

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
6º MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Literacia em Saúde: Conhecimento dos estudantes do Ensino Secundário sobre Acidente
Vascular Cerebral e adesão à Dieta Mediterrânica

Maria João Tavares Martins

Leiria, Setembro 2021



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
6º MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Literacia em Saúde: Conhecimento dos estudantes do Ensino Secundário sobre Acidente Vascular Cerebral e adesão à Dieta Mediterrânica

Dissertação de Mestrado

Autora: Maria João Tavares Martins

Nº de Estudante: 5170016

Unidade Curricular: Dissertação de Mestrado

Professor Orientador: Professor Doutor José Carlos Quaresma Coelho

Leiria, Setembro 2021

AGRADECIMENTOS

É com enorme gratidão e satisfação que concluo mais uma etapa da minha formação enquanto profissional. Todo este percurso não seria possível sem o apoio de diferentes pessoas e entidades, pelo que não queria terminar este percurso sem expressar o meu agradecimento a essas pessoas, nomeadamente:

Ao meu orientador de mestrado, Professor Doutor José Carlos Quaresma Coelho, pela disponibilidade, orientação, motivação e partilha dos seus conhecimentos.

À Associação Portuguesa de AVC e Escola Superior de Saúde de Leiria pela cedência dos instrumentos de colheita de dados.

A ambas as escolas onde foram aplicados os questionários, bem como a todos os participantes que contribuíram com o preenchimento dos mesmos.

À minha família, que durante todo este processo privou da minha companhia e atenção, e contribuiu arduamente para que conseguisse terminar esta etapa.

A todos, o meu muito obrigado pelo apoio incondicional.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AIT - Acidente Isquémico Transitório

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DGS – Direção Geral da Saúde

DIC- Doença Isquémica Cardíaca

ECG - Eletrocardiograma

FA – Fibrilhação auricular

Golden Hour – Hora de Ouro

HLS-EU - *Health Literacy Survey Europe*

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

ILS-PT - Literacia em Saúde em Portugal

KIDMED - *Mediterranean Diet Quality Index in Children and Adolescents*

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

RM - Ressonância Magnética

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

TAC - Tomografia Axial Computorizada

WHO - World Health Organization

RESUMO

Introdução: A literacia em saúde é uma das principais preocupações de saúde pública em Portugal e no mundo. A literacia sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC) é essencial, uma vez que esta doença é uma das principais causas de morte e invalidez em Portugal. A adoção de um estilo de vida saudável, nomeadamente na ingestão de uma dieta adequada, é um dos elementos essenciais na prevenção do AVC. O padrão alimentar mediterrânico é reconhecido como uma dieta importante na prevenção de diversas patologias, incluindo o AVC. Contudo, os estudos concluem que o conhecimento da população ainda apresenta muitas lacunas. Sendo a população jovem o futuro das próximas gerações, torna-se pertinente a realização de uma investigação que permita estudar o conhecimento sobre o AVC e a adesão à dieta mediterrânica por parte desta população.

Metodologia: O presente trabalho é constituído por dois estudos. Desta forma, a amostra do estudo um diz respeito ao conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre AVC, tendo sido constituída por 284 participantes. No estudo dois, que aborda a adesão à dieta mediterrânica por parte dos estudantes do ensino secundário, a amostra foi de 841 participantes. A aplicação dos questionários foi realizada em duas escolas distintas do distrito de Leiria, no ano 2019 até Março de 2020. Foram aplicados dois questionários diferentes, e posteriormente realizado um estudo correlacional em ambos os estudos.

Resultados: Relativamente aos conhecimentos sobre AVC por parte dos estudantes do ensino secundário, constatamos que o sexo feminino apresenta valores superiores ao sexo masculino. Verificamos também que o nível de conhecimento é superior nos participantes que já tinham lido ou visto alguma coisa sobre AVC.

No que diz respeito ao estudo sobre a adesão à dieta mediterrânica verificamos que a adesão à dieta mediterrânica é superior no sexo feminino. Quanto maior é o IMC, maior a adesão à dieta mediterrânica. A adesão à dieta mediterrânica é maior nos participantes que praticam exercício físico e nos estudantes cujas mães frequentaram o ensino secundário e superior.

Conclusão: O conhecimento sobre AVC por parte dos estudantes do ensino secundário, continua a ser uma lacuna evidente na nossa população. É importante que se reúnam esforços para que os jovens, como futuro das próximas gerações sejam incitados a serem elementos ativos na saúde. Daí a importância do reforço da educação para a saúde com o

desenvolvimento de estratégias curriculares que fomentem o interesse dos jovens. Tal como evidencia o nosso estudo, existe uma necessidade de melhoria da adesão ao padrão alimentar mediterrânico, fundamental na prevenção do AVC.

Palavras – chave: Literacia em Saúde; Acidente Vascular Cerebral; Conhecimentos sobre AVC; Dieta Mediterrânica; Adesão à dieta mediterrânica, KIDMED (Mediterranean Diet Quality Index for children and adolescents), jovens.

ABSTRACT

Introduction: Health literacy is one of the main public health concerns in Portugal and worldwide. Cerebral Vascular Accident (CVA) literacy is essential, since this disease is one of the leading causes of death and disability in Portugal. The adoption of a healthy lifestyle, namely in the ingestion of an adequate diet, is one of the essential elements in the CVA prevention. The Mediterranean dietary pattern is recognized as an important diet in the prevention of several pathologies, including CVA. However, studies conclude that the knowledge of the population still has many gaps. Being the young population the future of the next generations, it is pertinent to carry out an investigation that allows the study of knowledge about CVA and accession to the Mediterranean diet by this population.

Methodology: The present work consists of two studies. Thus, study sample one concerns the knowledge of secondary school students about stroke, having consisted of 284 participants. In study two, which addresses adherence to the Mediterranean diet by secondary school students, the sample consisted of 841 participants. The application of the questionnaires was carried out in two different schools in the district of Leiria, in the year 2019 until March 2020. Two different questionnaires were applied, and later a correlational study was carried out in both studies.

Results: Regarding the knowledge of CVA among secondary school students, we verified that women have superior values of knowledge than man. We also verified that the level of knowledge is higher in participants who had read or seen something about CVA.

Regarding the study on adherence to the Mediterranean diet, we found that accession to the Mediterranean diet is higher in women. The higher the BMI, the greater the accession to the Mediterranean diet. Accession to the Mediterranean diet is greater in participants who practice physical exercise and in students whose mothers attended secondary and university education.

Conclusion: Secondary school students' knowledge about CVA remains a clear gap in our population. It is important to join efforts so that young people, as the future of the next generations are encouraged to be active elements in health. Hence the importance of strengthening health education with the development of curricular strategies that encourage

the interest of young people. As our study shows, there is a need to improve accession to this dietary pattern, which is fundamental in preventing CVA.

Key words: Health literacy; Cerebral Vascular Accident; Knowledge about CVA; Mediterranean diet; Accession to the Mediterranean diet; KIDMED (Mediterranean Diet Quality Index for children and adolescents); Young people.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS.....	ix
INTRODUÇÃO.....	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	17
1.1. LITERACIA EM SAÚDE.....	17
1.2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	21
1.3. DIETA MEDITERRÂNICA.....	31
2. METODOLOGIA.....	37
2.1. CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO, OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO...37	
2.2. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	39
2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	41
2.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	42
2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	44
2.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DE DADOS.....	46
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	47
3.1. ESTUDO 1: CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DO ENSINO SECUNDÁRIO SOBRE AVC.....	47
3.1.1. Caracterização da amostra.....	47
3.1.2. Hipóteses em estudo.....	57
3.2. ESTUDO 2: ADESÃO DOS ESTUDANTES DO ENSINO SECUNDÁRIO À DIETA MEDITERRÂNICA.....	60
3.2.1. Caracterização da amostra.....	60
3.2.2. Hipóteses em estudo.....	70
4. DISCUSSÃO.....	75
CONCLUSÃO.....	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103

ANEXOS

ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DO ESTUDO UM: CONHECIMENTOS DOS ESTUDANTES DO ENSINO SECUNDÁRIO SOBRE AVC

ANEXO II – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DO ESTUDO DOIS: ADESÃO À DIETA MEDITERRÂNICA – KIDMED

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 -	KIDMED (Mediterranean Diet Quality Index)	43
Tabela 2 -	Distribuição dos participantes por sexo	47
Tabela 3 -	Distribuição dos participantes relativamente à questão: "Tem algum familiar que teve AVC?"	48
Tabela 4 -	Distribuição dos participantes relativamente à questão: "Já leu ou viu alguma coisa sobre AVC?"	48
Tabela 5 -	Distribuição dos participantes relativamente à questão: "Qual das seguintes doenças têm mais medo"	48
Tabela 6 -	Distribuição dos participantes relativamente à questão "No AVC os seguintes órgãos são afetados"	48
Tabela 7 -	Distribuição dos participantes relativamente à questão "Fatores de risco/Causas"	50
Tabela 8 -	Distribuição dos participantes relativamente à questão "Prevenção"	51
Tabela 9 -	Distribuição dos participantes relativamente à questão "São sintomas de AVC"	52
Tabela 10 -	Distribuição dos participantes relativamente à questão "O AVC é devido a"	53
Tabela 11 -	Distribuição dos participantes relativamente à atuação perante a suspeita de AVC	54
Tabela 12 -	Distribuição dos participantes relativamente à questão "Trata-se um AVC"	55
Tabela 13 -	Distribuição dos participantes relativamente à questão "Sobre o tratamento"	55
Tabela 14 -	Distribuição dos participantes relativamente à questão "Conhecimento geral sobre o AVC"	56
Tabela 15 -	Caracterização dos participantes segundo os conhecimentos sobre o AVC	57
Tabela 16 -	Médias, desvios padrões e t de Student do conhecimento dos participantes sobre AVC, por sexo	58

Tabela 17 - Médias, desvios padrões e t de Student do conhecimento dos participantes sobre AVC, por ter algum familiar com AVC	58
Tabela 18 - Médias, desvios padrões e t de Student do conhecimento dos participantes sobre AVC e já ter lido ou visto alguma coisa sobre AVC....	60
Tabela 19 - Distribuição dos participantes por sexo	61
Tabela 20 - Caracterização dos participantes segundo a idade (anos)	61
Tabela 21 - Distribuição dos participantes segundo a escolaridade	61
Tabela 22 - Caracterização dos participantes segundo o peso (kg), altura (m) e IMC	61
Tabela 23 - Distribuição dos participantes segundo a classificação do IMC	62
Tabela 24 - Distribuição dos participantes segundo o número de vezes por semana que toma o pequeno-almoço em casa	62
Tabela 25 - Distribuição dos participantes segundo o número de vezes por semana que almoça em casa	62
Tabela 26 - Distribuição dos participantes segundo o número de vezes por semana que janta em casa	63
Tabela 27 - Distribuição dos participantes segundo o local onde almoça quando está na escola	64
Tabela 28 - Distribuição dos participantes segundo a escolaridade da mãe	64
Tabela 29 - Distribuição dos participantes segundo a escolaridade do pai	65
Tabela 30 - Caracterização dos participantes segundo a idade da mãe	65
Tabela 31 - Caracterização dos participantes segundo a idade do pai	65
Tabela 32 - Distribuição dos participantes segundo a prática de exercício físico.....	65
Tabela 33 - Distribuição dos participantes segundo a frequência do exercício físico..	66
Tabela 34 - Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 1: “Habitualmente, costumas consumir 1 peça de fruta ou sumo de fruta (100% natural) todos os dias”	66
Tabela 35 - Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 2: “Consumes duas peças de frutas todos os dias”	67
Tabela 36 - Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 3: “Habitualmente, consumes produtos hortícolas frescos (saladas), sopa ou legumes no prato, pelo menos uma vez por dia”	67

Tabela 37 -	Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 4: “Habitualmente, consumes produtos hortícolas frescos ou no prato? (Duas ou mais vezes por dia) ”	67
Tabela 38 -	Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 5: “Consumes peixe com regularidade? (2 a 3 vezes por semana ou mais)”	67
Tabela 39 -	Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 6: “Costumas ir a restaurantes típicos de fast-food (MC Donald’s, Telepizza, Pizza Hut,...), uma ou mais vezes por semana	68
Tabela 40 -	Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 7: “Gosta de leguminosas? (feijão, lentilhas, grão, ervilhas, favas,...)	68
Tabela 41 -	Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 8: “Costumas ingerir diariamente massas alimentícias (macarrão, esparguetes,...) ou arroz? (Mais de 5 vezes por semana)	68
Tabela 42 -	Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 9: “E ao pequeno-almoço, costumavas ingerir cereais de pequeno-almoço e/ou pão?	68
Tabela 43 -	Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 10: “Costumas ingerir com regularidade frutos secos (nozes, amêndoas, pinhões, avelãs,...)? (2 a 3 vezes por semana ou mais)	69
Tabela 44 -	Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 11: “E na tua casa, é costume utilizar regularmente o azeite?”	69
Tabela 45 -	Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 12: “Costumas tomar o pequeno- almoço todos os dias?”	69
Tabela 46 -	Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 13: “Costumas tomar produtos lácteos ao pequeno-almoço? (leite, iogurte, queijo ou requeijão)”	69
Tabela 47 -	Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 14: “Costumas tomar ao pequeno-almoço produtos de confeitaria?(Croissants, bolachas, etc,...)”	69

Tabela 48 -	Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 15: “Costumas comer dois iogurtes e/ou 40g de queijo (+/- 2 fatias pequenas), por dia?”	70
Tabela 49 -	Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 16: “Habitualmente comes guloseimas algumas vezes ao dia? (chocolates, caramelos,...)”	70
Tabela 50 -	Caracterização dos participantes segundo a adesão à dieta mediterrânica, de acordo com a escala KIDMED	70
Tabela 51 -	Distribuição dos participantes segundo a classificação do questionário KIDMED	70
Tabela 52 -	Médias, desvios padrões e t de Student dos participantes na adesão à Dieta Mediterrânica, por sexo	71
Tabela 53 -	Correlação de Pearson (r) entre a adesão à Dieta Mediterrânica e a idade (em anos)	71
Tabela 54 -	Correlação de Pearson (r) entre a adesão à Dieta Mediterrânica e o IMC	71
Tabela 55 -	Médias, desvios padrões e t de student dos participantes na adesão à Dieta Mediterrânica e a prática de exercício físico	72
Tabela 56 -	Resultado da aplicação do teste de ANOVA entre a adesão à Dieta Mediterrânica e a escolaridade dos participantes	72
Tabela 57 -	Médias, desvios padrões e t de student dos participantes na adesão à Dieta Mediterrânica e almoçar em casa ou não (Grupo 1: Não – inferior a 5 vezes por semana; Grupo 2: Sim – almoça em casa entre 5-7 vezes por semana)	72
Tabela 58 -	Resultado da aplicação do teste de ANOVA entre a adesão à Dieta Mediterrânica e a escolaridade da mãe dos participantes	73
Tabela 59 -	Resultado da aplicação do teste de ANOVA entre a adesão à Dieta Mediterrânica e a escolaridade do pai dos participantes	74

INTRODUÇÃO

A literacia em saúde tem vindo a ser alvo de diversos estudos de investigação, com um importante contributo na melhoria das condições de saúde da população e um elemento necessário no combate às desigualdades sociais (Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

Ao longo dos últimos anos tem-se verificado, através de diferentes estudos, que um baixo nível de literacia em saúde tem consequências importantes tanto na utilização dos serviços de saúde, como nos resultados em saúde e consequentemente um aumento significativo dos gastos em saúde. Em Portugal, cerca de 61% da população inquirida, encontra-se num nível de literacia em saúde inadequado ou problemático, pelo que é urgente a conceção e implementação de estratégias a nível nacional de forma a promover literacia na população. Verifica-se uma crescente preocupação por parte dos governantes no que diz respeito à literacia e as respetivas consequências para os cuidados de saúde (Pedro et al.,2016).

Um dos principais desafios de saúde pública em Portugal concentra-se na melhoria dos níveis de literacia em saúde, promoção do espírito crítico individual face às suas próprias decisões de saúde e das ferramentas que as pessoas têm à sua disposição para esse fim. Assim, a Direção Geral Da Saúde (DGS), de acordo com os objetivos do Plano Nacional de Saúde está comprometida com a otimização da literacia em saúde da população Portuguesa e o seu bem-estar (DGS, 2019).

Uma vez que as doenças cerebrovasculares são a principal causa de morte entre a população e também das principais causas de morbilidade, incapacidade e invalidez, comprometendo a qualidade de vida das pessoas, é fundamental que seja direcionada a atenção para os cuidados e informação aos indivíduos nesta área de cuidados. De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), as doenças cerebrovasculares constituem também a principal causa de morte da maioria dos países da União Europeia, somando cerca de 36% das mortes nesta região no ano de 2010. São diversas as doenças relacionadas com o sistema circulatório que estão em causa, incluindo a Doença Isquémica Cardíaca (DIC) e as Doenças Cerebrovasculares. Em conjunto, estas mesmas doenças, dizem respeito a 60% de todas as causas de morte cardiovasculares (DGS, 2017a).

As intervenções mais importantes na prevenção do AVC são a dieta, cessação de tabagismo e controlo da tensão arterial. Estilos de vida não saudáveis são responsáveis por mais de metade

dos AVC (Spence, 2018). Em um estudo mencionado por Spence (2018), utentes que alcançaram hábitos saudáveis: não fumar, ingestão moderada de álcool, IMC <25, 30 minutos de exercício físico diário e uma pontuação de dieta saudável entre os 40%, tiveram uma redução de 80% no desenvolvimento de AVC em comparação com utentes que não alcançaram nenhum destes itens.

De acordo com o estudo *Global Burden of Diseases*, referido pela DGS (2017a), o fator de risco que mais contribui para a perda de anos de vida saudável são os hábitos alimentares inadequados da população portuguesa, sendo a ingestão de sal de forma inadequada a principal causa.

Um estilo de vida saudável associado a uma moderada/alta adesão à dieta mediterrânica, e um adequado nível de atividade física pode ter um efeito protetor na prevalência de AVC em utentes com fibrilhação auricular (FA) não valvular. Verifica-se também que a adesão à dieta mediterrânica tem sido associada a uma redução de eventos cardiovasculares em utentes com FA, devido aos seus efeitos antioxidantes (Escudero- Martínez et al., 2019).

Toda esta realidade leva a refletir sobre o papel dos profissionais de saúde na literacia em saúde da população, nomeadamente os Enfermeiros. Segundo a Ordem do Enfermeiros (2011, p. 8648),

“a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.”

A realização desta investigação pretende apresentar os resultados de um estudo que teve como objetivos gerais avaliar os conhecimentos dos estudantes do ensino secundário sobre AVC e a adesão à Dieta Mediterrânica. O mesmo foi realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, sob orientação do Professor Doutor José Carlos Quaresma Coelho.

A escolha desta população deve-se ao fato das crianças e jovens serem um grupo-alvo importante para a pesquisa e prática relacionada com a literacia em saúde. Durante a infância e juventude ocorrem processos de desenvolvimento cognitivo, físico e emocional essencial, bem como de comportamentos e aptidões relacionadas com a saúde. Estas fases da vida são consideradas fundamentais para o desenvolvimento saudável, bem como para a saúde e o bem-estar ao longo da vida adulta, pelo que a literacia em saúde é entendida como uma construção variável e de aprendizagem ao longo da vida, desde a infância. Direcionar as crianças e jovens para intervenções relacionadas com a sua própria literacia em saúde, pode ajudar na promoção de comportamentos saudáveis e atenuar riscos associados à saúde (Bröder et al., 2017). Por tudo isto, revelou-se de extrema importância a escolha deste tema baseado numa prévia pesquisa bibliográfica em diversas fontes de informação: livros, jornais, publicações e bases de dados.

Após uma reflexão sobre o tema, surgiram algumas questões de investigação que serviram de linha orientadora para a realização deste estudo. Relativamente ao estudo um: conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre AVC, as seguintes questões de investigação orientaram a nossa pesquisa:

- Qual o conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre o conceito de AVC?
- Qual o conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre os órgãos afetados no AVC?
- Qual o conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre os fatores de risco do AVC?
- Qual o conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre a prevenção do AVC?
- Qual o conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre os sintomas de AVC?
- Qual o conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre a atuação perante uma vítima suspeita de AVC?
- Qual o conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre o tratamento do AVC?
- Que fatores estão relacionados com o conhecimento dos estudantes sobre AVC?

No que diz respeito ao estudo dois: adesão à dieta mediterrânica surgiram as seguintes questões de investigação:

- Qual é a adesão à dieta mediterrânica por parte dos estudantes do ensino secundário?
- Que fatores estão relacionados com a adesão à dieta mediterrânica por parte dos estudantes do ensino secundário?

De forma a obter as respostas às nossas questões de investigação e atingir os objetivos inicialmente propostos, foi realizado um estudo correlacional em ambos os estudos.

O trabalho está estruturado em quatro capítulos. O primeiro diz respeito ao enquadramento teórico e revisão da literatura, onde são abordados conceitos relacionados com o tema do nosso estudo, nomeadamente literacia em saúde, AVC e dieta mediterrânica. No segundo capítulo será apresentada a metodologia. No terceiro capítulo, através de tabelas serão apresentados e analisados os resultados e no quarto capítulo serão discutidos os resultados à luz da revisão da literatura. De forma a terminar o estudo serão apresentadas as conclusões do estudo, as limitações e lacunas encontradas ao longo da investigação, bem como sugestões que possam contribuir para estudos futuros. Em anexo encontram-se ambos os questionários utilizados para a realização da colheita de dados.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No presente capítulo é realizada uma revisão da literatura sobre a literacia em saúde, o AVC e a dieta mediterrânica. No subcapítulo da literacia em saúde, abordamos o conceito de literacia em saúde, os dados epidemiológicos, conhecimentos da população sobre AVC. No subcapítulo do AVC apresentamos a sua definição, os dados epidemiológicos, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, prevenção, sinais e sintomas de AVC, atuação perante suspeita de AVC e tratamento, relação entre AVC e a importância da dieta mediterrânica. No terceiro subcapítulo, abordamos o conceito de dieta mediterrânica, dados epidemiológicos, importância da dieta mediterrânica na população jovem.

1.1. LITERACIA EM SAÚDE

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), literacia em saúde define-se como um conjunto de capacidades e competências cognitivas/sociais que as pessoas têm em aceder, compreender e aplicar a informação que lhes é cedida com o objetivo de promover e preservar uma saúde adequada (DGS, 2019).

A relação entre literacia e os resultados em saúde no adulto está bem documentada. É evidente que existe uma relação estabelecida entre baixa literacia e problemas associados ao uso de serviços preventivos, atraso no diagnóstico, conhecimento da condição de saúde, adesão à terapêutica médica, capacidade de autogestão, habilidades físicas/mentais e aumento do risco de morbilidade/mortalidade (Wolf et al.,2009; Pires, Rosa, Vigário & Cavaco,2018; Boland & Stacey, 2016; Pignone & DeWalt, 2006).

Pesquisadores referem que um baixo nível de literacia em saúde verifica-se igualmente em países desenvolvidos, em pessoas com mais idade, com baixo poder económico e baixa escolaridade, contribuindo desta forma para desigualdades entre os diferentes intervenientes da população (Pires et al., 2018).

Motivar os indivíduos a serem responsáveis pela sua própria saúde, na tomada de decisão sustentada em informação fidedigna através dos profissionais de saúde, permite uma maior consciencialização da importância da adoção de estilos de vida saudáveis, meta importante de saúde pública, e preocupação dos principais órgãos mundiais responsáveis pela saúde (Levin-Zamir & Bertschi, 2018; Pires et al., 2018).

Portugal, de acordo com os resultados do Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal 2016, (ILS-PT), comparando com os países participantes no *Health Literacy Survey Europe 2014* (HLS-EU) é o país com menor percentagem de pessoas com um nível excelente de literacia em saúde (8,6%) em comparação com a média europeia (16,5%)(DGS, 2019).

Os grupos considerados mais vulneráveis no que diz respeito à literacia em saúde englobam pessoas com 65 anos ou mais, com baixo nível de escolaridade, rendimentos mensais até 500 euros, portadores de doenças crónicas com limitações, fraca auto-perceção de saúde e que frequentaram no último ano, seis ou mais vezes cuidados de saúde primários (DGS, 2019).

As experiências individuais sobre saúde, fatores sociais e culturais também influenciam as crenças sobre a saúde e afetam os serviços de saúde, quer na criação de expectativas relativamente ao funcionamento dos mesmos quer sobre os direitos e deveres dos utentes. É fundamental que ao longo do percurso de vida de cada indivíduo (desde criança), se desenvolvam estruturas fundamentadas em pesquisas no campo da educação, ciência cognitiva e psicologia para que sejam desenvolvidas habilidades individuais necessárias para obter, processar, codificar e entender informações de saúde bem como para a tomada de decisão em próprio benefício (Wolf et al., 2009).

As crianças e jovens são um grupo de grande importância no que diz respeito à literacia em saúde da população. É durante a infância e juventude que ocorrem processos importantes de desenvolvimento cognitivo, físico, emocional e comportamentos/habilidades relacionados à saúde. O conhecimento em saúde ao longo desta fase da vida, torna-se essencial na medida em que contribui para um desenvolvimento saudável, com reflexo no bem-estar individual e na prevenção de riscos futuros (Bröder et al., 2017).

Embora seja evidente um crescente interesse na literacia das crianças e jovens, a importância que lhe é cedida ainda é pequena. No âmbito da saúde das crianças, o foco ainda é muito direcionado para os pais. Relativamente à promoção em saúde, apenas alguma atenção foi direcionada para a literacia das crianças e jovens no âmbito da educação escolar (Bröder et al., 2017).

A infância é um período importante para o conhecimento da promoção de estilos de vida saudáveis nomeadamente dieta saudável, importância do exercício físico, bem como a aquisição de conhecimentos básicos de saúde. Estudos revelam que ações locais, com base

ampla, orientada para crianças entre os 0 e 12 anos de idade, são eficazes e determinantes para modificar comportamentos de saúde com implicação a longo prazo (Graça, Mateus & Lima, 2013).

O sistema educacional assume aqui um elemento importante no desenvolvimento de conhecimento em saúde por parte dos jovens. É essencial que exista uma colaboração entre pesquisadores de saúde infantil, profissionais de saúde e educadores para que sejam criados currículos que contribuam para o desenvolvimento da literacia em saúde desde o jardim-de-infância até ao ensino secundário. A sala de aula deve ser um local onde são reforçadas informações pertinentes e fidedignas sobre comportamentos de saúde individuais. Em conjunto, devem ser reunidos esforços para a promoção da saúde na idade escolar e integração de atividades relacionadas à saúde com as lições lecionadas, utilizando por exemplo campanhas anti-drogas, anti álcool e anti-tabaco (Sanders et al., (2009) citado por Parnell (2015)).

Foram identificadas algumas diferenças socio-económicas, entre pessoas com baixo nível de escolaridade e também entre homens e mulheres. Adultos mais velhos apresentam taxas de pesquisa mais baixas. Verifica-se ainda que pessoas com elevada literacia em saúde são mais jovens e têm melhor educação do que as pessoas com baixos índices de literacia (Levin-Zamir & Bertschi, 2018).

A influência dos pares e dos pais constituem outra fonte de informação importante na aquisição de conhecimentos, pelo que a literacia dos próprios pais, podem condicionar os comportamentos e resultados de saúde dos jovens. A educação e os sistemas de saúde são elementos fulcrais na influência dos estilos de vida, e podem ser usados como veículos importantes para a literacia e promoção da saúde (Parnell, 2015).

Esta é uma responsabilidade e preocupação do sector da saúde que trabalha em prol da educação nas crianças e jovens. Os Enfermeiros constituem a maior população de força de trabalho e liderança na área da saúde. São profissionais que estão envolvidos na educação dos pais e filhos regularmente e são modelos para todos os membros de saúde. Para além disso estão bem cientes da importância de usar material cientificamente credível e culturalmente apropriados, necessários ao adequado desenvolvimento dos jovens e família (Sanders et al (2009) citado por Parnell (2015)).

O Enfermeiro Especialista assume um papel importante, não apenas pelas suas competências acrescidas desenvolvidas ao longo da sua formação e percurso profissional mas também pela importância da sua ação nos diferentes domínios do cuidar. Evidencia e demonstra a sua prática baseada num exercício seguro, profissional e ético na tomada de decisão de forma a oferecer as melhores práticas centrada no utente e nas suas preferências, respeitando os direitos humanos de forma a gerenciar situações comprometedoras para os mesmos. O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade até à sua operacionalização, reconhece a importância da melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados e do risco (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2019).

Posto isto, a literacia em saúde diz respeito ao conhecimento, à motivação e às competências da população que lhe permite aceder, compreender, avaliar e utilizar as informações em saúde de forma a tomar decisões informadas sobre cuidados de saúde, promoção da saúde, prevenção de doença de forma a manter e melhorar a qualidade de vida. Este desafio para com a população em geral é encarado como elemento fundamental de Saúde Pública (DGS,2019).

De acordo com a OMS (2018), das 56,9 milhões de mortes em todo o mundo no ano de 2016, cerca de 54% foram devido às dez principais causas, sendo que a doença cardíaca isquémica e AVC são as maiores causas de morte no mundo e responsáveis por 15,2 milhões de mortes em 2016 e nos últimos 15 anos.

O AVC é um dos principais problemas de saúde pública no mundo, pode causar incapacidade grave e frequentemente a morte. O conhecimento dos sintomas e fatores de risco que causam AVC é fundamental para reduzir o atraso pré-hospitalar, aumentar o número de utentes com critérios para receber terapêutica adequada, favorecendo o prognóstico e a sua sobrevivência (Gyung-Jae, Kyungsuk, Kyungsu & Young-Hoon, 2019; Willey, Williams & Boden-Albala, 2009; Hickey et al., 2009; Sim-Sim et al., 2019).

Contudo, quer pela falta de conhecimento da população sobre AVC e a fraca resposta adequada de emergência em tempo útil, muitos utentes não recorrem aos serviços na *Golden Hour*. Este fato continua a ser uma das principais lacunas dos utentes, familiares e população em geral (Gyung-Jae et al., 2019; Willey et al., 2009; Hickey et al., 2009; Sim-Sim et al., 2019).

1.2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Segundo a OMS, o AVC é definido como uma súbita instalação de sintomas focais de distúrbio da função cerebral, com duração superior a 24 horas, podendo causar a morte de origem vascular (World Health Organization [WHO], 2006).

