



**Instituto Politécnico
de Castelo Branco**
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias



MONOGRAFIA

Literacia em AVC dos Auxiliares de Saúde em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

Ana Rita Louro Nobre

Data
Junho 2025

Literacia em AVC dos Auxiliares de Saúde em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

Ana Rita Louro Nobre

2025





**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Literacia em AVC dos Auxiliares de Saúde em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

Ana Rita Louro Nobre

Orientador

Dr. Gil Monteiro Nunes

Monografia apresentada à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e à Estrutura Residencial para Pessoas Idosas da União de Freguesias de Abrunheira, Verride e Vila Nova da Barca, do concelho de Montemor-o-Velho, do distrito de Coimbra, e à Estrutura Residencial para Pessoas Idosas da União de Freguesias de Portunhos e Outil, do concelho de Cantanhede, do distrito de Coimbra, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de licenciado em designação da licenciatura em Fisiologia Clínica, realizada sob a orientação científica do Professor Adjunto Convidado Dr. Gil Monteiro Nunes, do Politécnico de Castelo Branco.

Junho 2025

Composição do júri

Presidente do júri

Doutora, Patrícia Margarida dos Santos Carvalheiro Coelho

Vogais

Dr., António Filipe Pinto Rodrigues

Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica, Unidade Local de Saúde Cova da Beira

Assistente Convidado, Politécnico Castelo Branco

Dr., Gil Monteiro Nunes

Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica, Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo

Adjunto Convidado, Politécnico Castelo Branco

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os que me acompanharam ao longo deste percurso, em especial à minha família – pai, mãe, irmã e avó materna – aos amigos e ao meu namorado, pelo apoio e carinho constantes.

Acima de tudo, dedico-o a mim mesma, pelo empenho, pela resiliência e pela determinação com que enfrentei cada etapa deste desafio.

Agradecimentos

Agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, estiveram presentes ao longo do meu percurso acadêmico. Aos professores e colegas, pelas partilhas, apoio e aprendizagens durante este caminho.

Um agradecimento especial aos professores Patrícia Coelho e Gil Nunes, cuja orientação e disponibilidade foram essenciais para a concretização desta monografia.

A todos que contribuíram para a finalização desta etapa desafiante, o meu sincero obrigado.

Resumo

A inadequada literacia em saúde tem vindo a ser considerada um fator de risco para diversas doenças. Dentro dessas doenças, destaca-se o acidente vascular cerebral como uma das principais causas de mortalidade e incapacidade mundial.

A literacia em saúde é um conceito abrangente e multidimensional, que engloba o conhecimento, a motivação e a capacidade de um indivíduo para aceder, interpretar, compreender e aplicar informações relacionadas com a saúde. Representa um fator determinante para a adoção de um estilo de vida saudável, desempenhando um papel fundamental tanto a nível individual como social. A elevada incidência e mortalidade do acidente vascular cerebral estão, em grande parte, associadas ao baixo nível de literacia em saúde na população em geral. Identificar os fatores de risco, permitindo uma mudança do estilo de vida, é essencial para prevenir a doença, assim como reconhecer rapidamente os sinais de alerta para garantir um tratamento eficaz.

Sendo a idade um dos fatores de risco não modificáveis mais importantes, a população idosa apresenta um risco mais elevado de sofrer um AVC. Neste sentido, é fundamental que os familiares e cuidadores saibam prevenir esta doença cerebrovascular bem como reconhecer os sinais de alerta. Esta necessidade estende-se igualmente às instituições de saúde que prestam apoio aos idosos, nomeadamente aos auxiliares de saúde que os acompanham em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a literacia em AVC dos auxiliares de saúde que trabalham em lares de idosos, através de um questionário realizado pela equipa de investigação, constituído por duas secções: a primeira para analisar a caracterização sociodemográfica, formação e experiência do participante e a segunda secção para avaliar o seu conhecimento através de perguntas relativas ao AVC.

A amostra é constituída por 47 auxiliares, com predomínio de participantes do sexo feminino, com idades entre os 31 e 49 anos, com baixo nível de escolaridade e formação limitada em AVC.

O conhecimento revelou-se adequado, contudo insuficiente, na prevenção e na diferenciação entre o AVC e o enfarte agudo do miocárdio, bem como nos tratamentos disponíveis, sobretudo no que respeita à rapidez de atuação, pelo que é necessário investir na educação e formação dos auxiliares.

Palavras chave

Literacia [D000067010], AVC [D020521], Auxiliares em Cuidados de Saúde [D000488].

Abstract

Inadequate health literacy has been considered a risk factor for various diseases. Among these diseases, stroke stands out as one of the main causes of mortality and disability worldwide.

Health literacy is a broad and multidimensional concept that encompasses an individual's knowledge, motivation and ability to access, interpret, understand and apply health-related information. It represents a determining factor in the adoption of a healthy lifestyle, playing a fundamental role both at the individual and social level. The high incidence and mortality rates of stroke are largely associated with the low level of health literacy in the general population. Identifying risk factors, enabling lifestyle changes, is essential to preventing the disease, as well as quickly recognizing the warning signs to ensure effective treatment.

Considering that age is one of the most important non-modifiable risk factors, the elderly population has a higher risk of suffering a stroke. It is therefore essential that family members and caregivers know how to prevent this cerebrovascular disease and recognize the warning signs. This need also extends to the health institutions that provide support to the elderly, particularly the care assistants who accompany them in Residential Structures for the Elderly.

The aim of this study is to assess the stroke literacy of health care assistants working in nursing homes, using a questionnaire carried out by the research team, consisting of two sections: the first to analyze the sociodemographic characterization, training and experience of the participant and the second section to assess their knowledge through questions relating to stroke.

The sample consisted of 47 assistants, with a predominance of female participants, aged between 31 and 49, with a low level of education and limited stroke-specific training.

Knowledge proved to be adequate, but insufficient in terms of prevention, differentiating between stroke and acute myocardial infarction, and the treatments available, especially with regard to speed of action. It is therefore necessary to invest in the education and training of assistants.

Keywords

Literacy [D000067010], Stroke [D020521], Allied Health Personnel, [D000488].

Índice geral

Índice de símbolos	XV
Lista de tabelas	XVII
Lista de gráficos	XIX
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos.....	XXI
1. Introdução	1
2. Enquadramento Teórico.....	3
2.1 Literacia em Saúde.....	3
2.2 Acidente Vascular Cerebral	4
2.3 Literacia em Acidente Vascular Cerebral	6
2.4 Fatores de Risco	9
2.5 Circulação Cerebral	10
2.6 Sinais e Sintomas	10
2.7 Tratamento	11
2.8 O Acidente Vascular Cerebral no Idoso	13
2.9 Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas	15
Contributo da Investigação.....	17
3. Objetivos	17
4. Materiais e Métodos	17
5. Resultados	19
Discussão	49
Conclusão	57
Referências Bibliográficas.....	59
Anexos.....	69
Anexo A - Autorização da Fundação Ferreira Freire.....	71
Anexo B – Autorização da Casa do Povo de Abrunheira	72
Anexo C - Autorização da Comissão de Ética do IPCB	73
Apêndices	75
Apêndice A – Consentimento Informado	77
Apêndice B – Questionário.....	80

Índice de símbolos

$=$: igual a

$\geq$: maior ou igual que

$>$: maior que

$+$: mais

$<$: menor que

Lista de tabelas

Tabela 1 – Relação entre a faixa etária e o nível de escolaridade dos participantes.....	20
Tabela 2 – Relação entre a formação em AVC e o tempo de serviço na instituição.....	23
Tabela 3 – Relação entre o conhecimento global em AVC e a faixa etária dos participantes.....	25
Tabela 4 - Relação entre o conhecimento global em AVC e o nível de escolaridade.....	26
Tabela 5 - Relação entre o conhecimento global em AVC e os anos de trabalho na instituição atual	27
Tabela 6 – Relação entre o conhecimento global em AVC e formação em auxiliar de saúde	28
Tabela 7 – Relação entre o conhecimento global em AVC e formação na área do AVC	29
Tabela 8 – Relação entre o conhecimento global em AVC e ter algum familiar/amigo com AVC.....	30
Tabela 9 - Relação entre o conhecimento global em AVC e fontes de informação	31
Tabela 10 – Relação entre o conhecimento da sigla dos 3F's com a faixa etária	33
Tabela 11 – Relação entre o conhecimento da sigla dos 3 F's com o nível de escolaridade.....	34
Tabela 12 – Relação entre o conhecimento da sigla dos 3 F's com os anos de trabalho na instituição atual.....	34
Tabela 13 - Relação entre o conhecimento da sigla dos 3 F's com a formação em auxiliar de saúde	34
Tabela 14 – Relação entre o conhecimento da sigla dos 3 F's com a formação na área do AVC	35
Tabela 15 – Relação entre o conhecimento da sigla dos 3 F's e ter algum familiar/amigo com AVC.....	35
Tabela 16 – Relação entre o conhecimento da sigla dos 3 F's e as fontes de informação	35
Tabela 17 – Relação entre o conhecimento sobre o tratamento do AVC com a faixa etária	37
Tabela 18 – Relação entre o conhecimento sobre o tratamento do AVC com o nível de escolaridade	38

Tabela 19 - Relação entre o conhecimento sobre o tratamento do AVC com os anos de serviço	39
Tabela 20 – Relação entre o conhecimento sobre o tratamento do AVC com formação em auxiliar de saúde	40
Tabela 21 – Relação entre o conhecimento sobre o tratamento do AVC com formação na área do AVC	41
Tabela 22 – Relação entre o conhecimento sobre o tratamento do AVC e ter algum familiar/amigo com AVC	42
Tabela 23 – Relação entre o conhecimento sobre o tratamento do AVC e fontes de informação	44
Tabela 24 – Relação entre o conhecimento da trombólise e da TEV com a faixa etária	45
Tabela 25 – Relação entre o conhecimento da trombólise e da TEV com o nível de escolaridade	46
Tabela 26 – Relação entre o conhecimento da trombólise e da TEV com os anos de trabalho	46
Tabela 27 – Relação entre o conhecimento da trombólise e da TEV com a formação em auxiliar	47
Tabela 28 – Relação entre o conhecimento da trombólise e da TEV com formação na área do AVC	47
Tabela 29 – Relação entre o conhecimento da trombólise e da TEV e ter algum familiar/amigo com AVC	48
Tabela 30 – Relação entre o conhecimento da trombólise e da TEV com fontes de informação	48

Lista de gráficos

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes por sexo	19
Gráfico 2 – Distribuição dos participantes por faixa etária	19
Gráfico 3 – Distribuição dos participantes por nível de escolaridade	20
Gráfico 4 – Distribuição dos participantes por anos de trabalho na instituição atual	20
Gráfico 5 – Distribuição dos participantes por realização de formação em auxiliar de saúde	21
Gráfico 6 – Distribuição dos participantes pela formação realizada em auxiliar de saúde	21
Gráfico 7 – Distribuição dos participantes por realização de formação na área do AVC	22
Gráfico 8 - Distribuição dos participantes pela formação em AVC realizada e a sua duração	22
Gráfico 9 – Distribuição dos participantes por relação com familiar/amigo com AVC	23
Gráfico 10 – Distribuição dos participantes pelas fontes de informação a que recorrem	23
Gráfico 11 – Distribuição dos participantes por conhecimento global em AVC	24
Gráfico 12 – Distribuição dos participantes por seleção dos fatores de risco	32
Gráfico 13 – Distribuição dos participantes por seleção dos sinais/sintomas	32
Gráfico 14 – Distribuição dos participantes pelo conhecimento da sigla dos 3 F's	33
Gráfico 15 – Distribuição dos participantes em relação ao que fazer em caso de emergência	36
Gráfico 16 – Distribuição dos participantes pelo conhecimento no tratamento em AVC	36
Gráfico 17 – Distribuição dos participantes por conhecimento da trombólise intravenosa e da TEV	45

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APAVC - Associação Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral

AVC - Acidente vascular cerebral

DGS - Direção Geral de Saúde

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

HTA - Hipertensão Arterial

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

SNC - Sistema Nervoso Central

SPAVC - Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

SU - Serviço de urgência

ODPHP - Healthy People 2030 do Office of Disease Prevention and Health Promotion

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNLSCC - Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023 - 2030

r-tPA - Ativador do plasminogénio tecidual recombinante

TEV - Trombectomia endovascular

TOAST - *Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment*

VV - Via Verde

1. Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) representa uma das principais causas de mortalidade e incapacidade mundial. Trata-se de uma síndrome caracterizada por um défice neurológico agudo, decorrente de uma lesão vascular no sistema nervoso central (SNC)⁽¹⁾. Esta lesão decorre da interrupção, parcial ou total, do fluxo sanguíneo para uma determinada região do cérebro. Esta interrupção pode ser causada por uma obstrução de um vaso - AVC isquémico - ou pela sua rutura - AVC hemorrágico. A privação da irrigação sanguínea impede o fornecimento de oxigénio e de nutrientes à região cerebral afetada, podendo causar danos irreversíveis, como a morte neuronal⁽²⁾.

Os mecanismos que conduzem a esta lesão no SNC são diversos, os quais estão associados, muitas vezes, a uma série de fatores de risco vasculares e processos patológicos. Por esse motivo, o AVC não deve ser visto como uma doença isolada, mas sim como uma condição multifatorial, desencadeada por uma combinação de fatores de risco e mecanismos distintos⁽¹⁾.

O AVC é uma doença que pode ser prevenida e tratada. De acordo com a literatura, cerca de 80% dos AVC's podem ser evitados através do controlo dos fatores de risco modificáveis e da adoção de um estilo de vida saudável⁽³⁾. Nesse sentido, o conhecimento dos fatores de risco é essencial para a prevenção primária da doença. Quando a prevenção primária falha, o rápido reconhecimento dos sinais de alerta é crucial para um contacto imediato aos serviços de emergência, garantindo um prognóstico favorável após as terapias de reperfusão, minimizando as consequências. Contudo, apesar dos diversos estudos que avaliam o nível de literacia em AVC e da implementação de medidas para aumentar esta literacia, pesquisas indicam que existe um baixo conhecimento acerca desta doença cerebrovascular na população em geral⁽⁴⁻⁷⁾.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a literacia em saúde diz respeito às habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para ter acesso, compreender e aplicar as informações relativas à saúde, bem como promover e manter uma boa qualidade de vida⁽⁸⁾. Níveis inadequados de literacia estão associados a dificuldades na compreensão de informações, conhecimento limitado sobre doenças e menor adesão a tratamentos, aumentando assim o risco de mortalidade e um uso ineficiente dos serviços de saúde^(9,10). Por este motivo, alguns autores têm vindo a considerar um nível inadequado de literacia em saúde como um fator de risco para diversas doenças⁽¹¹⁾.

O conceito em literacia em saúde tem ganho destaque nas últimas décadas devido ao seu impacto significativo para a saúde individual e social, bem como para a sustentabilidade dos serviços de saúde⁽⁹⁾. Diversos países, incluindo os da União Europeia, tornaram a literacia em saúde uma prioridade essencial nas suas

políticas e práticas, reconhecendo-a como um fator fundamental para a adoção de comportamentos saudáveis^(9,12).

O AVC é uma condição resultante da exposição prolongada a fatores de risco vasculares, cuja modificação tem um impacto significativo na sua incidência e no grau de incapacidade associado. Estes dividem-se em duas categorias, modificáveis e não modificáveis, e ambos afetam diretamente o prognóstico dos doentes^(1,13–15). Dentro dos fatores não modificáveis, a idade é um dos mais significativos, dado que, a cada década após os 55 anos, o risco de sofrer um AVC duplica^(1,13–15).

A população idosa apresenta assim um maior risco de vir a sofrer um AVC. Atendendo a que muitos idosos estão institucionalizados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), comumente chamadas de lares de idosos, é necessário que os profissionais de saúde, principalmente os auxiliares que acompanham os idosos, possuam um conhecimento aprofundado em AVC, nomeadamente sobre os fatores de risco, os sinais de alerta, os sintomas e a maneira adequada de agir perante um evento⁽¹⁶⁾.

Deste modo, o objetivo deste projeto é avaliar a literacia dos auxiliares que acompanham os idosos nos lares e, de algum modo, contribuir para sensibilizá-los da importância de reconhecer esta doença cerebrovascular, garantindo uma boa qualidade de vida à população mais idosa que reside nas ERPI's.

2. Enquadramento Teórico

2.1 Literacia em Saúde

A literacia em saúde é um conceito abrangente e multidimensional, com mais de 250 definições na literatura. O primeiro conceito foi proposto em 1974, num artigo intitulado “*Health education as social policy*”, quando se começou a reconhecer a sua importância para a promoção da saúde. A OMS define-a como o “conjunto de competências cognitivas, sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação de forma a promover e manter uma boa saúde”. Em outras palavras, trata-se da capacidade de obter, interpretar e aplicar as informações e serviços básicos de saúde essenciais para tomar decisões adequadas. Para além disso, a literacia envolve também um conjunto de habilidades como a leitura, audição, análise, tomada de decisões e a aplicação dessas competências a situações relacionadas à saúde, independentemente do nível de escolaridade ou da habilidade em leitura^(11,17-21).

A iniciativa Healthy People 2030 do Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP) distingue dois tipos de literacia em saúde: a literacia pessoal, que se refere à capacidade de o indivíduo compreender e utilizar informações para cuidar de si mesmo e dos outros; e a literacia organizacional, que diz respeito à forma como os sistemas de saúde estruturam a comunicação e os serviços para facilitar o acesso e a compreensão das informações. Dessa forma, a literacia em saúde depende da capacidade do próprio indivíduo, mas também da capacidade de os sistemas de saúde fornecerem as informações necessárias adequadas à população⁽¹⁷⁻²¹⁾.

Está demonstrado em diversos estudos que um baixo nível de literacia em saúde está associado a maior mortalidade, morbilidade, menor adesão a tratamentos, taxas elevadas de internamentos e mais admissões nos serviços de urgência (SU)⁽²²⁾. Geralmente, baixos níveis de literacia estão associados a indivíduos com idade mais avançada, nível de escolaridade reduzido e em populações com diferentes origens culturais e linguísticas⁽²³⁾.

Um estudo realizado em 2020 nos Estados Unidos da América revelou que 90% dos indivíduos não compreendem as informações orais ou escritas dadas pelos profissionais de saúde. Estes dados destacam a importância de os serviços de saúde incluírem a literacia em saúde nas suas práticas, aplicando estratégias que promovam uma comunicação mais clara e acessível⁽²⁴⁾.

O Projeto Europeu de Literacia em Saúde avaliou a literacia em diferentes países da União Europeia. O primeiro estudo, realizado em 2011 em oito países, contou com 8000 participantes. Nessa pesquisa foi revelado que mais de 10% da população apresentou um nível inadequado de literacia em saúde e cerca de 50% apresentaram um nível limitado. Em 2015, esse estudo foi realizado em Portugal Continental com 2104 indivíduos, onde se observou que os resultados eram

semelhantes ao estudo dos outros países europeus. Nessa investigação em Portugal, 50% dos participantes apresentaram um nível adequado de literacia, dos quais apenas 8,6% tinham níveis excelentes. Verificou-se ainda que 11% apresentaram níveis inadequados e 38% níveis problemáticos. Em 2021, o estudo foi novamente realizado em Portugal com a participação de 1247 indivíduos. Observou-se que a maioria dos participantes apresentava níveis elevados de literacia em saúde, com 65% obtendo níveis adequados, mas apenas 5% com níveis excelentes. Por outro lado, 7,5% apresentaram níveis inadequados e 22% níveis problemáticos. Estes resultados sugerem um aumento dos níveis de literacia em saúde em comparação com os estudos anteriores, revelando que sete em cada dez indivíduos apresentam níveis elevados de literacia em saúde⁽²⁵⁾.

Em sequência da atualização do Plano Nacional de Saúde e do encerramento do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019 - 2021, foi desenvolvido o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023 - 2030 (PNLSCC). Nos últimos anos, Portugal tem investido de forma estratégica em políticas focadas na promoção da saúde, na literacia em saúde e nas ciências do comportamento, traduzindo uma melhoria dos níveis de literacia da população. Apesar destas melhorias, a literacia em saúde continua a ser um desafio para a população e para os profissionais de saúde. Este plano é composto por duas partes: o plano estratégico, que retrata os níveis da população portuguesa e define os objetivos e estratégias a implementar até 2030; e o plano de ação, que identifica os problemas prioritários, objetivos operacionais e propostas de intervenção de acordo com o nível geográfico de implementação. O PNLSCC tem assim como objetivo melhorar os níveis de literacia em saúde da população, promover comportamentos saudáveis e criar ecossistemas que favoreçam o bem-estar e a qualidade de vida da população, contribuindo simultaneamente para a sustentabilidade do sistema de saúde⁽²⁶⁾.

2.2 Acidente Vascular Cerebral

As doenças cardiovasculares representam uma das principais causas de morte mundial e estima-se que mantenham essa posição até 2030⁽²⁷⁾. Entre estas doenças, encontram-se as doenças cerebrovasculares, destacando-se o AVC⁽²⁸⁾.

O AVC é uma lesão neurológica focal aguda de origem vascular, causada pela interrupção da perfusão cerebral, com duração superior a 24 horas^(29,30). No entanto, se os sintomas tiverem duração inferior a 24 horas mas seja identificada uma lesão na tomografia computadorizada ou na ressonância magnética, o episódio é ainda classificado como AVC⁽³¹⁾. O acidente isquémico transitório (AIT) é também uma síndrome clínica neurológica que, ao contrário do AVC, é caracterizado por um breve episódio de disfunção neurológica focal sem evidência de lesão cerebral nos exames de imagem⁽¹⁾. O AIT é considerado um importante preditor de alerta, sugerindo um risco elevado do indivíduo vir a sofrer um AVC nos próximos dias⁽³²⁾, dado que 60% dos AVC's ocorrem em indivíduos com histórico de AIT⁽³³⁾.

Durante as últimas três décadas, a incidência do AVC aumentou 70%, a sua prevalência cresceu 85% e a mortalidade subiu 43%⁽³⁴⁾. Estes aumentos devem-se, principalmente, ao envelhecimento da população e à maior prevalência de fatores de risco^(35–37). Estima-se que uma em cada quatro pessoas terá um AVC ao longo da vida, um número que cresceu 50% nos últimos 17 anos⁽³⁸⁾. Segundo a Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC), calcula-se que, por hora, 3 portugueses sejam vítimas de um AVC, dos quais um é fatal⁽³⁹⁾.

O AVC constitui cada vez mais um desafio significativo para a saúde global⁽¹⁾. A cada ano, são registados 15 milhões de casos em todo o mundo que resultam em 5,8 milhões de mortes, das quais 85% ocorrem em países de baixo rendimento^(1,28). As estimativas para a Europa entre 2017 e 2047 preveem uma redução de 17% na mortalidade, mas um aumento de 27% na sua prevalência⁽⁴⁰⁾.

Na União Europeia, o AVC representa a segunda principal causa de morte e das principais patologias responsáveis por incapacidade a longo prazo⁽³⁷⁾. Aproximadamente um terço dos doentes que sobrevivem ao AVC ficam com algum tipo de incapacidade e metade ficam a depender de outras pessoas para as suas atividades diárias. Esta incapacidade é causada pela limitação das capacidades funcionais, do compromisso cognitivo, das variações do estado de humor e da diminuição da eficiência no desempenho profissional^(41–43). Embora ocorra uma recuperação das funções motoras e cognitivas nos primeiros três meses após o AVC, alguns doentes ainda apresentam algum nível de incapacidade durante esse período, apresentado défices motores em 50% dos casos, provocando dificuldades na marcha, no equilíbrio e limitações nas atividades diárias^(1,44).

Trata-se ainda de uma das doenças que mais gera dependência, implicando elevados custos para os doentes, os familiares, os serviços de saúde e para a sociedade^(1,40,45,46). Para além disso, as doenças cerebrovasculares ainda representam a principal causa de epilepsia em idosos e a segunda causa mais comum de demência de início tardio, evidenciando a importância da prevenção das doenças cerebrovasculares⁽¹⁾.

