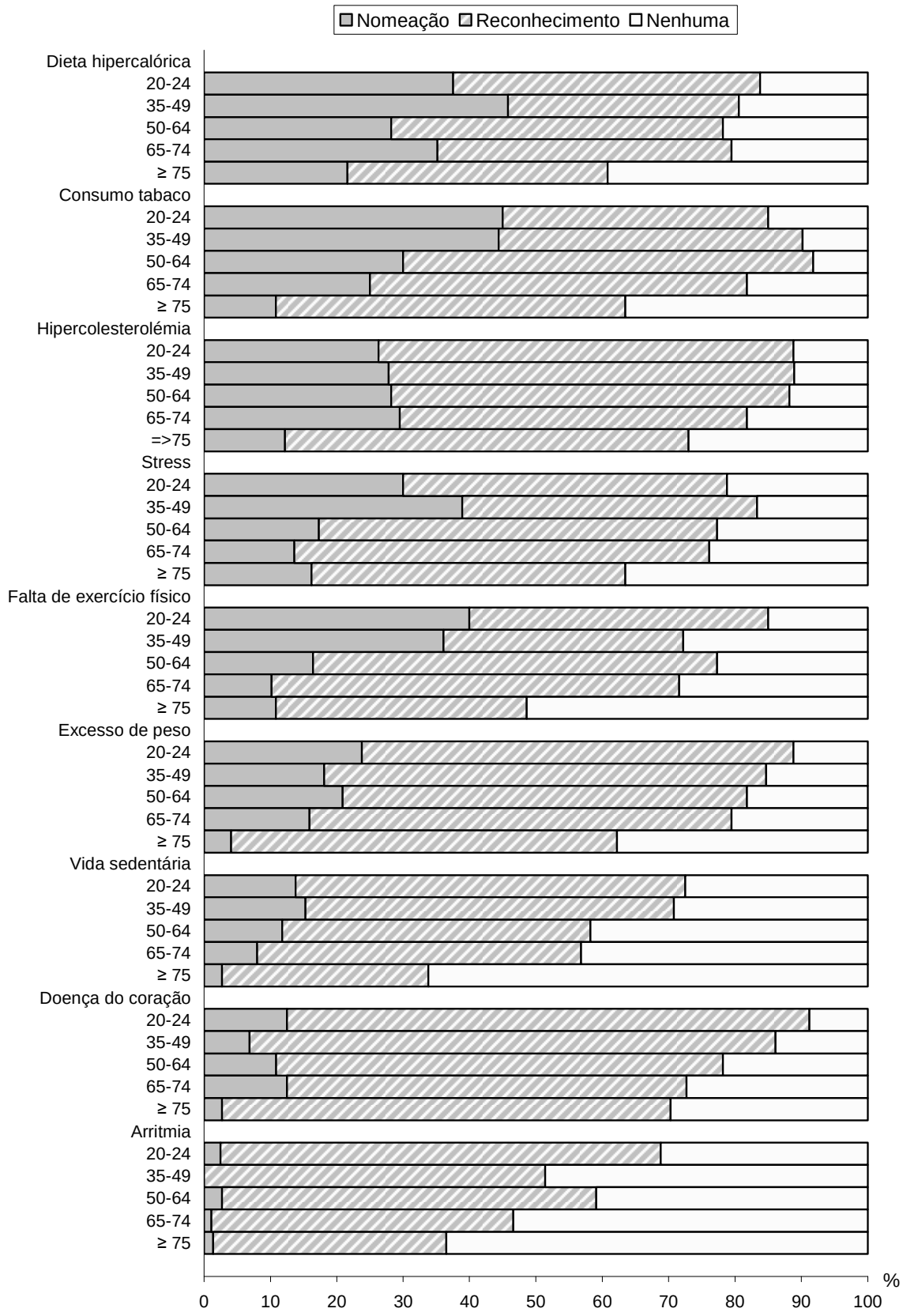


Figura 3.4 Conhecimento dos factores de risco por idade (ordem decrescente de conhecimento).

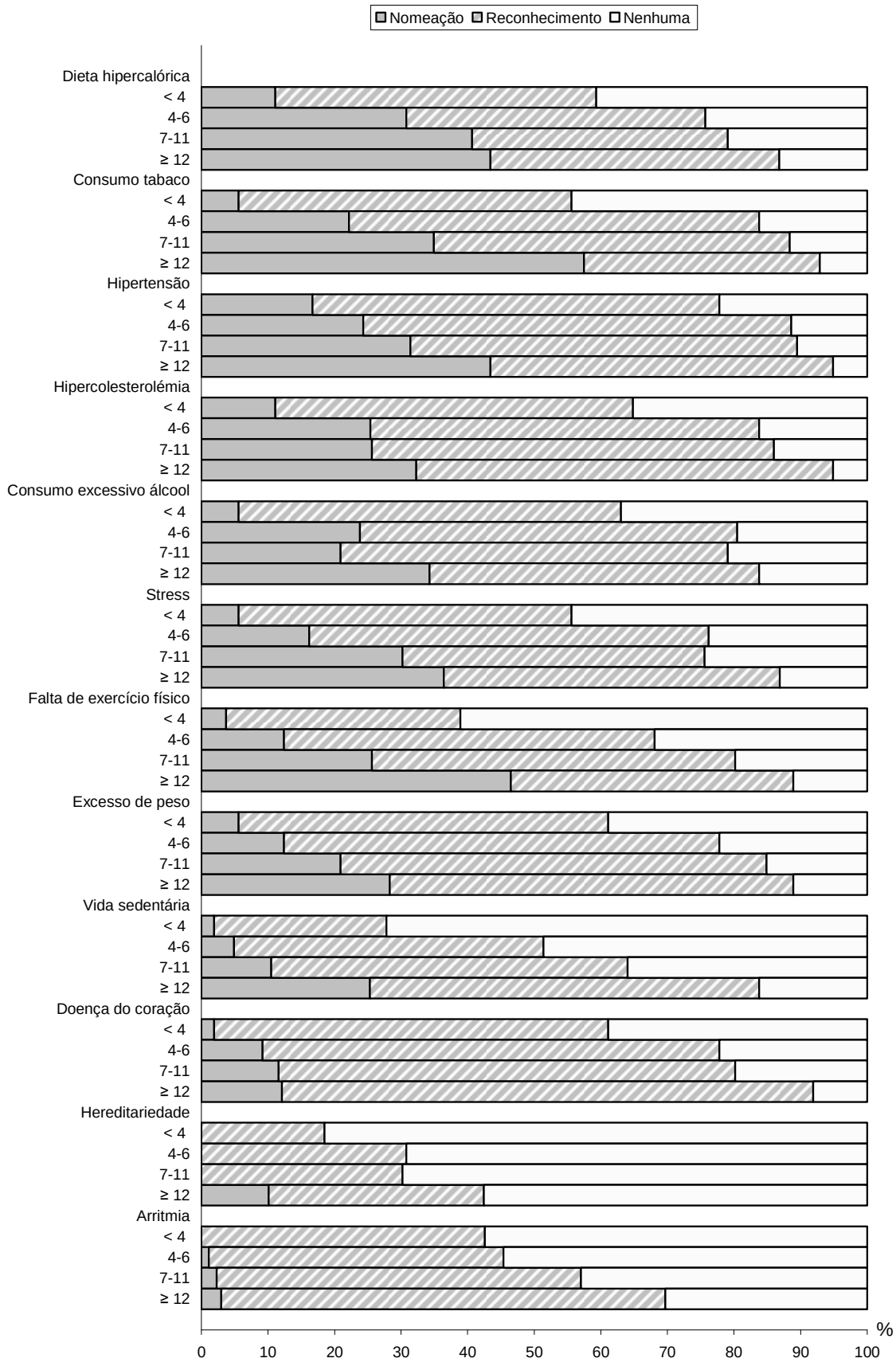


Figura 3.5 Conhecimento dos factores de risco segundo a escolaridade (ordem decrescente de conhecimento).

Tabela 3.5 Conhecimento dos factores de risco vascular nos participantes em risco e não em risco.

Factor de risco vascular	Modo de conhecimento do factor			Teste*	
	Nomeação	Reconhecimento	Não menciona	X^2	p
Consome álcool	30,5	51,9	17,6	5,8	0,055
Não consome	20,1	57,0	22,9		
Fuma	58,3	30,6	11,1	45,1	0,000
Deixou de fumar	40,4	49,4	10,1		
Nunca fumou	20,2	59,3	20,5		
Excesso de peso	22,5	59,5	17,9	6,5	0,038
S/ excesso de peso	13,2	64,8	22,0		
Stress	28,6	51,4	20,1	16,2	0,000
S/stress	12,8	56,7	30,5		
Diabetes mellitus	42,6	50,8	6,6	35,5	0,000
S/diabetes	13,6	56,1	29,7		
Hipertensão arterial	35,2	57,4	7,4	6,4	0,039
S/Hipertensão	25,8	60,8	13,5		
Colesterol elevado	29,8	56,7	13,5	2,6	0,27
S/colesterol elevado	22,9	60,5	16,6		
Doenças do coração	14,7	65,3	20,0	3,6	0,17
S/doenças do coração	7,8	71,4	20,8		
Arritmia	4,0	60,0	36,0	4,0	0,13
S/arritmia	1,3	50,1	48,0		

* nº de graus de liberdade igual ao número de categorias da variável menos um.

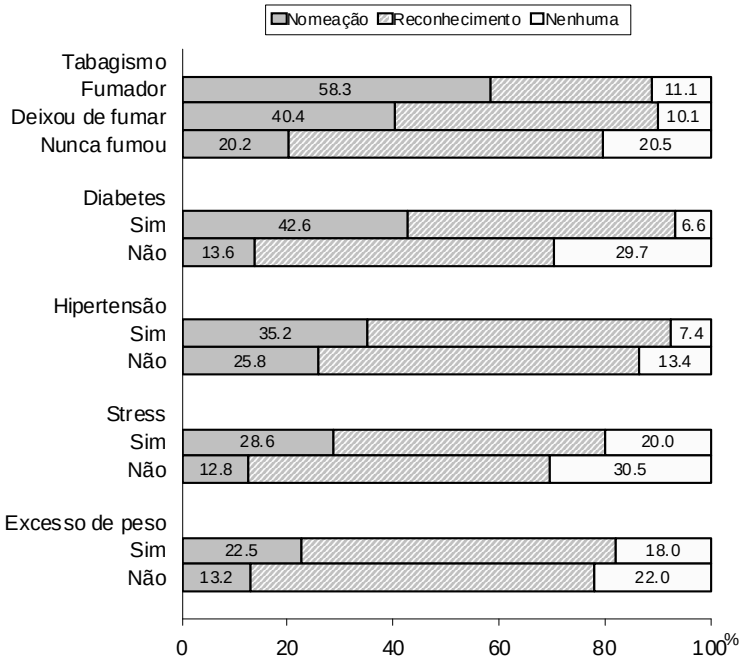


Figura 3.6 Conhecimento do factor de risco vascular nos participantes com e sem esse factor de risco.

3.3 Conhecimento da localização da lesão e dos sinais e sintomas

Em relação a localização da lesão que provoca o AVC, 40,8% dos participantes referiram o cérebro, 25,2% o coração, 12,5% a cara, braço e perna e 21,5% não souberam localizar a lesão. O conhecimento do local da lesão não foi significativamente diferente em homens e mulheres, no entanto diminuiu com a idade e aumentou com a escolaridade (Figura 3.7 e Tabelas A5, A6 e A7).

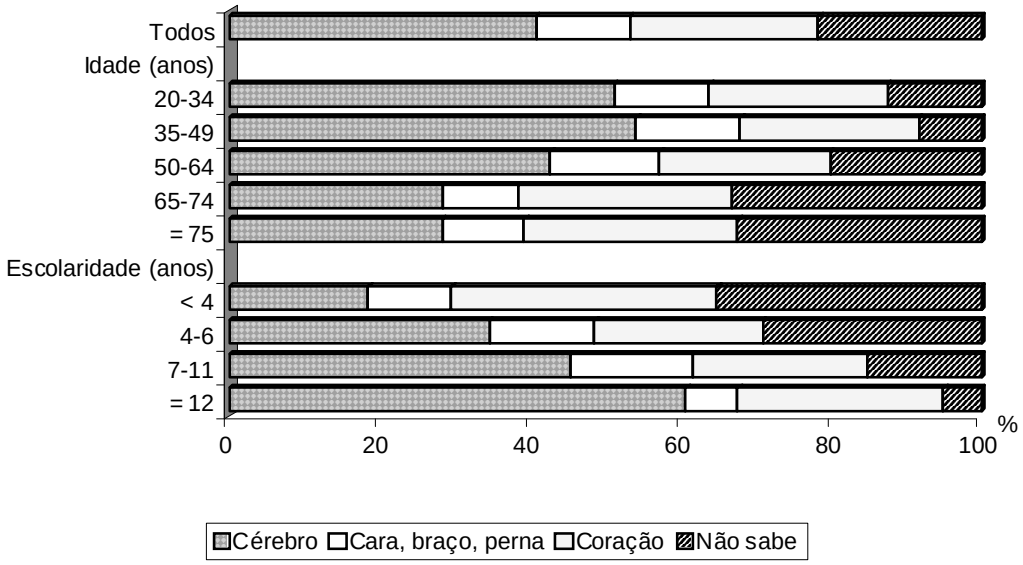


Figura 3.7 Localização da lesão que provoca o AVC segundo a idade e escolaridade

Os principais sinais/sintomas nomeados pelos inquiridos foram a perda de força ou dificuldade para mover os braços, pernas ou face (31,4%), a vertigem ou tontura (24,5%) e a dor de cabeça súbita e forte (20,8%) (Tabela 3.6 e Figura 3.8). A dor/opressão no peito foi erradamente referida por 29,0% dos participantes. No reconhecimento, os principais sinais/sintomas indicados foram a desorientação (63,2%), a paralisia em metade do corpo (60,8%) e a perda da consciência (57,3%). A falta de ar e as quedas sem saber o porquê foram, erradamente, os sinais/sintomas mais indicados por reconhecimento. Globalmente, 60,4% souberam nomear correctamente pelo menos um sinal/sintoma, aumentando para 91,5% a proporção dos que reconheceram correctamente pelo menos um sinal/sintoma (Tabela 3.6).

Na Figura 3.9 (A) e (B) descreve-se o número de sinais/sintomas correctos (escala 0-13) identificados por nomeação ou reconhecimento. Cerca de 40% dos participantes não souberam nomear nenhum dos 13 sinais/sintomas correctos, diminuindo esta proporção para 8,5% no reconhecimento. Como dois dos participantes apenas nomearam, globalmente 8% desconhecem qualquer sinal/sintoma.