O AVC pode classificar-se em isquémico ou hemorrágico. Maioritariamente dos AVC são isquémicos, contrastando com uma menor percentagem para os AVC hemorrágicos. Contudo, o AVC hemorrágico tem uma taxa de mortalidade mais elevada. O AVC isquémico ocorre quando há uma interrupção da circulação cerebral pela obstrução de um vaso sanguíneo normalmente causado por aterosclerose ou por um coágulo (Urden, Stacy & Lough, 2008). O AVC isquémico pode ser subdividido por causas ateroscleróticas, por formação de trombos, cardiogénica/embólica, idiopática (não está estabelecida uma causa identificável em cerca de 30% da totalidade dos AVC isquémicos) e outras causas (provocado por vasoespasmos, inflamação, perturbações da coagulação e efeitos de abuso de drogas, especialmente cocaína) (Phipps, Sands & Marek, 2003).

O AVC hemorrágico diz respeito a uma hemorragia intracraniana, ou seja, quando existe derrame de sangue no interior do cérebro. Independente do local onde ocorre a hemorragia, verifica-se a morte das células. Pela incapacidade do crânio expandir aquando da ocorrência destes eventos verifica-se frequentemente aumento da pressão no cérebro que pode ser letal (Urden, Stacy & Lough, 2008).

O AVC é então considerado uma doença complexa, com manifestação de diversas comorbilidades e fatores de risco com fisiopatologias convergentes para este evento (Rodrigues, Santana & Galvão, 2017).

De acordo com a OMS, os fatores de risco podem ser divididos em fatores de risco não modificáveis (idade, sexo, história familiar; genética), modificáveis (hipertensão arterial (HTA), tabagismo, sedentarismo, erros alimentares, consumo excessivo de álcool, excesso de peso e diabetes), e fatores ambientais (tabagismo passivo e acesso a tratamento médico) (Bonita, Heuschmann & Truelsen, 2009).

No que diz respeito à idade, 60% a 75% da totalidade dos AVC's ocorrem em pessoas com mais de 65 anos. Sendo que a incidência é ligeiramente superior no homem, presume-se que

este fato está associado a uma provável menor vigilância de HTA e doença cardíaca (Phipps et al, 2003). Até aos 70-80 anos os fatores de risco para AVC são mais prevalentes em homens, no entanto após essa idade eles tendem a igualar entre os sexos, com exceção da HTA e FA que são mais prevalentes nas mulheres. Além disso, o início do AVC tende a ser mais tardio no sexo feminino, tal inversão pode ser justificada, em grande parte, por alterações hormonais relacionadas com a menopausa (Rodrigues et al.,2017; Boehme, Esenwa & Elkind, 2018).

Os afro-americanos por exemplo, são duas vezes mais propensos a desenvolverem AVC isquémico trombótico, três vezes mais propensos a desenvolverem AVC hemorrágico e com maior mortalidade associada (Phipps et al., 2003; Rodrigues et al., 2017, Boehme et al., 2018). Em alguns estudos há referência que os hispânicos/latino-americanos apresentam risco aumentado de AVC. Uma razão provável para as disparidades raciais poderá estar associada a uma maior prevalência de fatores de risco como a HTA, obesidade e diabetes entre afro-americanos (Boehme et al., 2018).

Uma grande percentagem destes eventos vasculares pode ser evitada pela modificação de fatores de risco vasculares através de intervenções médicas e comportamentais. Mesmo depois de sofrer um AVC, os utentes continuam a mostrar défice de conhecimento sobre os sintomas e fatores de risco associados, pelo que a população carece de intervenções educacionais. As necessidades educacionais e limitações são relatadas quer pelos utentes com AVC, mas também pelos seus familiares e principais cuidadores no que diz respeito ao cuidar, às causas que levam ao AVC, sua prevenção e recuperação (Denny, Vahidy, Vu, Sharrief & Savitz, 2017; Sim-Sim et al., 2019). A identificação precoce e a modificação dos fatores de risco são imperativas. Os fatores de risco modificáveis podem ser divididos em condições médicas e fatores de risco comportamentais (Boehme et al., 2018).

A HTA é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de AVC, sobretudo se for em conjunto com aterosclerose. O correto diagnóstico, vigilância e tratamento da HTA veio reduzir a incidência e mortalidade por AVC nas últimas décadas. Os progressos nos esforços das comunidades no diagnóstico e controlo de HTA tiveram bastante impacto positivo na incidência da mortalidade por AVC (Phipps et al., 2003). Segundo a OMS, 62% de todos os AVC são atribuídos a eventos relacionados com a tensão arterial, sendo considerado o fator de risco mais comum e que aumenta com a idade. As amplas lesões causadas pela HTA fazem

deste fator de risco potencialmente debilitante (Boehme et al., 2018; Rodrigues et al., 2017). A HTA é reconhecida como um fator de risco para AVC por Li et al. (2019), e na literatura apresentada por estes autores, tanto a pressão sistólica como a diastólica foram significativamente correlacionadas com o risco de desenvolver AVC. Pessoas com ambos os parâmetros mais elevados devem estar cientes que se encontram com elevado risco de desenvolverem AVC.

As doenças cardíacas são das principais causas de ocorrência de AVC quer por aterosclerose quer por ser fonte comum de êmbolos/trombos (Phipps et al., 2003). A FA, é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de um primeiro AVC e também de outros episódios subsequentes. De modo independente aos outros fatores de risco, a FA aumenta duas a cinco vezes o risco de AVC isquémico e ocorre mais em mulheres (Boehme et al., 2018; Rodrigues et al., 2017).

A Diabetes Mellitus está associada a diversas alterações micro e macrovasculares que estão ligadas à aterosclerose (Phipps et al., 2003). Contribui aproximadamente em 20-25% para o desenvolvimento de AVC, sendo que 90% são AVC isquémicos. Alguns autores referem até que 65% dos utentes que tiveram pelo menos um episódio de AVC fazem uso de hipoglicemiantes (Boehme et al., 2018; Rodrigues et al., 2017).

A causa da dislipidémia está relacionada com a ingestão excessiva de dieta rica em colesterol, aumentando o nível de lípidos no sangue. Níveis elevados de colesterol estão associados a aumento de risco de incidência de AVC, pois contribui para a formação de aterosclerose que pode conduzir ao AVC aterotrombótico ou cardioembólico. Embora a dislipidémia seja reconhecida como um fator de risco para o desenvolvimento de AVC, investigações clínicas mostraram resultados controversos sobre como ela tem influência no desfecho agudo e pós agudo do AVC (Menet, Bernard & ElAli., 2018).

O tabagismo é uma das pandemias existentes e bem atuais, que no século XX matou cerca de 100 milhões de pessoas. Fumar é a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura nos países industrializados. É responsável pela causa de morte de diversas doenças a nível mundial. Em Portugal, estima-se que o consumo de tabaco seja responsável pela morte de uma em cada dez pessoas na população adulta e uma em cada quatro mortes nos indivíduos com idades compreendidas entre 45 e 59 anos. O consumo de tabaco inicia-se

essencialmente antes dos 25 anos, verificando-se um aumento significativo entre os jovens escolarizados (DGS, 2013a). É considerado um dos fatores de risco na base da cascata patológica, afeta não apenas o endotélio, mas também a função plaquetária e fatores protrombóticos, conduzindo à formação de espécies reativas de oxigénio e citocinas. De uma forma inicial o tabagismo pode danificar as propriedades vasodilatadoras do óxido nítrico, levando a reações bioquímicas e inflamatórias que causam danos físicos e severos à parede endotelial. Estes eventos contribuem de forma severa para o aumento do risco de AVC, aumentando ainda mais a sua potência de acordo com a quantidade de cigarros diários consumidos (Correia, Figueiredo, Costa, Barros & Veloso, 2018; Rodrigues et al., 2017).

Existem ainda outros fatores de risco referidos na literatura, como por exemplo a utilização de contraceção oral. A toma deste medicamento está fortemente associada a um maior risco de desenvolvimento de AVC, por aumento da probabilidade de trombose venosa. Embora ainda que de forma controversa, a associação entre o seu consumo e o desenvolvimento de AVC isquémico também parece existir de acordo com estudos referenciados por Correia et al. (2018), essencialmente quando há um aumento da dose de estrogénio.

De acordo com alguns ensaios, o consumo leve a moderado de álcool pode ser benéfico para os indivíduos, embora seja um tema que careça ser alvo de mais estudos. Jones et al. (2015), referem que existem evidências consistentes sobre o risco acrescido do consumo excessivo de álcool. Estes autores referem ainda que o consumo excessivo de álcool tem efeitos nocivos bem estabelecidos, contribuindo para um aumento da tensão arterial, inflamação e desenvolvimento de FA (Jones et al., 2015). Se o seu consumo for feito de forma moderada parece reduzir o risco cardiovascular em comparação com o não consumo. Por sua vez, o consumo excessivo aumenta o risco de desenvolvimento de AVC. (Spence, 2018).

Conhecer a história familiar de cada um, é um dado importante para compreender os fatores de risco em saúde e assim contribuir para a prevenção de outras doenças que possam estar associadas. A história familiar é um fator de risco não modificável para o desenvolvimento de AVC, pela vinculação com fatores genéticos (Lima, Moreira, Florêncio & Neto, 2016). Os antecedentes familiares e genéticos constituem um fator de risco, embora não se encontrem confirmados de forma conclusiva em diversos estudos. Uma forte associação entre os fatores

de risco (HTA, diabetes mellitus e dislipidémia) de AVC e o agregado familiar são reconhecidos como aspeto importante a ter em conta quando falamos em AVC (Kulshreshtha et al., 2015).

Rodrigues et al. (2017), refere que o sedentarismo pode ser considerado um fator de risco, uma vez que é potenciador na patogénese de doenças como a Diabetes Mellitus, obesidade e dislipidémia. Recomenda-se a promoção de um estilo de vida saudável com prática regular de exercício físico.

Outros dos fatores de risco para AVC diz respeito aos hábitos alimentares não saudáveis por parte da população. Nos Estados Unidos da América, e provavelmente também em outros países desenvolvidos o fator de risco mais prevalente é o consumo de dieta não saudável. De acordo com o relatório estatístico da *American Heart Association* (2015) apenas 0,1% dos americanos consomem uma dieta saudável, e apenas 8,3% consomem um pouco dieta saudável (Spence, 2018). Spence (2018) menciona a importância do estudo liderado por *Ancestral Keys*, que descreveu a importância de uma dieta principalmente vegetariana, favorecendo frutas para sobremesa em vez de doces, baixo consumo de carnes e laticínios e o consumo de azeite de oliveira, grãos inteiros, frutas, vegetais e legumes, pobre em colesterol e gordura animal. Este estudo revelado por *Ancestral Keys* menciona ainda diferença do risco coronário entre a população de Creta e Finlândia, verificando um risco de 1/15 da população de Creta com consumo à base de uma dieta mediterrânica comparativamente com a Finlândia. A dieta mediterrânica foi associada à redução de 70% de AVC e Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) em quatro anos, tal como será aprofundado mais à frente.

A obesidade é considerada uma doença crónica que pode influenciar a qualidade de vida das pessoas. É um fator de risco para ao desenvolvimento de determinadas doenças como a Diabetes, HTA, doenças cardiovasculares, cancro entre outros (WHO, 2000).

De acordo com a página *web World Health Organization*, a classificação da obesidade através do IMC (kg/m^2) é de acordo com cinco grupos diferentes sendo que um valor $\leq 18,5$ (kg/m^2) corresponde a baixo peso; entre 18,5 a 24,9 (kg/m^2) peso normal; 25 a 29,9 (kg/m^2) pré-obesidade; 30 a 34,9 (kg/m^2) obesidade grau 1; 35 a 39,9 (kg/m^2) obesidade grau 2 e ≥ 40 (kg/m^2) obesidade grau 3.

Outro aspeto importante quando abordamos o AVC, é a importância do reconhecimento precoce através de sinais e sintomas. De acordo com a literatura mencionada por Nicol e Thrift

(2005) os principais sinais de alerta do AVC estabelecidos pelo *American National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (2005) são: dormência ou fraqueza no rosto, braços ou pernas (especialmente em um lado do corpo); confusão, dificuldade em falar ou compreender a fala, distúrbios da visão em um ou ambos os olhos; tontura, dificuldade para andar, perda de equilíbrio ou coordenação; forte dor de cabeça sem causa conhecida; dificuldade na deglutição.

Como já referido anteriormente o AVC constitui uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo. As recomendações atuais na prevenção de doenças cerebrovasculares como o AVC, priorizam controlo de fatores de risco, conhecimento de sinais de alerta, aumento de unidades de AVC que visam cuidados diferenciados, reforço da qualificação dos profissionais de saúde e a implementação de protocolos de emergência nas fases pré e intra-hospitalar, designadas de Via Verde do AVC (Fonseca, Henriques & Ferro, 2008).

Em Portugal, as recomendações da DGS (2017b), referem que deve haver suspeita de AVC na presença dos sinais: dificuldade em falar, boca ao lado e falta de força num membro (3 F's).

É importante reforçar junto da população que na presença de sinais de alerta deve ser ativado o Número Europeu de Emergência 112. Após este contato telefónico, a chamada será então referenciada para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Deve ser informado então a suspeita de estar perante uma pessoa com AVC, e proceder desta forma à ativação da Via Verde AVC pré-hospitalar enviando o meio de transporte ao local (DGS, 2017b).

O conceito “Tempo é cérebro” é importante pois significa que o tempo constitui uma emergência quando se aborda o tema AVC. O objetivo principal nos cuidados emergentes ao utente com AVC é encaminhar o mesmo para uma unidade hospitalar de forma célere e adequada para que o utente consiga receber o tratamento necessário à sua situação clínica (Fonseca et al., 2008).

Durante o tratamento agudo a estes utentes que vivenciam AVC, verificam-se alguns atrasos, quer pela incapacidade da população de reconhecer sinais e sintomas de alerta e contatar serviços de emergência de forma correta, quer por falha na atribuição de prioridade ao transporte de utente com AVC pelos serviços e profissionais de emergência, ou também por atrasos no acesso a exames de neuroimagem e cuidados intra-hospitalar ineficientes. Para

Fonseca et al. (2008) as principais recomendações no que diz respeito ao encaminhamento e tratamento ao utente com suspeita de AVC dizem respeito a:

- Reconhecimento dos sinais e sintomas pelo utente, família e/ou testemunhas e contacto imediato para os serviços de emergência e envio prioritário de socorro pelos mesmos;
- Transporte prioritário destes utentes com notificação e referenciação atempada ao hospital de referência que irá receber;
- O utente seja encaminhado o mais precoce possível para um hospital que tenha preferencialmente uma unidade AVC ou com capacidade para iniciar o quanto antes tratamento precoce;
- Os profissionais dos serviços de emergência e os tripulantes de ambulância sejam treinados para reconhecer um utente com AVC;
- O hospital que recebe o utente saiba que o vai receber e providencie uma rápida triagem, adequada avaliação clínica, laboratorial e imagem, diagnóstico, decisão terapêutica e administração de tratamento apropriado;
- Áreas distantes ou rurais seja equacionado transporte por helicóptero a fim de melhorar o acesso ao tratamento;
- Áreas distantes ou rurais tenha acesso a telemedicina no sentido de o utente beneficiar o acesso ao tratamento;
- Os utentes com acidente isquémico transitório (AIT), sejam referenciados atempadamente, para consulta de AIT ou para um centro médico com unidade de AVC que possa proporcionar avaliação por um especialista e tratamento imediato.

A imagem do cérebro e dos vasos que o constituem é uma mais-valia na prestação de cuidados aos utentes com suspeita de AVC agudo. A imagem cerebral permite diferenciar a presença de AVC isquémico ou hemorrágico, e diferenciar de outras patologias confundíveis com AVC. A imagem diferencial deve ser precisa na deteção do AVC. Em utentes com suspeita de AVC ou AIT recomenda-se a realização de Tomografia Axial Computorizada (TAC) para obtenção do diagnóstico, ou em alternativa Ressonância Magnética (RM), de acordo com os centros de tratamento e a disponibilidade hospitalar. Em utentes com AIT ou AVC minor, ou até com

recuperação espontânea precoce recomenda-se a avaliação diagnóstica imediata incluindo imagem vascular urgente (ultrassonografia, angio TAC e angio RM) (Fonseca et al., 2008).

Para se chegar a um diagnóstico é importante que se aborde a história clínica, exame físico/neurológico e exames auxiliares. Na história clínica é importante que se perceba a história pessoal/familiar de doença vascular, o início súbito dos sintomas neurológicos focais, e principalmente o tempo decorrido desde o início dos mesmos para que se possa decidir, caso seja aplicável, se o utente tem critérios para realizar terapêutica fibrinolítica de emergência necessária nesta fase (Ustrell-Roig e Serena-Leal, 2007).

O exame físico geral, os resultados laboratoriais, o eletrocardiograma (ECG) e radiografia ao tórax, ajudam a compreender a possível etiologia do evento. Contudo, dos exames mais específicos, a TAC crânio encefálica é essencial para se conseguir diferenciar AVC isquémico ou hemorrágico. Por sua vez, nas primeiras horas após o AVC, o resultado da TAC pode ser normal ou então revelar sinais precoces de enfarte e determinar se possível a localização do evento, dados de grande utilidade não apenas para avaliar a extensão do AVC mas também para iniciar a terapêutica adequada o quanto antes. Posteriormente aos achados, é importante perceber quais as causas que levaram a que o utente desenvolvesse o AVC, daí que será importante outros exames complementares de diagnóstico diferenciados (Fonseca et al., 2008).

A eficácia do tratamento de emergência aos utentes com AVC agudo depende uma cadeia com 4 elos: o reconhecimento rápido dos sinais e sintomas de AVC e AIT, contato imediato com os serviços de emergência e encaminhamento célere e prioritário pelos mesmos, transporte prioritário com notificação ao hospital que vai receber o utente com AVC agudo e triagem rápida no serviço de urgência, avaliação clínica, laboratorial e de imagem, diagnóstico preciso e administração do tratamento apropriado (Fonseca et al., 2008).

A notificação prévia dos profissionais de saúde indicados para o tratamento diferenciado do AVC nas unidades hospitalares da chegada dos utentes está associada a uma redução nos atrasos intra-hospitalar, aumento do uso da trombólise, diminuição da estadia hospitalar e diminuição da mortalidade intra-hospitalar. Dependendo do tipo de AVC, a trombólise deve ser iniciada o quanto antes, na sala da TAC ou nas imediações deste equipamento, por sua vez

a angiografia deve ser de fácil acesso caso seja necessário o tratamento endovascular (Fonseca et al., 2008).

A existência de protocolos nas unidades hospitalares direcionados para os utentes com AVC verificou-se ser uma mais-valia no início da realização do tratamento adequado em tempo útil. A implementação de esquemas de melhoria contínua da qualidade é benéfico na diminuição dos atrasos intra-hospitalares, comprovado através de indicadores de qualidade que permitem avaliar a qualidade dos cuidados (Fonseca et al., 2008).

Atualmente a trombólise é o tratamento aprovado pela *Food and Drug Administration*, usado para restaurar o fluxo sanguíneo. Contudo, menos de 5% dos utentes com AVC podem beneficiar com este tratamento pois deve ser administrado dentro de uma janela de tempo terapêutico após início do quadro. A trombectomia surgiu como outra opção terapêutica (Menet t al., 2018).

Existem evidências de alta qualidade para a realização de trombectomia mecânica de forma a melhorar o resultado funcional dos utentes com AVC isquémico agudo dentro de 6 horas após o início dos sintomas. Foram ainda encontradas evidências de moderada qualidade para recomendar a realização deste procedimento na janela de tempo 6-24 horas em utentes que reúnam critérios de eleição de ensaios clínicos randomizados publicados (Turc et al., 2019).

No AVC hemorrágico qualquer alteração da coagulação deve ser corrigida assim que possível. Se o utente tiver um perfil de coagulação normal, a terapia hemostática precoce ajudará a diminuir os efeitos adversos deste evento e assim minimizar o aumento do volume sanguíneo, melhorando o prognóstico. O fator VII ativado recombinante, administrado dentro de 4 horas do início clínico é o único tratamento que se mostrou eficaz de acordo com Ustrell-Roig, e Serena-Leal (2007). O tratamento cirúrgico só é aceite em alguns casos específicos.

O AVC continua a ser a primeira causa de incapacidade funcional entre adultos das doenças cerebrovasculares. Cerca de 40 a 50% dos indivíduos que sofrem de AVC morrem após os seis meses. Os sobreviventes destes eventos patológicos podem desenvolver deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas. Maioritariamente das vezes, os indivíduos que sofreram de AVC e que são portadores de sequelas não conseguem responder às intervenções a curto/médio prazo, sendo um desafio constante quer para os profissionais de saúde quer para as autoridades que regulamentam a saúde. A OMS refere que essa

incapacidade é uma restrição, resultando de uma deficiência, da falta de habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Essas incapacidades são classificadas como: motoras e de locomoção, de comunicação, emocional, cognitiva, visual e auditiva. A perda de autonomia entre os adultos e a dependência consequente é a forma mais expressiva da gravidade das lesões, verifica-se que cerca de 30 a 40% dos sobreviventes no primeiro ano após o AVC são impedidos de trabalhar e necessitam de apoio nas atividades de vida diárias: alimentar-se, higiene e vestir-se, posicionar-se, eliminação. A adaptação à incapacidade física após um AVC envolve o compromisso quer do utente, família, redes de apoio, profissionais de saúde desde a sua permanência em meio hospitalar, como no meio social do utente e cuidados de saúde primários (Teixeira e Silva, 2009; Carvalho-Pinto e Faria, 2016).

Uma das maneiras de reduzir a incidência de AVC pode ser através da implementação de medidas de prevenção primária e secundária a nível individual e populacional, dando ênfase aos adolescentes como papel fundamental nas futuras gerações. A abordagem individual diz respeito à identificação de pessoas de alto risco mediante os fatores que lhes atribui esse grau, a nível populacional envolve triagem em massa ou campanhas de educação de forma a reduzir comportamentos de risco (Nicol & Thrift, 2005).

Cerca de 90% do risco de desenvolver AVC é evitável e atribuível a fatores de risco modificáveis incluindo uma dieta inadequada/erros alimentares. A adesão à dieta mediterrânica foi considerada benéfica na prevenção de AVC. O efeito benéfico desta dieta está associado aos seus componentes nutricionais que contribuem para a redução da tensão arterial, lípidos, inflamação e consequente melhoria da saúde metabólica. A dieta mediterrânica faz parte da dieta alimentar que contribui para a prevenção primária de AVC (Paterson et al., 2018).

Hoje em dia verifica-se um elevado consumo de produtos energéticos/açucarados e com alto teor de gordura por parte dos jovens nos intervalos escolares. Apesar de ter havido redução do acesso a estes produtos por parte das escolas, os jovens continuam a levar estes lanches de casa ou a adquirir em estabelecimentos perto das escolas para consumo regular. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), entre 2003 e 2008 as disponibilidades *per capita* dos produtos de origem animal (carnes, peixe e ovos) e de “óleos e gorduras” sobretudo de origem animal aumentaram, e por sua vez as leguminosas, frutos e produtos hortícolas

diminuíram. Tem vindo a verificar-se um afastamento do padrão alimentar mediterrânico por parte da população portuguesa. Daí a importância de reforçar perante este grupo populacional a relevância de seguir um padrão alimentar adequado (Graça et al., 2013).

1.3. DIETA MEDITERRÂNICA

O padrão alimentar mediterrânico é um dos mais estudados em todo o mundo. Quando na década de 40/50 do século passado os investigadores norte-americanos da Fundação *Rockefeller* chegaram ao mediterrâneo, verificaram os níveis de saúde da população insular da Grécia e ficaram surpreendidos. Comparativamente com a América do Norte, constataram maior longevidade da população, embora o acesso aos cuidados de saúde e as condições da própria população fosse inferior. A alimentação era claramente diferente daquela que os americanos praticavam. Posto isto, nos anos 60, *Ansel Keys* e a sua equipa de investigação decidiram estudar de forma sistemática a relação entre o padrão alimentar da população do mediterrâneo e a doença cardiovascular (Graça et al., 2013).

Esta dieta tem vindo a ser alvo de diversos estudos, que demonstram o seu benefício preventivo na ocorrência de doenças cardiovasculares, degenerativas, crónicas, neoplasias, obesidade, diabetes, entre outras. Quando se fala em adesão à dieta mediterrânica, prima-se pela sua adesão completa e não de forma individual (Demarin, Lisak & Morović, 2011; Galbete et al., 2018).

Já em 1993 foram estabelecidas por parte da *International Conference on Diets of the Mediterranean* as principais características desta dieta mediterrânica (Graça et al., 2013).

São diversos os benefícios em saúde verificados na dieta mediterrânica que contribuem para longevidade e a qualidade de vida (Graça et al., 2013; Demarin et al., 2011):

- A presença abundante de ácidos gordos insaturados (essencialmente monoinsaturados) pelo consumo de azeite, ácidos gordos polinsaturados Omega 3 provenientes do peixe e frutos secos, e baixos ácidos gordos saturados e trans, fatores essenciais na proteção da saúde cardio e cerebrovascular;
- Fonte essencial de vitaminas, minerais e outras substâncias (flavonóis, catequinas, isoflavonas, antocianinas, proantocianinas, entre outras) com elevado potencial antioxidante que se encontram nos produtos hortícolas, fruta, leguminosas frescas e ervas aromáticas

condimentares essenciais para diminuição do risco de desenvolvimento de doenças neurodegenerativas, cardio/cerebrovasculares e vários tipos de cancro;

- Cereais pouco refinados como o trigo e arroz, em conjunto com as leguminosas e batatas são as principais fontes alimentares de hidratos de carbono complexos e fonte de energia;
- Preferência e consumo elevado de produtos vegetais em detrimento de produtos de origem animal. Pelo que o consumo energético diário vem essencialmente de hidratos de carbono (55 a 60%), lípidos (25 a 30%), proteína sobretudo de origem vegetal (10 a 15% - leguminosas e cereais).

A dieta mediterrânica assume um papel importante na função endotelial, reduzindo de forma eficaz a circunferência da cintura, a glicose plasmática, a resistência à insulina. Verifica-se evidência epidemiológica no papel preventivo desta mesma dieta na obesidade, fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Demarin et al., 2011).

O aumento do índice glicémico e a redução de baixo teor de fibras de cereais conduzem a um maior risco de morte por AVC, verificando-se um aumento de cinco vezes o risco de desenvolver esta patologia. Observa-se um alargamento do calibre vascular da retina e outras alterações microvasculares que por sua vez está intimamente ligado ao aumento do índice glicémico consumido nos alimentos (Demarin et al., 2011).

Os princípios da dieta mediterrânica em Portugal baseiam-se em utilizar a frugalidade e cozinha simples (protegem os alimentos, como as sopas, os cozidos, as caldeiradas, e os ensopados); elevado consumo de produtos vegetais preferencialmente produzidos localmente, frescos e da época; consumo de azeite como principal fonte de gordura; consumo moderado de lacticínios; uso de ervas aromáticas para temperar em detrimento do sal; consumo de peixe frequente; baixo consumo de carnes vermelhas; consumo de vinho moderado e apenas nas principais refeições; água como principal bebida e ao longo do dia; leguminosas (feijão, grão ou ervilha) presentes com regularidade; pão de qualidade e convivialidade à volta da mesa (DGS, 2013b).

Pessoas com cuidados especiais poderão ter que restringir alguns alimentos aconselhados na dieta mediterrânica. Devem ser adaptadas as quantidades a diferentes idades e estados fisiológicos. Consultar um profissional de saúde é sempre uma prioridade DGS (2013b).

Devem ser realizadas no mínimo três refeições principais (pequeno almoço, almoço e jantar), intercalar com pequenos lanches, não ficar mais de 3,5 horas sem comer. Fazer pequenas refeições a horas certas, várias vezes ao dia, ajuda a controlar a quantidade de alimentos que se consome a cada refeição. É importante incluir diariamente nas principais refeições: cereais pouco refinados: pão de mistura ou integral, arroz pouco polido, massas de trigo duro e *couscous* (alimentos ricos em amido, principal fonte de energia do nosso organismo; fibras, vitaminas do complexo B e minerais: magnésio, fosforo, cálcio, ferro,...); produtos hortícolas em abundância: diferentes cores e texturas ao almoço e jantar, na sopa e no prato, de forma a garantir o aporte diário de fibra, vitaminas, minerais e substâncias antioxidantes; uma a duas peças de fruta: a fruta como sobremesa, levar fruta sempre que se sai de casa para lanche da manhã/tarde. Os produtos hortícolas e frutas são muito ricos em substâncias protetoras com elevado potencial antioxidante e contribuem para a diminuição do risco de desenvolvimento de diversas doenças, tal como doenças neuro degenerativas, vasculares e vários tipos de cancro DGS (2013b).

Tal como referido anteriormente deve-se beber bastante água ao longo do dia, pois uma correta hidratação ajuda a manter um adequado equilíbrio corporal, ideal para um correto funcionamento renal e intestinal. Em alternativa optar por infusão de ervas (tília, cidreira, camomila, lúcia-lima,...) ou outras formas de hidratação (bebidas não açucaradas e sopa com pouco sal e gordura). Consumo de laticínios duas vezes por dia preferencialmente magros (ajudam num adequado funcionamento ósseo). O azeite para temperar e cozinhar pois é rico em ácido oleico (contribui para aumentar a porção de HDL do colesterol, protetora do desenvolvimento de doenças cardiovasculares, contudo deve ser consumido de forma moderada pois sendo uma gordura tem o seu valor calórico). Evitar o consumo de sal em excesso pois o seu consumo excessivo contribui para o aparecimento e manutenção de HTA. Enriquecer o sabor dos alimentos e dos cozinhados substituindo o sal por ervas aromáticas (salsa, coentros, louro, tomilho, manjerição, orégãos,...), cebola, alhos; quantidade moderadas: cravinho, noz-moscada, cominhos; não usar sal na mesa; evitar aperitivos salgados. Consumo de azeitonas, nozes, amêndoas, figos secos, tremço e sementes pois são ricos em gorduras insaturadas, proteína vegetal, vitaminas, minerais e fibras. Pequenas quantidades podem ser um lanche em alternativa a lanches ricos com gorduras saturadas e açúcares (croissants, bolos, bolachas entre outros) DGS (2013b).