O AVC é classificado em dois grandes tipos: isquémico e hemorrágico. O AVC isquémico resulta de uma obstrução ao fluxo sanguíneo cerebral, geralmente decorrente de um trombo ou êmbolo, hipoperfusão por estenose ou redução dos níveis de oxigénio devido a hipóxia sistémica. O AVC hemorrágico resulta da rutura de um vaso sanguíneo, provocando extravasamento de sangue para o parênquima cerebral, sendo possível identificar dois tipos de hemorragias, a intracerebral e a subaracnóideia. Em ambos os tipos de AVC, a interrupção do fluxo sanguíneo impede o suprimento das necessidades metabólicas ao SNC, provocando hipóxia local, comprometendo assim o tecido cerebral e conduzindo à morte neuronal⁽⁴⁷⁾. A morte neuronal resulta no rompimento das membranas celulares, no edema das estruturas celulares e da transferência do conteúdo das células para o espaço extracelular, resultando assim na perda da função neuronal⁽³³⁾.

O AVC isquêmico é o mais frequente, representando cerca de 85% dos casos. Pode ser desencadeado por diferentes mecanismos, cuja maioria é geralmente identificada, no entanto, em 25% dos casos, a etiologia permanece desconhecida⁽⁴⁸⁾. De acordo com a classificação *Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment* (TOAST), o AVC isquêmico é classificado em cinco subtipos com base na sua etiologia: aterosclerose das grandes artérias; cardioembólico; oclusão dos pequenos vasos; AVC de outra etiologia conhecida; e AVC de outra etiologia desconhecida. O sistema ASCO é também utilizado para investigar a tipologia do AVC, baseando-se no fenótipo do doente, classificando-o de acordo com a contribuição relativa de aterosclerose, doença de pequenos vasos, fonte cardíaca e outras causas^(1,49).

2.3 Literacia em Acidente Vascular Cerebral

Existem campanhas nacionais e internacionais bem como mensagens de consciencialização para educar a população sobre os fatores de risco cerebrovasculares e sinais de alerta do AVC, destacando também a importância da procura de um atendimento médico imediato. Contudo, estudos que avaliam o nível de literacia em AVC na população em geral indicam que existe um conhecimento significativamente reduzido sobre esta patologia^(4,5,7,24,28).

De acordo com uma investigação publicada na Revista Portuguesa de Cardiologia em 2018, os portugueses apresentam um baixo nível de literacia em saúde cardiovascular, nomeadamente no que diz respeito ao enfarte agudo do miocárdio e ao AVC⁽²⁷⁾.

A inadequada literacia em saúde tem um impacto significativo na incidência, na mortalidade e na morbilidade do AVC. A dificuldade em reconhecer rapidamente os sinais e os sintomas aumenta o tempo entre o início dos mesmos até à intervenção médica, comprometendo a eficácia das terapias de reperfusão e, consequentemente, aumentando o risco de mortalidade. Adicionalmente, a falta de conhecimento dos fatores de risco compromete a prevenção primária bem como a secundária, contribuindo para a incidência do AVC. Cerca de 80% dos AVC's podem ser prevenidos através da modificação dos fatores de risco, reduzindo o risco em 50%. Para além disso, existe um risco de recorrência de 11% dentro do primeiro ano após um AVC inicial e um risco de 26% durante os 5 anos seguintes, sendo a prevenção secundária essencial para diminuir este risco em aproximadamente 20 a 30%^(34,50–54).

Um estudo qualitativo realizado em 2020 revelou que os adultos que apresentam múltiplos fatores de risco estão cientes de que apresentam um risco elevado de desenvolver doenças cardiovasculares. Contudo, observou-se que desconhecem as estratégias de prevenção adequadas⁽⁵⁵⁾.

Os tratamentos para o AVC têm evoluído ao longo do tempo, permitindo avanços significativos na sua abordagem clínica. A mensagem de sensibilização “*Time is Brain*”, traduzido para a língua portuguesa - “Tempo é Cérebro” - reforça a

urgência de um atendimento médico imediato. Contudo, apenas 8% dos doentes chegam ao hospital dentro do período de tempo eficaz para a realização da trombólise e apenas 1,9% à tromboectomia endovascular (TEV), o que está longe do mínimo esperado para diminuir, de forma significativa, o impacto do AVC a nível populacional. Desta forma, a educação e a sensibilização sobre esta patologia são o ponto de partida para a sua prevenção e, de acordo com investigações, o conhecimento em AVC pode ser significativamente melhorado^(28,56–60).

As campanhas de sensibilização e as orientações em caso de suspeita de AVC recomendam o contacto imediato com o 112. Segundo informações do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), no primeiro semestre do ano de 2024, foram encaminhadas, através da Via Verde (VV) do AVC, 3755 vítimas, mais 108 indivíduos do que o ano de 2023. No entanto, das 3755 vítimas, apenas 49% contactaram o 112 na primeira hora após o início dos sintomas⁽⁶¹⁾.

Um estudo descritivo, prospetivo e transversal, realizado em agosto de 2020, teve como objetivo avaliar o conhecimento em doentes com AVC, sobre os sinais de alerta e fatores de risco, bem como as suas atitudes perante um evento. O estudo incluiu doentes com idade igual ou superior a 18 anos, admitidos no Departamento de Neurologia do Hospital Universitário de Burgos, em Espanha, com um diagnóstico inicial provável de AVC, confirmado posteriormente por tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética. A amostra foi constituída por 529 participantes, dos quais 84,31% sofreram um AVC isquémico e os restantes um AVC hemorrágico. Relativamente ao conhecimento dos sinais de alerta, 299 (56,52%) indivíduos foram capazes de identificar pelo menos dois sinais de alerta, cujos mais mencionados foram a perda de força e a perda de sensibilidade. No que diz respeito aos fatores de risco, 283 (53,50%) identificaram dois fatores, destacando-se a doença cardiovascular e a hipertensão arterial (HTA) como os mais citados. Em relação ao que fazer perante um AVC, 140 (26,46%) participantes relataram que procurariam assistência imediatamente, 222 (41,97%) procurariam assistência, mas não imediatamente, e 167 (31,57%) não tomariam nenhuma atitude específica. Foi possível constatar que a procura imediata de cuidados médicos estava relacionada com o facto de ter um nível educacional mais elevado ou histórico de AVC. Quanto às fontes de informação, 215 participantes adquiriram conhecimento por meio da própria experiência pessoal ou do ambiente onde estavam inseridos, 205 recorreram à internet e 109 aos profissionais de saúde. Na discussão desta pesquisa destacou-se que os resultados obtidos foram consistentes com estudos anteriores que avaliaram a literacia também em doentes vítimas de AVC ou com a população em geral. Contudo, este estudo revelou uma proporção maior de indivíduos capazes de identificar corretamente os sinais de alerta, embora a falta de conhecimento ainda seja significativa. No que diz respeito aos fatores de risco, a percentagem de indivíduos que os referiram corretamente é também semelhante a estudos anteriores. Já em relação à atitude a fazer perante um AVC, apenas 16,99% indicaram uma resposta mais adequada. Este estudo

conseguiu assim evidenciar que a população apresenta dificuldade em colocar em prática os conhecimentos que detêm, levando assim a um atraso na admissão hospitalar e, conseqüentemente, uma diminuição do tempo em que o tratamento é eficaz⁽⁴⁶⁾.

No âmbito de um estudo prospetivo e observacional publicado em setembro de 2021, foi avaliado o conhecimento em AVC, nomeadamente a sua definição, os fatores de risco, sinais e sintomas e a resposta perante um evento. A amostra foi constituída por 2000 participantes que visitaram uma clínica de ambulatório de um hospital de cuidados terciários. Para avaliar o conhecimento, foi entregue um questionário que continha questões demográficas e 13 perguntas de escolha múltipla. Relativamente à definição de AVC, 786 (39,3%) participantes mencionaram o AVC como um “coágulo sanguíneo no cérebro” e 268 (13,4%) referiram uma “hemorragia cerebral”; 275 (13,75%) mencionaram como uma “condição que afeta o cérebro” e 333 (16,65%) referiram que o AVC estava “relacionado a um problema de circulação no cérebro”; 823 (41,2%) referiram ainda que era um “ataque cardíaco”, 165 (8,25%) mencionaram como “convulsões” e 239 (12,0%) referiram que não sabem o que significa esta doença. No que diz respeito ao conhecimento dos fatores de risco e dos sinais de alerta, a maioria dos inquiridos soube nomear corretamente pelo menos um fator e um sinal de alerta, tendo sido os mais referidos a HTA e o stress como fatores de risco e a diminuição da força de um lado do corpo como sinal de alerta. Contundo, 177 (8,85%) participantes não souberam nomear nenhum fator e 290 (31,4%) não conheciam nenhum sinal de alerta. No que diz respeito à resposta em caso de AVC, os autores analisaram apenas esta variável dentro dos participantes que sabiam a definição de AVC, ou seja, entre os 1138 (56,9%) indivíduos que sabiam a sua definição. Deste grupo, apenas 166 (14,6%) mencionaram uma resposta adequada. Observou-se que o conhecimento da definição de AVC, dos fatores de risco e dos sinais de alerta foi significativamente maior neste estudo do que em estudos anteriores, apesar de existir um baixo conhecimento relativamente à resposta mais adequada perante um evento agudo. Observou-se também que o facto de conhecer um amigo ou membro familiar que já sofreu um AVC está correlacionado com o aumento de respostas corretas. Esta investigação pretendeu assim realçar a importância de não só informar a população sobre os fatores de risco e os sinais de alerta, mas também educá-la sobre as ações que devem ser tomadas perante um AVC⁽⁴¹⁾.

Uma investigação conduzida na Itália entre 2021 e 2022, teve como objetivo avaliar o conhecimento em AVC em estudantes no ensino secundário. O estudo envolveu 2 etapas: inicialmente, os alunos responderam a um questionário anónimo constituído por questões de escolha múltipla relativas ao conhecimento geral em AVC, fatores de risco e sintomas iniciais, seguida de uma palestra educativa que abordou a prevenção, tratamento e sinais de alerta; a segunda etapa consistiu em, após a palestra, refazer o questionário e, assim, avaliar a retenção do conhecimento. A amostra da primeira parte foi constituída por 2264 participantes, enquanto a segunda parte contou com 1883 participantes. Na primeira etapa, a taxa

de erros foi de 23,5% para o conhecimento geral em AVC, 37,6% para os fatores de risco e 34,1% para os sintomas iniciais, resultando em uma média de respostas incorretas de 33,4%. Após a palestra, na segunda etapa, a média de erros caiu significativamente para 11,4%. Durante a análise observou-se que, em ambas as fases, o desempenho foi melhor entre estudantes do sexo feminino e estudantes com uma idade mais avançada. O estudo conseguiu assim demonstrar que, através de intervenções educativas bem estruturadas, é possível melhorar o conhecimento em AVC⁽⁶²⁾.

2.4 Fatores de Risco

Os fatores de risco do AVC são classificados em modificáveis e não modificáveis⁽¹⁾.

Os fatores não modificáveis estão relacionados com características individuais que não podem ser alteradas ou controladas. Entre estes, destacam-se: a idade, que é o fator mais significativo, com um risco 2 vezes maior a cada década após os 55 anos; o sexo, com as mulheres apresentando um risco mais elevado na gravidez e durante a toma de anticoncepcionais orais; a etnia, onde os afro-americanos apresentam o dobro do risco de sofrer um AVC do que os indivíduos de etnia caucasiana; e a genética^(1,47,63–66).

Os fatores modificáveis, que quando bem controlados reduzem significativamente o risco de AVC, incluem: a HTA, que é o principal fator, dado que estes indivíduos apresentam um risco 4 vezes maior, estando presente em mais de 50% dos doentes com AVC, aumentando o risco de AVC's hemorrágicos bem como um aumento indireto de AVC's isquémicos resultantes da aterosclerose; diabetes *mellitus*, responsável por 20% das mortes de AVC; doença cardiovascular, por exemplo a fibrilhação auricular, que é das principais causas do AVC de origem cardioembólica; hábitos tabágicos, dado que fumar acarreta um risco 2 vezes maior; dislipidemia; consumo de álcool e abuso de substâncias, principalmente drogas; obesidade e comportamento sedentário^(1,47,63–66).

Para além dos fatores de risco já mencionados, os fatores de risco ambientais e sociais desempenham também um papel importante. A exposição prolongada à poluição do ar está associada a um aumento do risco de AVC. Por outro lado, as desigualdades económicas limitam o acesso a cuidados de saúde adequados, educação em saúde e recursos para a adoção de estilos de vida saudáveis^(67–69).

O AVC é considerado uma patologia causada pela exposição prolongada a fatores de risco modificáveis. Cerca de 87% da carga global de AVC é atribuída a fatores de risco relacionados com o estilo de vida. Nesse sentido, a modificação destes fatores reduz o risco de AVC em 50%.^(15,29,54).

2.5 Circulação Cerebral

O cérebro representa aproximadamente 2% da massa corporal total, consumindo cerca de 50% da glicose disponível no organismo, tornando-o um órgão que necessita de bastante energia e, conseqüentemente, um dos órgãos mais perfundidos. A perfusão cerebral é realizada por meio de duas circulações: a circulação anterior, com origem nas artérias carótidas internas, direita e esquerda, e a circulação posterior, proveniente das artérias vertebrais, direita e esquerda. Assim que estas artérias entram no crânio elas ramificam-se, perfundindo todas as regiões superficiais e profundas do cérebro⁽⁷⁰⁾.

O Polígono de *Willis*, descrito por *Thomas Willis* em 1664, é uma estrutura anatómica que conecta as duas circulações através de uma ligação anastomótica. Localiza-se na fossa interpeduncular do cérebro, que circunda o quiasma ótico. O polígono de *Willis* é anatomicamente variável entre indivíduos, estando presente estruturalmente completo apenas em 45 a 66% dos indivíduos^(70–72). Anteriormente, o polígono é composto pelas porções terminais das artérias carótidas internas, pelos segmentos A1 das artérias cerebrais anteriores e pela artéria comunicante anterior, que conecta a circulação direita e esquerda. Posteriormente, o polígono é constituído pelos segmentos P1 das artérias cerebrais posteriores, com as artérias comunicantes posteriores conectando a circulação anterior e posterior⁽⁷³⁾.

Esta rede vascular desempenha um papel crucial na circulação colateral das artérias cerebrais, especialmente em situações isquêmicas, atuando como um mecanismo de autorregulação, permitindo a compensação da perfusão cerebral em casos de oclusão arterial. Pesquisas publicadas evidenciam que a presença de determinados ramos do Polígono de *Willis* influenciam diretamente o prognóstico. Vítimas de AVC apresentaram resultados estatisticamente mais favoráveis quando esses ramos estavam presentes, especialmente em situações de oclusão da porção distal da artéria carótida interna^(70–72).

2.6 Sinais e Sintomas

Os sintomas do AVC variam conforme a região cerebral comprometida, ou seja, dependem da proporção dos 100 bilhões de neurónios que podem ser afetados^(70,74). A sua apresentação clínica é de início súbito e representam um desafio para o doente, para a pessoa que o acompanha e para o próprio profissional de saúde. Os sintomas típicos, que são também os mais frequentes, incluem hemiplegia, paralisia facial, desvio conjugado do olhar, dificuldade na linguagem e parestesias. Já os sintomas atípicos, menos frequentemente reconhecidos pela população, incluem alterações visuais súbitas, confusão mental, desorientação, vertigem, tontura e redução do nível de consciência. Cerca de 80% dos doentes também apresentam deficiência motora, levando à perda de força muscular e falta de coordenação^(4,29,47,75–77).

Como mencionado anteriormente, os sintomas variam de acordo com a área cerebral afetada, ou seja, a manifestação clínica de um AVC isquêmico depende

da sua localização dentro da vasculatura. Contudo, é importante considerar que podem existir variações individuais na distribuição funcional das estruturas cerebrais, o que pode influenciar o quadro clínico apresentado⁽⁷⁸⁾. Relativamente à circulação anterior, a isquémia unilateral da artéria oftálmica vai provocar sinais relacionados com a função dos neurónios irrigados por essa artéria. Assim, nesse caso, o doente vai apresentar amaurose fugaz no olho afetado. No caso da artéria cerebral média, se existir isquémia ipsilateral da artéria no hemisfério dominante, vamos observar distúrbios sensoriais e motores contralaterais, agnósia ipsilateral e afasia. No que diz respeito à circulação posterior, como esta é responsável pela perfusão do tronco cerebral, observamos, mais frequentemente, perda de consciência^(1,74).

Segundo as normas da Direção Geral de Saúde (DGS) os sinais mais comuns, conhecidos como a sigla dos 3 F's, são: força, face e fala⁽⁷⁹⁾ e, perante estes sinais, deve-se ligar imediatamente para o Número Europeu de Emergência - 112. De acordo com o INEM, se alguém se encontrar perante uma vítima com sinais e sintomas de AVC deve-se: pedir para sorrir e, se se observar alguma assimetria, esta poderá indicar que o outro lado da cara está paralisado; verificar se a vítima consegue levantar os dois braços e, caso consiga levantar apenas um, pode estar a sofrer um AVC^(80,81).

2.7 Tratamento

O tratamento do AVC é um processo dinâmico, no qual o tempo desempenha um papel crucial na medida em que influencia a eficácia das intervenções realizadas bem como o prognóstico. O objetivo do tratamento é restaurar o fluxo sanguíneo o mais rápido possível após o surgimento dos sintomas e, dessa forma, minimizar os danos cerebrais^(5,82). Assim que ocorre a interrupção do fluxo sanguíneo podem ocorrer danos irreversíveis nos neurónios entre cinco a dez minutos, dependendo da localização da isquémia e do tamanho da área afetada⁽⁸³⁾.

Antes de iniciar o tratamento são necessários métodos de neuroimagem para determinar qual o tipo de AVC - isquémico ou hemorrágico - e, assim, oferecer o tratamento adequado. Geralmente realiza-se uma tomografia computadorizada sem contraste e, no caso de AVC hemorrágico, vai ser possível observar focos hemorrágicos hiperdensos típicos. Caso não sejam vistos estes focos, então a hipótese de hemorragia intracraniana é excluída^(84,85).

Em relação ao AVC hemorrágico, o tratamento envolve o controlo hemodinâmico, nomeadamente através da pressão arterial. Numa fase mais avançada, o tratamento consiste na remoção de coágulos sanguíneos intracranianos ou sangue intraventricular por meio de cirurgia invasiva⁽⁸²⁾.

No caso do AVC isquémico, a reperfusão pode ser realizada por meio de duas abordagens principais: a trombólise intravenosa e a TEV, ambas com uma janela

terapêutica limitada. A trombólise consiste na dissolução do coágulo através da administração de um agente trombolítico - o ativador do plasminogénio tecidual recombinante (r-tPA) - que é fundamental no sistema fibrinolítico do corpo. Os coágulos sanguíneos são formados pela agregação de plaquetas em malhas de fibrina que se formam após uma lesão vascular e, o r-tPA, promove a degradação desses coágulos através da conversão de plasminogénio em plasmina, uma enzima que cliva a fibrina e dissolve o trombo. Para assegurar um tratamento eficaz, a trombólise deve ser administrada dentro de 4,5 horas após o início dos sintomas. O tratamento para além deste tempo pode aumentar o risco de hemorragia e, conseqüentemente, causar danos adicionais ao cérebro. Por esse motivo, este tratamento não está indicado para além das 4,5 horas. Cada atraso de trinta minutos na reperfusão diminui a probabilidade de um prognóstico favorável de 8 a 14%. Para além da apresentação tardia do doente, existem diversas contraindicações, relativas e absolutas, que restringem a realização da trombólise, como défices neurológicos na apresentação, pré-tratamento com anticoagulação, histórico de AVC recente (últimos 3 meses), enfarte agudo do miocárdio recente (últimos 3 meses), histórico de cirurgia ou hemorragia recente, entre outros. (29,47,82,84,86–88).

Relativamente à TEV, este é um procedimento invasivo que remove fisicamente o coágulo, revelando ser um tratamento eficaz em doentes com oclusões proximais de grandes vasos, especialmente quando a trombólise intravenosa é contraindicada. Para além de ser uma alternativa viável nesses casos, é um tratamento que prolonga a janela de tempo, sendo eficaz até 24 horas desde o início dos sintomas^(29,47,82,86,87).

A VV do AVC, segundo a Associação Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral (APAVC), é um mecanismo criado pelas autoridades de saúde que permitem o transporte da vítima desde o local onde se encontra para um hospital qualificado, na qual está uma equipa de profissionais prontos a agir. O seu objetivo é permitir uma resposta mais rápida perante a situação, garantindo assim a diminuição do tempo entre o início dos sintomas e a intervenção médica⁽⁸⁹⁾.

Uma investigação conduzida em Portugal publicada em 2019 teve como objetivo analisar os resultados da implementação de um protocolo de VV no SU de um hospital localizado no norte do país. A amostra foi constituída por 1200 indivíduos que deram entrada no SU por AVC, tendo sido excluídos os indivíduos com diagnóstico de AVC há mais de 24 horas. Iniciou-se o processo de recolha com o pedido aos serviços informáticos da lista de todos os doentes com o diagnóstico de AVC isquémico, AVC hemorrágico e AIT. Foi recolhida a informação acerca das variáveis sociodemográficas (sexo, idade e proveniência dos doentes), variáveis clínicas (ativação da VV, valores da primeira avaliação no SU da glicémia capilar, frequência cardíaca, pressão arterial e fatores de risco cardiovasculares) e variáveis de contexto (hora da primeira avaliação clínica, a hora da realização dos exames laboratoriais e a hora de realização da trombólise, nos casos em que foi realizada, determinando assim os tempos assistenciais porta-médico, porta-análise

e porta-agulha, respetivamente). Dos 1200 doentes, 756 (63%) tinham AVC isquémico, 207 (17,2%) AVC hemorrágico e 237 (19,8%) AIT. Os fatores de risco mais frequentes foram HTA, dislipidemia, diabetes *mellitus* e fibrilhação auricular⁽⁹⁰⁾.

A VV foi ativada em 431 casos, dos quais 282 foram casos de AVC's isquémicos e 57 AVC's hemorrágicos. Dos 282 indivíduos, 52 (18,4%) realizaram trombólise intravenosa, correspondendo a uma taxa de trombólise de 6,9% para o AVC isquémico. Isto é, os restantes 230 foram considerados não elegíveis, dos quais 177 foram por motivos clínicos, 36 pelo tempo e os restantes por motivos não documentados. Dos doentes que realizaram a trombólise, 33 casos realizaram-na após as 4,5 horas desde o início dos sintomas⁽⁹⁰⁾.

Quando a VV foi ativada pelos 431 indivíduos, o tempo porta-médico foi de $9,9 \pm 3,2$ minutos. Dos 52 doentes que realizaram a trombólise, o tempo porta-análise foi de $38,3 \pm 11,7$ minutos e o tempo porta-agulha foi de $69,5 \pm 13,1$ minutos⁽⁹⁰⁾.

Durante a discussão desta investigação observou-se que a taxa de ativação da VV foi de 35,9% para o AVC isquémico, o que vai de encontro a outros estudos realizados, por exemplo em Espanha, com uma taxa entre os 31 a 38%, e em França, com 35%. Apesar da elevada taxa de doentes que ativaram a VV, apenas 52 doentes com AVC isquémico realizaram terapia de reperfusão. Constatou-se que muitos dos doentes com AVC isquémico possuíam doença cardiovascular prévia, o que pode ter contribuído para a não realização da trombólise. Em relação ao tempo, o tempo porta-agulha ($69,5 \pm 13,1$ minutos) ultrapassou o tempo que está descrito nas diretrizes, que diz que o tempo entre a admissão até à decisão de administrar a trombólise não deve ultrapassar os 60 minutos⁽⁹⁰⁾.

Esta investigação pretendeu demonstrar que a implementação do protocolo da VV foi eficaz, contudo, segundo os resultados, é necessário diminuir o tempo de identificação dos doentes que são elegíveis para a terapêutica⁽⁹⁰⁾.

2.8 O Acidente Vascular Cerebral no Idoso

O conceito de envelhecimento tem evoluído ao longo do tempo. Segundo a OMS, considera-se idoso todo o indivíduo com 60 ou mais anos nos países em desenvolvimento, e com 65 ou mais nos países desenvolvidos. O envelhecimento é um processo natural que pode ocorrer, ou não, de forma equilibrada em termos de saúde, dependendo do grau de fragilidade e de vulnerabilidade. É considerado um processo irreversível, inevitável e individualizado⁽¹⁶⁾.