Tabela 3.6 Conhecimento dos sinais e sintomas dos acidentes vasculares cerebrais.

Sinais/Sintomas	Modo de conhecimento					
	Nomeação		Reconhecimento		Não	
	n	%	n	%	n	%
Correctos						
Perda de força/Dificuldade mover braços, pernas ou face	133	31,4	212	50,0	79	18,6
Vertigem/Tontura	104	24,5	210	49,5	110	25,9
Dor de cabeça súbita e forte	88	20,8	200	47,2	136	31,2
Paralisia em metade do corpo	76	17,9	258	60,8	90	21,2
Dificuldade súbita em falar, entender ou escrever	68	16,0	237	55,9	119	28,1
Perda dos sentidos (da consciência)	67	15,8	243	57,3	114	26,9
Paralisia em qualquer parte do corpo	60	14,2	179	42,2	185	43,6
Adormecimento/Formigueiro em qualquer parte do corpo	56	13,2	240	56,6	128	30,2
Desorientação	32	7,5	268	63,2	124	29,2
Perda de visão num olho (metade do campo visual)	26	6,1	195	46,0	203	47,9
Desequilíbrio no caminhar	25	5,9	218	51,4	181	42,7
Visão dupla	3	0,7	70	16,5	351	82,8
Dificuldade em engolir	2	0,5	85	20,0	337	79,5
Pelo menos 1 correcto	256	60,4	388	91,5	34	8,0
Incorrectos						
Dor/Opressão no peito	123	29,0	169	39,9	132	31,1
Falta de ar	58	13,7	180	42,5	186	43,9
Dor sem localização específica	52	12,3	62	14,6	310	73,1
Visão enevoada	27	6,4	168	39,6	229	54,0
Quedas sem saber o porquê	7	1,7	194	45,8	223	52,6
Zumbidos	5	1,2	161	38,0	258	60,8
Perda de urina ou fezes	2	0,5	58	13,7	364	85,8

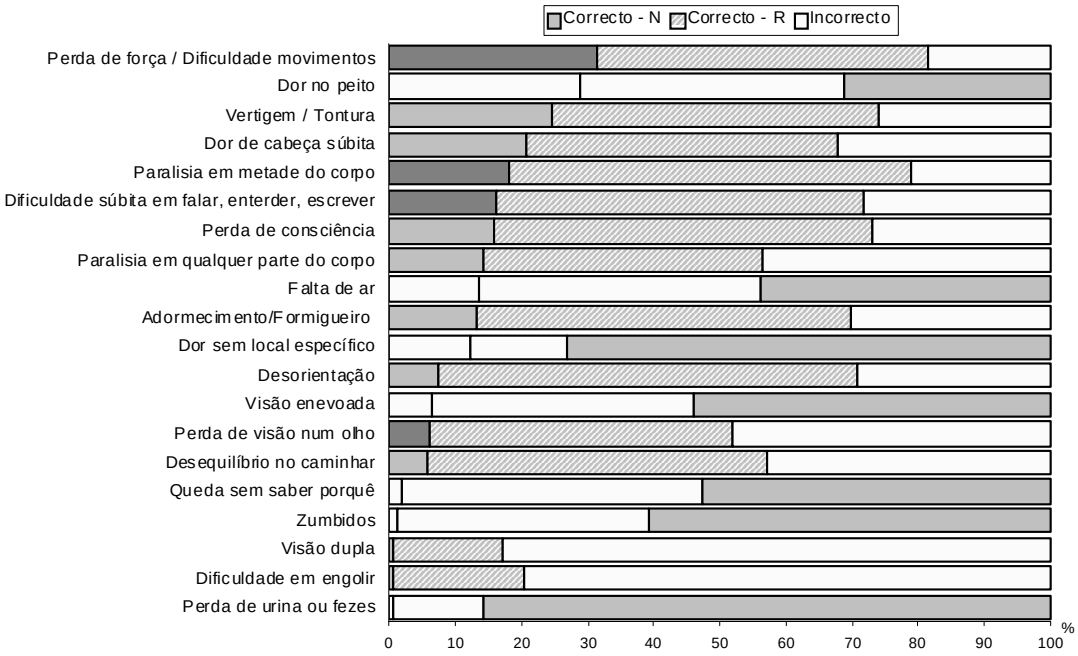


Figura 3.8 Conhecimento dos sinais e sintomas do AVC. Destaque dos 4 principais sinais/sintomas e dos sinais/sintomas incorrectamente referidos.

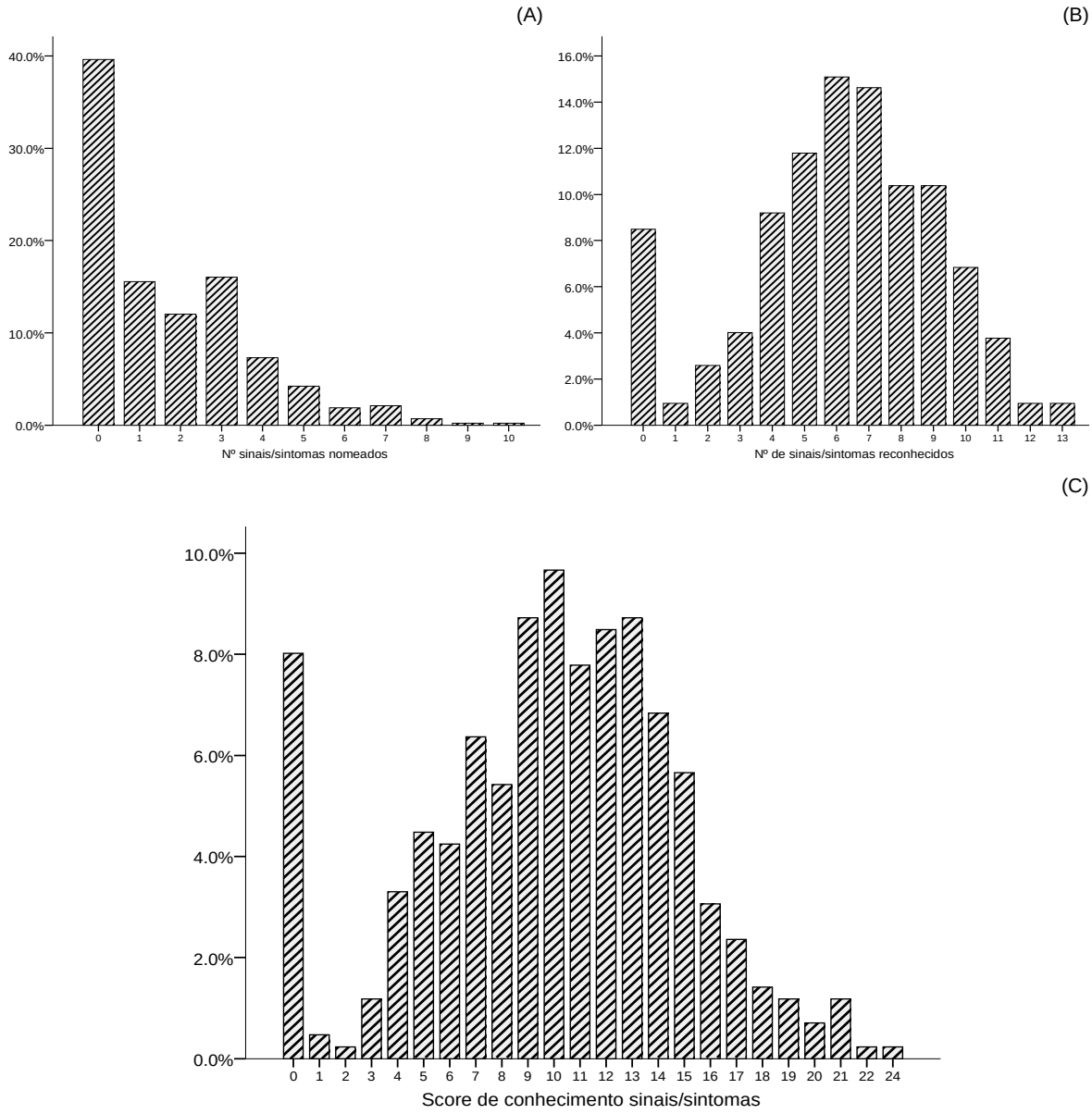


Figura 3.9 Distribuição do número de sinais e sintomas correctos do AVC (A) nomeados, (B) reconhecidos e (C) score de conhecimento (limites: 0-26).

Seguidamente, foi criado um score que traduzisse o conhecimento dos sinais/sintomas, atribuindo o valor: 0-não conhecer, 1-reconhecer, 2-nomear para os 13 sinais/sintomas correctos, cuja distribuição está na Figura 3.9(C). Exceptuando os participantes com score nulo (n=34), tem uma distribuição normal com média=10,5 (dp=3,8) (teste de Kolmogorov-Smirnov, z=1,2, p=0,11). Os resultados do modelo de regressão linear deste score considerando como variáveis independentes idade e escolaridade, sexo, ter sofrido AVC ou AIT e o próprio ou familiar ter sofrido um AVC ou AIT no último ano, está descrito na Tabela 3.7.

Tabela 3.7 Resultados do modelo de regressão do score do conhecimento nas variáveis sócio-demográficas e clínicas.

Variável	Coeficiente	Teste-t	Sig.
Constante	7,3	7,7	0,000
Idade (anos)	0,018	1,4	0,16
Sexo (masculino =1)	0,55	1,4	0,16
Escolaridade (anos)	0,25	5,2	0,000
Teve um AVC / AIT	-0,44	-0,6	0,54
Próprio/familiar teve AVC / AIT último ano	1,12	2,4	0,017

$F(5, 384) = 9{,}19$, $p<0{,}001$; $R^2 = 10{,}7\%$

Cerca de 10,7% da variabilidade na média do score de conhecimento é reduzida quando incluídas no modelo estas variáveis explanatórias. A variável mais significativa é a escolaridade, para um aumento de 4 anos de escolaridade o score aumenta um ponto e o facto de ter tido contacto com um AVC/AIT no último ano aumenta o score de 1,12. A idade, porque está muito correlacionada com a escolaridade ($r=-0{,}60$, $p<0{,}001$), perde significância quando a escolaridade é incluída no modelo. O diagrama de dispersão e as rectas de regressão para este modelo estão na Figura 3.10.

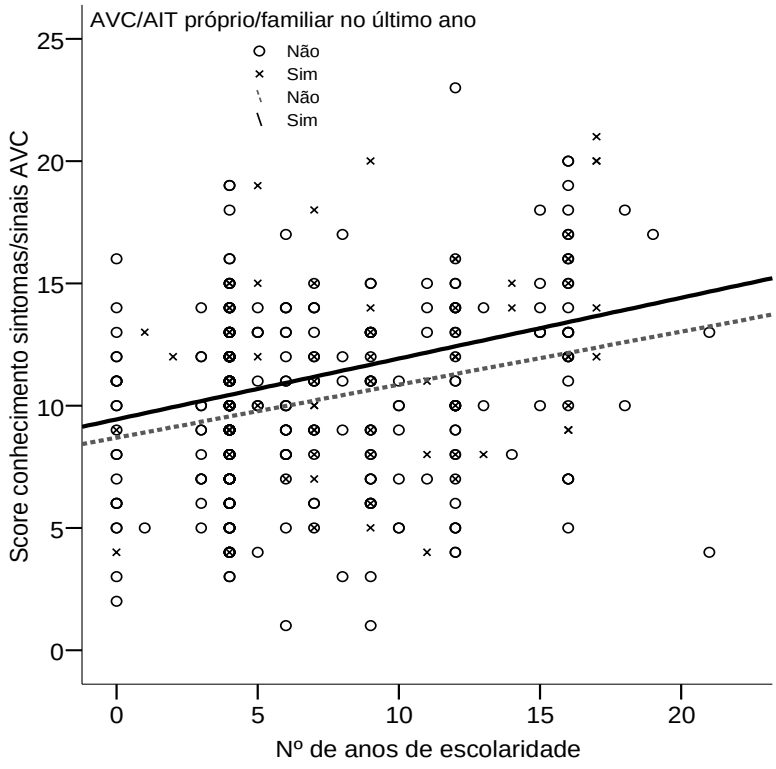


Figura 3.10 Diagrama de dispersão e rectas de regressão para o modelo do score do conhecimento em função da escolaridade e contacto com AVC/AIT.

Considerando apenas os três principais sinais/sintomas de AVC (perda de força/dificuldade para mover os braços, as pernas e a face, paralisia em metade do corpo e dificuldade súbita em falar, escrever e entender) (Tabelas A8, A9 e A10), o modo de resposta dos participantes está descrito na Figura 3.11. Pode observar-se que apenas 5,9% dos participantes nomeiam simultaneamente estes três sinais/sintomas e 28,3% o fazem só por reconhecimento.

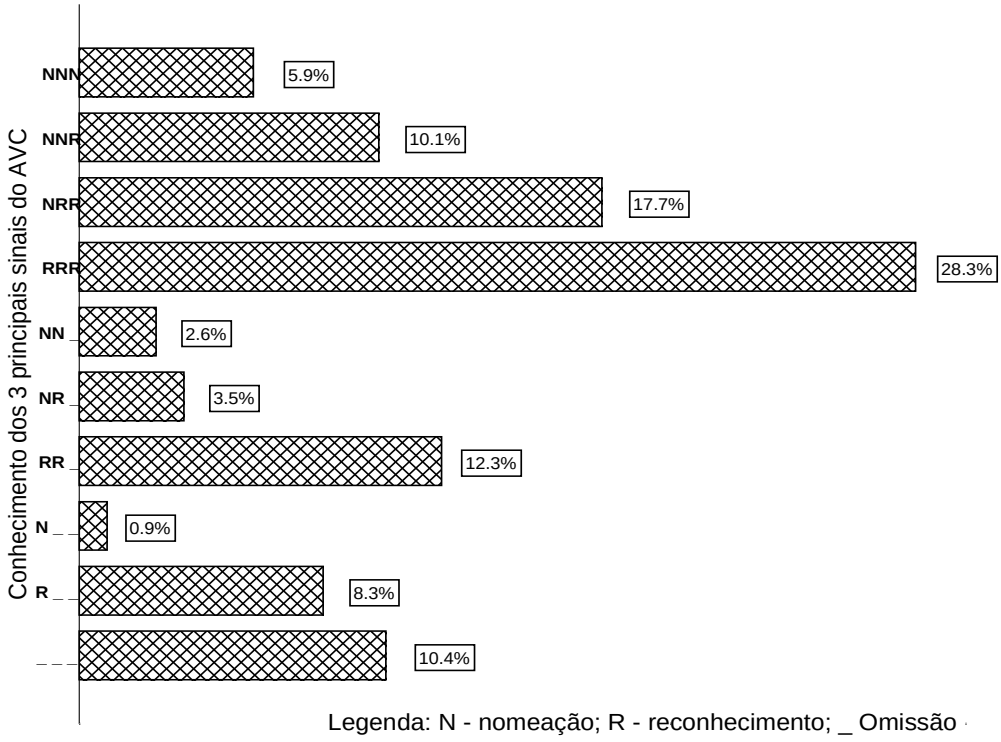


Figura 3.11 Descrição do conhecimento dos três principais sinais/sintomas do AVC.