Moderar o consumo de vinho e/ou cerveja e apenas às refeições principais: evitar o consumo de bebidas destiladas e com elevado teor alcoólico como aguardentes, licores e whisky. Ingestão de um copo pequeno por dia para as mulheres e dois copos pequenos por dia aos homens.

Relativamente às principais refeições devem ser incluídos peixe duas ou mais vezes por semana, carne de aves e coelho duas vezes por semana, dois a quatro ovos por semana incluindo os ovos utilizados na culinária diversa. Estes três tipos de alimentos são excelentes proteínas de qualidade, apresentam baixo teor de gorduras saturadas e o peixe é rico em ácidos gordos polinsaturados ómega-3, protetores do sistema cardiovascular DGS (2013b).

As leguminosas secas e frescas (feijão, grão de bico, lentilhas, chícharo, favas, ervilhas) devem ser consumidas mais de duas vezes por semana e os cereais (arroz, massa, couscous,...) não consumir mais que três vezes por semana. Ambas são excelente fonte de proteína vegetal com baixo teor de gordura. Pode-se combinar leguminosas com cereais ou com batata.

As carnes vermelhas devem ser consumidas apenas uma a duas vezes por semana e as carnes processadas (fiambre, enchidos, presunto e outros produtos de charcutaria) menos de uma vez por semana, em pequenas quantidades pois apresentam alto teor em gorduras saturadas e o seu consumo excessivo está associado ao desenvolvimento de doença vascular e alguns tipos de cancro (DGS, 2013b).

A adesão à dieta mediterrânea contribui para uma diminuição do risco de desenvolvimento de EAM, com maior efeito nas mulheres do que nos homens. Contudo, os efeitos protetores da ingestão de álcool sobre o risco cardiovascular é um assunto que merece atenção por parte dos investigadores, pois dependem essencialmente da quantidade e padrão de consumo (Galbete, Schwingshackl, Schwedhelm, Boeing & Schulze, 2018).

Hábitos alimentares saudáveis e a sua relação com a saúde da população em geral é fundamental para o desenvolvimento saudável individual/coletivo e um fator importante merecedor de atenção na formação dos cidadãos/ jovens. É desafiante em pleno século XXI, no meio das alterações climáticas cada vez mais visíveis, encontrar métodos de adaptação viáveis às novas realidades da sociedade. A produção alimentar suficiente, a adequação nutricional essencial, a sustentabilidade ambiental bem como a adequação cultural à dieta, é um desafio contemporâneo na procura de uma alimentação saudável (Graça et al., 2013).

De acordo com os diversos estudos é evidente os diferentes benefícios para a saúde da dieta mediterrânica. Contudo, dados recentes indicam que a adesão a este padrão alimentar tem diminuído nas regiões do mediterrâneo, particularmente em populações mais jovens incluindo em Portugal. Verifica-se um aumento do consumo de produtos de origem animal bem como de gorduras saturadas e também diminuição da ingestão de produtos vegetais (Rito et al., 2019).

Para além disso, um padrão alimentar inadequado está fortemente associado a maior prevalência de obesidade infantil, tendo sido verificado frequentemente nos países do sul da Europa, nomeadamente os mediterrânicos. Países como Grécia, Itália, Espanha, Malta e Portugal têm sido consistentemente os países com maior prevalência de sobrepeso e obesidade na infância (Rito et al., 2019).

Em Portugal, no ano 2016, foi criado um programa “*Eat Mediterranean* (EM - um programa para eliminar Desigualdades dietéticas nas escolas ”. O *Eat Mediterranean* foi uma intervenção de base comunitária recomendada pela OMS e incorporada no Plano Nacional de Saúde, com o objetivo de combater desigualdades nutricionais em crianças em idade escolar de forma a promover a dieta mediterrânica, sendo a escola o meio ambiente ideal para atingir esse objetivo. Para isto, foram realizadas diversas parcerias quer ao nível dos sectores da saúde, educação e municípios. A abordagem direccionou-se não apenas a nível individual (criança e família) mas também populacional com sessões de educação para a saúde nas escolas (Rito et al., 2019)

Os profissionais de saúde, bem como os professores que trabalham com educação alimentar nas escolas, encontram diversos desafios ao longo do seu percurso letivo, nomeadamente na forma de introdução destas problemáticas na política educativa da escola, e de que forma podem ser operacionalizadas, integradas e passíveis de avaliação (Graça et al., 2013).

Existe evidência científica de que a escola assume uma fonte importante de promoção da saúde nos jovens, sobre a relação entre ser saudável e os resultados escolares. Há ainda evidência de que as escolas mais eficazes ao nível da promoção da saúde são aquelas que abordam, mesmo que de forma global, problemáticas gerais sobre saúde, com a participação de toda a comunidade local não esquecendo variáveis sociais, culturais e ambientais no ensino (Graça et al., 2013).

Para estudar o índice de qualidade da dieta mediterrânica das crianças e jovens, diversos são os estudos que fazem referência ao questionário KIDMED - *Mediterranean Diet Quality Index in Children and Adolescents*. O KIDMED, foi desenvolvido por Serra-Majem, Ribas, García, Pérez-Rodrigo e Aranceta (2003) para avaliar a adesão das crianças à dieta mediterrânea (Dayi, Soykut, Ozturk & Yucecan, 2020).

2. METODOLOGIA

De acordo com Fortin (2009), a metodologia diz respeito a um conjunto de métodos e técnicas que são utilizados para a realização do processo de investigação científica, onde são expostos os objetivos, questões de investigação, as variáveis e a sua operacionalização, o processo de seleção da amostra, o instrumento de colheita de dados, o processo de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos e também as técnicas e medidas estatísticas utilizadas em todo o processo.

Desta forma, neste capítulo iremos apresentar a concetualização do estudo, questões de investigação, objetivos, hipóteses de investigação, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos, e por último, o tratamento de dados.

2.1. CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO, OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

O cuidar em Enfermagem deve estar fundamentado na evidência científica. A investigação em Enfermagem assume um papel fundamental para dar resposta a questões que surgem nos cuidados de saúde prestados, de modo a encontrar as melhores formas de promover a saúde da população, prevenir doenças e prestar cuidados de reabilitação à pessoa e sua família nos diversos contextos existentes (Sampaio, Carvalho, Araújo & Rocha, 2014).

O desenho do estudo é o conjunto de decisões metodológicas na realização de uma investigação, de modo a que os objetivos sejam atingidos. Esta investigação teve início na escolha do tema, seguindo a realização de uma revisão bibliográfica pormenorizada, através de consulta de diversas fontes de literatura. A revisão da literatura empírica e teórica pertinente é essencial para o domínio dos conhecimentos do problema de investigação (Fortin, 2009).

Ao longo do tempo tem-se verificado uma mudança de perfil quer da morbilidade quer da mortalidade da população. Os hábitos não saudáveis na infância e juventude, as implicações destes fatores na vida adulta bem como um número crescente de mortes em adolescentes, têm despertado interesse na criação de programas de saúde de acordo com esta faixa etária. É importante que se criem estratégias eficazes de resposta aos jovens, para que estes sejam atraídos para os serviços de saúde, assumindo um papel de responsabilidade e participação ativa (Souza & Souza, 2012).

Uma inadequada literacia em saúde está associada a maior custo para todos os intervenientes no processo do cuidar, bem como uma preocupação crescente no que diz respeito às doenças cerebrovasculares como uma das principais causas de morte e morbidade em todo mundo. Surge assim a necessidade de compreender e aprofundar o fenómeno em questão. Para proceder à investigação optou-se pela utilização de um estudo correlacional.

Este estudo foi realizado através da aplicação de dois questionários elaborados pela Associação Portuguesa de AVC em colaboração com a Escola Superior de Saúde de Leiria.

Devido à pandemia, não foi possível aplicar os dois instrumentos de colheita de dados à mesma amostra, pelo que se optou por apresentar o trabalho com dois estudos dado que obtivemos duas amostras diferentes. Por este motivo, apresentaremos os resultados como Estudo 1, a parte do trabalho que avalia os conhecimentos dos estudantes do ensino secundário sobre AVC e como o Estudo 2 a parte do trabalho que avalia a adesão dos estudantes do ensino secundário à dieta mediterrânica.

Ao refletirmos acerca desta temática surgiram algumas questões de investigação que serviram como linha orientadora para a elaboração deste estudo, nomeadamente:

Estudo 1: Conhecimentos dos estudantes do ensino secundário sobre AVC

- Qual o conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre o conceito de AVC?
- Qual o conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre os órgãos afetados no AVC?
- Qual o conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre os fatores de risco do AVC?
- Qual o conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre a prevenção do AVC?
- Qual o conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre os sintomas de AVC?
- Qual o conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre a atuação perante uma vítima suspeita de AVC?
- Qual o conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre o tratamento do AVC?
- Que fatores estão relacionados com o conhecimento dos estudantes sobre AVC?

Estudo 2: Adesão dos estudantes do ensino secundário à dieta mediterrânica.

- Qual é a adesão à dieta mediterrânica por parte dos estudantes do ensino secundário?
- Que fatores estão relacionados com a adesão à dieta mediterrânica por parte dos estudantes do ensino secundário?

Para conduzir adequadamente uma investigação, o investigador é orientado a definir os objetivos operacionais, que dependem da natureza dos fenómenos e das variáveis em questão, assim como das condições em que a investigação vai ocorrer (Almeida & Freire, 2017).

Numa pesquisa científica, os objetivos visam definir de forma clara os aspetos que se pretendem analisar, de modo a solucionar a problemática em questão (Prodanov & Freitas, 2013).

Assim, para o Estudo 1 foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar os conhecimentos dos estudantes do ensino secundário sobre conceito de AVC;
- Avaliar os conhecimentos dos estudantes do ensino secundário sobre os órgãos afetados no AVC;
- Avaliar os conhecimentos dos estudantes do ensino secundário sobre os fatores de risco do AVC;
- Avaliar os conhecimentos dos estudantes do ensino secundário sobre a prevenção do AVC;
- Avaliar os conhecimentos dos estudantes do ensino secundário sobre os sintomas de AVC;
- Avaliar os conhecimentos dos estudantes do ensino secundário sobre a atuação perante uma vítima suspeita de AVC;
- Avaliar os conhecimentos dos estudantes do ensino secundário sobre o tratamento do AVC.

Para o Estudo 2 foi definido o seguinte objetivo:

- Avaliar a adesão à dieta mediterrânica por parte dos estudantes do ensino secundário.

2.2. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Almeida e Freire (2017, p. 28), “face a um problema inventariado e descritos nos seus contornos, definem-se as relações que parecem mais plausíveis a fim de poderem ser contestadas. Por hipótese entende-se, pois, a explicação ou solução mais plausível num dado

momento ou contexto para um problema.” De modo a confirmar os nossos pressupostos teóricos, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

Estudo 1:

HIPÓTESE 1: O conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre AVC está relacionado com o sexo dos participantes;

HIPÓTESE 2: O conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre AVC está relacionado com o fato de ter um familiar que já tenha sofrido AVC;

HIPÓTESE 3: O conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre AVC está relacionado com já ter lido ou visto informação sobre AVC;

Para o Estudo 2 foram estabelecidas as seguintes hipóteses:

HIPÓTESE 1: A adesão à dieta mediterrânica está relacionada com o sexo dos participantes;

HIPÓTESE 2: A adesão à dieta mediterrânica apresenta correlações estatisticamente significativas com a idade (anos) dos participantes;

HIPÓTESE 3: A adesão à dieta mediterrânica apresenta correlações estatisticamente significativas com o IMC dos participantes;

HIPÓTESE 4: A adesão à dieta mediterrânica está relacionada com a prática de exercício físico dos participantes;

HIPÓTESE 5: A adesão à dieta mediterrânica está relacionada com a escolaridade dos participantes;

HIPÓTESE 6: A adesão à dieta mediterrânica está relacionada com o fato dos participantes almoçarem em casa ou não;

HIPÓTESE 7: A adesão à dieta mediterrânica está relacionada com a escolaridade da mãe dos participantes;

HIPÓTESE 8: A adesão à dieta mediterrânica está relacionada com a escolaridade do pai dos participantes.

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Almeida e Freire (2017, p.70), podemos “falar em população, significando esta o conjunto dos indivíduos, casos ou observações onde se quer estudar o fenómeno”. Por sua vez, a amostra diz respeito ao “conjunto de situações (indivíduos, casos ou observações) extraído de uma população.”

Segundo Fortin (2003, p.202), a população é “uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidos por um conjunto de critérios.”

Segundo Almeida e Freire (2017), por questões monetárias, tempo, acessibilidade e desinteresse estatístico não faz sentido trabalhar com a população, pelo que a sugestão tem sido de considerar apenas a amostra.

A amostra consiste num subconjunto de elementos, pertencentes à população alvo, e que possui características em quantidade e qualidade suficiente que seja representativa da mesma (Fortin et al., 2009).

A população definida para este estudo diz respeito aos estudantes do Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano) em duas escolas diferentes do distrito de Leiria.

Desta forma, a amostra definida para este estudo diz respeito aos estudantes do Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano) em duas escolas diferentes do distrito de Leiria que responderam aos questionários. O tipo de amostragem utilizada foi não probabilística por conveniência.

Relativamente ao Estudo 1: Conhecimentos dos estudantes do ensino secundário sobre AVC obtivemos uma amostra de 284 estudantes. No que diz respeito ao Estudo 2: Adesão à dieta mediterrânica pelos estudantes do ensino secundário, obtivemos uma amostra de 841 estudantes. Os participantes foram os estudantes que responderam voluntariamente ao questionário.

Os critérios de inclusão dizem respeito a todos os estudantes do ensino secundário que autorizaram e responderam aos questionários de forma autónoma, e os critérios de exclusão dizem respeito aos estudantes que não quiseram responder ao questionário ou que não autorizaram a aplicação do mesmo.

2.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados é um processo de observação, de medida e recolha de informação sobre determinadas variáveis junto dos participantes numa investigação. A escolha de um determinado instrumento de colheita de dados faz-se de acordo com as variáveis e a respetiva operacionalização, e depende da análise estatística considerada. É fundamental o conhecimento dos instrumentos de medida existentes, as vantagens e os inconvenientes (Fortin et al., 2009).

Tendo em conta as questões de investigação e objetivos delineados para o estudo com uma metodologia quantitativa, a colheita de dados foi realizada através de questionário.

De acordo com Wood e Waber (2001) citado por Vilelas (2017), os questionários dizem respeito a instrumentos de colheita de dados dos sujeitos alvos do estudo, que devem ser de registo escrito e planeado, utilizando questões a respeito de conhecimentos, crenças e sentimentos de forma a obter informação fidedigna que se pretende acerca da população em estudo e das variáveis que são objeto de estudo.

Para Fortin (2009), é um instrumento de medida que expõe os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis de forma a controlar, organizar e normalizar os dados para que as informações a serem estudadas possam ser colhidas com o rigor exigido.

Relativamente a este estudo foram aplicados dois instrumentos de colheita de dados elaborados pela Associação Portuguesa de AVC em colaboração a Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria, como forma de avaliar os conhecimentos dos estudantes do ensino secundário sobre AVC e avaliar a adesão à dieta mediterrânica.

No que diz respeito ao Estudo 1: Conhecimentos dos estudantes sobre AVC, foi aplicado um questionário elaborado pela Associação Portuguesa de AVC (ANEXO I) em parceria com o Instituto Politécnico de Leiria. O questionário incluiu duas partes: a primeira com questões referentes à caracterização sociodemográfica (idade e sexo), se tem algum familiar que teve AVC, se já leu ou viu alguma coisa sobre AVC e qual das doenças que têm mais medo. A segunda parte é sobre os conhecimentos dos participantes relativamente ao AVC em nove dimensões, nomeadamente quais os órgãos afetados (cinco questões), fatores de risco/causas (vinte e duas questões), prevenção (sete questões), sintomas de AVC (vinte e seis questões),

em que consiste (sete questões), atuação perante suspeita de AVC (nove questões), tratamento do AVC, (oito questões), sobre o tratamento (cinco questões), conhecimento geral do AVC (onze questões). O questionário é composto por cem questões com possibilidade de resposta entre “verdade”, “falso” e “não sei”. As questões foram recodificadas e foi atribuído um ponto às respostas corretas, zero pontos às respostas incorretas (incluindo a resposta não sei), pelo que o total foi obtido pela soma ponderada de todas as respostas corretas.

Relativamente ao estudo 2: Adesão dos estudantes do ensino secundário à dieta mediterrânica (ANEXO II), o questionário é composto por duas partes, na primeira parte com questões referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes (idade, sexo, escolaridade, peso, altura), o número de vezes tomam o pequeno-almoço, almoço e jantar em casa, o local onde almoçam quando estão na escola, a profissão da mãe e do pai, a escolaridade da mãe e do pai, a idade da mãe e do pai, se praticam exercício, tipo e frequência do exercício físico. Na segunda parte foi aplicado o questionário KIDMED (Mediterranean Diet Quality Index) com dezasseis questões e possibilidade de resposta: verdade e falso. A pontuação atribuída foi de acordo com a bibliografia, como está na tabela 1.

O KIDMED é constituído por 16 questões, cada uma cotada positivamente (+1) ou negativamente (-1), de acordo com a relação favorável ou não a este padrão alimentar, respetivamente. A cotação final deste questionário varia entre (-4) e (+12), sendo que uma pontuação ≤ 3 revela fraca adesão, uma pontuação entre 4 e 7 reflete uma adesão intermédia e uma pontuação ≥ 8 indica uma alta adesão ao padrão alimentar mediterrânico (Quaresma et al., 2020; Cabrera et al., 2015; Serra-Majem et al., 2003)

Tabela 1 – KIDMED (Mediterranean Diet Quality Index)
(continua)

KIDMED	
KIDMED	Score
Consome uma fruta ou sumo de fruta todos os dias	+1
Consome duas peças de fruta todos os dias	+1
Consome produtos hortícolas frescos ou cozidos pelo menos uma vez ao dia	+1
Consome produtos hortícolas frescos ou cozidos mais de uma vez por dia	+1
Consome peixe regularmente (pelo menos 2/3 vezes por semana)	+1
Costumas ir a restaurantes fast-food, uma ou mais vezes por semana	-1
Gosta de leguminosas e come mais que uma vez por semana	+1
Consome massa ou arroz quase todos os dias (cinco ou mais vezes por semana)	+1
Ao pequeno-almoço costuma ingerir cereais ou grãos (pão, etc)	+1

**Tabela 1 – KIDMED (Mediterranean Diet Quality Índice)
(conclusão)**

KIDMED	
KIDMED	Score
Consome nozes regularmente (pelo menos 2/3 vezes por semana)	+1
Em casa, é costume utilizar regularmente azeite	+1
Costumas tomar o pequeno-almoço diariamente	-1
Costumas consumir laticínios no pequeno-almoço (iogurte, leite, etc)	+1
No pequeno-almoço costumamos consumir produtos de confeitaria	-1
Costumas comer dois iogurtes e/ou 40g de queijo diariamente	+1
Habitualmente comes guloseimas algumas vezes ao dia	-1
KIDMED Índice	Adesão à dieta mediterrânica
Score ≤ 3 pontos	Pobre
Score 4-7 pontos	Média
Score ≥ 8 pontos	Alta

Adaptado de: Serra-Majem, L.; Ribas, L.; García, A.; Pérez-Rodrigo, C.; Aranceta, J.(2003) Nutrient adequacy and Mediterranean Diet in Spanish school children and adolescents. *European Journal Clinical Nutrition* , 57,p. 35–39.

2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Segundo Almeida e Freire (2017, p. 149)

“O estudo do comportamento humano envolve uma relação entre o investigador e os sujeitos, ou entre o investigador, os sujeitos e os contextos. Na investigação a questão ética central passa pelo dilema que inclui dois sistemas de valores: por um lado, a crença no valor e na necessidade da investigação em si mesma, por outro, a crença na dignidade humana, nos seus contextos de vida e no direito de ambos à privacidade.”

O investigador assume um papel importante e de elevada responsabilidade quando inicia uma pesquisa, é importante que seja realizada uma avaliação criteriosa da aceitabilidade ética do seu estudo. Este deve estar atento, se os sujeitos que vão participar no seu estudo serão prejudicados de alguma forma pela sua participação. Estão em causa os direitos, a saúde, o bem-estar, os valores e a dignidade dos participantes (Almeida e Freire, 2017).

Para Fortin (2009), os direitos da pessoa devem ser totalmente defendidos pelo investigador e nos protocolos que o mesmo estabelece envolvendo seres humanos. Devem ser respeitados os direitos à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, bem como o direito a um tratamento justo e equitativo.

A Convenção (Organização das Nações Unidas - ONU, 1989), reconhece que a criança é um ser humano com integridade, habilidade para desempenhar um papel ativo na sociedade, dotado

de personalidade e com direito participar em pesquisas clínicas. A participação em ensaios clínicos envolve não apenas o direito de escolher fazer parte ou não da pesquisa, mas também o direito de ser informado. Desta forma, a sua participação engloba também o direito de ser ouvido, de ter a sua perceção, preferências e escolhas respeitadas, ou seja, ser verdadeiramente incluído na tomada de decisão. É importante ainda salientar que sendo a criança uma pessoa em progressão e crescimento, apesar da sua autodeterminação ainda não se encontrar completa devido à sua imaturidade emocional, capacidade cognitiva e dependência, não é de todo inexistente e portanto deve ser valorizada (Eler e Albuquerque, 2019).

Assim, e como já foi referido anteriormente, pela evidente importância dos jovens como futuro das próximas gerações tornou-se essencial investigar quais os conhecimentos dos estudantes do ensino secundário sobre AVC e adesão à dieta mediterrânica, de forma a perceber as lacunas que existem no combate aos inadequados níveis de literacia.

Ambos os questionários estão inscritos no MIME (monitorização de inquérito em meio escolar). No que diz respeito ao estudo dos conhecimentos dos estudantes sobre AVC encontra-se registado com o número 0466800003 e no estudo da adesão à dieta mediterrânica encontra-se registado com o número 0466800004.

Para a realização deste estudo foram respeitados os princípios éticos no que diz respeito à confidencialidade e anonimato dos sujeitos, ocultando qualquer dado identificativo dos mesmos. Os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo e finalidade do estudo, de forma a respeitar a decisão de participação ou não no estudo em questão. Foi também obtida previamente uma autorização formal das instituições de ensino para a aplicação dos questionários.

Os dados foram obtidos pela aplicação de questionários em sessões de educação para a saúde, realizados em ambas as escolas pelos profissionais de saúde da Associação Portuguesa de AVC que ocorreram em 2019 até março de 2020.

2.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DE DADOS

Segundo Almeida e Freire (2017)

“o tratamento, incidindo, na análise dos resultados obtidos, pode subdividir-se em dois momentos. Num primeiro, descrevem-se e sistematizam-se os resultados ou a informação recolhida. Através de quadros, gráficos ou listas de categorias (entre outros), apresentam-se as amostras utilizadas em relação às suas características descritivas mais importantes e os resultados nas variáveis analisadas, quer na amostra global, quer nas subamostras que se desejam considerar.”

Após a colheita de dados, estes foram estruturados e sistematizados com tratamento estatístico através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, licenciado para utilização pelo Instituto Politécnico de Leiria.

Relativamente ao tratamento estatístico, foi realizada estatística descritiva, nomeadamente frequências absolutas (N) e relativas (%), medidas de tendência central, como a média, mediana (Md), moda (Mo), máximo (Xmax) e o mínimo (Xmin) e medidas de dispersão, como o desvio padrão. É importante referir que relativamente ao estudo 1: conhecimento dos estudantes sobre AVC foram utilizadas médias ponderadas, que resultam da divisão da média total da dimensão pelo número de itens dessa dimensão e no estudo 2: adesão dos estudantes do ensino secundário à dieta mediterrânica foram utilizadas médias.

De modo a testarmos a hipótese em estudo, utilizámos os seguintes testes paramétricos: O teste t de *Student*, para estudar as diferenças de médias entre 2 grupos e quando pretendemos comparar mais que dois grupos, utilizámos a análise de variância (Anova). De forma a estudarmos a correlação entre variáveis quantitativas utilizámos o coeficiente de correlação de *Pearson* (p).

De modo a rejeitarmos a hipótese nula, adotámos os seguintes critérios de *Fisher*:

- $p > 0,05$ - não há diferenças significativas
- $p < 0,05$ - há diferenças significativas
- $p < 0,01$ - há diferenças muito significativas

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Segundo Fortin (2009), nesta fase o investigador pretende expor a análise dos dados e considerar em pormenor os resultados obtidos, destacando o essencial.

Assim, este capítulo encontra-se dividido em dois subcapítulos. O primeiro diz respeito ao estudo 1: conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre AVC e o segundo ao estudo 2: adesão dos estudantes do ensino secundário à dieta mediterrânica.

Em cada subcapítulo iremos apresentar a caracterização da amostra de ambos os estudos e desenvolver as respetivas hipóteses. Os dados serão expostos em formato de tabela de forma a ser de fácil compreensão e sintetização.

3.1. ESTUDO 1: CONHECIMENTOS DOS ESTUDANTES DO ENSINO SECUNDÁRIO SOBRE AVC.

No seguinte subcapítulo vamos proceder à caracterização da amostra de acordo com a primeira parte do questionário. Iremos também fazer a distribuição dos participantes de acordo com o sexo, se tem algum familiar com AVC, se já leu ou viu qualquer coisa sobre AVC e qual a doença que têm mais medo. Iremos também apresentar os resultados referentes à segunda parte do questionário, de acordo com as nove dimensões em estudo (órgãos afetados, fatores e risco/causas, prevenção, causa do AVC, como atuar em caso de suspeita de AVC, como se trata o AVC e questões sobre o tratamento e conhecimento geral) e também expor as hipóteses em estudo.

3.1.1. Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 284 participantes. Através da tabela 2 verificamos que a maioria dos participantes é do sexo feminino (60,2%).

Tabela 2 – Distribuição dos participantes por sexo

Sexo	nº	%
Feminino	171	60,2
Masculino	108	38,0
Outro	5	1,8
Total	284	100,0

Relativamente à questão “Tem algum familiar que teve AVC?”, analisamos que 145 (51,1%) dos participantes refere que não e 117 (41,2%) diz que sim, 22 participantes (7,7%) não respondem à questão (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos participantes relativamente à questão: “Tem algum familiar que teve AVC?”

Familiar com AVC	nº	%
Sim	117	41,2
Não	145	51,1
Não responde	22	7,7
Total	284	100,0

Através da tabela 4, verificamos que 228 dos participantes (80,3%) responderam que já leram ou viram qualquer coisa sobre AVC e 19,7% responderam que não.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes relativamente à questão: “Já leu ou viu alguma coisa sobre AVC?”

Já leu/viu sobre AVC	nº	%
Sim	228	80,3
Não	56	19,7
Total	284	100,0

Através da tabela 5, podemos constatar que os participantes referem que a doença que têm mais medo é do cancro (71,1%). O AVC é a segunda doença referida pelos participantes (12%); seguindo-se do Enfarte Agudo do Miocárdio (8,1%), SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) (6,7%) e por último uma infeção grave com (2,1%) dos participantes.

Tabela 5 - Distribuição dos participantes relativamente à questão: “Qual das seguintes doenças têm mais medo”

Medo das doenças	nº	%
AVC	34	12,0
Cancro	202	71,1
Enfarte Agudo do Miocárdio	23	8,1
Infeção grave	6	2,1
SIDA	19	6,7
Total	284	100,0

No que diz respeito aos órgãos mais afetados no AVC, 265 (93,3%) dos participantes referem como sendo verdadeiro a resposta “cérebro”. Apenas 4 (1,4%) referem ser falso ou 15 (5,3%) dizem não saber. Verificamos ainda que 207 (72,9%) e 164 (57,7%) dos participantes dizem que a face e o coração respetivamente, são afetados no AVC. Constatamos ainda que na resposta medula espinal e olhos, 111 (37,1%) e 107 (37,7%) dos participantes, respetivamente, referem não saber se estes órgãos são afetados (tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos participantes relativamente à questão “No AVC os seguintes órgãos são afetados” (continua)

Órgãos afetados pelo AVC	Verdade		Falso		Não sei		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1-Olhos	105	37,0	72	25,4	107	37,7	284	100,0
2 – O coração	164	57,7	67	23,6	53	18,7	284	100,0

Tabela 6 - Distribuição dos participantes relativamente à questão “No AVC os seguintes órgãos são afetados” (conclusão)

Órgãos afetados pelo AVC	Verdade		Falso		Não sei		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
3- Medula espinal	96	33,8	77	27,1	111	37,1	284	100,0
4- O cérebro	265	93,3	4	1,4	15	5,3	284	100,0
5 – A face	207	72,9	37	13,0	40	14,1	284	100,0

Relativamente aos fatores de risco/causas de um AVC, 211 (74,3%) dos participantes referem que a HTA e a obesidade são fatores de risco/causas. A falta de atividade física é considerado um fator de risco para 209 (73,6%) dos participantes, ao contrário dos 19 (6,7%) dos participantes que considera falso e 56 (19,7%) que referem não saber se é um fator de risco. No que diz respeito ao colesterol elevado ser um fator de risco de AVC, 203 (71,5%) dos participantes referem ser um fator de risco, 16 (5,6%) não consideram e 65 (22,9%) não sabem. O consumo de tabaco como causa de AVC é considerado verdadeiro para 141 (49,6) dos participantes, 39 (13,7%) consideram que é falso e 104 (36,6%) dos participantes referem não saber se é fator de risco/causa. Verificamos também que 157 (55,3%) dos participantes referem que o consumo de álcool pode causar AVC, 31 (10,9%) referem ser falso e 96 (33,8%) dizem não saber. Por sua vez, uma alimentação rica em hidratos de carbono e açúcar pode causar AVC é considerado verdadeiro por 128 (45,1%) dos participantes, 122 (43%) dizem não saber e apenas 34 (12%) dos participantes consideram falso. Verificamos que o excesso de sal não ser causa de AVC é considerado como sendo falso pela maioria dos participantes (46,1%). No que diz respeito à FA não ser causa AVC, 184 (64,8%) dos participantes referem não saber se é ou não causa de AVC, comparativamente com 58 (20,4%) que consideram falso e 42 (14,8%) verdadeiro (tabela 7).