As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morbilidade e mortalidade nos idosos a nível mundial⁽⁹¹⁾. Com o envelhecimento ocorrem alterações funcionais ao nível do coração, como disfunções sistólicas e diastólicas, bem como alterações relacionadas com o sistema elétrico cardíaco. Ao longo do tempo, estas alterações contribuem para um aumento da incidência de doenças cardiovasculares nesta população. A alta prevalência destas patologias nesta faixa

etária está associada ao próprio processo de envelhecimento, caracterizado por uma maior produção de radicais livres de oxigénio, ao aumento do stress oxidativo, à inflamação crónica, a processos apoptóticos, à degeneração do miocárdio e resistência à insulina, especialmente em indivíduos diabéticos e obesos. Para além disso, a prevalência destas doenças aumenta significativamente na presença de múltiplos fatores de risco vasculares⁽⁹²⁾.

Entre as doenças cardiovasculares mais preocupantes nos idosos destaca-se o AVC. Nos homens após os 65 anos e nas mulheres após os 75, existe um risco elevado de vir a sofrer um evento⁽⁹¹⁾.

A população idosa está a aumentar e, com isso, aumenta a carga global de AVC nesta faixa etária^(93,94). Dos indivíduos que sofrem um AVC, cerca de um terço são idosos, sendo o risco de morte mais elevado do que em indivíduos mais jovens⁽⁹⁵⁾.

Aproximadamente 50% dos AVC's ocorrem em indivíduos de 70 anos, um terço afeta pessoas com mais de 80 anos e um quarto ocorre em indivíduos com mais de 85 anos. Devido ao aumento da esperança de vida, os idosos enfrentam um maior risco não apenas de sofrer um AVC, mas também um maior risco de recorrência. Para além disso, apresentam uma probabilidade 5 vezes maior de desenvolver demência. Cerca de 50% dos doentes com mais de 70 anos não sobrevivem nos primeiros 3 meses e, os que sobrevivem, enfrentam graves limitações funcionais. O prognóstico destes doentes é determinado pela idade avançada, pelo número elevado de condições médicas existentes, pela gravidade aumentada do AVC, pelo estado funcional mais debilitado e por uma incidência mais frequente de complicações após o AVC⁽¹³⁾.

O tratamento nestes doentes torna-se um desafio, devido em grande parte às alterações fisiológicas, ao metabolismo alterado, às alterações cognitivas e ao grande número de comorbidades e toma de medicamentos⁽⁹¹⁾. A idade avançada tem sido apontada como um dos principais fatores para a ocorrência de hemorragia intracraniana após reperfusão por trombólise intravenosa⁽¹³⁾.

Relativamente à prevenção desta doença cerebrovascular nesta faixa etária, é fundamental manter os valores da pressão arterial dentro da normalidade, uma vez que a HTA é o principal fator de risco modificável para o AVC. Estudos demonstram que o risco de AVC aumenta proporcionalmente com o aumento dos valores da pressão arterial, sendo a incidência significativamente maior na população idosa. Em idosos que morreram por AVC, foi constatado que mais de metade apresentavam HTA⁽⁹²⁾.

A população idosa consistiu assim uma grande parte dos doentes vítimas de AVC, tornando-se um motivo de preocupação pela alta incidência nesta faixa etária bem como pela incapacidade frequentemente associada, sendo necessário evidenciar que a probabilidade de um prognóstico favorável diminui 25% a cada década⁽¹³⁾.

2.9 Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

A nível mundial, Portugal é o terceiro país mais envelhecido. Com o avanço da idade, ocorrem mudanças físicas, biológicas e psicológicas que comprometem a qualidade de vida e a autonomia do indivíduo^(94,96,97). Por este motivo, a prestação de cuidados por parte de outros é fundamental, sendo o cuidado reconhecido como uma necessidade humana essencial⁽⁹⁶⁾.

Devido à perda de autonomia, os idosos são cada vez mais institucionalizados em ERPI's. A Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, alterada e republicada pela Portaria n.º 349/2023, de 13 de novembro, define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as ERPI's. O n.º 2 do artigo 1º considera a ERPI como “o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestação de cuidados adequados e ajustados às necessidades das pessoas idosas e suas famílias”, estando enunciado no artigo 12º o pessoal mínimo por categoria para assegurar a prestação dos serviços 24 horas por dia de acordo com a capacidade da ERPI. Assim, o número mínimo de ajudantes de ação direta, categoria alvo deste estudo, é de 1 funcionário para 8 residentes, como é o caso da Casa do Povo de Abrunheira. No entanto, no caso de a ERPI acolher residentes com elevado grau de dependência, o número necessário de trabalhadores aumenta, como refere o n.º 3 do mesmo artigo, passando a relação dos ajudantes de ação direta a ser de 1 trabalhador para 5 residentes, como sucede na Fundação Ferreira Freire ⁽⁹⁹⁾.

Esta categoria geralmente apresenta baixos níveis de escolaridade e ingressa nesta área por necessidade de emprego. Frequentemente, os funcionários desta categoria não apresentam formação específica para o cuidado com o idoso, sendo esta adquirida posteriormente na própria instituição com instruções das funcionárias mais experientes⁽¹⁰⁰⁾.

É essencial que os profissionais de saúde e as restantes entidades envolvidas disponham dos conhecimentos e recursos necessários para garantir a qualidade na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no AVC, onde é necessário saber agir rapidamente⁽⁹⁸⁾.

Contributo da Investigação

3. Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Caracterizar a literacia em AVC dos auxiliares de saúde em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas localizadas no distrito de Coimbra.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a literacia em AVC dos auxiliares de saúde;
- Correlacionar a relação entre a literacia em AVC e a idade, anos de escolaridade e a existência de formação na área;
- Correlacionar as fontes de informação sobre saúde a que recorrem com os dados/resultados do questionário.

4. Materiais e Métodos

O local de estudo são duas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas do distrito de Coimbra: a Casa do Povo de Abrunheira, localizada na União de Freguesias de Abrunheira, Verride e Vila Nova da Barca do concelho de Montemor-o-Velho; e a Fundação Ferreira Freire, localizada na União de Freguesias de Portunhos e Outil do concelho de Cantanhede.

O presente estudo foi comunicado a cada uma das instituições para pedir autorização para a realização do estudo/recolha de dados nos locais mencionados. Após as autorizações, o estudo foi submetido à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Castelo Branco. Após a aprovação da Comissão de Ética, e consequente autorização para dar continuidade à investigação, os dados utilizados foram recolhidos por meio de um questionário entregue em formato físico. Juntamente com o questionário, foi entregue o consentimento informado, permitindo ao indivíduo a opção de participar ou não no estudo.

O questionário, elaborado pela equipa de investigação e previamente analisado por uma amostra semelhante à da presente investigação, é constituído por duas secções. A primeira baseia-se na caracterização sociodemográfica, formação e experiência do participante e a segunda secção para avaliar o seu conhecimento através de perguntas relativas ao AVC (definição e conceito do AVC, os fatores de risco, a sigla dos 3 F's, os sinais e sintomas, o que fazer perante um evento agudo e o tratamento).

Relativamente à primeira secção, os participantes têm de selecionar o sexo; a idade; o nível de escolaridade (se tem até ao 3º ciclo, ensino secundário ou ensino superior e, caso selecione este último, mencionar a licenciatura); há quanto tempo trabalha na instituição; se já trabalhou noutra instituição e durante quanto tempo; se realizou formação para ser auxiliar (caso responda “Sim”, referir qual a formação realizada, qual a sua duração e o ano em que a realizou); se já realizou formação na área do AVC (se responder “Sim”, mencionar a formação realizada, qual a sua

duração e o ano em que a realizou); se tem algum amigo/familiar que já tenha sofrido um AVC; e quais as fontes de informação que utiliza (amigos ou outros profissionais de saúde; comunicação social; trabalho, formações).

No que diz respeito à segunda secção, os participantes têm de responder a questões relacionadas sobre o AVC, nomeadamente a definição e conceito de AVC (8 questões de Sim, Não e Não Sei), fatores de risco (1 questão com 11 opções para assinalar quais considera ser fator de risco), conhecimento da sigla dos 3F's (1 questão de Sim ou Não; se selecionar "Sim" deve referir quais são os 3 F's), sinais e sintomas (1 questão com 8 opções para assinalar quais considera ser sinal e sintoma), o que fazer em caso de emergência (1 questão com 5 opções para selecionar) e, por último, o tratamento (12 questões de Sim, Não e Não Sei).

No período de recolha, realizada entre novembro de 2024 e janeiro de 2025, a equipa de investigação dirigiu-se às instituições, onde foram entregues os questionários.

Após a recolha dos dados, a equipa de investigação avaliou as variáveis, tendo como objetivo testar as hipóteses já estabelecidas. Para conduzir a investigação, foi elaborada uma base de dados no *Microsoft Excel*.

Para análise das variáveis qualitativas, foi realizada uma análise descritiva simples, enquanto para as variáveis quantitativas foi feita uma análise com cálculo da média, desvio padrão e percentagens.

No que diz respeito à estratégia de análise e interpretação dos resultados, foi utilizado o programa de análise e tratamento de dados estatísticos *SPSS Statics*® (*Statistical Product and Service Solutions*).

A normalidade dos dados foi avaliada de acordo com o teste *Shapiro-wilk*. No caso de uma distribuição normal da amostra, foram utilizados testes paramétricos; quando o contrário (uma distribuição anormal da amostra), foram utilizados testes não paramétricos. O intervalo de confiança foi de 95% com um $p \leq 0,05$.

De forma a poder realizar a recolha dos dados, a Comissão de Ética teve primeiro de aprovar a continuação deste projeto, e consequentemente, aprovar a investigação. Após a sua aprovação, todos os dados recolhidos através do questionário foram anónimos e confidenciais, garantindo a proteção dos dados dos participantes, assim como a sua privacidade. Para além disso, como os participantes respondem ao questionário de forma voluntária, são livres de decidir se participam ou não no estudo, podendo desistir a qualquer momento, mesmo já tendo assinado o consentimento.

Relativamente aos dados recolhidos, estes serão utilizados apenas para um fim académico e serão analisados através de códigos de números ou letras, de acordo com a Declaração de Helsínquia.

A equipa de investigação ainda declara que não existem conflitos de interesse e que esta investigação será realizada de forma a proteger todos os participantes.

Após a análise dos resultados, será realizada uma apresentação em cada instituição, na qual serão compartilhadas as conclusões obtidas, além de uma apresentação sobre o AVC, contribuindo assim para o aumento do conhecimento dos auxiliares de saúde bem como sensibilizá-los da importância de reconhecer esta doença cerebrovascular.

5. Resultados

5.1 Caracterização da Amostra

A população que faz parte deste estudo são os auxiliares de saúde que trabalham nas duas ERPI's acima mencionadas. A amostra é constituída por 47 participantes, dos quais 41 (87,2%) são do sexo feminino e 6 (12,8%) são do sexo masculino, tendo sido a técnica de recolha da amostra utilizada não probabilística por conveniência.

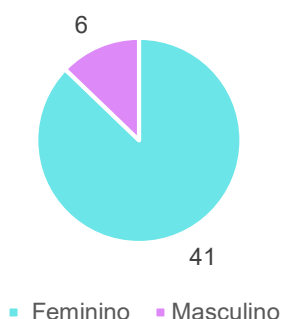


Gráfico 1 – Distribuição dos participantes por sexo

Relativamente à faixa etária dos indivíduos, 8 (17%) têm uma idade compreendida entre 18 e 30 anos; 20 (42,6%) entre 31 e 49 anos; 7 (14,9%) entre 50 e 54 anos e 12 (25,5%) apresentam uma idade igual ou superior a 55 anos.

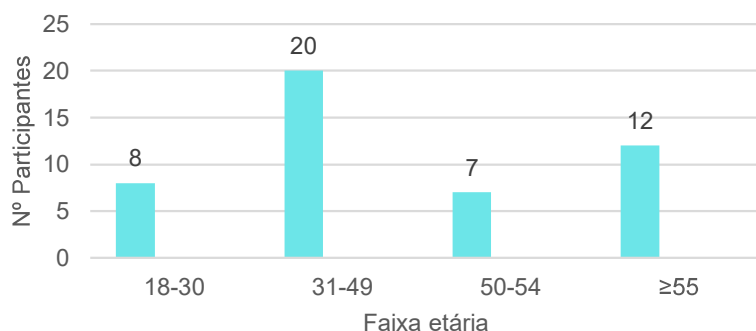


Gráfico 2 – Distribuição dos participantes por faixa etária

Legenda: Nº - Número; ≥ - maior ou igual

5.2 Nível de Escolaridade

No que se refere ao nível de escolaridade, 24 (51,1%) indivíduos completaram o ensino até ao 3º ciclo, 22 (46,8%) concluíram até ao ensino secundário (12º ano)

e 1 (2,1%) indivíduo ingressou no ensino superior, com uma licenciatura em Serviço Social.

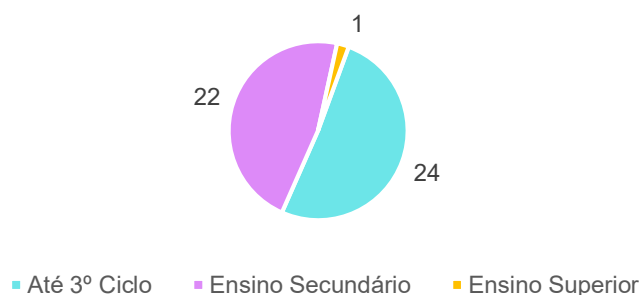


Gráfico 3 – Distribuição dos participantes por nível de escolaridade

A tabela 1 apresenta a relação entre a faixa etária e o nível de escolaridade dos inquiridos. Verifica-se que o grupo etário dos 18 a 30 anos apresenta níveis mais elevados de escolaridade (nível secundário), enquanto as restantes faixas etárias apresentam maioritariamente o 3.º ciclo.

		Escolaridade			Total
		3º ciclo	Secundário	Superior	
Faixa etária	18-30	1	7	0	8
	31-49	11	8	1	20
	50-54	4	3	0	7
	≥ 55	8	4	0	12
Total		24	22	1	47

Tabela 1 – Relação entre a faixa etária e o nível de escolaridade dos participantes

Legenda: ≥ - maior ou igual

5.3 Anos de trabalho na instituição atual

O gráfico de barras seguinte (gráfico 4) apresenta a distribuição dos participantes de acordo com o número de anos que trabalham na instituição atualmente. É possível observar que o período mais mencionado foi de 1 a 5 anos, referido por 19 indivíduos.

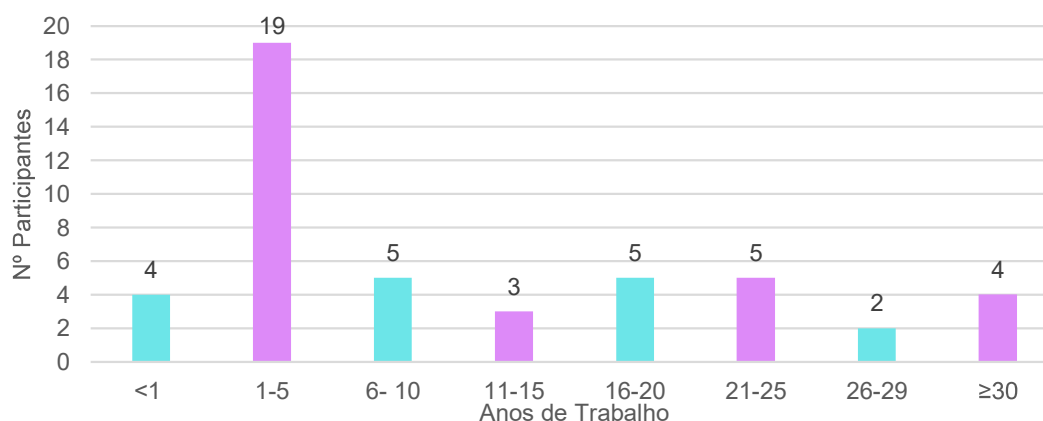


Gráfico 4 – Distribuição dos participantes por anos de trabalho na instituição atual

Legenda: Nº - Número; < - menor; ≥ - maior ou igual

5.4 Formação em Auxiliar de Saúde

Dos 47 participantes, 18 (38,3%) realizaram formação em auxiliar de saúde e os restantes 29 (61,7%) indivíduos não realizaram. O gráfico abaixo (gráfico 5) representa o número de inquiridos que realizaram ou não a formação, correspondendo, respetivamente, a “Sim” e “Não”.

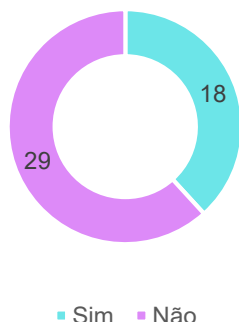


Gráfico 5 – Distribuição dos participantes por realização de formação em auxiliar de saúde

O gráfico seguinte (gráfico 6) apresenta as formações dos 18 participantes, que foram realizadas apenas uma vez: 9 (19,1%) realizaram Geriatria; 3 (6,4%) Geriatria + Auxiliar de Ação Médica; 2 (4,3%) Auxiliar de Ação Médica; 2 (4,3%) Auxiliar de Saúde e Primeiros Socorros; 1 (2,1%) Saúde do Idoso; e 1 (2,1%) Primeiros Socorros. As formações variaram entre 3 meses e 2 anos. Geriatria incluiu todas essas durações; Geriatria + Auxiliar de Ação Médica teve duração de 1 ano; Auxiliar de Ação Médica, 2 anos; Auxiliar de Saúde e Primeiros Socorros, 1 ano; e Saúde do Idoso e Primeiros Socorros, ambos 6 meses.

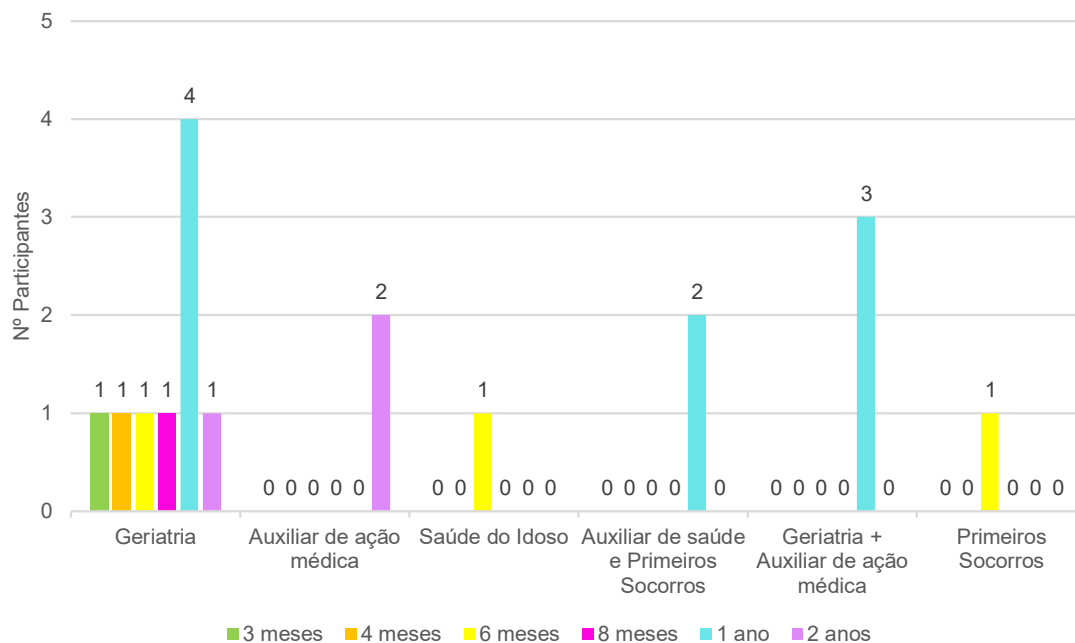


Gráfico 6 – Distribuição dos participantes pela formação realizada em auxiliar de saúde

Legenda: Nº - Número; + - mais

5.5 Formação na área do AVC

Dos 47 participantes, 17 (36,2%) realizaram uma formação em AVC e os restantes 30 (63,8%) indivíduos não realizaram. O gráfico 7 representa o número de inquiridos que realizaram ou não formação, correspondendo, respetivamente, a “Sim” e “Não”.

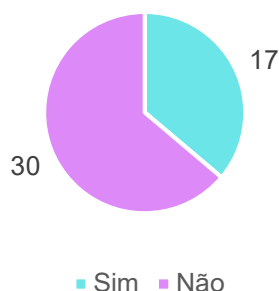


Gráfico 7 – Distribuição dos participantes por realização de formação na área do AVC

O gráfico seguinte (gráfico 8) apresenta a formação realizada e a sua duração. Dos 17 indivíduos que realizaram formação, 14 (29,8%) realizaram-na em contexto de trabalho, com uma duração total de 8 horas, e os restantes 3 (6,4%) realizaram uma formação em AVC integrada na formação em Auxiliar de Saúde, com uma duração de 2 meses. As formações referidas foram realizadas apenas uma vez.

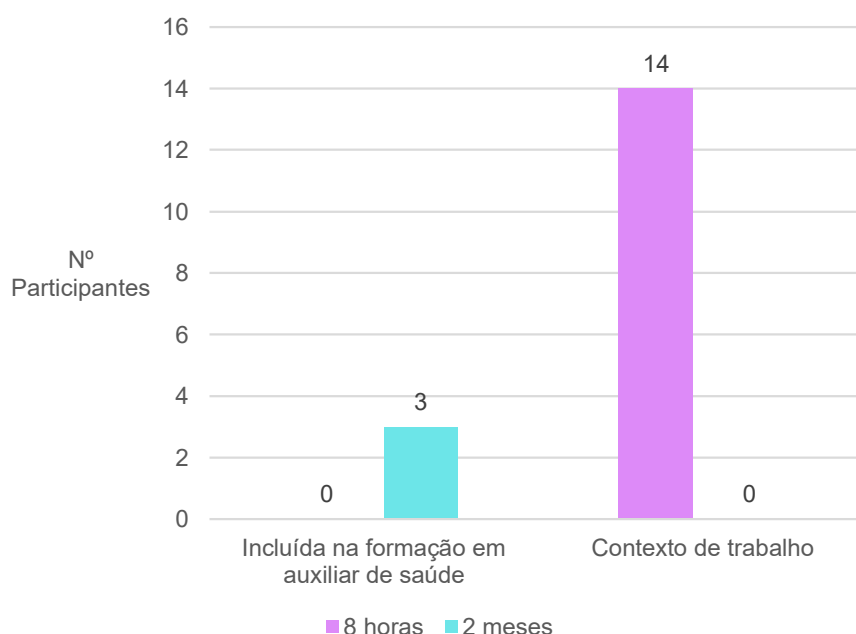


Gráfico 8 - Distribuição dos participantes pela formação em AVC realizada e a sua duração

Legenda: Nº - Número

A tabela seguinte (tabela 2) representa a relação entre a formação na área do AVC com os anos de serviço dos participantes na instituição. Verifica-se que a realização de formação foi mais frequente entre os auxiliares com menos anos de trabalho.

		Anos de trabalho na instituição							
		<1	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-29	≥30
Formação na área do AVC	Sim	1	8	1	1	3	2	0	1
	Não	3	11	4	2	2	3	2	3

Tabela 2 – Relação entre a formação em AVC e o tempo de serviço na instituição

Legenda: < - menor; ≥ - maior ou igual

5.6 Familiar/amigo com AVC

Relativamente à questão se o participante tem familiares ou amigos vítimas de AVC, 32 (68,1%) indivíduos responderam “Sim”, e os restantes 15 (31,9%) responderam “Não”.

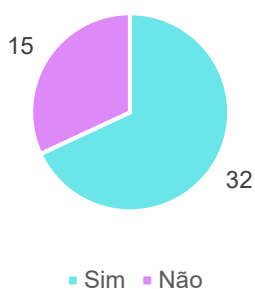


Gráfico 9 – Distribuição dos participantes por relação com familiar/amigo com AVC

5.7 Fontes de informação

Quanto às fontes de informação a que os participantes recorrem para obter conhecimento em AVC, 31 (66%) indivíduos selecionaram amigos/profissionais de saúde; 32 (68,1%) indicaram comunicação social (que inclui internet, redes sociais, televisão, rádio, revistas e folhetos); e 28 (59,6%) selecionaram trabalho/formações.