Globalmente, 263 participantes (62,0%) conhecem os principais sinais/sintomas do AVC, variando esta proporção significativamente apenas com a escolaridade (qui-quadrado=18,9, gl=1, p<0,001), entre 44,4% para os menos escolarizados e 77,8% para os que têm 12 ou mais anos de escolaridade. Considerando apenas os 25 participantes (6,4%) que nomearam os três sinais/sintomas, novamente a escolaridade é um factor de conhecimento (qui-quadrado=17,2, gl=3, p<0,002). Nenhum participante com escolaridade inferior a 4 anos nomeou os três sinais/sintomas, aumentando esta proporção para 14,1% nos mais escolarizados. Note-se que o facto de ter ocorrido um AVC/AIT ao próprio ou a um familiar no último ano aumenta significativamente a probabilidade de saber de cor os sinais/sintomas do AVC (qui-quadrado=8,2, gl=1, p<0,004), de 4,2% para 12,2%. Idade, sexo e ter tido já um AVC/AIT não estão relacionados com o conhecimento dos principais sinais/sintomas do AVC.

3.4 Actuação perante os sinais e sintomas do AVC

A actuação dos participantes em relação a seis sinais/sintomas (tonturas/vertigem, visão enevoada/dupla, adormecimento/formigueiro no corpo, dificuldade na fala, fraqueza/paralisia, dor de cabeça súbita e forte) e à suspeita de um AVC está descrita na Tabela 3.8. Globalmente, diante da suspeita de AVC, pode considerar-se que 335 participantes (79,0%) actuariam correctamente (112/Urgência Hospitalar), embora com o actual programa da Via Verde haja vantagens numa chamada directa para o 112, situação em que apenas 22,4% actuariam correctamente. Note-se, no entanto, que esta actuação dependeria do conhecimento subjacente dos principais sinais/sintomas do AVC, e sendo assim dos 335 apenas 219 (65.4%) os conheciam, logo tendo em conta o conhecimento e a actuação, só pouco mais de metade (51,7%) cumpririam a cadeia de conhecimento-actuação correcta. Considerando-se o conhecimento apenas por nomeação, apenas 20 (4,7%) saberiam a actuar convenientemente.

Tabela 3.8 Descrição da actuação perante sinais/sintomas do AVC e suspeita de ocorrência de AVC

Actuação	Tontura/ vertigem		Visão enevoada/ dupla		Adormec./ formigueiro		Dificuldade na fala		Fraqueza/ paralisia		Dor de cabeça súbita		Suspeita de AVC	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
MF	56	13,2	125	29,5	97	22,9	105	24,8	86	20,3	68	16,0	19	4,5
CENF	2	0,5	1	0,2	1	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Esperava	93	21,9	74	17,5	95	22,4	19	4,5	14	3,3	10	2,4	1	0,2
112	15	3,5	5	1,2	5	1,2	16	3,8	31	7,3	19	4,5	95	**22,4**
UH	63	14,9	70	16,5	55	13,0	163	38,4	187	44,1	168	39,6	240	**56,6**
UCS	10	2,4	11	2,6	13	3,1	19	4,5	12	2,8	9	2,1	7	1,7
Ajuda	17	4,0	11	2,6	8	1,9	31	7,3	32	7,5	14	3,3	41	9,7
Auto	159	37,5	105	24,8	128	30,2	26	6,1	40	9,4	128	30,2	3	0,7
Não sabe	9	2,1	22	5,2	22	5,2	45	10,6	22	5,2	8	1,9	18	4,2

MF = Médico de família; CENF = Consulta de enfermagem; Esperava = Esperava que desaparecesse; 112 = Chamava o 112/bombeiros; UH = Serviço de urgência do hospital; UCS = serviço de urgência do centro de saúde; Ajuda = Ajuda de familiar/amigo; Auto = Automedicação

Considerando os sinais/sintomas específicos, numa situação de fraqueza/paralisia 44,1% recorreriam ao serviço de urgência do hospital, diminuindo esta proporção para 39,6% no caso de dor de cabeça súbita e forte e 38,4% em caso de dificuldade na fala. No caso de outros sinais/sintomas, que em combinação podem indicar um AVC, a automedicação, o médico de família ou apenas esperar que passasse, eram as actuações mais frequentes (Tabela 3.8).

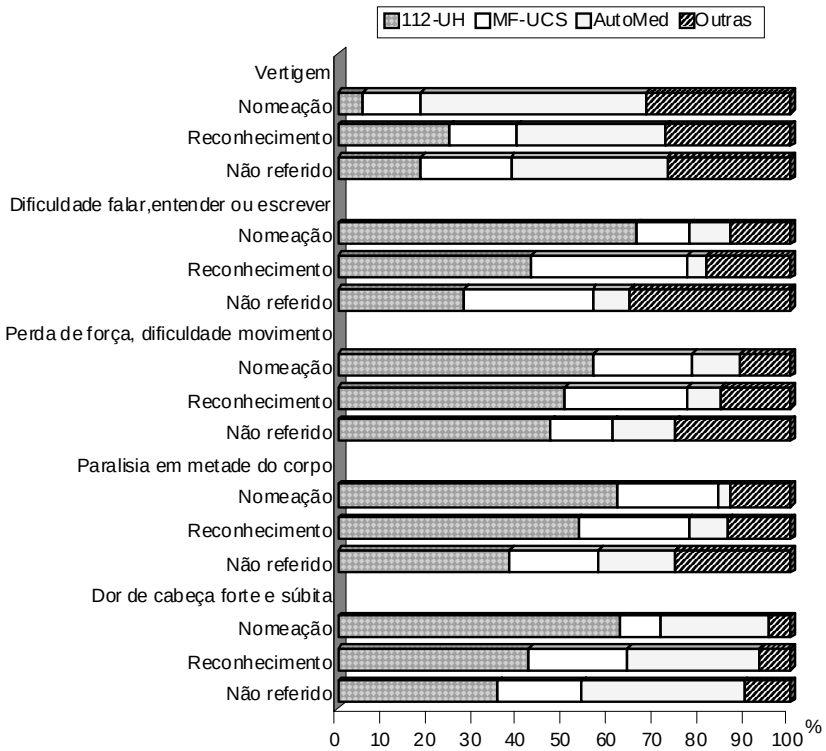


Figura 3.12 Actuação na presença de sinais/sintomas do AVC segundo o conhecimento sobre esses sinais e sintomas.

Na Figura 3.12 pode observar-se que a actuação perante cinco sinais/sintomas está relacionada com o conhecimento dos participantes sobre esses mesmos sinais/sintomas, mas, também que, independentemente de uma atribuição do sinal/sintoma ao AVC a sua actuação seria correcta (112/UH). De um modo geral, quanto maior é o conhecimento (nomeação preferível a reconhecimento e estes ao desconhecimento) mais correcta será a actuação, para o caso dos quatro sinais/sintomas que quando ocorrem isolados poderão ser mais indicativos de um AVC - dificuldade súbita em falar, entender ou escrever (qui-quadrado=40,8, gl=6, $p<0,001$), perda de força/dificuldade para mover braços, pernas ou face (qui-quadrado=14,9, gl=6, $p<0,03$), paralisia em metade do corpo (qui-quadrado=20,8, gl=6, $p<0,002$), e dor de cabeça súbita e forte (qui-quadrado=20,2, gl=6, $p<0,003$). Os que nomearam a vertigem como sinal/sintoma de um AVC parecem, no entanto, não lhe atribuir importância, porque referem mais assiduamente a automedicação como actuação (qui-quadrado=22,0, gl=6, $p<0,001$).

Considerando uma actuação correcta a chamada ao 112 ou dirigir-se ao serviço de urgência do hospital no caso de suspeita de AVC e também no caso de procederem do mesmo modo na presença dos três principais sinais/sintomas do AVC (n=11), utilizou-se uma regressão logística para averiguar até que ponto as características sócio-demográficas, clínicas e o conhecimento da sintomatologia explicava essa actuação.

Tabela 3.9 "Odds" de uma actuação correcta segundo as variáveis sócio-demográficas, clínicas e conhecimento dos sinais/sintomas de AVC.

Variáveis	Actuação correcta (112 ou UH)			Teste*	
	Odds	Odds ratio	95% CI	X^2	P
Sexo					
Masculino	4,86	1,14	0,66 - 1,96	0,2	0,6
Feminino	4,23				
Idade (anos)				8,2	0,8
20-34	3,71				
35-49	5,55	1,50	0,65 - 3,45		
50-64	8,17	2,20	0,99 - 4,92		
65-74	3,63	0,98	0,47 - 2,05		
≥ 75	2,89	0,78	0,37 - 1,65		
Escolaridade (anos)				6,0	0,1
< 4	2,38				
4-6	4,97	2,09	1,04 – 4,21		
7-11	6,17	2,60	1,11 – 6,04		
≥ 12	4,21	1,77	0,82 – 3,83		
Sofreu um AVC ou AIT				2,3	0,1
Sim	10,33	2,46	0,73 – 8,26		
Não	4,20				
Próprio/ familiar sofreu AVC/AIT último ano				2,0	0,2
Sim	6,50	1,60	0,82 – 3,11		
Não	4,06				
Local lesão do AVC				7,6	0,006
Cérebro	7,24	2,13	1,23 – 3,66		
Outros	3,40				
Conhecimento sinais/sintomas					
Paralisia metade do corpo				14,5	0,001
Nomeação	9,86	4,45	1,81 – 10,9		
Reconhecimento	5,00	2,25	1,30 – 3,93		
Não refere	2,21				
Dificuldade falar, entender, escrever				11,8	0,003
Nomeação	7,50	3,00	1,30 – 6,94		
Reconhecimento	5,58	2,23	1,31 – 3,81		
Não refere	2,50				
Dor de cabeça súbita e forte				10,3	0,006
Nomeação	11,57	3,86	1,63 – 9,15		
Reconhecimento	4,41	1,47	0,87 – 2,49		
Não refere	3,00				
Perda de força /dificuldade movimentos				6,8	0,03
Nomeação	6,39	2,47	1,22 – 4,96		
Reconhecimento	4,58	1,77	0,97 – 3,23		
Não refere	2,59				

* nº de graus de liberdade igual ao número de categorias da variável menos um.

Na Tabela 3.9 descrevem-se os valores da “odds-ratio” e respectivo intervalo de confiança, segundo as variáveis consideradas no modelo univariável. Pode observar-se que as variáveis mais significativas na explicação de uma correcta actuação são o conhecimento correcto do local da lesão, duplicando a odds quando este é conhecido, e os sinais/sintomas que a caracterizam, que triplicam a odds de uma actuação correcta. Note-se que o efeito da escolaridade mais baixa e mais alta aproximam-se, e de um modo semelhante, em relação à idade, nomeadamente devido à alta correlação entre as duas variáveis. Utilizando o método stepwise as únicas variáveis incluídas foram o conhecimento do local da lesão (odds ratio=1,83, IC95%: 1,05-3,20) e o conhecimento sobre o sinal da paralisia em metade do corpo, odds ratio=3,89 (IC95%: 1,57-9,62) para os que nomeiam em relação aos que desconhecem e odds ratio=2,00 (IC95%: 1,14-3,52) para os que reconhecem em relação aos que desconhecem.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As características demográficas dos participantes neste estudo foram diferentes da população inscrita no Centro de Saúde da Carvalhosa e também da população constante do censo de 2001. De um modo geral, na amostra há um défice de homens predominantemente na idade activa, 20 a 49 anos, e um excesso de mulheres a partir dos 65 anos de idade.

Do modo como foi feita a selecção da amostra, baseada nos utentes do centro de saúde, é natural que as características destes sejam diferentes da população mais global de inscritos. Pode, eventualmente, a amostra "representar" os utentes (utilizadores dos serviços) e não os inscritos no Centro de Saúde. Não foi possível obter uma listagem dos utentes num período prévio ao estudo, pois as listas existentes referem-se aos utentes de um determinado grupo etário e tipo de consulta, não havendo uma listagem global sem eventuais repetições para comparação. Por outro lado, estas diferenças podem também reflectir a adesão ao estudo e, sendo assim, os indivíduos com mais disponibilidade e mais interessados terem sido os que participaram. Poderá daqui decorrer um viés de selecção, que só seria evitado a partir da selecção de uma amostra aleatória baseada na enumeração da população inscrita e contacto telefónico, por visita domiciliária, vinda ao

centro de saúde, etc. No entanto, embora os indicadores globais reflictam este possível viés, a leitura por estratos populacionais e/ou após modelação estatística é indicativa do conhecimento sobre factores de risco, sintomatologia e actuação perante o AVC.

4.1 Caracterização da amostra

A maioria dos participantes foi mulheres (69,6%) e predominaram as idades entre os 50 e 74 anos em ambos os sexos. O nível de escolaridade foi relativamente baixo, 43,6% dos participantes com a escolaridade obrigatória de 4 a 6 anos, notando-se, no entanto, que 17,3% das mulheres e apenas 2,3% dos homens têm escolaridade inferior a 4 anos. Cerca de metade dos inquiridos declararam sofrer de patologia vascular. O principal factor de risco vascular dos participantes foi o excesso de peso (40,8%), seguido da HTA (38,2%) e da hipercolesterolémia (33,3%), menos prevalentes foram doenças do coração (17,7%), tabagismo (17,0%), DM (14,4%), arritmia (11,8%), consumo excessivo de bebidas alcoólicas (5,7%) e história prévia de AVC/AIT (8,0%).