Para a questão “A diabetes não causa AVC”, constatamos que 137 (48,2%) dos participantes consideram falso, 102 (35,9%) dizem não saber e 45 (18,8%) dizem ser verdadeiro (tabela 7).

Relativamente à questão “As doenças do coração não causam AVC”, verificamos 154 (54,2%) dos participantes referem ser falso, 91 (32%) referem não saber e apenas 39 (13,7%) referem ser verdadeiro (tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos participantes relativamente à questão “Fatores de risco/Causas”

Fatores de Risco/Causas	Verdade		Falso		Não sei		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
6 – Os zumbidos intensos são fatores de risco de AVC	82	28,9	56	19,7	146	51,4	284	100,0
7 – Sofrer de epilepsia é um fator de risco de AVC	114	40,1	43	15,1	127	44,7	284	100,0
8 – Sofrer de infeções repetidas dos ouvidos é um fator de risco de AVC	40	14,1	87	30,6	157	55,3	284	100,0
9 – Sofrer de sinusite crónica é um fator de risco de AVC	41	14,4	96	33,8	147	51,8	284	100,0
10 – Sofrer de cancro na cabeça ou na face é um fator de risco de AVC	120	42,3	49	17,3	115	40,5	284	100,0
11 – Ter meningite no passado é um fator de risco de AVC	40	14,1	54	19,0	190	66,9	284	100,0
12 – Hipertensão arterial é um fator de risco do AVC	211	74,3	11	3,9	62	21,8	284	100,0
13 – A obesidade é um fator de risco de AVC	211	74,3	19	6,7	54	19,0	284	100,0
14 – A falta de atividade física é um fator de risco do AVC	209	73,6	19	6,7	56	19,7	284	100,0
15 – Colesterol elevado é um fator de risco do AVC	203	71,5	16	5,6	65	22,9	284	100,0
16 – O consumo de tabaco pode causar AVC	141	49,6	39	13,7	104	36,6	284	100,0
17 – O consumo de álcool pode causar AVC	157	55,3	31	10,9	96	33,8	284	100,0
18 – Alimentação rica em hidratos de carbono e açúcar pode causar AVC	128	45,1	34	12,0	122	43,0	284	100,0
19 – O excesso de sal não é causa de AVC	67	23,6	131	46,1	86	30,3	284	100,0
20 – A fibrilhação auricular não causa AVC	42	14,8	58	20,4	184	64,8	284	100,0
21 – O excesso de álcool não é causa de AVC	37	13,0	138	48,6	109	38,4	284	100,0
22 – A prática de exercício violento provoca AVC	62	21,8	96	33,8	126	44,4	284	100,0
23 – Dormir poucas horas pode provocar AVC	103	36,3	68	23,9	113	39,8	284	100,0
24 – Excesso de trabalho diário pode provocar AVC	137	48,2	38	13,4	109	38,4	284	100,0
25 – A diabetes não causa AVC	45	15,8	137	48,2	102	35,9	284	100,0
26 – As doenças do coração não causam AVC	39	13,7	154	54,2	91	32,0	284	100,0
27 – As pessoas com familiares com AVC vão ter também um AVC	41	14,4	154	54,2	89	31,3	284	100,0

Relativamente à prevenção do AVC, através da análise da tabela 8 verificamos que a maioria dos participantes referem como sendo verdadeiro beber muita água diariamente previne o AVC (57%), tratar as tonturas previne o AVC com 130 (45,8%) e 124 (43,7%) dos participantes

referem não saber, tratar as cefaleias (dores de cabeça) previne o AVC com 139 (48,9%) dos participantes a referirem ser verdade mas com 110 (38,7%) a referirem não saber, uma alimentação equilibrada pode prevenir o AVC com 216 (76,1%) e exercitar a mente previne o AVC com 146 (51,4%). Para as respostas consideradas maioritariamente falsas foram selecionadas as questões: comer poucas proteínas (carne, fiambre, frango, etc.) previne o AVC com 145 (51,1%) dos participantes a responder e o AVC não pode ser evitado com 160 (56,3%) dos participantes.

Tabela 8 - Distribuição dos participantes relativamente à questão "Prevenção"

Prevenção do AVC	Verdade		Falso		Não sei		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
28 – Beber muita água diariamente previne o AVC	162	57,0	27	9,5	95	33,5	284	100,0
29 – Comer poucas proteínas (carne, fiambre, frango, etc.) previne o AVC	52	18,3	145	51,1	87	30,6	284	100,0
30 – Tratar as tonturas previne o AVC	130	45,8	30	10,6	124	43,7	284	100,0
31 – Tratar as cefaleias (dores de cabeça) previne o AVC	139	48,9	35	12,3	110	38,7	284	100,0
32 – O AVC não pode ser evitado	64	22,5	160	56,3	60	21,1	284	100,0
33 – Uma alimentação equilibrada pode prevenir o AVC	216	76,1	9	3,2	59	20,8	284	100,0
34 – Exercitar a mente previne o AVC	146	51,4	37	13,0	101	35,6	284	100,0

Relativamente aos sintomas de AVC (tabela 9), podemos constatar que a maioria dos participantes refere como sendo sintomas de AVC a sensação de mal-estar na cabeça (70,8%), sensação de desmaio (70,4%), boca ao lado (70,1%), impossibilidade de falar (68,3%), falta de força num braço e numa perna do mesmo lado (63,4%), confusão súbita (52,5%).

No que diz respeito às respostas dadas como falsas verificamos que apenas 17 (6%) dos participantes e 18 (6,3%) dos participantes referem como sintomas: sensação de mal-estar na cabeça e sensação de desmaio respetivamente. Como falsas, 37% dos participantes referem a agressividade súbita, 24,6% náuseas e vómitos, sensação de queimadura num braço ou numa perna (23,2%), tendência para andar sempre a dormir (20,8%), a visão de duas imagens nunca é um sintoma do AVC (29,2%) e a falta de força nos dois braços, em simultâneo (27,8%) (tabela 9).

Nas respostas dadas como “Não sei” constatamos que a percentagem é em maioria em algumas questões, tais como: dor de barriga que irradia para uma perna (58,5%), dores à volta dos ouvidos (57%), sensação de queimadura num braço ou numa perna (57%), a visão de duas imagens nunca é um sintoma do AVC (56%), dores na parte de trás do pescoço (54,2%) (tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos participantes relativamente à questão “São sintomas de AVC” (continua)

São sintomas de AVC	Verdade		Falso		Não sei		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
35 – Náuseas e vómitos	96	33,8	70	24,6	118	41,5	284	100,0
36 – Sensação de mal-estar na cabeça	201	70,8	17	6,0	66	23,2	284	100,0
37 – Sensação de desmaio	200	70,4	18	6,3	66	23,2	284	100,0
38 – Dores à volta dos olhos	106	37,3	41	14,4	137	48,2	284	100,0
39 – Formigueiros num braço ou uma perna que passam com a mudança de posição	153	53,9	51	18,0	80	28,2	284	100,0
40 – Tremores num braço ou numa perna	160	56,3	30	10,6	94	33,1	284	100,0
41 – Sensação de queimadura num braço ou numa perna	56	19,7	66	23,2	162	57,0	284	100,0
42 – Enrolamento da língua	160	56,3	31	10,9	93	32,7	284	100,0
43 – Dores na parte de trás do pescoço	79	27,8	51	18,0	154	54,2	284	100,0
44 – Falta de ar	68	34,5	53	18,7	133	46,8	284	100,0
45 – Dores no peito com irradiação para um dos braços	122	43,0	53	18,7	109	38,4	284	100,0
46 – Tendência para andar sempre a dormir	75	26,4	59	20,8	150	52,8	284	100,0
47 – Confusão súbita	149	52,5	25	8,8	110	38,7	284	100,0
48 – Falta de visão súbita, num dos olhos	152	53,5	22	7,7	110	38,7	284	100,0
49 – Boca ao lado	199	70,1	17	6,0	68	23,9	284	100,0
50 – Falta de força num braço e numa perna do mesmo lado	180	63,4	21	7,4	83	29,2	284	100,0
51 – Impossibilidade de falar	194	68,3	17	6,0	73	25,7	284	100,0
52 – Dores à volta dos ouvidos	55	19,4	67	23,6	162	57,0	284	100,0
53 – Dores num braço ou numa perna	109	38,4	52	18,3	123	43,3	284	100,0
54 – Agressividade súbita	31	10,9	105	37,0	148	52,1	284	100,0
55 – A visão de duas imagens nunca é um sintoma do AVC	42	14,8	83	29,2	159	56,0	284	100,0

Tabela 9 - Distribuição dos participantes relativamente à questão “São sintomas de AVC” (conclusão)

São sintomas de AVC	Verdade		Falso		Não sei		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
56 – Sonolência que se arrasta há vários dias	72	25,4	63	22,2	149	52,5	284	100,0
57 – A oscilação de voz fina, com voz grossa, é um sintoma de AVC	55	19,4	77	27,1	152	53,5	284	100,0
58 – Falta de força nos dois braços, em simultâneo	74	26,1	79	27,8	131	46,1	284	100,0
59 – Dor de barriga que irradia para uma perna	41	14,4	77	27,1	166	58,5	284	100,0
60 – Caimbras repetidas num braço e perna	98	34,5	44	15,5	142	50,0	284	100,0

Através da tabela 10 verificamos que 220 dos participantes (77,5%) referem que o AVC é devido a um entupimento das artérias da cabeça/ cérebro, 166 (58,5%) referem que corresponde a uma inflamação das veias da cabeça e 153 (53,9%) dizem que é devido ao rompimento dos nervos do cérebro. Por sua vez, 127 (44,7%) dos participantes referem que o AVC não é devido a compressão de um osso da cabeça e 103 (36,3%) dizem que tumor no cérebro também não. Verificamos ainda que 111 (39,1%) dos participantes não sabem se o AVC é devido a compressão de um osso da cabeça, 105 (37%) a infeção no cérebro/ cabeça e 100 (35,2%) não sabem se é devido a um inchaço no cérebro.

Tabela 10 - Distribuição dos participantes relativamente à questão “O AVC é devido a”

O AVC é devido a:	Verdade		Falso		Não sei		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
61 – Inflamação das veias da cabeça	166	58,5	45	15,8	73	25,7	284	100,0
62 – Ao rompimento dos nervos do cérebro	153	53,9	57	20,1	74	26,1	284	100,0
63 – A um inchaço no cérebro	99	34,9	85	29,9	100	35,2	284	100,0
64 – Compressão de um osso da cabeça	46	16,2	127	44,7	111	39,1	284	100,0
65 – Tumor no cérebro	80	28,2	103	36,3	101	35,6	284	100,0
66 – Um entupimento das artérias da cabeça/ cérebro	220	77,5	8	2,8	56	19,7	284	100,0
67 – Infeção no cérebro/ cabeça	97	34,2	82	28,9	105	37,0	284	100,0

Perante uma pessoa com suspeita de AVC, 228 (80,3%) dos participantes dizem que se deve registar os sintomas presentes, 213 (75%) registar as horas a que tudo está a acontecer e 207 (72,9%) telefonar para a linha de saúde 24. No que diz respeito às respostas falsas, 148 (52,1%)

dizem que telefonar à polícia não é prioritário perante suspeita de AVC, bem como ficar junto da pessoa e esperar que ela melhore (49,3%), dar um copo de água e ver se reage (40,1%) também não. Por sua vez, verificamos que 117 (41,2%) dos participantes não sabem se sentar a pessoa o mais rapidamente possível é uma das indicações mais adequadas, bem como 110 (38,7%) dos participantes também não sabem se deitar a pessoa de barriga para cima e ir pedir socorro é uma indicação mais acertada (tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição dos participantes relativamente à atuação perante a suspeita de AVC

Perante a pessoa com suspeita de AVC, deve-se:	Verdade		Falso		Não sei		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
68 – Dar um copo de água e ver se reage	65	22,9	114	40,1	105	37,0	284	100,0
69 – Deitar a pessoa de barriga para cima e ir pedir socorro	84	29,6	90	31,7	110	38,7	284	100,0
70 – Sentar a pessoa o mais rapidamente possível	77	27,1	90	31,7	117	41,2	284	100,0
71 – Transportar o doente para o centro de saúde mais próximo	169	59,5	57	20,1	58	20,4	284	100,0
72 – Telefonar à polícia	67	23,6	148	52,1	69	24,3	284	100,0
73 – Ficar junto da pessoa e esperar que ela melhore	71	25,0	140	49,3	73	25,7	284	100,0
74 – Telefonar para a linha de saúde 24	207	72,9	27	9,5	50	17,6	284	100,0
75 – Registar os sintomas presentes	228	80,3	3	1,1	53	18,7	284	100,0
76 – Registar as horas a que tudo está a acontecer	213	75,0	14	4,9	57	20,1	284	100,0

No que diz respeito ao modo como se trata um AVC, verificamos que 131 (46,1%) dos participantes referem que se deve baixar o mais rapidamente possível, a tensão arterial, contudo 126 (44,4%) referem não saber. Relativamente à resposta realizar uma TAC à cabeça 130 (45,8%) dos participantes dizem ser verdade e iniciar outros medicamentos, ainda não descritos é referido como sendo verdade por 49 (17,3%) dos participantes. O uso de antibióticos é selecionado por 123 (43,3%) dos participantes como sendo falso, seguindo-se da prescrição de cortisona e iniciando outros medicamentos, ainda não descritos ambos selecionados por 86 (30,3%) dos participantes. A resposta “Não sei” é selecionada com frequência pelos participantes, nomeadamente nas respostas prescrevendo cortisona (57,4%), iniciando outros medicamentos, ainda não descritos (52,5%), dando medicamento para tratar os nervos cerebrais (50%) e baixando o mais rapidamente possível, a tensão arterial (44,4%) (tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição dos participantes relativamente à questão “Trata-se um AVC”

Trata-se um AVC	Verdade		Falso		Não sei		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
77 – Realizando uma TAC à cabeça	130	45,8	59	20,8	95	33,5	284	100,0
78 – Usando Antibióticos	47	16,5	123	43,3	114	40,1	284	100,0
79 – Fazendo uma operação cirúrgica ao cérebro	110	38,7	62	21,8	112	39,4	284	100,0
80 – Prescrevendo cortisona	35	12,3	86	30,3	163	57,4	284	100,0
81 – Medicando com anti-inflamatórios, para tratar a inflamação das veias e artérias do cérebro	121	42,6	42	14,8	121	42,6	284	100,0
82 – Dando medicamento para tratar os nervos cerebrais	90	31,7	52	18,3	142	50,0	284	100,0
83 – Iniciando outros medicamentos, ainda não descritos	49	17,3	86	30,3	149	52,5	284	100,0
84 – Baixando o mais rapidamente possível, a tensão arterial	131	46,1	27	9,5	126	44,4	284	100,0

Através da tabela 13, constatamos que para os participantes o tratamento para o AVC é mais eficaz, se o utente chegar antes da 1h, depois do início dos sintomas (53,9%), seguindo-se da resposta “com o melhor tratamento o doente nunca recupera” (31,3%). Para 188 (66,2%) dos participantes, quanto mais cedo se iniciar o tratamento pior será o resultado é falso, assim como não existe qualquer tratamento que reverta os sintomas do AVC, já instalados num doente (35,2%) também não corresponde à verdade. Relativamente à eficácia do tratamento ser superior, se iniciada após 3 horas, do início dos sintomas (47,2%), o tratamento é mais eficaz, se o doente chegar antes da 1h, depois do início dos sintomas (38%) e não existir qualquer tratamento que reverta os sintomas do AVC, já instalados num doente (37,3%) os participantes referem não saber a resposta mais adequada.

Tabela 13 - Distribuição dos participantes relativamente à questão “Sobre o tratamento” (continua)

Sobre o tratamento	Verdade		Falso		Não sei		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
85 – Com o melhor tratamento o doente nunca recupera	105	37,0	89	31,3	90	31,7	284	100,0
86 – A eficácia do tratamento é superior, se iniciada após 3 horas, do início dos sintomas	72	25,3	78	27,5	134	47,2	284	100,0
87 – Não existe qualquer tratamento que reverta os sintomas do AVC, já instalados num doente	78	27,5	100	35,2	106	37,3	284	100,0
88 – Quanto mais cedo se iniciar o tratamento pior será o resultado	26	9,2	188	66,2	70	24,6	284	100,0

Tabela 13 - Distribuição dos participantes relativamente à questão “Sobre o tratamento” (conclusão)

Sobre o tratamento	Verdade		Falso		Não sei		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
89 – O tratamento é mais eficaz, se o doente chegar antes da 1h, depois do início dos sintomas	153	53,9	23	8,1	108	38,0	284	100,0

Ao analisarmos a tabela 14, podemos constatar que relativamente às respostas verdadeiras a maioria dos participantes referem que são: na suspeita de AVC, telefonar para o 112 é a melhor decisão (76,8%), os sintomas do AVC aparecem repentinamente (53,5%) e o AVC é uma das principais causas de invalidez (50,7%). No que diz respeito às respostas assinaladas como falsas são: as pessoas com menos de 40 anos não têm AVC (72,2%), o AVC nunca surge durante a noite (59,5%) e o AVC não causa demência (45,8%). Por sua vez, as respostas assinaladas como “Não sei” verificamos que a maioria dos participantes refere: o tratamento do AVC isquémico é igual ao do hemorrágico (60,6%), os sintomas do AVC isquémico, são muito diferentes do AVC hemorrágico (58,8%), o AVC é uma das principais causas de internamento em Portugal (48,9%) e o AVC não aparece ao acordar (48,2%).

Tabela 14 - Distribuição dos participantes relativamente à questão “Conhecimento geral sobre o AVC” (continua)

Conhecimento geral sobre o AVC	Verdade		Falso		Não sei		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
90 – O AVC é uma das principais causas de invalidez	144	50,7	30	10,6	110	38,7	284	100,0
91 – O AVC não causa demência	54	19,0	130	45,8	100	35,2	284	100,0
92 – O AVC é uma das principais causas de internamento em Portugal	120	42,3	25	8,8	139	48,9	284	100,0
93 – O AVC não aparece ao acordar	35	12,3	112	39,4	137	48,2	284	100,0
94 – O AVC nunca surge durante a noite	23	8,1	169	59,5	92	32,4	284	100,0
95 – Os sintomas do AVC isquémico, são muito diferentes do AVC hemorrágico	68	23,9	49	17,3	167	58,8	284	100,0
96 – Os sintomas do AVC aparecem repentinamente	152	53,5	41	14,4	91	32,0	284	100,0
97 – Na suspeita de AVC, telefonar para o 112 é a melhor decisão	218	76,8	12	4,2	54	19,0	284	100,0
98 – As pessoas com menos de 40 anos não têm AVC	19	6,7	205	72,2	60	21,1	284	100,0

Tabela 14 - Distribuição dos participantes relativamente à questão “Conhecimento geral sobre o AVC” (conclusão)

Conhecimento geral sobre o AVC	Verdade		Falso		Não sei		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
99 – O tratamento do AVC isquémico é igual ao do hemorrágico	24	8,5	88	31,0	172	60,6	284	100,0
100 – Não é AVC se os sintomas desaparecerem ao fim de 24 horas	34	12,0	129	45,4	121	42,6	284	100,0

Relativamente à caracterização dos 284 participantes de acordo com as respostas dadas no questionário, verificamos que no que diz respeito ao total do questionário sobre o AVC a média ponderada de respostas acertadas foi de 0,36, sendo que o mínimo corresponde a 0,00 e o máximo 0,74. O desvio padrão ponderado é de 0,17 e mediana de 0,39. Relativamente às restantes respostas, verificamos que a média ponderada de respostas mais elevada corresponde a 0,50 na “Suspeita de AVC” seguindo-se o “Conhecimento geral do AVC” com 0,45 (tabela 15). Os valores mais baixos são na identificação de sintomas e tratamento do AVC.

Tabela 15 – Caracterização dos participantes segundo os conhecimentos sobre o AVC.

	N	Min	Máx	Média	D.P.	p25	p50	p75
Total AVC	284	0,00	0,74	0,36	0,17	0,26	0,39	0,49
Órgãos afetados	284	0,00	1,00	0,36	0,20	0,20	0,40	0,60
Fatores de risco/Causas	284	0,00	0,91	0,43	0,22	0,32	0,45	0,59
Prevenção	284	0,00	1,00	0,38	0,20	0,14	0,43	0,43
Sintomas	284	0,00	0,88	0,26	0,20	0,11	0,21	0,38
AVC é devido	284	0,00	1,00	0,36	0,29	0,14	0,28	0,57
Suspeita de AVC	284	0,00	1,00	0,50	0,27	0,33	0,55	0,66
Trata-se um AVC	284	0,00	0,88	0,22	0,21	0,00	0,12	0,37
Tratamento do AVC	284	0,00	1,00	0,42	0,31	0,20	0,40	0,60
Conhecimento geral do AVC	284	0,00	0,91	0,45	0,25	0,36	0,45	0,63

3.1.2. Hipóteses em estudo

H1: O conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre AVC está relacionado com o sexo dos participantes;

Através da análise da tabela 16, constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e masculino na dimensão “Suspeita de AVC” ($t=-2,327$; $P<0,05$) e muito significativas na dimensão “Conhecimento geral do AVC” ($t= -2,873$, $p<0,01$).

No que diz respeito ao conhecimento “suspeita de AVC” verificamos que a média ponderada do sexo feminino é superior (0,53) em relação ao sexo masculino (0,45).

No que diz respeito ao “Conhecimento geral do AVC”, a média ponderada de respostas é mais elevada no sexo feminino (0,49), comparativamente com o sexo masculino (0,40).

Em relação ao total da escala (AVC Total) constatamos que não existem diferenças significativas entre o sexo dos participantes ($p>0,05$).

Tabela 16 – Médias, desvios padrões e t de Student do conhecimento dos participantes sobre AVC, por sexo.

	Masculino n1= 108		Feminino n2=171		t	p
	Média	D.P.	Média	D.P.		
AVC Total	0,34	0,18	0,37	0,15	-1,615	0,108
Órgão afetados	0,38	0,20	0,35	0,20	1,148	0,252
Fatores de risco/Causas	0,40	0,23	0,45	0,20	-1,83	0,069
Prevenção	0,35	0,22	0,34	0,18	0,20	0,843
Sintomas	0,25	0,21	0,26	0,19	-0,116	0,908
AVC é devido	0,33	0,30	0,37	0,28	-1,150	0,251
Suspeita de AVC	0,45	0,29	0,53	0,24	-2,327	0,021
Trata-se um AVC	0,20	0,21	0,23	0,22	-1,216	0,225
Tratamento do AVC	0,39	0,31	0,44	0,31	-1,342	0,181
Conhecimento geral do AVC	0,40	0,25	0,49	0,24	-2,873	0,004

H2:O conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre AVC está relacionado com o fato de ter um familiar que já tenha sofrido AVC;

Ao analisarmos a tabela 17, constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o conhecimento dos participantes e ter algum familiar com AVC ($p>0,05$).

Tabela 17 - Médias, desvios padrões e t de Student do conhecimento dos participantes sobre AVC, por ter algum familiar com AVC.

(continua)

	Não n1= 145		Sim n2=117		t	p
	Média	D.P.	Média	D.P.		
AVC Total	0,36	0,17	0,37	0,15	-0,366	0,715
Órgão afetados	0,36	0,20	0,36	0,20	0,028	0,978
Fatores de risco/Causas	0,44	0,22	0,44	0,20	0,028	0,977
Prevenção	0,34	0,20	0,37	0,19	-1,131	0,259

Tabela 17 - Médias, desvios padrões e t de Student do conhecimento dos participantes sobre AVC, por ter algum familiar com AVC. (conclusão)

	AVC família				t	p
	Não n1= 145		Sim n2=117			
	Média	D.P.	Média	D.P.		
Sintomas	0,26	0,20	0,25	0,17	0,320	0,749
AVC é devido	0,35	0,29	0,40	0,30	-1,278	0,202
Suspeita de AVC	0,50	0,27	0,52	0,24	-0,660	0,510
Trata-se um AVC	0,22	0,22	0,23	0,21	-0,229	0,819
Tratamento do AVC	0,43	0,31	0,42	0,29	0,214	0,831
Conhecimento geral do AVC	0,45	0,25	0,47	0,24	-0,730	0,466

H3: O conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre AVC está relacionado com já ter lido ou visto informação sobre AVC;

Através das tabela 18, verificamos que no que diz respeito ao conhecimento dos participantes sobre AVC e o fato de já ter lido/visto alguma coisa sobre AVC verificamos que existem diferenças estatisticamente muito significativas no total da escala ($t=5,193$; $p<0,01$), nas dimensões de fatores de risco/causa ($t=4,827$; $p<0,01$), na prevenção do AVC ($t=2,577$; $p<0,01$), sintomas do AVC ($t=5,371$; $p<0,01$), no AVC é devido ($t=2697$; $p<0,01$), na suspeita de AVC ($t=3,392$; $p<0,01$), tratamento do AVC ($t=3,892$; $p<0,01$) e no conhecimento geral do AVC ($t=4,596$; $p<0,01$).

Relativamente ao total da escala dos conhecimentos sobre AVC, constatamos que a média ponderada é superior para os participantes que já tinham lido informação sobre AVC (0,39) em comparação com os que os que não tinham lido (0,26).

Nos fatores de risco/causas verificamos também que a média ponderada é superior nos participantes que tinham lido alguma informação sobre AVC (0,46) em comparação com os que não tinham lido (0,30). O mesmo se verifica nas questões no grupo da “Prevenção”, “São sintomas de AVC”, “O AVC é devido a”, “Suspeita de AVC”, “Tratamento do AVC” e “Conhecimento Geral do AVC”, onde as médias ponderadas são superiores nos participantes que já leram alguma coisa sobre AVC, comparativamente com os que não leram.

Verificamos ainda que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o conhecimento sobre “Órgãos afetados”, “Trata-se um AVC” e o fato dos participantes já terem lido alguma informação sobre AVC ($p>0,05$).

Tabela 18 - Médias, desvios padrões e t de Student do conhecimento dos participantes sobre AVC e já ter lido ou visto alguma coisa sobre AVC.

	Leitura de informação AVC				t	p
	Sim n1= 228		Não n2=56			
	Média	D.P.	Média	D.P.		
AVC	0,39	0,16	0,26	0,15	5,193	0,000
TOTAL						
Órgão afetados	0,36	0,20	0,36	0,19	0,021	0,984
Fatores de risco/Causas	0,46	0,20	0,30	0,22	4,827	0,000
Prevenção	0,36	0,19	0,28	0,21	2,577	0,010
Sintomas	0,28	0,20	0,15	0,14	5,371	0,000
AVC é devido	0,38	0,29	0,26	0,29	2,697	0,007
Suspeita de AVC	0,52	0,26	0,39	0,26	3,392	0,001
Trata-se um AVC	0,23	0,21	0,17	0,21	1,710	0,088
Tratamento do AVC	0,46	0,31	0,28	0,28	3,892	0,000
Conhecimento geral do AVC	0,48	0,25	0,32	0,23	4,596	0,000

3.2. ESTUDO 2: ADESÃO DOS ESTUDANTES DO ENSINO SECUNDÁRIO À DIETA MEDITERRÂNICA.

No seguinte subcapítulo vamos proceder à caracterização da amostra de acordo com a primeira parte do questionário. Iremos também fazer a distribuição dos participantes de acordo com o sexo, idade, escolaridade, peso/altura/IMC, classificação do IMC, número de vezes que toma o pequeno-almoço em casa, número de vezes que almoça e janta em casa, local onde almoça quando está na escola, escolaridade da mãe e do pai, idade da mãe e do pai, prática e frequência do exercício físico. Iremos também apresentar os resultados do teste KIDMED e as hipóteses em estudo.

3.2.1. Caracterização da amostra

A amostra deste estudo diz respeito a 841 estudantes do ensino secundário de uma escola do distrito de Leiria, que correspondem a 450 do sexo masculino (53,5%) e 391 do sexo feminino (tabela 19).

Tabela 19– Distribuição dos participantes por sexo.

Sexo	nº	%
Feminino	391	46,5
Masculino	450	53,5
Total	841	100,0

Através da análise da tabela 20, constatamos que a média das idades é de 16,43 anos, sendo que o participante com menor idade tem 14 anos e com maior idade 20 anos. O desvio padrão corresponde a 1,08 anos e a mediana é de 16 anos.

Tabela 20 - Caracterização dos participantes segundo a idade (anos)

	N	Min	Máx	Média	D.P.	p25	p50	p75
Idade	841	14,00	20,00	16,43	1,08	16,00	16,00	17,00

No que diz respeito à escolaridade dos participantes verificamos que 291 (34,6%) frequentam o 10º ano de escolaridade, 299 (35,6%) frequentam o 11º ano de escolaridade e 251 (29,8%) frequentam o 12º ano de escolaridade (tabela 21).

Tabela 21- Distribuição dos participantes segundo a escolaridade.

Escolaridade	nº	%
10º	291	34,6
11º	299	35,6
12º	251	29,8
Total	841	100,0

Relativamente ao peso dos 841 participares, verificamos que a média encontra-se nos 60,68 kg, por sua vez, 37kg é o peso mínimo encontrado e 118 kg o peso máximo. O desvio padrão é de 10,49 kg, e a mediana de 60 kg tal como consta na tabela 21. No que se refere à altura dos 841 participantes a média é de 1,69 metros, sendo que a altura mínima é de 1,46 metros e 1,97 metros a altura máxima, desvio padrão de 0,09 metros e mediana de 1,70 metros. Ainda na tabela 21, verificamos que a média do IMC é de 21,04 (kg/m²), por sua vez o IMC mínimo de 14,20 (kg/m²) e máximo de 39,56 (kg/m²). O desvio padrão corresponde a 1,68 e a mediana é de 20,69 (kg/m²) (tabela 22).

Tabela 22- Caracterização dos participantes segundo o peso (kg), altura (m) e IMC.

	N	Min	Máx	Média	D.P.	p25	p50	p75
Peso	841	37	118	60,68	10,49	53,25	60,00	66,20
Altura	841	1,46	1,97	1,69	0,09	1,62	1,70	1,76
IMC	841	14,20	39,56	21,04	1,68	19,36	20,69	22,37

Com a tabela 23 podemos verificar que 671 (79,8%) dos participantes encontram-se com peso normal, 113 (13,4%) com baixo peso, 52 (6,2%) com pré-obesidade, 4 (0,5%) com obesidade grau 1 e 1 participante (0,1%) com obesidade grau 2.