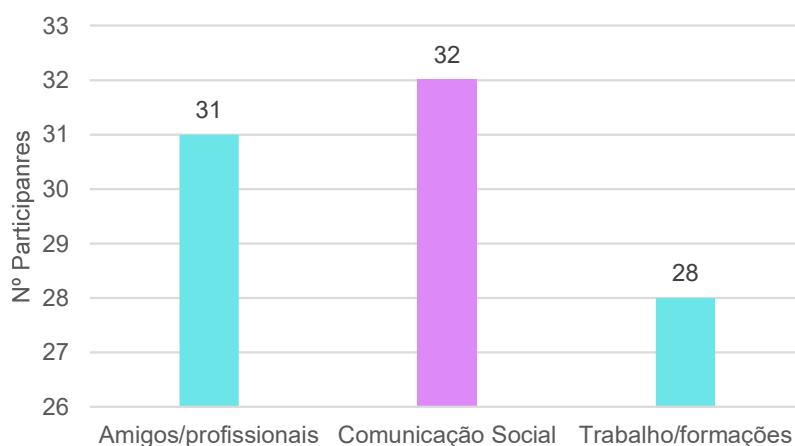


Gráfico 10 – Distribuição dos participantes pelas fontes de informação a que recorrem

Legenda: Nº - Número

5.8 Conhecimento global em AVC

Relativamente ao conhecimento global em AVC, os participantes respondiam “Sim” caso concordassem com a afirmação, “Não” se discordassem e “Não sei” se não soubessem responder.

Das 8 afirmações apresentadas no questionário que podemos observar no gráfico abaixo (gráfico 11), 7 estavam corretas e a afirmação “Causado por oclusão de artéria no coração” estava errada. Verifica-se que, para todas as afirmações apresentadas, a maioria dos indivíduos respondeu corretamente à veracidade das mesmas, com exceção da afirmação “Pode ser evitado”, cuja resposta pretendida era “Sim” e a maioria respondeu “Não” ou “Não sei”.

Para a única afirmação em que a resposta correta seria “Não” (“Causado por oclusão de artéria no coração”) constatou-se que a maioria responde corretamente. Contudo, existe uma parte significativa que ou não sabe a resposta ou responde de forma incorreta.

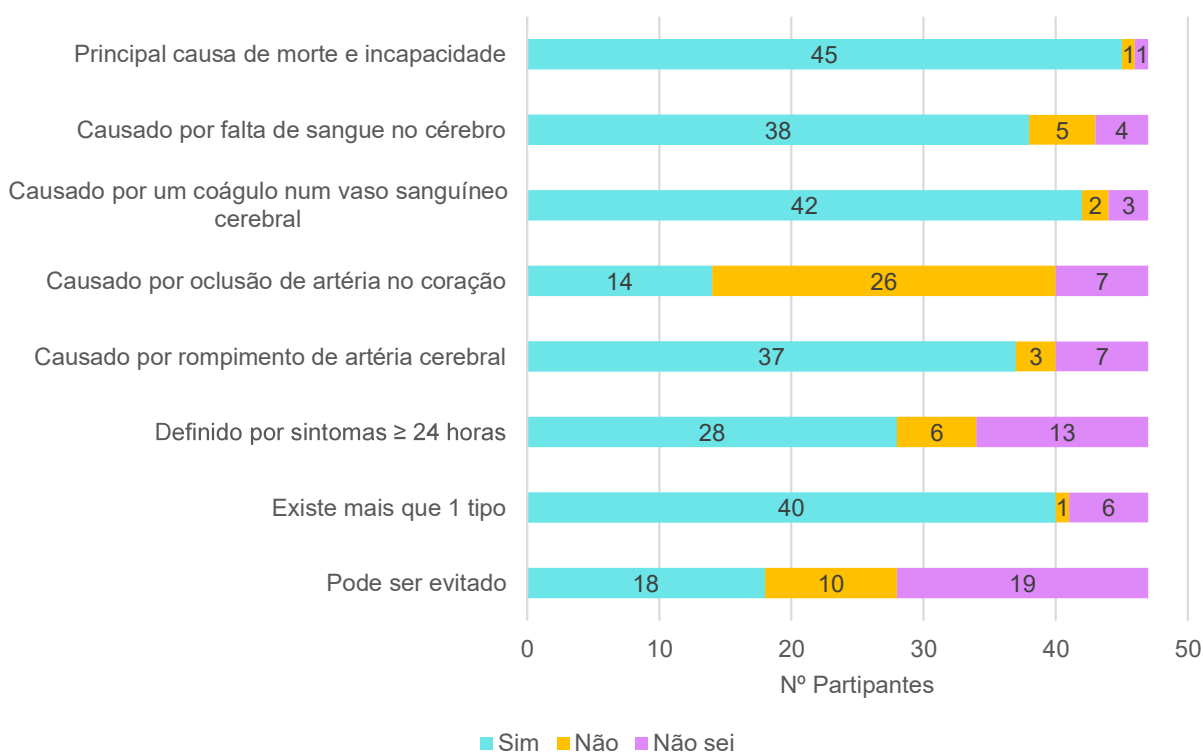


Gráfico 11 – Distribuição dos participantes por conhecimento global em AVC

Legenda: Nº – Número; $\geq$ - maior ou igual

A tabela seguinte (tabela 3) apresenta a relação entre o conhecimento global em AVC e a faixa etária dos participantes. Relativamente à única afirmação que estava incorreta, observa-se que a maioria das respostas erradas foi dada pelo segundo grupo mais jovem (31 a 49 anos) e pelos indivíduos mais velhos. Verifica-se também que os participantes que não sabem a resposta ou respondem incorretamente distribuem-se por todos os grupos etários, com maior

predominância no segundo grupo mais jovem (31 a 49 anos) e nos indivíduos mais velhos.

Para a relação das variáveis apresentadas foi utilizado o teste *Kruskal-Wallis*, que revelou não existirem relações estatisticamente significativas ($p>0,05$).

		Faixa etária				<i>p</i>
		18-30	31-49	50-54	≥55	
Principal causa de morte e incapacidade	Sim	8	20	7	10	0,114
	Não	0	0	0	1	
	Não sei	0	0	0	1	
Causado por falta de sangue no cérebro	Sim	8	16	5	9	0,456
	Não	0	3	1	1	
	Não sei	0	1	1	2	
Causado por coágulo no cérebro	Sim	8	19	6	9	0,222
	Não	0	1	0	1	
	Não sei	0	0	1	2	
Causado por oclusão de artéria no coração	Sim	2	8	1	3	0,652
	Não	6	9	5	6	
	Não sei	0	3	1	3	
Causado por rompimento de artéria cerebral	Sim	8	15	5	9	0,452
	Não	0	2	0	1	
	Não sei	0	3	2	2	
Definido por sintomas ≥ 24h	Sim	7	11	4	6	0,272
	Não	1	3	1	1	
	Não sei	0	6	2	5	
Existe mais que 1 tipo	Sim	7	20	5	8	0,054
	Não	0	0	1	0	
	Não sei	1	0	1	4	
Pode ser evitado	Sim	3	8	3	4	0,807
	Não	0	5	0	5	
	Não sei	5	7	4	3	

Tabela 3 – Relação entre o conhecimento global em AVC e a faixa etária dos participantes

Legenda: ≥ - maior ou igual

A tabela apresentada abaixo (tabela 4) revela a relação entre o conhecimento global em AVC e o nível de escolaridade dos participantes. De forma geral, verifica-se que a maioria dos indivíduos, independentemente do grau de escolaridade, respondeu corretamente à maioria das afirmações, sendo as respostas corretas

mais frequentes entre os indivíduos que têm o ensino secundário. As respostas “Não sei” surgem com maior incidência entre os indivíduos que têm apenas o ensino básico. No entanto, destaca-se que, na afirmação “Pode ser evitado”, foi registado um número significativo de respostas “Não sei” entre os participantes com ensino secundário.

Para a relação destas variáveis foi aplicado o teste *Kruskal-Wallis*, que revelou existir uma relação estatisticamente significativa para a segunda variável apresentada (“Causado por falta de sangue no cérebro”), que apresentou $p=0,039$.

		Escolaridade			<i>p</i>
		3º ciclo	Secundário	Superior	
Principal causa de morte e incapacidade	Sim	22	22	1	0,376
	Não	1	0	0	
	Não sei	1	0	0	
Causado por falta de sangue no cérebro	Sim	16	21	1	0,039
	Não	4	1	0	
	Não sei	4	0	0	
Causado por coágulo no cérebro	Sim	19	22	1	0,073
	Não	2	0	0	
	Não sei	3	0	0	
Causado por oclusão de artéria no coração	Sim	7	7	0	0,537
	Não	11	14	1	
	Não sei	6	1	0	
Causado por rompimento de artéria cerebral	Sim	18	18	1	0,762
	Não	2	1	0	
	Não sei	4	3	0	
Definido por sintomas $\geq 24h$	Sim	11	16	1	0,141
	Não	4	2	0	
	Não sei	9	4	0	
Existe mais que 1 tipo	Sim	20	19	1	0,892
	Não	1	0	0	
	Não sei	3	3	0	
Pode ser evitado	Sim	10	8	0	0,329
	Não	7	3	0	
	Não sei	7	11	1	

Tabela 4 - Relação entre o conhecimento global em AVC e o nível de escolaridade

Legenda: $\geq$ - maior ou igual

A seguinte tabela (tabela 5) apresenta a relação entre o conhecimento global em AVC e o tempo de trabalho na instituição atual. Observa-se que, independentemente dos anos de serviço, existem indivíduos que respondem de forma incorreta ou não sabem a resposta. Contudo, estas são mais frequentes nos indivíduos com menos anos de trabalho.

Para a relação destas variáveis foram aplicados os testes *Kruskal-Wallis* e o Teste-T, que revelaram não existirem relações estatisticamente significativas ($p>0,05$).

		Anos de trabalho na instituição								p
		<1	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-29	≥30	
Principal causa de morte e incapacidade	Sim	4	19	4	3	5	5	2	3	0,315
	Não	0	0	0	0	0	0	0	1	
	Não sei	0	0	1	0	0	0	0	0	
Causado por falta de sangue no cérebro	Sim	4	15	4	2	5	4	2	2	0,426
	Não	0	2	0	1	0	1	0	1	
	Não sei	0	2	1	0	0	0	0	1	
Causado por coágulo no cérebro	Sim	4	18	4	1	5	5	2	3	0,137
	Não	0	0	0	1	0	0	0	1	
	Não sei	0	1	1	1	0	0	0	0	
Causado por oclusão de artéria no coração	Sim	0	7	1	1	2	1	0	2	0,603
	Não	4	9	3	2	3	3	2	0	
	Não sei	0	3	1	0	0	1	0	2	
Causado por rompimento de artéria cerebral	Sim	4	15	4	2	5	3	1	3	0,403
	Não	0	1	0	1	0	0	1	0	
	Não sei	0	3	1	0	0	2	0	1	
Definido por sintomas ≥ 24h	Sim	2	15	2	1	3	2	2	1	0,973
	Não	1	1	2	2	0	0	0	0	
	Não sei	1	3	1	0	2	3	0	3	
Existe mais que 1 tipo	Sim	3	17	3	3	5	5	1	3	0,909
	Não	0	0	1	0	0	0	0	0	
	Não sei	1	2	1	0	0	0	1	1	
Pode ser evitado	Sim	0	7	3	1	4	1	1	1	0,205
	Não	0	3	0	1	0	2	1	3	
	Não sei	4	9	2	1	1	2	0	0	

Tabela 5 - Relação entre o conhecimento global em AVC e os anos de trabalho na instituição atual

Legenda: < - menor; ≥ - maior ou igual

A tabela abaixo (tabela 6) representa a relação entre o conhecimento global em AVC e a formação em auxiliar de saúde. Verifica-se que a maioria dos participantes, independentemente de ter formação, respondeu corretamente às afirmações. No entanto, as respostas incorretas e as respostas “Não sei” são mais frequentes entre os indivíduos sem formação, destacando-se a afirmação “Pode ser evitado”, na qual 16 dos 29 participantes sem formação referiram não saber a resposta.

Para a relação das variáveis foi utilizado o teste de Moses de Reação Extrema, que revelou existir uma relação estatisticamente significativa para todas as variáveis apresentadas, exceto para a variável “Causado por oclusão de artéria no coração”, que apresentou $p=0,411$.

		Formação em auxiliar		<i>p</i>
		Sim	Não	
Principal causa de morte e incapacidade	Sim	17	28	0,0001
	Não	1	0	
	Não sei	0	1	
Causado por falta de sangue no cérebro	Sim	14	24	0,0001
	Não	4	1	
	Não sei	0	4	
Causado por coágulo no cérebro	Sim	15	27	0,0001
	Não	2	0	
	Não sei	1	2	
Causado por oclusão de artéria no coração	Sim	7	7	0,411
	Não	9	17	
	Não sei	2	5	
Causado por rompimento de artéria cerebral	Sim	13	24	0,0001
	Não	2	1	
	Não sei	3	4	
Definido por sintomas $\geq 24h$	Sim	10	18	0,005
	Não	4	2	
	Não sei	4	9	
Existe mais que 1 tipo	Sim	15	25	0,0001
	Não	0	1	
	Não sei	3	3	
Pode ser evitado	Sim	9	9	0,016
	Não	6	4	
	Não sei	3	16	

Tabela 6 – Relação entre o conhecimento global em AVC e formação em auxiliar de saúde

Legenda: $\geq$ - maior ou igual

A tabela apresentada abaixo (tabela 7) representa a relação entre o conhecimento global em AVC e a formação na área do AVC. Observa-se que os indivíduos com formação apresentam um maior número de respostas corretas. Embora os participantes sem formação também tenham dado respostas corretas em várias afirmações, as respostas incorretas e as respostas “Não sei” são mais frequentes neste grupo. Destaca-se, no entanto, a afirmação “Pode ser evitado”, na qual se observa um elevado número de indivíduos, com e sem formação, que não sabem a resposta.

Para a relação das variáveis foi aplicado o teste de Moses de Reação Extrema, que revelou existir uma relação estatisticamente significativa para todas as variáveis apresentadas.

		Formação na área do AVC		<i>p</i>
		Sim	Não	
Principal causa de morte e incapacidade	Sim	17	28	0,0001
	Não	0	1	
	Não sei	0	1	
Causado por falta de sangue no cérebro	Sim	15	23	0,0001
	Não	1	4	
	Não sei	1	3	
Causado por coágulo no cérebro	Sim	16	26	0,0001
	Não	0	2	
	Não sei	1	2	
Causado por oclusão de artéria no coração	Sim	0	14	0,022
	Não	15	11	
	Não sei	2	5	
Causado por rompimento de artéria cerebral	Sim	13	24	0,003
	Não	0	3	
	Não sei	4	3	
Definido por sintomas $\geq 24h$	Sim	14	14	0,010
	Não	1	5	
	Não sei	2	11	
Existe mais que 1 tipo	Sim	16	24	0,0001
	Não	0	1	
	Não sei	1	5	
Pode ser evitado	Sim	4	14	0,028
	Não	1	9	
	Não sei	12	7	

Tabela 7 – Relação entre o conhecimento global em AVC e formação na área do AVC

Legenda: $\geq$ - maior ou igual

A tabela seguinte (tabela 8) revela a relação entre o conhecimento global em AVC com o facto de o indivíduo ter algum familiar ou amigo vítima de AVC. De forma geral, observa-se que os participantes que têm familiar ou amigo com AVC demonstram um maior nível de conhecimento, apresentando mais respostas corretas em todas as afirmações analisadas. Embora ambos os grupos tenham dado respostas corretas, as respostas incorretas e “Não sei” são mais frequentes no grupo sem familiar/amigo vítima de AVC. Destaca-se, contudo, a afirmação “Pode ser evitado”, onde uma parte significativa dos participantes com familiar/amigo vítima de AVC referiu não saber a resposta.

Para a relação das variáveis foi utilizado o teste de Moses de Reação Extrema, que revelou existir uma relação estatisticamente significativa para todas as variáveis apresentadas.

		Familiar/amigo com AVC		p
		Sim	Não	
Principal causa de morte e incapacidade	Sim	31	14	0,0001
	Não	0	1	
	Não sei	1	0	
Causado por falta de sangue no cérebro	Sim	28	10	0,0001
	Não	2	3	
	Não sei	2	2	
Causado por coágulo no cérebro	Sim	29	13	0,0001
	Não	1	1	
	Não sei	2	1	
Causado por oclusão de artéria no coração	Sim	9	5	0,007
	Não	21	5	
	Não sei	2	5	
Causado por rompimento de artéria cerebral	Sim	26	11	0,0001
	Não	3	0	
	Não sei	3	4	
Definido por sintomas $\geq$ 24h	Sim	21	7	0,0001
	Não	5	1	
	Não sei	6	7	
Existe mais que 1 tipo	Sim	28	12	0,0001
	Não	1	0	
	Não sei	3	3	
Pode ser evitado	Sim	13	5	0,0001
	Não	5	5	
	Não sei	14	5	

Tabela 8 – Relação entre o conhecimento global em AVC e ter algum familiar/amigo com AVC

Legenda: $\geq$ - maior ou igual

A tabela seguinte (tabela 9) apresenta a relação entre o conhecimento global em AVC com as fontes de informação a que os participantes recorrem. Verifica-se que os participantes que utilizam a comunicação social demonstram maior conhecimento, com mais respostas corretas. Os que recorrem aos amigos também apresentam um bom nível de conhecimento, embora ligeiramente inferior. Já os que obtêm informação no trabalho tendem a ter menos conhecimento, com mais respostas incorretas e respostas “Não sei”.

Para a relação destas variáveis foram aplicados os testes *Kruskal-Wallis* e o Teste-T, que revelaram não existirem relações estatisticamente significativas ($p>0,05$).

		Fontes de informação			p
		Amigos	Comunicação Social	Trabalho	
Principal causa de morte e incapacidade	Sim	29	31	26	0,530
	Não	1	1	1	
	Não sei	1	0	1	
Causado por falta de sangue no cérebro	Sim	26	26	22	0,736
	Não	3	5	2	
	Não sei	2	1	4	
Causado por coágulo no cérebro	Sim	27	29	24	0,687
	Não	2	2	1	
	Não sei	2	1	3	
Causado por oclusão de artéria no coração	Sim	10	12	10	0,236
	Não	18	16	13	
	Não sei	3	4	5	
Causado por rompimento de artéria cerebral	Sim	25	25	22	0,849
	Não	2	3	2	
	Não sei	4	4	4	
Definido por sintomas $\geq 24h$	Sim	19	20	15	0,623
	Não	4	2	4	
	Não sei	8	10	9	
Existe mais que 1 tipo	Sim	25	28	25	0,279
	Não	0	0	1	
	Não sei	6	4	2	
Pode ser evitado	Sim	11	12	14	0,166
	Não	5	9	7	
	Não sei	15	11	7	

Tabela 9 - Relação entre o conhecimento global em AVC e fontes de informação

Legenda: $\geq$ - maior ou igual

5.9 Fatores de Risco

No que diz respeito aos fatores de risco, podemos observar no gráfico de barras abaixo (gráfico 12) os fatores que poderiam ser selecionados bem como o número de participantes que selecionou cada fator. Verifica-se que os mais selecionados foram hipercolesterolemia, selecionada por 47 participantes; HTA, referida por 46; obesidade, por 45 e alcoolismo, por 43.

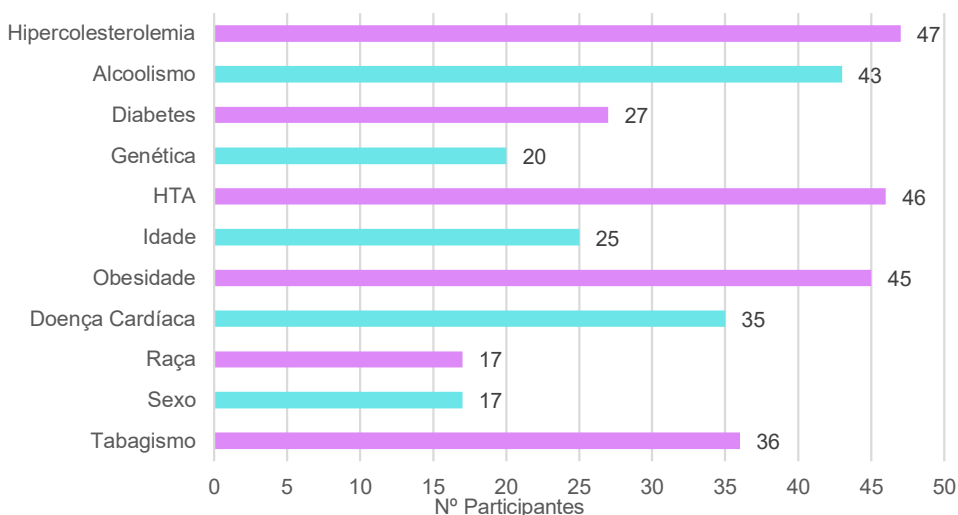


Gráfico 12 – Distribuição dos participantes por seleção dos fatores de risco

Legenda: HTA - Hipertensão Arterial; Nº - Número

5.10 Sinais e sintomas

O gráfico 13 apresenta os sinais/sintomas apresentados no questionário que poderiam ser selecionados pelos participantes, bem como o número de indivíduos que selecionou cada um. Os mais mencionados foram “Desvio da face”, por 44 indivíduos; “Dificuldade em falar” e “Dificuldade em responder”, ambos por 41 indivíduos, “Falta de coordenação”, por 40 indivíduos e “Falta de força num braço”, por 37 indivíduos.

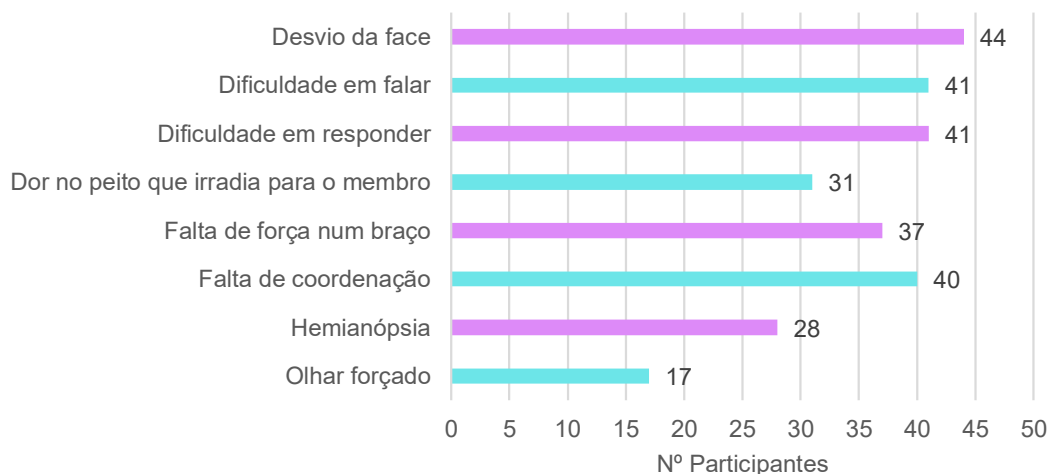


Gráfico 13 – Distribuição dos participantes por seleção dos sinais/sintomas

Legenda: Nº - Número

5.11 Conhecimento da sigla dos 3F's

Quanto à questão da sigla dos 3F's, 25 (53,2%) participantes conheciam a sigla e os restantes 22 (46,8%) desconheciam. O gráfico abaixo (gráfico 14) revela o número de participantes que conheciam ou não a sigla, correspondendo, respetivamente, a "Sim" e "Não".

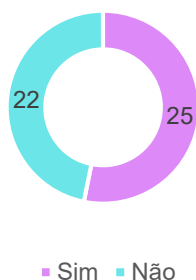


Gráfico 14 – Distribuição dos participantes pelo conhecimento da sigla dos 3 F's

Ainda na questão da sigla dos 3 F's, foi pedido aos 25 indivíduos que selecionaram "Sim", que nomeassem o significado dos mesmos, tendo sido observado que todos nomearam corretamente: Face, Fala e Força.

A tabela seguinte (tabela 10) representa a relação entre o conhecimento da sigla com a faixa etária dos participantes. Dos 25 indivíduos que conhecem a sigla, a maioria pertence aos grupos etários mais jovens (18 a 30 anos e 31 a 49 anos). Já entre os 22 que não conhecem, predominam os grupos de 31 a 49 anos e maior ou igual a 55 anos.

Para a relação destas variáveis foi utilizado o teste *Kruskal-Wallis*, que revelou não existir uma relação estatisticamente significativa ($p>0,05$).

