

Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 7.ª Edição

Ano Letivo 2019/2020

**Literacia em Saúde: Os conhecimentos dos prestadores de cuidados em lares de idosos sobre Acidente Vascular Cerebral e o impacto de uma ação de formação.**

Ana Maria Simões Abreu Cabral

Leiria, setembro de 2020

Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 7.<sup>a</sup> Edição

Ano Letivo 2019/2020

**Literacia em Saúde: Os conhecimentos dos prestadores de cuidados em lares de idosos sobre Acidente Vascular Cerebral e o impacto de uma ação de formação**

Dissertação de Mestrado

Autora: Ana Maria Simões Abreu Cabral

N.º de estudante: 5180021

Unidade Curricular: Dissertação de Mestrado

Professor Orientador: Professor Doutor José Carlos Quaresma Coelho

Leiria, setembro de 2020

## **AGRADECIMENTOS**

O meu percurso para concluir este trabalho de investigação, que representa um importante marco na minha vida pessoal e profissional, não é apenas fruto do meu empenho pessoal, mas também de todos aqueles que pelo constante apoio, incentivo e disponibilidade fornecida contribuíram para a sua realização.

Ao Professor Doutor José Carlos Quaresma pela disponibilidade demonstrada no decorrer da elaboração deste trabalho, pela paciência, pelos esclarecimentos, pelo apoio e força transmitida nos momentos mais difíceis, e pelas oportunidades de aprendizagem concedidas.

A todas as instituições que colaboraram neste estudo, nomeadamente: Lar Nossa Senhora da Glória; Solar do Castanheiro – Residencial da 3.<sup>a</sup> idade; e Centro Paroquial de Assistência do Reguengo do Fétal.

A todas as pessoas que participaram no estudo, que de forma voluntária disponibilizaram um pouco do seu tempo pessoal a responder aos questionários e assistir à ação de formação, sem os quais não seria possível realizar a presente investigação.

Aos meus colegas de formação académica e aos colegas do serviço, pela ajuda, partilha, pelas horas investidas na discussão de ideias e, sobretudo, pela amizade.

Aos meus amigos pelas palavras de apoio, pela compreensão de todas as minhas ausências, e por estarem presentes nos dias bons, mas principalmente nos menos bons.

À Mónica Silva pelo espírito de interajuda e constante encorajamento, ao longo do Mestrado.

À minha família, especialmente ao meu marido e filhos, por compreenderem a minha ausência durante este tempo e, também, pela paciência, pelo amor e por todo o apoio incondicional nos tempos mais difíceis.

A todos o meu sincero OBRIGADO!

## LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AHA – *American Heart Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DP – Desvio Padrão

DGS – Direção-Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ESO – *European Stroke Organization*

FA – Fibrilhação Auricular

HTA – Hipertensão Arterial

INE – Instituto Nacional de Estatística

Md – Mediana

Mo – Moda

NIH – *National Institute of Health*

OMS – Organização Mundial de Saúde

RGPD – Regulamento Geral de Proteção de Dados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SAFE – *Stroke Alliance for Europe*

SPAVC – Sociedade Portuguesa do AVC

TC – Tomografia Computorizada

WHO – *World Health Organization*

X<sub>máx</sub> – Máximo

X<sub>min</sub> – Mínimo

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>1. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>12</b>
1.1 LITERACIA EM SAÚDE – CONHECIMENTOS DA POPULAÇÃO SOBRE AVC .....	12
1.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	16
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	<b>24</b>
2.1 CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS .....	24
2.2 HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	26
2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	26
2.4 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS .....	27
2.5 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	28
2.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DE DADOS.....	29
<b>3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>31</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	31
3.2 HIPÓTESES EM ESTUDO .....	40
<b>4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>45</b>
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>57</b>
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE I – “FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO”	
APÊNDICE II – AUTORIZAÇÕES DAS INSTITUIÇÕES DE IDOSOS PARA A APLICAÇÃO DO ESTUDO	
APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO “CONHECIMENTOS SOBRE AVC”	
APÊNDICE IV – CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO	
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE LEIRIA	

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos participantes quanto à idade.....	31
Tabela 2 – Distribuição dos participantes quanto ao sexo.....	31
Tabela 3 – Distribuição dos participantes quanto ao estado civil.....	31
Tabela 4 – Distribuição dos participantes quanto à escolaridade.....	32
Tabela 5 – Distribuição dos participantes quanto à profissão.....	32
Tabela 6 – Distribuição dos participantes quanto às fontes de informação sobre saúde/doença.....	32
Tabela 7 – Distribuição dos participantes quanto à formação e se ouviu falar em AVC.....	33
Tabela 8 – Distribuição dos participantes quanto às fontes de informação sobre AVC.....	33
Tabela 9 – Distribuição dos participantes em relação se teve/tem algum familiar/conhecido com AVC.....	33
Tabela 10 – Distribuição dos participantes relativamente à dimensão órgão afetado..	34
Tabela 11 – Distribuição dos participantes relativamente à dimensão fatores de risco.....	34
Tabela 12 – Distribuição dos participantes relativamente à dimensão prevenção.....	35
Tabela 13 – Distribuição dos participantes relativamente à dimensão sinais de alerta.....	36
Tabela 14 – Distribuição dos participantes relativamente à dimensão em que consiste.....	37
Tabela 15 – Distribuição dos participantes relativamente à dimensão o que fazer em caso de suspeita.....	37
Tabela 16 – Distribuição dos participantes relativamente à dimensão do tratamento..	37
Tabela 17 – Distribuição dos participantes relativamente à dimensão sobre o tratamento.....	38
Tabela 18 – Distribuição dos participantes relativamente à dimensão conhecimentos gerais.....	39
Tabela 19 – Caracterização dos participantes relativamente aos conhecimentos sobre AVC por dimensão.....	39
Tabela 20– Caracterização dos participantes relativamente ao conhecimento Total sobre AVC.....	39
Tabela 21 – Correlação de <i>Spearman</i> ( $\rho$ ) entre a idade e o conhecimento total sobre AVC e as suas dimensões.....	40

Tabela 22 – Resultado da aplicação do teste H de <i>Kruskal-Wallis</i> entre o conhecimento total sobre AVC, as suas dimensões e o estado civil dos participantes...	41
Tabela 23 – Resultado da aplicação do teste H de <i>Kruskal-Wallis</i> entre o conhecimento total sobre AVC, as suas dimensões e os anos de escolaridade dos participantes.....	41
Tabela 24 – Resultado da aplicação do teste U de <i>Mann-Whitney</i> entre o conhecimento total sobre AVC, as suas dimensões e se os participantes têm um familiar ou conhecido que teve um AVC.....	43
Tabela 25 – Estatística descritiva sobre o conhecimento total AVC pré e pós ação de formação.....	43
Tabela 26 – Estatística descritiva sobre as dimensões do conhecimento do AVC, pré e pós ação de formação.....	44
Tabela 27 – Resultado da aplicação do Teste de <i>Wilcoxon (Z)</i> para comparação dos conhecimentos em cada dimensão avaliada pré e pós ação de formação .....	44

## RESUMO

**Introdução:** A literacia em saúde está diretamente associada ao conhecimento sobre diferentes patologias, entre as quais, o Acidente Vascular Cerebral, que continua a ser uma das principais causas de morte e morbilidade em Portugal, e a principal causa de sequelas incapacitantes motoras e cognitivas. Os estudos concluem que o conhecimento da população sobre AVC ainda apresenta muitas lacunas, pelo que se torna pertinente realizar uma investigação para estudar os conhecimentos sobre AVC e o impacto de uma ação de formação.

**Metodologia:** A amostra foi constituída por 60 prestadores de cuidados em lares de idosos. Foi elaborada uma revisão da literatura sobre a temática em estudo, com base em literatura científica nacional e internacional, desenvolveu-se uma ação de formação e efetuou-se um estudo quantitativo, quase-experimental do tipo pré-teste e pós teste. A amostra respondeu ao questionário relativo aos dados sociodemográficos e conhecimentos sobre AVC. No final da formação foi aplicado novamente o questionário relativo aos conhecimentos sobre AVC. No que respeita ao tratamento de dados recorreu-se à utilização dos testes não paramétricos: teste de *Mann-Whitney*, teste de *Wilcoxon*, teste de *Kruskal-Wallis* e ao teste de correlação de *Spearman*.

**Resultados:** Constatou-se que não existem diferenças com significado estatístico entre o nível de conhecimentos: as características sociodemográficas; e se teve ou tem algum familiar ou conhecido com AVC ( $p > 0,05$ ). No que diz respeito à eficácia da ação de formação, verificou-se uma melhoria com significado estatístico ( $p < 0,01$ ) dos conhecimentos sobre AVC em todas as dimensões exceto na dimensão da “prevenção” ( $p > 0,05$ ).

**Conclusão:** Os prestadores de cuidados a idosos apresentam lacunas no conhecimento sobre AVC, contudo as ações de formação confirmam-se como uma estratégia de aprendizagem importante na transmissão de conhecimentos, que poderá contribuir para a redução das taxas de mortalidade e morbilidade. No futuro, estudos sobre a manutenção e retenção de conhecimentos devem ser efetuados.

**Palavras chave** – Literacia em Saúde; Acidente Vascular Cerebral; Conhecimentos sobre AVC; Ação de Formação.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Health literacy is directly linked to knowledge about different pathologies, among which, the stroke, which remains one of the main causes of death and morbidity in Portugal, and the main cause of disabling motor and cognitive sequelae. Studies conclude that the population's knowledge about stroke still has many gaps, therefore making it relevant to conduct an investigation which studies their stroke knowledge and the impact of a training action.

**Methodology:** The sample consisted of 60 caregivers in nursing homes. A literature review on the subject under study was prepared, based on national and international scientific literature, a training course was developed, and a quantitative, quasi-experimental study of the pre-test and post-test type was carried out. The sample answered the questionnaire regarding sociodemographic data and stroke knowledge. At the end of the training, the questionnaire on stroke knowledge was presented to the sample once again. Regarding the treatment of data, non-parametric tests were used: Mann-Whitney test, Wilcoxon test, Kruskal-Wallis test and the Spearman correlation test.

**Results:** It was found that there are no differences with statistical significance between the level of stroke knowledge: sociodemographic characteristics; and if you had or have any family members or acquaintances with stroke ( $p > 0,05$ ). Regarding the effectiveness of the training action, there was an improvement with statistical significance ( $p < 0,01$ ) of stroke knowledge in all dimensions except the "prevention" dimension ( $p > 0,05$ ).

**Conclusion:** Elderly care providers present gaps in stroke knowledge, however, the training actions are confirmed as an important learning strategy in the transmission of knowledge, which may contribute to the decrease of mortality and morbidity rates. In the future, studies on the maintenance and retention of knowledge should be carried out.

**Keywords** – Health Literacy; Stroke; Stroke Knowledge; Training Action.

## INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença cerebrovascular que continua a ser uma das principais causas de morte e morbilidade em Portugal, e a ter um impacto grave na família e na sociedade, pelas suas sequelas incapacitantes, motoras e cognitivas, que interferem na qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2018; Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2018).

A *European Stroke Organization* (ESO, 2008), com base nas Declarações de *Helsingborg* (1995 e 2006), elaborou as *Guidelines for Stroke Management*, nas quais apresentou recomendações na abordagem do doente com AVC, com o intuito de diminuir a sua mortalidade e morbilidade. Na mesma linha de pensamento a *American Heart Association* (AHA) e a *American Stroke Association* publicaram as *2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke*, que expõem com recomendação elevada a existência de programas educacionais direcionados à população e profissionais de saúde, para os instruir a detetarem precocemente os sinais e sintomas e assim contactarem de imediato o número de emergência médica de modo a obterem o tratamento adequado (Powers et al., 2018).

O atraso no reconhecimento da sintomatologia do AVC e no contato com os serviços de emergência deve-se: à falta de conhecimento dos sinais e sintomas; ao não reconhecimento da gravidade; à negação da patologia; e à conceção que pode ser um sintoma passageiro (ESO, 2008). Powers et al. (2018) refere que o reconhecimento precoce dos sintomas do AVC é essencial para procurar ajuda especializada em tempo oportuno. O tempo que decorre desde o início dos sintomas do AVC até ao tratamento é essencial para o socorro da vítima, pois é esta a janela temporal que garante a eficácia do tratamento, “tempo é cérebro” (SNS, 2018). Após esta janela temporal os riscos ultrapassam os benefícios do tratamento (Catanese, Tarsia, & Fisher, 2017).

Seguindo as diretrizes emanadas pela ESO, em Portugal foram adotadas medidas e estratégias preventivas, campanhas e intervenções realizadas por diferentes organizações científicas e profissionais de saúde, e implementados programas específicos de acesso a cuidados de saúde diferenciados, os quais concomitantemente com os progressos científicos no diagnóstico e tratamento do AVC levaram a uma diminuição do número de óbitos por AVC ao longo das últimas décadas (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017a; Ministério da Saúde, 2018; Morais, 2014).

A literacia em saúde tem vindo a ganhar interesse como conceito fundamental para um papel mais ativo da pessoa na sua saúde e doença. Sabe-se que existe uma ligação entre o

nível de literacia e o estado de saúde da pessoa, uma vez que um baixo nível de literacia está relacionado com uma mais provável incompreensão de informação escrita e oral provida pelos profissionais de saúde, incapacidade de destreza para procurar serviços que possam ser essenciais, impossibilidade de executar certos procedimentos, ou até mesmo seguir as indicações de uma prescrição (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016). O mesmo estudo indica que uma baixa literacia em saúde está associada a uma diminuição de conhecimento sobre diferentes patologias, entre as quais, as doenças cardiovasculares.

Contudo, apesar das medidas implementadas em Portugal, os estudos concluem que o conhecimento da população sobre AVC, ainda apresenta muitas lacunas e evidenciam a importância do conhecimento da população sobre: os fatores de risco para prevenir o AVC; e o reconhecimento precoce dos seus sinais e sintomas para uma chegada mais rápida aos serviços de saúde para realização do diagnóstico e tratamento (Andrade et al., 2018). Estas evidências estão em consonância com a análise exaustiva sobre o AVC, realizada pela *Stroke Alliance for Europe* (SAFE) e ESO, que revelou disparidades alarmantes ao longo da cadeia de cuidados do AVC na Europa, surgindo assim, no mesmo ano, o “Plano de ação para o AVC na Europa 2018-2030” o qual apresenta objetivos para cada um dos domínios do Plano: prevenção primária, organização de cuidados no AVC, cuidados agudos no AVC, prevenção secundária, reabilitação, avaliação de resultados e vida pós-AVC (SAFE & ESO, 2018).

Perante estas lacunas e disparidades, considerou-se pertinente realizar uma investigação para estudar os conhecimentos da população sobre AVC, realizar ações de formação sobre AVC e aplicar um questionário pré e pós ação de formação, para avaliar também o impacto da formação. Como amostra selecionaram-se os prestadores de cuidados em lares de idosos, por exercerem funções em instituições onde a possibilidade de ocorrência de AVC é elevada, pelo facto dos seus residentes serem uma população de risco.

O estudo intitulado de “Literacia em Saúde: Os conhecimentos dos prestadores de cuidados em lares de idosos sobre Acidente Vascular Cerebral e o impacto de uma ação de formação” foi realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, sob orientação do professor Doutor José Carlos Quaresma Coelho.

Como linha orientadora para a elaboração do estudo delinearam-se as seguintes questões de investigação:

- Quais são os conhecimentos dos prestadores de cuidados em lares de idosos sobre AVC?

- Qual é a relação entre o conhecimento dos prestadores de cuidados em lares de idosos sobre AVC e as características sociodemográficas, formação na área do AVC e se teve/tem algum familiar com AVC?
- Quais as fontes de informação onde os prestadores de cuidados em lares de idosos procuram informação sobre AVC?
- Qual o impacto de uma ação de formação no nível de conhecimentos dos prestadores de cuidados em lares de idosos sobre AVC?

Tendo em conta as questões de investigação, definiram-se os seguintes objetivos para esta investigação:

- Estudar o nível de conhecimentos dos prestadores de cuidados em lares de idosos em estudo sobre AVC;
- Estudar a relação entre o conhecimento dos prestadores de cuidados em lares de idosos e algumas variáveis, nomeadamente: características sociodemográficas, formação na área do AVC e se teve/tem algum familiar com AVC;
- Identificar as fontes de informação que normalmente procura para obter informação sobre AVC;
- Estudar o impacto de uma ação de formação no nível de conhecimentos dos prestadores de cuidados em lares de idosos sobre AVC.

De forma a atingir os objetivos propostos, foi realizado um estudo quantitativo e quase-experimental do tipo pré-teste e pós-teste, e foi elaborada uma revisão da literatura sobre a temática em estudo, com base na literatura científica nacional e internacional.

Este trabalho está estruturado em 4 capítulos. No primeiro consta a revisão da literatura, no qual são abordados os principais conceitos relacionados com o tema de investigação. No segundo capítulo é apresentada a metodologia de investigação. No terceiro capítulo, através de tabelas, apresentam-se os resultados dos dados recolhidos. No quarto capítulo são discutidos os resultados obtidos e por último é apresentada a conclusão onde surgem as considerações finais da investigação, com as principais conclusões retiradas do estudo, bem como as suas limitações e sugestões para investigações futuras. Em apêndices e anexo, encontram-se o “Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética Relativos a Estudos de Investigação”, os pedidos de autorização às instituições de idosos, o consentimento informado e esclarecido, o questionário “Conhecimentos sobre AVC, a formação implementada em suporte de PowerPoint e o parecer da Comissão de Ética do Politécnico de Leiria.

## 1. REVISÃO DA LITERATURA

No presente capítulo, é realizada uma revisão da literatura sobre a Literacia em Saúde e o AVC. No subcapítulo da literacia em saúde, aborda-se o conceito da literacia em saúde e os conhecimentos da população sobre AVC, enquanto no subcapítulo do AVC é apresentada a sua definição, dados epidemiológicos, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, prevenção, avaliação rápida dos sinais e sintomas do AVC, Via Verde do AVC e tratamento.

Esta temática é considerada pertinente, porque dada a escassez de estudos em Portugal, ainda não foi possível determinar se as medidas preventivas implementadas serão suficientes para sensibilizar a população sobre o AVC, de modo a proporcionar um aumento do seu nível de conhecimentos para terem um papel ativo na sua saúde e na dos outros.

### 1.1 LITERACIA EM SAÚDE – CONHECIMENTOS DA POPULAÇÃO SOBRE AVC

A literacia em saúde, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) citada pela DGS (2019b, p.6), é definida pelas “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação de forma a promover e a manter uma boa saúde”. O “Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021” refere que a literacia em saúde implica o “conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida” (DGS, 2019b, p.6). Ambas as definições refletem o papel pró-ativo das pessoas em relação à adoção de comportamentos para a gestão, prevenção da doença e promoção da saúde.

A conceptualização da literacia em saúde pode ser exemplificada na combinação de 4 competências: aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação relacionada com a saúde. O aceder refere-se à capacidade de procurar, encontrar e obter informações sobre saúde/doença, o compreender, corresponde à capacidade de entender a informação, o avaliar, descreve a capacidade de interpretar e filtrar a informação, e o aplicar refere-se à capacidade de comunicar e usar a informação para tomar decisões, de modo a prevenir a doença e promover a saúde (Espanha & Ávila, 2016; Sørensen et al., 2012). O domínio da prevenção da doença reporta-se principalmente à capacidade de aceder, compreender, avaliar e aplicar informações sobre fatores de risco, enquanto o domínio da promoção da saúde é direcionado a informações sobre a saúde no ambiente físico e social (Sørensen et al., 2012).

Com base na literatura podemos identificar como fatores preditores dos níveis de literacia em saúde: a privação financeira; a condição socioeconómica; a escolaridade; a idade; a presença de doenças crónicas; e a utilização dos serviços de saúde (Aaby, Friis, & Christensen, 2017; DGS, 2019a;).

De acordo com os resultados do “Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal 2016”, Portugal apresenta 8,6% de pessoas com um nível excelente, 42,4% com nível suficiente, 38,1% com um nível problemático, e 10,9% com nível inadequado de literacia em saúde (DGS, 2019a). Um estudo realizado por Paiva et al. (2017) constatou que a prevalência de literacia em saúde inadequada na população portuguesa era de 72,9% e não encontrou diferenças entre homens e mulheres, mas as pessoas, com literacia em saúde inadequada, eram significativamente mais velhas e com menor escolaridade. Resultados que estão em consonância com outros estudos realizados em Portugal que mostram que o nível de literacia em saúde é problemático ou inadequado na população em geral (Espanha, Ávila, & Mendes, 2016; Pedro, 2018).

O baixo nível de literacia em saúde induz a um aumento do número de internamentos, à maior procura e utilização dos serviços de urgência e a uma menor preocupação e ação para a prevenção da doença e promoção da saúde, os quais levam a uma diminuição da qualidade de vida das pessoas e a um aumento dos custos em saúde (DGS, 2019a; Espanha & Ávila, 2016; Paiva et al., 2017).

Existe uma ligação entre o nível de literacia e o estado de saúde da pessoa, uma vez que um baixo nível de literacia está relacionado com uma mais provável incompreensão de informação escrita e oral provida pelos profissionais de saúde, incapacidade de destreza para procurar serviços que possam ser necessários, impossibilidade de executar certos procedimentos, ou até mesmo seguir as indicações de uma prescrição (Pedro et al., 2016).

As doenças de evolução prolongada, como o cancro, a diabetes mellitus (DM) e as doenças cardiovasculares, enfarte agudo do miocárdio (EAM) e AVC, são as mais prevalentes e mais dispendiosas para o sistema de saúde, a literacia em saúde pode assumir aqui um papel central na prevenção destas e na adesão a planos de tratamento quando diagnosticadas (Pedro, 2018; Pedro et al., 2016).

A iliteracia em saúde é considerada por alguns autores como sendo um fator de risco para diversas doenças, pela baixa utilização dos serviços de prevenção e rastreio (Pedro, 2018). Apenas através da promoção da literacia em saúde, que tem com objetivo reforçar o papel do cidadão no sistema de saúde, tornando-o capaz de ser gestor ativo na sua condição de saúde, dos seus familiares e da comunidade onde se insere, mantendo-o informado e com a

possibilidade de interagir com os profissionais de saúde (DGS, 2019b), se poderá colmatar este fator de risco.

Neste contexto, torna-se preponderante saber qual o conhecimento que a população tem sobre AVC. A importância e falta de conhecimentos na população sobre AVC é um tema amplamente abordado em estudos internacionais, que dividem esse conhecimento em dimensões: os fatores de risco para prevenir o AVC; o reconhecimento precoce dos seus sinais e sintomas; e a ativação célere dos meios de socorro para uma chegada mais rápida aos serviços de saúde para a realização do diagnóstico e tratamento (Andrade et al., 2018; ESO, 2008; Madubuko, 2018; Powers et al., 2018).

No Egito, Farrag et al. (2018), depois da análise de 1154 entrevistas, verificaram que apenas 75% sabiam que o órgão afetado era o cérebro, os principais fatores de risco mencionados foram a hipertensão arterial (HTA), tabagismo, colesterol e DM; as medidas preventivas foram controlar a HTA (68,3%), parar de fumar (47,3%), dieta saudável (46,7%), atividade física (44,8%), controlo do colesterol (39,9%), e controlo da DM (31,7%); os sintomas foram alterações da face (55,9%), discurso incompreensível (49,8%), perda de consciência (41,4%), desequilíbrio (38,3%), cefaleias (34,4%), e perda de visão (27,8%); quando questionados o que fariam em caso de suspeita de AVC apenas 34,3% ativava os meios de emergência; e por último em relação ao tratamento apenas 23,9% sabia que este deveria ser iniciado nas primeiras 3 horas após o início dos sintomas e 8,8% qual era o tratamento. Os autores concluíram que a população egípcia tinha um nível de conhecimentos sobre AVC baixo.

No Canadá, Parappilly, Field e Mortenson (2019), verificaram que os sintomas referidos pelos inquiridos foram: falta de força nos membros (64%); discurso incompreensível (57%); desequilíbrio (52%); e alterações faciais (36%). No estudo é salientado que este bom resultado se deveu às campanhas implementadas no país, entre as quais a campanha FAST (*Face, Arms, Speech, Time*) que apresenta os sintomas do AVC e como atuar perante os mesmos.