Tabela 23- Distribuição dos participantes segundo a classificação do IMC

Classificação IMC	nº	%
Baixo peso	113	13,4
Peso normal	671	79,8
Pré-obesidade	52	6,2
Obesidade Grau 1	4	0,5
Obesidade Grau 2	1	0,1
Total	841	100,0

Na tabela 24 podemos verificar que a maioria, ou seja, 624 dos participantes (74,2%) toma o pequeno-almoço em casa sete vezes por semana, 72 (8,6%) dos participantes toma cinco vezes por semana, 43 (5,1%) toma seis vezes, 37 (4,4%) toma duas vezes, 32 (3,8%) toma zero vezes, 16 participantes (1,9%) toma quatro vezes, 13 (1,5%) toma três vezes e quatro (0,5%) dos participantes tomam uma vez o pequeno-almoço em casa.

Tabela 24- Distribuição dos participantes segundo o número de vezes por semana que toma o pequeno-almoço em casa

Nº de vezes que toma o pequeno-almoço em casa	nº	%
0	32	3,8
1	4	0,5
2	37	4,4
3	13	1,5
4	16	1,9
5	72	8,6
6	43	5,1
7	624	74,2
Total	841	100,0

No que diz respeito ao número de vezes que os participantes almoçam em casa (tabela 24), constatamos que 271 (32,2%) almoçam três vezes por semana, 246 (29,3%) almoçam duas vezes, 92 (10,9%) almoçam cinco vezes, 64 (7,6%) almoçam quatro vezes, 51 (6,1%) almoçam apenas uma vez em casa bem como outros 51 participantes (6,1%) almoçam seis vezes, 34 (4,0%) almoçam sete vezes, 31 (3,7%) nunca almoçam em casa e um participante (0,1%) não responde à questão (tabela 25).

Tabela 25- Distribuição dos participantes segundo o número de vezes por semana que almoça em casa (continua)

Nº de vezes que almoça em casa	nº	%
0	31	3,7
1	51	6,1
2	246	29,3

Tabela 25- Distribuição dos participantes segundo o número de vezes por semana que almoça em casa (conclusão)

3	271	32,2
4	64	7,6
5	92	10,9
6	51	6,1
7	34	4,0
Nº de vezes que almoça em casa	nº	%
Não responde	1	0,1
Total	841	100,0

Por sua vez, relativamente ao jantar constatamos que 551 (65,5%) jantam sete vezes por semana em casa, 188 (22,4%) dos participantes jantam seis vezes por semana em casa, comparativamente com 78 (9,3%) que jantam cinco vezes por semana, 9 (1,1%) jantam quatro vezes, 6 (0,7%) jantam três vezes, 4 (0,5%) jantam duas vezes, 1 (0,1%) participante que nunca janta em casa, 2 (0,2%) respondem que jantam em casa “Quase todos os dias” e outros 2 participantes (0,2%) não responde à questão (Tabela 26).

Tabela 26- Distribuição dos participantes segundo o número de vezes por semana que janta em casa

Nº de vezes que janta em casa	nº	%
0	1	0,1
2	4	0,5
3	6	0,7
4	9	1,1
5	78	9,3
6	188	22,4
7	551	65,5
Quase todos os dias	2	0,2
Não responde	2	0,2
Total	841	100,0

No que respeita ao local onde os participantes almoçam quando estão na escola (tabela 22), 238 (28,3%) dizem que almoçam no refeitório da escola, 232 (27%) almoçam no café, 146 (17,4%) em casa, 70 (8,3%) em casa ou no refeitório da escola, 49 (5,8%) levam comida de casa, 41 (4,9%) almoçam no café ou em casa, 24 (2,9%) no refeitório da escola ou em casa, 23 dos participantes (2,7%) almoçam no café/refeitório da escola ou em casa, 8 (1%) não respondem, 4 (0,5%) respondem “Outro” mas não especificam o local, 3 (0,4%) almoçam no café ou levam comida de casa, 2 (0,2%) almoçam no refeitório da escola ou levam comida de casa e 1 (0,1%) participante almoça em casa ou leva comida de casa (tabela 27).

Tabela 27- Distribuição dos participantes segundo o local onde almoça quando está na escola

Local onde almoça quando está na escola	nº	%
Refeitório da escola	238	28,3
Café	232	27,6
Casa	146	17,4
Café ou refeitório da escola	70	8,3
Leva comida de casa	49	5,8
Café ou casa	41	4,9
Refeitório da escola ou casa	24	2,9
Café, refeitório da escola ou casa	23	2,7
Não responde	8	1,0
Outro (não específica)	4	0,5
Café ou leva comida de casa	3	0,4
Refeitório da escola ou leva comida de casa	2	0,2
Casa ou leva comida de casa	1	0,1
Total	841	100,0

Relativamente à profissão da mãe dos 841 participantes, as respostas foram de resposta livre num total de 123 profissões referidas. Verificamos que as respostas mais citadas foram “Professora” (12,4%), “Empresária” (5,2%), “Secretária/Empregada de escritório” (5%), “Operária fabril” (3,7%) e 5,6% não responderam à questão.

No que diz respeito à profissão do pai dos 841 participantes, foram referidas 161 profissões diferentes em resposta livre, das quais, as mais citadas foram “Empresário” (10,3%), seguindo-se “Engenheiro” (8,6%), “Professor” (5,7%), “Construtor Civil” (3,8%) entre outras. 5,8% dos participantes não responderam à questão.

Através da tabela 28, podemos verificar que relativamente à escolaridade da mãe dos participantes, 343 (40,8%) têm o ensino superior, 260 (30,9%) o ensino secundário, 106 (12,6%) tem o 3º ciclo completo, 58 (6,9%) o 2º ciclo completo, 50 (5,9%) não respondem e 24 (2,9%) têm o 1º ciclo completo.

Tabela 28- Distribuição dos participantes segundo a escolaridade da mãe

Escolaridade da mãe	nº	%
1º Ciclo completo	24	2,9
2º Ciclo completo	58	6,9
3º Ciclo completo	106	12,6
Ensino secundário	260	30,9
Ensino superior	343	40,8
Não responde	50	5,9
Total	841	100,0

Relativamente à escolaridade do pai dos participantes (tabela 28), podemos constatar que 244 (29%) têm o ensino secundário, 240 (28,5%) o ensino superior, 167 (19,9%) 3º ciclo

completo, 87 (10,3%) 2º ciclo completo, 66 (7,8%) não responde à questão, 36 (4,3%) 1º ciclo completo e um participante (0,1%) responde que o seu pai tem o 1º ciclo incompleto (tabela 29).

Tabela 29- Distribuição dos participantes segundo a escolaridade do pai

Escolaridade do pai	nº	%
1º Ciclo incompleto	1	0,1
1º Ciclo completo	36	4,3
2º Ciclo completo	87	10,3
3º Ciclo completo	167	19,9
Ensino secundário	244	29,0
Ensino superior	240	28,5
Não responde	66	7,8
Total	841	100,0

Através da tabela 30, constatamos que a média de idades da mãe dos participantes é de 47,04 anos, para uma amostra de 820 participantes. Não foram considerados os 21 participantes que não responderam ou que referiram não saber. O mínimo de idade da mãe dos participantes é de 35 anos, o máximo é de 64 anos. O desvio padrão é de 4,61 anos e a mediana de 47 anos.

Tabela 30- Caracterização dos participantes segundo a idade da mãe.

	N	Min	Máx	Média	D.P.	p25	p50	p75
Idade da mãe	820	35,00	64,00	47,04	4,61	44,00	47,00	50,00

Ao analisarmos a tabela 31, constatamos que a média de idades do pai dos participantes é de 49,20 anos, para uma amostra de 810 participantes. Não foram considerados os 31 participantes que não responderam ou que referiram não saber.

Tabela 31- Caracterização dos participantes segundo a idade do pai.

	N	Min	Máx	Média	D.P.	p25	p50	p75
Idade do pai	810	35,00	74,00	49,20	4,99	46,00	49,00	52,00

Relativamente à prática de exercício físico, verificamos através da análise da tabela 32 que 679 (80,8%) dos participantes praticam exercício físico e 161 (19,1%) não praticam. Existe ainda um participante (0,1%) que não responde à questão.

Tabela 32- Distribuição dos participantes segundo a prática de exercício físico.

Prática de exercício físico	nº	%
Sim	679	80,8
Não	161	19,1
Não responde	1	0,1
Total	841	100,0

Relativamente ao tipo de exercício físico realizado por parte dos participantes que praticam, sendo uma questão de resposta livre, foram selecionados 135 tipos de respostas diferentes. O tipo de exercício físico mais descrito pelos participantes é o “Ginásio” (11,8%), “Futebol” (8,3%), “Aula de educação física” (6,2%), “Vários” (4,5%) que correspondem a mais de dois tipos de exercício, “Futsal” e “Dança” ambos com 2,7%.

No que diz respeito à frequência com que os participantes praticam exercício físico, verificamos que 171 (25,2%) praticam três vezes por semana, 133 (19,7%) quatro vezes por semana, 118 (17,5%) duas vezes por semana, 69 (10,1%) diariamente e 68 (10%) cinco vezes por semana. As restantes respostas sobre a frequência do exercício físico foram selecionadas por menos participantes (tabela 33).

Tabela 33- Distribuição dos participantes segundo a frequência do exercício físico

Frequência do exercício físico	nº	%
1 Vez por semana	42	6,2
2 Vezes por semana	118	17,5
3 Vezes por semana	171	25,2
4 Vezes por semana	133	19,7
5 Vezes por semana	68	10,0
6 Vezes por semana	32	4,9
Diariamente	69	10,1
Regularidade	20	2,9
6 Vezes por mês	1	0,1
Não responde	5	0,7
Às vezes	5	0,7
Pouca frequência	3	0,4
Resposta impercetível	2	0,3
Semanalmente	3	0,4
Mensalmente	2	0,3
Mais do que dez vezes por semana	1	0,1
4 Horas por semana	1	0,1
5 Horas por semana	2	0,3
9 Horas por semana	1	0,1
Total	679	100,0

Através da análise da tabela 34, constatamos que 655 (77,9%) dos participantes referem que habitualmente costumam consumir uma peça de fruta ou sumo de fruta (100%) natural diariamente, ao contrário de 186 (22,1%) dos participantes que não o faz.

Tabela 34- Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 1: “Habitualmente, costumam consumir 1 peça de fruta ou sumo de fruta (100% natural) todos os dias”

Resposta 1	nº	%
Verdadeiro	655	77,9
Falso	186	22,1
Total	841	100,0

Relativamente ao consumo de duas peças de fruta todos os dias, 321 (38,2%) dos participantes referem que é verdade, e por sua vez, 520 (61,8%) referem que é falso (tabela 35).

Tabela 35- Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 2: “Consumes duas peças de frutas todos os dias”

Resposta 2	nº	%
Verdadeiro	321	38,2
Falso	520	61,8
Total	841	100,0

No que diz respeito ao consumo habitual de produtos hortícolas frescos (saladas), sopa ou legumes no prato, pelo menos uma vez por dia, 722 (85,9%) diz que é verdade e 119 (14,1%) diz que é falso (tabela 36).

Tabela 36- Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 3: “Habitualmente, consumes produtos hortícolas frescos (saladas), sopa ou legumes no prato, pelo menos uma vez por dia”

Resposta 3	nº	%
Verdadeiro	722	85,9
Falso	119	14,1
Total	841	100,0

Podemos ainda constatar que 429 (51%) dos participantes referem como verdadeiro o consumo habitual de produtos hortícolas frescos ou no prato, duas ou mais vezes por dia, por sua vez, 412 (49%) dos participantes referem que é falso (tabela 37).

Tabela 37- Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 4: “Habitualmente, consumes produtos hortícolas frescos ou no prato? (Duas ou mais vezes por dia)”

Resposta 4	nº	%
Verdadeiro	429	51,0
Falso	412	49,0
Total	841	100,0

Através da tabela 38, verificamos que 570 (67,8%) dos participantes referem como sendo verdadeiro o consumo de peixe com regularidade (duas a três vezes por semana ou mais) e 271 (63,2%) referem que é falso.

Tabela 38- Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 5: “Consumes peixe com regularidade? (2 a 3 vezes por semana ou mais)”

Resposta 5	nº	%
Verdadeiro	570	67,8
Falso	271	32,2
Total	841	100,0

No que compete à questão 6 (tabela 39), verificamos que 617 (73,4%) dos participantes referem que é falso irem a restaurantes típicos de fast-food, umas ou mais vezes por semana ao contrário de 224 (26,6%) que mencionam ser verdade frequentar este tipo de restaurantes.

Tabela 39- Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 6: “Costumas ir a restaurantes típicos de fast-food (MC Donald’s, Telepizza, Pizza Hut,...), uma ou mais vezes por semana.

Resposta 6	nº	%
Verdadeiro	224	26,6
Falso	617	73,4
Total	841	100,0

Pela tabela 40, consideramos que 635 (75,5%) dos participantes gostam de leguminosas, tais como, feijão, lentilhas, grão, ervilhas, favas entre outros, ao contrário de 206 (24,5%) que não gostam.

Tabela 40- Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 7: “Gosta de leguminosas? (feijão, lentilhas, grão, ervilhas, favas,...)

Resposta 7	nº	%
Verdadeiro	635	75,5
Falso	206	24,5
Total	841	100,0

No que diz respeito ao consumo diário de massas alimentícias ou arroz mais do que cinco vezes por semana, 713 (84,8%) referem que sim e 128 (15,2%) referem que não (tabela 41).

Tabela 41- Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 8: “Costumas ingerir diariamente massas alimentícias (macarrão, esparguetes,...) ou arroz? (Mais de 5 vezes por semana)

Resposta 8	nº	%
Verdadeiro	713	84,8
Falso	128	15,2
Total	841	100,0

Através da tabela 42, constatamos que 661 (78,6%) dos participantes costumam ingerir cereais e/ou pão ao pequeno-almoço, ao contrário de 180 (21,4%) que não ingerem.

Tabela 42- Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 9: “E ao pequeno-almoço, costumam ingerir cereais de pequeno-almoço e/ou pão?”

Resposta 9	nº	%
Verdadeiro	661	78,6
Falso	180	21,4
Total	841	100,0

No que diz respeito ao consumo regular de frutos secos duas a três vezes por semana ou mais, verificamos que 604 (71,8%) responderam que é falso e 237 (28,2%) dos participantes consideram verdadeiro (tabela 43).

Tabela 43- Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 10: “Costumas ingerir com regularidade frutos secos (nozes, amêndoas, pinhões, avelãs,...)? (2 a 3 vezes por semana ou mais)

Resposta 10	nº	%
Verdadeiro	237	28,2
Falso	604	71,8
Total	841	100,0

Relativamente ao consumo de azeite em casa, por parte dos participantes verificamos que 735 (87,4%) utilizam regularmente e 106 (12,6%) não (tabela 44).

Tabela 44- Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 11: “E na tua casa, é costume utilizar regularmente o azeite?”

Resposta 11	nº	%
Verdadeiro	735	87,4
Falso	106	12,6
Total	841	100,0

Através da tabela 45, constamos que 710 (84,4%) dos participantes costumam ingerir o pequeno-almoço em casa diariamente. Por sua vez, 131 (15,6%) dos participantes referem que não fazem esta refeição em casa diariamente.

Tabela 45- Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 12: “Costumas tomar o pequeno-almoço todos os dias?”

Resposta 12	nº	%
Verdadeiro	710	84,4
Falso	131	15,6
Total	841	100,0

No que diz respeito ao consumo de produtos lácteos ao pequeno-almoço, validamos que 672 (79,9%) consomem e 169 (20,1%) não consomem (tabela 46).

Tabela 46- Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 13: “Costumas tomar produtos lácteos ao pequeno-almoço? (leite, iogurte, queijo ou requeijão)”

Resposta 13	nº	%
Verdadeiro	672	79,9
Falso	169	20,1
Total	841	100,0

Relativamente ao consumo ao pequeno-almoço de produtos de confeitaria por parte dos participantes, 657 (78,1%) dos mesmos referem que não consomem e 184 (21,9%) referem que consomem (tabela 47).

Tabela 47- Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 14: “Costumas tomar ao pequeno-almoço produtos de confeitaria?(Croissants, bolachas, etc,...)”

Resposta 14	nº	%
Verdadeiro	184	21,9
Falso	657	78,1
Total	841	100,0

Através da análise da tabela 48, constatamos que 569 (67,7%) dos participantes costumam consumir dois iogurtes e/ou 40g de queijo por dia e 272 (32,3%) não consomem.

Tabela 48- Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 15: “Costumas comer dois iogurtes e/ou 40g de queijo (+/- 2 fatias pequenas), por dia?”

Resposta 15	nº	%
Verdadeiro	272	32,3
Falso	569	67,7
Total	841	100,0

No que diz respeito ao consumo de guloseimas algumas vezes ao dia, 472 (56,1%) referem que não consomem e 369 (43,9%) referem que consomem (tabela 49).

Tabela 49- Distribuição dos participantes segundo a resposta à questão 16: “Habitualmente comes guloseimas algumas vezes ao dia? (chocolates, caramelos,...)”

Resposta 16	nº	%
Verdadeiro	369	43,9
Falso	472	56,1
Total	841	100,0

Pela análise da tabela 50 verificamos que para um total de 841 participantes, no que diz respeito à escala KIDMED, a média encontra-se nos 6,10 com desvio padrão de 2,19, mínimo de 0 e máximo de 11, com mediana de 6.

Tabela 50- Caracterização dos participantes segundo a adesão à dieta mediterrânica, de acordo com a escala KIDMED.

	N	Min	Máx	Média	D.P.	p25	p50	p75
KIDMED	841	0	11,00	6,10	2,19	5,00	6,00	8,00

No que diz respeito à aplicação do questionário KIDMED, verificamos que 107 (12,7%) dos participantes apresentam muita baixa qualidade na adesão à dieta mediterrânica, 496 (59%) apresentam necessidade de melhoria e apenas 238 (28,3%) apresentam dieta mediterrânea ideal (tabela 51).

Tabela 51- Distribuição dos participantes segundo a classificação do questionário KIDMED

Classificação KIDMED	nº	%
Pobre	107	12,7
Média	496	59,0
Alta	238	28,3
Total	841	100,0

3.2.2. Hipóteses em estudo

H1: A adesão à dieta mediterrânica está relacionada com o sexo dos participantes.

Com a análise da tabela 52, podemos verificar que existem diferenças estatisticamente muito significativas entre os participantes do sexo masculino e os participantes do sexo feminino na adesão à dieta mediterrânica ($t = ,4217; p < 0,01$). Constatamos que a média de adesão é superior no sexo feminino comparativamente com o sexo masculino.

Tabela 52- Médias, desvios padrões e t de Student dos participantes na adesão à Dieta Mediterrânica, por sexo.

Adesão à Dieta Mediterrânica	Sexo				t	p
	Masculino n1= 450		Feminino n2=391			
	Média	D.P.	Média	D.P.		
	5,81	2,19	6,44	2,14	-4,217	0,000

H2: A adesão à dieta mediterrânica apresenta correlações estatisticamente significativas com a idade (em anos).

Relativamente à adesão à dieta mediterrânica e idade (tabela 53), constatamos que não existem correlações estatisticamente significativas ($r = 0,020; p > 0,05$).

Tabela 53- Correlação de Pearson (r) entre a adesão à Dieta Mediterrânica e a idade (em anos).

Adesão à Dieta Mediterrânica	Idade	
	r	p
	0,020	0,555

H3: A adesão à dieta mediterrânica apresenta correlações estatisticamente significativas com o IMC.

No que diz respeito à adesão à dieta mediterrânica e o IMC (tabela 54), constatamos que existem correlações positivas estatisticamente significativas ($r = 0,072; p < 0,05$).

Tabela 54 - Correlação de Pearson (r) entre a adesão à Dieta Mediterrânica e o IMC.

Adesão à Dieta Mediterrânica	IMC	
	r	p
	0,072	0,037

H4: A adesão à dieta mediterrânica está relacionada com a prática de exercício físico.

No estudo desta hipótese a amostra ficou reduzida a 840 participantes porque um participante não respondeu à questão. Através da análise da tabela 55, podemos verificar que existem diferenças estatisticamente muito significativas entre a adesão à dieta mediterrânica

e a prática ou não de exercício físico ($t = 3,864$; $p < 0,01$), sendo que a adesão à dieta mediterrânica é maior nos participantes que praticam exercício físico.

Tabela 55- Médias, desvios padrões e t de student dos participantes na adesão à Dieta Mediterrânica e a prática de exercício físico

Adesão à Dieta Mediterrânica	Exercício físico				t	p
	Sim n1=679		Não n2=161			
	Média	D.P.	Média	D.P.		
	6,24	2,23	5,51	1,94974	3,864	0,000

H5: A adesão à dieta mediterrânica está relacionada com a escolaridade dos participantes.

Relativamente à adesão à dieta mediterrânica e a escolaridade dos participantes, pela análise da tabela 56, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($z = 0,726$; $p > 0,05$).

Tabela 56- Resultado da aplicação do teste de ANOVA entre a adesão à Dieta Mediterrânica e a escolaridade dos participantes

Adesão à Dieta Mediterrânica	Escolaridade	Nº	Média	D.P.	z	p
	10º Ano	291	5,98	2,21	0,726	0,484
	11º Ano	299	6,15	2,10		
	12º Ano	251	6,19	2,28		
Total		841				

H6: A adesão à dieta mediterrânica está relacionada com o fato dos participantes almoçarem em casa ou não.

No estudo desta hipótese a amostra ficou reduzida a 840 participantes porque um participante não respondeu à questão. Pela análise da tabela 57, constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a adesão à dieta mediterrânica e almoçar em casa ou não, sendo que “sim” corresponde a almoçar em casa entre 5-7 vezes por semana e “não” corresponde a almoçar em casa inferior a 5 vezes por semana ($t = -1,698$; $p > 0,05$).

Tabela 57: Médias, desvios padrões e t de student dos participantes na adesão à Dieta Mediterrânica e almoçar em casa ou não (Grupo 1: Não – inferior a 5 vezes por semana; Grupo 2: Sim – almoça em casa entre 5-7 vezes por semana)

Adesão à Dieta Mediterrânica	Almoça em casa				t	p
	Sim n1=177		Não n1=663			
	Média	D.P.	Média	D.P.		
	6,35	2,20	6,04	2,19	-1,698	0,090

H7: A adesão à dieta mediterrânica está relacionada com a escolaridade da mãe dos participantes.

No estudo desta hipótese, a amostra ficou reduzida a 791 participante porque 50 participantes não responderam à questão da escolaridade da mãe. No que diz respeito à adesão à dieta mediterrânica e a escolaridade da mãe dos participantes, podemos verificar (tabela 58) que existem diferenças estatisticamente significativas ($z = 2,669; p < 0,05$) entre os filhos das mães que frequentaram o ensino secundário e os filhos das mães que frequentaram o ensino superior. Constatamos que os filhos das mães que frequentaram o ensino secundário têm menor média de adesão à dieta mediterrânica (5,87) em comparação com os filhos das mães que frequentaram o ensino superior (6,41).

Tabela 58- Resultado da aplicação do teste de ANOVA entre a adesão à Dieta Mediterrânica e a escolaridade da mãe dos participantes

	Escolaridade	Nº	Média	D.P.	z	p
Adesão à Dieta Mediterrânica	1º Ciclo Completo	24	5,9167	1,86307	2,669	0,031
	2º Ciclo Completo	58	6,4310	2,11189		
	3º Ciclo Completo	106	6,0283	2,25286		
	Ensino Secundário	260	5,8731	2,10057		
	Ensino Superior	343	6,4111	2,23413		
	Total		791			

H8: A adesão à dieta mediterrânica está relacionada com a escolaridade do pai dos participantes.

No estudo desta hipótese a amostra ficou reduzida 774 participante porque 67 participantes não responderam à questão da escolaridade do pai. Pela análise da tabela 59, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas de adesão à dieta mediterrânica e a escolaridade dos pais dos participantes ($z = 0,347; p > 0,05$).

Tabela 59- Resultado da aplicação do teste de ANOVA entre a adesão à Dieta Mediterrânica e a escolaridade do pai dos participantes

	Escolaridade	n	Média	D.P.	Z	p
Adesão à Dieta Mediterrânica	1º Ciclo Completo	36	6,1389	2,11326	0,347	0,846
	2º Ciclo Completo	87	6,2184	1,97911		
	3º Ciclo Completo	167	6,0479	2,20298		
	Ensino Secundário	244	6,0902	2,24801		
	Ensino Superior	240	6,2750	2,25549		
	Total		774			

4. DISCUSSÃO

Neste capítulo serão discutidos os resultados mais significativos expostos no capítulo anterior, confrontando-os com a revisão da literatura efetuada na primeira fase do processo. Por uma questão metodológica, a discussão dos resultados é dividida em dois estudos. O estudo 1 diz respeito ao conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre AVC e o estudo 2 sobre a adesão à dieta mediterrânica dos estudantes do ensino secundário.

Relativamente ao estudo 1 verificamos que 60,2% dos participantes corresponde ao sexo feminino e 38% ao sexo masculino. Estes resultados não são concordantes com os dados mencionados na página *web* Pordata (Base de dados Portugal contemporâneo), que refere que em Portugal no ano 2019, num total de 399 386 alunos matriculados no ensino secundário, 50,4% são do sexo masculino e 49,6% do sexo feminino. No entanto, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), na população de Portugal no ano 2019, 42,7% são do sexo masculino e 57,3% do sexo feminino, dados que estão de acordo com o nosso estudo.

Ao analisarmos os dados obtidos no nosso estudo, verificamos que 41,2% dos participantes refere que têm familiar com AVC. Podemos constatar que estes dados são superiores aos resultados apresentados por Hosseininezhad et al. (2017) em que 26,8% dos participantes conheciam alguém na sua família que teve um AVC. O fato de 7,7% dos participantes não terem conhecimento da existência de familiares com AVC, pode estar relacionado com o desconhecimento dos participantes da sua história familiar e da importância dessa informação na prevenção do AVC.

O conhecimento prévio sobre AVC é relatado pela maioria dos participantes, em que 80,3% refere que já leram ou viram qualquer coisa sobre AVC. Estes dados são discordantes dos resultados apresentados por Hosseininezhad et al. (2017) em que apenas 55,8% dos participantes tinham informações anteriores sobre AVC e 92% estavam interessados em obter informações sobre AVC. No entanto são semelhantes com o estudo de Thapa et al. (2016), uma vez que mais de dois terços dos participantes (71,1%) já ouviram ou leram sobre AVC.

Observamos que os participantes referem que a doença que têm mais medo é o cancro (71,1%), este fato está de acordo com o estudo de Awang, Mansor, Peng e Osman (2018) que segundo a OMS (2015), o cancro é a doença mais temida pela maioria das pessoas.

Estudos populacionais têm mostrado de forma consistente que cerca de um quarto a metade da população preocupa-se com o cancro. O medo do cancro pode estar relacionado com a perceção individual do tratamento, incapacidade e morte associada a esta doença (Vrinten et al. 2017).

Constatamos que 42,3% dos participantes associam que sofrer de cancro na cabeça ou na face é um fator de risco de AVC, pelo que seria importante perceber qual a ligação que os participantes fazem entre estas doenças. O AVC é a segunda doença referida pelos participantes como a doença mais temida (12%). O fato dos participantes escolherem maioritariamente o cancro e não o AVC, pode estar relacionado com um défice de conhecimento no que diz respeito às consequências e limitações do AVC, seria interessante perceber quais os motivos da escolha.

No que diz respeito às diferentes dimensões do questionário, verificamos que 93,3% dos participantes referiram que o cérebro é o principal órgão afetado no AVC. Estes dados não são concordantes com Saengsuwan, Suangpho e Tiamkao (2017), em que cerca de 25% dos utentes não tinha ideia qual o órgão afetado pelo AVC e apenas 25% identificou corretamente que o AVC é um problema no cérebro. Contudo, para Nicol e Thrift (2005), a maioria dos participantes refere que o AVC foi devido a uma lesão no cérebro, tal como verificamos no nosso estudo.

Podemos também constatar que a face (72,9%) aparece como um dos principais órgãos afetados pelo AVC. O fato dos participantes selecionarem a face como um dos órgãos afetados pode estar relacionado com alguns sinais do AVC, como o desvio da comissura labial que pode provocar alterações ao nível da face e compromisso da fala.

Relativamente aos fatores de risco/causas do AVC, constatamos que os participantes identificaram os principais fatores de risco: HTA (74,3%), obesidade (74,3%), falta de atividade física (73,6%), colesterol elevado (71,5%), consumo de tabaco (49,6%), consumo de álcool (55,3%), alimentação rica em hidratos de carbono e açúcar pode causar AVC (45,1%). Estes dados são inferiores aos referidos no estudo desenvolvido por Saengsuwan et al. (2017), em que os fatores de risco mais frequentemente identificados foram HTA (96,4%), dislipidémia (96,4%) e envelhecimento (94,3%). No entanto, estão de acordo com Sim-Sim et al. (2019), que refere que os participantes do seu estudo mencionam que a diabetes, HTA, obesidade,

Dislipidémia, doença cardíaca e consumo de tabaco são os principais fatores de risco para AVC.

Constatamos através do nosso estudo que 46,1% dos participantes considera falso que o excesso de sal não é causa de AVC. O que nos leva a pensar que existe conhecimento por parte dos mesmos da relação entre o consumo de sal e o risco de desenvolver AVC. Contudo verifica-se que cerca de 30,3% referem não saber se existe esta relação, o que nos direciona para a importância do reforço de educação para a saúde para uma alimentação saudável. Estes dados são concordantes com Chaudhary, Pandey, Wang e Xi (2019) que referem que a dieta rica em gorduras é um dos fatores contribuintes para o AVC. Também Paterson et al. (2018), refere que cerca de 90% do risco de AVC é evitável, e atribuído a fatores de risco modificáveis, incluindo a dieta pobre. A dieta mediterrânica foi considerada benéfica para a prevenção de AVC.

A maioria dos participantes considera que o consumo de tabaco pode causar AVC, contudo verificamos que 36,6% dos participantes diz não saber se o tabagismo é causa ou não. Estes dados são concordantes com a DGS (2014), em que uma parte da população portuguesa não perceciona o tabagismo como um grave fator de risco para a saúde, em particular nas pessoas fumadoras.