		Faixa etária				Total	p
		18-30	31-49	50-54	≥ 55		
Conhecimento da sigla dos 3 F's	Sim	6	11	4	4	25	0,89
	Não	2	9	3	8	22	
Total		8	20	7	12	47	

Tabela 10 – Relação entre o conhecimento da sigla dos 3F's com a faixa etária

Legenda: ≥ - maior ou igual

A tabela abaixo (tabela 11) revela a relação entre o conhecimento da sigla com o nível de escolaridade. Dos 25 indivíduos que conhecem a sigla, a maioria tem o ensino secundário. Entre os 22 que desconhecem, a maioria tem o ensino básico (3º ciclo). Destaca-se ainda que o único participante com ensino superior não conhece a sigla.

Para a relação de todas as variáveis apresentadas foi utilizado o teste de Moses de Reação Extrema, que revelou existir uma relação estatisticamente significativa.

		Escolaridade			Total	p
		3º ciclo	Secundário	Superior		
Conhecimento da sigla dos 3 F's	Sim	11	14	0	25	0,0001
	Não	13	8	1	22	
Total		24	22	1	47	

Tabela 11 – Relação entre o conhecimento da sigla dos 3 F's com o nível de escolaridade

A tabela seguinte (tabela 12) representa a relação entre o conhecimento da sigla com os anos de trabalho na instituição atual. Observa-se que, em todos os anos de serviço, existem indivíduos que respondem de forma incorreta ou não sabem a resposta.

Para a relação destas variáveis foi utilizado o teste *Kruskal-Wallis*, que revelou não existir uma relação estatisticamente significativa ($p>0,05$).

		Anos de trabalho na instituição								p
		<1	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-29	≥30	
Conhecimento da sigla dos 3 F's	Sim	2	11	1	2	4	4	0	1	0,638
	Não	2	8	4	1	1	1	2	3	
Total		4	19	5	3	5	5	2	4	

Tabela 12 – Relação entre o conhecimento da sigla dos 3 F's com os anos de trabalho na instituição atual

Legenda: < - menor; ≥ - maior ou igual

A tabela apresentada abaixo (tabela 13) representa a relação entre o conhecimento da sigla com a formação em auxiliar de saúde. Verifica-se que a sigla é mais conhecida entre os indivíduos que não têm formação nessa área.

Para a relação das variáveis foi utilizado o teste qui-quadrado que revelou não existir uma relação estatisticamente significativa ($p>0,05$).

		Formação em auxiliar		Total	p
		Sim	Não		
Conhecimento da sigla dos 3 F's	Sim	9	16	25	0,730
	Não	9	13	22	
Total		18	29	47	

Tabela 13 - Relação entre o conhecimento da sigla dos 3 F's com a formação em auxiliar de saúde

A seguinte tabela (tabela 14) apresenta a relação entre o conhecimento da sigla com a formação na área do AVC. Constata-se que a sigla é maioritariamente conhecida pelos indivíduos com formação na área.

Para a relação das variáveis foi utilizado o teste qui-quadrado que revelou existir uma relação estatisticamente significativa.

		Formação na área do AVC		Total	p
		Sim	Não		
Conhecimento da sigla dos 3 F's	Sim	15	10	25	0,0001
	Não	2	20	22	
Total		17	30	47	

Tabela 14 – Relação entre o conhecimento da sigla dos 3 F's com a formação na área do AVC

A tabela abaixo (tabela 15) apresenta a relação entre o conhecimento da sigla com o facto de o participante ter algum familiar/amigo vítima de AVC. Percebe-se que a sigla é conhecida maioritariamente pelos indivíduos que têm familiares ou amigos vítimas de AVC.

Para a relação das variáveis foi utilizado o teste qui-quadrado que revelou não existir uma relação estatisticamente significativa ($p>0,05$).

		Familiar/amigo com AVC		Total	P
		Sim	Não		
Conhecimento da sigla dos 3 F's	Sim	18	7	25	0,539
	Não	14	8	22	
Total		32	15	47	

Tabela 15 – Relação entre o conhecimento da sigla dos 3 F's e ter algum familiar/amigo com AVC

A seguinte tabela (tabela 16) representa a relação entre o conhecimento da sigla com as fontes de informação utilizadas. Verifica-se que, independentemente da fonte, uma parte significativa dos indivíduos não conhece a sigla.

Para a relação destas variáveis foi utilizado o teste *Kruskal-Wallis*, que revelou não existir uma relação estatisticamente significativa ($p>0,05$).

		Fontes de informação			p
		Amigos/Profissionais de saúde	Comunicação Social	Trabalho	
Conhecimento da sigla dos 3 F's	Sim	16	18	15	0,207
	Não	15	14	13	
Total		31	32	28	

Tabela 16 – Relação entre o conhecimento da sigla dos 3 F's e as fontes de informação

5.12 O que fazer em caso de emergência?

Numa situação de emergência, ou seja, na presença de um indivíduo a sofrer um AVC, 35 (74,5%) participantes selecionaram a opção “Ligar 112” e 12 (25,5%) selecionaram as opções “Ligar 112” e “Ligar Saúde 24”. Para além destas duas opções, os participantes ainda tinham como opções, que não foram selecionadas

por nenhum indivíduo, “Agendar Consulta”, “Dar aspirina ao doente” e “Esperar que passe”.

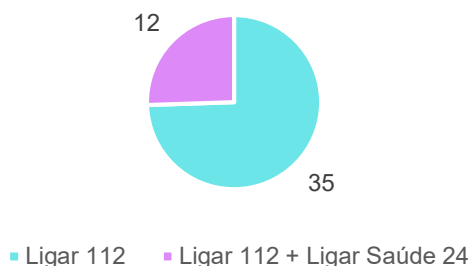


Gráfico 15 – Distribuição dos participantes em relação ao que fazer em caso de emergência

5.13 Conhecimento relativo ao tratamento do AVC

Os participantes respondiam “Sim” caso concordassem com a afirmação, “Não” caso não concordassem e “Não sei” se não soubessem. Das 10 afirmações apresentadas no gráfico abaixo (gráfico 16), 4 estavam incorretas: “Nenhum tratamento reverte os sintomas”; “Prognóstico é sempre grave”; “Todos ficam com danos motores/cognitivos”; e “Trombólise pode ser aplicada a qualquer hora desde início dos sintomas”. Verifica-se que para as 6 primeiras afirmações, a maioria respondeu corretamente à veracidade das mesmas. Relativamente à afirmação “Trombólise é um tratamento”, apesar da maioria responder corretamente, ainda existe uma quantidade significativa de indivíduos que não sabe a resposta. No que diz respeito às 4 últimas afirmações, que referem as horas em que o tratamento é aplicado, a maioria dos indivíduos não sabe responder.

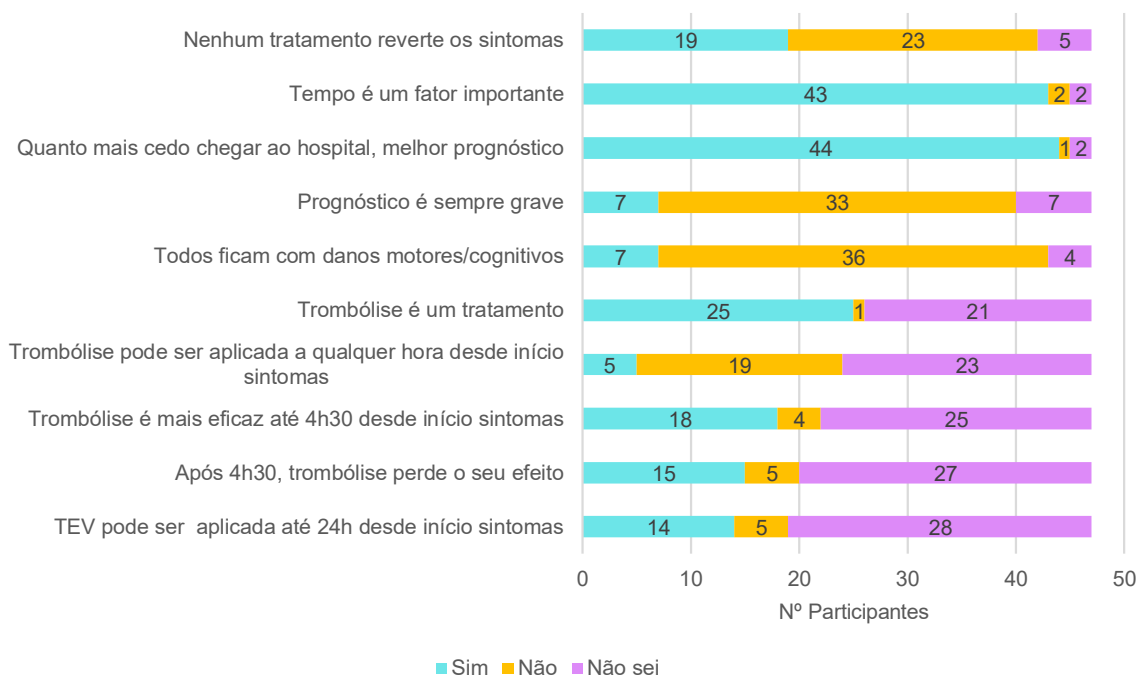


Gráfico 16 – Distribuição dos participantes pelo conhecimento no tratamento em AVC

Legenda: Nº - Número; TEV - Trombectomia Endovascular

A tabela seguinte (tabela 17) revela a relação entre o conhecimento do tratamento do AVC com a faixa etária dos participantes. Verifica-se que, para todas as afirmações, as respostas incorretas e respostas “Não sei” foram frequentemente apresentadas pelo segundo grupo etário mais jovem (31 a 49 anos) e pelo grupo com idade igual ou superior a 55 anos.

Para a relação destas variáveis foram aplicados os testes *Kruskal-Wallis* e o teste-T, que revelaram não existirem relações estatisticamente significativas ($p>0,05$).

		Faixa etária				p
		18-30	31-49	50-54	≥ 55	
Nenhum tratamento reverte os sintomas	Sim	3	10	1	5	0,319
	Não	5	8	6	4	
	Não sei	0	2	0	3	
Tempo é um fator importante	Sim	8	19	6	10	0,447
	Não	0	1	1	0	
	Não sei	0	0	0	2	
Quanto mais cedo chegar ao hospital, melhor prognóstico	Sim	7	20	7	10	0,219
	Não	1	0	0	0	
	Não sei	0	0	0	2	
Prognóstico é sempre grave	Sim	1	3	0	3	0,830
	Não	7	14	6	6	
	Não sei	0	3	1	3	
Todos ficam com danos motores/cognitivos	Sim	1	3	1	2	0,917
	Não	7	16	5	8	
	Não sei	0	1	1	2	
Trombólise é um tratamento	Sim	6	11	5	3	0,068
	Não	0	0	1	0	
	Não sei	2	9	1	9	
Trombólise pode ser aplicada a qualquer hora desde início dos sintomas	Sim	1	2	1	1	0,336
	Não	5	8	3	3	
	Não sei	2	10	3	8	
Trombólise é mais eficaz até 4h30 desde início sintomas	Sim	5	7	3	3	0,447
	Não	0	2	1	1	
	Não sei	3	11	3	8	
Após 4h30, trombólise perde o seu efeito	Sim	5	6	3	1	0,243
	Não	0	1	1	3	
	Não sei	3	13	3	8	
TEV pode ser aplicada até 24h desde início sintomas	Sim	3	8	1	2	0,557
	Não	1	1	2	1	
	Não sei	4	11	4	9	

Tabela 17 – Relação entre o conhecimento sobre o tratamento do AVC com a faixa etária

Legenda: TEV - Trombectomia Endovascular; ≥ - maior ou igual

A tabela representada abaixo (tabela 18) revela a relação entre o conhecimento do tratamento com o nível de escolaridade. É possível verificar que, para as 5 primeiras afirmações, a maioria respondeu corretamente, independentemente do grau de escolaridade. Contudo, a partir da sexta variável (“Trombólise é um tratamento”) observa-se um aumento de respostas incorretas e de “Não sei” em todos os níveis de escolaridade, sendo estas mais frequentes nos indivíduos que têm apenas o 3º ciclo.

Para a relação das variáveis foi utilizado o teste *Kruskal-Wallis* que revelou existir uma relação estatisticamente significativa para a variável “Trombólise pode ser aplicada a qualquer desde início sintomas”.

		Escolaridade			p
		3º ciclo	Secundário	Superior	
Nenhum tratamento reverte os sintomas	Sim	10	8	1	0,514
	Não	10	13	0	
	Não sei	4	1	0	
Tempo é um fator importante	Sim	22	20	1	0,951
	Não	1	1	0	
	Não sei	1	1	0	
Quanto mais cedo chegar ao hospital, melhor prognóstico	Sim	23	20	1	0,783
	Não	0	1	0	
	Não sei	1	1	0	
Prognóstico é sempre grave	Sim	3	4	0	0,276
	Não	15	17	1	
	Não sei	6	1	0	
Todos ficam com danos motores/cognitivos	Sim	4	3	0	0,662
	Não	16	19	1	
	Não sei	4	0	0	
Trombólise é um tratamento	Sim	9	15	1	0,096
	Não	1	0	0	
	Não sei	14	7	0	
Trombólise pode ser aplicada a qualquer hora desde início sintomas	Sim	1	3	1	0,045
	Não	8	11	0	
	Não sei	15	8	0	
Trombólise é mais eficaz até 4h30 desde início sintomas	Sim	7	11	0	0,400
	Não	2	1	1	
	Não sei	15	10	0	
Após 4h30, trombólise perde o seu efeito	Sim	5	10	0	0,322
	Não	4	1	0	
	Não sei	15	11	1	
TEV pode ser aplicada até 24h desde início sintomas	Sim	6	7	1	0,357
	Não	3	2	0	
	Não sei	15	13	0	

Tabela 18 – Relação entre o conhecimento sobre o tratamento do AVC com o nível de escolaridade

Legenda: TEV – Trombectomia Endovascular

A seguinte tabela (tabela 19) representa a relação entre o conhecimento do tratamento em AVC com os anos de trabalho na instituição atual. Observa-se que a maioria responde corretamente às afirmações, embora existam indivíduos que respondem incorretamente ou indicam “Não sei, independentemente do tempo de serviço. No entanto, nas afirmações relacionadas com a trombólise e a TEV, verifica-se uma maior proporção de respostas incorretas e de “Não sei”.

Para a relação destas variáveis foram aplicados os testes *Kruskal-Wallis* e o Teste-T, que revelou existir uma relação estatisticamente significativa para a variável “Trombólise pode ser aplicada a qualquer hora desde início dos sintomas”.

		Anos de trabalho na instituição								p
		<1	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-29	≥30	
Nenhum tratamento reverte os sintomas	Sim	2	5	1	1	4	2	1	3	0,261
	Não	2	13	3	1	1	2	1	0	
	Não sei	0	1	1	1	0	1	0	1	
Tempo é um fator importante	Sim	4	17	4	3	5	5	2	3	0,277
	Não	0	2	0	0	0	0	0	0	
	Não sei	0	0	1	0	0	0	0	1	
Quanto mais cedo chegar ao hospital, melhor prognóstico	Sim	4	18	4	3	5	5	2	3	0,094
	Não	0	1	0	0	0	0	0	0	
	Não sei	0	0	1	0	0	0	0	1	
Prognóstico é sempre grave	Sim	0	4	0	0	2	0	0	1	0,938
	Não	4	12	3	2	3	4	2	3	
	Não sei	0	3	2	1	0	1	0	0	
Todos ficam com danos motores/cognitivos	Sim	0	3	0	0	3	0	0	1	0,320
	Não	4	14	3	3	2	5	2	3	
	Não sei	0	2	2	0	0	0	0	0	
Trombólise é um tratamento	Sim	3	12	1	2	4	3	0	0	0,191
	Não	0	1	0	0	0	0	0	0	
	Não sei	1	6	4	1	1	2	2	4	
Trombólise pode ser aplicada a qualquer hora desde início dos sintomas	Sim	2	3	0	0	0	0	0	0	0,034
	Não	1	9	1	2	3	3	0	0	
	Não sei	1	7	4	1	2	2	2	4	
Trombólise é mais eficaz até 4h30 desde início sintomas	Sim	1	9	1	2	2	3	0	0	0,123
	Não	1	3	0	0	0	0	0	0	
	Não sei	2	7	4	1	3	2	2	4	
Após 4h30, trombólise perde o seu efeito	Sim	1	8	1	2	1	2	0	0	0,778
	Não	0	3	0	0	1	1	0	0	
	Não sei	3	8	4	1	3	2	2	4	
TEV pode ser aplicada até 24h desde início sintomas	Sim	2	6	1	1	2	2	0	0	0,687
	Não	0	2	1	1	0	0	0	1	
	Não sei	2	11	3	1	3	3	2	3	

Tabela 19 - Relação entre o conhecimento sobre o tratamento do AVC com os anos de serviço

Legenda: TEV - Trombectomia Endovascular; < - menor; ≥ - maior ou igual

A seguinte tabela (tabela 20) apresenta a relação entre o conhecimento do tratamento com a formação em auxiliar de saúde. Constata-se que, para as cinco primeiras afirmações, a maioria dos indivíduos, independentemente de ter formação, responde corretamente às afirmações, embora as respostas incorretas e de “Não sei” sejam mais frequentes entre os participantes sem formação. A partir da sexta variável (“Trombólise é um tratamento”) observa-se um aumento de respostas incorretas e de “Não sei” em todos os indivíduos, com e sem formação, destacando-se esse aumento novamente entre os participantes sem formação.

Para a relação das variáveis foi utilizado o teste de Moses de Reação Extrema que revelou existir relações estatisticamente significativas para todas as variáveis apresentadas, exceto para as variáveis “Prognóstico é sempre grave” e “Trombólise pode ser aplicada a qualquer hora desde início dos sintomas”.

		Formação em auxiliar		p
		Sim	Não	
Nenhum tratamento reverte os sintomas	Sim	8	11	0,228
	Não	8	15	
	Não sei	2	3	
Tempo é um fator importante	Sim	16	27	0,0001
	Não	2	0	
	Não sei	0	2	
Quanto mais cedo chegar ao hospital, melhor prognóstico	Sim	18	26	0,0001
	Não	0	1	
	Não sei	0	2	
Prognóstico é sempre grave	Sim	2	5	0,758
	Não	12	21	
	Não sei	4	3	
Todos ficam com danos motores/cognitivos	Sim	2	5	0,0001
	Não	15	21	
	Não sei	1	3	
Trombólise é um tratamento	Sim	7	18	0,0001
	Não	1	0	
	Não sei	10	11	
Trombólise pode ser aplicada a qualquer hora desde início dos sintomas	Sim	2	3	0,110
	Não	6	13	
	Não sei	10	13	
Trombólise é mais eficaz até 4h30 desde início sintomas	Sim	6	12	0,003
	Não	2	2	
	Não sei	10	15	
Após 4h30, trombólise perde o seu efeito	Sim	3	12	0,003
	Não	5	0	
	Não sei	10	17	
TEV pode ser aplicada até 24h desde início sintomas	Sim	4	10	0,003
	Não	4	1	
	Não sei	10	18	

Tabela 20 – Relação entre o conhecimento sobre o tratamento do AVC com formação em auxiliar de saúde

Legenda: TEV - Trombectomia Endovascular

A tabela abaixo (tabela 21) representa a relação entre o conhecimento do tratamento do AVC com a existência de formação na área do AVC. Verifica-se que os indivíduos com formação apresentam mais respostas corretas, enquanto os indivíduos sem formação revelam uma maior quantidade de respostas incorretas e respostas “Não sei”. A partir da sexta variável (“Trombólise é um tratamento”) destaca-se um aumento significativo de respostas “Não sei” entre os indivíduos sem formação na área.

Para a relação destas variáveis foram aplicados os testes *Kruskal-Wallis* e o teste de Moses de Reação Extrema que revelaram existir uma relação estatisticamente significativa para todas as variáveis apresentadas.

		Formação na área do AVC		p
		Sim	Não	
Nenhum tratamento reverte os sintomas	Sim	3	19	0,0001
	Não	14	6	
	Não sei	0	5	
Tempo é um fator importante	Sim	16	27	0,0001
	Não	1	1	
	Não sei	0	2	
Quanto mais cedo chegar ao hospital, melhor prognóstico	Sim	16	28	0,0001
	Não	1	0	
	Não sei	0	2	
Prognóstico é sempre grave	Sim	1	6	0,0001
	Não	16	17	
	Não sei	0	7	
Todos ficam com danos motores/cognitivos	Sim	2	5	0,0001
	Não	15	21	
	Não sei	0	4	
Trombólise é um tratamento	Sim	14	11	0,0001
	Não	0	1	
	Não sei	3	18	
Trombólise pode ser aplicada a qualquer hora desde início dos sintomas	Sim	2	3	0,005
	Não	12	7	
	Não sei	3	20	
Trombólise é mais eficaz até 4h30 desde início sintomas	Sim	12	6	0,005
	Não	0	4	
	Não sei	5	20	
Após 4h30, trombólise perde o seu efeito	Sim	11	4	0,005
	Não	1	4	
	Não sei	5	22	
TEV pode ser aplicada até 24h desde início sintomas	Sim	9	5	0,005
	Não	1	4	
	Não sei	7	21	

Tabela 21 – Relação entre o conhecimento sobre o tratamento do AVC com formação na área do AVC

Legenda: TEV - Trombectomia Endovascular

A seguinte tabela (tabela 22) revela a relação entre o conhecimento do tratamento em AVC com o facto do participante ter um familiar/amigo vítima de AVC. De forma geral, verifica-se que os indivíduos apresentam respostas corretas, sendo estas mais frequentes entre aqueles que têm um familiar ou amigo com AVC. No entanto, observa-se também uma quantidade significativa de respostas incorretas e de respostas “Não sei”, principalmente a partir da quinta e sexta variáveis, onde aumenta o número de participantes que desconhecem a resposta ou respondem incorretamente, independentemente da relação com familiares ou amigos vítimas de AVC.

Para a relação das variáveis foi utilizado o teste de Moses de Reação Extrema que revelou existir uma relação estatisticamente significativa para todas as variáveis apresentadas, exceto para as variáveis “Prognóstico é sempre grave” e “Todos ficam com danos motores/cognitivos”.

		Familiar/amigo com AVC		<i>p</i>
		Sim	Não	
Nenhum tratamento reverte os sintomas	Sim	11	8	0,0001
	Não	17	6	
	Não sei	4	1	
Tempo é um fator importante	Sim	30	13	0,0001
	Não	1	1	
	Não sei	1	1	
Quanto mais cedo chegar ao hospital, melhor prognóstico	Sim	31	13	0,0001
	Não	0	1	
	Não sei	1	1	
Prognóstico é sempre grave	Sim	4	3	0,134
	Não	23	10	
	Não sei	5	2	
Todos ficam com danos motores/cognitivos	Sim	6	1	0,517
	Não	23	13	
	Não sei	3	1	
Trombólise é um tratamento	Sim	19	6	0,0001
	Não	1	0	
	Não sei	12	9	
Trombólise pode ser aplicada a qualquer hora desde início dos sintomas	Sim	4	1	0,0001
	Não	15	4	
	Não sei	13	10	
Trombólise é mais eficaz até 4h30 desde início sintomas	Sim	14	4	0,0001
	Não	3	1	
	Não sei	15	10	
Após 4h30, trombólise perde o seu efeito	Sim	12	3	0,0001
	Não	3	2	
	Não sei	17	10	
TEV pode ser aplicada até 24h desde início sintomas	Sim	12	2	0,0001
	Não	3	2	
	Não sei	17	11	

Tabela 22 – Relação entre o conhecimento sobre o tratamento do AVC e ter algum familiar/amigo com AVC

Legenda: TEV - Trombectomia Endovascular

A tabela abaixo (tabela 23) apresenta a relação entre o conhecimento do tratamento com as fontes de informação utilizadas pelos participantes. De forma geral, independentemente do tipo de fonte de informação, existem mais respostas corretas nas primeiras cinco afirmações, enquanto a partir da sexta variável, existem mais respostas de “Não sei”, tal como já verificado nas outras variáveis acima. Relativamente à afirmação “TEV pode ser aplicada até 24h desde início sintomas”, verifica-se que existem menos respostas incorretas nos indivíduos que procuram informação entre os amigos e/ou profissionais de saúde, contudo, destaca-se que, em todos os grupos existem mais respostas de “Não sei” do que respostas corretas.

Para a relação destas variáveis foram aplicados os testes *Kruskal-Wallis* e o Teste-T, que revelou existir uma relação estatisticamente significativa para a variável “TEV pode ser aplicada até 24h desde início sintomas”.