Nos Estados Unidos da América, uma investigação sobre o reconhecimento dos sintomas e fatores de risco do AVC concluiu que 85% dos participantes conheciam os 3 principais sintomas, e os fatores de risco identificados foram hábitos tabágicos, dislipidemia, HTA, DM e a idade (Sadighi, Groody, & Wasko, 2018).

Patel et al. (2019) num estudo realizado entre 2009 e 2014 concluíram que houve um aumento dos conhecimentos dos sintomas de AVC em 14,7% e da ativação do número de emergência aquando da presença dos mesmos. No entanto, Faiz, Sundseth e Thommessen

(2019) concluíram que mesmo quando a população possui conhecimentos teóricos sobre os fatores de risco, sinais e sintomas do AVC, não conseguiu atuar corretamente numa situação real ativando o número de emergência.

Em relação ao nível de conhecimento sobre o tratamento do AVC, Faiz, Sundseth e Thommessen (2018), num estudo aplicado a doentes internados com AVC, inferiram que 59% dos doentes não conheciam nenhum dos tratamentos e que 85,5% após o AVC é que compreenderam a importância de o tratamento ser iniciado de forma rápida depois do início dos sintomas. Os participantes do estudo em média demoraram 4,6 horas a chegar ao hospital, os autores referem que as campanhas públicas também deveriam destacar informações sobre o tratamento, para a população compreender a importância de o iniciar rapidamente e assim ativar de imediato os meios de socorro aquando da sintomatologia.

Sanders et al. (2014) ao investigarem a relação da literacia em saúde e a retenção de conhecimento depois de uma formação sobre AVC, concluíram que os participantes com níveis de literacia em saúde mais elevados apresentaram melhores resultados no questionário após a formação.

Parappilly et al. (2019) demonstraram no seu estudo a existência de uma associação positiva entre o conhecimento sobre AVC e os comportamentos de saúde, e pessoas com idades superiores tinham mais conhecimentos e melhores comportamentos de saúde do que os jovens.

Em Portugal, os estudos ainda são escassos, um estudo realizado em Évora (Bule, Sim-Sim, & Correia, 2016) concluiu que a doença era conhecida, as fontes de informação referidas eram a televisão e amigos, os fatores de risco mencionados foram a hipercolesterolemia, doença cardíaca e tabagismo, e os sinais mais conhecidos foram a dormência, a fraqueza no hemicorpo e a disartria. Andrade et al. (2018) na sua investigação inferiu que cerca de 30% dos participantes não conseguiram estimar o risco de EAM ou AVC. "Não fumar" (36,8%) e "dieta saudável" (32,8%) foram identificados como os comportamentos mais importantes para a prevenção de doenças cardiovasculares, e menos de metade dos participantes respondeu que a opção mais adequada na presença de sinais ou sintomas de doenças cardiovasculares era ligar para o número de emergência. "Dependência de atividades diárias" (90,7%) e "comprometimento da fala" (89,8%) foram frequentemente reconhecidas como consequências do AVC. No geral, os participantes com literacia em saúde revelaram conhecimentos mais apropriados relacionados à saúde cardiovascular.

A literatura internacional e nacional concluiu que existem lacunas importantes no conhecimento relacionado com o AVC, e que as estratégias e práticas de educação em saúde devem ser sensíveis às diferenças de literacia em saúde dos indivíduos (Andrade et al., 2018; Bule et al., 2016; Sanders et al., 2014). A literacia em saúde é assim uma prioridade de saúde pública, e um desafio para toda a sociedade no que toca à divulgação de conhecimento e utilização do mesmo, permitindo melhores escolhas de saúde no dia-a-dia (DGS, 2019a).

## 1.2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O AVC é definido pela OMS 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). A AHA (2019), por sua vez, define AVC como uma doença que afeta os vasos sanguíneos do cérebro e ocorre quando um vaso sanguíneo é bloqueado por um coágulo ou rutura, fazendo com que, parte do cérebro não seja irrigado levando à morte de neurónios.

O AVC pode classificar-se em isquémico ou hemorrágico conforme a patologia subjacente. O *National Institute of Health* (NIH, 2019) refere que o AVC isquémico resulta da obstrução da corrente sanguínea no cérebro por um coágulo e subdivide-se em trombótico ou embólico, enquanto o AVC hemorrágico ocorre como consequência da rutura de um vaso sanguíneo no cérebro. O AVC isquémico representa 85% dos casos e os hemorrágicos 15%. Independentemente do tipo de AVC, é importante saber que, a cada minuto que passa desde o início do AVC até ao seu tratamento, quase 2 milhões de neurónios morrem e este é o conceito mais importante do "tempo é cérebro" na compreensão do AVC e seu tratamento (Tadi & Lui, 2020).

A OMS, num artigo intitulado de *The Top 10 Causes of Death*, menciona que das 56,9 milhões de mortes no mundo em 2016, 15,2 milhões ocorreram devido ao EAM e ao AVC, estas duas patologias são referenciadas como os maiores assassinos do mundo nos últimos quinze anos (WHO, 2018). A AHA (2019) apresenta o AVC como a quinta causa de morte nos Estados Unidos da América e a principal causa de incapacidade. Refere que em cada ano aproximadamente 795.000 pessoas têm um AVC, 610.000 são o primeiro caso e 185.000 são recorrentes.

A Sociedade Portuguesa de AVC (SPAVC, 2016) menciona que em Portugal, o AVC é a principal causa de morte e de incapacidade permanente, contudo verificou-se uma redução da incidência na última década, o que está em consonância com os dados do Instituto

Nacional de Estatística (INE, 2020) que apresenta uma redução das mortes por AVC nos últimos anos de 13,9% em 2008 para 9,9% em 2018. No entanto, a ESO e a SAFE (2018) preveem, entre 2015 e 2035, um aumento geral de 34% do número de casos de AVC na União Europeia, de 613 148 em 2015 para 819 771 em 2035, devido ao envelhecimento da população. Referem ainda que um quarto do número de sobreviventes de AVC viverá com os efeitos duradouros do AVC, por outras palavras, com as suas incapacidades cognitivas e motoras.

Tal como está expresso na página *web* da *Stroke Association* (2020), qualquer pessoa pode ter um AVC, embora a probabilidade varie em função de determinados fatores de risco. Estes dividem-se em fatores de risco não modificáveis (idade, raça/etnia, género e fatores genéticos) e fatores de risco modificáveis (HTA, dislipidemia, DM, doenças cardíacas, atividade física, erros alimentares, obesidade, tabagismo e consumo de álcool).

O AVC é, frequentemente, mencionado como uma doença da velhice o que não é completamente verdade, a incidência nas idades mais jovens tem vindo a aumentar (Silva, 2014). Os efeitos cumulativos do envelhecimento no nosso sistema cardiovascular e a natureza progressiva dos fatores de risco para o AVC, HTA, DM, dislipidemia ou tabagismo, justificam que o risco de ocorrência de AVC aumente com a idade (Silva, 2014). O risco de AVC duplica por cada década de vida que passa depois dos 55 anos (Amalakanti et al., 2016; Boehme, Esenwa, & Elkind, 2017). Sarfo et al. (2014) refere uma média de idade de AVC aos 64,6 anos e Palm et al. (2012) concluiu que em idades mais avançadas, em ambos os sexos, a sobrevivência após AVC era menor. Em 2018, em Portugal, o total de óbitos por AVC foram: 93,2% das pessoas com 65 e mais anos; e 82,3% das pessoas com 75 e mais anos (INE, 2020).

Os estudos internacionais referem que a raça negra, assim como, em alguns casos, os descendentes dos hispânicos e latino-americanos, tem uma maior incidência de todos os tipos de AVC e uma maior taxa de mortalidade (Silva, 2014; Trivedi, Ryan, & Cole, 2015). Algumas razões explicativas da raça negra ser mais predisposta ao AVC são o ambiente socioeconómico e a maior presença de outros fatores de risco como a HTA, dislipidemia, obesidade e DM (Guzik & Bushnell, 2017; Neagoe, 2013). A taxa de mortalidade dos afro-Americanos é 4 a 5 vezes superior à dos europeus e o excesso de mortes por AVC na raça negra em relação à branca é mais acentuada na população com idade inferior a 65 anos (Guzik & Bushnell, 2017; Howard, 2013; Neagoe, 2013; Trivedi et al., 2015).

Outro fator de risco é o género, o nível de risco deste fator está dependente da idade (Boehme et al., 2017). O aumento da esperança média de vida das mulheres em comparação com os homens levou a um aumento da incidência de AVC nas mulheres

(Boehme et al., 2017; Palm et al., 2012). O maior número de mortes nas mulheres ocorre depois dos 75 anos e no global uma em cada 6 mulheres acaba por falecer de AVC (Sarfo et al., 2014; Silva, 2014). Pelo facto de a doença se desenvolver 7 a dez anos mais tarde nas mulheres, induz a que elas percam menos anos de vida que os homens (Mendis, Puska, & Norrving, 2011). Para alguns autores, certos comportamentos do género feminino, como alterações hormonais pelo uso de anticoncepcionais, o tabagismo, a gravidez e o pós-parto podem favorecer a ocorrência de um AVC em mulheres mais jovens (Silva, 2014; Boehme et al., 2017). Em Portugal, no ano de 2018, o AVC atingiu mais mulheres com uma relação de setenta e sete óbitos de homens por cada cem óbitos de mulheres. Por outro lado, as mulheres continuaram também a morrer relativamente mais tarde que os homens devido a esta doença: a idade média ao óbito para as mulheres foi de 83,9 anos e para os homens de 79,8 anos (INE, 2020).

Os riscos genéticos do AVC variam de acordo com a idade, sexo e raça (Boehme et al., 2017). Os fatores genéticos explicam em algumas situações um maior risco de doença vascular cerebral, como é o caso de história familiar de AVC, da presença de aneurismas cerebrais que estão associadas a um aumento do AVC hemorrágico, e ou de acidente isquémico transitório que aumenta o risco em cerca de 30% (Silva, 2014). As mulheres com AVC têm mais comumente, em comparação com os homens, história familiar de doença vascular cerebral (Boehme et al., 2017; Silva, 2014).

A HTA é o principal fator de risco modificável de todos os tipos de AVC (Amalakanti et al., 2016; Sarfo et al., 2014), e a sua relação com o risco de AVC é forte, direta, linear, contínua e não é modificada pela presença de outros fatores de risco ou de outras doenças (Silva, 2014). Em 2 estudos efetuados sobre qual a percentagem de HTA nos doentes com AVC, um obteve o valor de 85% (Sarfo et al., 2014) e outro de 66% (Amalakanti et al., 2016).

A dislipidemia é outro fator de risco de AVC, no estudo de Amalakanti et al. (2016) 54,6% dos doentes que tiveram AVC tinham dislipidemia. O aumento do *Low Density Lipoproteins* aumenta a doença carotídea o que leva ao aumento do risco de AVC isquémico. Da mesma forma, a redução do *High Density Lipoproteins* está relacionada com o maior risco de AVC hemorrágico (Boehme et al., 2017; Silva, 2014; Tsivgoulis, Safouris, & Kim, 2018). Doentes com dislipidemia têm sempre outros fatores de risco associados (Zhao et al., 2016).

Na maioria dos casos, a DM desenvolve-se como resultado de um estilo de vida pouco saudável, incluindo uma dieta rica em gordura e baixa atividade física o que leva à obesidade, resistência à insulina e hiperinsulinemia (Silva, 2014). Os diabéticos têm uma maior suscetibilidade à aterosclerose e uma maior prevalência de outros fatores de risco favorecedores de doença cardiovascular, nomeadamente HTA, dislipidemia, arritmias e

obesidade (Dabek, Piotrkowicz, & Leśniewska, 2018; Silva, 2014). Neste contexto, o risco de AVC em diabéticos aumenta duas a 6 vezes e a mortalidade é 3 vezes maior nos doentes com DM que sofrem um primeiro AVC (Dabek et al., 2018; Silva, 2014; Tsivgoulis et al., 2018).

Apesar da variedade e heterogeneidade das patologias cardíacas e potencialmente causadoras de embolia, a fibrilhação auricular (FA) é a arritmia mais frequente relacionada com o maior risco de AVC (Boehme et al., 2017; Freitas et al., 2013). A FA é mais preponderante nas idades mais avançadas (Bonhorst et al., 2010). A incidência de AVC relacionada com a FA triplicou nas últimas 3 décadas (Boehme et al., 2017) e aumenta 4 a 5 vezes o risco de AVC, sendo responsável por cerca de 15% a 20% dos eventos agudos vasculares cerebrais (Silva, 2014).

A atividade física tem um papel fulcral na saúde e bem-estar das populações, ao estar diretamente ligada à prevenção de várias doenças. Contudo, o estilo de vida das sociedades europeias traduz-se em comportamentos crescentemente menos ativos, estando a economia sustentada em profissões muito sedentárias (Ministério da Saúde, 2018). Atividade física insuficiente pode ser definida como a não realização de atividade moderada 5 vezes durante trinta minutos por semana, ou a não realização de atividade vigorosa 3 vezes durante vinte minutos (Mendis et al., 2011). As pessoas que não são fisicamente ativas têm um aumento de 20% a 30% no risco de mortalidade por todas as causas em comparação com aqueles que realizam pelo menos trinta minutos de atividade física moderada na maioria dos dias da semana (Mendis et al., 2011).

A alimentação influencia o risco de AVC e o risco de aparecimento de outros fatores de risco, como DM, HTA e dislipidemia (Boehme et al., 2017). O consumo excessivo de alimentos processados, sal, açúcar e gorduras saturadas, associado aos baixos níveis de ingestão de produtos hortícolas, fruta e peixe, estão entre os hábitos alimentares relacionados a um maior risco cardiovascular dos portugueses e da população mundial (Mendis et al., 2011; Boehme et al., 2017; Ministério da Saúde, 2018).

Além de uma patologia por si só, a obesidade constitui um fator de risco para o desenvolvimento de outros fatores de risco, tais como, HTA, DM e dislipidemia (Boehme et al., 2017; WHO, 2018), o que leva a um aumento exponencial da incidência de AVC (Wang et al., 2015). A obesidade está intimamente ligada à dieta inadequada e à inatividade física, e surge de um desequilíbrio entre a ingestão de energia na dieta e o gasto energético (Mendis et al., 2011).

Mendis et al. (2011) referiram que existiam cerca de um bilhão de fumadores, que quase 6 milhões de pessoas no mundo morrem pelo uso do tabaco e pela exposição ao fumo passivo em cada ano. Fumar aumenta duas a 4 vezes o risco de AVC e está também diretamente relacionado com doença carotídea, a qual potencia a doença vascular cerebral (Silva, 2014). O tabagismo contribui, isoladamente, para 12% a 14% de todas as mortes por AVC. O fumo do tabaco, ativo ou passivo, potencia também os efeitos de outros fatores, tais como a HTA, os anticoncepcionais orais e aumenta o surgimento de trombos e de aterosclerose vascular (Silva, 2014).

O consumo excessivo de álcool é um fator de risco que induz ao surgimento da HTA, a fenómenos trombóticos, à redução do fluxo sanguíneo cerebral e a alterações do ritmo cardíaco, e está normalmente associado ao AVC hemorrágico (Boehme et al., 2017; Silva, 2014). Estima-se que em 2012 em todo o mundo ocorreram 780.381 mortes por doenças cardiovasculares (441.893 homens e 338.490 mulheres) atribuíveis ao consumo de álcool, representando 1,4% de todas as mortes por doença cardiovascular e 26,6% de todas as mortes atribuíveis ao álcool (Rehm, Shield, & Roerecke, 2016).

Dada a elevada prevalência de fatores de risco é necessário ter especial atenção à sua prevenção, deteção e correção, de modo a reduzir a probabilidade de ocorrência do AVC (Ministério da Saúde, 2018; Silva, 2014).

A prevenção divide-se em primária e secundária. A prevenção primária inclui a estratégia populacional e individual, e tem por objetivo diminuir a incidência do AVC através da mudança de comportamentos, estilos de vida e do conhecimento dos fatores de risco do AVC, em pessoas sem antecedentes conhecidos da doença (Cunha, 2014).

A estratégia populacional é realizada através de campanhas sobre alimentação saudável (menos sal, gorduras, açúcares, alimentos processados e mais fruta, vegetais, legumes e peixe), malefícios do tabaco e álcool, e benefícios da prática regular de exercício físico (Ministério da Saúde, 2018; Silva, 2014). Portugal, mesmo com a criação de programas específicos, mantém segundo os dados do Ministério da Saúde (2018): uma das mais elevadas prevalências de HTA na Europa, 3 em cada dez Portugueses, sendo mais prevalente nos homens do que nas mulheres e aumenta com a idade, afetando mais de 71% dos portugueses na faixa etária dos 65 - 74 anos; o colesterol tem uma taxa de prevalência de 63,3% dos indivíduos entre os 25 e 74 anos; a DM tem uma taxa de prevalência de 23,8% nos indivíduos entre os 65 e os 74 anos, e de 10% entre os 25 e os 65 anos; é o segundo país de Europa que menos caminha, com cerca de 14% das mortes anuais associadas à inatividade física, um valor superior à média mundial, que se encontra abaixo de 10%, pela positiva, é o país de Europa onde as pessoas reportam passar menos

tempo sentadas diariamente; os hábitos alimentares inadequados como o consumo excessivo de sal, açúcar e alimentos processados contribuem para a perda de 15,4% dos anos de vida saudável na população portuguesa; estima-se que 8 em cada dez idosos apresentam excesso de peso e que 5,9 milhões de portugueses têm excesso de peso; o tabaco contribui para uma morte a cada cinquenta minutos e é a causa para uma em cada 4 mortes no grupo dos 50-59 anos; e a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas entre 2016 a 2017 foi de 16,7%. Com estes dados infere-se que ainda existe um longo trabalho a desenvolver na área da educação para a saúde, de modo a promover, educar sobre e incentivar a um estilo de vida saudável.

A estratégia individual passa pelo diagnóstico e correção a tempo das doenças que são fatores de risco cerebrovasculares, nomeadamente a HTA, a DM, a dislipidemia, a FA e a obesidade (Freitas et al., 2013; Turner et al., 2016; Tsivgoulis et al., 2018). A avaliação regular da tensão arterial e o seu controlo, bem como o controlo rigoroso dos níveis de glicemia na DM, manter um perfil lipídico desejável, realizar eletrocardiogramas anuais, manter o peso dentro dos parâmetros normais do índice de massa corporal e realizar a terapêutica farmacológica prescrita são pontos-chave para a diminuição do risco de AVC (Boehme et al., 2017; Mendis et al., 2011; Silva, 2014; Tsivgoulis et al., 2018). A ESO & SAFE (2018) menciona a importância da existência de programas de rastreio dos fatores de risco, para antecipar o seu diagnóstico e tratamento.

Depois da ocorrência de um AVC as mesmas medidas são aplicáveis, falamos assim de prevenção secundária, que compreende o controlo dos fatores de risco, a terapêutica farmacológica e não farmacológica (Cunha, 2014). A prevenção secundária é tão ou mais importante que a primária, dado que os AVC's de repetição causam mais sequelas e são mais letais (Hankey, 2014).

As manifestações clínicas do AVC são muito variáveis, devido à complexa anatomia e vascularização do cérebro. Os sintomas e sinais são focais e unilaterais, e a consciência é geralmente conservada ou ligeiramente comprometida, com exceção de alguns tipos de AVC da circulação posterior, situação em que também os sintomas podem ser bilaterais (NIH, 2019). Dependendo do local e etiologia da lesão poderá manifestar-se com sintomas de disfagia, disartria, diplopia, hemianópsia, fraqueza muscular, ataxia, parésia (Sadighi et al., 2018).

Existem várias escalas de avaliação de sinais e sintomas de AVC para profissionais de saúde. Tendo presente a população alvo deste estudo, apenas serão referidos os sinais de alerta mencionados na norma nº 015/2017 da DGS (2017b), a qual, apresenta como sinais de alerta de AVC: dificuldade em falar (ou compreensão das palavras); boca ao lado

(paralisia facial) e falta de força num membro (braço ou perna). Convém salientar que para serem considerados sinais de alerta têm de surgir de forma súbita. Estes sinais são também designados pelos 3 F's (fala, face e força) para mais fácil memorização. A mesma norma refere que na presença de qualquer um dos sinais de alerta de AVC, a pessoa, familiar, cuidador ou quem assiste deve contactar de imediato o Número Europeu de Emergência 112 para que este doente seja encaminhado para a Via Verde do AVC (DGS, 2017b).

A Via Verde do AVC foi criada em 2006 de modo a agilizar os processos desde a ocorrência do AVC até à chegada do doente a uma unidade hospitalar com competência para o diagnóstico e tratamento, no intuito de diminuir o tempo desde o início dos sintomas até à avaliação clínica, e desta, até à realização de fibrinólise, se indicada (Alto Comissariado da Saúde, 2007). A chegada mais rápida ao hospital, após a ativação da Via Verde AVC, permitiu que a administração de terapêutica, na fase aguda da doença, fosse realizada mais precocemente numa percentagem maior de doentes. Desta forma, foi possível, não só reduzir a mortalidade por AVC, mas também minimizar as suas sequelas e incapacidades (Morais, 2014; SNS, 2018; SNS, 2019; SPAVC, 2016).

A avaliação clínica do doente através dos sinais e sintomas, não é suficiente para realizar um correto diagnóstico, apenas através da tomografia computadorizada (TC) cerebral se pode concluir se efetivamente é um AVC e qual a sua tipologia (Tadi & Lui, 2020), de modo a que se possa dar início ao tratamento na fase aguda.

O tratamento do AVC consiste em 3 fases: a prevenção, quando são detetados fatores de risco; o tratamento imediato do AVC; e o tratamento pós-AVC, conhecido como tratamento de reabilitação AVC (NIH, 2019). O tratamento imediato depende da etiologia do AVC, se é isquémico ou hemorrágico, e deve ser realizado nas primeiras horas após a instalação dos primeiros sintomas, sendo maior a sua eficácia e segurança quanto mais cedo for iniciado (Powers et al., 2018). O tratamento do AVC hemorrágico depende da causa e local da hemorragia, sendo prioritário o controlo da hemorragia, da pressão intracraniana e da tensão arterial (Hemphill et al., 2015). Não existe, até à data, nenhuma terapêutica específica para o AVC hemorrágico, sendo que muitas vezes, para diminuir o hematoma, recorre-se à hemicraniectomia descompressiva ou à colocação de um dreno ventricular externo (Hemphill et al., 2015; Liebeskind, 2017). No AVC isquémico existe tratamento para a fase aguda com terapêutica fibrinolítica, que deve ser administrada nas primeiras 4 a 5 horas (janela terapêutica) após a instalação dos primeiros sintomas (Powers et al., 2018), quanto mais precocemente for instituída a terapêutica melhor a recuperação clínica do doente e o seu prognóstico, “tempo é cérebro”. Em alguns casos, este procedimento é suficiente para restaurar o fluxo sanguíneo cerebral na região isquémica, repondo as suas

funções cerebrais e recuperando assim dos défices neurológicos instaurados, quando não é suficiente, é iniciada uma segunda fase do tratamento designada de trombectomia mecânica que é a recanalização da artéria por via endovascular (DGS, 2017b; Powers et al., 2018). A ESO e SAFE (2018) estabeleceu como objetivo para 2030 diminuir os tempos medianos entre o início de sintomas e “agulha” para menos de cento e vinte minutos no caso de trombólise intravenosa e os tempos desde o início de sintomas até à reperfusão para menos de duzentos minutos no caso de tratamento endovascular, para assim melhorar o resultado do tratamento.

Todavia, dependendo da localização do AVC no cérebro, da extensão das lesões e do período decorrente entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a implementação do tratamento na fase aguda, alguns doentes ficam com sequelas motoras e cognitivas ligeiras ou graves (SPAVC, 2016). Algumas delas reversíveis, outras permanentes, mas sempre com impacto na qualidade de vida dos doentes e no retorno à vida que tinham antes de sofrerem um AVC, é nesta fase que surge o tratamento de reabilitação pós-AVC, que inclui terapia ocupacional, fisioterapia e terapia da fala, com a intervenção de psicólogos e assistentes sociais sempre que necessário (SAFE & ESO, 2018).