No que diz respeito à questão “A diabetes não causa AVC”, 48,2% dos participantes refere ser falso, ou seja a diabetes é um dos fatores de risco para AVC. No entanto, verificamos que 35,9% dos participantes referem não saber. Estes dados estão de acordo com a resposta à questão em que a alimentação rica em hidratos de carbono e açúcar pode causar AVC, onde constatamos que 45,1% dos participantes dizem que é fator de risco/causa para AVC. Com a análise destes dados, constatamos que os participantes possivelmente têm conhecimento da relação entre a dieta rica em hidratos de carbono/ açúcar e a Diabetes, contudo podem não conseguir fazer associação entre a importância da dieta/diabetes e o risco de desenvolver AVC. Estes dados estão de acordo com Boehme et al. (2018), que diz que a Diabetes Mellitus é um fator de risco importante para o desenvolvimento de AVC.

Através do nosso estudo constatamos que existem muitas questões que cerca de metade dos estudantes referem não saber a resposta correta, entre elas: os zumbidos intensos são fatores de risco de AVC, sofrer de epilepsia é um fator de risco de AVC, sofrer de infeções repetidas

dos ouvidos é um fator de risco de AVC, sofrer de sinusite crónica é um fator de risco de AVC, ter meningite no passado é um fator de risco de AVC e a prática de exercício violento provoca AVC. Estes dados podem estar relacionados com o défice de conhecimento sobre o AVC por parte da população jovem. Umar et al. (2019), confirma que o conhecimento geral dos sintomas e fatores de risco do AVC por parte dos jovens e adolescentes é baixo. No entanto, esta população deve ser educada e consciencializada sobre os fatores de risco e quais os procedimentos corretos em caso de suspeita de pessoa com AVC.

No que diz respeito à FA não causar AVC, verificamos que a maioria (64,8%) dos participantes referem não saber. Por sua vez, na questão “As doenças do coração não causam AVC” cerca de metade dos participantes referem ser falso, ou seja, consideram que as doenças de coração podem causar AVC. Esta diferença na resposta pode estar relacionado com o fato dos participantes não reconhecerem a FA como uma doença cardíaca. Contudo, constatamos que os nossos dados são superiores aos referidos por Faiz, Sundeth, Thommessen e Rønning (2018), em que apenas 7,7% indicou a FA como fator de risco.

No que concerne à prevenção do AVC, verificamos que a maioria dos participantes refere que uma alimentação equilibrada pode prevenir o AVC e cerca de metade diz que beber muita água diariamente previne o AVC. Estes resultados não são concordantes com os apresentados no estudo de Andrade et al. (2017) que refere que apenas 32,8% dos participantes consideram a “dieta saudável” importante para a prevenção de doenças cardiovasculares. Contudo, são concordantes com Boehme et al. (2018), que sugeriu que uma adesão a uma dieta saudável pode diminuir o risco de AVC ao longo da vida em mais ou menos 20%. Várias abordagens dietéticas foram consideradas importantes e semelhantes entre elas ao promoverem uma combinação de micro e macronutrientes derivados de plantas, diminuição da ingestão calórica relacionada a gorduras saturadas, aumento da ingestão de frutas e vegetais e diminuição da ingestão de sal. Ainda de acordo com estes autores, talvez a evidência mais forte a favor da dieta na redução de eventos cardiovasculares seja a dieta mediterrânica. O estudo PREDIMED (Prevenção primária de doenças cardiovasculares com dieta mediterrânica) que compara os efeitos da dieta mediterrânica nos eventos cardiovasculares, verificou uma redução de cerca de 30% na redução da incidência de AVC.

Ainda relativamente à dieta, verificamos que a cerca de metade dos participantes responde que é falso que comer poucas proteínas (carne, fiambre, frango, etc.) previne o AVC. O estudo desenvolvido por Ozawa et al. (2017), mostra que uma maior ingestão de proteínas foi associada a um menor risco de AVC. A quantidade ideal de ingestão de proteína na dieta pode ser um fator de proteção significativa contra o desenvolvimento de AVC. Seria importante perceber, através do questionário, a relevância que os participantes conferem ao tipo de proteína, animal e vegetal, as quantidades de ingestão semanal e os respetivos benefícios para a saúde e prevenção do AVC.

A maioria dos participantes consideram que beber muita água diariamente previne o AVC, tal como refere Cortés- Vicente et al. (2019), a desidratação aumenta a hemoconcentração e a viscosidade do sangue e diminui a pressão arterial, fatores que podem agravar os efeitos da isquémia cerebral provocando mais lesões cerebrais e sintomas mais graves.

Para a maioria dos participantes do nosso estudo, o AVC pode ser evitado. Estes dados são concordantes com Boehme et al. (2018) e Hickey et al. (2009) que referem que de todas as doenças neurológicas, o AVC é a mais evitável. De forma a prevenir e evitar o AVC, é fundamental promover estilos de vida saudáveis, como abstinência de tabaco, álcool, dieta saudável e prática regular de exercício físico, hábitos que devem ser adotados na infância e continuar ao longo da vida. Manter a educação das medidas preventivas na população de forma a modificar comportamentos e atitudes que implicam risco de AVC é essencial. Também Thapa et al. (2016), relata que 82,5% dos participantes do seu estudo afirmam que o AVC pode ser prevenido.

No que concerne aos sintomas de AVC e tendo em consideração os 3 F's – fala, face e força (DGS, 2017b), as respostas mais selecionadas com percentagem superior a 52% foram confusão súbita, falta de visão súbita, num dos olhos, boca ao lado, falta de força num braço e numa perna do mesmo lado, impossibilidade de falar. Estes dados são concordantes com Osama et al. (2019), que ao realizar um estudo com perguntas fechadas, os participantes consideraram os seguintes sintomas: paralisia de um lado do corpo (81,8%), dormência de um lado do corpo (79,2%), perda de consciência (74,6%), desvio da boca (70,7%) e distúrbio da fala (69,7%). Também são semelhantes aos dados apresentados por Soto-Cámara et al. (2020)

que referem que a perda de força / fraqueza (66,73%) e distúrbio de fala / linguagem (58,98%) foram os sintomas mais comuns relatados.

Nos resultados apresentados por Hickey et al. (2009), os participantes identificaram os sinais de alerta com base nos sinais de alerta estabelecidos pela American Stroke Association, National Stroke Association e o National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Foram identificados os seguintes sinais de AVC: dormência súbita ou fraqueza no rosto, braço ou perna, especialmente de um lado do corpo; confusão súbita ou dificuldade em falar ou compreender a fala; dificuldade súbita de ver de um ou ambos os olhos; dificuldade súbita em andar; tonturas ou perda de equilíbrio/coordenação; cefaleias súbitas e intensas sem causa conhecida. Contudo estes dados são inferiores aos nossos uma vez que, à exceção da fala arrastada (54%), menos de metade da população do estudo identificou esses sinais de alerta.

Constatamos ainda que formigueiros num braço ou uma perna que passam com a mudança de posição e tremores num braço ou numa perna, foram identificados como sintomas por mais de 50 % dos participantes. Embora estes sintomas não estejam diretamente relacionados com AVC, a sua escolha por parte dos participantes podem estar relacionados com o conhecimento das alterações ao nível dos membros superiores e/ou inferiores que os utentes com AVC podem apresentar. Contudo, por provável défice de conhecimento dos sintomas do AVC, os mesmos não identificam os sintomas específicos.

A sensação de mal-estar na cabeça e sensação de desmaio apesar de poderem ser sintomas de AVC, não foram identificados como sintomas no nosso estudo uma vez que se priorizou os sintomas identificados pela DGS (2017), F's - fala, face e força. A importância de reforçar o conhecimento da população sobre os sintomas e sinais de alerta é essencial para a adoção de respostas adequadas e céleres no utente com suspeita de AVC.

43% dos participantes referem que dores no peito com irradiação para um dos braços é um sintoma de AVC. Estes dados são concordantes com Nicol e Thrift (2005), pois muitos dos participantes do seu estudo parecem ter alguma dificuldade em fazer a distinção entre AVC e EAM. Foram encontrados níveis altos de reconhecimento sobre AVC quando os entrevistados leram uma lista de possíveis sinais de alerta de AVC, verificou-se também uma forte tendência para reconhecer os sintomas de EAM como sendo sintomas de AVC.

Para a maioria dos participantes (77,5%) o AVC consiste no entupimento das artérias da cabeça/cérebro. Os nossos resultados não são concordantes os de Hux et al. (2000), citado por Nicol e Thrift (2005) à pergunta “O que é um AVC”, onde apenas 36,9% dos participantes descreveram corretamente o AVC como uma interrupção do suprimento sanguíneo ao cérebro, enquanto que 25,5% deram respostas parcialmente corretas como: o AVC afeta o cérebro ou uma interrupção do sangue mas não ambos.

Através do nosso estudo podemos constatar que para os participantes, as causas de AVC não estão relacionadas com a compressão de um osso na cabeça (44,7%) nem estão relacionados com um tumor no cérebro (36,3%). Contudo, verifica-se que 58,5% dizem que é devido a inflamação das veias na cabeça e 53,9% devido a rompimento dos nervos do cérebro, o que pode estar relacionado com o conhecimento dos participantes de que o AVC interfere com a parte vascular cerebral, mas não reconhecem a diferença entre inflamação, rompimento dos nervos do cérebro e entupimento das artérias da cabeça/cérebro.

Perante uma pessoa com suspeita de AVC, mais de 70% dos participantes dizem que se deve registar os sintomas presentes, registar a hora a que tudo está a acontecer e telefonar para a linha de saúde 24. Estes dados são inferiores aos apresentados por Sadighi et al. (2018), em que 95,7% dos participantes refere que caso encontrem uma pessoa com suspeita de AVC ligavam para o número de emergência médica. Já para Andrade et al. (2017), em Portugal, na presença de sinais/sintomas compatíveis com AVC, o procedimento adequado é ligar para o número de emergência nacional 112. Embora menos de metade dos participantes do estudo desenvolvido por Andrade et al. (2017) tenham escolhido esta opção na presença de assimetria facial, cerca de 40% indicaram que iam diretamente ao hospital/centro de saúde. Ainda para estes autores, os resultados apresentados estão de acordo com estudos portugueses anteriores que revelaram que apenas 22,4% dos inquiridos ligariam para o número de emergência quando se deparassem com um possível AVC. Por sua vez, os resultados apresentados por Soto-Cámara et al. (2020), não são concordantes com os nossos, uma vez que apenas 16,99% dos participantes sabiam qual era a forma correta de agir perante suspeita de AVC. Estes dados podem estar relacionados com a capacidade demarcada da população em transformar, de forma automática, o conhecimento em ação.

É fundamental o registo preciso do início real dos sintomas, para um tratamento seguro e adequado do AVC. Quando esta informação não é possível obter pelo utente, é frequentemente relatado pelos profissionais de saúde de emergência pré-hospitalar ou por testemunhas. Na transmissão de informação entre pessoas, existe a probabilidade de transmissão de informação incorreta, que pode ser importante para um tratamento adequado (Spokoyny et al., 2015).

Verifica-se ainda que 59,5% dos participantes refere que um dos procedimentos adequados perante suspeita de AVC é transportar o utente para o centro de saúde mais próximo. Esta situação pode estar relacionada com a perceção dos participantes da importância de recorrer a um profissional de saúde, mas não sabem qual o tipo de cuidados mais adequados a um utente com suspeita de AVC, com necessidade de cuidados hospitalares e tratamento específico. Estes dados não são concordantes com Meira, Magalhães, Silva, Silva e Silva (2018), pois no seu estudo cerca de 17,6% dos participantes refere que transportavam o utente ao hospital mais próximo, sem ativação do número de emergência, de modo ajudar a pessoa a chegar a um centro de atendimento mais rápido. Esta prática não é recomendada devido aos riscos associados ao transporte do utente e tratamento adequado, pois tal como a DGS (2017b) indica, após o contato com o Número Europeu de Emergência 112, o CODU deve confirmar a suspeita de AVC, ativando a Via Verde AVC pré-hospitalar e enviar o meio de transporte de emergência adequado ao local onde se encontra a vítima.

Telefonar à polícia, ficar junto da pessoa e esperar que ela melhore é considerada falsa por 52,1% e 49,3% dos participantes respetivamente, o que remete para que os mesmos possam ter conhecimento que estes procedimentos não são os mais adequados perante uma pessoa com suspeita de AVC.

Na dimensão sobre o tratamento do AVC, verificamos que 52,5% dos participantes referem não saber se iniciando outros medicamentos ainda não descritos é o mais adequado. Apenas 17,3% refere que é o tratamento apropriado. Os nossos resultados são superiores ao estudo de Faiz et al. (2018), em que apenas 4,6% dos participantes diz que algum tipo de medicamento deve ser administrado rapidamente, sem saber o nome do medicamento. Os participantes que foram capazes de citar uma ou mais opções de tratamento de AVC eram mais jovens e com um nível educacional superior.

Ao analisarmos as respostas dos participantes ao tratamento, verificamos pelo nosso estudo que 45,8% dos participantes considera que o AVC trata-se realizando uma TAC à cabeça. Estes resultados podem estar relacionados com o fato dos participantes reconhecerem que o exame de primeira linha para o diagnóstico de AVC é a TAC, contudo seria interessante perceber se os mesmos consideram a TAC como tratamento ou qual o tratamento mais adequado de acordo com o tipo de AVC. Estes dados vão ao encontro de Yew e Cheng (2009), que consideram a TAC um exame suficientemente sensível para detetar lesões de massa, massa cerebral ou abscesso, bem como detetar hemorragia aguda. Contudo a TAC pode não ser sensível o suficiente para detetar um AVC isquémico, sobretudo se este for de pequenas dimensões, agudo ou na face posterior (Yew e Cheng, 2009).

Através do nosso estudo podemos constatar que cerca de 50% dos participantes referem não saber a resposta a algumas das opções do questionário: “Prescrevendo cortisona” (57,4%), “Dando medicamento para tratar os nervos cerebrais” (50%). Estes dados podem indicar-nos a dificuldade por parte dos participantes reconhecer qual o tratamento adequado para o AVC, daí a maioria referir não saber a resposta a estas questões. O que é compreensível uma vez que não são profissionais de saúde nem estudantes na área da saúde.

Por sua vez, no que concerne à realização de uma operação cirúrgica ao cérebro, são idênticas as percentagens entre os participantes que consideram ser uma opção de tratamento e os que referem não saber. Shah et al. (2019) confirma que a craniotomia descompressiva é uma opção de tratamento utilizada para tratar a pressão intracraniana elevada resultante de várias etiologias, especialmente em lesões cerebrais isquémicas e traumáticas.

O mesmo acontece na utilização de medicamentos anti-inflamatórios para tratar a inflamação das veias e artérias do cérebro, onde 42,6% consideram verdade mas também a mesma percentagem não sabe. Estes resultados podem estar relacionados com os dados supracitados em que os participantes referem que o AVC é devido a inflamação das veias e artérias do cérebro, daí o tratamento ser associado a estas alterações.

Ainda como tratamento do AVC, os participantes (46,1%) evidenciam que baixar o mais rapidamente possível a tensão arterial é uma medida importante. Contudo, é idêntico o número de participantes que não têm conhecimento. O fato de o número de participantes considerar verdadeiro pode estar relacionado com a relação de risco entre o AVC e a HTA.

Pelo que Urden et al. (2008) confirma que controlo da tensão arterial deve ser realizado de forma gradual, sobretudo quando se trata de AVC hemorrágico.

Quanto ao início do tratamento, 47,2% dos participantes refere não saber se a eficácia do tratamento é superior, se iniciada após 3 horas, do início dos sintomas. Estes dados não são concordantes com por Faiz et al. (2018), em que 85,5% dos participantes responderam que o tempo de início do tratamento é importante para o sucesso tratamento do AVC. No entanto verificamos que 66,2% dos participantes refere que é falso que quanto mais cedo se iniciar o tratamento pior será o resultado. Estes dados podem-nos traduzir que os participantes têm consciência que quanto mais cedo se iniciar o tratamento ao utente com AVC melhor, mas provavelmente existe um défice de conhecimento do tratamento específico, quais as janelas de tempo desde o início dos sintomas até ao atendimento hospitalar adequado. Mais uma vez, torna-se essencial o reforço da educação para a saúde, dos tempos importantes de atuação ao utente com suspeita de AVC e de que modo isso influencia o prognóstico.

Na questão “com o melhor tratamento o doente nunca recupera”, 31,3% responderam corretamente, contudo 68,7% dos participantes referem ser verdade ou então não sabem a resposta certa. No que diz respeito à questão “não existe qualquer tratamento que reverta os sintomas do AVC, já instalados num doente”, 27,5% dos participantes referem ser verdade, o que não está correto. Estes dados não estão de acordo com a afirmação de Ustrell-Roig e Serena-Leal (2007), que refere que a aplicação de medidas diagnósticas e terapêuticas de acordo com a existência de protocolos nas primeiras seis horas do início dos sintomas reduz significativamente a incapacidade do utente com AVC e diminui o tempo de internamento. Estes dados podem estar relacionados com o fato dos participantes não terem conhecimento dos tratamentos existentes, e se quando administrado, consegue ou não reverter os sintomas de AVC.

Relativamente ao tratamento ser mais eficaz, se o utente chegar antes de 1h depois do início dos sintomas, verificamos que mais de metade dos participantes referem ser verdade. Ustrell-Roig e Serena-Leal (2007) confirmam que os benefícios do tratamento do AVC nas primeiras 3 horas produziu um aumento absoluto de 11% a 13% no número de utentes com resultado excelente. Em comparação entre os utentes que receberam o tratamento adequado e os utentes que receberam placebo, os que receberam o tratamento em tempo útil tiveram uma

probabilidade 30% maior de ficarem assintomáticos ou ter uma deficiência mínima três meses após o AVC.

No que diz respeito ao conhecimento geral sobre o AVC, verificamos que para 50,7% dos participantes o AVC é uma das principais causas de invalidez. Os nossos resultados são inferiores aos mencionados por Andrade et al. (2017) uma vez que as consequências mais frequentemente relatadas foram dependência nas atividades diárias (90,7%), alterações na fala (89,8%) e paralisia (84,3%). Ainda de acordo com estes autores, a identificação de “dependência nas atividades diárias” como consequência do AVC foi mais frequente entre aqueles com literacia em saúde adequada e com diagnóstico prévio de HTA. Por sua vez, a alteração na fala foi referida pelos participantes com maior escolaridade. Também Costa, Silva e Rocha (2011) confirma que a taxa de incidência e prevalência para o AVC são muito elevadas, sendo considerado das principais causas de incapacidade em todo o mundo. Cerca de 90% dos sobreviventes de AVC têm as suas funções comprometidas. No estudo mencionado por Carvalho-Pinto e Faria (2016), a maioria dos utentes em estudo apresentou compromisso grave a moderado (67%) da função motora e cognitiva na fase aguda, mas também de forma crónica (Carvalho-Pinto e Faria, 2016).

Na literatura referida por Costa et al. (2011), 5 a 10% da população idosa apresenta algum declínio cognitivo, sendo o AVC uma das principais causas. A incidência desses distúrbios na população que sofreu de AVC varia de 12 a 56%. No nosso estudo confirmamos que 45,8% dos participantes consideram falso o AVC não causar demência, ou seja, consideram que o AVC pode causar demência. Estudos anteriores revelam que o AVC quase duplica o risco de demência após os 65 anos de idade, e é a principal causa de convulsões e epilepsia em idosos. Está associado a perda de memória, compromisso da marcha e outros défices funcionais (Andrade et al., 2017; Boehme et al., 2018).

O AVC ser uma das principais causas de internamento em Portugal é considerado verdade por apenas 42,3% dos participantes. O INE (2020), confirma que o AVC continua a ser uma das principais causas de internamento. Seria interessante perceber o porquê de menos de metade dos participantes considerar o AVC como uma das principais causas de internamento em Portugal, e qual ou quais as doenças que os mesmos consideram que causam mais

internamento no nosso país, e se isso pode estar também relacionado com as doenças que os mesmos referiram ter mais medo, como por exemplo, o cancro.

No nosso estudo constatamos que quase metade (48,2%) dos participantes refere não saber se o AVC não aparece ao acordar. Contudo, quando questionados se o AVC nunca surge durante a noite, verificamos que 59,5% refere ser falso, ou seja, que o AVC pode ocorrer durante a noite. Se por um lado, os participantes referem não ter conhecimento se o AVC ocorre ao acordar, também reconhecem que o mesmo pode ocorrer durante a noite. Estes dados podem estar relacionados com a forma como a questão foi colocada, na utilização de palavras como “nunca” ou “não”. Seria interessante perceber que caso se alterasse a composição das afirmações, as respostas iam ser as mesmas. Por sua vez, Rubin e Barret (2015) confirmam que a ocorrência de AVC ao acordar não é um fenómeno compreendido fisiopatologicamente. Contudo, o que parece claro é que este fenómeno pode estar relacionado com diversos fatores tais como: distúrbios respiratórios do sono, alteração na tensão arterial com picos matinais, aumento matinal na agregação plaquetária, disfunção endotelial, viscosidade sanguínea, equilíbrio do nível de fator protrombótico/fibrinolítico. Também Rimmele e Thomalla (2014), afirmam que cerca de 25% de todos os AVC's ocorrem durante o sono, ou seja, sem conhecimento exato da hora de início dos sintomas.

Quando os participantes são questionados se os sintomas do AVC isquémico, são muito diferentes do AVC hemorrágico, constatamos no nosso estudo que 58,8% referem não saber se existem diferenças nas manifestações clínicas. Este resultado pode estar relacionado com o fato dos participantes não terem conhecimento de que embora se trate de diferentes tipos de AVC, as manifestações clínicas principais são idênticas, o que remete para a importância da educação para a saúde nas escolas e na população mais jovem. Ojaghihaghghi, Vahdati, Mikaeilpour e Ramouz (2017) confirmam que a fim de distinguir os diferentes tipos de AVC foram estudadas diferentes manifestações clínicas que categoriza os sinais e sintomas pela sua prevalência em cada tipo de AVC. Estes autores referem que mesmo que os resultados tenham mostrado correlação significativa entre o tipo de AVC e manifestações clínicas específicas, são necessários mais estudos para identificar os valores de cada manifestação na antecipação do AVC.

No que concerne aos sintomas do AVC aparecerem repentinamente e em caso de suspeita de AVC, telefonar para o 112 é a melhor decisão, os participantes responderam que era verdade em 53,5% e 76,8% respetivamente. Estes dados são concordantes com French, Boddepalli e Gonvindarajan (2016) que dizem que o AVC é definido como um *déficit* neurológico de início súbito causado por uma lesão focal aguda no sistema nervoso central por causa vascular. Também a DGS (2017b) salienta a importância de reforçar junto da população que na presença de sinais de alerta deve ser ativado o número europeu de emergência 112. Após este contato telefónico, a chamada será então referenciada para o CODU, deve ser informado então a suspeita de estar perante uma pessoa com AVC, e proceder desta forma à ativação da Via Verde AVC pré hospitalar enviando o meio de transporte ao local.

O fato das pessoas com menos de 40 anos não terem AVC, constatamos que 72,2% considera falso. Estes dados são concordantes com Boehme et al. (2018), em que numa análise retrospectiva da coorte populacional de *Greater Cincinnati / Northern Kentucky*, a proporção de AVC ocorrido entre aqueles com idade entre 20 e 54 anos aumentou em cada um dos três intervalos de tempo de 1 ano, de 12,9% em 1993/1994 para 13,3 % em 1999, para 18,6% em 2006. Também Lima et al. (2016), afirma que nos países em desenvolvimento, verifica-se que os adultos jovens são especialmente vulneráveis às doenças crónicas. Frequentemente expostos a fatores de risco como as dificuldades socioeconómicas, fatores ambientais e sociais, fatores biológicos e hereditários, com tendência para desenvolver doença cardiovascular precocemente. Diversos estudos apresentam evidências que certas doenças cardiovasculares manifestadas na idade adulta resultam da interação dos fatores de risco que podem ter origem da juventude. Mais de metade (60,6%) dos participantes também referem não saber se o tratamento do AVC isquémico é igual ao do hemorrágico, estes dados podem estar relacionados com a falta de conhecimento no tratamento específico em cada tipologia de AVC. 45,4% dos participantes, consideram que na questão “não é AVC se os sintomas desaparecerem ao fim de 24 horas” é falso, o que pode indicar que os participantes não têm conhecimento da diferença entre o AVC e AIT. Coutts (2017), confirma que a definição histórica de AIT com base no tempo foi baseada na resolução completa de todos os sintomas dentro de 24 horas desde o início dos sintomas. Estes resultados indicam, mais uma vez, a importância do reforço da educação para a saúde na idade escolar.

Ao estudar a relação entre o conhecimento dos estudantes do ensino secundário sobre AVC e as variáveis sexo dos participantes, ter um familiar que já tenha sofrido AVC e se já leu ou viu alguma coisa sobre AVC, foram alcançados os resultados seguintes.

Através do nosso estudo constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e sexo masculino no que diz respeito ao conhecimento dos mesmos sobre “Suspeita de AVC” e “Conhecimento geral do AVC”, sendo que o conhecimento do sexo feminino é superior ao masculino. Estes dados são confirmados por Travis et al. (2003) citado por Hosseininezhad et al. (2017), em que o nível de conhecimento sobre AVC era maior em mulheres, adultos jovens, indivíduos com educação superior, história prévia de AVC ou HTA, fumadores e indivíduos com rendimentos superiores. Por sua vez, no estudo desenvolvido por Ramírez- Moreno, Alonso- González, Peral-Pacheco, Millán-Núñez e Aguirre-Sánchez (2015), a resposta mais adequada à questão “Suspeita de AVC” foi indicada por 83,4% dos homens e em 77,5% por mulheres. A diferença de respostas entre homens e mulheres foi estatisticamente significativa e permaneceu após o ajuste da idade, área de residência, nível educacional e nível de rendimentos. Contudo estes autores referem ainda que a maioria dos estudos conduzidos em países ocidentais mostraram que as mulheres são mais capazes de nomear os sinais de alerta de AVC.

Constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o conhecimento dos participantes e ter algum familiar com AVC. Estes dados são concordantes com o estudo de Thapa et al. (2016), que referem que ter história familiar de AVC não foi associado ao conhecimento sobre o AVC. Estes autores referem ainda que num estudo realizado no Alabama, mostrou que ter um familiar com AVC não conduziu a que os participantes tivessem percebido o risco potencial de AVC, nem ao controlo dos fatores de risco, nem à intenção de praticar exercício físico. Contudo no estudo de Hosseininezhad et al. (2017), o conhecimento geral sobre AVC está relacionado com o conhecimento da história familiar de AVC. Também para Meira et al. (2018), o contato dos participantes com um familiar ou vizinho com AVC contribuiu para melhor identificação de AVC.

No que diz respeito ao conhecimento dos participantes sobre AVC e o fato de já ter lido/visto alguma coisa sobre AVC existem diferenças estatisticamente muito significativas nas dimensões de fatores de risco/causa, na prevenção do AVC, sintomas do AVC, no AVC é devido

a, na suspeita de AVC, tratamento do AVC e no conhecimento geral do AVC. Por outro lado, verificamos ainda que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o conhecimento sobre “Órgãos afetados”, “Trata-se um AVC” e o fato dos participantes já terem lido alguma informação sobre AVC. Estes dados são concordantes com o estudo de Hosseininezhad et al. (2017), em que existem diferenças muito significativas entre o conhecimento geral do AVC e já ter lido ou visto qualquer coisa sobre AVC. Verificamos ainda que no estudo de Hosseininezhad et al. (2017), o conhecimento geral sobre o AVC em 75% dos participantes era superior a 70%. No total, o conhecimento geral das pessoas sobre o AVC foi associada ao género, nível educacional, trabalho, história familiar, conhecimento prévio sobre AVC e a fonte de informação. De acordo com o nosso estudo, podemos constatar que parte dos participantes têm consciência da importância da dieta na prevenção do AVC, contudo os números são ainda muito aquém dos ideais. A promoção de uma dieta saudável, como a dieta mediterrânica, e os seus benefícios na prevenção do AVC, é um foco importante para a promoção da literacia em saúde das gerações mais novas. Segundo Umar et al. (2019), a dieta é um fator associado ao AVC. Existe uma relação entre uma dieta não saudável e um perfil metabólico pobre. Segundo Boehme et al. (2018), existem várias limitações nos estudos relacionados com a dieta, mas é evidente que alguns componentes específicos da dieta estão bem estabelecidos como fatores de risco associados ao AVC. Como exemplo, a ingestão de sal está associado a um maior risco de desenvolvimento de HTA. Estes autores referem ainda que a dieta mediterrânica, ou uma dieta rica em frutas e vegetais, reduz o risco de AVC.

Desta forma, iremos seguidamente discutir os resultados sobre o estudo 2: adesão dos estudantes do ensino secundário à dieta mediterrânica. Assim, numa primeira análise aos dados sociodemográficos dos participantes constatamos que 46,5% dos participantes são do sexo feminino e 53,5% são do sexo masculino. Estes dados não são concordantes com Quaresma et al. (2020), em que 56,2% são do sexo feminino e 43,8% são do sexo masculino. Contudo, de acordo com a página *web* Pordata, verificamos que em Portugal no ano 2019, num total de 399.386 alunos matriculados no ensino secundário 42,7% são do sexo masculino e 57,3% do sexo feminino, o que vai ao encontro dos nossos resultados.

A média das idades dos participantes é de 16,43 anos. Estes dados são concordantes com Fernandes, Pereira, Duarte e Canto e Castro (2019), que refere que 65,3% dos participantes no estudo em questão têm idades menor ou igual a 17 anos.

No que diz respeito à escolaridade dos participantes verificamos que 34,6% frequentam o 10º ano de escolaridade, 35,6% frequentam o 11º ano de escolaridade e 29,8% frequentam o 12º ano de escolaridade. Constatamos que o número de alunos por cada ano de escolaridade é semelhante. Contudo, verificamos menos participantes no 12º ano de escolaridade, esta associação pode estar relacionada com o fato de haver menos estudantes neste ano de escolaridade, ou talvez pela não resposta aos questionários por parte dos participantes.