No Inquérito Nacional de Saúde, realizado em 2005, a prevalência de DM (5,3%) e HTA (17,0%) foi inferior à encontrada neste estudo, embora o consumo regular de tabaco (18,1%) fosse semelhante e o consumo de bebidas alcoólicas (50,1%) mais elevado (Ministério da Saúde, 2005). Num estudo realizado pelo Instituto de Alimentação Becel (2001) em Portugal, foi encontrada uma prevalência de hipercolesterolémia de 23,4% e de 36,7% para a HTA. Na cidade do Porto 24,2% da população apresentou valores elevados de colesterol sérico total, e na região Norte (excluindo a zona metropolitana do Porto) a prevalência foi de 17,9%. Nos estudos de Pancioli et al (1998) em Ohio, EUA, e Pires et al (2004) em São Paulo, Brasil, foram descritas frequências mais altas para HTA (43,5% e 87,8%, respectivamente) e tabagismo (21,4% e 46,9%, respectivamente), enquanto no de Evci et al (2007) em Aydin, Turquia, as prevalências foram mais baixas para a hipercolesterolémia (20,3%), a HTA (19,8%), o consumo de bebidas alcoólicas (17,4%), o tabagismo (14,1%) e as doenças do coração (4,0%). Estes são realmente os factores de risco mais prevalentes nos doentes que sofreram o primeiro AVC/AIT na vida, registados num estudo de incidência desta patologia realizado por Correia (2006) no norte do país entre 1998 e 2000, a HTA (62,1%) e a hiperlipidémia (45,1%). Os menos prevalentes foram a doença cardíaca (22,8%) e a DM (20,1%). O consumo de álcool era mais frequente (37,2%) que o do tabaco (26,0%), e apenas 7,7% dos doentes praticavam actividade física regular. A discrepância observada na prevalência dos factores de risco vascular entre as diferentes populações, pode ser explicada pela diferente caracterização demográfica e também pelo diferente meio social e ambiental, marcado por diferentes hábitos e estilos de vida.

A forma de controlo dos factores de risco mais frequentemente utilizada pelos participantes neste estudo foi a medicação (34%) e/ou a prática de actividade física (30%), embora uma reduzida proporção tenha referido cuidados dietéticos. Croquelois & Bogousslavsky (2006) concluíram que o controle dos factores de risco cerebrovascular não é óptimo e está, pelo menos em parte, relacionado com a sensibilização e o conhecimento adquirido no acompanhamento médico. Por outro lado, as campanhas de educação para a saúde para o público em geral, deveriam referir explicitamente que as mudanças no estilo de vida podem reduzir substancialmente o risco de AVC (Mendes, 2004).

4.2 Conhecimento dos factores de risco vascular

O conhecimento dos factores de risco do AVC é bastante limitado, quer na maioria das vítimas desta patologia quer na população geral (Schneider et al, 2003). Neste estudo, os principais factores de risco nomeados foram dieta hipercalórica (33,3%), tabagismo (30,9%) e HTA (29,2%), contrariamente ao que foi publicado em outros estudos em que a hipertensão foi o factor de risco mais conhecido, por 27,5% a 51,2% dos participantes (Pancioli et al, 1998; Yoon et al, 2001; Reeves et al, 2002; Schneider et al, 2003; Carroll et al, 2004).

O consumo de tabaco, em muitos estudos (Pancioli et al, 1998; Yoon et al, 2001; Reeves et al, 2002; Schneider et al, 2003; Carroll et al, 2004), e também neste estudo, foi o segundo factor de risco mais nomeado, por 18,7% a 50,0% dos participantes; embora no estudo de Pandian et al (2005) apenas por 1,2%.

A diabetes mellitus, um importante factor de risco, foi identificada por menos de 5% dos participantes em diversos estudos (National Stroke Association, 1996; Pancioli et al, 1998; Yoon et al, 2001; Reeves et al, 2002; Schneider et al, 2003; Carroll et al, 2004); por 9,8% nos estudos de Evci et al (2007), Pandian et al (2005) e Müller-Nordhorn et al (2006); e por 17,5%, uma percentagem muito maior, neste estudo. Esta disparidade de valores pode indicar que os pacientes diabéticos não são informados sobre os reais riscos dessa doença, ou por outro lado que esse factor de risco é menos frequente em algumas populações.

O stress, apesar de não ser considerado pela American Stroke Association um dos factores de risco clássicos para o AVC, é identificado em percentagens altas na maioria dos estudos. Neste estudo, 22,4% dos participantes nomearam-no como factor de risco, valor este dentro dos limites obtidos em outros estudos (entre 18% e 45%) (Pancioli et al, 1998; Yoon et al, 2001; Reeves et al, 2002; Scheneider, et al 2003; Carroll et al, 2004; Pandian et al, 2005).

Considerando o conhecimento global, quer por nomeação ou reconhecimento, tanto neste estudo, como nos de Rowe et al (2001) e Parahoo et al (2003) os valores aumentam consideravelmente. A exemplo de outros estudos, a HTA é o factor de risco mais frequentemente identificado pelos participantes, com valores variando entre 27,0% e 94,0% (National Stroke Association, 1996; Kothari et al, 1997; Pancioli et al, 1998; Reeves et al, 2002; Nóvak et al, 2003; Morgan et al, 2005) e 88,9% neste estudo; seguido pelo colesterol elevado (84,4%) e consumo de tabaco (83,3%). Um estudo realizado por Kraywinkel et al (2007) mostrou que entre 67-96% dos participantes reconhecem os factores de risco estabelecidos, as excepções foram DM (reconhecida por 49% e neste estudo por 73,8%) e enfarte do miocárdio (por 57% e neste estudo a doença cardíaca por 79,5%).

Na literatura, a proporção dos indivíduos capazes de nomear correctamente pelo menos um factor de risco para o AVC não é homogénea, variando de 16,0% a 80,0% (Kothari et al, 1997; Pancioli et al, 1998; Yoon et al, 2001; Reeves et al, 2002; Schneider et al, 2003; Pandian et al, 2005; Müller-Nordhorn et al, 2006; Evci et al, 2007; Pontes-Neto et al, 2008). Uma variação menor, entre 1,8% a 32,0%, foi encontrada entre os participantes que não identificaram qualquer factor de risco (Pancioli et al,1998; Yoon et al, 2001; Reeves et al, 2002; Nóvak et al, 2003; Schneider et al, 2003; Pandian et al, 2005; Pontes-Neto et al, 2008). Neste estudo, os valores foram 69,3% e 6,1%, respectivamente.

A exemplo deste estudo, a maioria dos estudos refere uma associação entre as características sócio-demográficas, nomeadamente idade e escolaridade, e o conhecimento dos factores de risco do AVC. Embora neste os homens conheçam mais factores de risco do que as mulheres, nomeadamente o consumo de tabaco, o consumo excessivo de álcool, a falta de actividade física e o excesso de peso, no estudo de Evci et al (2007), o conhecimento não estava associado ao sexo.

O padrão de conhecimento da maioria dos factores de risco por idade é referido de modo diferente no estudo de Evci et al (2007), no qual os mais jovens revelaram um melhor conhecimento, contrastando com os resultados do estudo de Schneider et al (2008), em que o conhecimento era mais restrito nos grupos etários ≥75 anos e ≤35 anos. Neste estudo, 21,2% dos participantes mais novos (20 -34 anos) não nomearam qualquer factor de risco vascular, enquanto nos mais velhos (≥75 anos) este valor duplicou (54,1%). Pancioli et al (1998) também referiram um pior conhecimento nos indivíduos mais velhos (≥75 anos) em relação aos restantes (56% vs. 72%). No entanto, para Pontes-Neto et al (2008) a idade (ponto de corte de 40 anos) não estava associada ao conhecimento de pelo menos um factor de risco. Estes resultados apontam para um

conhecimento limitado na população idosa, com risco mais elevado de sofrer um AVC. Por um lado, a idade está muito relacionada com a escolaridade, interferindo negativamente no conhecimento; e por outro, isto pode ser indicativo de que os indivíduos mais velhos não são informados adequadamente pela equipa médica sobre o risco inerente às doenças crónicas em idades mais avançadas.

No estudo de Evci et al (2007), o conhecimento dos factores de risco aumentava com o nível de escolaridade e para Pandian et al (2005) a escolaridade estava também associada ao conhecimento de pelo menos um factor de risco. Os resultados obtidos neste estudo apontam na mesma direcção, quer em relação ao número de factores de risco conhecidos, aumentando a mediana de zero para 4 para escolaridade inferior a 4 anos e de 12 ou mais anos, quer para cada factor de risco isoladamente. Este resultado era de esperar, dado que os indivíduos mais escolarizados têm sido constantemente apontados como os mais aptos a interagir com o conhecimento acumulado pelas diversas disciplinas científicas e com o modo de construir o conhecimento, característico da ciência e raciocínio lógico (Oliveira, 1996).

O conhecimento pessoal dos factores de risco do AVC, passíveis de modificação, é importante pois melhora a consciência do risco e as práticas de prevenção desta patologia cerebrovascular (Reeves et al, 2002). Embora este argumento não pareça ser válido para os indivíduos mais velhos, o conhecimento dos factores de risco para o AVC é melhor nos indivíduos com factores de risco estabelecidos para esta patologia neurológica, dado que os participantes com características individuais modificáveis foram capazes de identificá-las mais vezes como factor de risco do que os restantes (Pancioli et al, 1998; Gupta &Thomas, 2002; Schneider et al, 2003). Este facto foi também observado neste estudo, especificamente em relação aos fumadores, aos diabéticos e aos indivíduos stressados, pois estes mencionaram mais frequentemente o consumo de tabaco, a DM e o stress como factores de risco do que os que não têm o factor de risco. Apesar da diferença no conhecimento não ser tão significativa, os hipertensos e aqueles com excesso de peso também mencionam mais frequentemente esses factores. No estudo de Pancioli et al (1998), as percentagens para o conhecimento dos factores de risco entre os indivíduos de alto e baixo risco quanto à HTA, consumo de tabaco e DM foram, respectivamente, 57% nos hipertensos vs. 43% nos não hipertensos; 35% nos fumadores vs.14% nos não fumadores; 13% nos diabéticos vs. 2% nos não diabéticos. No entanto, no estudo de Pandian et al (2002) o conhecimento dos factores de risco entre os indivíduos de alto risco foi baixo e não diferiu significativamente dos inquiridos que não possuíam os factores de risco.

Estes resultados representam, de um modo geral, uma falta de conhecimento dos factores de risco do AVC. É provável que a discrepância no conhecimento dos factores de risco entre os estudos seja devida aos diferentes modos de identificação, por nomeação ou reconhecimento a partir de uma lista e, também, ao tipo de abordagem, por contacto telefónico ou presencial.

4.3 Conhecimento da localização da lesão e dos sinais e sintomas

Os estudos publicados na literatura mostraram que entre 33% a 90% dos indivíduos relacionaram, correctamente, o cérebro ao órgão afectado no AVC (Kothari et al, 1997; Weltermann et al, 2000; Yoon et al, 2001; Morgan et al, 2005; Pandian et al, 2005; Evci et al, 2007). Apenas 40,8% dos participantes neste estudo referiram o cérebro como o local da lesão do AVC, valor relativamente baixo no intervalo acima mencionado. A exemplo do estudo de Evci et al (2007), este conhecimento não estava associado ao sexo, embora outro estudo relatasse um melhor conhecimento em indivíduos do sexo masculino (Pandian et al, 2005). Idade e escolaridade estão também associadas ao conhecimento do local da lesão, os mais novos (20-49 anos) e mais escolarizados respondem mais frequente e correctamente, resultados semelhantes aos obtidos por Evci et al (2007) e Pandian et al (2005).

A proporção de indivíduos que reconheceram os sinais/sintomas do AVC a partir de uma lista fornecida pelos entrevistadores foi, também, muito maior que a proporção dos que os nomearam. No entanto, diferente do que ocorreu com os factores de risco, no conhecimento dos sinais/sintomas do AVC não houve um consenso entre os estudos publicados na literatura. O principal sinal/sintoma para Reeves et al (2002) e Morgan et al (2005) foi fraqueza/adormecimento em um lado do corpo (com percentagens de 45,7% e 81%, respectivamente); fraqueza/paralisia (43,6%) para Rau et al (2002); paralisia de um lado do corpo (62,2%) para Pandian et al (2002); vertigem (24%) para Pancioli et al (2002); paralisia da face, braço, ou perna nos estudos da National Stroke Association (1996) e Greenlund et al (2003) (com percentagens de 31% e 94%, respectivamente). Os principais sinais/sintomas nomeados pelos participantes neste estudo foram perda de força/dificuldade para mover braços, pernas ou face (31,4%), vertigem/tontura (24,5%) e dor de cabeça súbita e forte (20,8%). Menos referida foi a paralisia em metade do corpo, nomeada por apenas 17,9%. Entre os sinais/sintomas conhecidos por nomeação ou reconhecimento, os principais foram os dois primeiros mencionados anteriormente (81,4% e 74,1%, respectivamente) e a paralisia em metade do corpo (78,8%). Exceptuando o resultado de Pancioli et al (2002), a diferença observada entre as

proporções dos principais sinais/sintomas referidos anteriormente pode dever-se a uma nomenclatura não homogénea da sintomatologia do AVC.

Nos estudos publicados, a percentagem de indivíduos que soube identificar pelo menos um sinal/sintoma do AVC variou entre 25% e 79,9% (Pancioli et al, 1998; Rowe et al, 2001; Yoon et al, 2001; Rau et al, 2002; Reeves et al, 2002; Schneider et al, 2003; Pandian et al, 2005; Evci et al, 2007). Em contrapartida, entre 2% e 23% dos indivíduos não conseguiram identificar nenhum sinal/sintoma (Pandian et al, 2002; Greenlund et al, 2003; Morgan et al, 2005; Evci et al, 2007). Os valores encontrados neste estudo, 60,4% e 8,0%, respectivamente, encontram-se entre os limites apontados. O score do conhecimento da sintomatologia aumentou com a escolaridade e nos indivíduos que tiveram experiência de contacto com o AVC/AIT no último ano, independentemente da idade, sexo e de ter tido já um AVC/AIT. Por um lado, este resultado reforça a importância do nível sócio-educacional do participante, e por outro, o conhecimento mais empírico de ter eventualmente passado pela situação, assistido ou ouvido relatar as circunstâncias em que ocorre o AVC/AIT.

Apenas 5,9% dos participantes neste estudo nomearam simultaneamente os três principais sinais/sintomas: perda de força/dificuldade para mover braço, perna ou face, paralisia em metade do corpo e dificuldade súbita em falar, entender e escrever; valor este consistente com o de outros estudos publicados na literatura, que variou entre 6,0% e 14,0% (Pancioli et al, 1998; Yoon et al, 2001; Reeves et al; 2002; Pandian et al; 2005).

Em termos de respostas incorrectas, houve uma forte tendência dos participantes em identificar sinais/sintomas cardiovasculares como os de um AVC. Reeves et al (2002) notando esta confusão (entre AVC e enfarte do miocárdio) na fase de piloto do seu estudo alterou o inquérito para assegurar que os participantes fossem alertados sobre o facto de o AVC afectar os vasos sanguíneos que fornecem sangue ao cérebro em oposição ao coração. Apesar das alterações, quase 10% dos participantes informados identificaram “dor no peito/no braço” como um sinal/sintoma de AVC.