		Fontes de informação			p
		Amigos/ profissionais de saúde	Comunicação Social	Trabalho	
Nenhum tratamento reverte sintomas	Sim	14	16	11	0,272
	Não	14	12	13	
	Não sei	3	4	4	
Tempo é um fator importante	Sim	29	30	25	0,875
	Não	1	1	1	
	Não sei	1	1	2	
Quanto mais cedo chegar ao hospital, melhor prognóstico	Sim	29	30	26	0,819
	Não	1	1	0	
	Não sei	1	1	2	
Prognóstico é sempre grave	Sim	3	6	4	0,272
	Não	24	22	18	
	Não sei	4	4	6	
Todos ficam com danos motores/cognitivos	Sim	3	5	5	0,050
	Não	26	26	19	
	Não sei	2	1	4	
Trombólise é um tratamento	Sim	15	18	14	0,160
	Não	1	1	0	
	Não sei	15	13	14	
Trombólise pode ser aplicada a qualquer hora desde início dos sintomas	Sim	5	5	1	0,420
	Não	10	12	11	
	Não sei	16	15	16	
Trombólise é mais eficaz até 4h30 desde início sintomas	Sim	11	11	9	0,276
	Não	3	4	2	
	Não sei	17	17	17	
Após 4h30, trombólise perde o seu efeito	Sim	9	10	7	0,241
	Não	6	4	3	
	Não sei	16	18	18	
TEV pode ser aplicada até 24h desde início sintomas	Sim	10	8	5	0,037
	Não	3	4	3	
	Não sei	18	20	20	

Tabela 23 – Relação entre o conhecimento sobre o tratamento do AVC e fontes de informação

Legenda: TEV - Trombectomia Endovascular

Ainda neste ponto, foi questionado aos participantes se conheciam a trombólise intravenosa e a TEV. Relativamente à trombólise, 23 (48,9%) participantes conhecem este tratamento e os restantes 24 (51,1%) desconhecem. No que diz respeito à TEV, 15 (31,9%) conhecem o tratamento e os restantes 32 (68,1%) desconhecem. O gráfico 17 apresenta o número de inquiridos que conhecem e desconhecem os tratamentos, correspondendo, respetivamente, a “Sim” e “Não”.

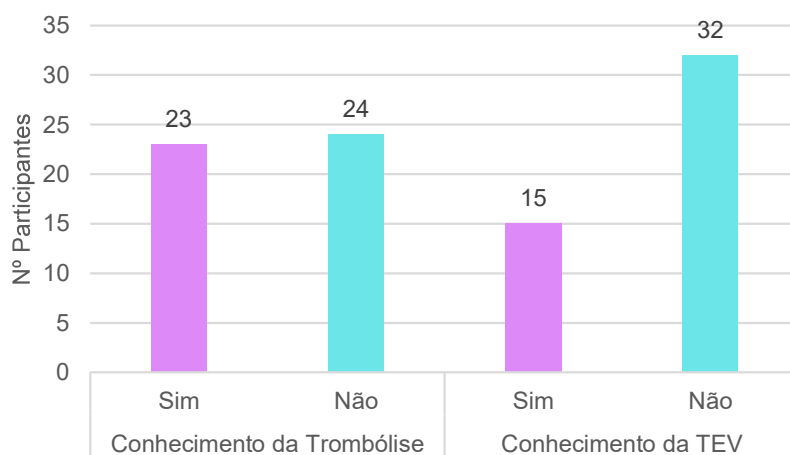


Gráfico 17 – Distribuição dos participantes por conhecimento da trombólise intravenosa e da TEV

Legenda: TEV - Trombectomia Endovascular; Nº - Número

A tabela seguinte (tabela 24) revela a relação entre o conhecimento da trombólise e da TEV com a faixa etária dos participantes. Observa-se que, tanto para a trombólise como para a TEV, a maioria dos indivíduos que conhecem os tratamentos pertencem ao grupo etário de 31 a 49 anos. Verifica-se também que, dos indivíduos que desconhecem os tratamentos, a maioria tem entre 31 a 49 anos e idade igual ou superior a 55 anos.

Para a relação destas variáveis foi utilizado o teste *Kruskal-Wallis* que revelou não existir uma relação estatisticamente significativa para as variáveis apresentadas ($p>0,05$).

		Faixa etária				Total	p
		18-30	31-49	50-54	≥55		
Conhecimento da Trombólise Intravenosa	Sim	5	10	5	3	23	0,178
	Não	3	10	2	9	24	
Conhecimento da TEV	Sim	3	7	2	3	15	0,493
	Não	5	13	5	9	32	

Tabela 24 – Relação entre o conhecimento da trombólise e da TEV com a faixa etária

Legenda: TEV - Trombectomia Endovascular; ≥ - maior ou igual

A tabela apresentada abaixo (tabela 25) revela a relação entre o conhecimento dos tratamentos com o nível de escolaridade. Relativamente à trombólise, esta é mais conhecida entre os indivíduos do ensino secundário. No que diz respeito à TEV, esta é igualmente conhecida entre os participantes do 3º ciclo e os do ensino secundário.

Para a relação das variáveis foi utilizado o teste de Moses de Reação Extrema que revelou existir uma relação estatisticamente significativa para as variáveis apresentadas.

		Escolaridade			Total	p
		3º ciclo	Secundário	Superior		
Conhecimento da Trombólise Intravenosa	Sim	8	14	1	23	0,0001
	Não	16	8	0	24	
Conhecimento da TEV	Sim	7	7	1	15	0,004
	Não	17	15	0	32	

Tabela 25 – Relação entre o conhecimento da trombólise e da TEV com o nível de escolaridade

Legenda: TEV - Trombectomia Endovascular

A tabela seguinte (tabela 26) apresenta a relação entre o conhecimento dos tratamentos com os anos de trabalho na instituição atual. Observa-se que os tratamentos são mais conhecidos entre os indivíduos que trabalham há menos tempo. A partir dos 26 anos de trabalho, verifica-se um maior número de indivíduos que não conhecem os tratamentos. Verifica-se ainda que, relativamente à TEV, este desconhecimento é mais frequente.

Para a relação das variáveis foi aplicado o teste *Kruskal-Wallis* que revelou existir uma relação estatisticamente significativa para a variável “Conhecimento da Trombólise Intravenosa”.

		Anos de trabalho na instituição								p
		<1	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-29	≥30	
Conhecimento da Trombólise Intravenosa	Sim	4	10	1	2	4	2	0	0	0,022
	Não	0	9	3	1	1	3	2	4	
Conhecimento da TEV	Sim	2	6	1	2	2	2	0	0	0,450
	Não	2	13	3	1	3	3	2	4	

Tabela 26 – Relação entre o conhecimento da trombólise e da TEV com os anos de trabalho

Legenda: TEV - Trombectomia Endovascular; < - menor; ≥ - maior ou igual

A seguinte tabela (tabela 27) representa a relação do conhecimento dos tratamentos com a formação em auxiliar de saúde. Constata-se que, para a trombólise intravenosa, o conhecimento é superior entre os indivíduos sem formação. No caso da TEV, o conhecimento é ligeiramente superior entre os indivíduos com formação.

Para a relação destas variáveis foi utilizado o teste qui-quadrado que revelou não existir uma relação estatisticamente significativa para as variáveis apresentadas ($p > 0,05$).

		Formação em auxiliar		Total	<i>p</i>
		Sim	Não		
Conhecimento da Trombólise Intravenosa	Sim	7	16	23	0,278
	Não	11	13	24	
Conhecimento da TEV	Sim	6	9	15	0,869
	Não	12	20	32	

Tabela 27 – Relação entre o conhecimento da trombólise e da TEV com a formação em auxiliar

Legenda: TEV - Trombectomia Endovascular

A tabela seguinte (tabela 28) apresenta a relação entre o conhecimento dos tratamentos com a existência de formação na área do AVC. É possível verificar que os tratamentos são mais conhecidos entre os indivíduos que têm formação.

Para a relação destas variáveis foi utilizado o teste qui-quadrado que revelou existir uma relação estatisticamente significativa para as variáveis apresentadas.

		Formação na área do AVC		Total	<i>p</i>
		Sim	Não		
Conhecimento da Trombólise Intravenosa	Sim	13	10	23	0,004
	Não	4	20	24	
Conhecimento da TEV	Sim	10	5	15	0,003
	Não	7	25	32	

Tabela 28 – Relação entre o conhecimento da trombólise e da TEV com formação na área do AVC

Legenda: TEV - Trombectomia Endovascular

A tabela apresentada abaixo (tabela 29) representa a relação entre o conhecimento dos tratamentos com o facto do participante ter algum familiar/amigo vítima de AVC. Verifica-se que os dois tratamentos são mais conhecidos entre os indivíduos que têm um familiar/amigo com AVC. Destaca-se também que, no caso

da TEV, a maioria dos indivíduos que desconhece o tratamento têm um familiar/amigo com AVC.

Para a relação destas variáveis foi utilizado o teste qui-quadrado que revelou existir uma relação estatisticamente significativa apenas para a primeira variável apresentada (“Conhecimento da trombólise intravenosa”).

		Familiar/amigo com AVC		Total	p
		Sim	Não		
Conhecimento da Trombólise Intravenosa	Sim	20	3	23	0,007
	Não	12	12	24	
Conhecimento da TEV	Sim	12	3	15	0,230
	Não	20	12	32	

Tabela 29 – Relação entre o conhecimento da trombólise e da TEV e ter algum familiar/amigo com AVC

Legenda: TEV - Trombectomia Endovascular

A seguinte tabela (tabela 30) revela a relação entre o conhecimento dos tratamentos com as fontes de informação utilizadas. Constata-se que a trombólise intravenosa é mais conhecida entre os que obtêm informação entre os amigos/profissionais de saúde e através da comunicação social. Relativamente à TEV, a maior parte dos participantes não a conhece.

Para a relação das variáveis foi aplicado o teste *Kruskal-Wallis* que revelou existir uma relação estatisticamente significativa para a afirmação “Conhecimento da Trombólise Intravenosa”.

		Fontes de informação			p
		Amigos/profissionais de saúde	Comunicação Social	Trabalho	
Conhecimento da Trombólise Intravenosa	Sim	16	19	11	0,037
	Não	15	13	17	
Conhecimento da TEV	Sim	11	10	6	0,162
	Não	20	22	22	

Tabela 30 – Relação entre o conhecimento da trombólise e da TEV com fontes de informação

Legenda: TEV – Trombectomia Endovascular

Discussão

A amostra deste estudo é composta por 47 participantes, dos quais 41 (87,2%) são do sexo feminino. Esta predominância é amplamente observada em diversos estudos realizados em instituições para idosos que analisam o perfil dos cuidadores^(101–103). De acordo com a literatura, esta tendência reflete o papel histórico do ato de cuidar atribuído às mulheres, influenciado por fatores culturais, sociais, afetivos e históricos^(104,105).

A faixa etária predominante está entre os 31 e os 49 anos, com 20 participantes (42,6%), seguido pelo grupo com idade igual ou superior a 55 anos, com 12 (25,5%) indivíduos, o que está em linha com a literatura existente sobre o perfil dos cuidadores^(101,106). Quanto ao nível de escolaridade, a maioria concluiu o ensino até ao 3º ciclo (9º ano), o que é consistente com outros estudos que revelam que grande parte dos auxiliares possui apenas o ensino básico^(101,103).

A análise da Tabela 1 dos resultados demonstra que a maioria dos indivíduos entre os 18 e os 30 anos concluiu o ensino secundário, enquanto as faixas etárias mais elevadas apresentam predominantemente o 3.º ciclo, o que está em consonância com as exigências legais da época em que esses indivíduos frequentaram a escola, quando a escolaridade obrigatória se limitava até aos 14 anos, que correspondia ao 9.º ano, conforme estabelecido pelo Decreto-Lei nº 45810, de 1964⁽¹⁰⁷⁾. A ampliação da escolaridade obrigatória até ao 12.º ano em 2009 e, posteriormente, até aos 18 anos de idade pelo Decreto-Lei n.º 176/2012⁽¹⁰⁸⁾, constata que, embora o nível de escolaridade dos participantes seja adequado para o período em que os indivíduos estudaram, ele é relativamente baixo quando comparado aos padrões educacionais atuais. Esta limitação académica pode impactar negativamente a qualidade do cuidado prestado ao idoso, nomeadamente na medicação, no acompanhamento de consultas, na capacidade de receber e transmitir orientações médicas, entre outros^(104,109). O Decreto-Lei n.º 176/2012 destaca ainda que “o cumprimento da escolaridade de 12 anos é relevante para o progresso social, económico e cultural de todos os portugueses”⁽¹⁰⁸⁾. Estes resultados coincidem com outras investigações que contextualizam o nível de escolaridade dos participantes em função da idade e do período em que frequentaram a escola, confirmando que os cuidadores possuem assim uma baixa escolaridade⁽¹⁰¹⁾.

No que respeita à formação em auxiliar de saúde, apenas 18 (38,3%) indivíduos têm formação específica, um valor inferior ao observado em outros estudos. Uma investigação realizada em 15 instituições da região de Castelo Branco, em 2017, revelou que 76,2% dos cuidadores possuíam formação⁽¹¹⁰⁾. Já um estudo realizado em 2019 na zona centro do país identificou que todos os cuidadores possuíam formação⁽¹⁰³⁾. No entanto, destaca-se que as formações referidas pelos participantes do presente estudo, como “Geriatria” e “Primeiros socorros”, são similares às descritas nas investigações mencionadas^(103,110).

Quanto à formação em AVC, 17 (36,2%) participantes indicaram ter realizado uma formação, quer em contexto de trabalho, quer como parte da formação em auxiliar de saúde, um número superior ao encontrado num estudo realizado em 2020, numa instituição para idosos em Leiria, no qual nenhum cuidador possuía uma formação específica em AVC⁽¹⁰⁶⁾.

As fontes de informação mais frequentemente referidas foram os meios de comunicação (68,1%), amigos ou profissionais de saúde (66%) e em contexto de trabalho ou formações (59,6%). Estes dados são semelhantes aos de outros estudos, que também destacam os profissionais de saúde e os meios de comunicação como as principais fontes^(58,106).

A maioria dos participantes demonstrou um conhecimento adequado no que diz respeito ao conhecimento global em AVC, respondendo corretamente à maior parte das afirmações apresentadas. Contudo, destaca-se a afirmação “Pode ser evitado”, na qual se registaram 10 respostas incorretas e 19 respostas “Não sei”. Este resultado contrasta com estudos anteriores, que indicam que cerca de 80 a 90% da população inquirida reconhece que o AVC pode ser prevenido^(3,111). Considerando que aproximadamente 80% dos AVC's podem ser evitados através da modificação dos fatores de risco, o desconhecimento desta possibilidade por parte dos auxiliares representa uma limitação no que diz respeito à prevenção primária da doença⁽³⁾. Já na afirmação “Causada por oclusão de artéria no coração”, embora a maioria dos participantes tenha respondido corretamente, registaram-se ainda 14 respostas incorretas e 7 respostas “Não sei”. Estes resultados estão em consonância com a literatura existente sobre o tema, que revela uma confusão frequente entre o AVC e o enfarte agudo do miocárdio, tanto nos auxiliares de saúde como na população em geral^(41,106). Uma investigação realizada na Índia, em 2021, com 2000 participantes que frequentaram um hospital terciário em regime de ambulatório, revelou que 823 indivíduos (41,2%) consideravam o AVC como um enfarte agudo do miocárdio⁽⁴¹⁾. De forma semelhante, o estudo conduzido em Leiria na instituição de idosos identificou que 60% dos cuidadores inquiridos associavam o AVC ao coração⁽¹⁰⁶⁾.

Embora tenham sido observadas algumas variações no conhecimento global sobre o AVC entre as diferentes faixas etárias, estas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas.

Em contraste, verificou-se uma associação positiva entre um nível de escolaridade mais elevado e um maior conhecimento sobre o tema, em consonância com o que é descrito na literatura^(41,46,106). Quanto ao tempo de serviço na instituição, não se identificou qualquer correlação significativa com o nível de conhecimento.

Os participantes com formação em auxiliar de saúde demonstraram maior conhecimento. Embora o estudo semelhante realizado na instituição em Leiria não tenha considerado esta variável, a literatura indica que a formação profissional na área dos cuidados é um fator determinante no desempenho dos cuidadores,

influenciando diretamente a qualidade dos cuidados prestados^(106,112). De igual modo, os indivíduos com formação específica em AVC apresentaram também um nível de conhecimento mais elevado. Embora esta variável também não possa ser comparada com o estudo anteriormente referido, dado que nenhum dos seus participantes possuía formação prévia em AVC, após a implementação de uma formação específica nesse mesmo estudo, foi registado um aumento significativo do conhecimento⁽¹⁰⁶⁾, o que vai de encontro aos resultados aqui obtidos, reforçando a importância da formação específica como um fator determinante para o aumento do conhecimento desta doença.

Os participantes que referiram conhecer pessoalmente alguém que sofreu um AVC também apresentaram níveis de conhecimento superiores, um achado que está de acordo com investigações realizadas na população em geral⁽⁴¹⁾.

Por fim, a relação entre o conhecimento global em AVC com as fontes de informação utilizadas pelos participantes não revelaram relações estatisticamente significativas.

Os fatores de risco mais frequentemente mencionados pelos inquiridos foram a hipercolesterolemia, a HTA, a obesidade e o alcoolismo. Estes resultados estão em consonância com a literatura, nos quais estes fatores são os mais prevalentes, com exceção do alcoolismo, que nem sempre se destaca em outros estudos^(7,113). Por outro lado, a idade foi um dos fatores menos reconhecidos, referida por apenas 25 participantes. Este resultado está em linha com um estudo realizado em Espanha, onde a idade também foi pouco associada ao risco de AVC⁽¹¹⁴⁾. Considerando que a idade é um dos fatores de risco não modificáveis mais importantes para a ocorrência desta doença cerebrovascular, este baixo reconhecimento merece atenção, sobretudo por se tratar de um contexto geriátrico. A raça e o sexo foram os fatores menos identificados, ambos mencionados por apenas 17 participantes, corroborando os dados do estudo realizado na instituição em Leiria, onde estes fatores também não foram considerados relevantes para o risco cardiovascular⁽¹⁰⁶⁾.

Relativamente aos sinais e sintomas, os mais mencionados foram: “Desvio da face”, referido por 44 indivíduos; “Dificuldade em falar” e “Dificuldade em responder”, ambos citados por 41 participantes; “Falta de coordenação”, mencionada por 40; e “Falta de força num braço”, por 37. Estes resultados estão em consonância com os achados de outros estudos realizados tanto em auxiliares de saúde como na população em geral, nos quais os sintomas mais reconhecidos incluem “Dificuldade repentina em falar”, “Fala arrastada”, “Boca ao lado” e “Fraqueza de um lado do corpo^(41,106,111)”. Um dado particularmente relevante é que 31 participantes identificaram incorretamente a afirmação “Dor no peito que irradia para o membro” como um sinal de AVC, o que evidencia, mais uma vez, a confusão entre o AVC e o enfarte agudo do miocárdio, não só na definição das patologias, mas também na identificação dos sinais de alerta.

No que se refere à sigla dos 3F's, 25 participantes (53,2%) afirmaram conhecê-la, um resultado semelhante ao encontrado no estudo realizado na instituição em Leiria, onde mais da metade dos inquiridos também demonstrou conhecer os 3 F's⁽¹⁰⁶⁾.

A análise da relação entre o conhecimento da sigla e a faixa etária dos participantes revelou algumas diferenças entre os diferentes grupos etários, mas sem significância estatística.

Tal como verificado no conhecimento global em AVC, a familiaridade com a sigla foi mais prevalente entre os participantes com níveis de escolaridade mais elevados. Contudo, o único indivíduo que ingressou no ensino superior com uma licenciatura em Serviço Social não a conhece, contrastando com estudos que apontam um maior conhecimento entre os indivíduos com ensino superior, tanto na população em geral como nos cuidadores^(106,111). Este facto pode estar relacionado por na amostra estudada existir apenas um participante com ensino superior, podendo afirmar-se que, nesta investigação, o conhecimento da sigla é mais prevalente nos indivíduos com níveis mais elevados de escolaridade.

Relativamente ao tempo de serviço, também não se encontraram diferenças significativas.

No que diz respeito à realização da formação em auxiliar de saúde, observou-se um maior conhecimento entre os participantes sem formação específica, embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Por outro lado, os indivíduos com formação em AVC demonstraram maior familiaridade com a sigla, como também já observado no conhecimento global⁽¹⁰⁶⁾.

Verificou-se ainda um maior conhecimento da sigla entre os participantes que tinham um amigo ou familiar que sofreu um AVC, o que está em consonância com diversos estudos^(106,115), embora essa diferença também não tenha sido estatisticamente significativa neste estudo.

Por fim, não foi observada uma associação estatisticamente significativa entre o conhecimento da sigla e as fontes de informação utilizadas.

Perante uma emergência com sinais de alerta de AVC, todos os participantes referiram que contactavam o 112, a linha Saúde 24, ou ambos. Este resultado coincide com o estudo realizado em Leiria, no qual 90% dos inquiridos referiram que contactariam o 112⁽¹⁰⁶⁾.

Relativamente ao conhecimento do tratamento do AVC, observou-se que, das 10 afirmações apresentadas, a maioria dos participantes respondeu corretamente quanto à sua veracidade, com exceção das últimas quatro, relacionadas ao tempo de atuação dos tratamentos, onde se verificou que existem mais indivíduos que não sabem a resposta. É importante destacar que, embora a maioria reconheça que o tempo é um fator crucial no tratamento, muitos não sabem qual é o tempo ideal de atuação e, de acordo com a literatura, quando não há uma compreensão específica sobre as opções de tratamento e, sobretudo, do intervalo ideal de atuação, o

reconhecimento dos sintomas dificulta uma resposta rápida e adequada⁽¹¹⁶⁾. Esta ausência de conhecimento do tempo de atuação está em consonância com um estudo realizado em 2018, a 173 indivíduos, dos quais 148 (85,5%) referiram o tempo como um fator importante, contudo, apenas 6,9% conseguiram nomear a trombólise intravenosa como opção de tratamento⁽¹¹⁶⁾. De forma semelhante, uma investigação conduzida na Arábia Saudita em 2024, a 539 indivíduos, revelou que apenas 61 (11,3%) sabiam que a trombólise deve ser administrada até 4,5 horas após o início dos sintomas⁽¹¹⁷⁾.

No que respeita à relação entre o conhecimento sobre o tratamento do AVC e a faixa etária, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Observou-se um maior nível de conhecimento entre os indivíduos com maior escolaridade, como já verificado.

Quanto aos anos de serviço na instituição, apenas a afirmação “A trombólise pode ser aplicada a qualquer hora desde o início dos sintomas” apresentou uma diferença estatisticamente significativa. Os resultados revelam que os auxiliares com menos anos de serviço tendem a responder incorretamente enquanto os que têm mais anos de serviço, que neste contexto corresponde a uma maior experiência, respondem mais vezes “Não sei”. Isto pode indicar que os auxiliares com mais anos de experiência, mesmo não sabendo a resposta correta, têm mais cuidado e reconhecem os seus limites, enquanto os que apresentam menos anos de serviço arriscam mais, mesmo que errem.

Constatou-se que o conhecimento acerca do tratamento está associado: à realização de formação em auxiliar de saúde; à formação específica na área do AVC; e à experiência pessoal com familiares ou amigos que sofreram um AVC - resultados que vão ao encontro do que já foi observado no conhecimento global sobre a doença.

Relativamente à relação entre o conhecimento e as fontes de informação utilizadas, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa na afirmação “A TEV pode ser aplicada até 24h desde o início dos sintomas”. Independentemente do tipo de fonte, as respostas “Não sei” foram mais frequentes do que as respostas corretas. No entanto, observou-se que os participantes que recorrem a amigos e/ou profissionais de saúde como fontes de informação apresentaram uma maior proporção de respostas corretas. Não é possível comparar diretamente estes dados com uma investigação realizada em Espanha, dado que, nesse estudo, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre estas duas variáveis⁽⁴⁶⁾. Contudo, de acordo com a literatura, os doentes tendem a preferir obter informação através de profissionais de saúde, considerando-os fontes mais credíveis e em quem confiam relativamente a questões de diagnóstico e tratamento⁽¹¹⁸⁾. O facto de estes indivíduos apresentarem um melhor conhecimento pode estar relacionado ao facto dos profissionais permitirem o esclarecimento de dúvidas e a correção de conceitos erróneos que os doentes têm⁽¹¹⁹⁾.