Na caracterização dos participantes, podemos verificar que a média de peso é de 60,68 kg, a média de altura é de 1,69 metros e a média de IMC é de 21,04 (kg/m²). No que diz respeito ao peso e altura, os dados são concordantes com Hadjimbei, Botsaris, Gekas e Panayiotou (2016), que referem que os participantes do seu estudo, a média de peso era de 67,09 kg e a média de altura de 1,69 metros. Relativamente ao IMC, os mesmos autores referem que a média de IMC dos participantes do seu estudo era de 23,31(kg/m²). Através do nosso estudo constatamos que 79,8% dos participantes encontram-se no peso normal, 13,4% apresenta baixo peso, 6,2% são pré-obesos, 0,5% obesidade grau 1 e 0,1% obesidade grau 2. Estes dados diferem do estudo apresentado por Hadjimbei et al. (2016), em que os 64,8% estão classificados como peso normal, 6,2% baixo peso e 24,9% são pré obesos.

No que diz respeito ao número de vezes que os participantes fazem as refeições em casa, podemos verificar que a maioria (74,2%) toma o pequeno-almoço em casa sete vezes por semana. Estes resultados não são concordantes com o estudo de Vale (2013) que refere que 43,1% dos estudantes do segundo ciclo e 48,2% dos estudantes do terceiro ciclo tomam o pequeno-almoço diariamente em casa. Por sua vez, no que concerne ao número de vezes que os participantes almoçam em casa, constatamos que 32,2% almoçam três vezes por semana, 29,3% almoçam duas vezes, 10,9% almoçam cinco vezes. Verificamos que apenas 4% refere almoçar diariamente em casa. Estes dados são inferiores aos referidos no estudo de Vale (2013), em que 49,7% dos participantes do segundo ciclo e 40,1% do terceiro ciclo referem almoçar diariamente em casa. Verificamos também que 4,1% dos estudantes do segundo ciclo e 6,1% do terceiro ciclo por vezes não fazem o almoço em casa. Relativamente ao jantar constatamos que 65,5% dos participantes jantam sete vezes por semana em casa, 22,4% dos participantes jantam seis vezes por semana em casa, comparativamente com 9,3% que jantam cinco vezes por semana em casa. Estes dados são superiores aos mencionados por Vale (2013), onde 43,1% do segundo ciclo e 51,8% do terceiro ciclo jantam diariamente em casa. 2,5% dos

estudantes do segundo ciclo e 2% do terceiro ciclo por vezes não o fazem, e 0,5% do segundo ciclo não jantam diariamente em casa.

O local onde os participantes almoçam quando estão na escola, 28,3% dizem que é no refeitório da escola, 27% almoçam no café, 17,4% em casa, 8,3% em casa ou no refeitório da escola, 5,8% levam comida de casa. Estes dados não são concordantes com o estudo desenvolvido por Vale (2013), em que 94,4% dos participantes almoçam na escola e 4,6% em casa. O fato dos resultados não serem concordantes, pode estar relacionado com o fato do estudo de Vale (2013) abranger os estudantes do segundo e terceiro ciclo e o nosso estudo abranger estudantes do ensino secundário, havendo assim uma diferença de idades significativa. Também os horários dos estudantes podem ser diferentes, uma vez que alguns alunos podem ter aulas de manhã, outros apenas de tarde e outros o dia inteiro. Também seria interessante verificar se o local de residência dos estudantes é perto da escola e perceber qual o motivo da escolha do local de almoço.

Através do nosso estudo podemos verificar que a maioria (40,8%) das mães dos participantes frequentaram o ensino superior. Estes dados são inferiores aos apresentados por Vale (2013), em que 76,9% das mães dos participantes tinham frequentado o ensino superior. Ainda no nosso estudo podemos constatar que 5,9% dos participantes não responderam à questão, estes dados podem estar relacionados com o não conhecimento por parte dos participantes do nível de escolaridade da mãe.

No que concerne à escolaridade do pai dos participantes verificamos através do nosso estudo que 28,5% frequentaram o ensino superior e 29% o ensino secundário. Os dados relativamente à escolaridade dos pais dos participantes são superiores aos relatados por Vale (2013), na medida em que 78% dos pais dos participantes têm o ensino secundário. Contudo no que diz respeito ao ensino superior, verificamos que o nosso estudo é superior, uma vez que no estudo mencionado por Vale (2013) apenas 11% tem esse nível de escolaridade.

Quanto à idade da mãe dos participantes, verificamos que a média é de 47,04 anos, sendo que o mínimo de idade é 35 anos e o máximo 64 anos. Esta diferença entre a idade mínima e máxima pode estar relacionada com o fato de poder ser o primeiro filho ou não, ou também por terem sido mães mais tarde. Seria interessante perceber a causa da diferença de idades, se por opção pessoal, por motivos profissionais ou outro motivo, e qual a interferência com a

adesão à dieta mediterrânica por partes dos participantes. O mesmo acontece relativamente à idade do pai dos participantes. Constatamos que a média de idades é de 49,20 anos. Sendo que a idade mínima verificada é de 35 anos e a idade máxima é de 74 anos.

Relativamente à profissão da mãe dos participantes, as respostas foram de resposta livre num total de 123 profissões referidas. Verificamos que as respostas mais citadas / referidas foram “Professora” (12,4%), “Empresária” (5,2%), “Secretária/Empregada de escritório” (5%), “Operária fabril” (3,7%) e 5,6% não responderam à questão. No que diz respeito à profissão do pai participantes, foram referidas 161 profissões diferentes em resposta livre, das quais, as mais citadas foram “Empresário” (10,3%), seguindo-se “Engenheiro” (8,6%), “Professor” (5,7%), “Construtor Civil” (3,8%) entre outras. 5,8% dos participantes não responderam à questão. Estes resultados são inferiores aos apresentados por Sousa (2019), que no seu estudo verificou que os empresários correspondem a 18,3% da profissão dos pais dos participantes.

Verificamos que 80,8% dos participantes praticam exercício físico. Estes dados são ligeiramente inferiores aos referidos no estudo de Vale (2013) que refere 97% praticam exercício físico na aula de educação física. O tipo de exercício físico mais descrito pelos participantes é o “Ginásio” (11,8%), “Futebol” (8,3%), “Aula de educação física” (6,2%), “Vários” (4,5%) que correspondem a mais de dois tipos de exercício, “Futsal” e “Dança” ambos com 2,7%. Estes dados não são concordantes com Vale (2013), na medida em que o tipo de exercício físico difere entre o sexo masculino e feminino e entre os alunos do segundo e terceiro ciclo. Assim, podemos referir que de acordo com este autor, no sexo feminino a modalidade desportiva mais praticada em ambos os ciclos é natação e ginástica rítmica/acrobática. Já no sexo masculino, verifica-se que no ensino secundário a natação/polo aquático e o futebol são as modalidades mais praticadas pelos estudantes do segundo ciclo e natação/polo aquático e ténis/padel são as mais praticadas no terceiro ciclo. Constatamos assim que o futebol é o único desporto em comum entre o estudo de Vale (2013) e o nosso estudo. Estes resultados podem estar associados à diferença de idade entre os estudantes do segundo/terceiro ciclo e os estudantes do ensino secundário. Pelo que seria interessante perceber a prática das diferentes modalidades entre estas classes de estudantes, e relacioná-las com a idade. No que diz respeito à frequência com que os participantes praticam exercício físico, verificamos que 25,2% praticam três vezes por semana, 19,7% quatro vezes por

semana, e 17,5% duas vezes por semana. Estes dados diferem do estudo de Vale (2013), uma vez que no nosso estudo, sendo de resposta livre a maioria dos participantes responderam em número de vezes por semana que praticam exercício físico e no estudo de Vale (2013) responderam em horas e minutos semanais. No estudo de Vale (2013), 20,8% dos participantes refere que os participantes praticam 1h30 minutos de exercício físico semanalmente, 52,3% refere que pratica cerca de 3 horais semanais e 23,7% refere que pratica 3h ou mais hora de exercício físico semanalmente.

Relativamente à aplicação do questionário KIDMED, foram aplicadas as 16 questões. No que diz respeito à primeira questão, confirmamos que 77,9% dos participantes refere que habitualmente, costuma consumir uma peça de fruta ou sumo de fruta (100% natural) todos os dias. Estes dados são concordantes com Hadjimbei et al. (2016), em que 73,1% também referem consumir. Quanto ao consumo de duas peças de fruta diariamente, verificamos que apenas 38,2% dos participantes dizem consumir. Estes resultados não são concordantes com Quaresma et al. (2020), pois 71,9% dos participantes referem consumir duas peças de fruta diariamente.

No nosso estudo podemos constatar que 85,9% dos participantes referem que habitualmente consomem produtos hortícolas frescos (saladas), sopa ou legumes no prato, pelo menos uma vez por dia. Estes dados não são concordantes com o estudo de Archero et al. (2018) que diz que os participantes comem menos que uma vez por dia produtos hortícolas. Os nossos resultados também são superiores aos mencionados no estudo de Hadjimbei et al. (2016), em que apenas 56,5% consumiram vegetais frescos ou cozidos diariamente. No que diz respeito ao consumo de produtos hortícolas frescos ou no prato duas ou mais vezes ao dia, verificamos através do nosso estudo que 51% consome. Estes dados não são concordantes com os resultados mencionados por Quaresma et al. (2020), em que 82,7% refere consumir.

Relativamente ao consumo regular de peixe, verificamos que 67,8% dos participantes referem ser verdade. Estes dados são superiores aos referidos por Karam, Bibiloni, Serhan, e Tur (2021), em que 28,8% dos participantes referem consumir.

No nosso estudo verificamos que 73,4% não costumam ir a restaurantes *fast-food* uma ou mais vezes por semana e 26,6% referem que costumam ir. Estes dados são concordantes com

o estudo desenvolvido por Hadjimbei et al. (2016) que referem que 26% dos participantes comeram em restaurantes *fast-food* mais que uma vez por semana.

Cerca de 75,5% dos participantes referem que gostam de leguminosas. Estes dados diferem dos resultados apresentados por Hadjimbei et al. (2016) e Atencio- Osorio, Carrillo- Arango, Correa-Rodríguez, Ochoa-Muñoz e Ramírez-Vélez (2020), em que 47,7% e 89,6%, respetivamente, dos participantes consumiram leguminosas > 1 por semana.

Quanto ao consumo diário de massas alimentícias mais que cinco vezes por semana, 84,8% dos participantes referem que costumam ingerir. Estes dados são concordantes com Archero et al. (2018) que de acordo com o seu estudo, verifica que os participantes consomem massa ou arroz quase que diariamente. No estudo de Hadjimbei et al. (2016) e Atencio- Osorio et al. (2020), 70% e 92,1% dos participantes respetivamente comem massa ou arroz quase diariamente.

Ao pequeno-almoço, 78,6% dos participantes referem que costumam consumir cereais de pequeno-almoço e/ou pão. Estes dados são concordantes com Quaresma et al. (2020) em que 76,5% dos participantes também consomem.

Relativamente ao consumo de frutos secos, 71,8% dos participantes consomem de forma regular duas a três vezes por semana. Estes dados não são concordantes com os dados apresentados por Quaresma et al. (2020), em que apenas 22,9% referem consumir de forma regular.

No que diz respeito ao consumo regular de azeite na casa dos participantes, 87,4% referem que sim. Estes dados estão de acordo com o estudo de Hadjimbei et al. (2016) e Karam et al. (2021), em que 87,6% e 86,3% dos participantes, respetivamente, também utilizavam azeite em casa regularmente.

Podemos constatar através dos resultados do nosso estudo que 84,4% dos participantes costumam tomar o pequeno-almoço diariamente em casa, e 15,6% referem não o fazer. No estudo de Hadjimbei et al. (2016), 40% dos participantes não costumam tomar o pequeno-almoço em casa, pelo que estes dados não são concordantes. Quaresma et al. (2020) considera que o consumo diário de um pequeno-almoço saudável e equilibrado é essencial no controlo da saciedade ao longo do dia, contribuindo para a prevenção do excesso de peso.

Quanto ao pequeno-almoço, 79,9% dos participantes costumam consumir lacticínios. Estes dados são ligeiramente inferiores aos apresentados por Hadjimbei et al. (2016) que referem que 88,1% também consomem lacticínios ao pequeno-almoço. Por sua vez, 78,1% dos participantes referem que não consomem produtos de confeitaria ao pequeno-almoço. Estes dados são também ligeiramente inferiores aos apresentados por Quaresma et al. (2020), em que 95,4% referem não consumir.

No que diz respeito ao consumo de dois iogurtes e/ou 40g de queijo (+/- duas fatias pequenas) por dia, constatamos que 67,7% não consomem. Estes dados não são concordantes com os resultados de Hadjimbei et al. (2016) em que 76,2% referem ingerir dois iogurtes e / ou 40 g de queijo ao dia. No que diz respeito ao consumo de guloseimas algumas vezes ao dia, 56,1% referem que não consomem e 43,9% consomem. Segundo Quaresma et al. (2020) 84,3% dos participantes não costumam consumir guloseimas habitualmente ao longo do dia, pelo que os nossos resultados são inferiores aos estudos destes autores.

No que concerne à caracterização dos participantes entre a adesão à dieta mediterrânica de acordo com a escala KIDMED, verifica-se que o Score KIDMED, a média foi de 6,1. Estes dados são concordantes com o estudo apresentado por Hadjimbei et al. (2016), em que a média do KIDMED foi de 6,00, com o sexo masculino a apresentar uma pontuação ligeiramente superior mas estatisticamente não significativa, em comparação com o sexo feminino. No nosso estudo constatamos 12,7% dos participantes apresentam muita baixa qualidade na adesão à dieta mediterrânica, 59% apresentam necessidade de melhoria e 28,3% apresentam dieta mediterrânica ideal. Estes dados são concordantes com o estudo de Bonaccorsi, Furlan, Scocuzza e Lorini (2020) na medida em que estes autores referem que a adesão à dieta mediterrânica era elevada em 24,8%, média em 56,4% e fraca nos 18,8% da população em estudo. Também no estudo desenvolvido por Hadjimbei et al. (2016), cerca de 51,3% apresenta necessidade de melhoria na adesão à dieta mediterrânica, 21,8% apresentam muita baixa qualidade e 26,9% apresenta dieta mediterrânica ideal.

No que diz respeito às variáveis em estudo, podemos constatar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo masculino e os participantes do sexo feminino na adesão à dieta mediterrânica. A média de adesão é superior no sexo feminino comparativamente com o sexo masculino. Estes dados não são concordantes com

os referidos por Quaresma et al. (2020) e Rito et al. (2019) onde não foram encontradas diferenças na adesão à dieta mediterrânica entre os sexos. Contudo no estudo de Bonaccorsi et al. (2020), pode observar-se uma correlação positiva entre a adesão à dieta mediterrânica e o sexo feminino. Isto pode estar relacionado com o fato das mulheres terem tendência a dar mais atenção ao tipo de alimentos que consomem. Também para Kontogianni et al. (2008), a adesão à dieta mediterrânica tende a ser maior nas mulheres comparativamente com os homens.

Quando abordamos a variável idade e a adesão à dieta mediterrânica, constatamos que não existem correlações estatisticamente significativas. Estes dados não são concordantes com Quaresma et al. (2020), que refere que se registou uma forte associação com a idade. Quanto maior a idade, menor é a adesão a um padrão alimentar saudável e equilibrado.

No que diz respeito à adesão à dieta mediterrânica e o IMC, constatamos que existem correlações positivas estatisticamente significativas. Estes dados não são concordantes com os relatados no estudo de Quaresma et al. (2020), que refere que embora pareça haver uma tendência para uma menor adesão à dieta mediterrânica com o aumento do IMC, esta não revela ser significativa.

Quanto à prática de exercício físico, existem diferenças estatisticamente significativas entre a adesão à dieta mediterrânica e a sua prática ou não. Verificamos que a adesão à dieta mediterrânica é maior nos participantes que praticam exercício físico. Estes dados são confirmados por Baydemir, Ozgur e Balci (2018), em que os estudantes com pontuação média de KIDMED eram estudantes que não tinham por hábitos praticar exercício físico regularmente. Estes autores referem ainda que a atividade física foi positivamente associada à dieta mediterrânica. Também para Hadjimbei et al. (2016), Kontogianni et al. (2008) e Marques et al. (2020), praticar exercício físico foi significativamente associado a uma melhor adesão à dieta mediterrânica, indicando um estilo de vida mais saudável em geral. Marques et al. (2020), refere ainda que os participantes que mais aderem à dieta mediterrânica começaram a praticar atividade física extracurricular mais cedo.

Relativamente à adesão à dieta mediterrânica e a escolaridade dos participantes, verificamos através do nosso estudo que não existem diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados não são concordantes com Atencio-Osorio et al. (2020) que referem que as dietas

com mais qualidade são consumidas principalmente por pessoas com melhor nível de escolaridade e/ou com alto nível socioeconómico.

Constatamos através do nosso estudo que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a adesão à dieta mediterrânica e almoçar em casa ou não, sendo que “*sim*” corresponde a almoçar em casa entre 5-7 vezes por semana e “*não*” corresponde a almoçar em casa inferior a 5 vezes por semana. 28,3% dos participantes costuma almoçar no refeitório da escola, 27,6% almoçam no café e 17,4% é que almoçam em casa. O fato de não existir diferenças estatisticamente significativas entre a adesão à dieta mediterrânica e o fato de almoçar em casa ou não, pode estar relacionado com o tipo de alimentação que cada participante faz fora de casa. No refeitório da escola, de acordo com as ementas pré definidas pela escola e no café com opções de alimentos não muito diferentes do padrão alimentar mediterrânico, como por exemplo o consumo de saladas.

No que diz respeito à adesão à dieta mediterrânica e a escolaridade da mãe dos participantes, constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os filhos das mães que frequentaram o ensino secundário e os filhos das mães que frequentaram o ensino superior. Estes dados estão de acordo com o estudo desenvolvido por Rito et al. (2019) em que a adesão à dieta mediterrânica e o nível educacional da mãe dos participantes foi positiva e significativamente associado à adesão ideal da dieta mediterrânica por crianças e adolescentes. Os adolescentes cujas mães tinham maior escolaridade mostraram um índice KIDMED mais alto. Os mesmos resultados são também comprovados por Kontogianni et al. (2008). Por sua vez, não existem diferenças estatisticamente significativas de adesão à dieta mediterrânica e a escolaridade dos pais dos participantes. O fato de existirem diferenças estatisticamente significativas entre a adesão à dieta mediterrânica e a escolaridade da mãe dos participantes e não do pai dos participantes, pode estar relacionado com a escolaridade da mãe dos participantes ser superior à dos pais, e consequentemente um melhor conhecimento dos benefícios de uma dieta saudável, nomeadamente a dieta mediterrânica. Seria importante perceber a dinâmica familiar no que diz respeito à pessoa que confeciona as refeições em casa dos participantes e quem costuma fazer as compras de bens de mercearia em casa.

Após a realização deste estudo, verificamos que existe necessidade de melhoria no que diz respeito à dieta mediterrânica. É amplamente reconhecido que uma elevada adesão à dieta mediterrânica está associada a melhor estado nutricional, diminuição da prevalência de obesidade e de fatores de risco para a doenças cardiovasculares (Quaresma et al., 2020).

Tem-se verificado ao longo dos anos, que nos países ao redor da bacia do mediterrâneo, existe um aumento na prevalência de excesso de peso em crianças e jovens. A promoção de estilos de vida saudáveis usando os princípios da dieta mediterrânica aumentou a popularidade entre a comunidade científica. Em alguns estudos, a adesão à dieta mediterrânica com o teste KIDMED mostrou maus resultados entre crianças e jovens, reforçando a necessidade de intervenção/educação nessas faixas etárias (Rito et al., 2019).

CONCLUSÃO

A literacia em saúde continua a ser um dos principais propósitos existentes nos países desenvolvidos. As crianças e os jovens constituem um grupo importante de pesquisa e literacia em saúde, pois é na infância e juventude que ocorrem o principal desenvolvimento cognitivo, físico e emocional importantes nos comportamentos e habilidade relacionados com a saúde que muitas vezes comprometem o futuro de gerações (Broder et al., 2020).

O AVC é uma das principais causas de morte e invalidez em Portugal e no mundo inteiro, com elevados custos individuais, sociais e económicos. A dieta foi identificada como um fator de risco modificável para as doenças cardiovasculares e AVC em diversos estudos epidemiológicos. Juntamente com a adoção de um estilo de vida saudável, a forma tradicional da dieta mediterrânica pode ser considerada uma intervenção económica de forma a reduzir o impacto humano, social e económico do AVC e das doenças cardiovasculares (Di Carlo, Baldereschi & Inzitari, 2016).

Também para Lavados, Mazzon, Rojo, Brunser e Olavarría (2020), a adesão à dieta mediterrânica está associada a uma redução de AVC isquémico agudo e da mortalidade. O papel benéfico desta dieta pode estar relacionado com a modificação de fatores de risco cardiovasculares clássicos como a HTA, diabetes e obesidade.

Ao realizar este estudo pretendeu-se avaliar os conhecimentos dos estudantes do ensino secundário sobre o AVC e também a sua adesão à dieta mediterrânica. Tentar perceber as lacunas existentes ao nível dos conhecimentos dos estudantes e a partir desse ponto perceber quais as necessidades educacionais a serem colmatadas.

Relativamente ao AVC, verificamos que após a análise dos resultados nas diferentes dimensões do questionário existe a necessidade de reforçar ensinamentos quer dos fatores de risco, prevenção, sintomas, como atuar perante uma pessoa com suspeita de AVC e o respetivo tratamento. Esta é uma área que carece de atenção por parte dos profissionais de saúde, como elo importante entre a escola e os cuidados de saúde. Constatamos através do nosso estudo que o fato dos estudantes já terem lido ou visto alguma coisa sobre AVC influencia o conhecimento sobre esta doença, mas o fato de terem um familiar com AVC não, pelo que seria interessante, em outros estudos futuros, perceber as dinâmicas familiares dos jovens

que têm familiares com AVC, perceber a importância e o envolvimento que os jovens apresentam no cuidar dos familiares com AVC.

A importância da dieta na prevenção do AVC, nomeadamente a dieta mediterrânica, é outro tema que carece de mais estudos. Perceber se os estudantes conseguem fazer a associação entre adesão à dieta mediterrânica e a sua influência na prevenção primária e na adoção de um estilo de vida saudável.

No que diz respeito à dieta mediterrânica concluímos que a média de adesão é superior no sexo feminino, mas com a idade não existe diferença na adesão a este padrão alimentar. Relativamente ao IMC, verificamos que quanto maior o IMC maior a adesão à dieta mediterrânica, pelo que seria importante para futuros estudos perceber o porquê dos estudantes que têm maior adesão à dieta mediterrânica apresentam maior IMC.

A maioria dos participantes tem o hábito de tomar o pequeno-almoço diariamente em casa, contudo as outras refeições realizadas ao longo do dia são realizadas noutros locais diferentes. Por exemplo o almoço nos dias em que os participantes estão na escola é realizado maioritariamente no refeitório da escola ou no café. Uma vez que a maioria dos estudantes almoçam no refeitório da escola ou no café quando estão na escola, e sabendo que no nosso estudo existe necessidade de melhoria na adesão à dieta mediterrânica, seria interessante em estudos futuros perceber a composição das refeições no refeitório da escola e também que tipo de refeição os estudantes fazem quando vão ao café.

Neste seguimento seria também interessante perceber quais as alterações a nível da alimentação dos estudantes, tendo em conta a emissão das novas orientações para os bufetes, máquinas de venda automática e refeitórios escolares. O Ministério da Educação, através do Despacho nº 8127 de Agosto de 2021, em articulação com as autoridades de saúde, tem vindo a promover o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis através da limitação de produtos prejudiciais à saúde nas máquinas de venda automática nas escolas. Pretende-se uma adequada organização e funcionamento dos bufetes escolares, com a devida informação dos alimentos, composição das refeições e normas da elaboração de ementas de forma a promover uma nutrição equilibrada e saudável, de acordo com o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, da DGS.

Verificamos também que os estudantes em que as mães frequentaram o ensino superior apresentam maior adesão à dieta mediterrânica, contudo o mesmo não acontece com os pais. Seria interessante, em estudos futuros, perceber a dinâmica familiar dos estudantes, no que diz respeito à confeção dos alimentos em casa dos estudantes, nomeadamente quem costuma preparar as refeições e quais os conhecimentos que os familiares transmitem aos filhos na importância de adquirir uma dieta saudável. O mesmo acontece com a prática de exercício físico, pois verificamos que a prática de exercício físico influencia positivamente a adesão à dieta mediterrânica.

Devido à atual situação pandémica provocada pela Covid-19, a nossa investigação sofreu algumas alterações, uma vez que pretendíamos aplicar ambos os estudos à mesma amostra, de forma a conseguir relacionar os conhecimentos dos estudantes do ensino secundário sobre AVC e a adesão à dieta mediterrânica. Sendo uma dificuldade encontrada na realização deste estudo.

No decorrer da investigação encontramos algumas dificuldades em encontrar informação científica que nos permitisse relatar a realidade em Portugal, que integrasse a adesão à dieta mediterrânica e também o conhecimento da população jovem sobre AVC. Verificamos também que o questionário carece de revisão de alguns conteúdos, e por se tratar de uma população jovem, talvez o conteúdo seja muito extenso.

Seria interessante, em investigações futuras, perceber se existem diferenças entre a aplicação de questionários com perguntas fechadas e perguntas abertas uma vez que em estudos internacionais verificou-se que os questionários com respostas fechadas apresentam percentagens maiores de respostas certas, comparativamente com questionários com perguntas abertas (Saengsuwan et al., 2017).

Atribuindo a devida importância à população jovem no futuro das próximas gerações e na saúde da população futura, torna-se essencial inculcar desde cedo hábitos saudáveis. A realização de formações, mais direcionadas para a vertente prática com testemunhos reais de pessoas com AVC talvez pudesse ser uma mais-valia na consciencialização dos jovens para estas doenças. É importante motivar a população jovem desde cedo a serem elementos ativos na pesquisa do conhecimento em saúde, incentivá-los a serem membros ativos na sociedade e a reconhecerem a importância do seu papel na comunidade.

As campanhas de consciencialização para a saúde devem começar muito mais cedo nas escolas e de acordo com a idade e escolaridade dos estudantes (Soto – Cámara et al., 2020).