## 2. METODOLOGIA

Para Prodanov e Freitas (2013) a metodologia examina, descreve e avalia métodos e técnicas de pesquisa que possibilitam a obtenção e o processamento da informação, visando o encaminhamento e a resolução de problemas e/ou questões de investigação, de modo a construir novo conhecimento e a comprovar a sua validade e utilidade.

Neste capítulo, iremos apresentar a concetualização do estudo e objetivos, as hipóteses de investigação, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos, e por último, a previsão do tratamento de dados.

### 2.1 CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS

De acordo com Fortin, Côté e Filion (2009, p.63) conceptualizar refere-se “(...) a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto de estudo”. Foi com este propósito que foi efetuada uma revisão da literatura nacional e internacional sobre o tema em estudo no capítulo anterior.

Como constatámos na revisão da literatura, há uma escassez de estudos nacionais referentes aos conhecimentos sobre AVC na população em geral, e os que existem revelam grandes lacunas no conhecimento. Estas lacunas só poderão ser colmatadas se as estratégias e práticas de educação em saúde forem sensíveis às diferenças de literacia em saúde (Andrade et al., 2018).

Os prestadores de cuidados em lares de idosos exercem funções diretamente com pessoas com elevado risco de AVC, quer pela idade, quer pelas suas comorbidades, e não existem estudos realizados nesta população relativamente aos seus conhecimentos sobre AVC. Neste sentido tornou-se pertinente estudar os conhecimentos desta população e sensibilizá-los para esta temática através de uma ação de formação.

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

- Quais são os conhecimentos dos prestadores de cuidados em lares de idosos sobre AVC?
- Qual é a relação entre o conhecimento dos prestadores de cuidados em lares de idosos sobre AVC e as características sociodemográficas, formação na área do AVC e se teve/tem algum familiar com AVC?

- Quais as fontes de informação onde os prestadores de cuidados em lares de idosos procuram informação sobre AVC?
- Qual o impacto de uma ação de formação no nível de conhecimentos dos prestadores de cuidados em lares de idosos sobre AVC?

Para a concretização de um estudo é necessário que este assente num desenho de investigação delineado, onde o investigador cria um plano lógico com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas e que controle as potenciais fontes de enviesamento (Fortin et al., 2009). Para proceder à investigação optou-se pela realização de um estudo tipo quantitativo, quase-experimental do tipo pré-teste e pós-teste. Este tipo de estudo tem o intuito de “explicar as relações entre as variáveis ou explicar porque é que determinado evento acontece. Fornece um meio de examinar as relações causais e de prever um fenómeno” (Collado & Lucio, 2006, p.27, citado por Dixe, 2015). Este estudo foi realizado através da aplicação de um questionário pré e pós uma ação de formação subordinada ao tema “AVC”.

Os objetivos de uma pesquisa científica prendem-se com a definição clara dos aspetos que se pretende analisar, de modo a que culminem na solução da problemática pesquisada (Prodanov & Freitas, 2013). Neste sentido, foram delineados, para o presente estudo, os seguintes objetivos:

- Estudar o nível de conhecimentos dos prestadores de cuidados em lares de idosos em estudo sobre AVC;
- Estudar a relação entre o conhecimento dos prestadores de cuidados em lares de idosos e algumas variáveis, nomeadamente: características sociodemográficas, formação na área do AVC e se teve/tem algum familiar com AVC;
- Identificar as fontes de informação que normalmente procura para obter informação sobre AVC;
- Estudar o impacto de uma ação de formação no nível de conhecimentos dos prestadores de cuidados em lares de idosos sobre AVC.

Neste estudo considerámos como variável dependente os conhecimentos sobre AVC dos prestadores de cuidados em lares de idosos e como variáveis independentes: características sociodemográficas (idade, sexo, anos de escolaridade, profissão), onde procura a informação sobre saúde/doença, formação na área de AVC, se já ouviu falar de AVC e se tem algum familiar ou conhecido que teve AVC.

## 2.2 HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Fortin et al. (2009) as hipóteses de um estudo definem-se como um enunciado formal que prediz a ou as relações esperadas entre duas ou mais variáveis e são uma resposta plausível para o problema de investigação.

Indo ao encontro das questões de investigação anteriormente enunciadas foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

H1: Os conhecimentos sobre AVC dos prestadores de cuidados em lares de idosos estão correlacionados com a idade.

H2: Os conhecimentos sobre AVC dos prestadores de cuidados em lares de idosos estão relacionados com as características sociodemográficas.

H3: Os conhecimentos sobre AVC dos prestadores de cuidados em lares de idosos estão relacionados com o facto de ter realizado formação na área.

H4: Os conhecimentos sobre AVC dos prestadores de cuidados em lares de idosos estão relacionados com o facto de ter um familiar ou conhecido que teve AVC.

H5: Os conhecimentos sobre AVC dos prestadores de cuidados em lares de idosos melhoraram após a realização da ação de formação.

## 2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é definida como um conjunto de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. Quando é selecionada uma população em particular para ser submetida a um estudo, esta é designada por população alvo, esta deve ser representativa, mas raramente é acessível na sua totalidade ao investigador (Fortin et al., 2009). A população alvo deste estudo corresponde aos prestadores de cuidados em lares de idosos.

A amostra consiste num subconjunto de elementos, retirado da população alvo, e que possui características em quantidade e qualidade suficiente que seja representativa da mesma (Fortin et al., 2009). A amostra foi constituída por sessenta prestadores de cuidados a idosos que responderam aos questionários e participaram na ação de formação, nas seguintes instituições que autorizaram (APÊNDICE II) a realização deste estudo: Lar Nossa Senhora da Glória (dez participantes); Solar do Castanheiro – Residencial da 3.<sup>a</sup> idade (dez participantes); e Centro Paroquial de Assistência do Reguengo do Fétal (quarenta

participantes). A aplicação dos questionários e a ação de formação ocorreu na primeira quinzena de março de 2020.

A amostra utilizada foi não probabilística, na medida em que foi constituída pelo número de prestadores de cuidados a idosos que se disponibilizou para responder na totalidade dos questionários e participar na ação de formação. Para Fortin et al. (2009), numa amostragem não probabilística não é dada aos elementos a mesma possibilidade de serem escolhidos para formar a amostra do estudo.

Foram distribuídos cento e vinte questionários, sessenta pré-formação e sessenta pós-formação, que posteriormente foram objeto de tratamento estatístico.

Participaram neste estudo os prestadores de cuidados que preenchiam os seguintes critérios de inclusão: ser prestador de cuidados em lar de idosos e aceitar participar no estudo. O único critério de exclusão utilizado foi o participante não responder integralmente ao questionário nos dois momentos de aplicação.

## 2.4 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados é um processo de observação, de medidas e de consignação de dados, que visa recolher informação sobre certas variáveis junto dos participantes numa investigação (Fortin et al., 2009). Para a mesma autora a escolha do tipo de instrumento de colheita de dados faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização, e depende da análise estatística considerada.

O questionário proporciona a obtenção de respostas por parte dos sujeitos, por escrito, relativas a fatos, atitudes, preferências, ideias, comportamentos, sentimentos e expectativas referentes a um grupo de questões. Este método de colheita de dados possibilita a organização dos dados com rigor e controlo de enviesamentos (Fortin et al., 2009).

Neste sentido, no presente estudo a colheita de dados foi realizada com base na aplicação de questionários. Assim, de modo a atingir todos os objetivos propostos e concomitantemente responder a todas as questões levantadas à investigação, alterou-se um instrumento de colheita de dados, elaborado pela Associação Portuguesa de AVC em parceria com o Politécnico de Leiria, e intitulou-se de "Questionário - Conhecimentos sobre Acidente Vascular Cerebral". O questionário incluiu duas partes: a primeira com questões referentes à caracterização sociodemográfica (idade, sexo, anos de escolaridade, profissão), onde procurou a informação sobre saúde/doença, formação na área de AVC, se já ouviu falar de AVC, se tem algum familiar ou conhecido que teve AVC; e a segunda parte,

possuiu noventa e nove questões com repostas do tipo *Likert* cotadas numa escala de 1 a 5, variando entre “discordo totalmente”, “discordo”, “nem concordo nem discordo”, “concordo” e “concordo totalmente”, e teve como objetivo identificar os conhecimentos da população sobre AVC em 9 dimensões: órgão afetado; fatores de risco; prevenção; sinais de alerta; em que consiste; o que fazer em caso de suspeita; tratamento; sobre o tratamento; e conhecimentos gerais (APÊNDICE III). O valor do questionário podia oscilar entre noventa e nove e quatrocentos e noventa e cinco, quanto maior a cotação maior o nível de conhecimentos. No entanto existiam cinquenta questões cuja cotação foi feita pela ordem inversa à anteriormente indicada.

Na fase pré ação de formação, foram efetuados os questionários incluindo as duas partes acima descritas. Por sua vez, na fase pós ação de formação apenas a segunda parte do questionário foi aplicada.

## 2.5 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A ética é definida de um modo geral como um conjunto de permissões e interdições que têm valor na vida dos indivíduos e na qual estes se inspiram para guiar a sua conduta (Fortin et al., 2009).

Para a realização do presente estudo foi efetuado o “Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética Relativos a Estudos de Investigação” (APÊNDICE I), o qual foi submetido à Comissão de Ética do Politécnico de Leiria em janeiro de 2020. A Comissão de Ética deu parecer favorável para a realização do estudo em fevereiro 2020 (ANEXO I). Antes da submissão do formulário, foram efetuados contactos informais com estruturas para idosos, as quais manifestaram disponibilidade e interesse em participar no estudo. Após o parecer favorável da comissão de Ética, foi enviado um pedido de autorização (APÊNDICE II) para a realização da ação de formação sobre “AVC” e a aplicação de questionários pré e pós a ação de formação, às seguintes instituições: Lar Nossa Senhora da Glória; Solar do Castanheiro – Residencial da 3.<sup>a</sup> idade; e Centro Paroquial de Assistência do Reguengo do Fétal. Junto ao pedido de autorização enviámos o consentimento informado para a aplicação do questionário, (APÊNDICE IV) bem como o questionário (APÊNDICE III) e a ação de formação em suporte PowerPoint (APÊNDICE V).

O Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) (2016, p.6) refere que “O consentimento do titular dos dados deverá ser dado mediante um ato positivo claro que indique uma manifestação de vontade livre, específica, informada e inequívoca de que o titular de dados consente no tratamento dos dados que lhe digam respeito, como por

exemplo mediante uma declaração escrita, inclusive em formato eletrónico, ou uma declaração oral. (...)”. Neste contexto, procurámos esclarecer os intervenientes sobre a finalidade e objetivo do estudo, foram previamente esclarecidos os direitos dos elementos da amostragem, não sendo exercida qualquer forma de pressão para que o indivíduo fosse ativo no estudo, ficando ao seu critério a participação ativa ou a não participação, respeitando todos os direitos de escolha e de autodeterminação. Antes da apresentação do questionário, que é parte integrante do estudo, foi entregue a cada indivíduo disponível uma declaração de consentimento informado, esclarecido e livre (APÊNDICE IV). A declaração continha informação sobre o tema, métodos e finalidade do inquérito, a minha identificação e contacto, cumprindo assim os critérios definidos pelo RGPD (2016). Os participantes foram inclusivamente informados de que se após consentirem participar no estudo, optassem pela desistência, não sofreriam nenhum prejuízo uma vez que este é um dos direitos que lhes assiste.

O RGPD (2016) refere que são dados pessoais, todas as informações que podem levar à identificação de uma determinada pessoa. Assim, de modo a garantir o anonimato e a confidencialidade ao longo deste estudo, os dados fornecidos por cada um dos elementos da amostra, apenas foram publicados no resultado do estudo, nunca individualmente, mas juntamente com os resultados obtidos pela restante amostra. Ainda em relação aos direitos dos intervenientes, os instrumentos de recolha de dados utilizados não implicaram a identificação dos participantes. Cada elemento do grupo de amostragem selecionou um código de 6 algarismos, que foram utilizados nos questionários pré e pós ação de formação. Ressalva-se que o momento de preenchimento do consentimento informado (onde constam os dados pessoais do grupo de amostragem) foi desfasado do momento de preenchimento dos questionários. Desta forma impossibilitou-se a associação do questionário ao elemento que o preencheu, garantido a confidencialidade de todos os intervenientes.

## 2.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DE DADOS

O tratamento e análise dos dados tem por objetivo a comparação e confrontação das informações obtidas, de modo a confirmar ou a rejeitar as hipóteses e os pressupostos da pesquisa, promulgando assim o alcance da resposta à problemática em estudo com o recurso às conclusões emanadas (Prodanov & Freitas, 2013).

A organização e a sistematização dos dados recolhidos, através do instrumento de colheita de dados, foi realizada com tratamento estatístico através do programa *Statistical Package for the Social Sciences*, licenciado para aplicação pelo Politécnico de Leiria.

Após a introdução dos dados, foi efetuada a estatística descritiva com recurso à análise das medidas de dispersão como, o desvio padrão (DP), e distribuição de frequências absolutas e relativas. Foram utilizadas igualmente as medidas de tendência central, como média, mediana (Md), moda (Mo), máximo (Xmáx) e mínimo (Xmin).

Importa referir que no tratamento de dados das dimensões da segunda parte do questionário foram usadas médias ponderadas, que resultaram da divisão da média total da dimensão pelo número de itens dessa dimensão.

De modo a estudar possíveis diferenças ou relações entre algumas variáveis em estudo, recorreu-se à aplicação dos testes não paramétricos: teste de *Mann-Whitney*, teste de *Wilcoxon* e teste de *Kruskal-Wallis*.

Para estudar a correlação entre variáveis quantitativas utilizámos o coeficiente de *Spearman* ( $\rho$ ).

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

- $p < 0,05$  a diferença é significativa;
- $p < 0,01$  a diferença é muito significativa;
- $p > 0,05$  a diferença não é significativa.

### 3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo é exposta a caracterização dos 60 prestadores de cuidados a idosos, das seguintes instituições de idosos: Lar Nossa Senhora da Glória; Solar do Castanheiro – Residencial da 3.ª idade; e Centro Paroquial de Assistência do Reguengo do Fétal. Posteriormente são apresentados os resultados obtidos através do questionário dos “Conhecimentos sobre AVC”, colocado antes da ação de formação, tendo como base as hipóteses do estudo. Apenas a última hipótese é referente, em simultâneo, aos resultados obtidos a partir de ambos os questionários, ou seja, os questionários colocados pré e pós ação de formação.

A apresentação dos dados extraídos dos instrumentos de colheita, mediante aplicação da estatística descritiva, possibilita realizar a análise dos resultados obtidos, que irão ser apresentados sob a forma de tabelas, para facilitar a sua compreensão.

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os participantes tinham idades compreendidas entre os 24 e os 64 anos. Apresentavam uma média de idades de 49,42 anos, um desvio padrão de 9,34 anos e a mediana situava-se nos 52 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos participantes quanto à idade.

	N	XMIN	XMAX	MÉDIA	MD	DP	P25	P50	P75
IDADE	60	24	64	49,42	52	9,34	43,25	52,00	56,00

Na Tabela 2 constatámos que 58 (96,7%) dos participantes pertenciam ao sexo feminino e 2 (3,3%) ao sexo masculino.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes quanto ao sexo.

SEXO	N.º	%
FEMININO	58	96,7
MASCULINO	2	3,3
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Em relação ao estado civil dos participantes, 41 (68,3%) eram casados ou estavam em união de facto, sendo 4 (6,7%) solteiros, 7 (11,7%) viúvos e 8 (13,3%) divorciados (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos participantes quanto ao estado civil.

ESTADO CIVIL	N.º	%
Solteiro(a)	4	6,7
Casado(a)/União de Facto	41	68,3
Viúvo(a)	7	11,7
Divorciado(a)	8	13,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Relativamente à escolaridade 1 (1,7%) tinha o 1.º ciclo incompleto, 14 (23,3%) o 1.º ciclo completo, 10 (16,7%) o 2.º ciclo completo, 16 (26,7%) tinham o 3.º ciclo completo, 12 (20,0%) o ensino secundário, 6 (10,0%) tinham licenciatura e apenas 1 (1,7%) possuía mestrado (Tabela 4).

**Tabela 4 - Distribuição dos participantes quanto à escolaridade.**

ESCOLARIDADE	N.º	%
1.º Ciclo Incompleto	1	1,7
1.ª Ciclo Completo	14	23,3
2.º Ciclo Completo	10	16,7
3.º Ciclo Completo	16	26,7
Ensino Secundário	12	20,0
Licenciatura	6	10,0
Mestrado	1	1,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Na Tabela 5 é apresentada a distribuição dos participantes quanto à profissão, 53 (88,3%) eram ajudantes de Lar, 5 (8,3%) Assistente Social, 1 (1,7%) enfermeiro e 1 (1,7%) psicólogo.

**Tabela 5 – Distribuição dos participantes quanto à profissão.**

Profissão	N.º	%
Enfermeiro	1	1,7
Ajudante de Lar	53	88,3
Assistente Social	5	8,3
Psicólogo	1	1,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

As fontes a que os participantes recorreram para obter informação sobre saúde ou doença foi outra variável analisada. Convém salientar que o N total não é igual ao número de participantes porque a maioria assinalou mais do que uma fonte de informação. Constatou-se que o “médico de família” foi o mais referido pelos participantes para obter informações sobre saúde (36,67%), seguido de outros “profissionais de saúde conhecidos” (22,5%), “internet” (18,3%), informações em folhetos sobre cuidados de saúde (14,2%) e “revistas/jornais” (8,3%) (Tabela 6).

**Tabela 6 – Distribuição dos participantes quanto às fontes de informação sobre saúde/doença.**

FONTES DE INFORMAÇÃO	N.º	%
Médico de Família	44	36,7
Profissionais de saúde conhecidos	27	22,5
Internet	22	18,3
Revistas/Jornais	10	8,3
Informações em folhetos sobre cuidados de saúde	17	14,2

De forma a avaliar o conhecimento sobre AVC, procurou-se determinar se os participantes já tinham ouvido falar em AVC, onde e se tinham realizado alguma formação específica. Na Tabela 7 verificamos que nenhum dos participantes possuía formação específica em AVC e apenas um (1,7%) referiu ainda não ter ouvido falar sobre AVC.

**Tabela 7 – Distribuição dos participantes quanto à formação e se ouviu falar em AVC.**

		N.º	%
<b>Formação em AVC</b>	<b>Sim</b>	0	0
	<b>Não</b>	60	100,0
<b>Ouviu falar em AVC</b>	<b>Sim</b>	59	98,3
	<b>Não</b>	1	1,7

Na Tabela 8 observamos que os recursos para obtenção de informação sobre AVC foram o “médico de família” (24,5%), os “profissionais de saúde conhecidos” (30,4%), as “informações em folhetos sobre cuidados de saúde” (18,6%), a “internet” (14,7%) e por último as revistas e jornais (11,8%).

**Tabela 8 – Distribuição dos participantes quanto às fontes de informação sobre AVC.**

FONTES DE INFORMAÇÃO	N.º	%
<b>Médico de Família</b>	25	24,5
<b>Profissionais de saúde conhecidos</b>	31	30,4
<b>Internet</b>	15	14,7
<b>Revistas/Jornais</b>	12	11,8
<b>Informações em folhetos sobre cuidados de saúde</b>	19	18,6

Através da Tabela 9 podemos verificar a distribuição dos participantes se teve ou tem algum familiar ou conhecido com AVC, 66,7% referiram que sim, enquanto 33,3% responderam que não.

**Tabela 9 – Distribuição dos participantes em relação se teve/tem algum familiar/conhecido com AVC.**

TEVE/TEM ALGUM FAMILIAR/CONHECIDO COM AVC	N.º	%
<b>Sim</b>	40	66,7
<b>Não</b>	20	33,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Os resultados obtidos com base na aplicação da segunda parte do questionário intitulado “Conhecimentos sobre AVC”, pré ação de formação, são apresentados nas tabelas seguintes por dimensões (órgão afetado, fatores de risco, prevenção, sinais de alerta, em que consiste, o que fazer em caso de suspeita, tratamento, sobre o tratamento, e conhecimentos gerais), convém salientar que foram realizados somatórios dos itens “concordo” e “concordo totalmente” e dos itens “discordo” e “discordo totalmente” para simplificar a interpretação dos dados para a realização da discussão.

A Tabela 10 apresenta a distribuição de respostas dos participantes em relação à dimensão do órgão afetado. Observa-se que 95% dos participantes referiram que o AVC afeta o “cérebro”, contudo 60% mencionaram o “coração”, 6,6% o “pulmão”, 6,6% o “rim” e 13,4% a “medula espinal” como órgãos também afetados. É de salientar que 3,3% discordava totalmente que afetava o cérebro e um 1,7% não concordava nem discordava.

**Tabela 10 – Distribuição dos participantes relativamente à dimensão órgão afetado.**

ÓRGÃO AFETADO	DT		D		DT+D		NCND		C		CT		C+CT	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1. Pulmão	22	33,7	20	33,3	40	67,0	14	23,3	2	3,3	2	3,3	4	6,6
2. Coração	12	20,0	6	10,0	18	30,0	6	10	24	40	12	20	36	60,0
3. Rim	27	45,0	14	23,3	14	68,3	15	25	2	3,3	2	3,3	4	6,6
4. Medula Espinal	20	33,3	15	25,0	35	58,3	17	28,3	4	6,7	4	6,7	8	13,4
5. Cérebro	2	3,3	0	0	2	3,3	1	1,7	26	43,3	31	51,7	57	95,0

DT – Discordo Totalmente; D – Discordo; NCND – Não Concordo Nem Discordo; C – Concordo; CT – Concordo Totalmente

Através da Tabela 11 infere-se que os participantes consideraram os seguintes fatores de risco: “tabagismo” (93,3%); “excesso de trabalho” (70%); “HTA” (91,7%); “obesidade” (85,7%); “falta de atividade física” (71,7%); “colesterol elevado” (86,6%); “consumo exagerado de álcool” (76,7%); “alimentação rica em hidratos de carbono e açúcar” (65%); “excesso de sal” (85%); DM (58,4%); “genética/hereditariedade – familiares com AVC” (78,3%); “erros alimentares” (70,0%); “stress” (85%); e “dormir pouco” (53,3%). No item da “FA”, 55,0% dos participantes não concordaram nem discordaram e somente 20,0% concordaram. O “ser jovem” por 53,3%, o “ser homem” por 50% e a “raça negra” por 61,7%, foram mencionados como não sendo fatores de risco. Nos itens que referenciavam patologias a nível da cabeça/cérebro foram muitos os participantes que não concordaram ou discordaram, “epilepsia” (40,0%), “infecções nos ouvidos de repetição” (31,7%), “sinusite crónica” (35,0%) e “cancro na cabeça ou face” (31,7%). Este último item foi indicado por 31,7% como fator de risco.