No estudo realizado por Yoon et al (2001), com perguntas fechadas, menos de 2% dos inquiridos identificaram “dor/opressão no peito ou murmúrio” como um sinal/sintoma e, surpreendentemente, num outro estudo dos mesmos autores, com perguntas abertas, quase 10% dos inquiridos identificaram “dor/opressão no peito” como um sinal/sintoma de AVC. Rowe et al (2001) e Greenlund et al (2003) também encontraram valores elevados (58% e 38%, respectivamente) entre os indivíduos que citaram a dor no peito como um sinal/sintoma do AVC. Neste estudo, os valores para nomeação e reconhecimento em cada um dos sete sinais/sintomas incorrectos foram, respectivamente: dor/opressão no

peito 29,0% e 39,9%; falta de ar 13,7% e 42,5%; dor sem localização específica 12,3% e 14,6%, visão enevoada 6,4% e 39,6%; quedas sem saber o porquê 1,7% e 45,8%; zumbidos 1,2% e 38,0%; perda de urina/fezes 0,5% e 13,7%. Estes resultados demonstram que, para além de os indivíduos terem um conhecimento limitado sobre a sintomatologia do AVC, ainda confundem os sinais/sintomas desta doença com os de doenças cardíacas ou outras vasculares. A especificidade e a gravidade dos sinais/sintomas seriam também aspectos importantes a abordar, tanto pela equipa médica quando contacta o utente, como nas campanhas de educação pública de reconhecimento da doença.

Não há consenso sobre a associação do conhecimento dos sinais/sintomas do AVC e as variáveis sócio-demográficas. Neste estudo, assim como no de Evci et al (2007), o conhecimento não estava dependente do sexo, mas já Pancioli et al (1998), Reeves et al (2002) e Schneider et al (2003) referem que as mulheres conhecem melhor a sintomatologia do AVC. Pancioli et al (1998) comentam que os homens apontaram mais frequente e erradamente a dor e a dificuldade para respirar como sinais/sintomas do AVC. Quanto à idade, os estudos de Reeves et al (2002), Greenlund et al (2003), Schneider et al (2003) apontam o conhecimento mais restrito dos indivíduos mais novos e mais velhos, enquanto neste estudo e nos de Evci et al (2007), Yoon et al (2001) e Pandian et al (2005) não existiu uma relação com a idade, embora o conhecimento fosse pior nos indivíduos mais velhos (≥75 anos). Por outro lado, há uma relação consistente entre o nível de escolaridade e o conhecimento dos principais sinais/sintomas do AVC, também encontrada neste estudo, aumentando de 44,5% para 77,8% o conhecimento dos três sinais/sintomas para os indivíduos menos escolarizados e os que têm 12 ou mais anos de escolaridade. Esta tendência foi também referida por Rowe et al (2001), Nicol &Thrift (2005), Evci et al (2007), Yoon et al (2001) e Pandian et al (2005). No entanto, Kothari et al (1997) não encontraram uma relação entre nível de escolaridade e conhecimento sobre a sintomatologia do AVC.

Schneider et al (2003) afirmam que o conhecimento dos sinais/sintomas tanto nos indivíduos que sofreram AVC quanto na população em geral é escasso, sendo baixa a percentagem dos que conseguiram nomear, pelo menos, um sinal/sintoma. No estudo realizado por Yoon e Byles (2002) alguns dos participantes que haviam sofrido um AVC não foram capazes de identificar inicialmente a sua experiência como um AVC, porque alguns sinais/sintomas não se apresentaram da mesma forma dos listados na literatura e, por isso, esses autores não consideram que a história prévia de AVC aumente o conhecimento da sintomatologia. Pancioli et al (1998) e Rowe et al (2001) incluíram a história prévia de AVC como um factor de análise do conhecimento dos sinais/sintomas.

Pancioli et al (1998) analisou a história prévia de AVC/AIT do inquirido, enquanto Rowe et al (2001) analisou tanto a história prévia do AVC do inquirido como a de um familiar (considerando apenas esta como factor significativo e independente do conhecimento). Neste estudo, ter sofrido um AVC/AIT no último ano relacionou-se com o conhecimento dos três principais sinais/sintomas desta patologia, enquanto ter tido já um AVC/AIT em algum momento da vida, não estava relacionado com o conhecimento dos três principais sinais/sintomas.

Os níveis de conhecimento da sintomatologia do AVC são, de um modo geral, insuficientes; e os resultados apresentados reforçam a importância da escolaridade e da experiência do contacto prévio e recente com o AVC, como condicionantes do conhecimento.

4.4 Actuação perante sinais e sintomas do AVC

Muitos factores contribuem para a demora na procura de cuidados médicos quando ocorre um AVC, mas um que deveria ser remediável é a falta de conhecimento público sobre os sinais/sintomas, pois o resultado da intervenção para o AVC é mais favorável se os sinais/sintomas são reconhecidos precocemente. A informação disponível no momento actual parece não ser suficiente para que a maioria dos indivíduos na comunidade recorra aos serviços médicos adequados e com prontidão. Apesar de ter já sido evidenciado que um melhor conhecimento está associado a uma procura mais precoce aos departamentos de emergência dos hospitais (Yoon & Byles, 2002), este conhecimento não está ainda divulgado convenientemente e mesmo assim nem sempre se lhe segue uma actuação adequada.

Neste estudo, perante a suspeita de AVC, 79% dos participantes actuariam correctamente (112/UH), no entanto tendo em atenção o conhecimento subjacente dos principais sinais/sintomas do AVC, esta proporção desce para pouco mais de metade (51,7%). Este valor vai ao encontro do resultado de muitos estudos publicados na literatura em que a percentagem de indivíduos que chamariam o serviço de emergência varia entre 43.3% e 90% (Rowe et al, 2001; Yoon et al, 2001; Pandian et al, 2002; Reeves et al, 2002; Greenlund et al, 2003; Schneider et al, 2003; Evci et al, 2007; Pontes-Neto et al, 2008). Embora Pontes-Neto el al (2008) tenham descrito uma associação entre a actuação correcta e nível de escolaridade mais elevado, os resultados obtidos neste estudo indicam que o conhecimento do local da lesão e dos sinais/sintomas do AVC são os mais importantes predictores de uma correcta actuação, apesar deste conhecimento depender da escolaridade.

Estes dados reforçam a necessidade de intervenções que melhorem o conhecimento público sobre esta patologia e permitem colocar uma questão: O que será um AVC para o cidadão comum? Se não conhecem os principais sinais/sintomas, possivelmente não reconheceriam o AVC, pelo menos não enquanto uma emergência médica e deste modo não poderiam agir correctamente caso ele ocorresse. Este desconhecimento da sintomatologia impeditivo de um acesso rápido à emergência médica é o maior obstáculo para a realização de uma terapêutica efectiva no AVC (Schneider et al, 2003). O rápido reconhecimento dos sinais/sintomas é um factor crucial no tratamento do AVC (Kleindorfer et al, 2007), sendo a admissão precoce em hospitais decisiva para a implementação efectiva de estratégias de tratamento, a fim de reduzir a morbilidade e o custo associado a esta patologia (Carroll et al, 2004).

Para tentar reduzir o encargo do AVC, Nicol e Thrift (2005) acreditam que, em primeiro lugar, deve ser melhorado o resultado pós-AVC fornecendo aos utentes terapêuticas comprovadas, que incluem o uso de terapias intravenosas com tPA num período de 3 horas, aspirina em 48 horas e tratamento em unidades de cuidados específicos. O tPA, como terapia eficaz para AVC, deve ser administrado dentro de, no máximo, 3 horas (denominado tempo de janela terapêutica). No entanto, observou-se que apenas 1-2% dos afectados recebem este tratamento. Esta é realmente uma percentagem reduzida que poderia ser consideravelmente melhorada se os afectados, reconhecendo os sinais/sintomas do AVC, reduzissem o atraso a recorrer aos serviços de saúde adequados.

5 CONCLUSÃO

Este é o primeiro estudo realizado numa população urbana na região norte do país sobre o que sabe o cidadão comum a respeito do AVC, incluindo factores de risco vascular, local da lesão, sintomatologia que o caracteriza e actuação perante a sua ocorrência. Decorreu na cidade do Porto, durante o período de um mês, entre Abril e Maio de 2008. Os utentes que acorreram ao centro de saúde durante este mês foram convidados a colaborar no estudo, realizando uma entrevista face-a-face em que foram colocadas questões sobre esta patologia. Em relação aos factores de risco vascular e sinais/sintomas do AVC, o conhecimento poderia ser por nomeação ou por identificação do factor de risco ou sinal/sintoma mencionado pelo entrevistador.

Os 424 participantes no estudo revelaram, de um modo geral, um conhecimento abaixo do que seria de esperar, atendendo a que está em curso uma campanha do Alto Comissariado da Saúde “Seja mais rápido que o AVC”, cujo objectivo é alertar a população para os sinais/sintomas desta patologia e a necessidade de ligar de imediato ao 112 na sua ocorrência. Esta campanha abrangeu todo o território nacional até o final do primeiro trimestre de 2008, acompanhando o processo de implementação de Vias Verdes.

Em termos de prevenção primária, aproximadamente 70% dos inquiridos nomearam pelo menos um factor de risco vascular, reconhecendo assiduamente (>80%) a hipertensão arterial, o colesterol elevado e o consumo de tabaco. Note-se, no entanto, que cerca de 6% dos inquiridos não reconheceram de uma lista de 13, nenhum factor de risco vascular. Quanto à caracterização da patologia, cerca de 41% dos participantes referiram correctamente o local de ocorrência como o cérebro. Os sinais/sintomas mais frequentemente nomeados como característicos do AVC foram a perda de força/dificuldade em mover braços, pernas ou face (31,4%), vertigem/tontura (24,5%) e dor de cabeça súbita e forte (20,8%). No entanto, considerando simultaneamente a nomeação ou reconhecimento, os sinais/sintomas mais conhecidos foram a perda de força/dificuldade em mover braços, pernas ou face (81%), a paralisia em metade do corpo (79%), a vertigem/tontura (74%), a perda de sentidos (73%) e a dificuldade súbita em falar, entender ou escrever (72%). Os três principais sinais/sintomas do AVC (perda de força/dificuldade em mover braços, pernas ou face, paralisia em metade do corpo e dificuldade súbita em falar, entender ou escrever) foram nomeados simultaneamente apenas por 6% dos inquiridos, aumentando para 62% quando considerado o reconhecimento. Em relação à actuação perante a ocorrência de um AVC, apenas 22% ligariam ao 112 e cerca de 79% recorriam ao serviço de urgência do hospital ou ao 112. Todavia, destes apenas 65,4% conheciam os principais sinais/sintomas do AVC, reduzindo para 52% o grupo que conhecia e actuaria correctamente numa situação de AVC.

Pode ainda referir-se o papel importante da idade e predominantemente da escolaridade no conhecimento global sobre o AVC, quer em relação aos factores de risco quer em relação à sintomatologia característica. Note-se que os inquiridos “portadores” de um determinado factor de risco, nomeavam esse factor mais frequentemente que os não portadores. E o score de conhecimento da sintomatologia do AVC aumentava também quando o próprio ou um familiar havia sofrido um AVC/AIT no último ano. Para uma actuação correcta são determinantes o conhecimento do local da lesão e dos sinais/sintomas predominantes desta doença, não dependendo da característica sócio-demográfica ou da experiência prévia de AVC/AIT.

Pode concluir-se que o conhecimento sobre esta patologia depende predominantemente do conhecimento mais geral, simbolizado aqui pela escolaridade. Por outro lado, o conhecimento empírico de quem esteve já em contacto com um familiar ou ele próprio ter sofrido um AVC/AIT, é também importante.

Embora este seja um trabalho realizado num centro de saúde citadino, os resultados são semelhantes aos de outros estudos, indicando um conhecimento público

insuficiente sobre o AVC. Serão necessárias campanhas de divulgação mais eficazes para fazer face a esta lacuna do conhecimento. No entanto, a educação pública não será efectiva se dirigida somente ao grupo com maior risco de sofrer um AVC. Quando ocorre um AVC, a capacidade de comunicação pode ser afectada e o próprio pode não ser capaz de reconhecer em si os sinais/sintomas. Por isso, indivíduos de todas as faixas etárias devem ser educados a fim de poderem reconhecer tais sinais/sintomas de forma a facilitar a identificação e o rápido transporte do paciente ao hospital.

Referências Bibliográficas

Andrawes WF, Bussy C, Belmin J. Prevention of cardiovascular events in elderly people. *Drugs Aging* 2005; 22:859-876.

André C. Manual de AVC. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

Appelros P, Nydevik I, Viitanen M. Poor Outcome After First-Ever Stroke: Predictors for Death, Dependency, and Recurrent Stroke Within the First Year. *Stroke* 2003;34;122-126.

Associação dos Hipertensos de Portugal (AHP). 2008. Electronic citation. www.ahipertensosportugal.pt.

Baird TA, Parsons MW, Barber A, Butcher KS, Desmond PM, Tress BM, Colman PG, Jerums G, Chambers BR, Davis SM. The influence of diabetes mellitus and hyperglycaemia on stroke incidence and outcome. *J Clin Neuroscience* 2002;9 (6):618-26.

Batista MC, Oliveira, CJR, Ribeiro AB. Como Diagnosticar e Tratar Hipertensão arterial. *RBM* 2003;60 (12):65-76.

Bushnell CD. Oestrogen and stroke in women: assessment of risk. *Lancet Neurol* 2005;4:743-51.

Carrageta MO, Negrao L, de Padua F. Community-based stroke prevention: a Portuguese challenge. *Health Rep* 1994;6 (1):189-95.

Carroll C, Hobart J, Fox C, Teare L, Gibson J. Stroke in Devon: knowledge was good, but action was poor. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75:567–571.

Chaves MLF. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. *Rev Bras Hipertensão* 2000;7(4):372-382.

Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Junior JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright Junior JT, Roccella EJ. The JNC7 report on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *JAMA* 2003;289: 2560-2572.

Correia M, Silva MR, Matos I, Magalhães R, Lopes JC, Ferro JM, Silva MC. Prospective Community-based study of Stroke in Northern Portugal: incidence and case fatality in rural and urban populations. *Stroke* 2004;(35): 2048- 2053.

Correia M, Silva MR, Magalhães R, Guimarães L, Silva MC. Transient Ischemic Attacks in rural and urban Northen Portugal. Incidence and short-term prognosis. *Stroke* 2006;37:50-55.

Correia MJMP. Acidentes Vasculares Cerebrais e Sintomas e Sinais Neurológicos focais transitórios: registo prospectivo na comunidade. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Tese (2006). Universidade do Porto. Portugal.

Costa J, Borges M, Oliveira E, Gouveia M, Carneiro AV. Incidência e Prevalência da Hipercolesterolémia em Portugal. *Rev Port Cardiol* 2003;22:683-702.

Costa AR & Francisco S. Como Diagnosticar e Tratar Acidentes Vasculares Cerebrais. *RBM* 2005;(62)6: 224-230.

Croquelois A & Bogousslavsky J. Risk awareness and knowledge of patients with stroke: results of a questionnaire survey 3 months after stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006;77(6):726-8.

Da Cruz IBM, Almeida MSC, Schwanke CHA, Moriguch EH. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. *Rev Assoc Med Bras* 2004; (50)2:172-177.

Daley S, Braimah J, Sailor S, Kongable GL, Barch C, Rapp K, Bratina P, Spilker J, Donnarumma R. NINDS rt-PA study group. Education to improve stroke awareness and emergent response. *J Neurosci Nurs* 1997;29:393-396.

Destak Portugal. Unidades Hospitalares para AVC são insuficientes. Edição Porto – ano 7,nª 845: página 6 (Actualidade). Segunda feira, 21 de janeiro de 2008.

Direcção Geral de Saúde. Direcção de Serviços de Informação e Análise-Divisão de Epidemiologia. Risco de Morrer em Portugal, 1999. Lisboa, 2001.

Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares. Despacho nº 16415/2003 (II série) – D.R. nº. 193 de 22 de Agosto de 2003. 22 p.

Direcção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. 2004.

Direcção Geral de Saúde. Direcção de Serviços de Informação e Análise-Divisão de Epidemiologia. Risco de Morrer em Portugal, 2004. Lisboa, 2006.

De Dominicis L, Cardinali P, Pucci E, Marchegiani G, Caporalini R, Moretti V, Sanguigni S, Carle F, Gesuita R, Giuliani G. What do Italians at high risk of stroke know about ischaemic stroke? A survey among a group of subjects undergoing neuro-sonographic examination. *Neurol Sci* 2006; 27:7-13.

Donders RCJM, Kappelle LJ, Algra A, Venables GS, Cartlidge NEF, Bates D, Koudstaal PJ, Van Gijn J. Subtypes of transient monocular blindness and subsequent risk of vascular complications. *Cerebrovasc Dis* 1996;(6): 41-247.

Donders RCJM, Kappelle LJ, Algra A, van Dijk GW, van Gijn J How do general practitioners diagnose and manage patients with transient monocular loss of vision of sudden onset? *J Neurol* 1999; 246:1145-1150.

Durward B, Baer G, Wade AJ. Acidente Vascular Cerebral. In: STOKES, M. Neurologia para Fisioterapeutas – Cash. São Paulo: Editorial Premier, 2000. pp:81-100.

Evci ED, Memis S, Ergin F, Beser E. A population-based study on awareness of stroke in Turkey. *Eur J Neurol* 2007;14:517-522.

Ezekowitz JA, Strauss S, Majundar SL. Stroke: strategies for primary prevention. *Am Fam Physician* 2003;68:2379-86.

Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Hoom SV, Murray CJL and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002;360:1347-1360.

Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa FJD, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infan* 2004;(4)1:95-101.

Ferro JM. Brain embolism: Answers to practical questions. *J. Neurol* 2003;250:139-147.

Flemming KD & Brown RD. Secondary Prevention Strategies in Ischemic Stroke. *Clin Proc* 2004;79:1330-1340.

Fortes ACG & Neri AL. Eventos de vida e envelhecimento humano. In A. L. Néri, M. S. Yassuda, & M. Cachioni (Orgs.), Velhice bem-sucedida**:** aspectos afetivos e cognitivos*.* Campinas: Papirus 2004. pp. 51-70.

Freire GA & Massano CS. Prevalência dos acidentes vasculares cerebrais em Coimbra. *Acta Med Port* 1997;10:543-550.

Gal DL, Santos AC, Barros H. Leisure-time versus full-day energy expenditure: a cross-sectional study of sedentarism in a Portuguese urban population. *BMC Public Health* 2005,5:16.

Garcia-Núñez C, Sáez J, García-Núñez JM, Grau J, Moltó-Jordà JM, Matías-Guiu J. Passive smoking as a cerebrovascular risk factor. *Rev Neurol* 2007;45(10):577-81.

Giles WH, Kittner SJ, Hebel JR, Losconczy KG, Sherwin RW. Determinants of black-white differences in the risk of cerebral infarction. The National Health and Nutrition Examination Survey Epidemiologic Follow-up Study. *Arch Intern Med* 1995;155:1319-1324.

Gillum RF. Risk Factors for Stroke in Blacks: A Critical Review. *Am.J.Epidemiol* 1999;150:1266-1274.

Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ, Appel LJ, Brass LM, Bushnell CD, Culebras A, DeGraba TJ, Gorelick PB, Guyton JR, Hart RG, Howard G, Kelly-Hayes M, Nixon JV, Sacco RL. Primary Prevention of Ischemic Stroke: A guideline from the AHA/ASASC. *Stroke* 2006;37:1583-1633.

Greenlund KJ, Neff LJ, Zheng Z, Keenan NL, Giles WH, Ayala CA, Croft JB, Mensah GA. Low public recognition of major stroke symptoms. *Am J Prev Med* 2003; 25:315-19.

Gupta A &Thomas. P. Knowledge of stroke is lacking. *BMJ* 2002;325-392.

Hankey GJ. Potential New Risk Factors for Ischemic Stroke. What Is Their Potential? *Stroke*. 2006;37:2181-2188.

Hankey GJ & Warlow CP. The evolution of the concept of transient ischaemic attacks of the brain and eye in Transient Ischaemic Attacks of the Brain and Eye, C. P. Warlow and J. van Gijn, Eds. (W.B. Saunders Company Ltd, London, 1994) 1-9.

Haslam DW & James WPT. Obesity. *Lancet* 2005;366:1197-209.

Home P, Deeb L, Belzarena C, Beran D, Ogle G, Raab R, Ramaiva K, Sadikot S, Standl E, Vera MG. International Diabetes Federation: Clinical Guidelines Task Force. 2006. Electronic citation. www.idf.org

Huang CY. Nutrition and stroke. *Asia Pac J Clin Nutr* 2007;16(1):266-74.

Hux K, Rogers T, Mongar K. Common perceptions about strokes. *J Community Health* 2000, 25:47-65.

Instituto de Alimentação Becel. Estudo Epidemiológico da Caracterização do Perfil Lipídico da População Portuguesa, 2001.

Instituto Nacional de Estatística, Portugal. Censos 2001. 2008. Electronic Citation.

International Diabetes Federation. Diabetes Atlas Executice Summary 3.edition. 2006.

Kissela B & Air E. Diabetes: Impact on Stroke risk and post-stroke recovery. *Sem Neurol* 2006;26:100-107.

Kleindorfer DO, Miller R, Moomaw CJ, Alwell K, Broderick JP, Khoury J, Woo D, Flaherty ML, Zakaria T, Kissela BM. Designing a message for public education regarding stroke: does FAST capture enough stroke? *Stroke* 2007;38:2864-2868.

Kothari R, Sauerbeck L, Jauch E, Broderick J, Brott T, Khoury J, Liu T. Patients' awareness of stroke signs, symptoms, and risk factors. *Stroke* 1997;28:1871–1875.

Kraywinkel K, Heidrich J, Heuschmann PU, Wagner M, Klaus Berger, K. Stroke risk perception among participants of a stroke awareness campaign. *BMC Public Health* 2007;7:39.

Kurukulasuriya LR, Govindarajan G, Sowers J. Stroke prevention in diabetes and obesity. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2006; 4(4):487-502.

Ladeia AM & Guimarães AC. Doença cerebrovascular: Aspectos fisiopatológicos, epidemiológicos e preventivos. *Rev Soc Bras Hipertensão* 2003;(6)1.

Lavados PM & Hoppe AW. Unidades de tratamiento del ataque cerebrovascular (UTAC) en Chile. *Rev Méd Chile* 2005;133:1271-1273.

Liberman A. Aspectos epidemiológicos e o impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso. *Rev Bras Hipertensão* 2007;14(1):17-20.

Loures-Vale AA. O papel das estratégias de mudança do estilo de vida para a redução de eventos ateroscleróticos. *RBM* 2004; (61)4;pp 213-221.

Mathiesen EB, Njølstad I, Joakimsen O. Risk factors for cerebral stroke. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2007;127(6):748-50.

Maurice V, Ropper AH, Adams RD. Adams & Victor Principles of Neurology. 7th Edition. McGraw-Hill Professional, 2000.

Mendes MLS. Mudanças Familiares ao Ritmo da Doença: As Implicações da Doença Crónica na Família e no Centro de Saúde. Instituto de Ciências Sociais. Tese (2004). Universidade do Minho. Portugal.

Metro Portugal. OCDE: Portugal é dos países com mais mortes por AVC. Edição Porto – ano 4, nº 646: página 4 (Nacional). Quarta feira, 14 de novembro de 2007.

Ministério da Saúde. Alto Comissariado de Saúde. 2008. Electronic Citation. www.acs.min-saude.pt/2008/01/11/campanha-nacional-eam-avc

Ministério da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1998/99. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa: INSA; 2001.

Ministério da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde. Observatório Nacional da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr.Ricardo Jorge. 2005. Electronic Citation.

Morgan LJ, Chambers R, Banerji J, Garter J, Jordan J. Consumers leading public consultation: the general public's knowledge of stroke. *Family Practice* 2005;22: 8–14.

Müller-Nordhorn J, Nolte CH, Rossnagel K, Jungehülsing GJ, Reich A, Roll S, Arno Villringer A, Willich SN. Knowledge about risk factors for stroke a population based survey with 28.090 participants. *Stroke* 2006;37:1-5

Murray CJ & Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world. Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997,349:1269-76.

National Stroke Association. Awareness and Knowledgeof Stroke Prevention:AStudyof Adults, 50 Years of Age and Over. Englewood, Colo: National Stroke Association 1996.

Nicol MB & Thrift AG. Knowledge of risk factors and warning signs. *Vascular Health and Risk Management* 2005;1(2):137-147.

Nóvak EM, Zétola VHF, Muzzio JA, Puppi M, Júnior HC, Werneck LC. Conhecimento leigo sobre doença vascular encefálica. *Arq. Neuro-Psiquiatr* 2003;(61)3B:772-776.

Oliveira MK. Escolarização e organização do pensamento. *Rev Bras Educação* 1996;(3)97-102.

Organização Mundial de Saúde. Promovendo Qualidade de vida após Acidente Vascular Cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2003.

Osawa FH & Caromano FA. Avaliação da adesão a um programa de atividade física por portadores de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial. *Arq ciências saúde UNIPAR* 2002; 6(3):127-130.

O'Sullivan SB. Acidente Vascular Encefálico. In: O'SULLIVAN SB. & SCHMITZ TJ. Fisioterapia: Avaliação e tratamento. São Paulo: Ed Manole, 2004. 4ª edição.

Ovbiagele B, Weir CJ, Saver JL, Muir KW, Lees KR. Effect of smoking status on outcome after acute ischemic stroke. *Cerebrovasc Dis 2006*;21(4):260-5.

Pandian JD, Jaison A, Deepak SS, Kalra G, Shamsher S, Lincoln DJ, Abraham G. Public awareness of warning symptoms, risk factors, and treatment of stroke in Northwest India. *Stroke* 2005;36:644-648.

Pancioli AM, Broderick J, Kothari R, Brott T, Tuchfarber A, Miller R, Khoury J, Jauch E. Public Perception of stroke warnings signs and knowledge of potential risk factors. *JAMA* 1998:(279)16.

Parahoo K, Thompson K, Cooper M, Stringer M, Ennis E, McCollam P. Stroke: awareness of the signs, symptoms and risk factors: a population-based survey. *Cerebrovasc Dis* 2003;16:134-140.

Pires SL, Gagliardi RJ, Gorzoni ML. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquémico em idosos. *Arq.Neuropsiquiatr* 2004;62(3-B):844-851.

Pittella JEH & Duarte JE. Prevalência e padrão de distribuição das doenças cerebrovasculares em 242 idosos, procedentes de um hospital geral, necropsiados em Belo Horizonte, Minas Gerais, no período de 1976 a 1997. *Arquivos Neuropsiquiátricos* 2002;*60*(1):47-55.

Pontes-Neto OM, Silva GS, Feitosa MR, Figueiredo NL, Fiorot Junior JA, Rocha TN, Massaro AR, Leite JP. Stroke awareness in Brazil: alarming results in a community-based study. *Stroke* 2008; 39:292-296.

Rau R, Mensing M, Brand H. Community knowledge about stroke. A survey in the District of Wesel, Germany (2002). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2006; 49(5):450-8.

Reeves MJ, Hogan JG e Rafferty AP. Knowledge of stroke risk factors and warning signs among Michigan adults. *Neurology* 2002;59:1547-1552.

Rincon F & Sacco RL. Secondary stroke prevention. *J. Cardiovasc Nurs* 2008;23(1):34-41.

Rodrigues M, Noronha MM, Vieira-Dias M, Lourenço S, Santos-Bento M, Fernandes H, Reis F, Machado-Cândido J. Stroke incidence and case fatality in Portugal: POP-BASIS 2000 study. Final results. *Cerebrovascular Dis* 2002;13(4):47.

Rojas JL, Zurrú MC, Romano M, Patrucco L, Cristiano E. Acute ischemic stroke and transient ischemic attack in the very old-risk factor profile and stroke subtype between patients older than 80 years and patients aged less than 80 years. *Eur J Neurol* 2007;14(8):895-9.

Rosa EC, Plavnik FL, Tavares A. Hipertensão arterial sistémica. *RBM* 2004;61:56-70.

Rosa EC, Plavnik FL, Tavares A. Como Diagnosticar e tratar hipertensão arterial essencial. *RBM* 2006;63:5-17.

Rowe AK, Frankel MR, Sanders KA. Stroke awareness among Georgia adults: epidemiology and considerations regarding measurement. *Southern Med J* 2001;(94)6.

Ryerson SD. Hemiplegia. In: UMPHRED, D. A. Reabilitação Neurológica. SP: Ed. Manole. 2004. 4ª edição. pp. 782-830.

Saavedra M, Gonzalez TF, Parra LM, Parra PA, Quiroga FP, Roncancia Y, Rueda CE, Ustariz JM. Factores de riesgo en enfermedad cerebro vascular isquémica en paciente menores de 45 años. *Rev Fac Med* 2001;49(2):89-99.

Sacco RL. Patogênese, classificação e Epidemiologia das doenças vasculares cerebrais. In: Tratado de Neurologia – Merrit. Editoria de Lewis P. Rowland. 10ª edição. Guanabara Koogan, 2002. pp: 184-195.

Sacco RL, Boden-Albala B, Gan R, Chen X, Kargman DE, Shea S, Paik MC, Hauser WA. Stroke Incidence among White, Black, and Hispanic Residents of an Urban Community: The Northern Manhattan Stroke Study. *Am J Epidemiol* 1998;147:259-268.

Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, Goldstein LB, Gorelick P, Halperin J, Harbaugh R, Johnston SC, Katzan I, Kelly-Hayes M, Kenton EJ, Marks M, Schwamm LH, Tomsick T. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement from the AHA/ASASC. *Stroke* 2006;37(2):577-617.

Sanossian N & Ovbiagle B. Multimodality Stroke Prevention. *The Neurologist* 2006;12:14-31.

Sarti C, Rastenyte D, Cepaitis Z, Tuomilehto J. International trends in mortality from stroke, 1968 to 1994. *Stroke* 2000;31:1588-1601.

Senkiio CH, Souza ED, Negreti MR, Oliveira CA, Alves NPF, Souza SRS. A Utilização da Escala de Fugl- Meyer no Estudo o Desempenho Funcional de Membro Superior no Tratamento em Grupo de Indivíduos Hemiparéticos pós AVE. *Rev Fisio Brasil* 2005. Editora Atlântica - Volume 6, Número 1.

Schneider AT, Pancioli AM, Khoury JC, Rademacher E, Tuchfarber A, Miller R, Woo D, Kissela B, Broderick JP. Trends in community knowledge of the warnings signs and risk factors for stroke. *JAMA* 2003;289:343–346.

Sheinart KF, Tuhrim S, Horowitz DR, Weinberger J, Goldman M, Godbold JH. Stroke recurrence is more frequent in blacks and hispanics. *Neuroepidemiology* 1998;17:188-198.

Silver FL, Rubini F, Black D, Hodgson CS. Advertising strategies to increase public knowledge of the warning signs of stroke. *Stroke* 2003;34;1965-1968.

Skilbeck C. Psychological aspects of stroke. In R. T. Woods (Org.), Handbook of the clinical psychology of ageing. pp. 283-302. Chichester: John Wiley & Sons. 1996.

Smith WS, Hauser SL, Easton JD. Doenças Cerebrovasculares. In: BRAUNWALD, E. Tratado de Medicina Interna – Harrison. Rio de Janeiro: Ed. MC. Graw Hill, 2002. 15ª Edição. Volume II. pp. 2517-2540.

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC). 2008. Electronic citation. http://spavc.lvengine.com/engine.php?

Stern EB, Berman M, Thomas JJ, Klassen AC. Community education for stroke awareness. An efficacy study. *Stroke* 1999;30:720–3.

Straus SE, Majumdar SR, Mcalister FA. New evidence for stroke prevention: scientific review. *JAMA* 2002; 288(11):1388-95.

Takahashi K, Bokura H, Kobayashi S, Lijima K, Nagai A, Yamaguchi S. Metabolic syndrome increases the risk of ischemic stroke in women. *Intern Med* 2007;46(10):643-8.

III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol 2001*; 77: 1-48

Vickrey BG, Rector TS, Wickstrom SL, Guzy PM, Sloss EM, Gorelick PB, Garber S, McCaffrey DF, Dake MD, Levi RA. Occurrence of secondary ischemic events among persons with atherosclerotic vascular disease. *Stroke* 2002;33:901-906.

Waldo AL. Anticoagulation: stroke prevention in patients with atrial fibrillation. *Med Clin North Am* 2008;92(1):143-59.

Warlow CP, Sudlow C, Dennis M, Wardlaw J, Sandercock PAG. Stroke Seminar. *Lancet* 2003; 362: 1211-24.

Weltermann BM, Homann J, Rogalewski A, Brach S, Voss S, Ringelstein EB. Stroke knowledge among stroke support group members. *Stroke* 2000;31:1230-1233.

Wendel-Vos GC, Schuit AJ, Feskens EJ, Boshuizen HC, Verschuren WM, Saris WH, Kromhout D. Physical activity and stroke. A meta-analysis of observational data. *Int J Epidemiol* 2004;33:787-98.

Yoon SS, Heller RF, Levi C, Wiggers J, Fitzgerald PE. Knowledge of Stroke Risk Factors, Warning Symptoms, and Treatment Among an Australian Urban Population. *Stroke* 2001;32:1926-1930.

Yoon SS & Byles J. Perceptions of stroke in the general public and patients with stroke: a qualitative study. *BMJ* 2002;324;1065.

Zétola VH, Nóvak EM, Camargo CHF, Carraro Junior H, Coral P, Muzzio JÁ, Iwamoto FM, Della Coleta MV, Werneck LC. Acidente vascular cerebral em pacientes jovens: análise de 164 casos. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2001;(59)3B:740-745.

ANEXOS

ANEXO 1

Inquérito ministrado aos utilizadores do Centro de Saúde da Carvalhosa para avaliação do conhecimento do AVC.

Código: ☐☐-☐☐☐☐

Data: ☐☐/☐☐/ 2008 **Hora:** ☐☐:☐☐

Data Nascimento: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ **Idade:** ☐☐ **Sexo:** ☐ Fem ☐ Masc

Escolaridade Completa (anos): ☐☐

Situação Profissional: ☐ Remunerado Activo ☐ Desempregado ☐ Outro Qual: _____

☐ Doméstica ☐ Reformado Profissão: _____

Razão de vinda ao Centro de Saúde: ☐ Consulta de Rotina ☐ Consulta de Urgência ☐ Acompanhante

Sofre de Patologia Vascular Cardíaca/Periférica? ☐ Não ☐ Sim Qual? _____

Já sofreu AVC? ☐ nº ___ Ano (último): ___ **Já sofreu AIT?** ☐ nº ___ Ano (último): ___

Secção 1.

1.1 Conhecimento de Factores de Risco Vascular

Quais são os factores de risco que aumentam a probabilidade de um indivíduo sofrer um AVC? (memória) (reconhecimento)

☐ 1. Hipertensão arterial	☐	☐ 8. Falta de exercício físico	☐
☐ 2. Stress	☐	☐ 9. Consumo excessivo de álcool	☐
☐ 3. Dieta Hipercalórica (comer muito e alimentos calóricos)	☐	☐ 10. Diabetes	☐
☐ 4. Tabaco	☐	☐ 11. Doenças do coração	☐
☐ 5. Colesterol Elevado	☐	☐ 12. Arritmia	☐
☐ 6. Excesso de peso	☐	☐ 13. Vida sedentária	☐
☐ 7. Hereditariedade (ter familiares com AVC)	☐	☐ 14. Não sei	☐

1.2. Factores de Risco do Participante/Comportamentos de Controlo do Factores de Risco Vascular Modificáveis

Questionar sobre a presença de possíveis factores de risco.

1. Consumo de álcool	**3. Excesso de Peso**
☐ Bebedor regular	☐ S ☐ N ☐ N/S Idade:____
☐ Bebedor ocasional/abstémico	**4. Stress**
☐ Não sabe	☐ S ☐ N ☐ N/S Idade:____
Nº de copos de vinho/dia ____	**5. Diabetes**
Nº de copos de cerveja/dia ____	☐ S ☐ N ☐ N/S Idade:____
Nº de copos de bagaço/ bebidas destiladas /dia ____	**6. Hipertensão Arterial**
2. Tabaco	☐ S ☐ N ☐ N/S Idade:____
☐ Fuma	**7. Colesterol Elevado**
☐ Deixou de fumar	☐ S ☐ N ☐ N/S Idade:____
☐ Nunca fumou	**8. Doenças do Coração**
Nº de anos que fuma (ou) ____	☐ S ☐ N ☐ N/S Idade:____
Nº de cigarros/dia ____	9. **Arritmia**
	☐ S ☐ N ☐ N/S Idade:____

Faz uso de medicação mas não sabe a indicação terapêutica?: ☐Sim ☐Não

Alimentos Evitados:_____ Alimentos Benéficos:_____

Pratica actividade física? Quantas vezes por semana?_____

Secção2. Localização da lesão

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?_____

Secção 3. Sinais/Sintomas de AVC

Quais são os sinais/sintomas de um AVC? (memória) (reconhecimento)

- ☐ 1. Visão enevoada
- ☐ 2. Visão dupla
- ☐ 3. Perda de visão num olho (metade 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 em mover 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 súbita e forte
- ☐ 21. Não sabe

Secção 4. Actuação

4.1. O que faria se tivesse um dos sintomas?

	Tontura/ Vertigem	Visão Enevoada/ Visão Dupla	Adormecimento/ Formigueiro no corpo	Dificuldade na fala	Fraqueza/ Paralisia	Dor de cabeça súbita e forte
1. Ia ao médico de família						
2. Ia à consulta de enfermagem						
3. Esperava que desaparecessem						
4. Chamava o 112 ou os bombeiros						
5. Ia à urgência do hospital						
6. Ia à urgência do centro de saúde						
7. Procurava ajuda de familiar/amigo						
8. Automedicava-se/ auto-cuidava-se						
9. Não sabe						

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 o 112 ou os bombeiros
- ☐ 5. Ia à urgência do hospital
- ☐ 6. Ia à urgência do centro de saúde
- ☐ 7. Procurava ajuda de familiar/amigo
- ☐ 8. Automedicava-se/ auto-cuidava-se
- ☐ 9. Não sabe

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

	Próprio	Familiar
1. Sofreu um AVC, uma trombose, uma embolia ou um derrame cerebral?		
2. Sofreu um pequeno AVC, um Acidente Isquémico Transitório (AIT) ou um espasmo cerebral?		

ANEXO 2

Tabela A1 (A) Distribuição por idade e sexo da população de referência do estudo (CS Carvalhosa).

Idade	Homens	Mulheres	Global
< 1 ano	161	162	323
1 – 4 anos	726	679	1405
5 – 9 anos	935	831	1766
10 – 14 anos	885	861	1746
15 – 19 anos	952	979	1931
20 – 24 anos	1091	1198	2289
25 – 29 anos	1440	1646	3086
30 – 34 anos	1746	1823	3569
35 – 39 anos	1565	1691	3256
40 – 44 anos	1446	1649	3095
45 – 49 anos	1292	1516	2808
50 – 54 anos	1215	1503	2718
55 – 59 anos	1225	1497	2722
60 – 64 anos	973	1213	2186
65 – 69 anos	729	990	1719
70 – 74 anos	645	986	1631
≥ 75 anos	1219	2633	3852

Tabela A1 (B) Distribuição por idade e sexo da população das freguesias de Cedofeita, Massarelos, Miragaia e Vitória.

Idade	Homens	Mulheres	Global
< 1 ano	123	115	238
1 – 4 anos	513	443	956
5 – 9 anos	677	656	1333
10 – 14 anos	776	762	1538
15 – 19 anos	1095	1081	2176
20 – 24 anos	1570	1709	3279
25 – 29 anos	1496	1483	2979
30 – 34 anos	1031	1164	2195
35 – 39 anos	1068	1245	2313
40 – 44 anos	1102	1325	2427
45 – 49 anos	1123	1483	2606
50 – 54 anos	1230	1583	2813
55 – 59 anos	1131	1404	2535
60 – 64 anos	979	1375	2354
65 – 69 anos	920	1406	2326
70 – 74 anos	872	1397	2269
≥ 75 anos	1161	2552	3713

Fonte: INE, Censo 2001.

Tabela A2 Conhecimento dos Factores de Risco do AVC, por sexo.

	Homens (n = 129)		**Mulheres** (n = 295)		**Global** (n = 424)		Teste*	
	n	%	n	%	n	%	X^2	p
Factores de risco								
HTA							2,6	0,2
Nomeação	31	24,0	93	31,5	124	29,2		
Reconhecimento	84	65,1	169	57,3	253	59,7		
Não	14	10,9	33	11,2	47	11,1		
Stress							3,6	0,1
Nomeação	28	21,7	67	22,7	95	22,4		
Reconhecimento	77	59,7	150	50,8	227	53,5		
Não	24	18,6	78	26,4	102	24,1		
Dieta hipercalórica							7,3	0,02
Nomeação	55	42,6	86	29,2	141	33,3		
Reconhecimento	49	38,0	136	46,1	185	43,6		
Não	25	19,4	73	24,7	98	23,1		
Tabaco							19,4	0,000
Nomeação	59	45,7	72	24,4	131	30,9		
Reconhecimento	55	42,6	167	56,6	222	52,4		
Não	15	11,6	56	19,0	71	16,7		
Colesterol							1,4	0,4
Nomeação	34	26,4	73	24,7	107	25,2		
Reconhecimento	79	61,2	172	58,3	251	59,2		
Não	16	12,4	50	16,9	66	15,6		
Excesso de peso							9,2	0,01
Nomeação	27	20,9	45	15,3	72	17,0		
Reconhecimento	87	67,4	179	60,7	266	62,7		
Não	15	11,6	71	24,1	86	20,3		
Hereditariedade							2,0	0,3
Nomeação	2	1,6	8	2,7	10	2,4		
Reconhecimento	33	25,6	92	31,2	10	2,4		
Não	94	72,9	195	66,1	289	68,2		
Falta de exercício físico							19,7	0,000
Nomeação	40	31,0	53	18,0	93	21,9		
Reconhecimento	70	54,3	141	47,8	211	49,8		
Não	19	14,7	101	34,2	120	28,3		
Consumo excessivo de álcool							17,6	0,000
Nomeação	45	34,9	54	18,3	99	23,3		
Reconhecimento	68	52,7	167	56,6	135	55,4		
Não	16	12,4	74	25,1	90	21,1		
Diabetes							1,5	0,4
Nomeação	27	20,9	47	15,9	74	17,5		
Reconhecimento	69	53,5	170	57,6	239	56,4		
Não	33	25,6	78	26,4	111	26,2		
Doenças do coração							1,2	0,5
Nomeação	10	7,8	30	10,2	40	9,4		
Reconhecimento	89	69,0	208	70,5	297	70,0		
Não	30	23,3	57	19,3	87	20,5		
Arritmia							0,5	0,7
Nomeação	3	2,3	4	1,4	7	1,7		
Reconhecimento	66	51,2	152	51,5	218	51,4		
Não	60	46,5	139	47,1	199	46,9		
Vida sedentária							3,9	0,1
Nomeação	17	13,2	27	9,2	44	10,4		
Reconhecimento	67	51,9	137	46,4	204	48,1		
Não	45	34,9	131	44,4	176	41,5		
Não sabe	25	19,4	108	36,6	133	31,4	12,3	0,000

* nº de graus de liberdade igual ao número de categorias da variável menos um.

Tabela A3 Conhecimento dos Factores de Risco do AVC, por grupos etários (anos).