A formação contínua nas escolas em articulação com os cuidados de saúde primários e secundários assume um papel fundamental nesta área de atuação, onde o enfermeiro representa um papel dinamizador no meio escolar. Seria interessante a integração de uma unidade curricular na escolas direcionada para a promoção da saúde, e neste caso em específico, onde os estudantes pudessem treinar ativamente no reconhecimento de sinais de alerta sobre o AVC, atuação em caso de suspeita de AVC, funcionamento da VIA VERDE – AVC e respetiva importância na saúde das pessoas. A realização de *workshops* sobre alimentação saudável, nomeadamente dieta mediterrânica, com reforço ao nível dos responsáveis da escola na escolha de ementas mais próximas da dieta mediterrânica. Reforço da promoção de atividades direcionadas para a prática de exercício físico e adoção de um estilo de vida saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L., Freire, T. (2017). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação (5ª Edição)*. Psiquilibrios Edições.
- Andrade, N., Alves, E., Costa, A., Moura-Ferreira, P., Azevedo, A. & Lunet, N. (2017). Knowledge about cardiovascular disease in Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37 (8), p. 669-677. doi.org/10.1016/j.repc.2017.10.017
- Archerio, F., Ricotti, R., Solito, A., Carrera, D., Civello, F., Di Bella, R., Bellone, S. & Prodrum, F., (2018). Adherence to the Mediterranean Diet among School Children and Adolescents Living in Northern Italy and Unhealthy Food Behaviors Associated to Overweight. *Nutrients*, 10(9): 1322. doi: 10.3390/nu10091322
- Atencio- Osorio, M., Carrillo- Arango, H., Correa-Rodríguez, M., Ochoa-Muñoz, F. & Ramírez-Vélez, R. (2020). Adherence to the Mediterranean Diet in College Students: Evaluation of Psychometric Properties of the KIDMED Questionnaire. *Nutrients*, 12(12), 389. doi.org/10.3390/nu12123897.
- Awang, H., Mansor, N., Peng, T.N. & Osman, N. (2018). Understanding ageing: fear of chronic diseases later in life. *Journal of International Medical Research*, 46(1),p. 175–184. doi: 10.1177/0300060517710857
- Baydemir, C., Ozgur, E. & Balci, S. (2018). Evaluation of adherence to Mediterranean diet in medical students at Kocaeli University, Turkey. *Journal of International Medical Research*, 46(4): 1585–1594. doi: 10.1177/0300060518757158
- Boehme, A., Esenwa, C. & Elkind, M. (2018). Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. *HHS Public Access*, 120(3), p. 472-495. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.116.308398
- Boland, L. & Stacey, D. (2016). Health literacy in practice and research. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 26(4), p. 359-361. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6516270/>
- Bonaccorsi, G., Furlan, F., Scocuzza, M. & Lorini, C. (2020). Adherence to Mediterranean Diet among Students from Primary and Middle School in the Province of Taranto, 2016–2018. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15). doi: 10.3390/ijerph17155437
- Bonita, R., Heuschmann, P. & Truelsen, T. (2009). WHO STEPS Stroke Manual. Acedido em 30 Novembro 2020 em <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, ... Pinheiro, P. (2017). Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*. (17)361. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y>
- Cabrera, S.G., Fernández, N.H., Hernández, C.R., Nissensohn, M., Román-Viñas, B. & Serra-Majem, L. (2015). KIDMED test; prevalence of low adherence to the Mediterranean Diet in children and young; a systematic review. *Nutricion Hospitalaria*. 2(6), p.2390-2399. DOI:10.3305/nh.2015.32.6.9828
- Carvalho-Pinto, B. & Faria, C. (2016). Health, function and disability in stroke patients in the community. *National Library of Medicine*, 20 (4), p. 355-366. <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0171>
- Chaudhary, N., Pandey, A., Wang, X. & Xi, G. (2019). Hemorrhagic stroke—Pathomechanisms of injury and therapeutic options. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 25(10), p. 1073-1074. doi: 10.1111/cns.13225
- Correia, J., Figueiredo, A., Costa, H., Barros, P. & Veloso, L., (2018). Investigação Etiológica do Acidente Vascular Cerebral no Adulto Jovem. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 25 (3), p. 213-223. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.24950/rspmirevisao/200/3/2018>
- Cortés-Vicente, E., Guisado-Alonso, D., Delgado-Mederos, R., Camps-Renon, P., Prats- Sánchez, L., Martínez-Domeño, A. & Martí- Fàbregas, J. (2019). Frequency, Risk Factors, and Prognosis of Dehydration in Acute Stroke. *Frontiers in Neurology*, 10(305). doi: 10.3389/fneur.2019.00305
- Costa, F., Silva, D. & Rocha, V. (2011). Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 45 (5), p. 1083-1088. Retrieved from <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a08.pdf>

- Coutts, S. (2017). Diagnosis and Management of Transient Ischemic Attack. *Continnum Lifelong Learning in Neurology*, 23(1), p. 82–92. doi: 10.1212/CON.0000000000000424
- Dayi, T., Soykut, G., Ozturk, M. & Yucesan, S. (2020). Mothers and children adherence to the mediterranean diet: evidence from a mediterranean country. *Mattioli 1885*, 7, p. 33:34. DOI: 10.23751/pn.v22i3.9844
- Demarin, V., Lisak, M., Morović (2011). Mediterranean diet in healthy lifestyle and prevention of stroke. *Acta Clinica Croatica*, 50(1), p. 67-77. https://www.researchgate.net/publication/51754241_Mediterranean_diet_in_healthy_lifestyle_and_prevention_of_stroke
- Denny, M., Vahidy, F., Vu, K., Sharrief, A. & Savitz, S. (2017). Video-based educational intervention associated with improved stroke literacy, self-efficacy, and patient satisfaction. *Plos One*, 12(3) doi: 10.1371/journal.pone.0171952
- Despacho nº8127/2021 de 17 de Agosto do Ministério da Educação. Diário da República: II Série, nº 159 (2021). Acedido a 10 de Setembro de 2021. Disponível em www.dre.pt
- Di Carlo, A., Baldereschi, M. & Inzitari, D. (2016). Eating the Mediterranean Style: A Tasty Way for Stroke Prevention. *Agriculture and Agricultural Science Procedia*, 8 p. 762-768. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.aaspro.2016.02.063>
- Direção Geral da Saúde (2013a). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-em-numeros-2013-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2013b). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Porto. Retrieved from <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/dieta-mediterranica/>
- Direção Geral da Saúde (2014). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-em-numeros-2014-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2017a). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017. Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-882061-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARySztzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Direção Geral da Saúde (2017b). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Norma nº 015/2017 de 13/07/2017. Departamento da Qualidade na Saúde, Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros. Portugal Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2019) Plano de Ação para a Literacia em Saúde Health Literacy Action Plan Portugal 2019-2021. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Eler, K. & Albuquerque, A. (2019). O assentimento ao consentimento das crianças para participar em pesquisa clínica: por uma capacidade sanitária juridicamente reconhecida. *Pensar – Revista de Ciências jurídicas*, 24(1), p.1-13. DOI: 10.5020/2317-2150.2018.8006
- Escudero-Martínez, I., Mancha, F., Vega-Salvatierra, A., Ayuso, M., Ocete, R., Algaba, P.,... Montaner, J. (2019). Mediterranean Diet and Physical Activity Protect from Silent Brain Infarcts in a Cohort of Patients with Atrial Fibrillation. *Journal of Stroke*, 21 (3), p. 353-355. DOI: <https://doi.org/10.5853/jos.2019.01949>
- Faiz, K., Sundeth, A., Thommessen, B. & Rønning, o. (2018). Patient knowledge on stroke risk factors, symptoms and treatment options. *Dovepress*, 14,p. 37–40. doi: 10.2147/VHRM.S152173
- Fernandes, S., Pereira, P., Duarte, J. & Canto e Castro, L. (2019). Estudantes à saída do Secundário em 2017/2018 (Dados provisórios). Retrieved from [https://www.dgeec.mec.pt/np4/47/%7B\\$clientServletPath%7D/?newsId=256&fileName=DGEEC_jovens__sa_da_do_secund_rio_2017_1.pdf](https://www.dgeec.mec.pt/np4/47/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=256&fileName=DGEEC_jovens__sa_da_do_secund_rio_2017_1.pdf)

- Fonseca, A., Henriques, I. & Ferro, J. (2008). Recomendações para o tratamento do AVC isquémico e do acidente isquémico transitório. *Sinapse*, 2 (8), páginas 5-67. file:///C:/Users/Pedro/Downloads/sinapse-vol-8-n-2-suplemento-1.pdf
- Fortin, M.F. (2003). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. (3ª edição). Loures: Lusociência
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures: Lusodidata
- French, B., Boddepalli, R. & Gonvindarajan, R., (2016). Acute Ischemic Stroke: Current Status and Future Directions. *Missouri Medicine*, 113(6),p. 480–486. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6139763/>
- Galbete, C., Schwingshackl, I., Schwedhelm, C., Boeing, H. & Schulze, M. (2018). Evaluating Mediterranean diet and risk of chronic disease in cohort studies: an umbrella review of meta-analyses. *European Journal of Epidemiology*, 33 (10), p. 909-931. doi: 10.1007/s10654-018-0427-3
- Graça, P., Mateus, M. & Lima, R. (2013). O Conceito de Dieta Mediterrânica e a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas Portuguesas. *Revista Nutricias*, 19, p.6-9. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nut/n19/n19a02.pdf>
- Gyung-Jae, O., Kyungsuk, L., Kyungsu, K. & Young-Hoon, L. (2019). Differences in the awareness of stroke symptoms and emergency response by occupation in the Korean general population. *Plos One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218608>
- Hadjimbei, E., Botsaris, G., Gekas, V. & Panayiotou, A. (2016). Adherence to the Mediterranean Diet and Lifestyle Characteristics of University Students in Cyprus: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Nutrition and Metabolism*, p.1-8. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/2742841>
- Hickey, A., O’Hanlon, A., McGee, H., Donnellan, C., Shelley, E., Horgan, F. & O’Neill, D. (2009). Stroke awareness in the general population: knowledge of stroke risk factors and warning signs in older adults. *BMC Geriatrics*, 35. Retrieved from <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-9-35>
- Hosseinezhad, M., Ebrahimi, H., Seyedsaadat, M., Bakhshayesh, B., Asadi, M. & Ghayeghran, A. (2017). Awareness toward stroke in a population-based sample of Iranian adults. *Iranian Journal os Neurology*, 16(1),p. 7–14. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5506760/>
- INE. (2020). *Causas de Morte 2018*. Instituto Nacional de Estatística. Portugal. Portugal. Retrieved from www.ine.pt
- Jones, S., Loehr, L., Avery, C., Gottesman, R., Wruck, L., Shahar & E., Rosamond, W. (2015). Midlife Alcohol Consumption and the Risk of Stroke in the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *HHS Public Access*, 46 (11), p. 3124-3130. doi: 10.1161/STROKEAHA.115.010601
- Karam, J., Bibiloni, M., Serhan, M. & Tur, J. (2021). Adherence to Mediterranean Diet among Lebanese University Students. *Nutrients*, 13 (4), p.1-8. <https://doi.org/10.3390/nu13041264>
- Kontogianni, M., Vidra, N., Farmaki, A., Koinaki, S., Belogianni, K., Sofrona, S., ... Yannakoulia, M. (2008). Adherence Rates to the Mediterranean Diet Are Low in a Representative Sample of Greek Children and Adolescents. *The Journal of Nutrition*, 138(10), p.1951-1956. <https://doi.org/10.1093/jn/138.10.1951>
- Kulshreshtha, AM., Vaccarino, V., Goyal, A., McClellan, W., Nahab, F., Howard, V. & Judd, S. (2015). Family History of Stroke and Cardiovascular Health in a National Cohort. *HHS Public Access*, 24 (2), p. 447-454. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.09.017
- Lavados, P., Mazzon, E., Rojo, A., Brunser, A. & Olavarría, V. (2020). Pre-stroke adherence to a Mediterranean diet pattern is associated with lower acute ischemic stroke severity: a cross-sectional analysis of a prospective hospital-register study. *BMC Neurology*, 20 (252), p. 1-8. Retrieved from <https://bmcneurol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12883-020-01824-y>
- Levin-Zamir, D. & Bertschi, I., (2018). Media Health Literacy, eHealth Literacy, and the Role of the Social Environment in Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15 (8). doi: 10.3390/ijerph15081643

- Li, R., Xu, W., Lei, Y., Bao, T., Yang, H., Huang, W. & Tang, H. (2019). The risk of stroke and associated risk factors in a health examination population. *Medicine*, 98(40). doi: 10.1097/MD.00000000000017218
- Lima, M., Moreira, T., Florêncio, R. & Neto, P. (2016). Factors associated with young adults' knowledge regarding family history of Stroke. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*. DOI: 10.1590/1518-8345.1285.2814
- Marques, G., Pinto, S., Reis, A., Martins, T., Conceição, A. & Pinheiro, A. Adesão à dieta mediterrânica em crianças do 1º ciclo de escolaridade. *Revista Paulista de Pediatria*. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2019259>
- Meira, F., Magalhães, D., Silva, L., Silva, A., Silva, G. (2018). Knowledge about Stroke in Belo Horizonte, Brazil: A Community-Based Study Using an Innovative Video Approach. *Cerebrovascular Diseases Extra*, 8 (2), p. 60-69. DOI:10.1159/000488400
- Menet, R., Bernard, M. & ElAli, A. (2018). Hyperlipidemia in Stroke Pathobiology and Therapy: Insights and Perspectives. *Frontiers in Physiology*. doi: 10.3389/fphys.2018.00488
- Nicol, M. & Thrift, A. (2005). Knowledge of Risk Factors and Warning Signs of Stroke. *Vascular Health and Risk Management*, 1 (2), p. 137-147. doi: 10.2147/vhrm.1.2.137.64085
- Ojaghihaghghi, S., Vahdati, S., Mikaeilpour, A. & Ramouz, A. (2017). Comparison of neurological clinical manifestation in patients with hemorrhagic and ischemic stroke. *World Journal of Emergency Medicine*, 8(1), p. 34–38. doi: 10.5847/wjem.j.1920-8642.2017.01.006
- Osama, A., Ashour, Y., El-Razek, R. A., & Mostafa, I. (2019). Public knowledge of warning signs and risk factors of cerebro-vascular stroke in Ismailia Governorate, Egypt. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 55(31). doi.org/10.1186/s41983-019-0079-6
- Ozawa, M., Yoshida, D., Hata, J., Ohara, T., Mukai, N., Shibata, ... Ninomiya, T. (2017). Dietary Protein Intake and Stroke Risk in a General Japanese Population. *American Historical Association Journals*, 48, p.1478–1486. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.016059>
- Parnell, T.A. (2015). Health Literacy in Nursing Providing Person-Centered Care. Retrieved from https://zu.edu.jo/UploadFile/Library/E_Books/Files/LibraryFile_91636_32.pdf
- Paterson, K., Myint, P., Jennings, A., Bain, L., Lentjes, M., Khaw, K. & Welch, A. (2018). Mediterranean Diet Reduces Risk of Incident Stroke in a Population With Varying Cardiovascular Disease Risk Profiles. *American Heart Association*, 40 (10), p. 2415-2420. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.020258>
- Pedro, A.R., Amaral, O. & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34 (3), p.259-275. DOI: 10.1016/j.rpsp.2016.07.002
- Phipps, W., Sands, J. & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico- Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Pignone, M. & DeWalt, D. (2006). Literacy and Health Outcomes: Is Adherence the Missing Link?. *Journal of General Internal Medicine*, 21(89, p. 896-897). doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00545.x
- Pires, C., Rosa, P., Vigário, M. & Cavaco, A. (2018). Short Assessment of Health Literacy (SAHL) in Portugal: development and validation of a self-administered tool. *Primary Health Care Research & Development*, 20 (51). doi: 10.1017/S1463423618000087
- PORDATA (2021). Alunos matriculados: por nível de ensino e sexo. Base de Dados Portugal Contemporâneo. Retrieved from www.pordata.pt
- Prodanov, C. & Freitas, E. (2013). *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Académico (2ª ed.)*. Universidade Feeval. Editora Feevale. Rio Grande do Sul. Retrieved from https://aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/291348/mod_resource/content/3/2.1-E-book-Metodologia-do-Trabalho-Cientifico-2.pdf
- Quaresma, F., Tomada, I., Silva, R., Carreiro, E. & Rêgo, C. (2020). Adesão ao padrão alimentar mediterrânico em crianças e adolescentes em contexto de consulta de vigilância de saúde. *ACTA PORTUGUESA DE NUTRIÇÃO*, O 22 (2020,p.6-9). <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2020.2202>

- Ramírez- Moreno, J., Alonso- González, R., Peral-Pacheco, D., Millán-Núñez, M. & Aguirre-Sánchez, J., (2015). Knowledge of stroke a study from a sex perspective. *BMC Research Notes*. Retrieved from <https://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-015-1582-1>
- Regulamento 122/2011, 18 fevereiro 2011 Diário da República, 2.ª série — N.º 35. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ministério da Saúde. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf
- Regulamento 140/2019, 6 fevereiro 2019 Diário da República, 2ª série – Nº26. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ministério da Saúde. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Rimmele, D. & Thomalla, G., Wake-Up Stroke: Clinical Characteristics, Imaging Findings, and Treatment Option – an Update. *Frontiers in Neurology*, 5 (35). doi: 10.3389/fneur.2014.00035
- Rito, A., Dinis, A., Rascôa, C., Maia, A., Mendes, S., Stein-Novais, C., ... Lima, J. (2019). Mediterranean Diet Index (KIDMED) Adherence, Socioeconomic Determinants, and Nutritional Status of Portuguese Children: The Eat Mediterranean Program. *Portuguese Journal of Public Health*, 36, p.141-149. DOI: 10.1159/000495803
- Rodrigues, M., Santana, L. & Galvão, I. (2017). Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. *Revista de Medicina – São Paulo*, 96(3), p. 187-92. Retrieved from <file:///C:/Users/35193/Downloads/123442-Texto%20do%20artigo-269007-1-10-20170928.pdf>
- Rubin, M. & Barret, K. (2015). What to do With Wake-Up Stroke. *The Neurohospitalist*, 5(3),p. 161–172. doi: 10.1177/1941874415576204
- Sadighi, A., Groody, A., Wasko, L., Hornak, J. & Zand, R. (2018). Recognition of Stroke Warning Signs and Risk Factors Among Rural Population in Central Pennsylvania. *Journal of Vascular and Interventional Neurology*. 10(2), 4-10. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6350869/pdf/jvin-10-2-2.pdf> on April 20, 2019
- Saengsuwan, J., Suangpho, P., & Tiamkao, S. (2017). Knowledge of Stroke Risk Factors and Warning Signs in Patients with Recurrent Stroke or Recurrent Transient Ischaemic Attack in Thailand. *Neurology research international*, 1-7. doi:10.1155/2017/8215726
- Sampaio, F., Carvalho, J., Araújo, O. & Rocha, O. (2014). Investigação em enfermagem de saúde mental e psiquiatria: Uma análise documental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000100012
- Serra-Majem, L., Ribas, L., García, A., Pérez-Rodrigo, C. & Aranceta, J. (2003). Nutrient adequacy and Mediterranean Diet in Spanish school children and adolescents. *European Journal Clinical Nutrition*, 57 (1), P. 35-39. DOI: 10.1038/sj.ejcn.1601812
- Shah, A., Almenawer, S. & Hawryluk, G. (2019). Timing of Decompressive Craniectomy for Ischemic Stroke and Traumatic Brain Injury: A Review. *Frontiers in Neurology*, 10 (11). doi: 10.3389/fneur.2019.00011
- Sim-Sim, M., Abrantes, M., Reis, M., Pires, E., Fernandes, M. & BarrosM. (2019). Young adult’s knowledge about stroke in a Portuguese south town. *Enfermaria Global*, 56, p. 447-458. Retrieved from http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n56/en_1695-6141-eg-18-56-423.pdf
- Soto – Cámara, R., González-Bernal, J., González –Santos, J., Aguilar-Parra, J., Trigueros, R. & López-Liria, R. (2020). Knowledge on Signs and Risk Factors in Stroke Patients. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), p.2557. doi: 10.3390/jcm9082557
- Sousa, M. (2019). O efeito do perfil socioeconómico das famílias nos hábitos alimentares das crianças. ISCTE-IUL. Retrieved from https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/19850/1/Master_Maria_Amaral_Sousa.pdf
- Souza, C. & Souza, R. (2012). Juventude e saúde: análise do discurso sobre oferta e acesso aos equipamentos e serviços públicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(6), p. 922-928. Retrieved from <https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a06v65n6.pdf>
- Spence, J. (2018). Diet for stroke prevention. *BMJ Journals*, p.44-50. <http://dx.doi.org/10.1136/svn-2017-000130>

- Spokoyny, I., Ramana, R., Ernstrom, K., Kim, A., Meyer, B. & Karanijia, N. (2015). Accuracy of First Recorded “Last Known Normal” Times of Stroke Code Patients. *HHS Public Access*, 24(11),p. 2467–2473. Retrieved from 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.04.041
- Teixeira, C., Silva, L. (2009). As incapacidades físicas de pacientes com acidente vascular cerebral: ações de enfermagem. *Revista Enfermeria Global*, (15), p.1-12. Retrieved from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000100019&script=sci_arttext&tlng=pt.
- Thapa, L., Sharma, N., Poudel, R., Bhandari, T., Bhagat, R., Shrestha, A., ... Caplan, L. (2016). Knowledge, attitude, and practice of stroke among high school students in Nepal. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 7(4),p. 504–509. doi: 10.4103/0976-3147.188635
- Turc, G., Bhogal, P., Fischer, U., Khatri, P., Lobotesis, K., Mazighi, M., ... Fiehler, J. (2019). European Stroke Organisation (ESO) – European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) Guidelines on Mechanical Thrombectomy in Acute Ischaemic Stroke Endorsed by Stroke Alliance for Europe (SAFE). *European Stroke Journal*, 4(1), p. 6-12. <https://doi.org/10.1177/2396987319832140>
- Umar, A., Koehler, T., Zhang, R., Gilbert, V., Farooq, M., Davis, A., ... Gorelick, P. (2019). Stroke knowledge among middle and high school students. *Journal of International Medical Research*, 47(9), p. 4230–4241. <https://doi.org/10.1177/0300060519858887>
- Urden, L., Stacy, K., Lough, M., (2008).. *Enfermagem de Cuidados Intensivos*. Loures.LUSODIDACTA.
- Ustrell-Roig, X. & Serena-Leal, J. (2007). Stroke. Diagnosis and Therapeutic Management of Cerebrovascular Disease. *Revista Espanhola de Cardiologia*, 60(7), p. 753-769. DOI: 10.1016/S1885-5857(08)60011-0
- Vale, I. (2013). “Avaliação dos hábitos alimentares de estudantes do 2º e 3º ciclo do ensino básico de um Colégio Privado da grande área de Lisboa e a sua relação com a prática de actividade física.”. Faculdade de Ciências e Tecnologia – Universidade Nova de Lisboa. Retrieved from file:///C:/Users/Pedro/Downloads/Vale_2013.pdf
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. 2ª edição. Lisboa: Edição Sílabos
- Vrinten, C., McGregor, L., Heinrich, M., Wagner, C., Waller, J., Wardle, J. & Black, G. (2017). What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. *Wiley Psychooncology*, 26(8), p. 1070–1079. doi: 10.1002/pon.4287
- Willey, J., Williams, O. & Boden-Albala, B. (2009). Stroke literacy in Central Harlem. A high-risk stroke population. *American Academy of Neurology*, 73 (23), p. 1950-1956. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181c51a7d
- Wolf, M., Wilson, E., Rapp, D., Wait, K., Bocchini, M., Davis, T. & Rudd, R. (2009). Literacy and Learning in Healthcare. *HHS Public Access*, 124 (03), p. 275-28. doi: 10.1542/peds.2009-1162C
- WHO.(2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. (2006, May 09). The WHO STEPwise approach to stroke surveillance. Retrieved from <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/Manual.pdf>
- World Health Organization. (2018, May 24). The top 10 causes of death. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- World Health Organization. (2021). Body mass index – BMI. Retrieved from <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/>
- Yew, K. & Cheng, E. (2009). Acute Stroke Diagnosis. *HHS Public Access*, 80(1),p. 33–40. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2722757/>

ANEXOS

ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DO ESTUDO UM: CONHECIMENTOS DOS ESTUDANTES DO ENSINO SECUNDÁRIO SOBRE AVC



1
Inquérito n.º 0466800003



Teu código: _____
(Dois últimos algarismos do teu telemóvel, dois últimos da tua mãe e dois últimos do teu pai)

QUESTIONÁRIO - CONHECIMENTOS SOBRE AVC

GRUPO I

Sexo: Masculino Feminino
 Que idade tem? anos Não respondo
 Tem algum familiar que teve AVC?
 Sim Não Não respondo
 Se sim, QUEM?: _____
 Já leu ou viu alguma coisa sobre AVC?
 Sim Não

Qual das seguintes doenças tem mais medo:

Cancro:	Infeção grave:	Enfarte miocárdio:	AVC:	SIDA:
---------	----------------	--------------------	------	-------

GRUPO II

As seguintes questões tem como objetivo conhecer o que sabe acerca do Acidente Vascular Cerebral (AVC). Coloque um círculo ou um X na resposta que mais ache correta. Selecione apenas uma única resposta para cada afirmação.

No AVC os seguintes Órgãos são afetados

	Verdade	Falso	Não sei
1 – Os olhos			
2 – O coração			
3 – A medula espinal			
4 – O cérebro			
5 – A face			

Fatores de Risco / Causas

	Verdade	Falso	Não sei
6 – Os zumbidos intensos são fatores de risco de AVC			
7 – Sofrer de epilepsia é um fator de risco de AVC			
8 – Sofrer de infeções repetidas dos ouvidos é um fator de risco de AVC			
9 – Sofrer de sinusite crónica é um fator de risco de AVC			
10 – Sofrer de cancro na cabeça ou na face é um fator de risco de AVC			
11 – Ter tido meningite no passado é um fator de risco de AVC			
12 – Hipertensão arterial é um fator de risco de AVC			

Fatores de Risco / Causas	Verdade	Falso	Não sei
<i>(continuação)</i>			
13 – A obesidade é um fator de risco de AVC			
14 – A falta de atividade física é um fator de risco do AVC			
15 – Colesterol elevado é um fator de risco do AVC			
16 – O consumo de tabaco pode causar AVC			
17 – O consumo de álcool pode causar AVC			
18 – Alimentação rica em hidratos de carbono e açúcar pode causar AVC			
19 – O excesso de sal não é causa de AVC			
20 – A fibrilhação auricular não causa AVC			
21 – O excesso de álcool não é causa de AVC			
22 – A prática de exercício físico violento provoca AVC			
23 – Dormir poucas horas pode provocar AVC			
24 – Excesso de trabalho diário pode provocar AVC			
25 – A diabetes não causa AVC			
26 – As doenças do coração não causam AVC			
27 – As pessoas com familiares com AVC vão ter também um AVC			

Prevenção

	Verdade	Falso	Não sei
28 – Beber muita água diariamente previne o AVC			
29 – Comer poucas proteínas (carne, fiambre, frango, etc) previne o AVC			
30 – Tratar as tonturas previne o AVC			
31 – Tratar das cefaleias (dores de cabeça) previne o AVC			
32 – O AVC não pode ser evitado			
33 – Uma alimentação equilibrada pode prevenir o AVC			
34 – Exercitar a mente previne o AVC			

São Sintomas de AVC

	Verdade	Falso	Não sei
35 – Náuseas e vômitos			
36 – Sensação de mal-estar na cabeça			
37 – Sensação de desmaio			
38 – Dores a volta dos olhos			
39 – Formiguiços num braço ou numa perna que passam com a mudança de posição			
40 – Tremores num braço ou numa perna			
41 – Sensação de queimadura num braço ou numa perna			
42 – Enrolamento da língua			
43 – Dores na parte de trás do pescoço			
44 – Falta de ar			



2

Inquérito n.º 0466800003



São Sintomas de AVC	Verdade	Falso	Não sei
<i>(continuação)</i>			
45 – Dores no peito com irradiação para um dos braços			
46 – Tendência para andar sempre a dormir			
47 – Confusão súbita			
48 – Falta de visão súbita, num dos olhos			
49 – Boca ao lado			
50 – Falta de força num braço e numa perna do mesmo lado			
51 – Impossibilidade de falar			
52 – Dores à volta dos ouvidos			
53 – Dores num braço ou numa perna			
54 – Agressividade súbita			
55 – A visão de duas imagens nunca é um sintoma do AVC			
56 – Sonolência que se arrasta há vários dias			
57 – A oscilação da voz fina, com a voz grossa, é um sintoma do AVC			
58 – Falta de força nos dois braços, em simultâneo			
59 – Dor de barriga que irradia para uma perna			
60 – Caimbras repetidas num braço e perna			
O AVC é devido a:			
61 – Inflamação das veias da cabeça			
62 – Ao rompimento dos nervos do cérebro			
63 – A um inchaço no cérebro			
64 – Compressão de um osso da cabeça			
65 – Tumor no cérebro			
66 – Um entupimento das artérias da cabeça/ cérebro			
67 – Infeção no cérebro/ cabeça			
Perante a suspeita de uma pessoa com AVC, devemos:			
68 – Dar um copo de água e ver se reage			
69 – Deitar a pessoa de barriga para cima e ir pedir socorro			
70 – Sentar a pessoa o mais rapidamente possível			
71 – Transportar o doente para o centro de saúde mais próximo			
72 – Telefonar à polícia			
73 – Ficar junto da pessoa e esperar que ela melhore			
74 – Telefonar para a linha de saúde 24			
75 – Registrar os sintomas presentes			
76 – Registrar as horas a que tudo está a acontecer			

Trata-se um AVC	Verdade	Falso	Não sei
77 – Realizando uma TAC à cabeça			
78 – Usando antibióticos			
79 – Fazendo uma operação cirúrgica ao cérebro			
80 – Prescrevendo cortisona			
81 – Medicando com anti-inflamatórios, para tratar a inflamação das veias e artérias do cérebro			
82 – Dando medicamento para tratar os nervos cerebrais			
83 – Iniciando outros medicamentos, ainda não descritos			
84 – Baixando o mais rapidamente possível, a tensão arterial			
Sobre o Tratamento			
85 – Com o melhor tratamento, o doente nunca recupera completamente			
86 – A eficácia do tratamento é superior, se iniciada após 3 horas, do início dos sintomas			
87 – Não existe qualquer tratamento que reverta os sintomas do AVC, já instalados num doente			
88 – Quanto mais cedo se iniciar o tratamento pior será o resultado			
89 – O tratamento é mais eficaz, se o doente chegar antes da 1h, depois do início dos sintomas			
Conhecimento geral sobre AVC			
90 – O AVC é uma das principais causas de invalidez			
91 – O AVC não causa demência			
92 – O AVC é uma das principais causas de internamento em Portugal			
93 – O AVC não aparece ao acordar			
94 – O AVC nunca surge durante noite			
95 – Os sintomas do AVC isquémico, são muito diferentes do AVC hemorrágico			
96 – Os sintomas do AVC aparecem repentinamente			
97 – Na suspeita de AVC, telefonar para o 112 é a melhor decisão			
98 – As pessoas com menos de 40 anos não têm AVC			
99 – O tratamento do AVC isquémico é igual ao do hemorrágico			
100 – Não é AVC se os sintomas desaparecerem ao fim de 24 horas			

OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO

ANEXO II – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DO ESTUDO DOIS: ADESÃO À DIETA
MEDITERRÂNICA - KIDMED



Ministério da Educação
Inquérito n.º 0466800004

Código _____

(Dois últimos algarismos do teu telemóvel, dois últimos da tua mãe e dois últimos do teu pai)

QUESTIONÁRIO

ADESÃO À DIETA MEDITERRÂNICA EM JOVENS

Assinala com uma cruz (X) a(s) resposta(s) que escolheres

Masculino?		Feminino?	
Que idade tens?		Escolaridade	
Peso		Altura	

Em media quantas vezes por semana tomas o <u>pequeno almoço</u> em casa?	
Em media quantas vezes por semana <u>almoças</u> em casa?	
Em media quantas vezes por semana <u>jantas</u> em casa?	
Quanto estás na escola onde almoças?	
Café	
Refeitório da Escola	
Casa	
Profissão da mãe	
Profissão do pai	
Escolaridade da mãe	
Escolaridade do pai	
Idade da mãe	
Idade do pai	
Praticas exercício físico?	Sim Não
Se sim, que tipo?	
que frequência praticas exercício	



Ministério da Educação
Inquérito n.º 0466800004

GRUPO II (KIDMED – Mediterranean Diet Quality Index)

A seguir encontra-se uma série de questões. Assinala com um X em V (verdade) ou F (Falso) consoante os teus hábitos e frequência

		V	F
1	Habitualmente, costumava consumir 1 peça de fruta ou sumo de fruta (100% natural) todos os dias?		
2	Consumes duas peças de fruta todos os dias?		
3	Habitualmente, consumes produtos hortícolas frescos (saladas), sopa ou legumes no prato, pelo menos uma		
4	Habitualmente, consumes produtos hortícolas frescos ou no prato? (2 ou mais vezes por dia)		
5	Consumes peixe com regularidade? (2 a 3 vezes por semana ou mais)		
6	Costumas ir a restaurantes típicos de fast-food (Mc Donald's, Telepizza, Pizza Hut...), uma ou mais vezes		
7	Gostas de leguminosas? (feijão, lentilhas, grão, ervilhas, favas...)		
8	Costumas ingerir diariamente massas alimentícias (macarrão, esparguete...) ou arroz? (+5 vezes por		
9	E ao pequeno-almoço, costumava ingerir cereais de pequeno-almoço e/ou pão? 1		
10	Costumas ingerir com regularidade frutos secos (nozes, amêndoas, pinhões, avelãs...)? (2 a 3 vezes		
11	E na tua casa, é costume utilizar regularmente o azeite?		
12	Costumas tomar o pequeno-almoço todos os dias?		
13	Costumas tomar produtos lácteos ao pequeno-almoço? (leite, iogurte, queijo ou requeijão)		
14	Costumas tomar ao pequeno-almoço produtos de confeitaria? (croissants, bolachas, etc...)		
15	Costumas comer dois iogurtes e/ou 40g de queijo (± 2 fatias pequenas), por dia?		
16	Habitualmente comes guloseimas algumas vezes ao dia? (chocolate, caramelos...)		