**Tabela 11 – Distribuição dos participantes relativamente à dimensão fatores de risco.**

(continua)

FATORES DE RISCO	DT		D		DT+D		NCND		C		CT		C+CT	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1. Tabagismo	0	0	2	3,3	2	3,3	2	3,3	32	53,3	24	40,0	56	93,3
2. Epilepsia	7	11,7	15	25,0	22	36,7	24	40,0	11	18,3	3	5,0	14	23,3
3. Infecções nos ouvidos de repetição	17	28,3	20	33,3	37	61,6	19	31,7	3	5,0	1	1,7	4	6,7
4 Sinusite crónica	17	28,3	17	28,3	34	56,6	21	35,0	5	8,3	0	0	5	5,0
5. Cancro na cabeça ou face	12	22,0	14	23,3	26	45,3	15	25,0	16	26,7	3	5,0	19	31,7
6. Excesso de trabalho diário	2	3,3	5	8,3	7	11,6	11	18,3	28	46,7	14	23,3	42	70,0
7. Hipertensão Arterial	0	0	1	1,7	1	1,7	4	6,7	31	51,7	24	40,0	55	91,7
8. Obesidade	2	3,3	0	0	2	3,3	6	10,0	31	50,7	21	35,0	52	85,7
9. Falta de atividade física	1	1,7	0	0	1	1,7	16	26,7	25	41,7	18	30,0	43	71,7
10. Colesterol elevado	1	1,7	0	0	1	1,7	7	11,7	29	48,3	23	38,3	52	86,6
11. Consumo exagerado de álcool	0	0	1	11,7	1	11,7	13	21,7	25	41,7	21	35,0	46	76,7
12. Alimentação rica em hidratos de carbono e açúcar	3	5,0	4	6,7	7	11,7	14	23,3	23	38,3	16	26,7	39	65,0

DT – Discordo Totalmente; D – Discordo; NCND – Não Concordo Nem Discordo; C – Concordo; CT – Concordo Totalmente

**Tabela 11 – Distribuição dos participantes relativamente à dimensão fatores de risco.**

(continuação)

FATORES DE RISCO	DT		D		DT+D		NCND		C		CT		C+CT	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
13. Excesso de sal	1	1,7	2	3,3	3	5,0	6	10	33	55	18	30,0	51	85,0
14. Fibrilhação Auricular	5	8,3	10	16,7	15	25,0	33	55	7	11,7	5	8,3	12	20,0
15. Diabetes	1	1,7	7	11,7	8	13,4	17	28,3	19	31,7	16	26,7	35	58,4
16. Genética/ hereditariedade – familiares com AVC	1	1,7	2	3,3	3	5,0	10	16,7	26	43,3	21	35,0	47	78,3
17. Erros alimentares	3	5	1	1,7	4	6,7	14	23,3	26	43,3	16	26,7	42	70,0
18. Stress	1	1,7	2	3,3	3	5,0	6	10	25	41,7	26	43,3	51	85,0
19. Ser jovem	15	25	17	28,3	32	53,3	16	26,7	7	11,7	5	8,3	12	20,0
20. Ser homem	13	21,7	17	28,3	30	50,0	17	28,3	9	15	4	6,7	13	21,7
21. Dormir pouco	6	10,0	6	10	12	20,0	16	26,7	24	40	8	13,3	34	53,3
22. Ser de raça negra	22	36,7	15	25	37	61,7	19	31,7	4	6,7	0	0	4	6,7

DT – Discordo Totalmente; D – Discordo; NCND – Não Concordo Nem Discordo; C – Concordo; CT – Concordo Totalmente

Na dimensão prevenção, a percentagem de participantes que responderam corretamente por item foram: “se fuma, deixar de fumar” (88,3%); “alimentação equilibrada” (90%); “diminuir o consumo de bebidas alcoólicas” (96,7%); “realizar atividade física” (91,6%); “tratar problemas cardíacos” (85%); e “controlar a tensão e o nível de açúcar no sangue” (93,4%). Em relação ao item “o AVC não pode ser evitado”, 33,4% referiram que esta afirmação é incorreta e 38,3% que é correta (Tabela 12).

**Tabela 12 – Distribuição dos participantes relativamente à dimensão prevenção.**

PREVENÇÃO	DT		D		DT+D		NCND		C		CT		C+CT	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1. Se fuma, deixar de fumar	1	1,7	2	3,3	3	5,0	4	6,7	33	55,0	20	33,3	53	88,3
2. Alimentação equilibrada	1	1,7	0	0	1	1,7	5	8,3	32	53,3	22	36,7	54	90,0
3. Diminuir o consumo de bebidas alcoólicas	0	0	0	0	0	0	2	3,3	36	60,0	22	36,7	58	96,7
4. Realizar atividade física	0	0	1	1,7	1	1,7	4	6,7	29	48,3	26	43,3	55	91,6
5. Tratar problemas cardíacos	1	1,7	0	0	1	1,7	8	13,3	25	41,7	26	43,3	51	85,0
6. Controlar a tensão e o nível de açúcar no sangue	0	0	0	0	0	0	4	6,6	28	46,7	28	46,7	56	93,4
7. O AVC não pode ser evitado	4	6,7	16	26,7	20	33,4	17	28,3	14	23,3	9	15,0	23	38,3

DT – Discordo Totalmente; D – Discordo; NCND – Não Concordo Nem Discordo; C – Concordo; CT – Concordo Totalmente

Os sinais de alerta, conforme os 3 F's (DGS, 2017b), corretamente identificados pelos participantes foram: “discurso incompreensível” (50%); “perda de força súbita num membro” (78,3%); “dificuldade em falar” (83,4%); “boca ao lado” (90%); “falta de força em metade do corpo” (73,3%); “não consegue dizer palavras simples” (68,4%); “assimetria da face” (56,6%); “voz arrastada” (70%); e “não consegue responder a perguntas simples” (56,7%).

Alguns sinais foram incorretamente identificados: “formigueiro num braço/perna que alivia com a mudança de posição” (60%); “tremores num braço/perna” (56,6%); “falta de ar” (46,7%) e “dor no peito que vai para o braço” (70%). (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição dos participantes relativamente à dimensão sinais de alerta.

SINAIS DE ALERTA	DT		D		DT+D		NCND		C		CT		C+CT	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1. Dor no estômago com náuseas e vômitos	9	15,0	12	20,0	21	35,0	23	38,3	11	18,3	5	8,3	16	26,6
2. Dor latejante nos dentes	13	21,7	20	33,3	33	55,0	21	35,0	5	8,3	1	1,7	6	10,0
3. Sensação de desmaio	2	3,3	6	10,0	8	13,3	16	26,7	30	50,0	6	10,0	36	60,0
4. Dor em redor dos olhos	10	16,7	14	23,3	24	40,0	24	40,0	10	16,7	2	3,3	12	20,0
5. Formigueiro num braço/perna que alivia com a mudança de posição	5	8,3	7	11,7	12	20,0	12	20,0	20	33,3	16	26,7	36	60,0
6. Tremores num braço/perna	3	5,0	6	10,0	9	15,0	17	28,3	26	43,3	8	13,3	34	56,6
7. Sensação de queimadura num braço/perna	6	10,0	8	13,3	14	23,3	26	43,3	18	30,0	2	3,3	20	33,3
8. Discurso incompreensível	5	8,3	7	11,7	12	20,0	18	30,0	21	35,0	9	15,0	30	50,0
9. Dor no pescoço e costas	10	16,7	16	26,7	26	43,4	25	41,7	8	13,3	1	1,7	9	15,0
10. Falta de ar	6	10,0	5	8,3	11	18,3	21	35,0	21	35,0	7	11,7	28	46,7
11. Dor no peito que vai para o braço	3	5,0	3	5,0	6	10,0	12	20,0	24	40,0	18	30,0	42	70,0
12. Perda de força súbita num membro	1	1,7	2	3,3	3	5,0	10	16,7	27	45,0	20	33,3	47	78,3
13. Sentir-se confuso há várias semanas	2	3,3	6	10,0	8	13,3	32	53,3	14	23,3	6	10,0	20	33,3
14. Dificuldade em falar	4	6,7	0	0	4	6,7	6	10,0	31	51,7	19	31,7	50	83,4
15. Boca ao lado	2	3,3	0	0	2	3,3	4	6,7	30	50,0	24	40,0	54	90,0
16. Falta de força em metade do corpo	2	3,3	2	3,3	4	6,6	12	20,0	23	38,3	21	35,0	44	73,3
17. Não consegue dizer palavras simples	3	5,0	3	5,0	6	10,0	13	21,7	25	41,7	16	26,7	41	68,4
18. Dor em redor dos ouvidos	10	16,7	19	31,7	29	48,4	23	38,3	8	13,3	0	0	8	13,3
19. Dor num braço/perna	8	13,3	8	13,3	16	26,6	24	40,0	15	25,0	5	8,3	20	33,3
20. Assimetria da face	6	10,0	2	3,3	8	13,3	18	30,0	23	38,3	11	18,3	34	56,6
21. Súbito desequilíbrio	3	5,0	5	8,3	8	13,3	20	33,3	25	41,7	7	11,7	32	53,4
22. Falta de força nos dois braços em simultâneo	5	8,3	8	13,3	13	21,6	30	50,0	12	20,0	5	8,3	17	28,3
23. Formigueiro e falta de força nos pés	3	5,0	8	13,3	11	18,3	33	55,0	12	20,0	4	6,7	16	26,7
24. Voz arrastada	3	5,0	4	6,7	7	11,7	11	18,3	26	43,3	16	26,7	42	70,0
25. Não consegue responder a perguntas simples	6	10,0	1	1,7	7	11,7	19	31,7	25	41,7	9	15,0	34	56,7

DT – Discordo Totalmente; D – Discordo; NCND – Não Concordo Nem Discordo; C – Concordo; CT – Concordo Totalmente

A dimensão em que consiste o AVC obteve os seguintes resultados: 56,7% consideraram ser uma “inflamação das veias do cérebro”; 46,7% não concordaram nem discordaram que é um “inchaço no cérebro”; 71,6% acharam que era um “rompimento das artérias/veias do cérebro”; 45% não concordaram nem discordaram que era um “tumor no cérebro”; 81,7% referiram ser um “entupimento das artérias/veias do cérebro”; 53,3% não concordaram nem discordaram que era uma “infecção no cérebro”; e 65% pensaram que era um “entupimento de uma artéria no coração” (Tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição dos participantes relativamente à dimensão em que consiste.

EM QUE CONSISTE	DT		D		DT+D		NCND		C		CT		C+CT	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1. Inflamação das veias do cérebro	6	10,0	1	1,7	7	11,7	19	31,7	25	41,7	9	15,0	34	56,7
2. Inchaço no cérebro	5	8,3	6	10,0	11	18,3	28	46,7	18	30,0	3	5,0	21	35
3. Rompimento das artérias/veias do cérebro	1	1,7	1	1,7	2	3,4	15	25,0	29	48,3	14	23,3	43	71,6
4. Tumor no cérebro	9	15,0	12	20,0	21	35,0	27	45,0	10	16,7	2	3,3	12	20
5. Entupimento das artérias/veias do cérebro	0	0	1	1,7	1	1,7	10	16,7	34	56,7	15	25,0	49	81,7
6. Infeção no cérebro	8	13,3	8	13,3	16	26,6	32	53,3	11	18,3	1	1,7	12	20
7. Entupimento de uma artéria no coração	5	8,3	5	8,3	10	16,6	11	18,3	28	46,7	11	18,3	39	65

DT – Discordo Totalmente; D – Discordo; NCND – Não Concordo Nem Discordo; C – Concordo; CT – Concordo Totalmente

Na Tabela 15 relativa à dimensão o que fazer em caso de suspeita de AVC, 76,7% referiram “deitar a pessoa de lado”, 90% “ligar 112”, 76,6% “registar sintomas”, 70% “registar a hora de início dos sintomas”, 40% dos participantes “transportariam o doente para o centro de saúde” e 40% acharam que era pertinente “telefonar à família”.

Tabela 15 – Distribuição dos participantes relativamente à dimensão o que fazer em caso de suspeita.

O QUE FAZER EM CASO DE SUSPEITA	DT		D		DT+D		NCND		C		CT		C+CT	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1. Dar um copo de água	16	26,7	21	35,0	37	61,7	16	26,7	6	10,0	1	1,7	7	11,7
2. Deitar a pessoa de lado	2	3,3	2	3,3	4	6,6	10	16,7	34	56,7	12	20,0	46	76,7
3. Sentar a pessoa	11	18,3	28	46,7	39	65,0	13	21,7	6	10,0	2	3,3	8	13,3
4. Transportar para o centro de saúde	7	11,7	16	26,7	23	38,4	13	21,7	20	33,3	4	6,7	24	40,0
5. Telefonar à família	7	11,7	17	28,3	24	40,0	12	20,0	19	31,7	5	8,3	24	40,0
6. Ligar 112	1	1,7	3	5,0	4	6,7	2	3,3	23	38,3	31	51,7	54	90,0
7. Registar sintomas	2	3,3	5	8,3	7	11,6	7	11,7	29	48,3	17	28,3	46	76,6
8. Esperar que a pessoa melhore	22	36,7	26	43,3	48	80,0	6	10,0	5	8,3	1	1,7	4	10,0
9. Registar hora de início dos sintomas	2	3,3	5	8,3	7	11,6	11	18,3	31	51,7	11	18,3	42	70,0

DT – Discordo Totalmente; D – Discordo; NCND – Não Concordo Nem Discordo; C – Concordo; CT – Concordo Totalmente

Pela análise da Tabela 16, verifica-se que, na dimensão do tratamento, 73,3% referiram realizar um “TC cerebral”, apenas 13,3% “cirurgia”, 25% administrar “fibrinolítico”, 60% “baixar rapidamente a tensão arterial” e 51,6% “realizar cateterismo cardíaco”.

Tabela 16 – Distribuição dos participantes relativamente à dimensão do tratamento.

(continua)

TRATAMENTO	DT		D		DT+D		NCND		C		CT		C+CT	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1. Realizar um TC cerebral	1	1,7	2	3,3	3	5,0	13	21,7	33	55,0	11	18,3	44	73,3
2. Administrar antibióticos	12	20,0	14	23,3	26	43,3	30	50,0	4	6,7	0	0	4	6,7
3. Cirurgia ao cérebro	4	6,7	12	20,0	16	26,7	36	60,0	5	8,3	3	5,0	8	13,3
4. Administrar cortisona	6	10,0	12	20,0	18	30,0	39	65,0	2	3,3	1	1,7	3	5,0
5. Administrar anti-inflamatórios	8	13,3	13	21,7	21	35,0	35	58,3	3	5,0	1	1,7	4	6,7
6. Administrar fibrinolítico (anti-trombótico)	3	5,0	5	8,3	8	13,3	37	61,7	10	16,7	5	8,3	15	25,0

DT – Discordo Totalmente; D – Discordo; NCND – Não Concordo Nem Discordo; C – Concordo; CT – Concordo Totalmente

**Tabela 16 – Distribuição dos participantes relativamente à dimensão do tratamento.**  
(continuação)

TRATAMENTO	DT		D		DT+D		NCND		C		CT		C+CT	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<b>7. Iniciar fibrinólise de imediato (tratamento com fibrinolítico)</b>	2	3,3	8	13,3	<b>10</b>	<b>16,6</b>	38	63,3	10	6,7	2	3,3	<b>12</b>	<b>10,0</b>
<b>8. Baixar rapidamente a tensão arterial</b>	2	3,3	5	8,3	<b>7</b>	<b>11,6</b>	17	28,3	27	45,0	9	15,0	<b>36</b>	<b>60</b>
<b>9. Realizar cateterismo cardíaco</b>	2	3,3	4	6,7	<b>6</b>	<b>10,0</b>	23	38,3	20	33,3	11	18,3	<b>31</b>	<b>51,6</b>

DT – Discordo Totalmente; D – Discordo; NCND – Não Concordo Nem Discordo; C – Concordo; CT – Concordo Totalmente

Através da Tabela 17 conclui-se que 31,7% dos participantes pensavam que “após o tratamento o doente nunca recupera”; 41,7% não concordaram nem discordaram que “o tratamento é mais eficaz se iniciado após 3 horas o início dos sintomas” e 33,3% não concordaram com este item; 40% não concordaram nem discordaram que “nenhum tratamento reverte os sintomas já instalados”; e 83,3% concordaram que “quanto mais cedo se iniciar o tratamento melhor o resultado”.

**Tabela 17 – Distribuição dos participantes relativamente à dimensão sobre o tratamento.**

SOBRE O TRATAMENTO	DT		D		DT+D		NCND		C		CT		C+CT	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<b>1. Após o tratamento o doente nunca recupera totalmente</b>	5	8,3	21	35,0	<b>26</b>	<b>43,3</b>	15	25,0	18	30,0	1	1,7	<b>19</b>	<b>31,7</b>
<b>2. O tratamento é mais eficaz se iniciado após 3 horas o início dos sintomas</b>	8	13,3	12	20,0	<b>20</b>	<b>33,3</b>	25	41,7	11	18,3	4	6,7	<b>15</b>	<b>25,0</b>
<b>3. Nenhum tratamento reverte os sintomas já instalados</b>	6	10,0	22	36,7	<b>28</b>	<b>46,7</b>	24	40,0	8	13,3	0	0	<b>8</b>	<b>13,3</b>
<b>4. Quanto mais cedo se iniciar o tratamento melhor o resultado</b>	1	1,7	4	6,7	<b>5</b>	<b>8,4</b>	5	8,3	30	50,0	20	33,3	<b>50</b>	<b>83,3</b>

DT – Discordo Totalmente; D – Discordo; NCND – Não Concordo Nem Discordo; C – Concordo; CT – Concordo Totalmente

Na Tabela 18 é apresentada a distribuição dos participantes em relação à dimensão dos conhecimentos gerais do AVC: 76,7% consideraram o AVC como “uma das principais causas de invalidez”; 38,3% referiram que “o AVC não causa demência”, apenas 30% consideraram que causa demência; 76,6% acharam que “o AVC é uma das principais causas de internamento em Portugal”; 45% não concordaram nem discordaram que “o AVC não surge ao acordar”; 80% consideram que “o AVC pode surgir durante a noite”; 73,3% pensam que “os sintomas de AVC surgem repentinamente”; 48,3% não concordaram nem discordaram que “os sintomas de AVC hemorrágico e isquémico são muito diferentes”; 73,4% consideram que “perante sintomas de AVC ligar 112 permite ativar a Via Verde AVC”; 66,6% não consideram que “pessoas com menos de 40 anos não têm AVC”; e apenas 56,7% referiram que “o tratamento é mais eficaz se o doente chegar antes de 1h após o início dos sintomas”; e 51,7% não concordaram nem discordaram que “o tratamento do AVC hemorrágico é igual ao do isquémico”.

Tabela 18 – Distribuição dos participantes relativamente à dimensão conhecimentos gerais.

CONHECIMENTOS GERAIS	DT		D		DT+D		NCND		C		CT		C+CT	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1. O AVC é uma das principais causas de invalidez	3	5,0	4	6,7	7	11,7	7	11,7	34	56,7	12	20,0	36	76,7
2. O AVC não causa demência	3	5,0	15	25,0	18	30	19	31,7	20	33,3	3	5,0	23	38,3
3. O AVC é uma das principais causas de internamento em Portugal	2	3,3	2	3,3	4	6,6	10	16,7	32	53,3	14	23,3	46	76,6
4. O AVC não surge ao acordar	5	8,3	14	23,3	19	31,6	27	45,0	9	15,0	5	8,3	14	23,3
5. O AVC pode surgir durante a noite	1	1,7	3	5,0	4	6,7	8	13,3	32	53,3	16	26,7	48	80
6. Os sintomas de AVC surgem repentinamente	1	1,7	5	8,3	6	10	10	16,7	32	53,3	12	20,0	44	73,3
7. Os sintomas de AVC hemorrágico e isquémico são muito diferentes	1	1,7	4	6,7	5	8,4	29	48,3	19	31,7	7	11,7	26	43,4
8. Perante sintomas de AVC ligar 112 permite ativar a Via Verde AVC	0	0	5	8,3	5	8,3	11	18,3	25	41,7	19	31,7	44	73,4
9. Pessoas com menos de 40 anos não têm AVC	23	38,3	17	28,3	40	66,6	9	15,0	7	11,7	4	6,7	11	18,4
10. O tratamento é mais eficaz se o doente chegar antes de 1h após o início dos sintomas	8	13,3	8	13,3	16	26,6	10	16,7	19	31,7	15	25,0	34	56,7
11. O tratamento do AVC hemorrágico é igual ao do isquémico	8	13,3	15	25,0	23	38,3	31	51,7	3	5,0	3	5,0	10	10

DT – Discordo Totalmente; D – Discordo; NCND – Não Concordo Nem Discordo; C – Concordo; CT – Concordo Totalmente

Na Tabela 19 observa-se que as dimensões que obtiveram médias ponderadas mais elevadas foram a prevenção (4,08), o órgão afetado (3,76), os fatores de risco (3,72) e o que fazer em caso de suspeita (3,71), enquanto que o tratamento (3,11) e o em que consiste o AVC (3,17) obtiveram médias ponderadas mais baixas.

Tabela 19 – Caracterização dos participantes relativamente aos conhecimentos sobre AVC por dimensão.

CONHECIMENTO	MÉDIA	DP	MÉDIA PONDERADA	XMIN	XMÁX
Órgão Afetado	18,82	3,72	3,76	9,00	25,00
Fatores de Risco	81,88	8,88	3,72	65,00	99,00
Prevenção	28,57	3,89	4,08	18,00	35,00
Sinais de Alerta	80,80	8,80	3,23	66,00	111,00
Em que consiste	22,18	4,20	3,17	15,00	35,00
O que fazer em caso de suspeita	33,37	4,51	3,71	25,00	44,00
Tratamento	28,02	2,66	3,11	24,00	38,00
Sobre o Tratamento	13,83	1,97	3,46	10,00	19,00
Conhecimentos Gerais	38,60	4,36	3,51	28,00	51,00

Através da Tabela 20 infere-se que a média do conhecimento total sobre AVC dos participantes do estudo é 346,07 e que a classificação máxima obtida foi 437 e a mínima de 300.

Tabela 20 – Caracterização dos participantes relativamente ao conhecimento Total sobre AVC.

CONHECIMENTO TOTAL	N	Xmin	Xmáx	Média	DP	p25	p50	p75
	60	300,00	437,00	346,07	28,52	328,25	340,00	356,00

### 3.2 HIPÓTESES EM ESTUDO

As hipóteses em estudo de H1 a H4 referem-se aos conhecimentos que os participantes apresentavam pré ação de formação e a sua relação com as características sociodemográficas, ter realizado formação na área e ter um familiar ou conhecido que teve AVC. Na última hipótese foram expostos os resultados do questionário pós ação de formação, direcionada às 9 dimensões do conhecimento sobre AVC, para compreender qual o impacto desta no nível de conhecimentos dos participantes.

**H1: Os conhecimentos sobre AVC dos prestadores de cuidados em lares de idosos estão correlacionados com a idade.**

Através da Tabela 21, constatou-se que não existe correlação estatisticamente significativa entre a idade, o conhecimento total dos participantes ( $\rho=-0,111$ ;  $p=0,397$ ) e as restantes dimensões do conhecimento sobre AVC ( $p>0,05$ ).

Tabela 21 – Correlação de Spearman ( $\rho$ ) entre a idade e o conhecimento total sobre AVC e as suas dimensões.

AVC	IDADE	
	$\rho$	P
Conhecimento Total	-0,111	0,397
Órgão Afetado	-0,088	0,503
Fatores de Risco	0,032	0,086
Prevenção	0,021	0,874
Sinais de Alerta	-0,001	0,996
Em que consiste	-0,079	0,549
O que fazer em caso de suspeita	-0,220	0,092
Tratamento	0,014	0,914
Sobre o Tratamento	0,016	0,902
Conhecimentos Gerais	-0,178	0,174

**H2: Os conhecimentos sobre AVC dos prestadores de cuidados em lares de idosos estão relacionados com as características sociodemográficas.**

No estudo realizado não foi possível avaliar se existe diferença estatística entre o nível de conhecimentos sobre AVC e o sexo porque na nossa amostra apenas existiam 2 participantes do sexo masculino e 58 do sexo feminino. Em relação à profissão ocorreu o mesmo, a amostra não era representativa de diferentes profissões, em 60 participantes, 53 eram ajudantes de lar.

Constatou-se também que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil, o conhecimento total e as 9 dimensões pré ação de formação ( $p>0,05$ ). Contudo, ao analisar as médias ponderadas de cada dimensão, observa-se que o estado civil divorciado(a) apresenta valores superiores em todas as dimensões, exceto na dimensão dos conhecimentos gerais, no entanto não apresenta diferença estatisticamente significativa. Convém salientar que o item de solteiro foi retirado da análise de dados por apenas ter 4 participantes, logo o total de participantes analisados foi de 56 (Tabela 22).

**Tabela 22 – Resultado da aplicação do teste H de *Kruskal-Wallis* entre o conhecimento total sobre AVC, as suas dimensões e o estado civil dos participantes.**

AVC	Estado Civil	N.º	Média Ponderada	Posto Médio	H	p
Conhecimento Total	Casado/união de facto	41	3,51	28,94	1,613	0,447
	Viúvo(a)	7	3,42	21,79		
	Divorciado(a)	8	3,63	32,13		
Órgão Afetado	Casado/união de facto	41	3,75	27,96	0,309	0,857
	Viúvo(a)	7	3,77	28,29		
	Divorciado(a)	8	3,85	31,44		
Fatores de Risco	Casado/união de facto	41	3,73	27,37	1,509	0,589
	Viúvo(a)	7	3,75	29,07		
	Divorciado(a)	8	3,86	33,81		
Prevenção	Casado/união de facto	41	4,09	27,68	2,691	0,260
	Viúvo(a)	7	3,90	23,93		
	Divorciado(a)	8	4,36	36,69		
Sinais de Alerta	Casado/união de facto	41	3,24	28,71	1,288	0,541
	Viúvo(a)	7	3,11	23,00		
	Divorciado(a)	8	3,37	32,25		
Em que consiste	Casado/união de facto	41	3,22	29,15	0,383	0,826
	Viúvo(a)	7	3,02	25,07		
	Divorciado(a)	8	3,23	28,19		
O que fazer em caso de suspeita	Casado/união de facto	41	3,66	26,52	4,772	0,092
	Viúvo(a)	7	3,71	26,79		
	Divorciado(a)	8	4,06	40,13		
Tratamento	Casado/união de facto	41	3,11	28,99	0,298	0,862
	Viúvo(a)	7	3,16	28,93		
	Divorciado(a)	8	3,15	25,63		
Sobre o Tratamento	Casado/união de facto	47	3,42	26,15	3,440	0,179
	Viúvo(a)	7	3,64	33,07		
	Divorciado(a)	8	3,69	36,56		
Conhecimentos Gerais	Casado/união de facto	41	3,60	31,37	5,915	0,052
	Viúvo(a)	7	3,19	15,86		
	Divorciado(a)	8	3,44	24,88		

A escolaridade não apresenta diferenças estatisticamente significativas com o nível de conhecimentos total e as dimensões órgão afetado, fatores de risco, prevenção, sinais de alerta, sobre o tratamento, e conhecimentos gerais ( $p > 0,05$ ). As dimensões em que consiste o AVC, e o tratamento apresentaram diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ), enquanto que a dimensão o que fazer em caso de suspeita, apresentou diferença estatisticamente muito significativa ( $p < 0,01$ ). O item do 1.º ciclo incompleto foi retirado por apenas ter 1 participante, ficando o total de 59 participantes. Os participantes com o ensino superior, em comparação aos restantes, apresentam uma média ponderada mais elevada em todas as dimensões e no conhecimento total sobre AVC (Tabela 23).

**Tabela 23 – Resultado da aplicação do teste H de *Kruskal-Wallis* entre o conhecimento total sobre AVC, as suas dimensões e os anos de escolaridade dos participantes.**  
(continua)

AVC	Escolaridade	N.º	Média Ponderada	Posto Médio	H	p
Conhecimento Total	1.º ciclo completo	14	3,37	22,25	8,973	0,062
	2.º ciclo	10	3,40	24,7		
	3.º ciclo	16	3,50	30,72		
	12.º ano	12	3,54	34,71		
	Ensino superior	7	3,81	43,36		

**Tabela 23 – Resultado da aplicação do teste H de *Kruskal-Wallis* entre o conhecimento total sobre AVC, as suas dimensões e os anos de escolaridade dos participantes.**  
(continuação)

AVC	Escolaridade	N.º	Média Ponderada	Posto Médio	H	p
Órgão Afetado	1.º ciclo completo	14	3,67	27,25	0,900	0,924
	2.º ciclo	10	3,68	28,80		
	3.º ciclo	16	3,75	30,38		
	12.º ano	12	3,78	31,29		
	Ensino superior	7	4,00	34,14		
Fatores de Risco	1.º ciclo completo	14	3,60	26,43	4,717	0,383
	2.º ciclo	10	3,56	23,75		
	3.º ciclo	16	3,75	30,72		
	12.º ano	12	3,77	33,46		
	Ensino superior	7	3,94	38,50		
Prevenção	1.º ciclo completo	14	3,84	25,54	5,029	0,284
	2.º ciclo	10	3,91	23,25		
	3.º ciclo	16	4,18	30,94		
	12.º ano	12	4,25	35,17		
	Ensino superior	7	4,35	37,57		
Sinais de Alerta	1.º ciclo completo	14	3,15	26,64	3,091	0,543
	2.º ciclo	10	3,21	30,40		
	3.º ciclo	16	3,23	29,22		
	12.º ano	12	3,20	28,71		
	Ensino superior	7	3,55	40,14		
Em que consiste	1.º ciclo completo	14	3,05	24,79	9,945	0,041
	2.º ciclo	10	3,11	31,15		
	3.º ciclo	16	3,01	24,69		
	12.º ano	12	3,20	32,42		
	Ensino superior	7	3,82	46,79		
O que fazer em caso de suspeita	1.º ciclo completo	14	3,46	21,93	13,622	0,009
	2.º ciclo	10	3,57	24,80		
	3.º ciclo	16	3,72	29,84		
	12.º ano	12	3,80	32,42		
	Ensino superior	7	4,28	49,79		
Tratamento	1.º ciclo completo	14	3,04	24,29	4,075	0,0396
	2.º ciclo	10	3,13	33,70		
	3.º ciclo	16	3,06	27,03		
	12.º ano	12	3,17	34,54		
	Ensino superior	7	3,27	35,14		
Sobre o Tratamento	1.º ciclo completo	14	3,48	29,86	6,806	0,147
	2.º ciclo	10	3,22	22,65		
	3.º ciclo	16	3,34	25,66		
	12.º ano	12	3,67	37,00		
	Ensino superior	7	3,68	38,71		
Conhecimentos Gerais	1.º ciclo completo	14	3,36	24,93	4,844	0,304
	2.º ciclo	10	3,43	25,75		
	3.º ciclo	16	3,59	31,91		
	12.º ano	12	3,51	30,63		
	Ensino superior	7	3,79	40,79		

**H3: Os conhecimentos sobre AVC dos prestadores de cuidados em lares de idosos estão relacionados com o facto de ter realizado formação na área.**

Nenhum dos participantes no nosso estudo realizou formação na área do AVC, pelo que esta hipótese não pode ser analisada.

**H4: Os conhecimentos sobre AVC dos prestadores de cuidados em lares de idosos estão relacionados com o facto de ter um familiar ou conhecido que teve AVC.**

Após a aplicação do teste de *Mann-Whitney* para duas amostras independentes, verificou-se que o nível de conhecimentos total e em todas as dimensões, não apresenta diferenças estatisticamente significativas relativamente ao facto de ter um familiar ou conhecido que teve AVC ( $p > 0,05$ ). As médias ponderadas em cada dimensão também não diferem significativamente (Tabela 24).

**Tabela 24 – Resultado da aplicação do teste U de *Mann-Whitney* entre o conhecimento total sobre AVC, as suas dimensões e se os participantes têm um familiar ou conhecido que teve um AVC.**

AVC	Familiar/Conhecido com AVC	N.º	Média Ponderada	Posto Médio	U	p
Conhecimento Total	Sim	40	3,51	31,26	369,500	0,632
	Não	20	3,46	29,98		
Órgão Afetado	Sim	40	3,80	31,80	348,000	0,412
	Não	20	3,68	27,90		
Fatores de Risco	Sim	40	3,77	32,44	322,500	0,224
	Não	20	3,63	26,63		
Prevenção	Sim	40	4,17	33,05	298,000	0,108
	Não	20	3,91	25,40		
Sinais de Alerta	Sim	40	3,21	28,35	314,000	0,177
	Não	20	3,28	34,80		
Em que consiste	Sim	40	3,19	31,41	363,500	0,564
	Não	20	3,13	28,68		
O que fazer em caso de suspeita	Sim	40	3,75	31,63	355,000	0,479
	Não	20	3,62	28,25		
Tratamento	Sim	40	3,09	28,51	320,500	0,206
	Não	20	3,15	34,48		
Sobre o Tratamento	Sim	40	3,44	30,54	398,500	0,981
	Não	20	3,49	30,43		
Conhecimentos Gerais	Sim	40	3,53	31,18	373,000	0,671
	Não	20	3,46	29,15		

**H5: Os conhecimentos sobre AVC dos prestadores de cuidados em lares de idosos melhoraram após a realização da ação de formação**

Os participantes que frequentaram a ação de formação melhoraram os seus conhecimentos sobre a temática AVC passando de um valor mínimo pré ação de formação de 300 para 319 pós ação de formação, e de um valor máximo de 437 para 491. A média do nível de conhecimentos também aumentou de 346 para 407 (Tabela 25).

**Tabela 25 – Estatística descritiva sobre o conhecimento total do AVC pré e pós ação de formação.**

Conhecimento Total AVC	N	Xmin	Xmáx	Média	DP	p25	p50	p75
Pré-Formação	60	300,00	437,00	346,07	28,52	328,25	340,00	356,00
Pós-Formação	60	319,00	491,00	407,13	37,23	387,25	400,50	433,50

Na Tabela 26 são apresentados os valores de tendência central (média) e de medida de dispersão (desvio padrão) de cada dimensão pré e pós ação de formação. Ao analisar o valor das médias houve um aumento significativo de conhecimentos em todas as

dimensões, na dimensão da prevenção (28,6 para 29,4) e sobre o tratamento (13,8 para 14,9) esse aumento foi discreto.

**Tabela 26 – Estatística descritiva sobre as dimensões do conhecimento do AVC, pré e pós ação de formação.**

AVC	Pré-Formação				Pós Formação			
	Média	DP	Xmin	Xmáx	Média	DP	Xmin	Xmáx
Órgão Afetado	18,82	3,72	9,00	25,00	23,47	2,31	14,00	25,00
Fatores de Risco	81,88	8,88	65,00	99,00	92,77	10,82	66,00	110,00
Prevenção	28,57	3,89	18,00	35,00	29,40	3,73	19,00	35,00
Sinais de Alerta	80,80	8,80	66,00	111,00	99,90	12,43	72,00	125,00
Em que consiste	22,18	4,20	15,00	35,00	27,68	4,19	15,00	35,00
O que fazer em caso de suspeita	33,37	4,51	25,00	44,00	38,72	4,10	27,00	45,00
Tratamento	28,02	2,66	24,00	38,00	36,48	4,37	28,00	45,00
Sobre o	13,83	1,97	10,00	19,00	14,93	2,72	8,00	20,00
Tratamento								
Conhecimentos Gerais	38,60	4,36	28,00	51,00	43,78	4,27	34,00	55,00

De forma a inferir se esse aumento do conhecimento em cada dimensão teve uma diferença estatisticamente significativa, foi aplicado o teste de *Wilcoxon* e verificou-se que existiram diferenças estatisticamente muito significativas ( $p < 0,01$ ) em todas as dimensões e no conhecimento total, exceto na dimensão sobre o tratamento do AVC com uma diferença estatisticamente significativa ( $Z = -2,4937$ ;  $p = 0,013$ ) e na dimensão da prevenção do AVC com uma diferença estatisticamente não significativa ( $Z = -1,767$ ;  $p = 0,77$ ) (Tabela 27).

**Tabela 27 – Resultado da aplicação do Teste de *Wilcoxon* (Z) para comparação dos conhecimentos em cada dimensão avaliada pré e pós ação de formação.**

AVC		N.º	Posto Médio	Z	p
Conhecimento Total (B) – Conhecimento Total (A)	Classificações Negativas	0	0,00	-6,736	0,000
	Classificações Positivas	60	30,50		
	Empates	0			
Órgão afetado (B) - Órgão afetado (A)	Classificações Negativas	4	11,25	-5,729	0,000
	Classificações Positivas	46	26,74		
	Empates	10			
Fatores de Risco (B) - Fatores de Risco (A)	Classificações Negativas	6	13,42	-6,074	0,000
	Classificações Positivas	53	31,88		
	Empates	1			
Prevenção (B) – Prevenção (A)	Classificações Negativas	18	24,19	-1,767	0,77
	Classificações Positivas	31	25,47		
	Empates	11			
Sinais de alerta (B) – Sinais de alerta (A)	Classificações Negativas	3	4,67	-6,635	0,000
	Classificações Positivas	57	31,86		
	Empates	0			
Em que consiste (B) – Em que consiste (A)	Classificações Negativas	4	9,75	-6,273	0,000
	Classificações Positivas	53	30,45		
	Empates	3			
O que fazer em caso de suspeita (B) - O que fazer em caso de suspeita (A)	Classificações Negativas	5	11,30	-6,055	0,000
	Classificações Positivas	51	30,19		
	Empates	4			
Tratamento (B) – Tratamento (A)	Classificações Negativas	0	0,00	-6,686	0,000
	Classificações Positivas	59	30,00		
	Empates	1			
Sobre o tratamento (B) – Sobre o tratamento (A)	Classificações Negativas	18	23,14	-2,493	0,013
	Classificações Positivas	34	28,28		
	Empates	8			
Conhecimentos Gerais (B) – Conhecimentos Gerais (A)	Classificações Negativas	5	5,60	-6,540	0,000
	Classificações Positivas	55	32,76		
	Empates	0			

A – Conhecimentos pré ação de formação; B – Conhecimentos pós ação de formação

#### 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo iremos apresentar a discussão dos resultados articulando os resultados obtidos com a revisão da literatura efetuada no decorrer deste estudo de investigação.

Assim, numa primeira análise aos dados sociodemográficos verificou-se algo expectável e comum a vários estudos que incorporam cuidadores de idosos. O grupo profissional mais representativo foram os ajudantes de lar (88,3%), que também podem ser designados de cuidadores formais. Na nossa amostra 96,7% dos participantes foram do sexo feminino, o que vai de encontro aos resultados obtidos em diversos estudos realizados em instituições de idosos (Chambel, 2016; Gomes, 2017; Guerra et al., 2019; Pereira & Marques, 2014). Calomé et al. (2011), citado por Rodrigues (2014), refere que o papel de cuidador continua associado à figura feminina, por razões históricas, culturais, sociais e afetivas.

Observou-se uma média de idade de 49 anos e uma clara predominância de participantes com estado civil casado ou que vivem em união de facto (68,3%). Estes dados encontram-se em concordância com os de Gomes (2017), que no seu estudo com cuidadores formais de pessoas idosas, obteve uma média de idades de 45 anos e 73% eram casados ou viviam em união de facto.

No que concerne à escolaridade dos participantes, apurou-se que na amostra estudada 20% tinham o ensino secundário e 11,7% tinham formação superior, o que significa que 68,3% da nossa amostra não tinha a escolaridade obrigatória atualmente, que é o ensino secundário, pode-se concluir que os participantes possuíam, na generalidade, um baixo grau de escolarização. Este resultado está em linha com conclusões de estudos previamente realizados em instituições de idosos (Chambel, 2016; Gomes, 2017; Rodrigues, 2014). Por outro lado, tendo em consideração que para grande parte da amostra, aquando do seu período formal de escolarização, o ensino obrigatório em muitos casos não chegava ao 3.º ciclo, conclui-se que a amostra tem qualificações mais elevadas (26,7% com 3.º ciclo completo, 20% o ensino secundário e 11,7% formação superior).

Apesar das diversas sessões de educação sobre AVC que se têm realizado na região de Leiria e Batalha (Rainho, 2020), aferiu-se que nenhum dos participantes possuía formação específica em AVC.

As fontes de informação dos participantes sobre AVC foram predominantemente o médico de família (24,5%) e profissionais de saúde conhecidos (30,4%). O que está de acordo com um estudo realizado, na Tailândia, a doentes com AVC, em que estes referiram como principais fontes de informação os enfermeiros (76,4%) e os médicos (69,3%) (Saengsuwan,

Suangpho, & Tiamkao, 2017). No entanto, outros estudos obtiveram valores diferentes, 5,4% (Osama, Ashour, & El-Razek, 2019) e 20% (Sadighi et al., 2018) identificaram o médico como fonte de informação. Estes autores mencionaram também a existência de grandes variações entre as fontes de informação nos estudos previamente efetuados. A internet surgiu no nosso estudo apenas com 14,7%, este valor é justificado porque este meio de informação está relacionado com a idade e com a escolaridade (Espanha et al., 2016) e a média de idade da nossa amostra foi de 49 anos e 68,3% não tinham a escolaridade obrigatória.

O nível de conhecimentos, dos prestadores de cuidados em lares de idosos, sobre AVC revelou-se adequado com uma média de conhecimentos de 346, em que a pontuação do questionário poderia variar entre 99 e 495 valores. Ao avaliar esse conhecimento pelas 9 dimensões, constatamos que na dimensão do órgão afetado, 95% dos participantes identificaram o cérebro como o órgão afetado, mas em simultâneo identificaram também outros órgãos como sendo também afetados pelo AVC, o coração obteve um valor de 60%. Este valor pode refletir a dúvida que os participantes tinham entre AVC e EAM, ao analisar todas as outras dimensões do questionário, obtiveram-se respostas que traduzem essa confusão, no item 11 da dimensão dos sinais de alerta que referia “dor no peito que vai para o braço” 70% aceitaram essa resposta como correta, na dimensão em que consiste o AVC 55% referiram que era um “entupimento de uma artéria no coração”, e no tratamento 51,6% indicaram a resposta “realizar cateterismo cardíaco”. Estes dados estão em consonância com outros estudos, Hickey, Holly e McGee (2011) concluíram que vários entrevistados descreveram o AVC como uma doença cardíaca e Sadighi et al. (2018) atribuiu à confusão entre AVC e EAM a seleção incorreta dos sinais de alerta. Em Portugal, uma investigação realizada e não publicada, constatou que 77% dos inquiridos afirmaram saber que EAM e AVC não são a mesma coisa, no entanto 25,5% destes não sabiam evidenciar as diferenças e muitos confundiram os sintomas do enfarte com os do AVC (Jornal Médico, 2014). Perante os resultados obtidos nesta dimensão podemos concluir que obtivemos melhores resultados que outros estudos, em que somente 74,7% (Farrag et al., 2018) identificaram o cérebro como o órgão afetado, contudo na nossa amostra existiram muitas dúvidas se afetava ou não outros órgãos em simultâneo.

No que concerne aos fatores de risco inferiu-se que os participantes conseguiram identificar todos os principais fatores de risco modificáveis: “HTA” (91,7%); “colesterol elevado” (86,6%); “DM” (58,7%); “falta de atividade física” (71,7%); “alimentação rica em hidratos de carbono e açúcar” (65%); “erros alimentares” (70%); “obesidade” (85,7%); “tabagismo” (93,3%); e “consumo exagerado de álcool” (76,7%). A nossa investigação obteve melhores

resultados que estudos similares internacionais, no estudo de Farrag et al. (2018) identificaram HTA (73%), tabagismo (46,1%), colesterol elevado (44,2%), DM (34,1%) e obesidade (15,7%), e no estudo de Saengsuwan et al. (2017) 25% dos inquiridos não conseguiram identificar nenhum dos fatores de risco em questionário de pergunta aberta. Noutro estudo nacional realizado em Évora, a dislipidemia e o tabagismo apresentaram valores superiores a 80% (Bule et al., 2016). O conhecimento dos fatores de risco dos nossos participantes pode dever-se às diversas campanhas e programas específicos para combater os fatores de risco responsáveis por grande parte das doenças crónicas, entre os programas, podemos salientar o do tabagismo, alimentação saudável, atividade física, DM e doenças cérebro cardiovasculares (Andrade et al., 2018; Ministério da Saúde, 2018), ou ao facto de a população portuguesa ter elevada incidência de patologias como HTA, DM, dislipidemia e obesidade, e comportamentos aditivos como o tabagismo e álcool (Ministério da Saúde, 2018), e conseguir identificá-los também como fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

No entanto, no item da FA, 55% dos participantes não concordaram nem discordaram, por conseguinte não sabiam que era fator de risco, no estudo de Faiz et al. (2018) apenas 7,7% a indicou como fator de risco. Ficamos na dúvida se o nosso resultado se deve ao facto da terminologia FA não ser conhecida da população em geral e, por conseguinte, não saberem em que consiste, porque no estudo de Bule et al. (2016), em Évora, 80% dos participantes identificaram as doenças cardíacas como fator de risco.

Os fatores de risco não modificáveis foram menos reconhecidos, 61,7% não sabiam que “ser da raça negra” é fator de risco, 78,3% identificaram “genética/hereditariedade – familiares com AVC” como fator de risco e 53,3% que “ser jovem” não era fator de risco. Resultados em consonância com outros estudos, Sadighi et al. (2018) inferiram no seu estudo que 63% dos participantes identificaram a idade como fator de risco e 44% o género. Denota-se que tem de existir mais educação para a saúde na área dos fatores de risco não modificáveis, de modo a sensibilizar a população que na presença de um destes, com um ou mais fatores de risco modificáveis o risco de AVC cresce exponencialmente (Boehme et al., 2017).

Relativamente à dimensão da prevenção todos os itens corretos obtiveram um valor superior ou igual a 85%. Dados inferiores foram apresentados por Parappilly et al. (2019) e Farrag et al. (2018): no primeiro, atividade física regular (51%) e dieta saudável (51%); e no segundo, controlar a HTA (68,3%), parar de fumar (47,3%), dieta saudável (46,7%), atividade física (44,8%), reduzir os níveis de colesterol (39,9%) e controlar a DM (31,7%). No item “o AVC não pode ser evitado” somente 32,4% discordaram desta afirmação, em relação a este item

Thapa et al. (2016) teve um valor completamente diferente, 82,5% dos inquiridos afirmaram que o AVC podia ser prevenido. Sherzai e Elkind (2015), refere que cerca de 80% dos AVC poderiam ser evitados se houvesse uma abordagem de prevenção dos fatores de risco modificáveis. Neste contexto, é pertinente manter a educação das medidas preventivas para que as pessoas compreendam que a mudança de comportamentos e atitudes diminui o risco de AVC (Mellon et al., 2016). Diretrizes recentes sobre a prevenção de doenças cardiovasculares sugerem que métodos cognitivo-comportamentais são eficazes para ajudar os indivíduos a adotar um estilo de vida saudável, enfatizando a implementação de programas de nutrição, exercício, relaxamento, controlo de peso e cessação tabágica (Piepoli et al., 2016).

Ao verificar os resultados, dos itens relativos à dimensão dos sinais de alerta, tendo em consideração os 3 F's - fala, face e força (DGS, 2017b), constatamos que estes foram superiores a 50%, idêntico aos resultados encontrados noutros estudos, Osama et al. (2019): falta de força em metade do corpo (81,8%); boca ao lado (70,7%); e discurso incompreensível (69,7%); e Faiz et al. (2018): falta de força em metade do corpo (60,7%); discurso incompreensível (50,3%); e boca ao lado (32,4%). No entanto, outros sinais de alerta foram incorretamente identificados no nosso estudo, ou por confusão com EAM ou por falta de conhecimentos. A "sensação de desmaio" e o "súbito desequilíbrio" poderão ser também sintomas do AVC, no entanto não foram considerados no estudo por não fazerem parte dos 3 F's. Mais uma vez, é de realçar a importância de inculcar um maior conhecimento na população dos sinais de alerta do AVC, de modo a estes serem detetados precocemente para que os meios de emergência sejam acionados de forma célere.

A maioria dos participantes acham que o AVC consiste num "rompimento das artérias/veias do cérebro" (71,6%) e referem também poder ser um "entupimento das artérias/veias do cérebro" (81,7%). Contudo mantém-se a confusão com o EAM pelo que 65% pensam ser um "entupimento de uma artéria no coração", e os termos "inchaço", "inflamação" e "tumor" no cérebro causaram grandes dúvidas nos participantes. Estes resultados diferem do estudo de Saengsuwan et al. (2017) em que 32,1% não conseguiram definir AVC e 34,2% definiram como uma perfusão cerebral inadequada.

Constatámos que na dimensão o que fazer em caso de suspeita de AVC, a maioria dos inquiridos possuía conhecimentos sobre a posição lateral de segurança (76,7% - "deitar a pessoa de lado"). No item de "ligar 112", 90% dos participantes concordaram, o que está de acordo com o estudo de Sadighi et al. (2018) com o resultado de 95%. No entanto outros estudos nacionais e internacionais obtiveram valores inferiores 48% (Andrade et al., 2018) e 34,3% (Farrag et al., 2018). O resultado obtido, poderá ser dúbio, pois Faiz et al. (2019)

concluíram que mesmo quando a população possui conhecimentos teóricos não consegue atuar corretamente numa situação real ativando o número de emergência. Patel et al. (2019) referem que pode ser benéfico a realização de intervenções comportamentais na população, que incluam exercícios/treinos relacionados com a ativação do 112 na presença de um indivíduo com sintomas de AVC, de modo a consciencializar a população sobre a importância de ligar para o número de emergência, ativando o protocolo da Via Verde do AVC, e a aumentar a capacidade de vincular os sinais e sintomas com o AVC. Perante a suspeita de um AVC, a amostra conseguiu reconhecer a importância de “registrar sintomas” (76,6%), e de “registar a hora de início dos sintomas” (70%), no artigo de Catanese et al. (2017) é salientada a relevância de efetuar estes registos, para que o tratamento seja adaptado à evolução do AVC proporcionando um maior sucesso do mesmo. Os doentes com AVC devem de ser transportados de imediato para hospitais de referência de modo a serem rapidamente tratados (DGS, 2017b), no entanto 40% dos participantes “transportariam o doente para o centro de saúde”, 40% acharam que era pertinente “telefonar à família”, este telefonema só deve ocorrer após a ativação dos meios de emergência (112). Apenas 10% dos nossos participantes referiram “esperar que a pessoa melhore”, enquanto que no estudo de Farrag et al. (2018) obtiveram 37,3% e no de Sadighi et al. (2018) tiveram 1,3%. Pode inferir-se, através destes resultados, que os nossos participantes perante uma suspeita de AVC iriam agir.

Ao analisar as respostas dos participantes na dimensão do tratamento do AVC observa-se que 73,3% referem realizar uma TC cerebral, que é o exame imagiológico de primeira linha para diagnosticar o AVC, mas não têm conhecimento sobre os tratamentos a realizar. Farrag et al. (2018) quando questionou a sua amostra se o AVC tinha tratamento, 54,9% responderam que não. Num estudo aplicado a doentes internados com AVC, concluiu-se que 59% dos doentes não conheciam nenhum dos tratamentos e que 85,5% após o AVC é que compreenderam a importância de o tratamento ser iniciado de forma rápida após o início dos sintomas (Faiz et al., 2018). No nosso estudo, somente 25% referiu administrar fibrinolítico, resultado concordante com Faiz et al. (2018) que obteve 14,5% e Farrag et al. (2018) 8,8%. Mantém-se a confusão com EAM e 51,6% refere realizar cateterismo cardíaco. “Baixar rapidamente a tensão arterial” foi mencionado por 60%, o que está incorreto, a HTA deve ser diminuída paulatinamente (Bath, Appleton, & Krishnan, 2018).

No que diz respeito à dimensão sobre o tratamento, aproximadamente 30% dos participantes pensam que “após o tratamento o doente nunca recupera” e que “nenhum tratamento reverte os sintomas já instalados”, estas ideias estão erradas, a literatura refere que o tratamento, se iniciado na janela temporal até 4 a 5 horas após o início dos sintomas,

tem sucesso e ocorre a recuperação do doente (Powers et al., 2018). Contudo 33,3% mencionaram que “o tratamento é mais eficaz se iniciado até 3 horas do início dos sintomas”, resultado semelhante ao de Farrag et al. (2018) 23,9%, e 83,3% dos participantes concordaram que “quanto mais cedo se iniciar o tratamento melhor o resultado”, resultado em consonância com o estudo de Faiz et al. (2018) 85,5%. Estes resultados obtidos demonstram que já alguns participantes tinham a perceção que quanto mais rápido se iniciar o tratamento mais este é eficaz. No entanto, sem conhecimento específico sobre as opções de tratamento e a sensibilidade ao tempo, é improvável que o reconhecimento de sintomas se traduza automaticamente em ação, as campanhas públicas devem continuar a enfatizar que o tempo, desde o início dos sintomas até se iniciar o tratamento, é de extrema importância para se conseguir reverter a sintomatologia já instalada (Faiz et al., 2019).

Relativamente à dimensão dos conhecimentos gerais, 76,7% consideram o AVC como “uma das principais causas de invalidez”, o que está de acordo com o estudo de Andrade et al. (2018), em que 90,7% dos entrevistados referiram que uma consequência do AVC era a dependência nas atividades de vida diárias. Na mesma linha de pensamento, 76,6% acham que “o AVC é uma das principais causas de internamento em Portugal”, o que é confirmado pelos dados do INE (2020). Estes dados transmitem uma informação epidemiológica da população que demonstra o impacto do AVC e a necessidade de o prevenir na nossa sociedade. No nosso estudo apenas 30% consideraram que o AVC causa demência, esta patologia pode ser interpretada como menos grave ou como tendo outras causas, daí o valor tão baixo. No entanto, as investigações revelam que o AVC aumenta o risco de demência (Corraini et al., 2016; Pendlebury & Rothwell, 2009). No que concerne, em que altura do dia ocorre o AVC, 45% dos participantes não concordaram nem discordaram que “o AVC não surge ao acordar” e 80% consideraram que “o AVC pode surgir durante a noite”, o AVC pode ocorrer em qualquer hora do dia, mas 20% a 30% dos AVC isquémicos ocorrem durante o sono ou ao acordar devido a alterações súbitas da tensão arterial (Lundholm, Rooney, & Maas, 2017).

Na nossa amostra 48,3% não concordaram nem discordaram que “os sintomas de AVC hemorrágico e isquémico são muito diferentes” e 73,3% concordaram que “os sintomas de AVC surgem repentinamente”. Os sintomas do AVC isquémico e hemorrágico, conforme a área do cérebro afetado, são semelhantes e surgem de forma súbita, convém salientar que no AVC hemorrágico, para além dos sintomas apresentados pelos 3 F's, é comum ocorrerem alterações do estado de consciência, vômitos, tonturas, dores de cabeça intensas e alterações pupilares (Ojaghihaghghi, Vahdati, & Mikaeilpour, 2017). Neste contexto, torna-

se pertinente aquando das sessões de educação para a saúde referir que para além dos 3 F's mais direcionados ao AVC isquémico, também podem ocorrer outros sintomas. 73,4% consideraram que “perante sintomas de AVC ligar 112 permite ativar a Via Verde AVC” o que demonstra algum conhecimento sobre a Via Verde e 66,6% não consideraram que “pessoas com menos de 40 anos não têm AVC”, o AVC ocorre geralmente em idades avançadas, mas a incidência na população jovem tem vindo a aumentar (Silva, 2014), pelo que as medidas preventivas devem começar a ser incutidas logo desde a idade escolar (Thapa et al., 2016). O tratamento foi referido por 56,7% como sendo “mais eficaz se o doente chegar antes de 1h após o início dos sintomas”, as evidências científicas demonstram cada vez mais este facto (Catanese et al., 2017). Na mesma linha de pensamento a ESO e SAFE (2018) estabeleceu como objetivo para 2030 diminuir o tempo desde o início da sintomatologia até ao início da fibrinólise para menos de 120 minutos no AVC isquémico e para menos de 200 minutos nos casos de realização de tratamento endovascular nos AVC's hemorrágicos. 51,7% dos inquiridos não concordaram nem discordaram que “o tratamento do AVC hemorrágico é igual ao do isquémico”, o que denota a falta de conhecimento sobre os tratamentos do AVC conforme a sua tipologia.

Ao estudar a relação entre o conhecimento dos prestadores de cuidados em lares de idosos e algumas variáveis, nomeadamente, idade, características sociodemográficas, formação na área do AVC e se teve/tem algum familiar com AVC, obtiveram-se os seguintes resultados.

A variável idade não apresentou correlação estatisticamente significativa com o conhecimento total dos participantes nem com as restantes dimensões do conhecimento sobre AVC, não se confirmando assim a hipótese um. Os estudos de Sadighi et al. (2018), Sanders et al. (2014) e Saengsuwan et al. (2017) também não obtiveram correlação entre a idade e o conhecimento. Contudo outros estudos demonstraram que pessoas mais jovens tinham mais conhecimentos (Faiz et al., 2018). Isso não foi observado no presente estudo provavelmente devido ao tamanho reduzido da amostra, e à média de idade ser de 49 anos.

Relativamente às outras características sociodemográficas, o estado civil não apresentou diferença estatisticamente significativa com o conhecimento total nem com as dimensões do conhecimento sobre AVC, pré ação de formação. Resultados semelhantes foram obtidos por Andrade et al. (2018), Marto, Borbinha e Filipe (2016), e Saengsuwan et al. (2017).

Em relação à escolaridade verificamos que existiu diferença estatisticamente significativa nas dimensões em que consiste o AVC e no tratamento, a dimensão o que fazer em caso de suspeita, apresentou uma diferença estatisticamente muito significativa, contudo as restantes dimensões não apresentaram diferença estatisticamente significativa. Também Sanders et al. (2014), Faiz et al. (2018), Farrag et al. (2018) e Sadighi et al. (2018)

concluíram que indivíduos com menor nível de escolaridade tinham menos conhecimentos sobre AVC. Ao analisarmos as médias ponderadas confirmamos que os participantes com o ensino superior, em comparação aos restantes, apresentaram valores mais elevados em todas as dimensões, pelo que também no nosso estudo se pode inferir que os indivíduos com um maior nível de escolaridade têm mais conhecimentos. Neste sentido a hipótese 2 foi parcialmente confirmada.

Na variável se teve ou tem algum familiar ou conhecido com AVC verificou-se que o nível de conhecimentos, pré ação de formação, não apresentava diferenças estatisticamente significativas, não se confirmando assim a hipótese 4, resultado que está de acordo com o concluído por Marto et al. (2016) e Thapa et al. (2016). Convém salientar a importância que os profissionais de saúde têm em educarem e promoverem estilos de vida saudável às pessoas que têm história familiar de AVC, por este ser um fator de risco (Thapa et al., 2016).

Depois da ação de formação, e através da análise dos resultados do estudo, verificou-se um aumento no valor mínimo e máximo, e na média de conhecimentos total do questionário, o que está em concordância com outros estudos que avaliaram os conhecimentos dos participantes pré e pós ações educacionais (Nishikawa et al., 2016; Silberberg, Goldstein, & Weaver, 2018). Esta melhoria do nível de conhecimentos sobre AVC apresenta significado estatístico. Assim, e de acordo com a quinta hipótese de investigação, verifica-se que “os conhecimentos sobre AVC dos prestadores de cuidados em lares de idosos melhoraram após a realização da ação de formação”.

O estudo de Nishikawa et al. (2016) analisou os mesmos 3833 indivíduos antes e depois de uma campanha educacional de 2 anos, e demonstrou que a campanha proporcionou um aumento do número de participantes que conheciam os principais sintomas de AVC e compreendiam a necessidade de chamar uma ambulância em casos de suspeita de AVC.

Silberberg et al. (2018) realizaram um estudo para determinar a eficácia de um programa de educação sobre AVC, destinado a imigrantes latinos que viviam na Carolina do Norte, e concluíram que após as sessões de educação houve mudanças estatisticamente significativas no conhecimento dos fatores de risco, sintomas, o que fazer em caso de AVC e se o AVC podia ser prevenido e tratado.

No norte de Itália, Gandolfo, Alberti e Del Sette (2019) inferiram que depois da realização de sessões de educação houve um aumento significativo dos conhecimentos dos sinais e sintomas, fatores de risco e tratamento do AVC.

Um estudo realizado em escolas da área metropolitana de Lisboa, em que aplicaram, num primeiro momento, questionários aos estudantes e a um dos seus pais, de seguida

realizaram uma palestra sobre AVC com distribuição de *flyers*, e por último após uma semana e após 3 meses aplicaram novamente o questionário, verificaram que houve um aumento dos conhecimentos nos alunos e nos pais, o qual se manteve mesmo depois dos 3 meses da palestra (Marto et al., 2016).

Ao analisar, no nosso estudo, o valor das médias verificou-se que ocorreu um aumento de conhecimentos em todas as dimensões, no entanto na dimensão da prevenção e sobre o tratamento esse aumento foi discreto. Valores que estão em concordância com o critério de *Fisher*, verificou-se que existiram diferenças estatisticamente muito significativas em todas as dimensões, exceto na dimensão sobre o tratamento do AVC e na dimensão da prevenção do AVC. A dimensão da prevenção teve um aumento de conhecimentos discreto, o que pode ser justificado pelo facto de no pré questionário os participantes já terem uma média ponderada elevada, provavelmente devido às diversas intervenções de educação dos cuidados de saúde primários e às diversas campanhas realizadas. Por sua vez, a dimensão sobre o tratamento no questionário pós ação de formação, obteve um  $X_{min}$  inferior ao pré questionário o que pode ter induzido a que diferença estatística não fosse muito significativa. A diminuição do  $X_{min}$  pode ser resultado de a ação de formação não ter sido efetivamente explícita em relação à taxa de sucesso do tratamento. A ideia a ser transmitida era que o doente após o tratamento pode recuperar totalmente, se o tratamento for iniciado dentro da janela terapêutica.

Outros estudos, que avaliaram o nível de literacia em saúde, concluíram que esta influenciava os conhecimentos sobre AVC (Andrade et al., 2018). Sanders et al. (2014) avaliaram o impacto da literacia em saúde no nível de retenção de conhecimento depois de uma sessão de educação a doentes internados com AVC, através de uma escala de um a dez para analisar o nível de retenção, obtiveram o valor de 6,7, os participantes com níveis de literacia em saúde inadequada tiveram uma menor taxa de retenção de conhecimento sobre AVC e apenas se recordavam de metade do material educacional fornecido.

Embora a formação forneça aos indivíduos ferramentas para promover mudanças nos estilos de vida, estes devem ter um papel ativo na saúde para controlar os fatores de risco e prevenir o AVC. A tomada de decisão no início da sintomatologia de AVC ativando o número de emergência é fundamental para maximizar os bons resultados do doente (Mellon et al., 2016).

## CONCLUSÃO

O AVC continua a ser uma das principais causas de morte e morbidade em Portugal, e a ter um impacto grave na família e na sociedade, pelas suas sequelas incapacitantes, motoras e cognitivas, que interferem na qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2018; SNS, 2018).

Apesar da eficácia da prevenção primária e secundária, da rápida disseminação de novas terapêuticas na fase aguda do AVC isquémico e da crescente admissão de doentes em unidades de AVC, a incidência e prevalência de AVC tende a aumentar no mundo, isso deve-se ao envelhecimento progressivo da população e à difusão de estilos de vida não saudáveis (Gandolfo et al., 2019).

O AVC é muitas vezes uma doença que pode ser prevenida, tratada e ultrapassada (ESO & SAFE, 2018), ou seja, é uma patologia que através do controlo dos fatores de risco pode ser evitada, e quando instituída é sensível ao tempo, na qual atrasos no reconhecimento dos sinais e sintomas, diagnóstico e acesso ao tratamento em tempo útil, podem traduzir-se em mau prognóstico (Metias et al., 2017). Confirma-se assim a importância de as pessoas terem um papel pró-ativo em relação à adoção de comportamentos para a gestão, prevenção da doença e promoção da saúde.

Apesar de décadas de campanhas públicas de promoção em saúde e prevenção, a população ainda apresenta lacunas no conhecimento sobre AVC, convém salientar que os que têm níveis adequados de literacia em saúde e mais conhecimento têm melhores comportamentos em saúde (Parappilly et al., 2019).

Com este estudo pretendeu-se avaliar os conhecimentos sobre AVC dos prestadores de cuidados dos lares de idosos e o impacto de uma ação de formação em AVC. Procurou-se trazer contributos nesta área, para incentivar cada vez mais à formação em AVC e cimentar a sua importância crucial no aumento de conhecimentos dos fatores de risco, de modo a preveni-los e controlar o risco de AVC, dos sinais e sintomas, para que aja uma deteção rápida dos mesmos e se acione o “112” de forma a que a vítima seja rapidamente tratada, de modo a diminuir as sequelas e a mortalidade.

Concluiu-se com esta investigação que os sessenta prestadores de cuidados a idosos possuíam alguns conhecimentos sobre AVC pré ação de formação, mas com algumas lacunas nalgumas dimensões. As características sociodemográficas e o facto de ter ou não um conhecido ou familiar que teve AVC não apresentou relação estatisticamente significativa com o nível de conhecimentos sobre AVC. As fontes de informação para obter informação sobre esta temática, primordialmente referidas, foram o médico de família e

outros profissionais de saúde. Após a realização da ação de formação pudemos verificar o seu impacto positivo na amostra, visto que ocorreu um aumento dos conhecimentos sobre AVC em todas as dimensões.

Dado à situação pandémica atual, provocada pela Covid-19, a nossa investigação sofreu algumas alterações, pretendíamos aplicar o estudo a outras instituições de idosos, com o intuito de obter uma amostra maior, de modo a ser mais representativa para se poder generalizar os resultados e analisar variáveis e hipóteses, que não foram possíveis avaliar neste estudo.

No decorrer da investigação o maior constrangimento sentido relacionou-se com a dificuldade em encontrar artigos científicos capazes de traduzir a realidade portuguesa. A realização de estudos sobre esta temática, é fundamental para se poder adequar as campanhas de educação à realidade dos conhecimentos dos portugueses.

A maioria dos casos de AVC ocorrem na presença de outras pessoas, e o tempo até a vítima ser socorrida e tratada é uma variável decisiva, pelo que sugerimos aquando da execução de estudos semelhantes, a realização de uma componente prática relativa à identificação de sinais de alerta, e à ativação do número de emergência, e uma reavaliação posterior da amostra, para certificar a manutenção (ou não) dos conhecimentos. Propomos também a realização do estudo a outras classes profissionais que trabalhem diretamente com a população, como por exemplo, forças policiais, bombeiros, professores, entre outros. A formação sobre AVC a crianças e jovens é outra ideia, em vários estudos foram demonstrados os benefícios a curto e a longo prazo, por eles se poderem tornar agentes de mudança em casa, alterando positivamente os estilo de vida e padrões de comportamento dos seus pais, e além disso aprenderem hábitos saudáveis nos primeiros anos de vida, poderá resultar em atitudes mais saudáveis na vida adulta (Ottawa, Sposato, & Nabbouh, 2015).

Em investigações futuras seria interessante considerar a realização de questionários de perguntas abertas, dado que estudos internacionais demonstram que através de perguntas fechadas são obtidas em geral maiores percentagens de respostas certas, do que com perguntas abertas (Saengsuwan et al., 2017).

A realização de estudos, com a aplicação de escalas de literacia em saúde em simultâneo com questionários sobre AVC, seriam também importantes de modo a avaliar se o nível de literacia em saúde de cada participante tem relação estatística com o conhecimento sobre AVC.

A importância de difundir conhecimentos sobre AVC, através de estratégias e práticas de educação em saúde sensíveis às diferenças de literacia em saúde, é referida repetidamente na literatura consultada, e consideramos que a melhoria dos conhecimentos da população sobre AVC, é um dos processos mais eficazes para diminuir a sua mortalidade e morbidade.

Em suma, sugere-se um aumento de intervenções formativas, apostando na prevenção primária. Deste modo, os enfermeiros poderão ser veículos facilitadores na transmissão de conhecimentos sobre AVC. Recomenda-se também a vigilância em cuidados de saúde primários em utentes em risco e/ou com antecedentes de AVC, evitando assim situações fatais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaby, A., Friis, K., Christensen, B., Rowlands, G., & Maindal, H. T. (2017). Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(17), 1880–1888. doi:10.1177/2047487317729538
- Alto Comissariado da Saúde & Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (Eds.). (2007). *Recomendações clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC) – Vias Verdes do EAM e do AVC*. Lisboa. ISBN: 978-989-95146-2-1. Retrieved from <http://esel-bibliobase.esel.pt/BiblioNET/Upload/4234-recomendacoes-clinicas-eam-e-avc.pdf>
- Amalakanti, S., Nagarjunakonda, S., Uppala, V., Gajula, R., Gopala M., Potharlanka, K., ..., Daggumati, R. (2016). Stroke: Changing Risk Factor Profile and Unaltered Mean Age in a Developing Country. A Retrospective Study and Literature Review. *European Neurology*, 75, 229–235. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27160522>
- American Heart Association. (Ed.). (2019). *Statistical Update - Heart Disease and Stroke Statistics – 2019 update*. *Circulation*, 139(10), 56 – 528. doi: 10.1161/CIR.0000000000000659
- Andrade, N., Alves, E., Costa, A. R., Moura-Ferreira, P., Azevedo, A., & Lunet, N. (2018). Knowledge about cardiovascular disease in Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(8), 669–677. doi:10.1016/j.repc.2017.10.01
- Bath, P. M., Appleton, J. P., Krishnan, K., & Sprigg, N. (2018). Blood Pressure in Acute Stroke. *Stroke*, 49(7), 1784–1790. doi:10.1161/strokeaha.118.021254
- Boehme, A. K., Esenwa, C., & Elkind, M. S. V. (2017). Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. *Circulation Research*, 120(3), 472–495. doi:10.1161/circresaha.116.308398
- Bonhorst, D., Mendes, M., Adragão, P., Sousa, J., Primo, J., Leiria, E. & Rocha, P. (2010). Prevalence of atrial fibrillation in the portuguese population aged 40 and over: the FAMA study. *Revista portuguesa de cardiologia*, 29(3), 331-50. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20635561>
- Bule, M., Sim-Sim, M., Correia, I., & Falé, M. (2016). Conhecimentos da população sobre Acidente Vascular Cerebral – Traseuntes da praça do Giraldo em Évora. *Revista enfermagem UFPE on line.*, Recife, 10(1), 65-72. doi: 10.5205/reuol.8423-73529-1-RV1001201609
- Catanese, L., Tarsia, J., & Fisher, M. (2017). Acute Ischemic Stroke Therapy Overview. *Circulation Research*, 120(3), 541–558. doi:10.1161/circresaha.116.309278
- Chambel, D. (2016). *Trabalhar com idosos institucionalizados. Análise dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Educação, Escola Superior de Saúde de Portalegre. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17845/1/Trabalhar%20com%20idosos%20Institucionalizados%20An%C3%A1lises%20dos%20Niveis%20de%20Sobrecarga%20de%20Cuidadores%20Formais.pdf>
- Corraini, P., Henderson, V. W., Ording, A. G., Pedersen, L., Horváth-Puhó, E., & Sørensen, H. T. (2016). Long-Term Risk of Dementia Among Survivors of Ischemic or Hemorrhagic Stroke. *Stroke*, 48(1), 180–186. doi:10.1161/strokeaha.116.015242
- Cunha, M. (2014). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no doente com AVC isquémico e a demora média de internamento hospitalar. (Trabalho de projeto)*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/153411859.pdf>
- Dabek, J., Piotrkowicz, J., Leśniewska, S., Korzeń, D. & Bonek-Wytrych, G. (2018). Prevalence and knowledge of classical cardiovascular disease risk factors among patients with diabetes. *Journal Medical Science Pulse*, 12 (4), 9-14. doi: 10.5604/01.3001.0012.7981
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares 2017*. Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal. ISSN: 2184-1179. Retrieved from [https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/aaaaaaaaa\\_pndccv-2017-temp-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/aaaaaaaaa_pndccv-2017-temp-pdf.aspx)
- 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/.../norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2019a). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Ministério da Saúde. Portugal. ISBN: 978-972-675-288-2. doi: 10.13140/RG.2.2.17763.30243