	20 – 34		35 – 49		50 – 64		65 - 74		≥ 75		Global		Teste*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	X^2	p
Factores de risco														
HTA													2,8	0,09
Nomeação	20	25,0	29	40,3	39	35,5	23	26,1	13	17,6	124	29,2		
Reconhecimento	48	60,0	37	51,4	65	59,1	57	64,8	46	62,2	253	59,7		
Não	12	15,0	6	8,3	6	5,5	8	9,1	15	20,3	47	11,1		
Stress													13,1	0,000
Nomeação	24	30,0	28	38,9	19	17,3	12	13,6	12	16,2	95	22,4		
Reconhecimento	39	48,8	32	44,4	66	60,0	55	62,5	35	47,3	227	53,5		
Não	17	21,2	12	16,7	25	22,7	21	23,9	27	36,5	102	24,1		
Dieta hipercalórica													10,2	0,000
Nomeação	30	37,5	33	45,8	31	28,2	31	35,2	16	21,6	141	33,3		
Reconhecimento	37	46,2	25	34,7	55	50,0	39	44,3	29	39,2	185	43,6		
Não	13	16,2	14	19,4	24	21,8	18	20,5	29	39,2	98	23,1		
Tabaco													31,3	0,000
Nomeação	36	45,0	32	44,4	33	30,0	22	25,0	8	10,8	131	30,9		
Reconhecimento	32	40,0	33	45,8	68	61,8	50	56,8	39	52,7	222	52,4		
Não	12	15,0	7	9,7	9	8,2	16	18,2	27	36,5	71	16,7		
Colesterol													7,5	0,006
Nomeação	21	26,2	20	27,8	31	28,2	26	29,5	9	12,2	107	25,2		
Reconhecimento	50	62,5	44	61,1	66	60,0	46	52,3	45	60,8	251	59,2		
Não	9	11,2	8	11,1	13	11,8	16	18,2	20	27,0	66	15,6		
Excesso de peso													19,9	0,000
Nomeação	19	23,8	13	18,1	23	20,9	14	15,9	3	4,1	72	17,0		
Reconhecimento	52	65,0	48	66,7	67	60,9	56	63,6	43	58,1	266	62,7		
Não	9	11,2	20	15,3	20	18,2	18	20,5	28	37,8	86	20,3		
Hereditariedade													0,6	0,4
Nomeação	4	5,0	3	4,2	2	1,8	1	1,1	-	-	10	2,4		
Reconhecimento	18	22,5	22	30,6	36	32,7	30	34,1	19	25,7	125	29,5		
Não	58	72,5	47	65,3	72	65,5	57	64,8	55	74,3	289	68,2		
Falta de exercício físico													38,2	0,000
Nomeação	32	40,0	26	36,1	18	16,4	9	10,2	8	10,8	93	21,9		
Reconhecimento	36	45,0	26	36,1	67	60,9	54	61,4	28	37,8	211	48,8		
Não	12	15,0	20	27,8	25	22,7	25	28,4	38	51,4	120	28,3		
Consumo excessivo de álcool													3,9	0,04
Nomeação	17	21,2	23	31,9	27	24,5	22	25,0	10	13,5	99	23,3		
Reconhecimento	48	60,0	32	44,4	67	60,9	51	58,0	37	50,0	235	55,4		
Não	15	18,8	17	23,6	16	14,5	15	17,0	27	36,5	90	21,2		
Diabetes													0,04	0,8
Nomeação	13	16,2	13	18,1	26	23,6	14	15,9	8	10,8	74	17,5		
Reconhecimento	43	53,8	40	55,6	55	50,0	58	65,9	43	58,1	239	56,4		
Não	24	30,0	19	26,4	29	26,4	16	18,2	23	31,1	111	26,2		
Doenças do coração													12,8	0,000
Nomeação	10	12,5	5	6,9	12	10,9	11	12,5	2	2,7	40	9,4		
Reconhecimento	63	78,8	57	79,2	74	67,3	53	60,2	50	67,6	297	70,0		
Não	7	8,8	10	13,9	24	21,8	24	27,3	22	29,7	87	20,5		
Arritmia													13,9	0,000
Nomeação	2	2,5	-	-	3	2,7	1	1,1	1	1,4	7	1,7		
Reconhecimento	53	66,2	37	51,4	62	56,4	40	45,5	26	35,1	218	51,4		
Não	25	31,2	35	48,6	45	40,9	47	53,4	47	63,5	199	46,9		
Vida sedentária													25,6	0,000
Nomeação	11	13,8	11	15,3	13	11,8	7	8,0	2	2,7	44	10,4		
Reconhecimento	47	58,8	40	55,6	51	46,4	43	48,9	23	31,1	204	48,1		
Não	22	27,5	21	29,2	46	41,8	38	43,2	49	66,2	176	41,5		
Não sabe	17	21,2	14	19,4	29	26,4	33	37,5	40	54,1	133	31,4	29,0	0,000

* nº de graus de liberdade igual ao número de categorias da variável menos um.

Tabela A4 Conhecimento dos Factores de Risco do AVC, por níveis de escolaridade (anos).

	< 4		4 – 6		7 – 11		≥ 12		Global		Teste*	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	X^2	p
Factores de risco												
HTA											19,9	0,000
Nomeação	9	16,7	45	24,3	27	31,4	43	43,4	124	29,2		
Reconhecimento	33	61,1	119	64,3	50	58,1	51	51,5	253	59,7		
Não	12	22,2	21	11,4	9	10,5	5	5,1	47	11,1		
Stress											30,0	0,000
Nomeação	3	5,6	30	16,2	26	30,2	36	36,4	95	22,4		
Reconhecimento	27	50,0	111	60,0	39	45,3	50	50,5	227	53,5		
Não	24	44,4	44	23,8	21	24,4	13	13,1	102	24,1		
Dieta hipercalórica											21,2	0,000
Nomeação	6	11,1	57	30,8	35	40,7	43	43,4	141	33,3		
Reconhecimento	26	48,1	83	44,9	33	38,4	43	43,4	185	43,6		
Não	22	40,7	45	24,3	18	20,9	13	13,1	98	23,1		
Tabaco											62,5	0,000
Nomeação	4	5,6	41	22,2	30	34,9	57	57,6	131	30,9		
Reconhecimento	27	50,0	114	61,6	46	53,5	35	35,4	222	52,4		
Não	24	44,4	30	16,2	10	11,6	7	7,1	71	16,7		
Colesterol											18,2	0,000
Nomeação	6	11,1	47	25,4	22	25,6	32	32,3	107	25,2		
Reconhecimento	29	53,7	108	58,4	52	60,5	62	62,6	251	59,2		
Não	19	35,2	30	16,2	12	14,0	5	5,1	66	15,6		
Excesso de peso											27,2	0,000
Nomeação	3	5,6	23	12,4	18	20,9	28	28,3	72	17,0		
Reconhecimento	30	55,6	121	65,4	55	64,0	60	60,6	266	62,7		
Não	21	38,9	41	22,2	13	15,1	11	11,1	86	20,3		
Hereditariedade											15,2	0,000
Nomeação	-	-	-	-	-	-	10	10,1	10	2,4		
Reconhecimento	10	18,5	57	30,8	26	30,2	32	32,3	125	29,5		
Não	44	81,5	128	69,2	60	69,8	57	57,6	289	68,2		
Falta de exercício físico											70,8	0,000
Nomeação	2	3,7	23	12,4	22	25,6	46	46,5	93	21,9		
Reconhecimento	19	35,2	103	55,7	47	54,7	42	42,4	211	49,8		
Não	33	61,1	59	31,9	17	19,8	11	11,1	120	28,3		
Consumo excessivo de álcool											12,6	0,000
Nomeação	3	5,6	44	23,8	18	20,9	34	34,3	99	23,3		
Reconhecimento	31	57,4	105	56,8	50	58,1	49	49,5	235	55,4		
Não	20	37,0	36	19,5	18	20,9	16	16,2	90	21,2		
Diabetes											5,1	0,02
Nomeação	3	5,6	29	15,7	17	19,8	25	25,3	74	17,5		
Reconhecimento	30	55,6	112	60,5	52	60,5	45	45,5	239	56,4		
Não	21	38,9	44	23,8	17	19,8	29	29,3	111	26,2		
Doenças do coração											18,2	0,000
Nomeação	1	1,9	17	9,2	10	11,6	12	12,1	40	9,4		
Reconhecimento	32	59,3	127	68,6	59	68,6	79	79,8	297	70,0		
Não	21	38,9	41	22,2	17	19,8	8	8,1	87	20,5		
Arritmia											18,4	0,000
Nomeação	-	-	2	1,1	2	2,3	3	3,0	7	1,7		
Reconhecimento	23	42,6	82	44,3	47	54,7	66	66,7	218	51,4		
Não	31	57,4	101	54,6	37	43,0	30	30,3	199	46,9		
Vida sedentária											64,1	0,000
Nomeação	1	1,9	9	4,9	9	10,5	25	25,3	44	10,4		
Reconhecimento	14	25,9	86	46,5	46	53,5	58	58,5	204	48,1		
Não	39	72,2	90	48,6	31	36,0	16	16,2	176	41,5		
Não sabe	38	70,4	68	36,8	19	22,1	8	8,1	133	31,4	69,0	0,000

* nº de graus de liberdade igual ao número de categorias da variável menos um.

Tabela A5 Localização da lesão que provoca o AVC, por sexo.

	Homens (n= 129)		**Mulheres** (n= 295)		**Global** (n=424)		Teste*	
	n	%	n	%	n	%	X^2	P
Localização da lesão							1,0	0,7
Cérebro	54	41,9	119	40,3	173	40,8		
Cara, braço, perna	18	14,0	35	11,9	53	12,5		
Coração	33	25,6	74	25,1	107	25,2		
Não sabe	24	18,6	67	22,7	91	21,5		

* nº de graus de liberdade igual ao número de categorias da variável menos um.

Tabela A6 Localização da lesão que provoca o AVC, por grupos etários (anos)

	20 – 34		**35 – 49**		**50 – 64**		**65 – 74**		**≥ 75**		**Global** (n=424)		Teste*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	X^2	p
Localização da lesão													32,0	0,001
Cérebro	41	51,2	39	54,2	47	42,7	25	28,4	21	28,4	173	40,8		
Cara, braço, perna	10	12,5	10	13,9	16	14,5	9	10,2	8	10,8	53	12,5		
Coração	19	23,8	17	23,6	25	22,7	25	28,4	21	28,4	107	25,2		
Não sabe	10	12,5	6	8,3	22	20,0	29	33,0	24	32,4	91	21,5		

* nº de graus de liberdade igual ao número de categorias da variável menos um.

Tabela A7 Localização da lesão que provoca o AVC, por níveis de escolaridade (anos).

	< 4		**4 – 6**		**7 – 11**		**≥ 12**		**Global** (n=424)		Teste*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	X^2	p
Localização da lesão											49,0	0,000
Cérebro	10	18,5	64	34,6	39	45,3	60	60,6	173	40,8		
Cara, braço, perna	6	11,1	26	14,1	14	16,3	7	7,1	53	12,5		
Coração	19	35,2	41	22,2	20	23,3	27	27,3	107	25,2		
Não sabe	19	35,2	54	29,2	13	15,1	5	5,1	91	21,5		

* nº de graus de liberdade igual ao número de categorias da variável menos um.

Tabela A8 Conhecimento dos três principais sinais/sintomas do AVC, por sexo.

	Homens (n= 129)		**Mulheres** (n= 295)		**Global** (n=424)		Teste*	
	n	%	n	%	n	%	X^2	p
Sinais/sintomas								
Perda de força							1,7	0,4
Nomeação	46	35,7	87	29,5	133	31,4		
Reconhecimento	62	48,1	150	50,8	212	50,0		
Não	21	16,3	58	19,7	79	18,6		
Paralisia em metade do corpo							1,6	0,4
Nomeação	22	17,1	54	18,3	76	17,9		
Reconhecimento	84	65,1	174	59,0	258	60,8		
Não	23	17,8	67	22,7	90	21,2		
Dificuldade em falar, entender e escrever							0,1	0,9
Nomeação	22	17,1	46	15,6	68	16,0		
Reconhecimento	72	55,8	165	55,9	237	55,9		
Não	35	27,1	84	28,5	119	28,1		

* nº de graus de liberdade igual ao número de categorias da variável menos um.

Tabela A9 Conhecimento dos três principais sinais/sintomas do AVC, por grupos etários (anos)

	20 – 34		**35 – 49**		**50 – 64**		**65 – 74**		**≥ 75**		**Global** (n=424)		Teste*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	X^2	p
Sinais/sintomas														
Perda de força													7,0	0,008
Nomeação	22	27,5	30	41,7	40	36,4	24	27,3	17	23,0	133	31,4		
Reconhecimento	51	63,8	30	41,7	51	46,4	43	48,9	37	50,0	212	50,0		
Não	7	8,8	12	16,7	9	17,3	21	23,9	20	27,0	79	18,6		
Paralisia em metade do corpo													11,4	0,001
Nomeação	15	18,8	21	29,2	15	13,6	11	12,5	14	18,9	76	17,9		
Reconhecimento	54	67,5	39	54,2	78	70,9	58	65,9	29	39,2	258	60,0		
Não	11	13,8	12	16,7	17	15,5	19	21,6	31	41,9	90	21,1		
Dificuldade em falar, entender e escrever													23,7	0,000
Nomeação	14	17,5	12	16,7	19	17,3	14	15,9	9	12,2	68	16,0		
Reconhecimento	43	53,8	47	65,3	63	57,3	49	55,7	35	47,3	237	55,9		
Não	23	28,8	13	18,1	28	25,5	25	28,4	30	40,5	119	28,1		

* nº de graus de liberdade igual ao número de categorias da variável menos um.

Tabela A10 Conhecimento dos três principais sinais/sintomas do AVC, por níveis de escolaridade (anos).

	< 4		**4 – 6**		**7 – 11**		**≥ 12**		**Global** (n=424)		Teste*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	X^2	p
Sinais/sintomas												
Perda de força											24,3	0,000
Nomeação	9	16,7	51	27,6	26	30,2	47	47,5	133	31,4		
Reconhecimento	27	50,0	97	52,4	42	48,8	46	46,5	212	50,0		
Não	18	33,3	37	20,0	18	20,9	6	6,1	79	18,6		
Paralisia em metade do corpo											29,2	0,000
Nomeação	4	7,4	28	15,1	15	17,4	29	19,3	76	17,9		
Reconhecimento	26	48,1	115	62,2	55	64,0	62	62,6	258	60,8		
Não	24	44,4	42	22,7	16	18,6	8	8,1	90	21,1		
Dificuldade em falar, entender e escrever											23,7	0,000
Nomeação	3	5,6	26	14,1	11	12,8	28	28,3	68	16,0		
Reconhecimento	23	42,6	108	58,4	50	58,1	56	56,6	237	55,9		
Não	28	51,9	51	27,6	25	29,1	15	15,2	119	28,1		

* nº de graus de liberdade igual ao número de categorias da variável menos um.