No que se refere ao conhecimento específico sobre a trombólise intravenosa e a TEV, mais de metade dos participantes revelou não conhecer estes tratamentos, o que está em consonância com a investigação realizada aos auxiliares na instituição em Leiria, que não apresentavam conhecimento sobre os tratamentos a realizar⁽¹⁰⁶⁾.

A análise da relação entre o conhecimento e a faixa etária não evidenciou diferenças estatisticamente significativas.

Verificou-se, no entanto, uma associação significativa entre os anos de trabalho na instituição e o conhecimento sobre a trombólise intravenosa, com os auxiliares com menos tempo de serviço a revelarem maior nível de conhecimento. Destaca-se ainda que nenhum participante com mais de 25 anos de serviço referiu conhecer este tratamento. Esta tendência poderá estar relacionada com o facto de os profissionais com menos anos de serviço serem também os que mais relataram ter recebido formação na área do AVC (Tabela 2 dos resultados) o que está em linha com a evidência já discutida de que a formação específica contribui para um maior nível de literacia na área.

Por outro lado, não se observou uma associação estatisticamente significativa entre o conhecimento dos tratamentos e a formação como auxiliar de saúde. Ainda assim, tal como verificado relativamente ao conhecimento global sobre o AVC, os participantes com formação específica na área e os que referiram ter um familiar ou amigo que sofreu um AVC demonstraram maior familiaridade com estas intervenções terapêuticas.

Relativamente à relação entre o conhecimento sobre a trombólise intravenosa e as fontes de informação utilizadas, verificou-se uma associação estatisticamente significativa. Apesar de uma proporção relevante de participantes não conhecer este tratamento, os que demonstraram maior conhecimento tendem a recorrer à comunicação social como principal fonte de informação. Este resultado está em consonância com um estudo realizado em Portugal que avaliou o conhecimento sobre o AVC em adultos jovens e identificou a televisão como o meio particularmente relevante na transmissão de informação⁽¹²⁰⁾. Importa salientar que, enquanto no conhecimento geral sobre o tratamento do AVC os participantes que recorrem a amigos e/ou profissionais de saúde apresentaram mais respostas corretas, no conhecimento específico da trombólise intravenosa foram os que recorrem à comunicação social que demonstraram maior nível de conhecimento. Esta diferença pode estar relacionada com a forma como os diferentes meios transmitem o conteúdo⁽¹²¹⁾.

Estes resultados destacam a importância da formação específica e contínua para os cuidadores, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos idosos. As lacunas identificadas, especialmente no que respeita à prevenção do AVC e ao conhecimento do tempo ideal de intervenção, reforçam a necessidade de programas educativos direccionados aos auxiliares de saúde que acompanham os idosos em ERPI's.

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A amostra é relativamente pequena, o que pode limitar a comparação dos dados em relação a outros estudos, bem como a técnica de recolha da amostra utilizada ter sido não probabilística por conveniência. Destaca-se também o facto de apenas 1 indivíduo ter frequentado o ensino superior, o que inviabiliza a comparação entre os diferentes níveis de escolaridade. Adicionalmente, a participação da equipa de investigação na elaboração e validação do questionário poderá ter introduzido algum viés, representando assim uma limitação metodológica do estudo.

Com base nos resultados obtidos, torna-se pertinente desenvolver estudos futuros que possam aprofundar e complementar o presente trabalho. A implementação de programas de formação contínua dirigidos aos auxiliares de saúde revela-se especialmente relevante, permitindo avaliar o impacto dessas ações na melhoria da literacia em AVC e na sua capacidade de resposta em situações de emergência. Além disso, estudos comparativos entre diferentes regiões do país poderiam evidenciar desigualdades geográficas no nível de literacia em saúde, permitindo o desenvolvimento de mais ajustadas às necessidades específicas de cada contexto.

Conclusão

Os auxiliares de saúde que trabalham em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas apresentam, maioritariamente, um perfil feminino, com baixo nível de escolaridade.

A literacia em AVC revelou-se adequada, embora persistam lacunas significativas em áreas como a prevenção, a diferenciação dos sinais de alerta entre o AVC e o enfarte agudo do miocárdio e nos tratamentos disponíveis, nomeadamente no que se refere ao tempo ideal de atuação. Embora reconheçam que o tempo é um fator crucial no tratamento, desconhecem qual o intervalo de tempo necessário para garantir um tratamento eficaz, comprometendo a identificação precoce da situação e a adoção de medidas imediatas que poderiam melhorar significativamente o prognóstico do doente.

Constatou-se que níveis mais elevados de escolaridade, a formação específica sobre o tema e a experiência pessoal com familiares ou amigos que sofreram um AVC estão associados a uma maior literacia.

Neste sentido, torna-se fundamental investir na educação contínua e específica destes profissionais, contribuindo para ampliar o conhecimento sobre a prevenção da doença, melhorar a identificação dos sinais de alerta e garantir uma atuação rápida e eficaz em situações de emergência, contribuindo para a melhoria da qualidade do cuidado prestado ao idoso.

Referências Bibliográficas

1. Jx S, David M, Werring J. Stroke: causes and clinical features. 2020. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.06.002>
2. Salaudeen MA, Bello N, Danraka RN, Ammani ML. Understanding the Pathophysiology of Ischemic Stroke: The Basis of Current Therapies and Opportunity for New Ones. Vol. 14, Biomolecules. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2024. Available from: <https://doi.org/10.3390/biom14030305>
3. Barakat M, A. AlSalamat H, Jirjees F, Al-Obaidi H, k. Hussain Z, El Hadidi S, et al. Factors Associated with Knowledge and Awareness of Stroke Among the Jordanian Population: A Cross-Sectional Study. F1000Res. 2021 Dec 6;10:1242. Available from: <https://doi.org/10.12688/f1000research.74492.2>
4. Berg KP, Sørensen VFI, Blomberg SNF, Christensen HC, Kruuse C. Recognition of visual symptoms in stroke: a challenge to patients, bystanders, and Emergency Medical Services. BMC Emerg Med. 2023 Dec 1;23(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00870-2>
5. Andersson J, Rejnö Å, Jakobsson S, Hansson PO, Nielsen SJ, Björck L. Symptoms at stroke onset as described by patients: a qualitative study. BMC Neurol. 2024 Dec 1;24(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12883-024-03658-4>
6. Robinson DJ, Ding L, Rademacher E, Stanton R, Anderson AM, Khoury JC, et al. Temporal Trends in Public Stroke Knowledge, 1995-2021. Stroke. 2023 Dec1;54(12):3169–72. Available from: <https://doi.org/10.1161/strokeaha.123.044017>
7. Saade S, Hallit S, Salameh P, Hosseini H. Knowledge and Response to Stroke Among Lebanese Adults: A Population-Based Survey. Front Public Health. 2022 Jun 3;10. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.891073>
8. Tavousi M, Mohammadi S, Sadighi J, Zarei F, Kermani RM, Rostami R, et al. Measuring health literacy: A systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021. Vol. 17, PLoS ONE. Public Library of Science; 2022. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271524>
9. Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, et al. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. Vol. 8, Family Medicine and Community Health. BMJ Publishing Group; 2020. Available from: <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>
10. Le Brun M, Godard D, Camps L, Gomes de Pinho Q, Benyamine A, Granel B. Health literacy: Definition, assessment tools, state of the art in Europe, health consequences and ways to improve it. Revue de Medecine Interne. Elsevier Masson s.r.l.; 2024. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2024.06.014>
11. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. Revista Portuguesa de Saude Publica. 2016 Sep 1;34(3):259–75. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
12. Urstad KH, Andersen MH, Larsen MH, Borge CR, Helseth S, Wahl AK. Definitions and measurement of health literacy in health and medicine research: A systematic review. Vol. 12, BMJ Open. BMJ Publishing Group; 2022. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056294>
13. Eira C. Trombólise Intravenosa no Acidente Vascular Cerebral Isquémico Agudo Depois dos 80 Anos. Med Interna (Bucur) [Internet]. 2018 Sep 3;25(3). Available from: <https://revista.spmi.pt/site/>

14. Fan R, Gu J, Zhang J, Wang M, Chen Z, Xu F, et al. Risk factors for stroke outcomes in adults Stroke in China. *Medicine (United States)*. 2023 Dec 8;102(49):E36606. Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000036606>
15. Juli C, Heryaman H, Arnengsih, Ang ET, Defi IR, Gamayani U, et al. The number of risk factors increases the recurrence events in ischemic stroke. *Eur J Med Res*. 2022 Dec 1;27(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s40001-022-00768-y>
16. Sofia Lopes Simões Â, Especialista E, Lusitano A. End of Life Care in Nursing Homes. *Systematic Literature Review*. Vol. 17. 2013. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v17i1.76>
17. Vaillancourt R, Cameron JD. Health literacy for children and families. Vol. 88, *British Journal of Clinical Pharmacology*. John Wiley and Sons Inc; 2022. p. 4328–36. Available from: <https://doi.org/10.1111/bcp.14948>
18. Portuguesa De Cardiologia R, Rodrigues V. Literacia em saúde. *Rev Port Cardiol [Internet]*. 2018;37(8):679–80. Available from: <https://www.revportcardiol.org/pt-literacia-em-saude-articulo-S0870255118304529>
19. Stock C, Bhattacharya S, Shikha D, Kushwaha P, Gokdemir O, Rillera Marzo R. Editorial: Health literacy and disease prevention. 2023. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1369146>
20. Cook C V., Pompon RH. Lessons on Health Literacy and Communication in Post-Stroke Rehabilitation. *Dela J Public Health*. 2023;9(3). Available from: <https://doi.org/10.32481/djph.2023.08.010>
21. Flink M, Lindblom S, von Koch L, Carlsson AC, Ytterberg C. Health literacy is associated with less depression symptoms, higher perceived recovery, higher perceived participation, and walking ability one year after stroke—a cross-sectional study. *Top Stroke Rehabil*. 2023;30(8):865–71. Available from: <https://doi.org/10.1080/10749357.2023.2178133>
22. Ayre J, Zhang M, Mouwad D, Zachariah D, McCaffery KJ, Muscat DM. Systematic review of health literacy champions: who, what and how? *Health Promot Int*. 2023 Aug 1;38(4). Available from: <https://doi.org/10.1093/heapro/daad074>
23. Wong D, Sanders LM, Beauchamp A, Formby C, Smith EE, Hansen C, et al. “When the Word Is Too Big, It’s Just Too Hard”: Stroke Survivors’ Perspectives About Health Literacy and Delivery of Health Information. *Healthcare (Switzerland)*. 2025 Mar 1;13(5). Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare13050541>
24. Cesar FCR, Moraes KL, Brasil VV, Alves AG, Barbosa MA, Oliveira LM de AC. Professional Responsiveness to Health Literacy: A Scoping Review. Vol. 6, *Health literacy research and practice*. NLM (Medline); 2022. p. e96–103. Available from: <https://doi.org/10.3928/24748307-20220418-02>
25. Arriaga M, Francisco R, Nogueira P, Oliveira J, Silva C, Câmara G, et al. Health Literacy in Portugal: Results of the Health Literacy Population Survey Project 2019–2021. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Apr 1;19(7). Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19074225>
26. Ministério da Saúde Direção-Geral da Saúde P, da Saúde Alameda Afonso Henriques DGD, Telo de Arriaga Benvinda dos Santos Gisela Leiras Ana Carvalho Ana Luísa Pinto Beatriz Raposo Francisco Mata Mafalda Monterrozo Rosa Leão Ana Justo Graça Freitas M. Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023- 2030 — Plano Estratégico [Internet]. 2023. Available from: www.dgs.pt
27. Andrade N, Alves E, Costa AR, Moura-Ferreira P, Azevedo A, Lunet N. Knowledge about cardiovascular disease in Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2018 Aug 1;37(8):669–77. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.10.017>

28. Alhowaymel FM, Abdelmalik MA, Mohammed AM, Mohamaed MO, Alenezi A. Knowledge, Attitudes, and Practices of Hypertensive Patients Towards Stroke Prevention Among Rural Population in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *SAGE Open Nurs.* 2023 Jan 1;9. Available from: <https://doi.org/10.1177/23779608221150717>
29. Muir KW. Stroke in the acute setting. *Medicine [Internet]*. 2025 Mar;53(3):143–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1357303924003013>
30. Lei R, Zhang M, Gui G, Yang D, He L. How perceived risk of recurrence strengthens health management awareness in stroke patients: the chain mediating role of risk fear and health literacy. *Front Public Health [Internet]*. 2025 Feb 20;13. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2025.1524492/full>
31. Camporesi J, Strumia S, Di Pilla A, Paolucci M, Orsini D, Assorgi C, et al. Stroke pathway performance assessment: a retrospective observational study. *BMC Health Serv Res.* 2023 Dec 1;23(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10343-8>
32. Perry JJ, Yadav K, Syed S, Shamy M. Transient ischemic attack and minor stroke: diagnosis, risk stratification and management. Vol. 194, *CMAJ. Canadian Medical Association Journal. Canadian Medical Association*; 2022. p. E1344–9. Available from: <https://doi.org/10.1503/cmaj.220344>
33. Kuriakose D, Xiao Z. Pathophysiology and treatment of stroke: Present status and future perspectives. Vol. 21, *International Journal of Molecular Sciences*. MDPI AG; 2020. p. 1–24. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijms21207609>
34. Ouyang W, Wang R, He Y, Song Y, Mo L, Feng L. Status and influential factors of health literacy in patients with ischemic stroke: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2024 Jul 1;19(7 July). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307928>
35. Rakhimova I, Semenova Y, Khaibullin T, Kuanysheva A, Kovalchuk V, Abdrakhmanov A. Cryptogenic Stroke and Embolic Stroke of Undetermined Source: Risk Factors and Approaches for Detection of Atrial Fibrillation. *Curr Cardiol Rev.* 2021 Dec 23;18(4). Available from: <https://doi.org/10.2174/1573403x18666211221145714>
36. Cagna-Castillo D, Salcedo-Carrillo AL, Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A. Prevalence and incidence of stroke in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2023 Dec 1;13(1). Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-33182-3>
37. Wafa HA, Wolfe CDA, Emmett E, Roth GA, Johnson CO, Wang Y. Burden of Stroke in Europe: Thirty-Year Projections of Incidence, Prevalence, Deaths, and Disability-Adjusted Life Years. *Stroke.* 2020 Aug 1;51(8):2418–27. Available from: <https://doi.org/10.1161/strokeaha.120.029606>
38. Saposnik G, Galanos LC, Guerrero R, Casagrande F, Adhamidhis E, Gao MMY, et al. The World Stroke Academy: A World Stroke Organization global pathway to improve knowledge in stroke care. Vol. 17, *International Journal of Stroke*. SAGE Publications Inc.; 2022. p. 829–34. Available from: <https://doi.org/10.1177/17474930221085895>
39. Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. Tudo o que precisa de saber sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC). 2016;
40. Kwakkel G, Stinear C, Essers B, Munoz-Novoa M, Branscheidt M, Cabanas-Valdés R, et al. Motor rehabilitation after stroke: European Stroke Organisation (ESO) consensus-based definition and guiding framework. Vol. 8, *European Stroke Journal*. SAGE Publications Ltd; 2023. p. 880–94. Available from: <https://doi.org/10.1177/23969873231191304>
41. Sirisha S JSVSYPKS. Awareness, Recognition, and Response to Stroke among the General Public—An Observational Study. 2021; Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1735822>

42. Corches CL, Camille McBride A, Robles MC, Rehman N, Bailey S, Oliver A, et al. Development, adaptation and scale-up of a community-wide, health behavior theory-based stroke preparedness intervention. *Am J Health Behav.* 2020 Nov 1;44(6):744–55. Available from: <https://doi.org/10.5993/ajhb.44.6.1>
43. Khoshnaw S, Panzarasa P, De Simoni A. Metaphor Diffusion in Online Health Communities: Infodemiology Study in a Stroke Online Health Community. *JMIR Cardio* [Internet]. 2024 Dec 17;8:e53696–e53696. Available from: <https://cardio.jmir.org/2024/1/e53696>
44. Einstad MS, Saltvedt I, Lydersen S, Ursin MH, Munthe-Kaas R, Ihle-Hansen H, et al. Associations between post-stroke motor and cognitive function: a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2021 Dec 1;21(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02055-7>
45. Yang Y, Huang X, Wang Y, Leng L, Xu J, Feng L, et al. The impact of triglyceride-glucose index on ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis. Vol. 22, *Cardiovascular Diabetology*. BioMed Central Ltd; 2023. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12933-022-01732-0>
46. Soto-Cámara R, González-Bernal JJ, González-Santos J, Aguilar-Parra JM, Trigueros R, López-Liria R. Knowledge on signs and risk factors in stroke patients. *J Clin Med.* 2020 Aug 1;9(8):1–14. Available from: <https://doi.org/10.3390/jcm9082557>
47. Barthels D, Das H. Current Advances in Ischemic Stroke Research and Therapies. 2020. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bbadis.2018.09.012>
48. Ibeh C, Elkind MSV. Stroke Prevention After Cryptogenic Stroke. Vol. 23, *Current Cardiology Reports*. Springer; 2021. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11886-021-01604-1>
49. Chung JW, Park SH, Kim N, Kim WJ, Park JH, Ko Y, et al. Trial of ORG 10172 in acute stroke treatment (TOAST) classification and vascular territory of ischemic stroke lesions diagnosed by diffusion-weighted imaging. *J Am Heart Assoc.* 2014;3(4). Available from: <https://doi.org/10.1161/jaha.114.001119>
50. KAZADI KABANDA I, KIANGEBENI NGONZO C, EMEKA BOWAMOU CK, DIVENGI NZAMBI JP, KIATOKO PONTE N, TUYINAMA MADODA O, et al. Stroke signs knowledge and factors associated with a delayed hospital arrival of patients with acute stroke in Kinshasa. *Heliyon.* 2024 Apr 15;10(7). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e28311>
51. Hess Engström A, Flink M, Lindblom S, von Koch L, Ytterberg C. Association between general self-efficacy and health literacy among stroke survivors 1-year post-discharge: a cross-sectional study. *Sci Rep.* 2024 Dec 1;14(1). Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-57738-z>
52. Mahon S, Krishnamurthi R, Vandal A, Witt E, Barker-Collo S, Parmar P, et al. Primary prevention of stroke and cardiovascular disease in the community (PREVENTS): Methodology of a health wellness coaching intervention to reduce stroke and cardiovascular disease risk, a randomized clinical trial. *International Journal of Stroke.* 2018 Feb 1;13(2):223–32. Available from: <https://doi.org/10.1177/1747493017730759>
53. Devittori G, Peduzzi M, Dinacci D, Rossi P, Petrillo C, Gassert R, et al. Health knowledge after stroke in Switzerland: a survey among health professionals on current practice and suggestions for the implementation of a technology-based educational program for stroke survivors. *BMC Health Serv Res.* 2024 Dec 1;24(1):1259. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11735-0>
54. Mubarak AA, Alqahtani AS, Almalki AA, Almalki AH, Alamri HM, Aburass MK, et al. Public knowledge and awareness of stroke among adult population in Taif city, Saudi Arabia. *Neurosciences.* 2021 Oct 1;26(4):339–45. Available from: <https://doi.org/10.17712/nsj.2021.4.20210057>
55. Mälstam E, Asaba E, Åkesson E, Guidetti S, Patomella AH. 'Weaving lifestyle habits': Complex pathways to health for persons at risk for stroke. *Scand J Occup Ther.* 2022;29(2):152–64. Available from: <https://doi.org/10.1080/11038128.2021.1903991>

56. Stack K, Robertson W, Blackburn C. Does socioeconomic position affect knowledge of the risk factors and warning signs of stroke in the WHO European region? A systematic literature review. *BMC Public Health*. 2020 Sep 29;20(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09580-x>
57. Soto-Cámara R, González-Santos J, González-Bernal J, Martín-Santidrian A, Cubo E, Trejo-Gabriel-Galán JM. Factors associated with shortening of prehospital delay among patients with acute ischemic stroke. *J Clin Med*. 2019 Oct 1;8(10). Available from: <https://doi.org/10.3390/jcm8101712>
58. Nigat AB, Abate MW, Demelash AT, Tibebu NS, Tiruneh CM, Emiru TD, et al. Knowledge on stroke warning signs and associated factors among hypertensive patients, Northwest Ethiopia: An institution-based cross-sectional study. *Vasc Health Risk Manag*. 2021;17:721–8. Available from: <https://doi.org/10.2147/VHRM.S333394>
59. Sakr F, Safwan J, Cherfane M, Salameh P, Sacre H, Haddad C, et al. Knowledge and Awareness of Stroke among the Elderly Population: Analysis of Data from a Sample of Older Adults in a Developing Country. *Medicina (Lithuania)*. 2023 Dec 1;59(12). Available from: <https://doi.org/10.3390/medicina59122172>
60. Botelho A, Rios J, Fidalgo AP, Ferreira E, Nzwalo H. Organizational Factors Determining Access to Reperfusion Therapies in Ischemic Stroke-Systematic Literature Review. Vol. 19, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. MDPI; 2022. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph192316357>
61. Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Apenas 49% dos utentes liga 112 na primeira hora após o início de sintomas de AVC - INEM [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 15]. Available from: <https://www.inem.pt/2024/10/29/apenas-49-dos-utentes-liga-112-na-primeira-hora-apos-o-inicio-de-sintomas-de-avc/>
62. Gandolfo C, Alberti F, Del Sette M, Reale N. Stroke prevention and therapy awareness in a large sample of high school students: results of an educational campaign in the Northern-Western Italy. *Neurological Sciences*. 2022 Dec 1;43(12):6847–54. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10072-022-06372-6>
63. Nukovic JJ, Opancina V, Ciceri E, Muto M, Zdravkovic N, Altin A, et al. Neuroimaging Modalities Used for Ischemic Stroke Diagnosis and Monitoring. Vol. 59, *Medicina (Lithuania)*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2023. Available from: <https://doi.org/10.3390/medicina59111908>
64. Osman WA, Ahmed HM, Abdullahi MM, Kuule AA, Hassan QB. Knowledge, Attitude, and Practice of Stroke Among Hypertensive Patients in Selected Hospitals, Mogadishu: A Cross-Sectional Study. *Health Sci Rep*. 2024 Dec 1;7(12). Available from: <https://doi.org/10.1002/hsr2.70242>
65. Kaindl L, Hotz JF, Ferrari J. Cutting-edge stroke prevention strategies. *eNeurologicalSci*. 2025 Jun 1;39. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ensci.2025.100561>
66. Arboix A. Cardiovascular risk factors for acute stroke: Risk profiles in the different subtypes of ischemic stroke. *World J Clin Cases*. 2015;3(5):418. Available from: <https://doi.org/10.12998/wjcc.v3.i5.418>
67. Viana LF de O, Caixeta LB, Borges IP, Diniz JA, Oliveira MM de, Candeia RMS. Análise da mortalidade por AVC na região Sudeste do Brasil (2013–2023). *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2025 Mar 6;8(2):e78088. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/78088>
68. Niu Z, Liu F, Yu H, Wu S, Xiang H. Association between exposure to ambient air pollution and hospital admission, incidence, and mortality of stroke: an updated systematic review and meta-

analysis of more than 23 million participants. Vol. 26, Environmental Health and Preventive Medicine. BioMed Central Ltd; 2021. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12199-021-00937-1>

69. Jacob MA, Ekker MS, Allach Y, Cai M, Aarnio K, Arauz A, et al. Global Differences in Risk Factors, Etiology, and Outcome of Ischemic Stroke in Young Adults-A Worldwide Meta-analysis. *Neurology*. 2022 Feb 8;98(6):E573–88. Available from: <https://doi.org/10.1212/wnl.00000000000013195>

70. Chandra A, Li W, Stone C, Geng X, Ding Y. The cerebral circulation and cerebrovascular disease I: Anatomy. *Brain Circ*. 2017;3(2):45. Available from: https://doi.org/10.4103/bc.bc_10_17

71. Širvinskas A, Lengvenis G, Ledas G, Mosenko V, Lukoševičius S. Circle of Willis Configuration and Thrombus Localization Impact on Ischemic Stroke Patient Outcomes: A Systematic Review. Vol. 59, *Medicina (Lithuania)*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2023. Available from: <https://doi.org/10.3390/medicina59122115>

72. Zhao E, Barber J, Mathew-Steiner SS, Khanna S, Sen CK, Arciero J. Modeling cerebrovascular responses to assess the impact of the collateral circulation following middle cerebral artery occlusion. *Microcirculation*. 2024 Apr 1;31(3). Available from: <https://doi.org/10.1111/micc.12849>