- Direção-Geral da Saúde (2019b). Plano de ação para a literacia em Saúde 2019-2021 – Portugal. Ministério da Saúde. Portugal. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Dixe, M. (2015). Princípios básicos de investigação I e II. Escola Superior de Saúde de Leiria.
- Espanha, R., & Ávila, P. (2016). Health Literacy Survey Portugal: A Contribution for the Knowledge on Health and Communications. *Procedia Computer Science*, 100, 1033–1041. doi:10.1016/j.procs.2016.09.277
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). Literacia em saúde em Portugal. Fundação Calouste Gulbenkian Portugal; Lisboa. ISBN 978-989-8807-27-4. Retrieved from [https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/05/29203225/PGISVersCurtaFCB\\_FINAL2016.pdf](https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/05/29203225/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf)
- European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. (2008). Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008. *Cerebrovascular Diseases*, 25(5), 457–507. doi:10.1159/000131083
- European Stroke Organization (ESO) & Stroke Alliance for Europe (SAFE) (eds.). (2018). Plano de ação para o AVC na Europa. Bruxelas. Retrieved from <https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-portugal-s.pdf>
- Faiz, K. W., Sundseth, A., Thommessen, B., & Rønning, O. M. (2018). Patient knowledge on stroke risk factors, symptoms and treatment options. *Vascular Health and Risk Management*, 14, 37–40. doi:10.2147/vhrm.s152173
- Faiz, K. W., Sundseth, A., Thommessen, B., & Rønning, O. M. (2019). The knowing-doing gap in acute stroke- Does stroke knowledge translate into action? *Brain and Behavior*, 9, e01245. doi:10.1002/brb3.1245
- Farrag, M. A., Oraby, M. I., Ghali, A. A., Ragab, O. A., Nasreldin, A., Shehata, G. A., ... Abd-Allah, F. (2018). Public stroke knowledge, awareness, and response to acute stroke: Multi-center study from 4 Egyptian governorates. *Journal of the Neurological Sciences*, 384, 46–49. doi:10.1016/j.jns.2017.11.003
- Fortin, M.F., Côté, J., & Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta. Loures. ISBN: 978-989-8075-18-5
- Freitas, J., Silva, F., Koehler, S., Isidoro, L., Mendonça, N., Machado, C., ... Cunha, L. (2013). Fibrilhação Auricular na Doença Cerebrovascular: A Perspectiva Neurológica Nacional. *Revista Científica da Ordem dos Médicos. Acta Medica Portuguesa*. Portugal, 26(2), 86-92. Retrieved from <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/.../85/3219>
- Gandolfo, C., Alberti, F., Del Sette, M., Gagliano, A., & Reale, N. (2019). Results of an educational campaign on stroke awareness in the 2032 Rotary District in Northern-Western Italy. *Neurological Sciences*. doi:10.1007/s10072-019-04126-5
- Gomes, E. (2017). Cuidadores Formais em Serviço de Apoio Domiciliário: vivências emocionais fora do espaço institucional. Dissertação de mestrado. Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18627/1/Emilia%20Marlene%20dos%20Santos%20Gomes.pdf> on July 7, 2020
- Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Veiga, J., Moitas, R., & Silva, R. (2019). Cuidadores Formais de idosos institucionalizados: percepções e satisfação profissional. *Gestão e Desenvolvimento*, 27, 291-313. Retrieved from <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.385> on julho 15, 2020
- Guzik, A., & Bushnell, C. (2017). Stroke Epidemiology and Risk Factor Management. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 23(1), 15–39. doi:10.1212/con.0000000000000416
- Hankey, G. J. (2014). Secondary stroke prevention. *The Lancet Neurology*, 13(2), 178–194. doi:10.1016/s1474-4422(13)70255-2
- Hemphill, J. C., Greenberg, S. M., Anderson, C. S., Becker, K., Bendok, B. R., Cushman, M., ... Woo, D. (2015). Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 46(7), 2032–2060. doi:10.1161/str.0000000000000069
- Hickey, A., Holly, D., McGee, H., Conroy, R., & Shelley, E. (2011). Knowledge of Stroke Risk Factors and Warning Signs in Ireland: Development and Application of the Stroke Awareness Questionnaire (SAQ). *International Journal of Stroke*, 7(4), 298–306. doi:10.1111/j.1747-4949.2011.00698.x
- Howard, V. (2013). The Current State and Future of Stroke - Reasons Underlying Racial Differences in Stroke Incidence and Mortality. *Stroke*. American Heart Association, Inc., 44[1], 126-128. Retrieved from <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.111.000691>
- INE. (2020). Causas de Morte 2018. Instituto Nacional de Estatística. Portugal. Portugal. Retrieved from [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

- Jornal Médico (13 de fevereiro de 2014). Maioria dos portugueses não conhece sintomas de enfarte e poucos ligam para o 112. Retrieved from <https://www.jornalmedico.pt/actualidade/29205-maioria-dos-portugueses-nao-conhece-sintomas-de-enfarte-e-poucos-ligam-para-o-112.html>
- Liebeskind, D. (2017). Hemorrhagic Stroke. Medscape. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/1916662>
- Lundholm, M. D., Rooney, M., Maas, M. B., Attarian, H., & Prabhakaran, S. (2017). Wake-Up Stroke Is Associated With Greater Nocturnal Mean Arterial Pressure Variability. *Stroke*, 48(6), 1668–1670. doi:10.1161/strokeaha.116.016202
- Madubuko, A. (2018). Stroke Risk Factor Knowledge, Attitude, Prevention Practices, and Stroke. Walden University. Walden Dissertations and Doctoral Studies Collection. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=131792060&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Marto, J. P., Borbinha, C., Filipe, R., Calado, S., & Viana-Baptista, M. (2016). Impact of stroke education on middle school students and their parents: A cluster randomized trial. *International Journal of Stroke*, 12(4), 401–411. doi:10.1177/1747493016677980
- Mellon, L., Doyle, F., Williams, D., Brewer, L., Hall, P., & Hickey, A. (2016). Patient behaviour at the time of stroke onset: a cross-sectional survey of patient response to stroke symptoms. *Emergency Medicine Journal*, 33(6), 396–402. doi:10.1136/emmermed-2015-204806
- Mendis, S., Puska, P. & Norrving, B. (2011). Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. Published by the World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization. Retrieved from [https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/atlas\\_cvd/en/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/)
- Metias, M. M., Eisenberg, N., Clemente, M. D., Wooster, E. M., Dueck, A. D., Wooster, D. L., & Roche-Nagle, G. (2017). Public health campaigns and their effect on stroke knowledge in a high-risk urban population: A five-year study. *Vascular*, 25(5), 497–503. doi:10.1177/1708538117691879
- Ministério da Saúde (Ed.). (2018). Retrato da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. Portugal. ISBN 978-989-99480-1-3. Retrieved from [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf) on March 28, 2019
- Morais, C. (2014). Lutar contra a mortalidade por doenças cardiovasculares: um desafio para a sociedade! *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 33(6), 337–338. doi:10.1016/j.repc.2014.04.001
- National Institute Health - National Institute of Neurological Disorders and strokes. (2019). Stroke Information Page. Retrieved from <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/All-Disorders/Stroke-Information-Page>
- Neagoe, M. (2013). Public Health and Management -Cerebrovascular Accidents - Public Health Issue. *Acta Medica Transilvanica*, 2(3), 210-213. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/f73e/db6c43b0da60b3cbaab3f5a1be9da4992ee2.pdf>
- Nishikawa, T., Okamura, T., Nakayama, H., Miyamatsu, N., Morimoto, A., Toyoda, K., ... Yamaguchi, T. (2016). Effects of a Public Education Campaign on the Association Between Knowledge of Early Stroke Symptoms and Intention to Call an Ambulance at Stroke Onset: The Acquisition of Stroke Knowledge (ASK) Study. *Journal of Epidemiology*, 26(3), 115–122. doi:10.2188/jea.je20150040
- Ojaghahighi, S., Vahdati, S. S., Mikaeilpour, A., & Ramouz, A. (2017). Comparison of neurological clinical manifestation in patients with hemorrhagic and ischemic stroke. *World Journal of Emergency Medicine*, 8(1), 34. 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
- Ottawa, C., Sposato, L. A., Nabouh, F., & Saposnik, G. (2015). Stroke Preparedness in Children: Translating Knowledge into Behavioral Intent: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Stroke*, 10(7), 1008–1013. doi:10.1111/ijs.12628
- Paiva D., Silva S., Severo M., Moura-Ferreira P., Lunet N., & Azevedo, A. (2017). Limited Health Literacy in Portugal Assessed with the Newest Vital Sign. *Acta Med Port*; 30(12),861-869. doi.org/10.20344/amp.9135
- Palm, F., Urbanek, C., Wolf, J., Buggle, F., Kleemann, T., Hennerici, ..., Grau A. (2012). Etiology, Risk Factors and Sex Differences in Ischemic Stroke in the Ludwigshafen Stroke Study, a Population-Based Stroke Registry. *Cerebrovascular diseases*, 33(1), 69–75. doi:10.1159/000333417

- Parappilly, B. P., Field, T. S., Mortenson, W. B., Sakakibara, B. M., & Eng, J. J. (2019). Determinants Influencing the Prestroke Health Behaviors and Cardiovascular Disease Risk of Stroke Patients: A Cross-Sectional Study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.03.015
- Patel, A., Fang, J., Gillespie, C., Odom, E., King, S. C., Luncheon, C., & Ayala, C. (2019). Awareness of Stroke Signs and Symptoms and Calling 9-1-1 Among US Adults: National Health Interview Survey, 2009 and 2014. *Preventing Chronic Disease*, 16. doi:10.5888/pcd16.180564
- Pedro, A. (2018). Literacia em Saúde: da gestão da informação à decisão inteligente. (Dissertação de Doutoramento). Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Retrieved from <https://run.unl.pt/bitstream/10362/58232/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Ana%20Rita%20Pedro.pdf>
- 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), 259–275. doi:10.1016/j.rpsp.2016.07.002
- Pendlebury, S. T., & Rothwell, P. M. (2009). Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Neurology*, 8(11), 1006–1018. doi:10.1016/s1474-4422(09)70236-4
- Pereira, S.A.S., & Marques, E.M.B.G. (2014). Dificuldades dos Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados. *INFAD Revista de Psicologia*, 2(1), 133-140. Retrieved from [http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877\\_2014\\_2\\_1\\_133.pdf](http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877_2014_2_1_133.pdf)
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., ... Verschuren, W. M. M. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 37(29), 2315–2381. doi:10.1093/eurheartj/ehw106
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., ..., Tirschwell, D. L. (2018). 2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 49(3), e46–e99. doi:10.1161/str.0000000000000158
- 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 <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>
- Rainho, M. (21 janeiro de 2020). Médicos e enfermeiros vão às freguesias de Leiria e Batalha falar de AVC. Região de Leiria. Retrieved from <https://www.regiaodeleiria.pt/2020/01/medicos-e-enfermeiros-vao-as-freguesias-de-leiria-e-batalha-falar-de-avc/>
- Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (2016). Regulamento (UE) 2016/679 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO. Relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE. *Jornal Oficial da União Europeia*. Retrieved from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=EN>
- Rehm, J., Shield, K. D., Roerecke, M., & Gmel, G. (2016). Modelling the impact of alcohol consumption on cardiovascular disease mortality for comparative risk assessments: an overview. *BMC Public Health*, 16(1). doi:10.1186/s12889-016-3026-9
- Rodrigues, C. (2014). Perfil dos cuidadores formais e idosos e motivos para a função: um estudo de caso. (Dissertação de Mestrado). Associação dos Institutos Superiores Politécnicos da Região Norte. Instituto Politécnico de Viana de Castelo. Retrieved from [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1141/1/Catarina\\_Rodrigues.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1141/1/Catarina_Rodrigues.pdf)
- 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., & Tiampakao, 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
- Sanders, K., Schnepel, L., Smotherman, C., Livingood, W., Dodani, S., Antonios, N., ..., Silliman, S. (2014). Assessing the Impact of Health Literacy on Education Retention of Stroke Patients. *Preventing Chronic Disease*, 11. doi:10.5888/pcd11.130259

- Sarfo, F., Acheampong, J., Appiah, L., Oporebea, E., Akpalu, A. & Bedu-Addo, G. (2014). The Profile of Risk Factors and In-Patient Outcomes of Stroke in Kumasi, Ghana. *Ghana Medical Journal*, 48(3), 127-134. doi:10.4314/gmj.v48i3.3
- Serviço Nacional de Saúde (2018). Dia mundial do AVC 29 de outubro de 2018. Retrieved from <https://s-2.sns.gov.pt/noticias/2018/10/29/dia-mundial-do-avc-29-de-outubro/>
- Serviço Nacional de Saúde (2019). Via Verde do AVC – 01/04/2019. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/04/01/via-verde-do-avc-3/>
- Sherzai, A. Z., & Elkind, M. S. V. (2015). Advances in stroke prevention. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1338(1), 1–15. doi:10.1111/nyas.12723
- Silberberg, M., Goldstein, L. B., Weaver, S., & Blue, C. (2018). Increasing Stroke Knowledge and Decreasing Stroke Risk in a Latino Immigrant Population. *Journal of Immigrant and Minority Health*. doi:10.1007/s10903-018-0690-0
- Silva, P. (2014). Evitar o acidente vascular cerebral: um desejo e uma responsabilidade partilhada. Fundação Portuguesa de Cardiologia. Portugal. Retrieved from [http://www.fpcardiologia.pt/wp-content/uploads/2013/08/FPC\\_Brochura-n13-AVC\\_A5-3.pdf](http://www.fpcardiologia.pt/wp-content/uploads/2013/08/FPC_Brochura-n13-AVC_A5-3.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral. (2016). Tudo o que precisa de saber sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC). Manual Digital para Jornalistas. Retrieved from [http://static.livengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas\\_url.pdf](http://static.livengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas_url.pdf)
- Sørensen, K., Broucke, S. Van Den, Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., ..., Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12 (1). doi:10.1186/1471-2458-12-80.
- Stroke Association. (2020,08,11). Symptoms of stroke. Retrieved from <https://www.stroke.org.uk/what-is-stroke/what-are-the-symptoms-of-stroke>
- Tadi, P., & Lui, F. (2020, Jul 6]). Acute Stroke (Cerebrovascular Accident). StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535369/>
- Thapa, L., Sharma, N., Poudel, R. S., Bhandari, T. R., Bhagat, R., Shrestha, A., ... Caplan, L. R. (2016). Knowledge, attitude, and practice of stroke among high school students in Nepal. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 7(4), 504. doi:10.4103/0976-3147.188635
- Trivedi, M. M., Ryan, K. A., & Cole, J. W. (2015). Ethnic differences in ischemic stroke subtypes in young-onset stroke: the Stroke Prevention in Young Adults Study. *BMC Neurology*, 15(1). doi:10.1186/s12883-015-0461-7
- Tsivgoulis, G., Safouris, A., Kim, D. E., & Alexandrov, A. V. (2018). Recent Advances in Primary and Secondary Prevention of Atherosclerotic Stroke. *Journal of Stroke*, 20(2), 145–166. doi:10.5853/jos.2018.00773
- Turner, G. M., Calvert, M., Feltham, M. G., Ryan, R., Fitzmaurice, D., Cheng, K. K., & Marshall, T. (2016). Under-prescribing of Prevention Drugs and Primary Prevention of Stroke and Transient Ischaemic Attack in UK General Practice: A Retrospective Analysis. *PLoS Medicine*, 13(11). doi:10.1371/journal.pmed.1002169
- Wang, H. J., Si, Q. J., Shan, Z. L., Guo, Y. T., Lin, K., Zhao, X. N., & Wang, Y. T. (2015). Effects of Body Mass Index on Risks for Ischemic Stroke, Thromboembolism, and Mortality in Chinese Atrial Fibrillation Patients: A Single-Center Experience. *PLOS ONE*, 10(4), e0123516. doi:10.1371/journal.pone.0123516
- World Health Organization. (2006). STEPS Stroke Manual: the WHO STEPwise approach to stroke surveillance. World Health Organization, Geneva. ISBN 9241594047. Retrieved from [https://www.who.int/ncd\\_surveillance/en/steps\\_stroke\\_manual\\_v1.2.pdf](https://www.who.int/ncd_surveillance/en/steps_stroke_manual_v1.2.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>
- Zhao, W., An, Z., Hong, Y., Zhou, G., Guo J., Zhang, Y., ..., Wang, J. (2016). Low total cholesterol level is the independent predictor of poor outcomes in patients with acute ischemic stroke: a hospital-based prospective study. *BMC Neurology*, 16(1). doi:10.1186/s12883-016-0561-z

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I – “FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO”

**COMISSÃO DE ÉTICA****POLITÉCNICO DE LEIRIA****Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética Relativos a  
Estudos de Investigação**

Data:07/01/2020

Todos os campos abaixo devem ser preenchidos. Se o item não se adequar ao estudo em causa, escreva "não se aplica".

**A presente investigação é para ser realizada em contexto de uma unidade de prestação de cuidados de Saúde?**

 SIM \* NÃO

\*Tendo respondido SIM, deve submeter o processo à Comissão de Ética da Unidade de saúde onde pretende realizar o estudo

**A presente investigação é para ser realizada em contexto de escola com estudantes do ensino básico ou secundário?**

 SIM \* NÃO

\*Tendo respondido SIM, deve submeter o processo ao Ministério da Educação-  
<http://mime.pepe.min-edu.pt/>

1

A presente investigação é para ser realizada em contexto de uma Instituição com Comissão de Ética?

SIM \*

NÃO

\*Tendo respondido SIM, deve submeter o processo à Comissão de Ética da Instituição onde pretende realizar o estudo.

**Título do estudo:**

Literacia em Saúde: os conhecimentos da população adulta sobre o Acidente Vascular Cerebral e o impacto de uma ação de formação.

**Âmbito do estudo**

Licenciatura	Mestrado X	Doutoramento	Pós Doc	Outros
--------------	------------	--------------	---------	--------

**Identificação do Proponente:**

Ana Maria Simões Abreu Cabral

Membros da equipa de investigação:

Ana Maria Simões Abreu Cabral

Professor Doutor José Carlos Quaresma Coelho

Anexar resumo do *Curriculum Vitae* do proponente e do investigador principal/orientador (máximo 1 página A4 para cada currículo)

**Instituição:**

POLITÉCNICO DE LEIRIA

OUTRA/QUAL: \_\_\_\_\_

**Data prevista de início dos trabalhos:** fevereiro de 2020

**Data prevista de fim dos trabalhos:** setembro de 2020

**Data prevista de início da recolha de dados:** segunda quinzena de fevereiro de 2020

**Data prevista de fim da recolha de dados:** agosto de 2020

### **Metodologia**

**Tipo de estudo:** quantitativo, quase- experimental.

**População e amostra/participantes:**

- População adulta que exerça funções em lar de idosos no concelho Leiria e Batalha.
- Amostra não probabilística/intencional composta pelos participantes que acederem colaborar no estudo.
- Amostra estimada de 100 participantes.

**Critérios de inclusão dos participantes:**

- Ser prestador de cuidados em Lar de Idosos;
- Aceitar participar no estudo.

**Serão excluídos**

- Todos os participantes que não responderem integralmente ao questionário nos dois momentos de aplicação.

**Locais onde decorre o estudo e procedimentos de recolha de autorizações:**

- Foram efetuados contactos prévios informais com as seguintes instituições, que manifestaram disponibilidade e interesse em colaborar no estudo autorizando a sua realização:
  - Associação de Solidariedade Social das Cortes (ASSISTE) – Doutor Fernando Marques
  - Centro Paroquial de Assistência do Reguengo do Fétal – Enfermeiro Vítor Barata
  - Solar do Castanheiro – residencial da 3.ª idade – Enfermeiro Luis Gueifão
  - Recanto do Arrabal – Residência Sénior – Enfermeira Ivone Carlos
  - Lar Nossa Senhora da Glória – Doutora Filipa Botas
- Após aprovação do estudo pela Comissão de Ética do Politécnico de Leiria será efetuado um pedido formal de autorização às instituições suprarreferidas.

<p><u>Instrumento (s) de recolha de dados (juntar exemplo, no formato que vai ser utilizado):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionário intitulado de "Conhecimentos sobre AVC" que se encontra estruturado em duas partes, uma relativa às características sociodemográficas e outra relativa aos conhecimentos.</li> </ul>
<p><u>Procedimentos para a garantia de confidencialidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os participantes não serão identificados pelo nome próprio e ser-lhes-á pedido que no preenchimento dos questionários coloquem um código pessoal secreto (6 dígitos) de modo a permitir o emparelhamento das respostas do questionário do participante, nos dois momentos de aplicação.</li> </ul>
<p><u>Como é garantida a voluntariedade e autonomia dos participantes (juntar exemplos do documento para informação e obtenção do consentimento):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Será explicado o objetivo do estudo aos participantes e reforçado que a participação é voluntária e sem qualquer quebra de confidencialidade das respostas.</li> <li>• Será entregue um consentimento informado que será colocado pelo participante numa caixa fechada.</li> </ul>
<p><u>Se o estudo incidir sobre menores, juntar folha de consentimento para os representantes legais.</u></p> <p><b>Se a criança tiver idade inferior a 5 anos - consentimento de ambos os pais ou representantes legais.</b></p> <p><b>Para participantes com idades <math>\geq</math> a 5 e <math>&lt;</math> de 16 anos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assentimento do participante</li> <li>• Consentimento informado e esclarecido dos pais ou representantes legais.</li> </ul>

<b>Há previsão de danos para os participantes no estudo?</b>	
<b>Sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>Não</b> <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Em caso afirmativo indicar os riscos para os participantes:</b>	
<u>Existência de riscos físicos, psicológicos, legais ou sociais para os participantes:</u>	
<u>Se referiu algum risco do ponto anterior, especifique-o e justifique o porquê de não ser possível a sua mitigação (por exemplo seguro):</u>	

Indicação de eventuais procedimentos para monitorização e segurança dos participantes e/ou minimizar riscos:

Medidas previstas para lidar com eventuais consequências negativas para os participantes (marcar o que se aplica):

- Indicação para apoio psicossocial
- Indicação para orientação educativa/formativa
- Outras (especificar) -

**Caso tenha respondido não e apesar disso estiverem previstas medidas para lidar com eventuais consequências negativas para os participantes (marcar o que se aplica):**

- Indicação para apoio psicossocial
- Indicação para orientação educativa/formativa
- Outras (especificar) -

**Há previsão de benefícios para os participantes no estudo**

Explicitar em caso afirmativo:

- Aumento dos conhecimentos dos participantes sobre AVC e ganhos em saúde a nível da promoção, prevenção, atuação perante suspeita de AVC e sequelas do AVC.

**Custos de participação para os participantes no estudo e possível compensação:**  
Não aplicável

**Utilização apenas para fins de investigação e publicação:**

Sim

Não

**Outros Fins:**

**Termo de Responsabilidade 2**

Data do pedido de submissão (DD / MM / AAAA):

07/01/2020

Eu, Ana Maria Simões Abreu Cabral, abaixo assinado, na qualidade de investigadora principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações e legislação nacionais e internacionais em vigor.

**Data: 07/01/2020**

**O(s) Proponente(s):**

Ana Maria Simões Abreu Cabral

(Assinatura manuscrita)

**Compromisso de honra do(a) Orientador(a) / Investigador Responsável**

Eu, José Carlos Quaresma Coelho, Professor Adjunto, da Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria, orientador de Ana Maria Simões Abreu Cabral, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, declaro sob compromisso de honra que a investigação: "Literacia em saúde - Conhecimentos da população adulta sobre Acidente Vascular Cerebral e o impacto de uma ação de formação", foi planificada em total conformidade com os princípios éticos e normas deontológicas vigentes.

Data: 07 / 01 / 2020

Assinatura: 

APÊNDICE II – AUTORIZAÇÕES DAS INSTITUIÇÕES DE IDOSOS PARA A APLICAÇÃO  
DO ESTUDO

**Ex.mo (a) Sr (a) Presidente /Diretor**

**Da Instituição: Centro Paroquial de Assistência do Reguengo do Fétal**

Eu, Ana Maria Simões Abreu Cabral, enfermeira e aluna da 7.ª ed. do mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa prestigiada instituição para a realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema "Literacia em Saúde: Conhecimentos da população adulta sobre Acidente Vascular Cerebral e o impacto de uma ação de formação" que tem como objetivos principais: estudar os conhecimentos da população adulta sobre Acidente Vascular Cerebral e o impacto de uma ação de formação.

Solicito, assim, autorização para a realização de uma formação e da aplicação de questionários aos vossos colaboradores que acederem participar no estudo de forma voluntária. A formação abordará os seguintes aspetos relacionados com o AVC: definição, tipos de AVC, fatores de risco, prevenção, sinais de alerta, atuação perante uma pessoa com suspeita de AVC e tratamento. A colheita de dados, através do questionário, será efetuada no dia da ação de formação a acordar com v. exas e decorrerá em 2 momentos. O primeiro momento será antes da ação de formação e o 2º momento logo após a ação de formação. A duração da formação e a colheita de dados terá o total de duas horas.

Os dados serão tratados por mim e pelo meu orientador científico e serão analisados de modo a fornecer os elementos que permitam responder aos seguintes objetivos específicos: descrever as características sociodemográficas e profissionais da amostra da população adulta em estudo; Identificar o nível de conhecimentos da população adulta em estudo sobre AVC; Estudar a relação entre o conhecimento da população adulta e algumas variáveis (sociodemográficas, formação na área do AVC e se teve/tem algum familiar com AVC); Identificar as fontes de informação que considera relevantes para os conhecimentos de AVC que possui; e estudar o impacto de uma ação de formação sobre AVC no nível de conhecimentos da população adulta sobre AVC.

As informações obtidas através dos questionários serão anónimas e confidenciais sendo apenas utilizadas para fins de investigação e à posteriori poderão ser publicadas, estando em todos os momentos assegurada a privacidade dos participantes.

Caso necessite de algum esclarecimento adicional não hesite em contactar pelo(s): Telemóvel: 914128579 ou email: anaabreu82@hotmail.com.

Pede deferimento,

Os melhores cumprimentos,

Ana Maria Simões Abreu Cabral

Autorizo a realização da formação e aplicação de  
questionários  
CPA / RF  
Larg. P. José V. Oliveira  
2440-208 Reguengo Fetal

**Ex.mo (a) Sr (a) Presidente /Diretor**

**Da Instituição: Lar Nossa Senhora da Glória**

Eu, Ana Maria Simões Abreu Cabral, enfermeira e aluna da 7.ª ed. do mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa prestigiada instituição para a realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema "Literacia em Saúde: Conhecimentos da população adulta sobre Acidente Vascular Cerebral e o impacto de uma ação de formação" que tem como objetivos principais: estudar os conhecimentos da população adulta sobre Acidente Vascular Cerebral e o impacto de uma ação de formação.

Solicito, assim, autorização para a realização de uma formação e da aplicação de questionários aos vossos colaboradores que acederem participar no estudo de forma voluntária. A formação abordará os seguintes aspetos relacionados com o AVC: definição, tipos de AVC, fatores de risco, prevenção, sinais de alerta, atuação perante uma pessoa com suspeita de AVC e tratamento. A colheita de dados, através do questionário, será efetuada no dia da ação de formação a acordar com v. exas e decorrerá em 2 momentos. O primeiro momento será antes da ação de formação e o 2º momento logo após a ação de formação. A duração da formação e a colheita de dados terá o total de duas horas.

Os dados serão tratados por mim e pelo meu orientador científico e serão analisados de modo a fornecer os elementos que permitam responder aos seguintes objetivos específicos: descrever as características sociodemográficas e profissionais da amostra da população adulta em estudo; Identificar o nível de conhecimentos da população adulta em estudo sobre AVC; Estudar a relação entre o conhecimento da população adulta e algumas variáveis (sociodemográficas, formação na área do AVC e se teve/tem algum familiar com AVC); Identificar as fontes de informação que considera relevantes para os conhecimentos de AVC que possui; e estudar o impacto de uma ação de formação sobre AVC no nível de conhecimentos da população adulta sobre AVC.

As informações obtidas através dos questionários serão anónimas e confidenciais sendo apenas utilizadas para fins de investigação e à posteriori poderão ser publicadas, estando em todos os momentos assegurada a privacidade dos participantes.

Caso necessite de algum esclarecimento adicional não hesite em contactar pelo(s): Telemóvel: 914128579 ou email: anaabreu82@hotmail.com.

Pede deferimento,

Os melhores cumprimentos,

Ana Maria Simões Abreu Cabral

*Autorizado*



**Ex.mo (a) Sr (a) Presidente /Diretor**

**Da Instituição: Solar do Castanheiro – Residencial da 3.ª idade**

Eu, Ana Maria Simões Abreu Cabral, enfermeira e aluna da 7.ª ed. do mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa prestigiada instituição para a realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema "Literacia em Saúde: Conhecimentos da população adulta sobre Acidente Vascular Cerebral e o impacto de uma ação de formação" que tem como objetivos principais: estudar os conhecimentos da população adulta sobre Acidente Vascular Cerebral e o impacto de uma ação de formação.

Solicito, assim, autorização para a realização de uma formação e da aplicação de questionários aos vossos colaboradores que acederem participar no estudo de forma voluntária. A formação abordará os seguintes aspetos relacionados com o AVC: definição, tipos de AVC, fatores de risco, prevenção, sinais de alerta, atuação perante uma pessoa com suspeita de AVC e tratamento. A colheita de dados, através do questionário, será efetuada no dia da ação de formação a acordar com v. exas e decorrerá em 2 momentos. O primeiro momento será antes da ação de formação e o 2º momento logo após a ação de formação. A duração da formação e a colheita de dados terá o total de duas horas.

Os dados serão tratados por mim e pelo meu orientador científico e serão analisados de modo a fornecer os elementos que permitam responder aos seguintes objetivos específicos: descrever as características sociodemográficas e profissionais da amostra da população adulta em estudo; Identificar o nível de conhecimentos da população adulta em estudo sobre AVC; Estudar a relação entre o conhecimento da população adulta e algumas variáveis (sociodemográficas, formação na área do AVC e se teve/tem algum familiar com AVC); Identificar as fontes de informação que considera relevantes para os conhecimentos de AVC que possui; e estudar o impacto de uma ação de formação sobre AVC no nível de conhecimentos da população adulta sobre AVC.

As informações obtidas através dos questionários serão anónimas e confidenciais sendo apenas utilizadas para fins de investigação e à posteriori poderão ser publicadas, estando em todos os momentos assegurada a privacidade dos participantes.

Caso necessite de algum esclarecimento adicional não hesite em contactar pelo(s): Telemóvel: 914128579 ou email: anaabreu82@hotmail.com.

Pede deferimento,

Os melhores cumprimentos,

Ana Maria Simões Abreu Cabral

*Autógrafa*  
*Carla Cabral*  
**SOLAR DO CASTANHEIRO**  
RESIDENCIAL DA TERCEIRA IDADE, LDA  
NIPC 505 658 360  
Rua Ponta do Vale  
2415-002 BIDOEIRA DE CIMA

## APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO “CONHECIMENTOS SOBRE AVC”

--	--	--	--	--	--

CÓDIGO PESSOAL

## QUESTIONÁRIO

### CONHECIMENTOS SOBRE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

#### PARTE I

#### CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. Idade

2. Sexo (marcar apenas uma oval)

Feminino

Masculino

3. Estado Civil (marcar apenas uma oval)

Solteiro(a)

Casado/União de Facto

Viúvo(a)

Divorciado(a)

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

4. Anos de escolaridade?

\_\_\_\_\_

5. Profissão? (marcar apenas uma oval)

Médico

Enfermeiro

Auxiliar/Ajudante de lar

Assistente Social

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

6. Onde procura normalmente a informação sobre saúde/doença? (marcar tudo o que for aplicável)

Médico de Família

Profissionais de saúde conhecidos

Internet

Revistas/Jornais

Informações em folhetos sobre cuidados de saúde

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**7. Teve formação específica sobre Acidente Vascular Cerebral - AVC?**

- Sim. Qual? \_\_\_\_\_
- Não (passe para a pergunta n.º 8)

**8. Já ouviu falar sobre – AVC? (marcar apenas uma oval)**

- Sim
- Não

**9. Se sim, onde? (marcar tudo o que for aplicável)**

- Médico de Família
- Profissionais de saúde conhecidos
- Internet
- Revistas/Jornais
- Informações em folhetos sobre cuidados de saúde
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**10. Tem/teve algum familiar/conhecido com AVC?**

- Sim
- Não

## PARTE II

### CONHECIMENTOS SOBRE AVC

(Assinale com qual das opções está de mais acordo, para as afirmações efetuadas)

1. QUAL O ÓRGÃO QUE O AVC AFETA?	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1.1 Pulmão					
1.2 Coração					
1.3 Rim					
1.4 Medula Espinal					
1.5 Cérebro					

2. QUAIS OS FATORES DE RISCO DO AVC?	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
2.1 Tabagismo					
2.2 Epilepsia					
2.3 Infecções nos ouvidos de repetição					
2.4 Sinusite crônica					
2.5 Cancro na cabeça ou face					
2.6 Excesso de trabalho diário					
2.7 Hipertensão Arterial					
2.8 Obesidade					
2.9 Falta de atividade física					
2.10 Colesterol elevado					
2.11 Consumo exagerado de álcool					
2.12 Alimentação rica em hidratos de carbono e açúcar					
2.13 Excesso de sal					
2.14 Fibrilhação Auricular					
2.15 Diabetes					
2.16 Genética/hereditariedade – familiares com AVC					
2.17 Erros alimentares					
2.18 Stress					
2.19 Ser jovem					
2.20 Ser homem					
2.21 Dormir pouco					
2.22 Ser de raça negra					

3. COMO PREVENIR O AVC?	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
3.1 Se fuma, deixar de fumar					
3.2 Alimentação equilibrada					
3.3 Diminuir o consumo de bebidas alcoólicas					
3.4 Realizar atividade física					
3.5 Tratar problemas cardíacos					
3.6 Controlar a tensão e o nível de açúcar no sangue					
3.7 O AVC não pode ser evitado					

<b>4. SINAIS DE ALERTA DO AVC?</b>	<b>DISCORDO TOTALMENTE</b>	<b>DISCORDO</b>	<b>NEM CONCORDO NEM DISCORDO</b>	<b>CONCORDO</b>	<b>CONCORDO TOTALMENTE</b>
4.1 Dor no estômago com náuseas e vômitos					
4.2 Dor latejante nos dentes					
4.3 Sensação de desmaio					
4.4 Dor em redor dos olhos					
4.5 Formigueiro num braço/perna que alivia com a mudança de posição					
4.6 Tremores num braço/perna					
4.7 Sensação de queimadura num braço/perna					
4.8 Discurso incompreensível					
4.9 Dor no pescoço e costas					
4.10 Falta de ar					
4.11 Dor no peito que vai para o braço					
4.12 Perda de força súbita num membro					
4.13 Sentir-se confuso há várias semanas					
4.14 Dificuldade em falar					
4.15 Boca ao lado					
4.16 Falta de força em metade do corpo					
4.17 Não consegue dizer palavras simples					
4.18 Dor em redor dos ouvidos					
4.19 Dor num braço/perna					
4.20 Assimetria da face					
4.21 Súbito desequilíbrio					
4.22 Falta de força nos dois braços em simultâneo					
4.23 Formigueiro e falta de força nos pés					
4.24 Voz arrastada					
4.25 Não consegue responder a perguntas simples					

<b>5. EM QUE CONSISTE O AVC?</b>	<b>DISCORDO TOTALMENTE</b>	<b>DISCORDO</b>	<b>NEM CONCORDO NEM DISCORDO</b>	<b>CONCORDO</b>	<b>CONCORDO TOTALMENTE</b>
5.1 Inflamação das veias do cérebro					
5.2 Inchaço no cérebro					
5.3 Rompimento das artérias/veias do cérebro					
5.4 Tumor no cérebro					
5.5 Entupimento das artérias/veias do cérebro					
5.6 Infecção no cérebro					
5.7 Entupimento de uma artéria no coração					

<b>6. O QUE FAZER PERANTE A SUSPEITA DE UMA PESSOA COM AVC?</b>	<b>DISCORDO TOTALMENTE</b>	<b>DISCORDO</b>	<b>NEM CONCORDO NEM DISCORDO</b>	<b>CONCORDO</b>	<b>CONCORDO TOTALMENTE</b>
6.1 Dar um copo de água					
6.2 Deitar a pessoa de lado					
6.3 Sentar a pessoa					
6.4 Transportar para o centro de saúde					
6.5 Telefonar à família					
6.6 Ligar 112					
6.7 Registrar sintomas					
6.8 Esperar que a pessoa melhore					
6.9 Registrar hora de início dos sintomas					

7. QUAL O TRATAMENTO DO AVC?	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
7.1 Realizar um TC cerebral					
7.2 Administrar antibióticos					
7.3 Cirurgia ao cérebro					
7.4 Administrar cortisona					
7.5 Administrar anti-inflamatórios					
7.6 Administrar fibrinolítico (anti-trombótico)					
7.7 Iniciar fibrinólise de imediato (tratamento com fibrinolítico)					
7.8 Baixar rapidamente a tensão arterial					
7.9 Realizar cateterismo cardíaco					

8. SOBRE O TRATAMENTO DO AVC?	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
8.1 Após o tratamento o doente nunca recupera totalmente					
8.2 O tratamento é mais eficaz se iniciado após 3 horas o início dos sintomas					
8.3 Nenhum tratamento reverte os sintomas já instalados					
8.4 Quanto mais cedo se iniciar o tratamento melhor o resultado					

9. CONHECIMENTOS GERAIS SOBRE AVC?	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
9.1 O AVC é uma das principais causas de invalidez					
9.2 O AVC não causa demência					
9.3 O AVC é uma das principais causas de internamento em Portugal					
9.4 O AVC não surge ao acordar					
9.5 O AVC pode surgir durante a noite					
9.6 Os sintomas de AVC surgem repentinamente					
9.7 Os sintomas de AVC hemorrágico e isquémico são muito diferentes					
9.8 Perante sintomas de AVC ligar 112 permite ativar a Via Verde AVC					
9.9 Pessoas com menos de 40 anos não têm AVC					
9.10 O tratamento é mais eficaz se o doente chegar antes de 1h após o início dos sintomas					
9.11 O tratamento do AVC hemorrágico é igual ao do isquémico					

## APÊNDICE IV – CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Identificação do Investigador: Ana Maria Simões Abreu Cabral

Título do estudo: "Literacia em saúde - Conhecimentos da população adulta sobre Acidente Vascular Cerebral e o impacto de uma ação de formação."

Enquadramento: O presente trabalho é realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica que me encontro a frequentar na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, tendo como orientador científico o Professor Doutor José Carlos Quaresma Coelho, docente na mesma instituição.

Explicação do estudo: O estudo tem como objetivos principais estudar os conhecimentos da população adulta sobre Acidente Vascular Cerebral e o impacto de uma ação de formação. A população alvo são os colaboradores de alguns lares de idosos dos concelhos de Leiria e Batalha. O estudo foi previamente aprovado pela Comissão de Ética do Politécnico de Leiria. A amostra será não probabilística/intencional composta pelos participantes que acederem colaborar no estudo e assinarem o consentimento informado.

A colheita de dados será efetuada no dia da ação de formação e decorrerá em 2 momentos. O primeiro momento será antes da ação de formação e o 2º momento logo após a ação de formação. No total a formação e a colheita de dados terá o total de duas horas.

Os dados serão tratados pela investigadora e seu orientador científico e serão analisados de modo a fornecer os elementos que permitam responder aos seguintes objetivos específicos: descrever as características sociodemográficas e profissionais da amostra população adulta em estudo; Identificar o nível de conhecimentos da população adulta em estudo sobre AVC; Estudar a relação entre o conhecimento da população adulta e algumas variáveis (sociodemográficas, formação na área do AVC e se teve/tem algum familiar com AVC); Identificar as fontes de informação que considera relevantes para os conhecimentos de AVC que possui; e estudar o impacto de uma ação de formação sobre AVC no nível de conhecimentos da população adulta sobre AVC.

### Consentimento do participante

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo "Literacia em saúde - Conhecimentos da população adulta sobre Acidente Vascular Cerebral e o impacto de uma ação de formação" sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: .....

Assinatura: ..... Data: ..... / ..... / .....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

NOME: ..... BI/CC N.º:

..... DATA OU VALIDADE ..... / ..... / ..... GRAU DE PARENTESCO OU TIPO

DE REPRESENTAÇÃO: ..... ASSINATURA .....

.....

## APÊNDICE V – SUPORTE EM POWERPOINT DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

## Acidente Vascular Cerebral

AVC



## Sumário

### AVC

- O que é?
- Como detetar?
- Como atuar perante um indivíduo com AVC?
- Quais os fatores de risco?
- Como prevenir?

## AVC

Principais causas de morte e incapacidade em Portugal

- 15% homens
- 40% ficam dependentes
- 70% fica com algum grau de défice.

Ocorrem em média 3 AVC por hora!!

Atinge sobretudo a população com mais de 45 anos!!



## O que é um AVC?

É uma interrupção súbita na circulação sanguínea para o cérebro, ficando os tecidos cerebrais impedidos de receber oxigénio e nutrientes.



## Causas do AVC



## AVC Isquêmico

• São 85% de todos os casos.



## AVC Hemorrágico

- 15% dos casos.
- Sintomas graves mais rapidamente.



## Sinais de Alarme

• 3 F's



## Face

- Assimetria súbita da face



## Falta de força num membro

- A pessoa pode ter dificuldade em movimentar um dos membros



## Fala

- Dificuldade em falar:** Pode ser difícil perceber o que a pessoa diz e/ou não fazer sentido.



## Três perguntas simples podem ajudar na identificação de um AVC (3 F's!):

- Fala:** pedir à pessoa que diga uma frase. Foi capaz de dizer a frase e com as palavras pronunciadas corretamente?
- Face:** pedir para sorrir. Fica com a boca simétrica ou de um lado não mexe tão bem, ficando com a boca torta?
- Força nos membros:** pedir que levante os braços. Foi capaz de levantar os dois e mantê-los esticados para a frente de forma igual, ou um tem tendência a cair?

Se apresentar pelo menos um destes sinais, isso pode significar um AVC!



## O que fazer em caso de AVC?

- Deitar a pessoa de lado;
- Ligar 112 de imediato.



Quanto menor for o tempo desde o início dos sintomas até à chegada ao hospital, maior a probabilidade de tratamento rápido e adequado.

## Tempo é Cérebro



## Tempo é Cérebro

- 112;
- Ativada Via Verde AVC;
- Doente transportado para centro de referência;
- Diagnóstico e tratamento rápido e eficaz.



Aumentando a probabilidade de recuperação dos défices neurológicos.

## Tratamento

- AVC isquêmico = fibrinólise.
- AVC hemorrágico = cirurgia.



## Fatores de Risco para o AVC

- Idade;
- Gênero;
- Raça;
- Hereditariedade.

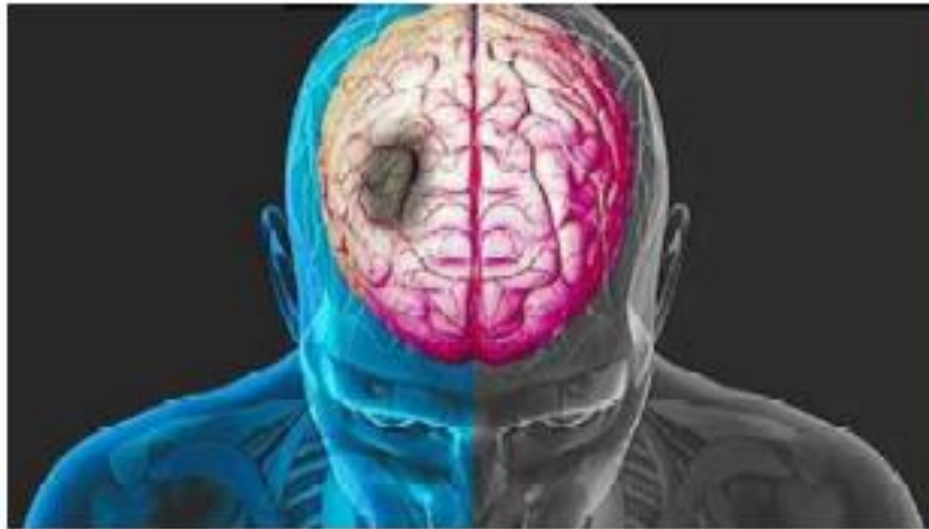


## Fatores de Risco para o AVC



## Prevenir o AVC





## Referências bibliográficas

- Alc. Conselho de Saúde e Coordenação de Saúde Bucal. Conselho Nacional de Saúde. (2010). *Protocolo de atendimento clínico para o diagnóstico de cárie em crianças e adolescentes*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2010. 10p.
- Amorim, D., Nagatani, S., Guedes, Y., Costa, E., Oliveira, P., Almeida, E., ... Dujovne, E. (2016). *Shiga Toxin: Oligo e polimerização e sua interação com a membrana celular*. *Journal of Biotechnology and Bioinformatics*, 10(1), 25-32.
- Amorim, S., Gao, F., Costa, P., Pereira, F., Almeida, A., & Lameira, J. (2016). *Shiga Toxin: Oligo e polimerização e sua interação com a membrana celular*. *Journal of Biotechnology and Bioinformatics*, 10(1), 25-32.
- Amorim, S., Gao, F., Costa, P., Pereira, F., Almeida, A., & Lameira, J. (2016). *Shiga Toxin: Oligo e polimerização e sua interação com a membrana celular*. *Journal of Biotechnology and Bioinformatics*, 10(1), 25-32.
- Amorim, S., Gao, F., Costa, P., Pereira, F., Almeida, A., & Lameira, J. (2016). *Shiga Toxin: Oligo e polimerização e sua interação com a membrana celular*. *Journal of Biotechnology and Bioinformatics*, 10(1), 25-32.
- Amorim, S., Gao, F., Costa, P., Pereira, F., Almeida, A., & Lameira, J. (2016). *Shiga Toxin: Oligo e polimerização e sua interação com a membrana celular*. *Journal of Biotechnology and Bioinformatics*, 10(1), 25-32.
- Amorim, S., Gao, F., Costa, P., Pereira, F., Almeida, A., & Lameira, J. (2016). *Shiga Toxin: Oligo e polimerização e sua interação com a membrana celular*. *Journal of Biotechnology and Bioinformatics*, 10(1), 25-32.
- Amorim, S., Gao, F., Costa, P., Pereira, F., Almeida, A., & Lameira, J. (2016). *Shiga Toxin: Oligo e polimerização e sua interação com a membrana celular*. *Journal of Biotechnology and Bioinformatics*, 10(1), 25-32.
- Amorim, S., Gao, F., Costa, P., Pereira, F., Almeida, A., & Lameira, J. (2016). *Shiga Toxin: Oligo e polimerização e sua interação com a membrana celular*. *Journal of Biotechnology and Bioinformatics*, 10(1), 25-32.



## **ANEXOS**

ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE LEIRIA

Título do estudo - "Literacia em Saúde: os conhecimentos da população adulta sobre Acidente Vascular Cerebral e o impacto de uma ação de formação"

Nome do (s) proponente (s): Ana Maria Simões Abreu Cabral; Prof. José Carlos Quaresma (orientador)

Este estudo surge da necessidade de realizar um estudo em literacia em saúde sobre os conhecimentos da população adulta sobre AVC em que será aplicado um questionário pré-formação sobre AVC e pós-formação. \_\_\_\_\_

Objetivos do estudo: descrever as características sociodemográficas e profissionais da amostra da população adulta em estudo; identificar o nível de conhecimentos sobre AVC, estudar a relação entre o conhecimento e algumas variáveis, nomeadamente: sociodemográficas, formação na área do AVC e se tem/teve algum familiar com AVC, identificar as fontes que normalmente procura para obter informação sobre AVC, estudar o impacto de uma formação no nível de conhecimentos sobre AVC. A recolha de dados de será realizada entre fevereiro e agosto de 2020. \_\_\_\_\_

Metodologia: será aplicado um questionário intitulado conhecimentos sobre AVC, estruturado em duas partes, uma relativa às características sociodemográficas e outra relativa aos conhecimentos. \_\_\_\_\_

Garantia da confidencialidade, com código pessoal de 6 dígitos. \_\_\_\_\_

Tipo de estudo: quantitativo, quase-experimental. \_\_\_\_\_

A população e amostra: população adulta que exerça funções em lar de idosos nos concelhos de Leiria e Batalha; Amostra não probabilística/intencional composta pelos participantes que acederem a colaborar no estudo. \_\_\_\_\_

Crítérios de inclusão/exclusão: ser prestador de cuidados em lar de idosos e aceitar participar no estudo, serão excluídos os participantes que não responderem integralmente ao questionário nos dois momentos de aplicação. \_\_\_\_\_

O estudo apresenta o consentimento livre informado e esclarecido. \_\_\_\_\_

A voluntariedade, autonomia e anonimato dos participantes são assegurados através da obtenção do consentimento informado e esclarecido assinado pelos participantes. \_\_\_\_\_

A Garantia da confidencialidade é efetuada através de um código pessoal de 6 dígitos. \_\_\_\_\_

Atendendo ao exposto a Comissão de Ética é de parecer favorável à realização do estudo. O parecer favorável não dispensa a autorização das estruturas para idosos onde o estudo ira ser desenvolvido.

P'la CE a Presidente