73. Lin E, Kamel H, Gupta A, RoyChoudhury A, Girgis P, Glodzik L. Incomplete circle of Willis variants and stroke outcome. *Eur J Radiol*. 2022 Aug 1;153. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2022.110383>

74. Chandra A, Stone C, Du X, Li W, Huber M, Bremer R, et al. The cerebral circulation and cerebrovascular disease III: Stroke. *Brain Circ*. 2017;3(2):66. Available from: https://doi.org/10.4103/bc.bc_12_17

75. Kim JH, Kim SY, Kim B, Lee SR, Cha SH, Lee DS, et al. Prospects of therapeutic target and directions for ischemic stroke. *Pharmaceuticals*. 2021 Apr 1;14(4). Available from: <https://doi.org/10.3390/ph14040321>

76. Sana V, Ghous M, Kashif M, Albalwi A, Muneer R, Zia M. Effects of vestibular rehabilitation therapy versus virtual reality on balance, dizziness, and gait in patients with subacute stroke: A randomized controlled trial. *Medicine (United States)*. 2023 Jun 16;102(24):E33203. Available from: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000033203>

77. Ganguly SS, Gujjar AR, Harthi H Al, Hashmi A Al, Jaju S, Al-Mahrezi A, et al. Risk factors for ischaemic stroke in an omani community a case-control study. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2021 Nov 25;21(4):585–90. Available from: <https://doi.org/10.18295/squmj.4.2021.043>

78. Mueller S, Wang D, Fox MD, Yeo BTT, Sepulcre J, Sabuncu MR, et al. Individual Variability in Functional Connectivity Architecture of the Human Brain. *Neuron*. 2013 Feb 6;77(3):586–95. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2012.12.028>

79. Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. Sinais de alerta AVC - SPAVC [Internet]. [cited 2025 Apr 16]. Available from: <https://spavc.org/informacoes/aprenda-o-fundamental/>

80. Instituto Nacional de Emergência Médica. Gestos que salvam! – O que fazer em caso de suspeita de AVC - INEM [Internet]. 2021 [cited 2025 Apr 16]. Available from: <https://www.inem.pt/2021/10/25/gestos-que-salvam-o-que-fazer-em-caso-de-suspeita-de-avc/>

81. DGS. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. 2017; Available from: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/07/13/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto/>

82. Lee EC, Ha TW, Lee DH, Hong DY, Park SW, Lee JY, et al. Utility of Exosomes in Ischemic and Hemorrhagic Stroke Diagnosis and Treatment. Vol. 23, *International Journal of Molecular Sciences*. MDPI; 2022. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijms23158367>

83. Shin TH, Lee DY, Basith S, Manavalan B, Paik MJ, Rybinnik I, et al. Metabolome Changes in Cerebral Ischemia. Vol. 9, Cells. NLM (Medline); 2020. Available from: <https://doi.org/10.3390/cells9071630>
84. Ospel JM, Holodinsky JK, Goyal M. Management of Acute Ischemic Stroke Due to Large-Vessel Occlusion: JACC Focus Seminar. Vol. 75, Journal of the American College of Cardiology. Elsevier USA; 2020. p. 1832–43. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.10.034>
85. Fan JL, Nogueira RC, Brassard P, Rickards CA, Page M, Nasr N, et al. Integrative physiological assessment of cerebral hemodynamics and metabolism in acute ischemic stroke. Vol. 42, Journal of Cerebral Blood Flow and Metabolism. SAGE Publications Ltd; 2022. p. 454–70. Available from: <https://doi.org/10.1177/0271678x211033732>
86. Sun A, Cao Y, Jia Z, Zhao L, Shi H, Liu S. Analysis of influencing factors of hemorrhagic transformation in patients with large vessel occlusion stroke after mechanical thrombectomy [Internet]. Vol. 15, Am J Transl Res. 2023.
87. Xiong Y, Wakhloo AK, Fisher M. Advances in acute ischemic stroke therapy. Circ Res. 2022 Apr 15;130(8):1230–51. Available from: <https://doi.org/10.1161/circresaha.121.319948>
88. Jacomini JL, Moreira A de SS. Benefícios e limitações da trombólise intra-arterial no acidente vascular encefálico isquêmico. Brazilian Journal of Health Review. 2023 Jul 11;6(4):14597–610. Available from: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n4-051>
89. Associação Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral. Via verde do AVC | Associação Portuguesa de AVC [Internet]. [cited 2025 Apr 16]. Available from: <https://www.associacaoportuguesadeavc.com/via-verde-do-avc>
90. Barreira IMM, Martins MD, Silva NP, Preto PMB, Preto LSR. Results of the implementation of the code stroke protocol in a Portuguese hospital. Revista de Enfermagem Referencia. 2019 Sep 1;2019(22):117–26. Available from: <https://doi.org/10.12707/RIV18085>
91. Kahali D. Dyslipidaemia in elderly and stroke patients. Vol. 76, Indian Heart Journal. Elsevier B.V.; 2024. p. S75–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2024.01.013>
92. Ciumărnean L, Milaciu MV, Negrean V, Orășan OH, Vesa SC, Sălăgean O, et al. Cardiovascular risk factors and physical activity for the prevention of cardiovascular diseases in the elderly. Vol. 19, International Journal of Environmental Research and Public Health. MDPI; 2022. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19010207>
93. Jin G, Hu W, Zeng L, Diao M, Chen H, Chen J, et al. Development and verification of a nomogram for predicting short-term mortality in elderly ischemic stroke populations. Sci Rep. 2023 Dec 1;13(1). Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-39781-4>
94. Triscott JAC, Dobbs B, Charles L, Huang J, Moores D, Tian PGJ. The Care-of-the-Elderly Health Guide. J Prim Care Community Health. 2021;12. Available from: <https://doi.org/10.1177/21501327211044058>
95. Sakr F, Safwan J, Cherfane M, Salameh P, Sacre H, Haddad C, et al. Knowledge and Awareness of Stroke among the Elderly Population: Analysis of Data from a Sample of Older Adults in a Developing Country. Medicina (Lithuania). 2023 Dec 1;59(12). Available from: <https://doi.org/10.3390/medicina59122172>
96. Sezgin H, Cevheroglu S, Gök ND. Effects of care burden on the life of caregivers of the elderly: A mixed-method study model. Medicine (United States). 2022 Oct 28;101(43):E30736. Available from: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000030736>

97. Crispim R. Velhice(s) e participação em estruturas residenciais para idosos percebidas por pessoas idosas e assistentes sociais: um estudo qualitativo. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*. 2020 May 28;6(1):81–96. Available from: <https://doi.org/10.31211/rpics.2020.6.1.172>
98. Correia E, Dias H, Pascoal M, Revez A, Caetano C, Barreira L, et al. Referencial de boas práticas na prestação de cuidados de saúde nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. 2022; Available from: https://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/ERPI_Referencial_de_Boas_Praticas_VFinal.pdf
99. Portaria n.º 349/2023 | DR [Internet]. [cited 2025 Apr 24]. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/349-2023-224139049>
100. Figueiredo, Vítor. Análise da atividade dos ajudantes de lar e das suas condições de trabalho numa perspectiva de género. 2014. Available from: <https://hdl.handle.net/10216/76769>
101. Marlene E, Gomes S. Cuidadores Formais em Serviço de Apoio Domiciliário: vivências emocionais fora do espaço institucional. 2017. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.26/18627>
102. Alexandra C, Rodrigues L, Doutora P, Paula L, Correia De Sousa P, Manuel F, et al. Perfil dos cuidadores formais de idosos e motivos para a função: um estudo de caso. 2014. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1141>
103. Guerra M, Martins I, Santos D, Veiga J, Moitas R, Silva R. Cuidadores formais de idosos institucionalizados: percepções e satisfação profissional. *Gestão e Desenvolvimento*. 2019 Sep 11;(27):291–313. Available from: <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.385>
104. Cristina I, Colomé S, Bernadete A, De T, li M, Do Carmo A, et al. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores [Internet]. 2011. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a17.htm>
105. Rev SS, Londrina V. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. 2009. Available from: <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2009v12n1p122>
106. Simões AM, Cabral A. 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. 2020. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.8/5459>
107. Diário da República. Decreto-Lei n.º 45810 | DR [Internet]. 1964 [cited 2025 Apr 16]. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/45810-1964-578769>
108. Diário da República. Decreto-Lei n.º 176/2012 | DR [Internet]. 2009 [cited 2025 Apr 16]. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/176-2012-179057>
109. Ribeiro MTF, Ferreira RC, Ferreira EF, Magalhães CS, Moreira AN. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. *Cien Saude Colet*. 2011; Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400025>
110. Pinheira V, Beringuilho F. Perfil de cuidadores formais não qualificados em instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista INFAD de Psicología*. 2018 Jan 26;1(2):225. Available from: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1124>
111. Malaeb D, Dia N, Haddad C, Hallit S, Sacre H, Barakat M, et al. Factors associated with knowledge and awareness of stroke among the Lebanese population: A cross-sectional study. *F1000Res*. 2022 Apr 14;11:425. Available from: [10.12688/f1000research.108734.2](https://doi.org/10.12688/f1000research.108734.2)
112. Filipa A, Carvalho J. Percepções sobre Formação Profissional e Impacto da Formação na Prestação de Cuidados a Idosos Dependentes Internados. 2012. Available from: <http://hdl.handle.net/10362/7742>

113. Sadighi A, Groody A, Wasko L, Hornak J, Zand R. Recognition of Stroke Warning Signs and Risk Factors Among Rural Population in Central Pennsylvania. 2018.
114. Romero-Bravo M, de la Cruz-Cosme C, Barbancho MA, García-Casares N. Knowledge on stroke in Spanish population. A systematic review. *Rev Neurol*. 2022 Mar 16;74(6):189–201. Available from: <https://doi.org/10.33588/rn.7406.2021401>
115. Wanichanon W, Ananchaisarp T, Buathong N, Choomalee K. Knowledge and attitude towards stroke among the population of one rural community in southern Thailand: a survey. *BMJ Open*. 2024 Feb 7;14(2). Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-080269>
116. Faiz KW, Sundseth A, Thommessen B, Rønning OM. Patient knowledge on stroke risk factors, symptoms and treatment options. *Vasc Health Risk Manag*. 2018 Feb 7;14:37–40. Available from: <https://doi.org/10.2147/vhrm.s152173>
117. Hawati SM, Binobaid F, Melybari RZ, Alabdali S, Alhazmi G, Namankani A, et al. Awareness of Acute Stroke Among the General Population in the Western Region of Saudi Arabia. *Cureus*. 2024 Jan 10; Available from: <https://doi.org/10.7759/cureus.51979>
118. Alves, Elisabete & Magalhães, Paula & Lunet, Nuno & Ferreira, Pedro & Silva, Susana. (2014). Acessibilidade e utilização de fontes de informação em saúde cardiovascular: percepção de doentes e médicos. *Arquivos de Medicina*. 28. 137-144. Available from: <http://hdl.handle.net/10451/17720>
119. Song M, Elson J, Nguyen T, Obasi S, Pintar J, Bastola D. Exploring trust dynamics in health information systems: the impact of patients' health conditions on information source preferences. *Front Public Health*. 2024 Nov 22;12:1478502. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1478502>
120. Sim-Sim Maria Margarida, Bule Maria, Reis Maria, Pires Elsa, Fernandes Manuel, Barros, Maria. Young adult's knowledge about stroke in a Portuguese south town. *Enfermeria Global*, (2019), 423-434, 18(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.3433>
121. Iduraywish SA, Altamimi LA, Aldhuwayhi RA, AlZamil LR, Alzeghayer LY, Alsaleh FS, Aldakheel FM, Tharkar S. Sources of Health Information and Their Impacts on Medical Knowledge Perception Among the Saudi Arabian Population: Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res*. 2020 Mar 19;22(3):e14414. Available from: <https://doi.org/10.2196/14414>

Anexos

Anexo A - Autorização da Fundação Ferreira Freire



Anexo B - Autorização da Casa do Povo de Abrunheira



Marco Contente - CPA<mcontente@cpabrunheira.org>

Para: © Rita Nobre



seg. 01/04/2024 16:40

Boa tarde,

A Casa do Povo de Abrunheira, IPSS, NIPC n.º501102698, igual número de contribuinte fiscal, com sede na Rua da Casa do Povo n.º 1, 3140-011 Abrunheira, freguesia da União das Freguesias de Abrunheira, Verride e Vila Nova da Barca, Montemor-o-Velho representada pela Diretor de Serviços Administrativos, Financeiros e de Recursos Humanos, Marco José Lopes Contente, declara que se encontra disponível para participar e colaborar no seu projecto, aceitando desde já a recolha dos dados solicitados nas condições referidas no email.

Atenciosamente,
Marco Contente

Anexo C - Autorização da Comissão de Ética do IPCB



PARECER N.º 150 CE-IPCB/2024

PARECER

Título do projeto:	LITERACIA EM AVC DOS AUXILIARES DE SAÚDE EM ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS
Area científica:	Fisiologia Clínica
Investigador principal	Ana Rita Louro Nobre
Equipe de investigação	-
Orientador	Gil Monteiro Nunes
Local do estudo	Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
Tipo de estudo	Clínico sem intervenção
Submissão completa	22/02/2024
Reuniões de avaliação	n.º 5 de 11/04/2024
Relatores	– António Júlio Apóstolo Pereira Coutinho – Maria Teresa Pita Pegado Gonçalves Rodrigues Coelho

RELATÓRIO

Elaborado nos termos do n.º 7 do artigo 11.º do [Reg.IPCB.CE.01.02 – Regulamento da Comissão de Ética do IPCB](#)

DELIBERAÇÃO

Parecer: Positivo*

* Assim que o projeto esteja concluído, o investigador deverá enviar o estudo final para arquivo na pasta do projeto existente nesta Comissão.

Data de deliberação em reunião n.º 5: Castelo Branco, 11 de abril de 2024

Membros presentes: António Júlio Apóstolo Pereira Coutinho, Arnandina Maria Abrantes de Loureiro, Eduardo Sabina dos Santos Valente, Isabel Maria de Sousa Lourenço, Maria João da Silva Guardado Moreira, Maria Luísa Faria de Sousa Cerqueira Correia Castilho, Marta Filipa Gerales Falcão e Sara Margarida Araújo Ferreira.

Relator

Assinado por: António Júlio Apóstolo Pereira
Coutinho
Num. de Identificação: 04191777
Data: 2024.04.24 12:03:01+01'00'



Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: ISABEL MARIA DE SOUSA
LOURENÇO
Num. de Identificação: 04242187
Data: 2024.04.30 16:09:41+01'00'



Relator

Assinado por: Maria Teresa Pita Pegado Gonçalves
Rodrigues Coelho
Num. de Identificação: 08114994
Data: 2024.04.24 09:18:02+01'00'



Apêndices

Apêndice A - Consentimento Informado

Consentimento Informado Esclarecido e Livre

Título do Projeto: Literacia em AVC dos auxiliares de saúde em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

Responsáveis pelo estudo de investigação:

Jovem Investigadora - Ana Rita Louro Nobre

Orientador – Professor Gil Monteiro Nunes

Este documento, designado **Consentimento Informado Esclarecido e Livre**, dado por escrito, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi abordado/a, bem como o que é expectável acontecer, se decidir participar no mesmo. Leia atentamente toda a informação aqui contida. Deve sentir-se inteiramente livre para colocar qualquer questão, assim como para discutir com terceiros (amigos, familiares) a decisão da sua participação neste estudo.

Local de Estudo: duas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI's), comumente chamadas de Lares de Idosos, localizadas no distrito de Coimbra, na União de Freguesias de Abrunheira, Verride e Vila Nova da Barca do concelho de Montemor-o-Velho e na União de Freguesias de Portunhos e Outil do concelho de Cantanhede.

Justificação do estudo: A inadequada literacia em saúde tem vindo a ser considerada um fator de risco para muitas doenças. Dentro dessas doenças, destaca-se o acidente vascular cerebral (AVC) como uma das principais causas de mortalidade e incapacidade mundial. É, por isso, crucial, que a população saiba reconhecer os fatores de risco, sinais e sintomas do mesmo. Apesar dos diversos estudos já realizados sobre a literacia em AVC e da implementação de medidas para aumentar esta literacia, continua a existir uma grande falta de conhecimento acerca desta doença cerebrovascular. Sendo a idade um dos fatores de risco mais importantes, a população idosa apresenta um maior risco de desenvolver um AVC. Dado que muitos idosos estão institucionalizados em Lares de Idosos, é essencial que os auxiliares de saúde que os acompanham saibam reconhecer um AVC, assim como preveni-lo e, principalmente, saber agir numa situação de emergência. Neste projeto irá ser avaliada a literacia dos auxiliares de saúde que trabalham nas ERPI's acima mencionadas e, de algum modo, contribuir para a sensibilização da importância de reconhecer o AVC, garantindo uma boa qualidade de vida à população mais idosa e, com os resultados obtidos, identificar quais as principais falhas que existem no reconhecimento do AVC.

O método de estudo será realizado por um questionário em formato físico, que terá uma duração prevista de 10 minutos.

A participação no estudo e a resposta ao questionário é voluntária. O participante é livre de decidir se participa ou não no estudo, podendo desistir a qualquer momento, mesmo já tendo assinado o consentimento, sem qualquer tipo de consequência.

Ao aceitar participar neste estudo, irá avaliar o seu conhecimento sobre o AVC. Após a recolha e análise dos dados, será realizada uma apresentação em cada instituição onde serão compartilhadas as conclusões obtidas, além de uma apresentação sobre o AVC e, dessa forma, aumentar o seu conhecimento nesta doença cerebrovascular.

Todos os dados recolhidos do questionário serão anónimos e confidenciais, garantindo a proteção dos seus dados, assim como a sua privacidade. Os dados recolhidos serão apenas utilizados para fins académicos. O seu anonimato, assim como a proteção de dados, serão garantidos utilizando para isso um sistema de código de números onde apenas um dos investigadores conseguirá fazer a ligação dos resultados ao participante. Estes dados serão posteriormente armazenados por um período de 5 anos na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias situada em Castelo Branco onde, após esses 5 anos e pela lei em vigor, serão destruídos.

O IPCB é o responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais, recolhidos e tratados exclusivamente para as finalidades do estudo científico supra, tendo como base legal o seu consentimento com base no art.º 9, nº 2, alínea a) e o disposto Artº 6º, nº 1, a) e ainda o cumprimento da missão do IPCB, no que à investigação científica diz respeito, enquadrado no Artº 6º, nº 1, e) do RGPD.

A operação de tratamento de dados foi registada no IPCB com o nº 40/2024.

A consulta, retificação ou apagamento dos seus dados pessoais, caso a metodologia de recolha utilizada no estudo o permita, contactando o investigador para o efeito.

O IPCB tem um Encarregado de Proteção de Dados, contactável através do email protecaodados@ipcb.pt. Caso considere necessário tem ainda o direito de apresentar reclamação à autoridade de controlo competente – Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Consinto voluntariamente que os meus dados pessoais sejam tratados de acordo com as informações que me foram disponibilizadas anteriormente.

☐ Sim ☐ Não

Este estudo foi validado e aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Em caso de dúvidas, contactar: email – rnobre@ipcbcampus.pt

ASSINATURA DO CONSENTIMENTO INFORMADO ESCLARECIDO E LIVRE PARA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA

Li (ou alguém leu para mim) o consentimento informado esclarecido e livre para investigação científica e estou consciente do que esperar quanto à minha participação no projeto ou estudo “Literacia em AVC dos auxiliares de saúde em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.” Tive a oportunidade de colocar todas as questões e as respostas esclareceram todas as minhas dúvidas. Assim, aceito voluntariamente participar neste estudo. Foi-me dada uma cópia deste documento.

Nome completo do participante

Data
____/____/____

Assinatura do participante

Nome da pessoa que obtém o consentimento

Apêndice B - Questionário

Questionário do Estudo “Literacia em AVC dos auxiliares de Saúde em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas”

1. Sexo

☐ Masculino ☐ Feminino

2. Faixa etária

- ☐ Entre 18-30 anos
☐ Entre 31-49 anos
☐ Entre 50-54 anos
☐ Mais de 55 anos

3. Escolaridade

- ☐ Até 3ª Ciclo (9º ano)
☐ Ensino Secundário
☐ Ensino Superior

3.1 Se seleccionou Ensino Superior, mencione a licenciatura:

4. Há quanto tempo trabalha nesta instituição? (Anos, meses...)

5. Já trabalhou noutra instituição?

☐ Sim ☐ Não

5.1 Se Sim, durante quanto tempo?

6. Realizou alguma formação para ser auxiliar de saúde?

☐ Sim ☐ Não

6.1 Se selecionou Sim, refira qual foi a formação:

6.2 Qual foi a duração da formação?

6.3 Em que ano realizou a formação?

7. Já realizou alguma formação na área do Acidente Vascular Cerebral (AVC)?

☐ Sim ☐ Não

7.1 Se selecionou Sim, qual?

7.2 Qual foi a duração da formação?

7.3 Em que ano realizou a formação?

8. Tem algum amigo/familiar que tenha sofrido um AVC?

☐ Sim ☐ Não

9. Onde procura informação sobre o AVC ou onde ouviu falar sobre o AVC?

- ☐ Amigos ou outros profissionais de saúde
- ☐ Internet, redes sociais
- ☐ Revistas, folhetos
- ☐ Televisão, rádio

☐ Trabalho, formações

10. Relativamente às seguintes frases que dizem respeito à definição de AVC, indique sim ou não, caso concorde ou não concorde, respetivamente, com a frase:

10.1 O AVC é das principais causas de mortalidade e incapacidade em Portugal.

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

10.2 O AVC ocorre devido a uma falta de sangue no cérebro.

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

10.3 O AVC é causado por um coágulo sanguíneo num vaso sanguíneo no cérebro.

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

10.4 O AVC deve-se à oclusão de uma artéria no coração.

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

10.5 O AVC pode ser causado por um rompimento de uma artéria cerebral.

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

10.6 O AVC é caracterizado por sintomas que duram pelo menos 24 horas.

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

10.7 Existe mais que 1 tipo de AVC.

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

10.8 O AVC pode ser evitado.

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

11. Relativamente aos fatores de risco, assinale os que considera serem fatores de risco para o AVC:

☐ Colesterol elevado

☐ Consumo de álcool

☐ Diabetes

☐ Genética

☐ Hipertensão Arterial

☐ Idade

☐ Obesidade

☐ Presença de doença cardíaca

- ☐ Raça
- ☐ Sexo
- ☐ Tabagismo

12. Conhece a sigla dos 3 F's?

- ☐ Sim ☐ Não

12.1 Se indicou Sim, refira quais são os 3 F's:

13. De entre os seguintes, indique quais considera ser sinais e sintomas do AVC:

- ☐ Desvio da face
- ☐ Dificuldade em falar
- ☐ Dificuldade em responder a perguntas
- ☐ Dor no peito que irradia para o membro
- ☐ Falta de força num braço
- ☐ Falta de coordenação
- ☐ Hemianópsia (perda de metade do campo visual)
- ☐ Olhar forçado

14. Em caso de emergência, indique o que considera que se deve fazer:

- ☐ Agendar consulta
- ☐ Dar aspirina ao doente
- ☐ Esperar que passe
- ☐ Ligar Saúde 24
- ☐ Ligar para o 112

15. No que diz respeito ao tratamento, responda sim caso concorde com a frase ou não caso não concorde:

15.1 Nenhum tratamento reverte os sintomas.

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

15.2 O tempo é um fator importante no tratamento.

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

15.3 Quanto mais cedo chegar ao hospital e iniciar o tratamento, melhor será o prognóstico.

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

15.4 O prognóstico é sempre grave.

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

15.5 Todos os doentes que têm um AVC ficam com sequelas/danos motores/cognitivos.

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

15.6 A trombólise é um dos tratamentos para o AVC.

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

15.7 Sabe o que é a trombólise?

☐ Sim ☐ Não

15.8 A trombólise pode ser aplicada a qualquer hora depois do início dos sintomas.

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

15.9 A trombólise é mais eficaz até às 4h30 após o início dos sintomas.

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

15.10 Após 4h30 desde os inícios dos sintomas, a trombólise perde o seu efeito.

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

15.11 Sabe o que é a trombectomia endovascular?

☐ Sim ☐ Não

15.12 A trombectomia endovascular pode ser aplicada até 24 horas desde o início dos sintomas.

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei