



Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Literacia do AVC na comunidade de estudantes do IPCB

Benvinda Fonteira Txocotara

Junho 2026

MONOGRAFIA

Literacia do AVC na comunidade de estudantes do IPCB

Benvinda Fonteira Txocotara

Data

Junho 2026





**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Literacia do AVC na comunidade de estudantes do IPCB

Benvinda Fonteira Txocotara

Orientador

Prof. Adjunto Convidado Gil Monteiro Nunes

Monografia apresentada à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Licenciado em Fisiologia Clínica, realizada sob a orientação científica do professor adjunto convidado Dr. Gil Monteiro Nunes, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Junho 2026

Composição do júri

Presidente do júri

Doutora Joana Rita Espírito Santo Ramos Pires

Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Vogais

Doutora Patrícia Margarida Dos Santos Carvalheiro Coelho

Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Licenciado Gil Monteiro Nunes

Adjunto convidado do Instituto Politécnico de Castelo Branco e Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo

Dedicatória

Dedico aos meus pais Anastácia Machesse Nacapi e Fonteira Txocotara. Aos meus padrinhos José Maria Silva e Isabel Quaresma, as irmãs da Mãe do Redentor Assucena Lucas Zita, Adelina Langa e Eugenia Chilopo.

Dedico também às minhas irmãs Mira Fonteira Txocotara e Regina Fonteira Txocotara.

Agradecimentos

Agradeço a Deus por me conceder o dom da vida, da saúde e da resiliência para superar todos os desafios ao longo desta jornada académica, da melhor forma possível.

Dirijo a minha sincera e profunda gratidão ao meu orientador científico, o Professor Gil Monteiro Nunes, pela sua paciência, dedicação e orientação, pois o seu conhecimento e incentivo contínuo foram vitais para a concretização deste trabalho. A vossa disponibilidade, opinião e partilha académica contribuíram para o meu desenvolvimento académico e pessoal e para uma melhor perspetiva futura.

À comunidade de ensino, não docente e académica do Ensino Superior Politécnico em Castelo Branco, deixo aqui o meu sincero agradecimento por todo o conhecimento académico e não académico partilhado ao longo desta jornada.

Resumo

Introdução: O Acidente vascular cerebral é uma das principais causas de mortalidade e incapacidade a nível mundial, sendo uma das principais causas de morte em Portugal. Nos últimos anos, tem sido observado um aumento na incidência de Acidente vascular cerebral em jovens adultos (15-39 anos), tornando a literacia em saúde fundamental para o reconhecimento precoce dos sinais de alerta e para a ativação atempada dos serviços de emergência, tendo em conta o princípio de que "o tempo é cérebro".

Objetivos: Avaliar o nível de literacia do acidente vascular cerebral pré e pós-intervenções (cartazes e palestras) na comunidade de estudantes das Escolas de Ensino Superior Politécnico de Castelo Branco

Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo e exploratório com uma amostra de 300 estudantes do Instituto Politécnico de Castelo Branco. O estudo foi desenvolvido em três fases: aplicação de um questionário inicial (Q1), implementação de intervenções educativas (palestras com duração entre 30 e 60 minutos e afixação de cartazes informativos) e aplicação de um segundo questionário (Q2) a grupos independentes. A análise estatística foi realizada utilizando estatística descritiva, o teste do qui-quadrado para avaliar a associação entre variáveis categóricas, e o teste de Kruskal-Wallis para comparação entre grupos independentes, considerando um nível de significância de $p \leq 0,05$. Para tal usou-se o software SPSS.

Resultados: No primeiro questionário dos 150 participantes 87,9%, relataram saber o que é um acidente vascular cerebral, no entanto, 62,0% desconheciam a ocorrência do acidente vascular cerebral em jovens. Os estudantes da Escola Superior Dr. Lopes Dias, tiveram melhor desempenho na identificação dos tipos de acidente vascular cerebral (52,8%). Após as intervenções educativas, verificou-se que a participação nas palestras esteve associada a melhorias estatisticamente significativas no conhecimento dos sinais de alerta "3F's" ($p=0,011$) e do número de emergência 112 ($p=0,001$). Em contraste, a exposição a cartazes não revelou associações estatisticamente significativas ($p=0,825$). No que diz respeito à atuação numa emergência 92,7% dos participantes identificaram corretamente o número 112 como o número europeu de emergência.

Conclusão: A literacia global é elevada em termos de consciência geral, mas apresenta profundas lacunas técnicas. O estudo conclui que os métodos de educação ativa (palestras) são mais eficazes do que os métodos passivos (cartazes), recomendando a implementação de programas de formação contínua em todas as escolas politécnicas de ensino superior do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Palavras-chave: AVC (D020521); Conhecimento (D063369); Literacia em Saúde (D061108); Estudantes do Ensino Superior (D013334); Emergência médica (D004631).

Abstract

Introduction: Stroke is one of the leading causes of mortality and disability worldwide and is one of the leading causes of death in Portugal. In recent years, an increase in the incidence of stroke has been observed in young adults (15-39 years), making health literacy fundamental for the early recognition of warning signs and for the timely activation of emergency services, considering the principle that "time is brain".

Objectives: To evaluate the level of stroke literacy in the community of students from the six Polytechnic Higher Education Schools of Castelo Branco and to analyze the impact of educational interventions (lectures and pósteres) on knowledge about stroke in that same community.

Materials and Methods: A quantitative, descriptive and exploratory study was carried out with a sample of 300 students from the Polytechnic Institute of Castelo Branco. The study was developed in three phases: application of an initial questionnaire (Q1), implementation of educational interventions (lectures lasting between 30 and 60 minutes and posting of information pósteres) and application of a second questionnaire (Q2) to independent groups. Statistical analysis was performed using descriptive statistics, the chi-square test to assess the association between categorical variables, and the Kruskal-Wallis test for comparison between independent groups, considering a significance level of $p \leq 0.05$. For this purpose, the SPSS software was used.

Results: In the first questionnaire of the 150 participants, 87.9% reported knowing what a stroke is, however, 62.0% were unaware of the occurrence of stroke in young people. Students from Escola Superior Dr. Lopes Dias had better performance in identifying the types of stroke (52.8%). After the educational interventions, it was found that participation in the lectures was associated with statistically significant improvements in the knowledge of the warning signs "3F's" ($p=0.011$) and the emergency number 112 ($p=0.001$). In contrast, exposure to pósteres did not reveal statistically significant associations ($p=0.825$). Regarding emergency action, 92.7% of participants correctly identified the number 112 as the European emergency number.

Conclusion: Global literacy is high in terms of general awareness but has profound technical gaps. The study concludes that active education methods (lectures) are more effective than passive methods (posters), recommending the implementation of continuous training programs in all polytechnic schools of higher education of the polytechnic institute of Castelo Branco.

Keywords: Stroke (D020521); Knowledge (D063369); Health Literacy (D061108); Higher Education Students (D013334); Medical emergency (D004631).

Índice geral

Índice de figuras.....	XI
Índice de símbolos	XII
Índice de tabelas	XIII
Índice de gráficos	XV
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	XVII
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico.....	3
2.1 Definição e classificação de acidente vascular cerebral	3
2.2 Fatores de risco para o acidente vascular cerebral	3
2.2.1 Fatores de risco modificáveis	3
2.2.2 Fatores de risco metabólicos.....	4
2.2.3 Fatores de risco cardiovasculares	4
2.2.4 Fatores de risco não modificáveis.....	4
2.3 Sinais e sintomas do acidente vascular cerebral.....	5
2.4 Via verde do acidente vascular cerebral.....	6
2.5 Consequências funcionais, cognitivas e psicossociais do acidente vascular cerebral	7
2.6 Acidente vascular cerebral em jovens	8
2.6.1 Definição	8
2.6.2 Fatores de risco específicos para acidente vascular cerebral em jovens	9
2.6.3 Impacto clínico e psicossocial do acidente vascular cerebral em jovens	10
2.6.4 Acidente vascular cerebral jovem em Portugal	11
2.7 Literacia em saúde e Literacia do acidente vascular cerebral	11
2.7.1 Literacia em saúde	11
2.7.2 Literacia em acidente vascular cerebral e reconhecimento de sintomas	12
2.7.3 Literacia do acidente vascular cerebral e resultados clínicos	12
2.7.4 Literacia organizacional e desafios atuais	12
2.7.5 Estratégias para promover a literacia em acidente vascular cerebral	12
Contributo da Investigação.....	14

3. Objetivos.....	14
3.1 Objetivo Principal	14
3.2 Objetivos secundários.....	14
4. Materiais e Métodos.....	14
5. Resultados	17
5.1 Caracterização da amostra	17
5.1.1 Idade.....	17
5.1.2 Sexo.....	17
5.1.3 Escola dos participantes	18
5.1.4 Ano escolar.....	19
5.2 Estilo de vida da amostra.....	20
5.2.1 Atividade Física.....	20
5.2.2 Consumo de bebidas alcoólicas	20
5.2.3 Hábitos tabágicos.....	21
5.3 Avaliação da literacia sobre acidente vascular cerebral – Questionário1– Apêndice B.....	21
5.3.1 Relação entre escola do participante e a definição do acidente vascular cerebral.....	21
5.3.2 Relação entre escola do participante e tipos de acidente vascular cerebral	22
5.3.3 Relação entre escola do participante e sinais de alerta do acidente vascular cerebral.....	23
5.3.4 Relação entre escola do participante e fatores de risco do acidente vascular cerebral.....	25
5.3.5 Relação entre escola do participante e ação em casos de suspeita de acidente vascular cerebral	26
5.3.6 Relação entre escola do participante e já ouviram falar de acidente vascular cerebral jovem.....	27
5.3.7 Relação entre escola do participante e idade mais comum para a ocorrência do acidente vascular em Jovens	28
5.3.8 Relação entre escola do participante e o que acontece após acidente vascular cerebral.....	29
5.4 Fontes de informação	30
5.5 Importância da educação em saúde nas escolas.....	31
5.6 Disponibilidade da amostra na participação em atividades educativas sobre a literacia em saúde nas escolas	32

5.7 Avaliação do impacto das intervenções sobre acidente vascular cerebral – palestras e pósteres –Questionário 2– Apêndice C	32
5.7.1 Relação entre a definição de acidente vascular cerebral e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral nas escolas – participação nas palestras ministrados pela equipa de investigação.....	32
5.7.2 Relação entre a amostra que já ouviu/não falar dos 3F’s e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral nas escolas – participação nas palestras ministrados pela equipa de investigação.....	33
5.7.3 Relação entre a identificação correta do significado dos 3F’s e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral nas escolas – participação nas palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas	35
5.7.4 Relação entre os que já ouviram falar de acidente vascular cerebral em jovens e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral nas escolas – participação nas palestras ministrados pela equipa de investigação	35
5.7.5 Relação entre a identificação da faixa etária mais comum para o acidente vascular cerebral em jovens e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral nas escolas – participação nas palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas	37
5.7.6 Relação entre o que acontece no pós acidente vascular cerebral e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral nas escolas – participação nas palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas	38
5.7.7 Relação entre a ação em casos de suspeita de acidente vascular cerebral e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral nas escolas – participação nas palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas.....	40
5.7.8 Relação entre o conhecimento e identificação do número de emergência do acidente vascular cerebral em Portugal e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral nas escolas – participação nas palestras ministrados pela equipa de investigação.....	41
5.8 Importância de oferecer mais palestras e workshops sobre acidente vascular cerebral e literacia em saúde nas escolas	43
5.9 Interesse em participar em mais palestras e workshops sobre acidente vascular cerebral e literacia em saúde nas escolas	44
Discussão	45
Conclusão.....	52
Referências Bibliográficas	53

Anexos	56
Anexo A- Parecer da comissão de ética	56
Apêndices	57
Apêndice A – Consentimento Informado e esclarecido	57
Apêndice B – Questionário 1	59
Apêndice C– Questionário 2	62
Apêndice D – Póster de disseminação de informação	65
Apêndice E– Póster de divulgação das palestras	66
Apêndice F– póster de divulgação das palestras na ESALD e ESART	67

Índice de figuras

Figura 1: Sinais e sintomas de AVC segundo os mnemônicos FAST e BEFAST	5
Figura 2: Via Verde do acidente vascular cerebral: do reconhecimento ao tratamento.....	7
Figura 3: Consequências funcionais, cognitivas e psicossociais do acidente vascular cerebral.....	8
Figura 4: Fatores de risco específicos para AVC em jovens, incluindo fatores tradicionais, etiologias não ateroscleróticas, fatores hormonais, consumo de substâncias e determinantes metabólicos emergentes	10

Índice de símbolos

?: percentagem

=: igual

Índice de tabelas

Tabela 1: Distribuição da amostra pelos que ouviram/não falar dos 3F's e viram cartazes de literacia do acidente vascular cerebral.....	34
Tabela 2: Distribuição da amostra pelos que ouviram/não falar dos 3F's e participaram/não das palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas.....	34
Tabela 3: Distribuição da amostra pelos que viram os cartazes e identificaram o significado dos 3F's	35
Tabela 4: Distribuição da amostra pelos que assistiram às palestras sobre acidente vascular cerebral e identificaram o significado dos 3F's	36
Tabela 5: Distribuição da amostra pelos que ouviram/não falar de acidente vascular cerebral em jovem e viram cartazes informativos.	36
Tabela 6: Distribuição da amostra pelos que ouviram ou não falar de acidente vascular cerebral em jovens e participaram das palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas.	37
Tabela 7: Distribuição da amostra pela faixa etária mais comum para o AVC em jovens e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral.	37
Tabela 8: Distribuição da amostra pela faixa etária mais comum para o acidente vascular cerebral em jovens e participação em palestras sobre acidente vascular cerebral.....	38
Tabela 9: Distribuição da amostra pelo que acontece no pós acidente vascular cerebral e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral.....	39
Tabela 10: Distribuição da amostra pelo que acontece nos pós acidente vascular cerebral e participação em palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas	40
Tabela 11: Distribuição da amostra pela ação em casos de suspeita de acidente vascular cerebral e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral na escola	41
Tabela 12: Distribuição da amostra pela associação entre a atitude perante um possível acidente vascular cerebral e a participação em palestras ou workshops ministrados pela equipa de investigação nas escolas	41
Tabela 13: Distribuição da amostra pela associação entre o conhecimento do número de emergência para acidente vascular cerebral em Portugal e a exposição a cartazes informativos.....	42
Tabela 14: Distribuição da amostra pela associação entre o conhecimento do número de emergência para AVC em Portugal e a participação em palestras ministrados pela equipa de investigação.....	42

Tabela 15: Distribuição da amostra pela associação entre a indicação do número europeu de emergência para acidente vascular cerebral em Portugal e a exposição a cartazes informativos.....	43
--	----

Índice de gráficos

Gráfico 1: Distribuição da amostra por idade questionário 1	17
Gráfico 2: Distribuição da amostra por idade questionário 2	17
Gráfico 3: Distribuição da amostra pelo sexo questionário 1	18
Gráfico 4: Distribuição da amostra pelo sexo questionário 2	18
Gráfico 5: Distribuição da amostra pelos que têm história Familiar de acidente vascular cerebral.....	18
Gráfico 6: Distribuição da amostra pelos que conhecem/não alguém que já teve em acidente vascular cerebral	18
Gráfico 7: Distribuição da amostra pela escola questionário 1	19
Gráfico 8: Distribuição da amostra pela escola questionário 2	19
Gráfico 9: Distribuição da amostra pelo ano escolar questionário 1	19
Gráfico 10: Distribuição da amostra pelo ano escolar questionário 2.....	19
Gráfico 11: Distribuição da amostra por prática de atividade física.....	20
Gráfico 12: Distribuição da amostra pelo consumo de álcool	20
Gráfico 13: Distribuição da amostra por hábitos tabágicos	21
Gráfico 14: Distribuição da amostra pelos que sabem ou não o que é um acidente vascular cerebral	22
Gráfico 15: Distribuição da amostra pelo cruzamento das variáveis tipos de acidente vascular cerebral conhecidos pelos participantes e pela escola do participante.....	23
Gráfico 16: Distribuição dos sinais de alerta de acidente vascular cerebral identificados pelos estudantes participantes, no questionário 1	24
Gráfico 17: Distribuição da amostra pela identificação dos fatores de risco que aumentam a ocorrência de um acidente vascular cerebral.....	26
Gráfico 18: Distribuição da amostra pela ação em casos de suspeita de AVC	27
Gráfico 19: Distribuição da amostra pelos que já ouviram ou não falar de acidente vascular cerebral em jovens.....	28
Gráfico 20: Distribuição da amostra pela identificação da faixa etária mais comum para a ocorrência de um acidente vascular cerebral em jovens.....	29
Gráfico 21: Distribuição da amostra pela identificação dos fatos após acidente vascular cerebral.....	30
Gráfico 22: Distribuição da amostra pelas fontes de informação do acidente vascular cerebral no primeiro questionário.....	31

Gráfico 23: Distribuição da amostra por aqueles que consideram importante a educação em saúde nas escolas.	31
Gráfico 24: Distribuição da amostra pelos que participariam de uma atividade (palestras/workshops) sobre o acidente vascular cerebral, questionário 1.....	32
Gráfico 25: Distribuição da amostra pela definição do acidente vascular cerebral e viram cartazes sobre acidente vascular cerebral afixados nas escolas.....	33
Gráfico 26: Distribuição da amostra pela definição do acidente vascular cerebral pelos que participaram das palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas.....	33
Gráfico 27: Distribuição dos participantes quanto à importância de oferecer mais palestras ou workshops sobre acidente vascular cerebral e literacia em saúde nas escolas	44
Gráfico 28: Distribuição dos participantes quanto ao interesse em participar em atividades educativas sobre saúde.	44

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AHA/ASA - American Heart Association/ American Stroke Association

AVC - acidente vascular cerebral

AVCi - acidente vascular cerebral isquémico

AVCh - acidente vascular cerebral hemorrágico

DGS -Direção-Geral da Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ESE - Escola Superior de Educação

EST - Escola Superior de Tecnologia

ESA - Escola Superior agrária

ESALD - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

ESGIN - Escola Superior de Gestão da Idanha-a-Nova

GBD - Global Burden of Disease

HIC - Hemorragia intracraniana

HSA - Hemorragia subaracnoídea

HTA - Hipertensão arterial

IPCB - Instituto Politécnico de Castelo Branco

LDL - Lipoproteínas de baixa densidade

LS - Literacia em saúde

OMS - Organização mundial de saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

Q1 - Primeiro questionário

Q2 - Segundo questionário

RGPD - Regulamento geral sobre proteção de dados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPAVC - Sociedade Portuguesa do Acidente vascular cerebral

SPSS - Statistical Product and Service Solutions

SPLS - Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde

TOAST - Trial of Org in Acute Stroke Treatment

UE - União Europeia

1. Introdução

O Acidente vascular cerebral (AVC), representa um elevado impacto global na saúde e na economia, com um custo estimado de aproximadamente 769 mil milhões de euros (0,66% do PIB global) ⁽¹⁾. Entre 1990 e 2021, observou-se um aumento expressivo na carga mundial do AVC. Em 2021, o AVC representou a terceira principal causa de morte no mundo, com cerca de 7,3 milhões de óbitos e 11,9 milhões de incidência, também foi a quarta principal causa de incapacidade totalizando 160,5 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade ⁽²⁾.

De acordo com a Organização mundial da saúde (OMS), AVC é definido como o desenvolvimento rápido de sinais clínicos de perturbação focal ou global da função cerebral, com sintomas que duram 24 horas ou mais, que podem resultar em morte, sem causa aparente além da origem vascular ⁽³⁾. No entanto, a definição mais recente considera o AVC como a morte das células do sistema nervoso central de origem vascular, com base em evidências clínicas, de imagem ou neuropatológicas, independentemente da duração dos sintomas ⁽⁴⁾.

Na União Europeia, com base no Global Burden of Disease Study 2010–2019, o AVC manteve uma elevada carga global, com um aumento dos casos absolutos entre 2010 e 2019, principalmente associado ao envelhecimento da população. Apesar disso, foi observada uma redução significativa nas taxas de mortalidade padronizadas por idade, refletindo melhorias na prevenção, diagnóstico e tratamento ⁽⁵⁾.

Em Portugal, o AVC continua a ser uma das principais causas de morte e incapacidade, com cerca de 25.000 novos casos e aproximadamente 9.600 mortes anuais, correspondendo a cerca de 7,7% da mortalidade total. A taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares ronda aos 92/100.000 habitantes, refletindo uma carga ainda mais elevada. Apesar dos avanços terapêuticos, o AVC continua associado a uma elevada morbilidade, explicando uma incapacidade significativa, com cerca de metade dos sobreviventes a apresentar sequelas permanentes ^(6–8).

Apesar do AVC, ser frequentemente associado a idades avançadas, ultimamente apresenta uma tendência crescente em adolescentes e jovens adultos, especialmente entre os 15 e os 39 anos, reforçando a importância da literacia em saúde nesta faixa etária ⁽⁹⁾.

A literacia em saúde, foi definida pela OMS, como o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a capacidade dos indivíduos de aceder, compreender e utilizar a informação de saúde, é um fator determinante para melhores resultados de saúde “Literacia em Saúde-SNS” ⁽¹⁰⁾. Atualmente, este conceito inclui também a literacia organizacional, que reflete a capacidade dos sistemas de saúde para facilitar decisões informadas ⁽¹¹⁾. Os baixos níveis de literacia em saúde estão associados a piores resultados clínicos e maior uso inadequado dos serviços de saúde, com cerca de um terço da população da União Europeia a ter níveis baixos de literacia em saúde ⁽¹²⁾.

No contexto do AVC, a baixa literacia pode contribuir para um atraso no reconhecimento dos sintomas e na procura de cuidados, comprometendo o prognóstico. Além disso, menos de metade dos portugueses (47%) sabem onde devem recorrer quando precisam de cuidados médicos ⁽¹³⁾.

Neste contexto, é importante avaliar o nível de literacia em saúde relacionada com o AVC na comunidade de estudantes das escolas de ensino superior politécnico do IPCB, com o objetivo de identificar lacunas no reconhecimento de sinais de alerta e na ação em situações suspeitas. Ao mesmo tempo, o estudo também, destina-se a promover a capacitação dos estudantes sobre o AVC com foco na identificação dos sinais de alerta do AVC e como agir perante a situação, contribuindo para a melhoria da resposta em emergência, nomeadamente na ativação do número europeu de emergência (112), com vista a reduzir a mortalidade e incapacidade por AVC, pois cada minuto conta.

2. Enquadramento Teórico

2.1 Definição e classificação de acidente vascular cerebral

O acidente vascular cerebral é definido como o desenvolvimento rápido de sinais clínicos de perturbação focal ou global da função cerebral, com sintomas que duram 24 horas ou mais, que podem resultar em morte, sem causa aparente além da origem vascular ⁽³⁾.

Pode ser dividido em dois tipos de acordo com a sua fisiopatologia:

- a) Acidente vascular cerebral isquémico (AVCi): representa aproximadamente 85% dos casos e resulta da obstrução de uma artéria cerebral levando à interrupção do fluxo sanguíneo, isquemia e subsequente necrose do tecido cerebral ⁽¹⁴⁾.

Etiologicamente, o AVCi pode ser classificado através do sistema TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment), que categoriza o AVCi em cinco subtipos principais: aterosclerose de grandes vasos, cardioembolismo, oclusão de pequenos vasos (enfarte lacunar), outras etiologias determinadas como (dissecções arteriais ou estados de hipercoagulabilidade) e etiologia indeterminada (AVC criptogénico). Esta classificação é fundamental para orientar a abordagem terapêutica e as estratégias para a prevenção secundária do AVC ⁽¹⁵⁾.

- b) Acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCh): caracteriza-se pela rutura de um vaso sanguíneo, resultando na extravasação de sangue para o parênquima cerebral ou espaço subaracnoídeo.

Etiologicamente, o AVCh divide-se em Hemorragia Intracraniana (HIC) e Hemorragia Subaracnoídea (HSA).

A HIC ocorre no parênquima cerebral e está frequentemente associada à hipertensão arterial crónica e angiopatia amiloide ⁽¹⁶⁾, enquanto a HSA resulta, na maioria dos casos, da rutura de aneurismas saculares intracranianos ⁽¹⁷⁾. Ambos os subtipos de AVCh, apresentam elevada morbilidade e mortalidade e requerem uma abordagem clínica urgente.

2.2 Fatores de risco para o acidente vascular cerebral

O AVC é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível global, estando fortemente associado a causas multifatoriais e podem ser distribuídos em: fatores de risco modificáveis e não modificáveis. De acordo com o Global Burden of Disease Study, mais de 80–90% dos AVCs podem ser atribuídos a fatores de risco potencialmente modificáveis ⁽¹⁾.

2.2.1 Fatores de risco modificáveis

Hipertensão arterial (HTA): é responsável por aproximadamente 50% da carga global da doença. O aumento crónico da pressão arterial provoca alterações estruturais nos vasos sanguíneos, como espessamento da parede vascular, lipo-

hialinose e formação de aneurismas, aumentando a fragilidade vascular. Estes mecanismos contribuem para o AVC isquémico, através da promoção da aterosclerose e da doença dos pequenos vasos, como para o AVC hemorrágico, sendo o principal fator associado à hemorragia intracraniana.

Tabagismo: promove disfunção endotelial, stress oxidativo e aumento da agregação plaquetária, contribuindo para o desenvolvimento da aterosclerose e aumentando o risco de AVC.

Dieta inadequada: uma dieta rica em sal e gorduras saturadas contribui para a hipertensão, dislipidemia e obesidade, sendo um dos principais determinantes modificáveis do risco de ocorrência de AVC.

Etanolismo: está associado ao aumento da pressão arterial e a um maior risco de hemorragia cerebral, estando particularmente relacionado com AVC hemorrágico.

Sedentarismo: contribui para o desenvolvimento de obesidade, diabetes e hipertensão, aumentando o risco cardiovascular global.

Poluição do ar: a exposição a partículas finas está associada à inflamação sistémica e disfunção vascular, contribuindo significativamente para o risco de eventos cerebrovasculares.

2.2.2 Fatores de risco metabólicos

Os fatores de risco metabólicos como obesidade, diabetes e dislipidemia têm apresentado um aumento significativo em indivíduos entre os 15 e os 39 anos, contribuindo para o aumento do peso das doenças cardiovasculares e potencialmente para a ocorrência de AVC na camada jovem ⁽¹⁸⁾.

Diabetes mellitus: promove disfunção endotelial e aceleração da aterosclerose, aumentando o risco de AVC, sobretudo isquémico.

Dislipidemia: o aumento do colesterol associado às lipoproteínas de baixa densidade (LDL) favorece a formação de placas ateroscleróticas, contribuindo para a oclusão vascular cerebral.

Obesidade: está associada à inflamação crónica e resistência à insulina, potenciando o desenvolvimento de outros fatores de risco.

2.2.3 Fatores de risco cardiovasculares

Fibrilação auricular: é uma causa importante de AVC isquémico de origem embólica, devido à formação de trombos no apêndice auricular esquerdo.

Outras doenças cardíacas: doenças cardíacas valvulares, cardiomiopatias e endocardite que podem levar a êmbolos cerebrais.

2.2.4 Fatores de risco não modificáveis

Idade: o risco de AVC aumenta progressivamente com a idade.

Género: os homens têm maior risco em idades mais precoces, por outro lado, nas mulheres o risco aumenta após a menopausa.

História familiar: A predisposição genética influencia a suscetibilidade ao AVC.

2.3 Sinais e sintomas do acidente vascular cerebral

Atrasos na fase pré-hospitalar impedem que muitos doentes com AVC cheguem ao hospital dentro da janela terapêutica de 4,5 horas, muitas vezes devido à dificuldade em reconhecer sintomas e à falta de consciência da sua gravidade ⁽¹⁹⁾.

O reconhecimento precoce dos sinais de alerta do AVC é fundamental para garantir intervenção atempada, sendo amplamente utilizado o mnemónico FAST (Face–Arm–Speech–Time), recomendado pela saúde pública da American Heart Association/ American Stroke Association (AHA/ASA), que orienta a identificação de assimetria facial, fraqueza no braço e alterações da fala, reforçando a necessidade de ação imediata.

No entanto, devido à limitação na identificação de todos os tipos de AVC, particularmente os da circulação pósterior, foi desenvolvido o mnemónico BEFAST, que acrescenta alterações de equilíbrio (Balance) e visão (Eyes), aumentando a sensibilidade na deteção de casos. Apesar de mais completo, o BEFAST pode ser menos facilmente memorizado, mantendo-se o FAST como a principal ferramenta de educação pública ⁽²⁰⁾.

SINAIS E SINTOMAS DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
O reconhecimento precoce salva vidas. Tempo é cérebro.

FAST – SINAIS PRINCIPAIS		BEFAST – SINAIS ADICIONAIS	
F FACE	 Assimetria facial Peça à pessoa para sorrir. Um dos lados da face pode estar caído.	B BALANCE	 Alterações do equilíbrio Tonturas, vertigens, perda de equilíbrio ou coordenação súbita.
A ARM	 Fraqueza num braço Peça à pessoa para levantar os braços. Um dos braços pode cair.	E EYES	 Alterações da visão Visão turva, visão dupla ou perda súbita da visão, especialmente num ou ambos os olhos.
S SPEECH	 Alterações da fala Peça à pessoa para repetir uma frase simples. A fala pode estar arrastada ou incompreensível.	F FACE	 Assimetria facial Peça à pessoa para sorrir. Um dos lados da face pode estar caído.
T TIME	 Tempo para agir Se observar qualquer um destes sinais, ligue imediatamente 112. Cada minuto conta.	A ARM	 Fraqueza num braço Peça à pessoa para levantar os braços. Um dos braços pode cair.
	Quanto mais rápido o tratamento, maior a probabilidade de recuperação.	S SPEECH	 Alterações da fala Peça à pessoa para repetir uma frase simples. A fala pode estar arrastada ou incompreensível.
		T TIME	 Tempo para agir Se observar qualquer um destes sinais, ligue imediatamente 112. Cada minuto conta.



ATENÇÃO A OUTROS SINTOMAS POSSÍVEIS:
Dor de cabeça súbita e intensa, náuseas ou vômitos, dificuldade em compreender, confusão súbita.



112
LIGUE IMEDIATAMENTE



TEMPO É CÉREBRO
A intervenção rápida pode reduzir sequelas e salvar vidas.

Figura 1: Sinais e sintomas de AVC segundo os mnemónicos FAST e BEFAST

Fonte: imagem gerada por inteligência artificial, baseada nas recomendações da American Heart Association/American Stroke Association e na literatura científica, com base em Guo e Saver ⁽¹⁹⁾ e El Ammar et al ⁽²⁰⁾.

2.4 Via verde do acidente vascular cerebral

Em Portugal, os sinais de alerta do AVC são frequentemente divulgados através da norma n.º 015/2017 da Direção-Geral da Saúde (DGS), que estabelece a organização da Via Verde do Acidente vascular cerebral (AVC) no adulto como uma estratégia integrada que visa garantir a identificação precoce, o encaminhamento adequado e o tratamento dos doentes com suspeita de AVC ⁽²¹⁾.

Este modelo baseia-se no princípio de que, *tempo é cérebro*, reforçando a necessidade de reduzir o intervalo entre o início dos sintomas e a intervenção terapêutica. A ativação do sistema inicia-se na comunidade, através do reconhecimento de sinais de alerta, os 3F's, como dificuldade na fala, desvio da comissura labial/face virada para o lado e falta de força num membro, sendo fundamental o contacto imediato com o número europeu de emergência (112), que permite a atuação do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e a ativação da Via Verde AVC pré-hospitalar ⁽²²⁾.

No contexto intra-hospitalar, a norma define uma abordagem estruturada e multidisciplinar que inclui avaliação clínica imediata, realização urgente de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente tomografia computadorizada crânio-encefálica, e decisão terapêutica entre fibrinólise e terapêutica endovascular, de acordo com critérios clínicos e temporais. A organização em unidades especializadas de AVC e a articulação em rede entre diferentes níveis de cuidados permitem otimizar o acesso ao tratamento adequado, assegurando a continuidade dos cuidados desde a fase aguda até ao internamento. A monitorização de indicadores de qualidade, como o tempo porta-agulha e o tempo até à intervenção endovascular, constitui um elemento essencial para a avaliação da eficácia do sistema e melhoria contínua dos cuidados prestados.

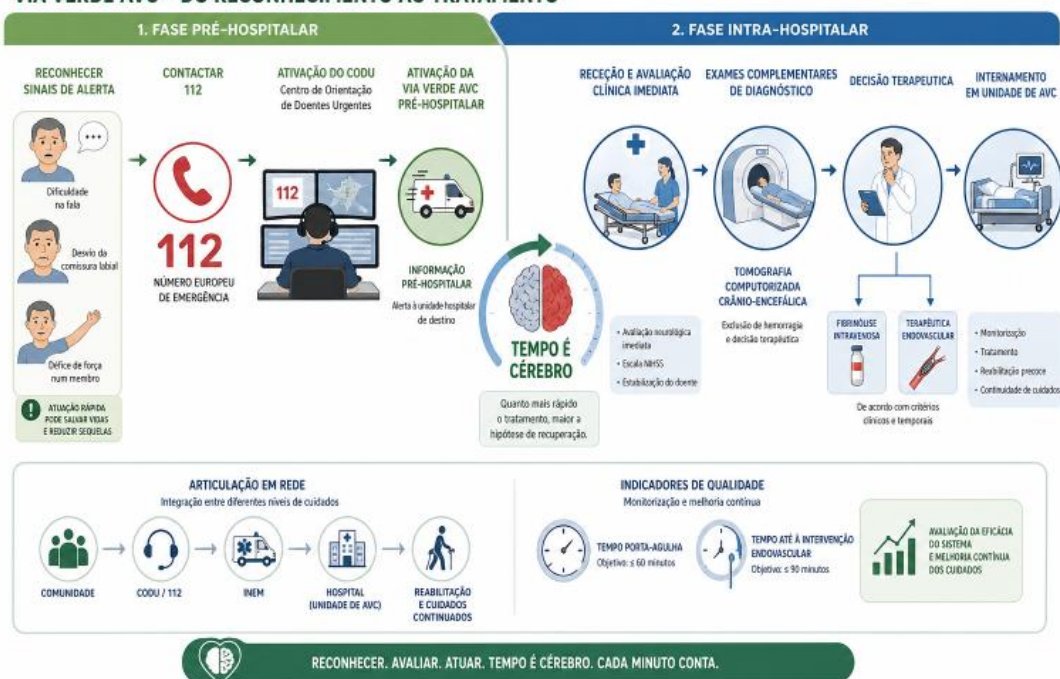
VIA VERDE AVC – DO RECONHECIMENTO AO TRATAMENTO

Figura 2: Via Verde do acidente vascular cerebral: do reconhecimento ao tratamento

Fonte: imagem gerada por inteligência artificial, baseada na Norma n.º 015/2017 da Direção -Geral de Saúde⁽²¹⁾.

2.5 Consequências funcionais, cognitivas e psicossociais do acidente vascular cerebral

O acidente vascular cerebral (AVC) está frequentemente associado a um conjunto de sequelas que afetam significativamente a funcionalidade, cognição e bem-estar psicossocial dos indivíduos. As alterações cognitivas são comuns após um AVC, incluindo défices de memória, atenção e funções executivas, que têm um impacto direto na capacidade do indivíduo de realizar atividades do dia a dia e independência. De acordo com as evidências recentes mostram que o défice cognitivo pós-AVC está associado a um prognóstico funcional pior, aumento da mortalidade e maior risco de recidiva, destacando a sua relevância clínica ⁽²³⁻²⁴⁾.

Do ponto de vista funcional, estas alterações cognitivas contribuem para limitações nas atividades do dia a dia e para a redução da autonomia, condicionando a reintegração social e a qualidade de vida. A interação entre défice cognitivo e deficiência funcional é particularmente relevante, uma vez que ambas se complementam mutuamente, agravando a condição geral do paciente ⁽²⁴⁾. Além disso, estudos indicam que o défice cognitivo está fortemente associado à diminuição da qualidade de vida e ao aumento da dependência, também refletido no peso dos cuidadores ⁽²⁵⁾.

A nível psicossocial, o AVC está frequentemente associado a mudanças emocionais significativas, incluindo depressão, ansiedade e fadiga, que podem persistir a longo prazo e comprometer a recuperação global. Estas mudanças têm um impacto direto na qualidade de vida dos pacientes e estão associadas a piores

resultados funcionais e a um maior isolamento social ⁽²⁶⁾. Além disso, o peso emocional e físico imposto aos cuidadores é um fator relevante, contribuindo para o impacto global da doença a nível familiar e social ⁽²⁷⁾.

Compreender estas consequências do AVC é fundamental para desenvolver estratégias de reabilitação eficazes e centradas no paciente, destinadas a melhorar a funcionalidade, a qualidade de vida e a reintegração social.



Figura 3: Consequências funcionais, cognitivas e psicossociais do acidente vascular cerebral

Fonte: imagem gerada por inteligência artificial, com base na literatura científica sobre défice cognitivo pós-AVC, funcionalidade e impacto psicossocial) com base em Yu e Wang ⁽²³⁾, Stolwyk et al ⁽²⁴⁾, Kusec et al ⁽²⁵⁾, Fraser et al ⁽²⁶⁾ e Khan et al ⁽²⁷⁾.

2.6 Acidente vascular cerebral em jovens

2.6.1 Definição

O AVC em jovens é geralmente definido como um evento cerebrovascular que ocorre entre os 15 e os 45 anos, podendo alguns autores estender o limite superior até aos 50 anos, refletindo a ausência de consenso uniforme. Apesar de representar uma proporção relativamente reduzida dos casos totais, estimada em cerca de 10–15%, o AVC em jovens tem vindo a adquirir crescente relevância, sustentada por evidência consistente de aumento da sua incidência nas últimas décadas ^(9,18).

Dados provenientes de análises do Global Burden of Disease (GBD) demonstram que, entre 1990 e 2019, ocorreu um aumento substancial do número absoluto de casos de AVC em indivíduos entre os 15 e os 39 anos, acompanhado por um crescimento da prevalência e dos anos vividos com incapacidade (DAYLS), apesar de algumas regiões apresentarem redução nas taxas padronizadas por idade ⁽²⁸⁾.

Estes achados sugerem que o aumento da carga global está fortemente relacionado com crescimento populacional e alterações no perfil de risco.

Adicionalmente, estudos longitudinais realizados nos Estados Unidos evidenciam um aumento significativo da incidência e da carga económica associada ao AVC em adultos jovens entre 2002 e 2017, incluindo custos diretos com hospitalização e custos indiretos decorrentes da perda de produtividade ⁽¹⁸⁾. Paralelamente, fatores de risco metabólicos têm contribuído de forma crescente para a carga global de doença em indivíduos jovens, particularmente entre os 15 e os 39 anos, refletindo uma transição epidemiológica caracterizada pela antecipação do risco vascular ⁽²⁹⁾.

2.6.2 Fatores de risco específicos para acidente vascular cerebral em jovens

O AVC em jovens é caracterizado por uma etiologia multifatorial e heterogênea, resultante da interação entre fatores de risco clássicos (ex: idade avançada), causas específicas deste grupo etário e determinantes metabólicos emergentes.

Os fatores clássicos de risco cardiovascular, como hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade e tabagismo, continuam a desempenhar um papel central. No entanto, a sua prevalência crescente em idades mais precoces reflete mudanças comportamentais e ambientais, contribuindo para o aumento do risco vascular nas fases iniciais da vida ^(18,29).

Ao mesmo tempo, o AVC em jovens está mais associado a etiologias não ateroscleróticas, incluindo dissecção arterial cervical, frequentemente relacionada com fatores mecânicos ou predisposição estrutural; doenças cardíacas, como o foramen oval patente, associadas a fenómenos paradoxais de embolização; e estados protrombóticos, sejam hereditários ou adquiridos. As doenças autoimunes e inflamatórias sistêmicas também são fatores relevantes neste grupo etário ⁽⁹⁾.

Fatores hormonais, nomeadamente o uso de contraceptivos orais, bem como condições fisiológicas como a gravidez e o puerpério, desempenham um papel adicional no aumento do risco. O uso de substâncias ilícitas como: cocaína, anfetaminas (ecstasy e efedrina), opióides (heroína), cannabis, LSD e esteroides anabólicos, estão associados a uma maior incidência de eventos cerebrovasculares nesta população ⁽⁹⁾.

Nos últimos anos, foi destacada a contribuição de fatores metabólicos, incluindo síndrome metabólica, resistência à insulina e doença hepática adiposa associada ao metabolismo. Estes fatores estão associados a alterações precoces na função endotelial e ao desenvolvimento de aterosclerose subclínica, contribuindo significativamente para o aumento da carga global da doença em adultos jovens ^(28,29).



Figura 4: Fatores de risco específicos para AVC em jovens, incluindo fatores tradicionais, etiologias não ateroscleróticas, fatores hormonais, consumo de substâncias e determinantes metabólicos emergentes

Fonte: imagem gerada por inteligência artificial, baseada na literatura científica com base em Ma Z ⁽⁹⁾, Zhou ⁽¹⁹⁾, Tibaek ⁽²⁸⁾ e Neves ⁽²⁹⁾.

2.6.3 Impacto clínico e psicossocial do acidente vascular cerebral em jovens

Embora o AVC em jovens esteja geralmente associado a uma mortalidade aguda mais baixa em comparação com os idosos, o seu impacto global é significativamente amplificado pela maior esperança de vida após o evento.

Do ponto de vista clínico, os sobreviventes frequentemente apresentam défices neurológicos persistentes, com impacto variável na funcionalidade e necessidade de reabilitação prolongada. A possibilidade de recorrência ao longo da vida contribui para um peso cumulativo significativo.

A nível psicossocial, o impacto é particularmente relevante, uma vez que o AVC ocorre predominantemente em indivíduos em idade ativa. As consequências incluem incapacidade no trabalho, perda de rendimento, dependência funcional precoce e mudanças nas dinâmicas familiares e sociais. A elevada prevalência de perturbações psicológicas, como depressão e ansiedade, agrava o prognóstico funcional e a qualidade de vida ⁽¹⁸⁾.

Além disso, o encargo económico associado é substancial, integrando custos diretos de cuidados de saúde e custos indiretos relacionados com perda de produtividade e incapacidade prolongada. Os dados do GBD reforçam que os anos vividos com deficiência associada ao AVC em jovens têm vindo a aumentar, evidenciando o impacto prolongado desta condição ⁽²⁸⁾.

2.6.4 Acidente vascular cerebral jovem em Portugal

Em Portugal, o AVC em jovens representa uma proporção relevante de todos os casos, estimada entre 5 e 20%, com uma incidência que varia entre 5,76% e 39,79% casos por 100.000 habitantes, segundo dados disponíveis na literatura nacional ⁽³²⁾. Como observado a nível internacional, tem havido uma tendência crescente na incidência em adultos jovens, associada a um aumento da prevalência dos fatores tradicionais de risco cardiovascular e metabólico. Do ponto de vista etiológico, destaca-se a elevada heterogeneidade, com uma contribuição significativa de causas cardioembólicas, estados protrombóticos e uma proporção considerável de casos classificados como criptogénicos ^(12,30).

Apesar destas contribuições, a evidência nacional sobre AVC em jovens continua limitada, baseando-se maioritariamente em estudos unicêntricos e trabalhos académicos, com uma pequena representação populacional. Revisões recentes sugerem um aumento da incidência ao longo do tempo, mas a ausência de estudos epidemiológicos multicêntricos e de registos nacionais estruturados dificulta a caracterização precisa desta população ⁽³¹⁾. Esta limitação pode levar a uma subestimação da verdadeira dimensão do problema, reforçando a necessidade de uma investigação mais abrangente no contexto português.

2.7 Literacia em saúde e Literacia do acidente vascular cerebral

2.7.1 Literacia em saúde

A literacia em saúde (LS) refere-se à capacidade dos indivíduos de aceder, compreender, avaliar e utilizar informação de saúde, sendo um determinante fundamental dos resultados clínicos. No contexto do AVC, a literacia é particularmente relevante devido à natureza aguda e dependente do tempo da doença, exigindo o reconhecimento precoce dos sintomas e a ativação imediata dos serviços de emergência. A nível europeu, estima-se que cerca de 47% da população tenha níveis limitados de literacia em saúde, evidenciando a dimensão deste problema de saúde pública ⁽³²⁾.

As evidências mostram que baixos níveis de literacia em saúde estão associados a piores resultados clínicos, incluindo aumento das hospitalizações, menor adesão ao tratamento e maior mortalidade ⁽³³⁾.

Em Portugal, os resultados do Inquérito Nacional à Literacia em Saúde (2019–2021) indicam que aproximadamente 61% da população apresenta níveis de literacia problemática ou inadequada, refletindo limitações significativas na capacidade de gestão da saúde ⁽³²⁾. Mesmo em populações com um nível de escolaridade mais elevado, como os estudantes universitários, existem níveis limitados de literacia, com prevalência significativa associada a fatores individuais e contextuais ⁽³³⁾.

2.7.2 Literacia em acidente vascular cerebral e reconhecimento de sintomas

No contexto do AVC, a literacia em saúde está diretamente relacionada com o conhecimento dos sinais de alerta e a resposta adequada a um evento agudo. Campanhas internacionais, como o modelo FAST, contribuíram para melhorar o reconhecimento de sintomas. No entanto, estudos mostram que persistem lacunas significativas no conhecimento da população geral⁽³⁴⁾.

Em Portugal, a literacia para AVC tem um impacto direto na ativação dos serviços de emergência. Indivíduos com um nível mais elevado de literacia têm maior probabilidade de contactar corretamente os serviços de emergência, reduzindo o tempo até ao tratamento e aumentando a probabilidade de intervenção eficaz⁽³⁷⁾. Este fator é particularmente relevante em terapias dependentes do tempo, como a trombólise.

2.7.3 Literacia do acidente vascular cerebral e resultados clínicos

A literacia em saúde influencia não só a fase aguda do AVC, mas também o prognóstico a longo prazo. Estudos mostram que níveis mais elevados de literacia estão associados à menores índices de depressão, melhor perceção da recuperação e maior capacidade funcional, incluindo capacidade de caminhada um ano após o evento⁽³⁶⁾.

Além disso, o conhecimento sobre AVC e a literacia da informação em saúde estão associados a uma melhor autogestão da doença, incluindo maior adesão à terapia e melhor controlo dos fatores de risco⁽³⁷⁾. Estes aspetos são fundamentais para reduzir o risco de reincidência e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

2.7.4 Literacia organizacional e desafios atuais

A literacia em saúde não depende apenas das competências individuais, mas também é influenciada pela capacidade dos sistemas de saúde de comunicar eficazmente. O conceito de literacia em saúde organizacional enfatiza a necessidade de estruturas que forneçam informação clara e acessível, adaptadas aos diferentes níveis de compreensão dos utilizadores⁽³⁸⁾.

Apesar dos avanços, persistem desafios significativos, incluindo desigualdades no acesso à informação, baixa perceção de risco e dificuldades na comunicação entre profissionais de saúde e utentes, contribuindo para níveis inadequados de literacia em saúde.

2.7.5 Estratégias para promover a literacia em acidente vascular cerebral

A promoção da literacia em casos de AVC tem sido abordada através de diferentes estratégias educativas direcionadas à população em geral, com ênfase no reconhecimento precoce dos sinais e sintomas. Campanhas de sensibilização, como as baseadas no modelo FAST, têm sido amplamente implementadas a nível internacional, demonstrando melhorias no conhecimento da população, embora com resultados heterogéneos e, em alguns casos, com redução do efeito ao longo do

tempo⁽³⁴⁾. A literatura sugere que a repetição e continuidade destas intervenções são fatores relevantes para a consolidação do conhecimento e para a adoção de comportamentos adequados perante um evento agudo, incluindo a ativação atempada dos serviços de emergência⁽³⁷⁾.

Para além das intervenções comunitárias, a literacia para AVC tem sido explorada em contextos educativos e clínicos, destacando a importância de abordagens adaptadas a diferentes grupos populacionais. Estudos indicam que, mesmo em populações com elevados níveis de educação, como os estudantes do ensino superior, persistem lacunas na literacia em saúde, reforçando a necessidade de integrar conteúdos específicos nos programas educativos⁽³³⁾. No contexto clínico, intervenções dirigidas a doentes com AVC, baseadas numa educação estruturada e numa comunicação clara, têm sido associadas a melhorias na autogestão da doença, adesão e recuperação funcional⁽³⁶⁾.

Além disso, o conceito de literacia em saúde organizacional tem vindo a ganhar relevância, destacando o papel das instituições na facilitação do acesso e compreensão da informação de saúde. A literatura aponta para a necessidade de adaptar a comunicação dos profissionais de saúde, simplificar o conteúdo informativo e desenvolver abordagens que considerem a diversidade dos níveis de literacia em saúde na população. Ao mesmo tempo, a utilização de tecnologias digitais e intervenções direcionadas a grupos vulneráveis tem sido descrita como uma abordagem complementar, embora dependente de fatores como acesso, competências digitais e contexto socioeconómico^(32,34).

Em Portugal, entidades como a Sociedade Portuguesa do AVC (SPAVC) e a Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (SPLS) têm desenvolvido iniciativas no âmbito da educação e promoção da literacia em saúde, contribuindo para a sensibilização da população e melhoria do conhecimento sobre o AVC^(39, 40).

Contributo da Investigação

3. Objetivos

3.1 Objetivo Principal

Avaliar o nível de literacia do acidente vascular cerebral na comunidade de estudantes das Escolas de Ensino Superior Politécnico de Castelo Branco.

3.2 Objetivos secundários

Promover a disseminação de informação sobre a atuação em casos de suspeita de AVC na comunidade de estudantes de Ensino Superior do IPCB

Capacitar os estudantes do IPCB para o conhecimento dos sinais de alerta do AVC de forma a agirem com a devida urgência.

Relacionar o nível de literacia do AVC na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias com as diferentes escolas de ensino superior do IPCB.

4. Materiais e Métodos

O presente estudo seguiu uma abordagem transversal, quantitativa, descritiva e exploratória. A investigação foi realizada no Instituto Politécnico de Castelo Branco (IPCB), abrangendo as suas seis escolas de ensino superior politécnico: Escola Superior de Tecnologia, Escola Superior de Artes Aplicadas, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Escola Superior de Educação, Escola Superior agrária e Escola Superior de Gestão. O projeto foi aprovado pela comissão de ética do IPCB (anexo A), codificado com o nº212/CE-IPCB/2025.

Antes da recolha de dados, validaram-se os 2 questionários à 24 alunos (quatro para cada escola), com o objetivo de avaliar a clareza, compreensão e adequação dos instrumentos de recolha de dados, e estes participantes foram excluídos da amostra final.

A recolha de dados foi realizada através de dois questionários estruturados, aplicados em formato físico, mediante a assinatura de um consentimento informado e livre (apêndice A). O primeiro questionário (apêndice B), aplicado ao primeiro grupo de 150 alunos, tinha como objetivo avaliar o nível de literacia em AVC na comunidade estudantil. Este instrumento foi composto por 20 perguntas organizadas em seis dimensões: caracterização sociodemográfica, estilos de vida (atividade física, consumo de álcool e hábitos de tabagismo), conhecimento sobre AVC (definição, tipos, fatores de risco e sinais de alerta) e comportamento numa situação suspeita. Na pergunta o “sabe o que é um AVC?” foram considerados 149 casos validos, devido a ausência de resposta de um dos participantes.

O segundo questionário (apêndice C), aplicado a um grupo independente de 150 alunos, tinha como objetivo analisar as diferenças no nível de literacia entre alunos expostos e não expostos a intervenções educativas. Este questionário consistia em 16 perguntas focadas na avaliação do conhecimento após exposição a ações de

sensibilização, nomeadamente palestras e cartazes informativos sobre AVC. A pergunta 7 “o que significa os 3f’s no contexto de AVC?”, foram considerados 139 casos validos devido a ausência de resposta de 11 participantes a essa questão.

A principal variável em estudo, a literacia sobre AVC, foi operacionalizada com base no desempenho dos participantes em questões-chave relacionadas com o reconhecimento de sinais de alerta, identificação de fatores de risco, conhecimento sobre AVC em jovens, consequências pós-AVC e ação em situações suspeitas de AVC. A pontuação foi expressa como percentagem de respostas corretas, e os níveis de literacia foram classificados em três categorias: inadequados (<50%), moderados (50–79%) e adequados (≥80%).

O protocolo de investigação decorreu em três momentos distintos: fase inicial (pré-intervenção), fase de intervenção e fase de avaliação. A primeira fase consistiu na aplicação do primeiro questionário, em setembro. A fase de intervenção decorreu em dezembro e consistiu em palestras educativas e a colocação de cartazes informativos em todas as escolas do IPCB. As aulas foram planeadas com uma duração máxima de 60 minutos, seguindo uma estrutura previamente definida e padronizada. No entanto, a duração efetiva variou consoante o contexto organizacional de cada escola, tendo, em média, sido superior a 45 minutos na maioria das instituições. Na Escola de Saúde Dr. Lopes Dias, devido a limitações logísticas, a sessão durou aproximadamente 30 minutos. Apesar destas variações, todas as sessões abordaram conteúdos essenciais uniformes, nomeadamente a definição de AVC, fatores de risco, sinais de alerta e ação em contexto de emergência, com especial foco na ativação precoce do número europeu de emergência (112), garantindo a consistência do conteúdo transmitido.

A colocação dos cartazes (apêndice D) e a divulgação das palestras (apêndices E e F) foram previamente autorizadas pela Secretaria da Presidência do IPCB, que estabeleceu contacto com as diferentes unidades orgânicas para a sua implementação e disponibilização de espaços. As estratégias de divulgação foram adaptadas às especificidades de cada escola. Na Escola de Gestão de Idanha-a-Nova, na Escola de Agricultura, na Escola de Tecnologia e na Escola de Artes Aplicadas, a divulgação foi realizada através do envio de um email institucional endereçado aos alunos. Na Escola de Educação, a participação foi dirigida à uma das turmas do curso de Desporto, a pedido de um professor. Na Escola de Saúde Dr. Lopes Dias, o processo seguiu o seu próprio protocolo interno, e o pedido de divulgação, realização de palestras e colocação de cartazes foi formalizado junto do conselho. Após autorização, a divulgação foi realizada através das redes sociais institucionais, nomeadamente Instagram e Facebook.

A fase final de avaliação decorreu entre o final de dezembro e o início de janeiro, imediatamente após a implementação das ações de sensibilização, permitindo a comparação entre estudantes expostos e não expostos a intervenções educativas.

O tratamento dos dados estatísticos foi realizado utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 27. Foi realizada uma análise descritiva das variáveis, com cálculo das frequências absolutas e relativas. Para a análise inferencial, foram utilizados testes não paramétricos apropriados à natureza das variáveis em estudo, nomeadamente o teste Qui-quadrado para análise de associações entre variáveis categóricas e o teste de Kruskal-Wallis para comparação entre grupos. Foi considerado um nível de significância estatística de $p \leq 0,05$, com um intervalo de confiança de 95%.

O estudo respeitou os princípios éticos da investigação científica, e o anonimato e a confidencialidade dos dados foram assegurados, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD). Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram um consentimento livre e informado, com direito a retirar-se a qualquer momento e sem prejuízo.

5. Resultados

5.1 Caracterização da amostra

5.1.1 Idade

A amostra deste estudo é descritiva e é composta por 300 estudantes das escolas politécnicas de ensino superior de Castelo Branco, desde o primeiro ano da licenciatura ao mestrado. Os participantes foram distribuídos em dois questionários diferentes.

No primeiro questionário, participaram 150 alunos. Destes, 144 (96,0%) tinham entre 18 e 24 anos e 6 (4,0%) entre 25 e 34 anos, conforme ilustra o Gráfico 1.

No segundo questionário, participaram outros 150 estudantes pertencentes a um grupo diferente. Destes, 145 (96,7%) tinham entre 18 e 24 anos, 3 (2,0%) tinham entre 25 e 34 anos, e 2 (1,3%) tinham entre 35 e 44 anos, ilustra o Gráfico 2.

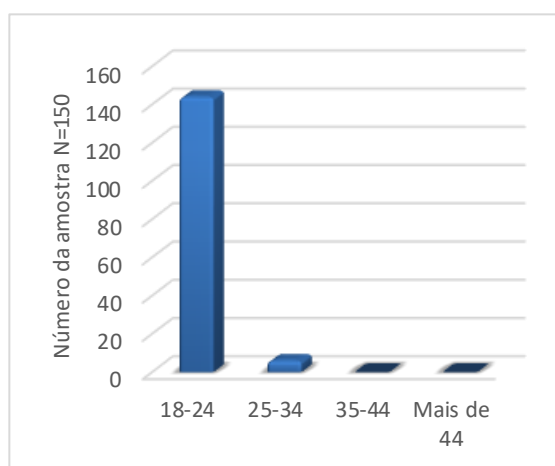


Gráfico 1: Distribuição da amostra por idade questionário 1

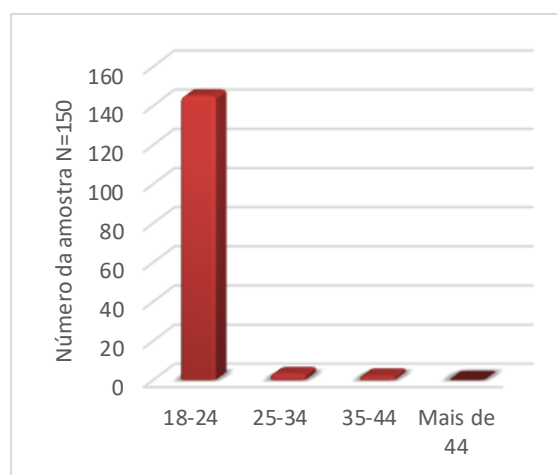


Gráfico 2: Distribuição da amostra por idade questionário 2

5.1.2 Sexo

Quanto ao sexo dos participantes, no primeiro questionário houve uma maior predominância de mulheres, com 111 (74,0%) mulheres e 39 (26,0%) homens, totalizando 150 estudantes, conforme mostrado no Gráfico 3.

No segundo questionário, observou-se uma distribuição diferente, com maior predominância de homens, correspondendo a 94 (62,7%) homens e 56 (37,3%) mulheres, totalizando também 150 participantes, conforme mostrado no Gráfico 4.

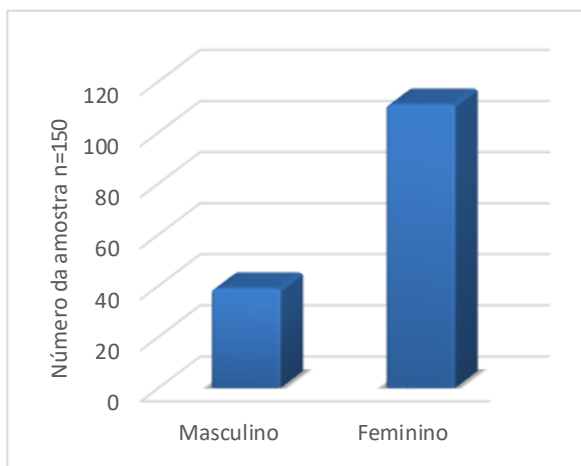


Gráfico 3: Distribuição da amostra pelo sexo questionário 1

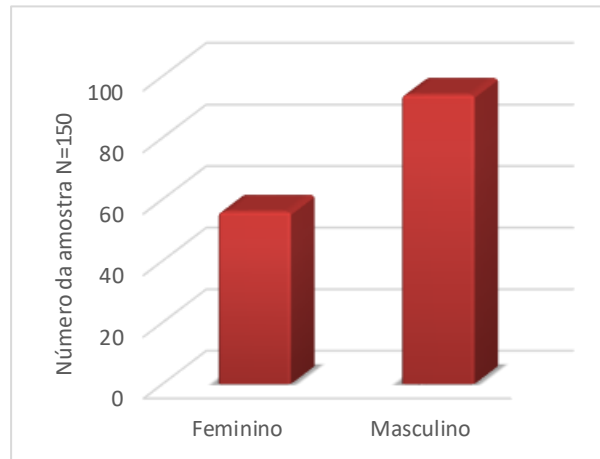


Gráfico 4: Distribuição da amostra pelo sexo questionário 2

Relativamente à história familiar de AVC, considerando os participantes do primeiro questionário, 108 estudantes (72,0%) referiram não possuir antecedentes familiares da doença, enquanto 42 (28,0%) indicaram ter história familiar de AVC. Representado no Gráfico 5.

No que respeita ao conhecimento de alguém que já sofreu um AVC, 106 participantes (70,7%) afirmaram conhecer alguém com a condição. Representado no Gráfico 6.

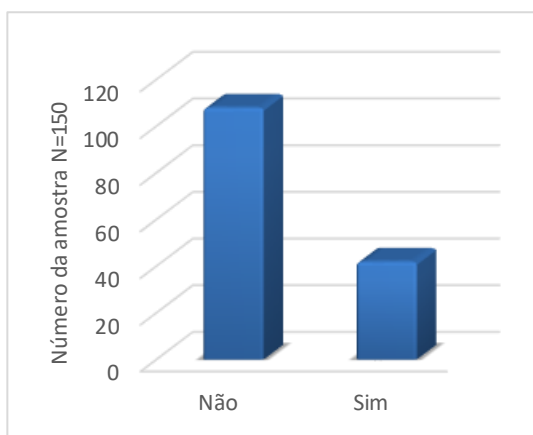


Gráfico 5: Distribuição da amostra pelos que têm história Familiar de acidente vascular cerebral

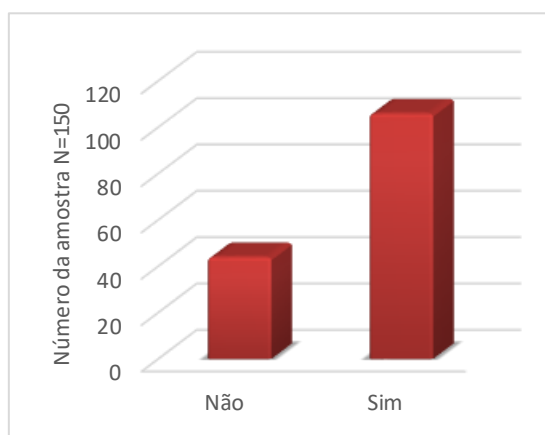


Gráfico 6: Distribuição da amostra pelos que conhecem/não alguém que já teve em acidente vascular cerebral

5.1.3 Escola dos participantes

Quanto à distribuição dos participantes pelas Escolas de Ensino Superior Politécnico de Castelo Branco, houve uma distribuição equitativa entre as diferentes escolas, com 25 alunos (16,7%) de cada escola a participarem em cada questionário.

No total, a amostra era composta por 300 estudantes. Estes dados são apresentados nos Gráficos 7 e 8.

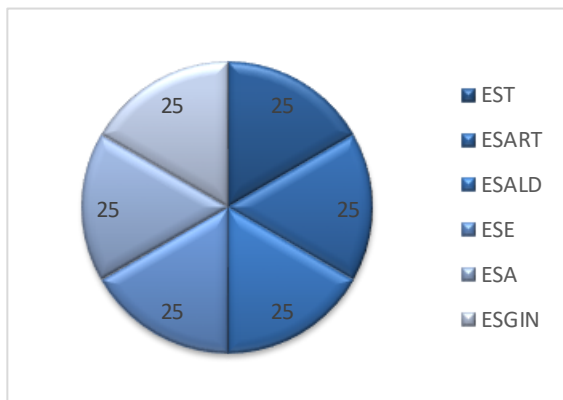


Gráfico 7: Distribuição da amostra pela escola questionário 1

Legenda: EST (Escola Superior de Tecnologia); ESART (Escola Superior de Artes Aplicadas); ESALD (Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias); ESE (Escola Superior de Educação); ESA (Escola Superior agrária); ESGIN (Escola Superior de Gestão da Idanha-a-Nova).

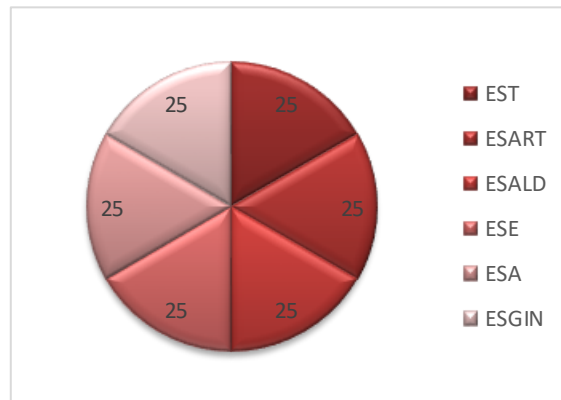


Gráfico 8: Distribuição da amostra pela escola questionário 2

Legenda: EST (Escola Superior de Tecnologia); ESART (Escola Superior de Artes Aplicadas); ESALD (Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias); ESE (Escola Superior de Educação); ESA (Escola Superior agrária); ESGIN (Escola Superior de Gestão da Idanha-a-Nova).

5.1.4 Ano escolar

Relativamente ao ano de frequência académica, dos 150 estudantes que participaram no primeiro questionário, 32 (21,3%) estavam no 1.º ano do curso, 48 (32,0%) no 2.º ano e 65 (43,3%) no 3.º ano. Houve também a participação de 5 estudantes (3,3%) que frequentavam o mestrado, e não houve participação de estudantes do 4.º ano nesta fase. Estes resultados estão ilustrados no gráfico 9.

No segundo questionário, referindo-se à segunda amostra, houve uma maior predominância de estudantes do 2.º ano, correspondendo a 74 participantes (49,3%), seguidos por 45 estudantes (30,0%). Também participaram 26 estudantes (17,3%) do 1.º ano da licenciatura, 3 estudantes (2,0%) do 4.º ano e 2 estudantes (1,3%) frequentando o mestrado. Estes resultados estão mostrados no Gráfico 10.

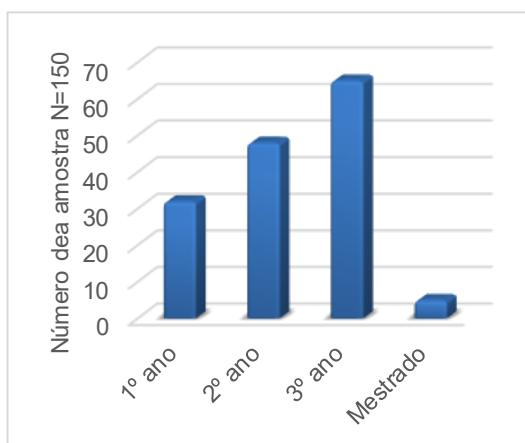


Gráfico 9: Distribuição da amostra pelo ano escolar questionário 1

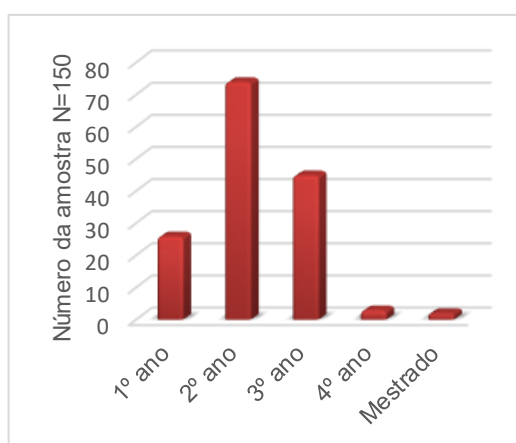


Gráfico 10: Distribuição da amostra pelo ano escolar questionário 2

5.2 Estilo de vida da amostra

5.2.1 Atividade Física

No que diz respeito à prática da atividade física, dos 150 alunos que participaram no primeiro questionário, 48 (32,0%) relataram praticar atividade física 1–2 vezes por semana, 41 (27,3%) 3–4 vezes por semana e 30 (20,0%) ≥ 5 vezes por semana. Por outro lado, 31 participantes (20,7%) relataram não praticar atividade física. Estes resultados estão ilustrados no Gráfico 11.

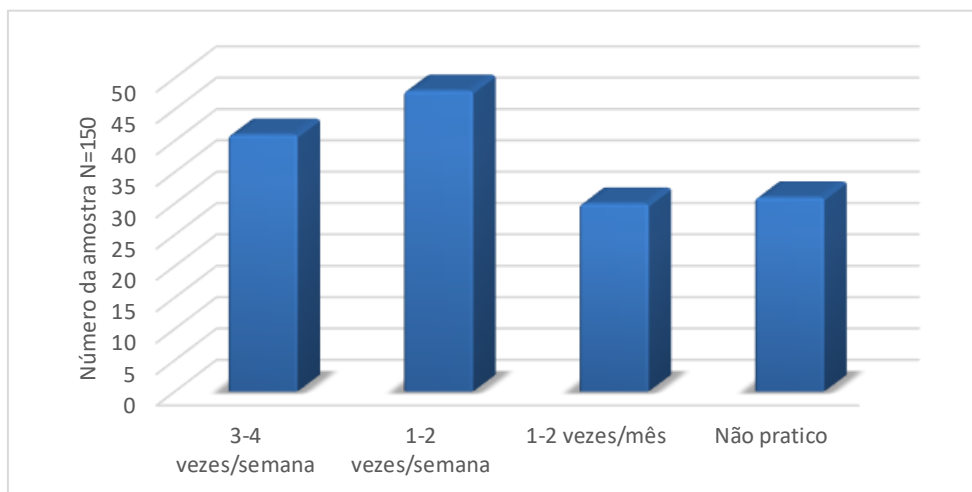


Gráfico 11: Distribuição da amostra por prática de atividade física

5.2.2 Consumo de bebidas alcoólicas

No que diz respeito ao consumo de bebidas alcoólicas, dos 150 estudantes que participaram no primeiro questionário, a maioria 95(63,3%) relatou consumir bebidas alcoólicas socialmente. Por outro lado, 43 participantes (28,7%) afirmaram não consumir bebidas alcoólicas, enquanto 12 (8,0%) indicaram que as consumiam diariamente ou quase todos os dias. Estes resultados são apresentados no Gráfico 12.

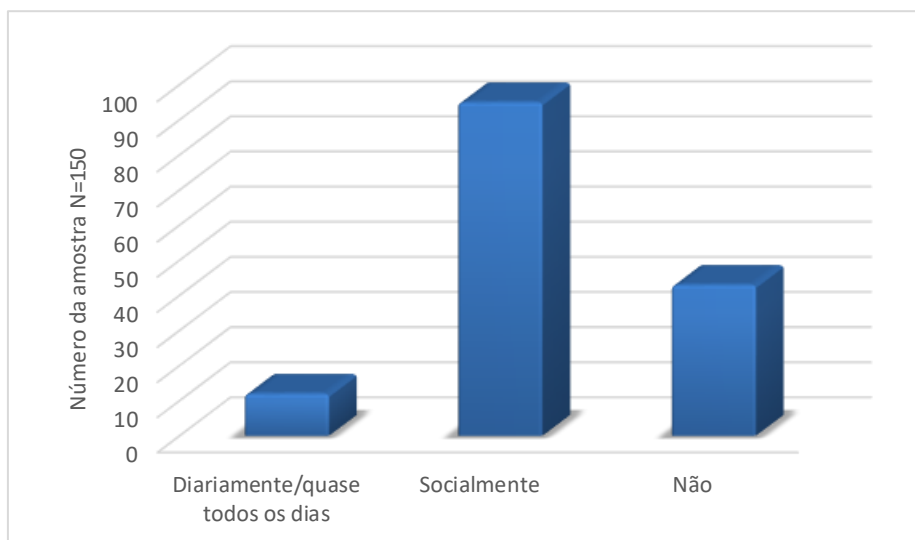


Gráfico 12: Distribuição da amostra pelo consumo de álcool

5.2.3 Hábitos tabágicos

No que diz respeito ao tabagismo, dos 150 estudantes que participaram no primeiro questionário, 113 (75,3%) afirmaram não fumar. Entre os restantes participantes, 17 (11,3%) relataram fumar ocasionalmente ou socialmente, e outros 17 (11,3%) relataram fumar diariamente. A menor proporção da amostra correspondia a 3 estudantes (2,0%), que relataram fumar entre 3 e 5 dias por semana. Estes resultados estão ilustrados no Gráfico 13.

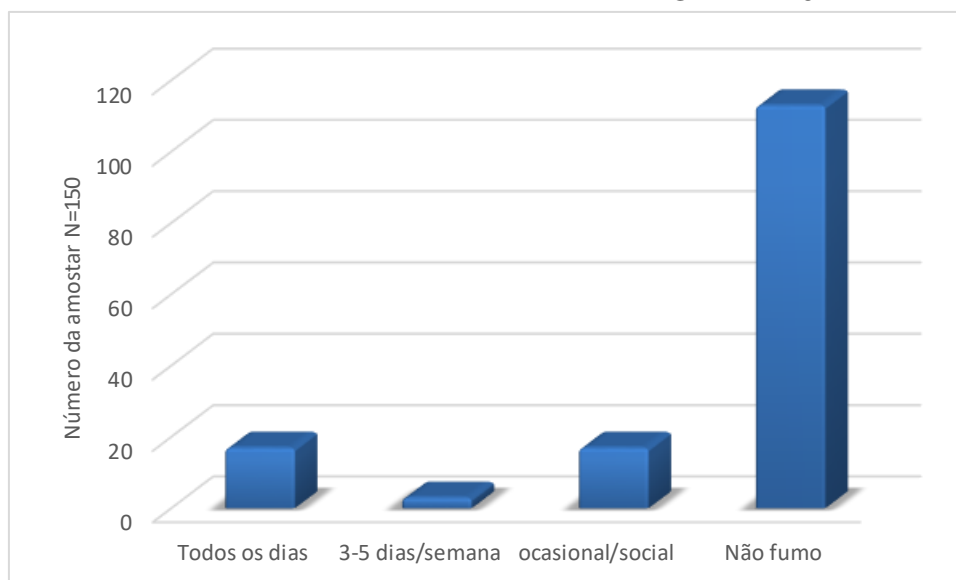


Gráfico 13: Distribuição da amostra por hábitos tabágicos

5.3 Avaliação da literacia sobre acidente vascular cerebral – Questionário1– Apêndice B

5.3.1 Relação entre escola do participante e a definição do acidente vascular cerebral

Foi feito um cruzamento entre a variável “Saber o que é um AVC?” e a “escola do participante”, no primeiro questionário (gráfico 14). Observou-se que, do total de 149 participantes, 131 (87,9%) afirmaram saber o que é um AVC, enquanto 18 (12,1%) disseram não saber.

Entre os participantes que relataram saber o que é um AVC (n=131), a distribuição por escola foi relativamente equilibrada: 24 (18,3%) pertenciam à ESALD, 23 (17,6%) à ESA, 22 (16,8%) à ESE, 21 (16,0%) à EST, 21 (16,0%) à ESART e 20 (15,3%) à ESGIN.

No que diz respeito aos participantes que relataram não saber o que é um AVC (n=18), a maior proporção foi observada no ESGIN (27,8%), seguido pelo EST (22,2%) e ESART (22,2%). As escolas ESE e ESA tiveram 11,1% cada, enquanto a ESALD registou a menor proporção (5,6%).

Na relação estatística destas variáveis, através do teste de Kolmogorov-Smirnov verificou-se não existir relação estatisticamente significativa com um $p=0,965$.

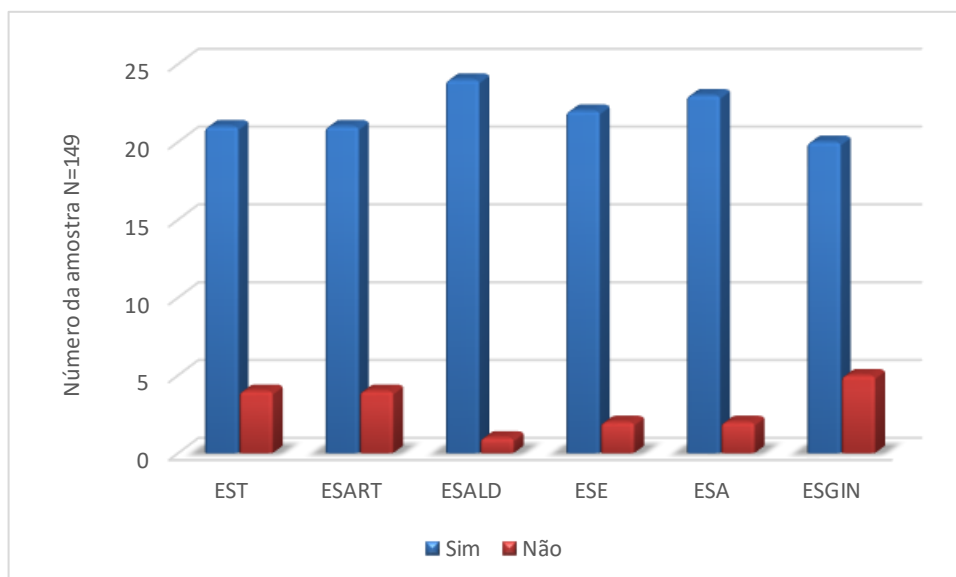


Gráfico 14: Distribuição da amostra pelos que sabem ou não o que é um acidente vascular cerebral

Legenda: EST (Escola Superior de Tecnologia); ESART (Escola Superior de Artes Aplicadas); ESALD (Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias); ESE (Escola Superior de Educação); ESA (Escola Superior agrária); ESGIN (Escola Superior de Gestão da Idanha-a-Nova).

5.3.2 Relação entre escola do participante e tipos de acidente vascular cerebral

O gráfico 15 mostra a análise do cruzamento das variáveis, “tipos de AVC” conhecidos pelos participantes e pela “escola do participante”, permitiu observar diferenças no nível de literacia entre estudantes das diferentes Escolas Politécnicas de Ensino Superior do IPCB. De um modo geral, verificou-se que a maioria dos participantes relatou não conseguir identificar os tipos de AVC, correspondendo a 74 respostas. Este grupo está distribuído por várias escolas, com a maior frequência em ESGIN 17(23,0%), seguida pela ESART 16(21,6%), ESA 14(18,9%), ESE 13(17,6%) e EST 12(16,2%). A ESALD tem apenas 2 participantes (2,7%) nesta categoria, o que pode indicar um nível elevado de literacia em comparação com as outras escolas.

Relativamente ao conhecimento específico dos tipos de AVC, apenas 4 participantes indicaram que sabiam exclusivamente sobre AVC isquémico. Destes, 2 pertencem ao EST (50,0%), 1 estudante da ESA (25,0%) e 1 estudante da ESGIN (25,0%), sem respostas deste tipo registadas nas escolas ESART, ESALD e ESE. Este resultado demonstra que o conhecimento isolado deste tipo de AVC é incomum entre os participantes da amostra.

No que diz respeito ao AVC hemorrágico, 36 participantes indicaram estar cientes deste tipo. A distribuição é relativamente homogênea entre as escolas, com um maior número de respostas na EST e na ESE, ambos com 8 participantes (22,2%). Segue-se a ESART com 7 respostas (19,4%), a ESA com 5 respostas (13,9%) e, finalmente, a ESALD e a ESGIN com 4 respostas cada (11,1%). Estes dados sugerem que o AVC hemorrágico é relativamente mais reconhecido pelos estudantes em comparação com o AVC isquémico.

No que diz respeito ao conhecimento simultâneo de ambos os tipos de AVC (isquémico e hemorrágico), houve também 36 respostas. Neste grupo, a ESALD destaca-se, com 19 participantes (52,8%), representando mais de metade das respostas nesta categoria. Os restantes estão distribuídos entre ESA com 5 participantes (13,9%), ESE com 4 participantes (11,1%), EST e ESGIN com 3 participantes cada (8,3%) e ESART com 2 participantes (5,6%). Na relação estatística destas variáveis, através do teste de Kruskal-Wallis verificou-se não existir relação estatisticamente significativa com um $p=0,503$.

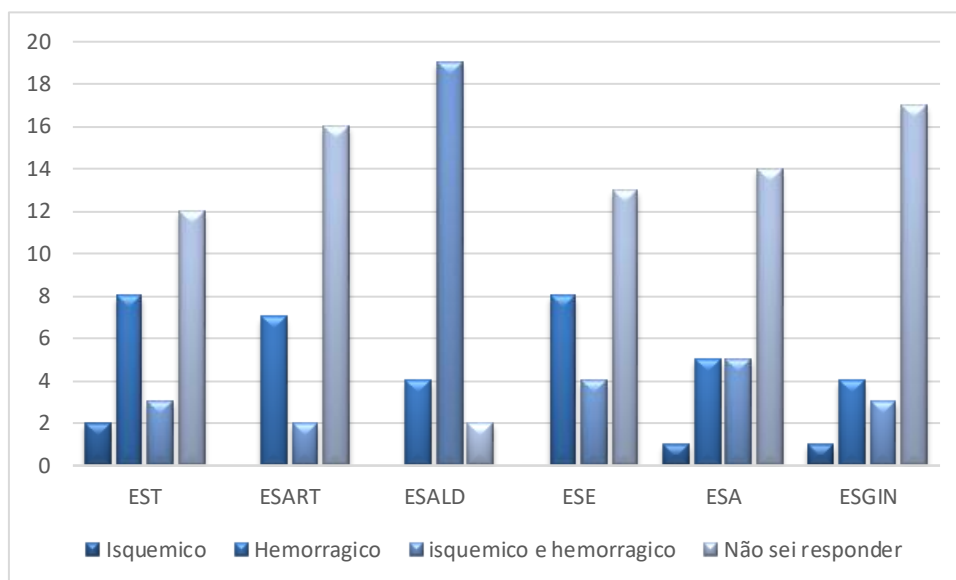


Gráfico 15: Distribuição da amostra pelo cruzamento dos variáveis tipos de acidente vascular cerebral conhecidos pelos participantes e pela escola do participante

Legenda: EST (Escola Superior de Tecnologia); ESART (Escola Superior de Artes Aplicadas); ESALD (Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias); ESE (Escola Superior de Educação); ESA (Escola Superior agrária); ESGIN (Escola Superior de Gestão da Idanha-a-Nova).

5.3.3 Relação entre escola do participante e sinais de alerta do acidente vascular cerebral

O gráfico 16 apresenta a distribuição dos “sinais de alerta de acidente vascular cerebral (AVC)” identificados pelos estudantes participantes, de acordo com a escola de origem. A amostra foi constituída por 150 estudantes, distribuídos entre a EST (n=25), ESART (n=25), ESALD (n=25), ESE (n=23), ESA (n=25) e ESGIN (n=25). Por se tratar de uma pergunta de resposta múltipla, os participantes escolherem mais do que uma resposta.

Relativamente à identificação de sinais isolados, 10 participantes identificaram dificuldade em falar ou compreender a fala. Este sinal foi referido principalmente por estudantes da EST (50,0%) e da ESA (20,0%), não tendo sido registadas respostas nas restantes escolas.

A dor de cabeça severa e repentina foi identificada por 7 participantes, verificando-se maior frequência na ESGIN (57,1%), seguida da ESE (28,6%) e da ESA (14,3%).

A fraqueza ou falta de força num dos membros foi identificada por 5 participantes, distribuídos entre a ESART (40,0%), EST (20,0%), ESALD (20,0%) e ESA (20,0%).

No que se refere às combinações de sinais de alerta, verificou-se maior frequência de identificação. A combinação A + C + D foi a mais referida, sendo identificada por 72 participantes. Esta combinação apresentou maior proporção entre estudantes da ESALD (29,2%), seguida da ESART (18,1%), ESA (16,7%), ESE (12,5%), ESGIN (12,5%) e EST (11,1%).

A combinação A + B + D foi identificada por 21 participantes, com maior proporção na EST (28,6%) e na ESART (23,8%), enquanto as restantes escolas apresentaram valores inferiores.

Outras combinações de sinais apresentaram menor frequência, nomeadamente C + D (n=8), face: boca ao lado (n=7), A + C (n=7), A + B + C + D (n=4), A + B + C (n=3), B + C (n=2), B + C + D (n=1) e B + D (n=1). Na relação estatística destas variáveis, através do teste de Kruskal-Wallis verificou-se existir relação estatisticamente significativa com um $p=0,003$.

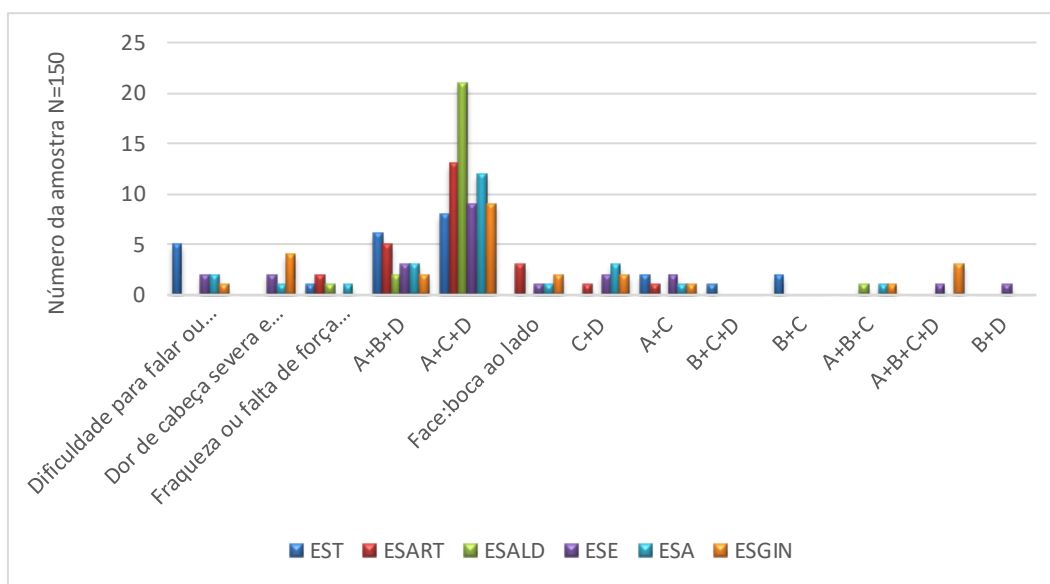


Gráfico 16: Distribuição dos sinais de alerta de acidente vascular cerebral identificados pelos estudantes participantes, no questionário 1

Legenda: A+B+D- dificuldade para falar ou entender a fala, dor de cabeça severa e repentina, fraqueza ou falta de força num dos membros; A+C+D- dificuldade para falar ou entender a fala, Face: boca virada para o lado, fraqueza num dos membros; C+D- Face: boca virada para o lado, fraqueza ou falta de força num dos membros; A+C- dificuldade para falar ou entender a fala, Face: boca virada para o lado; B+C+D- dor de cabeça severa e repentina, Face: boca virada para o lado; B+C- dor de cabeça severa e repentina, Face: boca virada para o lado; A+B+C- dificuldade para falar ou entender a fala, dor de cabeça severa e repentina, Face: boca virada para o lado; A+B+C+D- dificuldade para falar ou entender a fala, dor de cabeça severa e repentina, Face: boca virada para o lado, fraqueza ou falta de força num dos membros; B+D- dor de cabeça severa e repentina, fraqueza ou falta de força num dos membros; EST (Escola Superior de Tecnologia); ESART (Escola Superior de Artes Aplicadas); ESALD (Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias); ESE (Escola Superior de Educação); ESA (Escola Superior agrária); ESGIN (Escola Superior de Gestão da Idanha-a-Nova).

5.3.4 Relação entre escola do participante e fatores de risco do acidente vascular cerebral

A identificação dos “fatores de risco para AVC”, gráfico 17, foi analisada de acordo com a escola de origem dos participantes. De salientar que, os participantes podiam escolher mais do que uma opção de resposta.

Na EST (n = 25), a identificação isolada da hipertensão arterial (A) foi a resposta mais frequente (n = 7; 28,0%), seguida pela combinação A + B (hipertensão arterial e colesterol elevado) (n = 3; 12,0%) e A + C (hipertensão arterial e consumo excessivo de álcool) (n = 2; 8,0%). As combinações restantes tinham frequências mais baixas.

Entre os estudantes ESART (n = 25), houve também uma maior frequência de hipertensão arterial (n = 6; 24,0%), seguida de combinações A + B (n = 3; 12,0%) e A + C (n = 2; 8,0%), enquanto as restantes respostas ocorreram com menos frequência.

No ESALD (n = 25), houve uma maior diversidade de combinações, com A (n = 8; 32,0%), A + B (n = 2; 8,0%) e A + C (n = 2; 8,0%) a destacarem-se, com as respostas restantes distribuídas entre diferentes combinações com frequências reduzidas.

No que diz respeito à ESE (n = 23), a identificação isolada da hipertensão arterial foi novamente a mais frequente (n = 6; 26,1%), seguida por diferentes combinações envolvendo dois ou mais fatores de risco, com percentagens mais baixas.

Nos alunos ESA (n = 25), a resposta mais frequente foi também hipertensão (n = 7; 28,0%), com algumas combinações com colesterol elevado e outros fatores de risco.

Na ESGIN (n = 25), também houve predominância na identificação da hipertensão arterial (n = 6; 24,0%), enquanto as outras combinações de fatores de risco apresentaram frequências mais baixas.

Na relação estatística destas variáveis, através do teste de Kruskal-Wallis verificou-se não existir relação estatisticamente significativa com um $p=0,324$.

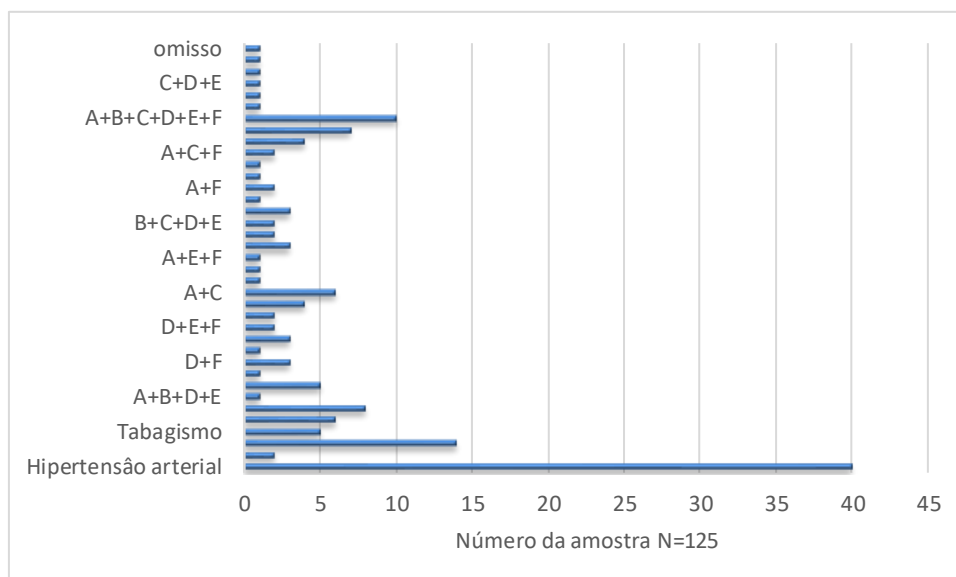


Gráfico 17: Distribuição da amostra pela identificação dos fatores de risco que aumentam a ocorrência de um acidente vascular cerebral

Legenda: EST (Escola Superior de Tecnologia); ESART (Escola Superior de Artes Aplicadas); ESALD (Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias); ESE (Escola Superior de Educação); ESA (Escola Superior agrária); ESGIN (Escola Superior de Gestão da Idanha-a-Nova); A+B+D+E- hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, sedentarismo; D+E- tabagismo, sedentarismo; D+E+F- tabagismo, sedentarismo, consumo excessivo de álcool; A+C- hipertensão arterial, colesterol elevado; A+E+F- hipertensão arterial, sedentarismo, consumo excessivo de álcool; B+C+D+E- diabetes, colesterol elevado, tabagismo, sedentarismo; A+F- hipertensão arterial, consumo excessivo de álcool; A+C+F- hipertensão arterial, colesterol elevado, consumo excessivo de álcool; A+B+C+D+E+F- hipertensão arterial, diabetes, colesterol elevado, tabagismo, consumo excessivo de álcool; C+D+E- colesterol elevado, tabagismo, sedentarismo.

A- hipertensão arterial; B- diabetes; C- colesterol elevado; D- tabagismo; E- sedentarismo; F- consumo excessivo de álcool.

5.3.5 Relação entre escola do participante e ação em casos de suspeita de acidente vascular cerebral

Relativamente à “atitude em casos de suspeita de AVC”, gráfico 18, a maioria dos participantes indicou que chamaria 112, correspondendo a 139 estudantes (92,7%) da amostra total. As restantes respostas foram distribuídas da seguinte forma: 1 participante (0,7%) disse que esperaria para ver se os sintomas passavam, 2 participantes (1,3%) indicaram que tentariam ajudar a pessoa em casa, 5 participantes (3,3%) disseram não saber o que fazer e 3 participantes (2,0%) escolheram a opção A + C.

Ao analisar os resultados por escola, verificou-se que, na EST, 22 alunos (88%) indicaram que ligariam para o 112, 2 (8%) disseram que não sabiam o que fazer e 1 (4%) escolheu a opção A + C.

Na ESART, 24 alunos (96%) indicaram que iriam ligar para o 112 e 1(4%) disse que tentariam ajudar a pessoa em casa. Na ESALD, 23 estudantes (92%) indicaram que iriam ligar para o 112, 1(4%) disse que esperaria para ver se os sintomas desapareciam e 1(4%) indicou que tentaria ajudar a pessoa em casa.

No que diz respeito à ESE, 24 estudantes (96%) indicaram que ligariam para o 112 e 1(4%) disse que não sabia o que fazer. Na ESA, 24 estudantes (96%) indicaram que iriam ligar para o 112 e 1(4%) escolheu a opção A + C.

Na ESGIN, 22 estudantes (88%) indicaram que iriam ligar para o 112, 2 (8%) disseram que não sabiam o que fazer e 1 (4%) escolheu a opção A + C.

Na relação estatística destas variáveis, através do teste de Kruskal-Wallis verificou-se que existe uma relação estatisticamente significativa com um $p=0,000$.

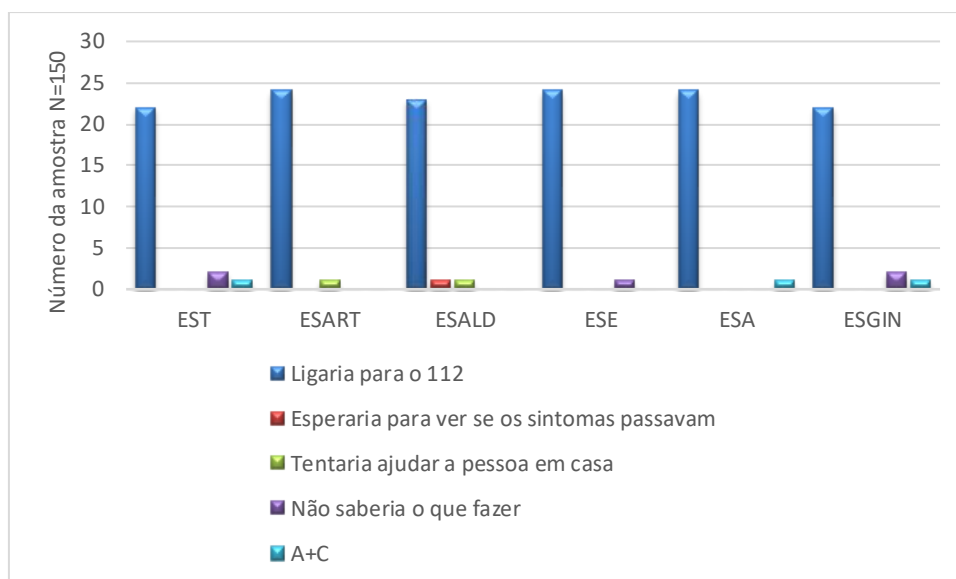


Gráfico 18: Distribuição da amostra pela ação em casos de suspeita de AVC

Legenda: EST (Escola Superior de Tecnologia); ESART (Escola Superior de Artes Aplicadas); ESALD (Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias); ESE (Escola Superior de Educação); ESA (Escola Superior agrária); ESGIN (Escola Superior de Gestão da Idanha-a-Nova); A- ligaria para o 112; B- esperaria para ver se os sintomas passam; C- tentaria ajudar a pessoa em casa; D- não saberia o que fazer

5.3.6 Relação entre escola do participante e já ouviram falar de acidente vascular cerebral jovem

O gráfico 19, mostra o cruzamento entre a variável, “já ouviu falar de AVC jovem?” e a escola do participante, considerando uma amostra total de 150 alunos, distribuídos igualmente por seis escolas do Instituto Politécnico de Castelo Branco, com 25 participantes em cada escola.

Relativamente ao conhecimento sobre AVC em jovens, verificou-se que 57 estudantes (38,0%) relataram ter ouvido falar desta condição, enquanto 93 estudantes (62,0%) indicaram nunca ter ouvido falar dela.

Entre os participantes que afirmaram ter ouvido falar de AVC em jovens, observou-se que 14 estudantes (24,6%) pertenciam à ESALD, 12 (21,1%) à ESGIN, 8 (14,0%) à EST, 8 (14,0%) à ESART, 8 (14,0%) para a ESE e 7 (12,3%) para a ESA.

Relativamente aos alunos que indicaram nunca ter ouvido falar de AVC em jovens, a distribuição por escola foi a seguinte: 18 alunos (19,4%) da ESA, 17 (18,3%) da EST, 17 (18,3%) da ESART, 17 (18,3%) da ESE, 13 (14,0%) da ESGIN e 11 (11,8%) da ESALD. Na relação estatística destas variáveis, através do teste de Kruskal-Wallis verificou-se não existir uma relação estatisticamente significativa com um $p=0,589$.

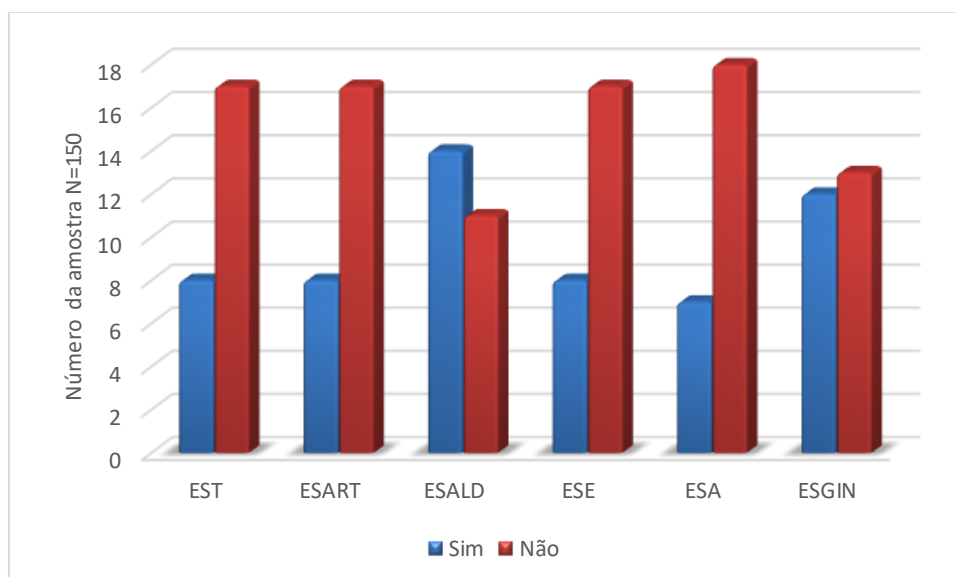


Gráfico 19: Distribuição da amostra pelos que já ouviram ou não falar de acidente vascular cerebral em jovens

Legenda: EST (Escola Superior de Tecnologia); ESART (Escola Superior de Artes Aplicadas); ESALD (Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias); ESE (Escola Superior de Educação); ESA (Escola Superior agrária); ESGIN (Escola Superior de Gestão da Idanha-a-Nova).

5.3.7 Relação entre escola do participante e idade mais comum para a ocorrência do acidente vascular em Jovens

O Gráfico 20 mostra a distribuição da percepção dos participantes relativamente a “faixa etária mais comum para AVC em jovens”, considerando uma amostra total de 150 estudantes.

Foi constatado que a maioria dos participantes, 99 estudantes (66,0%), identificou o grupo etário dos 15 aos 39 anos como o mais comum na ocorrência de AVC em jovens. De seguida, 38 estudantes (25,3%) indicaram o grupo etário dos 40–59 anos.

As restantes opções apresentaram frequências mais baixas: 11 alunos (7,3%) reportaram o grupo etário dos 60–75 anos, enquanto 1 estudante (0,7%) indicou o grupo etário com menos de 15 anos e 1 estudante (0,7%) referiu-se ao grupo etário com mais de 75 anos.

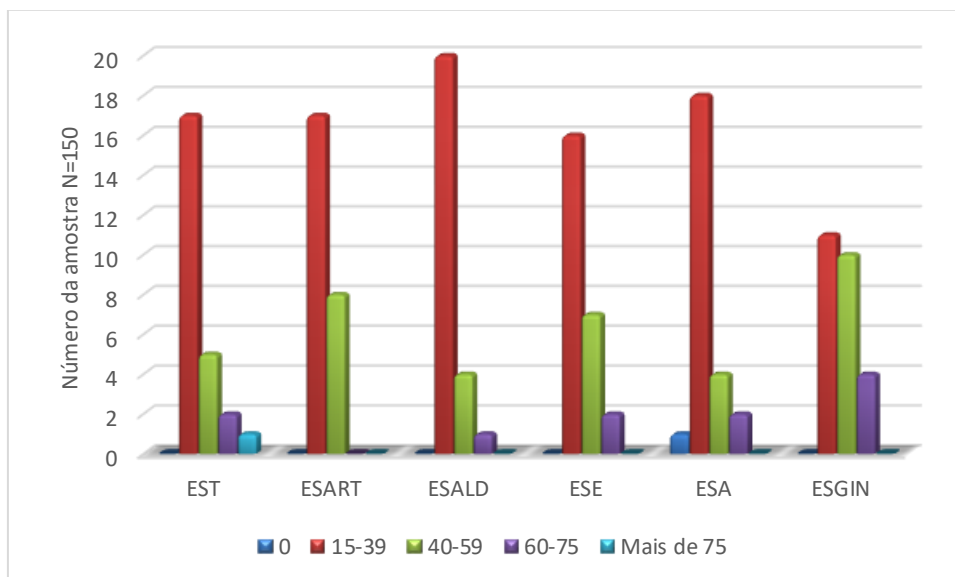


Gráfico 20: Distribuição da amostra pela identificação da faixa etária mais comum para a ocorrência de um acidente vascular cerebral em jovens.

Legenda: EST- Escola Superior de Tecnologia; ESART-Escola Superior de Artes aplicadas; ESALD-Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias; ESE- Escola Superior de Educação; ESA- Escola Superior agrária; ESGIN- Escola Superior de Gestão da Idanha-a-Nova

5.3.8 Relação entre escola do participante e o que acontece após acidente vascular cerebral

O Gráfico 21 mostra a interseção entre a variável o “que acontece após o AVC?” e a escola do participante, considerando uma amostra total de 150 alunos, distribuídos igualmente por seis escolas, com 25 participantes em cada uma.

No que diz respeito às respostas globais, 120 estudantes (80,0%) indicaram que a pessoa pode ter sequelas motoras e cognitivas após um AVC. Por outro lado, 5 estudantes (3,3%) relataram que a pessoa recupera completamente sem sequelas, enquanto 11 estudantes (7,3%) indicaram que a pessoa necessita de cuidados médicos a longo prazo. Além disso, 10 alunos (6,7%) relataram não saber como responder e 4 estudantes (2,7%) escolheram combinações de respostas.

Quanto à distribuição por escola, a opção de a pessoa ter sequelas motoras e cognitivas foi a mais frequente em todas as escolas, com 16 alunos (13,3%) em EST, 19 (15,8%) em ESART, 24 (20,0%) em ESALD, 19 (15,8%) em ESE, 23 (19,2%) em ESA e 19 (15,8%) em ESGIN.

Quanto à opção de a pessoa recuperar totalmente sem sequelas, foram observadas 5 respostas (3,3%), distribuídas pelas escolas ESART, ESALD, ESE e ESA, sem respostas registadas no EST ou ESGIN.

Quanto à opção, a pessoa necessitar de cuidados médicos de longo prazo, houve 11 respostas (7,3%), com maior frequência nas escolas EST e ESE.

Quanto à opção, não sei como responder, foram registadas 10 respostas (6,7%), distribuídas por várias escolas, com maior expressão em EST e ESART.

Foram também identificadas 4 respostas (2,7%) correspondentes a combinações de opções.

A análise da associação entre a escola do participante e o conhecimento sobre o que acontece no período pós-AVC, através do teste de Kruskal-Wallis não revelou diferenças estatisticamente significativas com um $p = 0,670$.

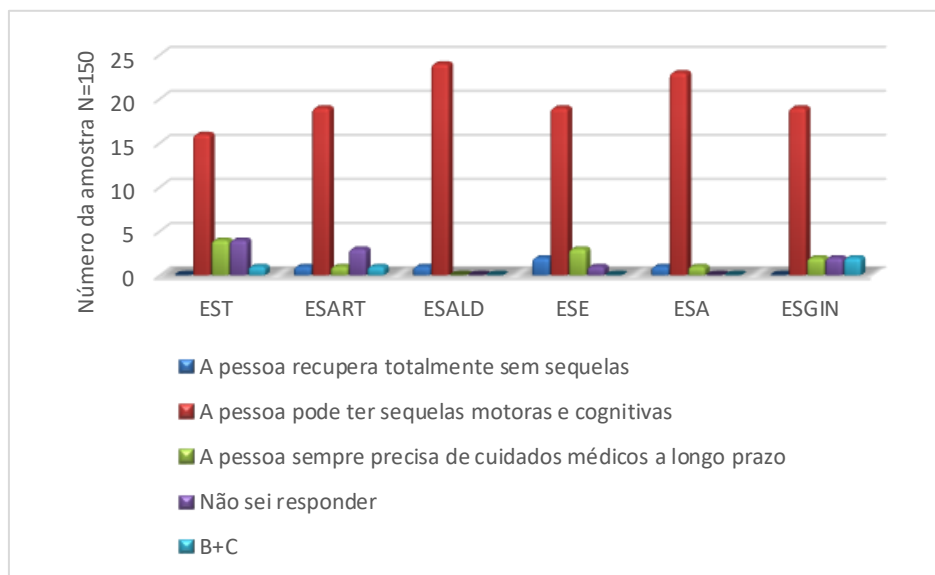


Gráfico 21: Distribuição da amostra pela identificação dos fatos após acidente vascular cerebral

Legenda: EST- Escola Superior de Tecnologia; ESART-Escola Superior de Artes aplicadas; ESALD-Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias; ESE- Escola Superior de Educação; ESA- Escola Superior agrária; ESGIN- Escola Superior de Gestão da Idanha-a-Nova

5.4 Fontes de informação

O Gráfico 22 mostra a distribuição das “fontes de informação sobre o AVC”, considerando uma amostra total de 150 estudantes, com 148 respostas válidas (98,7%) e 2 respostas omitidas (1,3%).

Foi constatado que as fontes de informação mais frequentemente mencionadas eram a família e amigos, indicados por 36 estudantes (24,0%), seguidos pela internet, mencionada por 33 estudantes (22,0%), e pela escola ou universidade, mencionada por 17 estudantes (11,3%). Por outro lado, 7 estudantes (4,7%) mencionaram profissionais de saúde.

Foram também registadas respostas correspondentes a combinações de fontes de informação, destacando as combinações internet e família/amigos (7,3%) e família/amigos e escola/universidade (6,7%), enquanto as restantes combinações apresentaram frequências mais baixas.

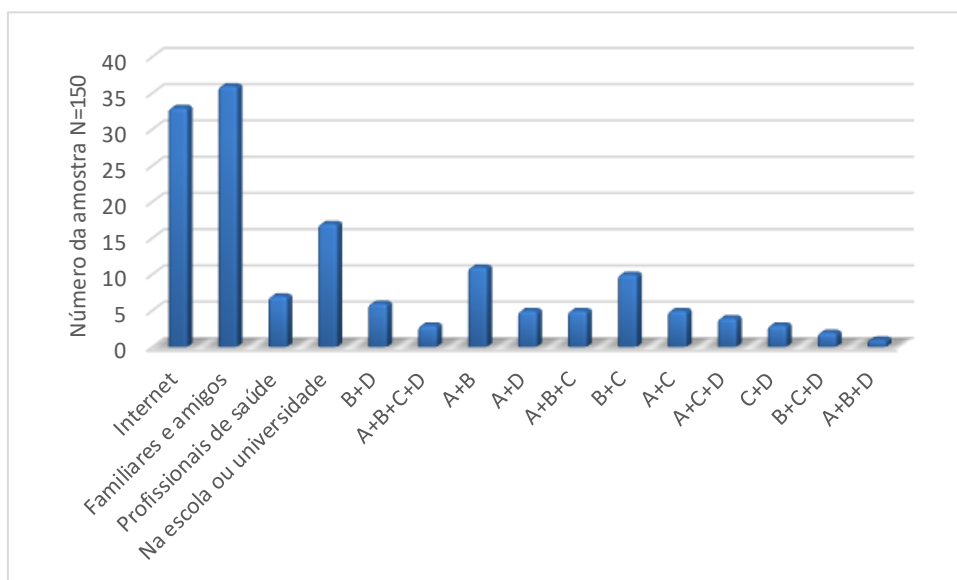


Gráfico 22: Distribuição da amostra pelas fontes de informação do acidente vascular cerebral no primeiro questionário

5.5 Importância da educação em saúde nas escolas

O gráfico 23 apresenta a distribuição dos participantes relativamente à “importância da educação para a saúde” nas 6 escolas de Ensino Superior Politécnico do IPCB, considerando uma amostra total de 150 estudantes. Constatou-se que 128 estudantes (85,3%) consideraram a educação para a saúde muito importante, enquanto 19 (12,7%) a classificou como importante. Por outro lado, 2 estudantes (1,3%) apresentaram uma posição neutra e 1 estudante (0,7%) considerou-a pouco importante.

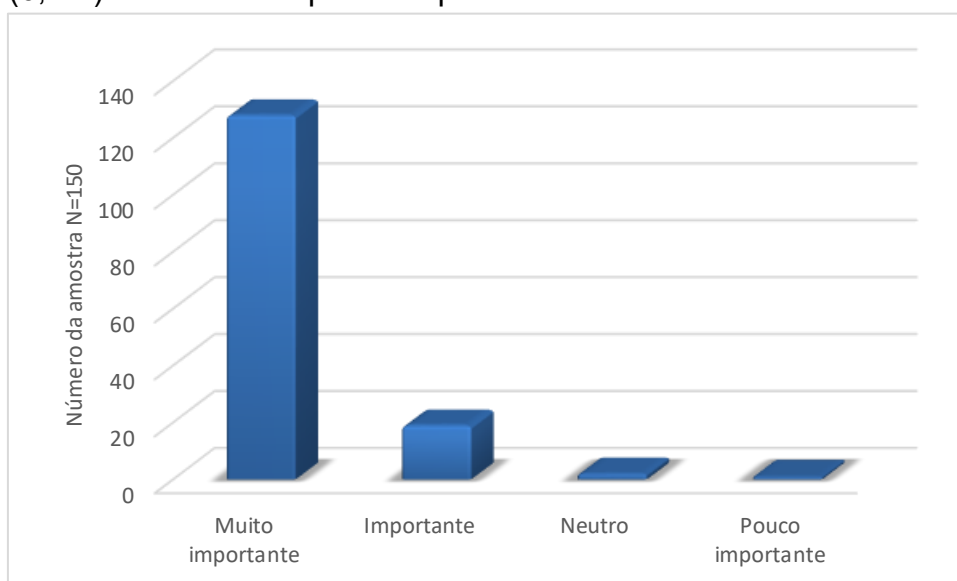


Gráfico 23: Distribuição da amostra por aqueles que consideram importante a educação em saúde nas escolas.

5.6 Disponibilidade da amostra na participação em atividades educativas sobre a literacia em saúde nas escolas

O Gráfico 24 mostra a distribuição dos participantes em relação à sua “disponibilidade para participar em atividades educativas sobre saúde”, considerando uma amostra total de 150 estudantes.

Foi constatado que 112 estudantes (74,7%) declararam que iriam participar nestas atividades, enquanto 38 estudantes (25,3%) indicaram que não participariam.

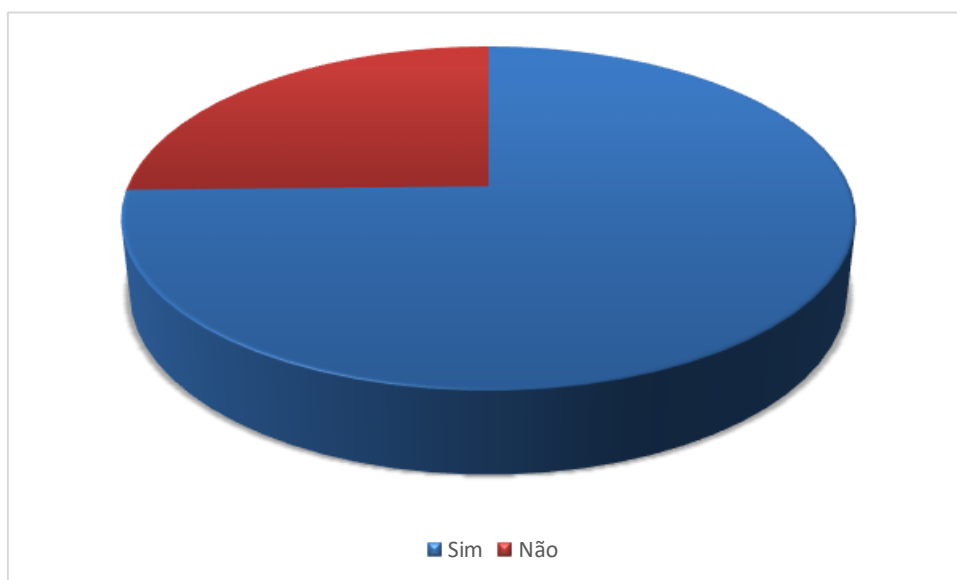


Gráfico 24: Distribuição da amostra pelos que participariam de uma atividade (palestras/workshops) sobre o acidente vascular cerebral, questionário 1

5.7 Avaliação do impacto das intervenções sobre acidente vascular cerebral – palestras e pósteres –Questionário 2– Apêndice C

5.7.1 Relação entre a definição de acidente vascular cerebral e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral nas escolas – participação nas palestras ministrados pela equipa de investigação

O Gráfico 25 mostra o cruzamento entre as variáveis, “definição do AVC” e os cartazes de exposição à informação, considerando uma amostra de 150 estudantes, do segundo questionário.

A maioria dos participantes, 142 identificou corretamente o AVC como uma interrupção do fluxo sanguíneo para o cérebro, dos quais 44 (31,0%) relataram ter visto cartazes e 98 (69,0%) não tiveram exposição. As respostas incorretas incluíram 3 estudantes que associaram o AVC a uma condição que afeta a capacidade de respirar, 1 com dores intensas na cabeça e 1 com inflamação no coração. A análise estatística, através do teste Qui-quadrado não revelou associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($\chi^2 = 0,902$) com um $p = 0,825$.

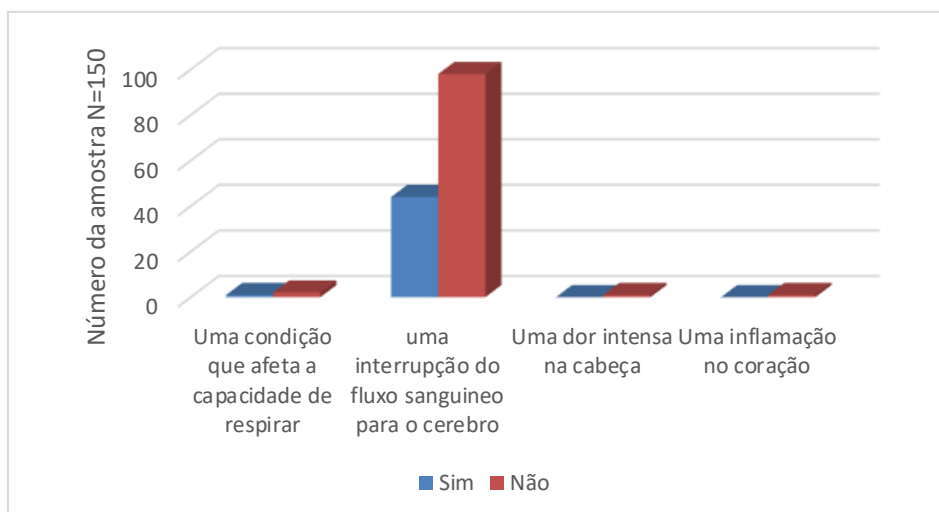


Gráfico 25: Distribuição da amostra pela definição do acidente vascular cerebral e viram cartazes sobre acidente vascular cerebral afixados nas escolas

Quanto à participação nas palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas, representados no gráfico 26, entre os 143 estudantes que identificaram corretamente a definição de AVC, 46 (32,2%) relataram ter participado e 97 (67,8%) não participaram. As restantes respostas incorretas foram divididas em categorias residuais. A análise não mostrou uma associação estatisticamente significativa entre a participação em palestras de sensibilização sobre o AVC e a definição de AVC ($\chi^2 = 4,021$) com um $p = 0,259$.

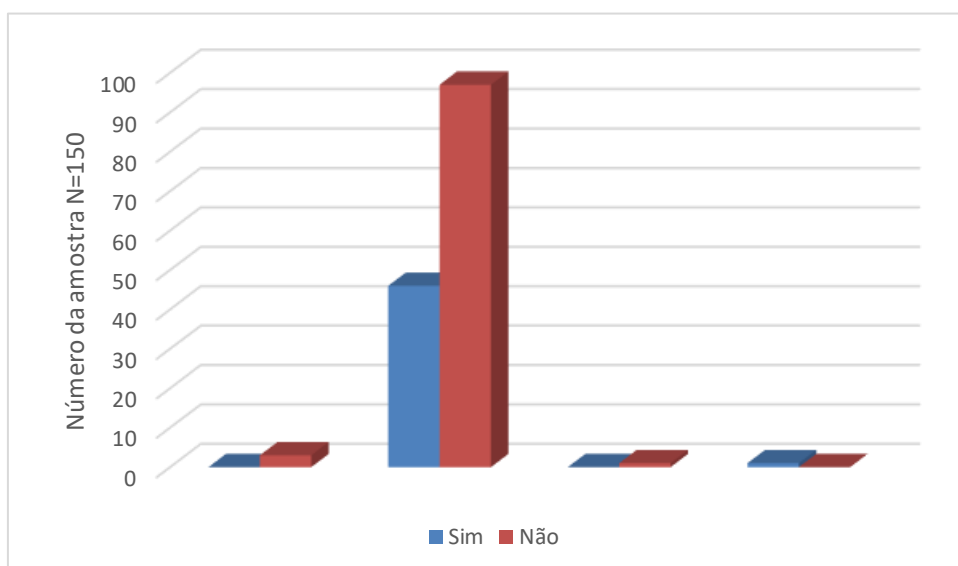


Gráfico 26: Distribuição da amostra pela definição do acidente vascular cerebral pelos que participaram das palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas

5.7.2 Relação entre a amostra que já ouviu/não falar dos 3F's e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral nas escolas – participação nas palestras ministrados pela equipa de investigação

A tabela 1 mostra a associação entre as variáveis “já ouviu falar dos 3F's?” e a exposição a cartazes informativos, considerando 146 casos válidos. Entre os participantes que relataram ter ouvido falar dos 3F's, 29 (31,5%) indicaram ter visto

cartazes e 63 (68,5%) não tiveram qualquer exposição. Entre aqueles que não tinham ouvido falar dela, 16 (29,6%) relataram exposição e 38 (70,4%) não tinham. A análise não revelou nenhuma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($\chi^2 = 0,057$) com um $p = 0,811$.

No que diz respeito à participação em palestras ou workshops, considerando 147 casos válidos, entre os participantes que relataram ter ouvido falar dos três sinais, 37 (40,2%) participaram e 55 (59,8%) não participaram. Entre os que não tinham ouvido falar, 11 (20,0%) participaram e 44 (80,0%) não participaram. A análise revelou uma associação estatisticamente significativa entre a participação em palestras ou workshops e o conhecimento dos três sinais de alerta do AVC ($\chi^2 = 6,398$) com um $p = 0,011$.

		OUVIU FALAR DOS 3F'S		TOTAL
		Sim	Não	
Viu cartazes informativos sobre AVC na escola nas últimas semanas	Sim	29(64,4%)	16(35,6%)	45(100,0%)
	Não	63(62,4%)	38(37,6%)	101(100,0%)
TOTAL		92(63,0%)	54(37,0%)	146(100,0%)

Tabela 1: Distribuição da amostra pelos que ouviram/não falar dos 3F's e viram cartazes de literacia do acidente vascular cerebral.

Legenda: AVC- Acidente vascular cerebral; %- percentagem

No que diz respeito à participação em palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas, tabela 2, considerando 147 casos válidos, entre os participantes que relataram ter ouvido falar dos 3F's, 37 (40,2%) participaram e 55 (59,8%) não participaram. Entre os que não tinham ouvido falar, 11 (20,0%) participaram e 44 (80,0%) não participaram. A análise revelou uma associação estatisticamente significativa entre a participação em palestras ou workshops e o conhecimento dos três sinais do AVC ($\chi^2 = 6,398$) com um $p = 0,011$.

		OUVIU FALAR DOS 3F'S		TOTAL
		Sim	Não	
Participação em palestras ministrados pela equipa de investigação	Sim	37(77,1%)	11(22,9%)	48(100%)
		25,2%	7,5%	32,7%
	Não	55(55,6%)	44(44,4%)	99(100%)
TOTAL		92(62,6%)	55(37,4%)	147(100%)

Tabela 2: Distribuição da amostra pelos que ouviram/não falar dos 3F's e participaram/não das palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas.

Legenda: %- percentagem

5.7.3 Relação entre a identificação correta do significado dos 3F's e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral nas escolas – participação nas palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas

A Tabela 3 mostra a associação entre as variáveis “o que significa os 3f's em contexto de AVC?” e a exposição a cartazes informativos, considerando 139 casos válidos, visto que 11 participantes não responderam a esta pergunta. Entre os participantes que identificaram corretamente os sinais de aviso, 36 (28,3%) relataram ter visto cartazes e 91 (71,7%) não tiveram qualquer exposição. As restantes combinações de respostas mostraram frequências reduzidas. A análise do teste do qui-quadrado não revelou uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($\chi^2 = 2,438$) com $p = 0,487$.

Sinais de alerta do AVC (3F'S)	Viu cartazes sobre AVC na escola		TOTAL
	Sim	Não	
Dificuldade para falar ou entender a fala, assimetria da face, perda de força repentina num braço	36(28,3%)	91(71,7%)	127(100,0%)
Falta de atividade física, dificuldade em falar, fadiga excessiva	4(50,0%)	4(50,0%)	8(100,0%)
Dificuldade em falar, fumar, perda de força repentina num braço	1(50,0%)	1(50,0%)	2(100,0%)
Perda de força repentina num braço, fome, fadiga excessiva	1(50,0%)	1(50,0%)	2(100,0%)
TOTAL	42(30,2%)	97(69,8%)	139(100,0%)

Tabela 3: Distribuição da amostra pelos que viram os cartazes e identificaram o significado dos 3F's

Legenda: AVC- Acidente vascular cerebral; %- percentagem

5.7.4 Relação entre os que já ouviram falar de acidente vascular cerebral em jovens e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral nas escolas – participação nas palestras ministrados pela equipa de investigação

Quanto à participação em palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas, tabela 4, considerando 140 casos válidos, entre os participantes que identificaram corretamente os sinais de alerta, 42 (33,1%) relataram ter participado e 85 (66,9%) não participaram. As restantes combinações de respostas mostraram frequências reduzidas. A análise do teste qui-quadrado não revelou uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($\chi^2 = 2,780$) com $p = 0,430$.

Sinais de alerta do AVC 3F'S	Participação em palestras ministrados pela equipa de investigação		TOTAL
	Sim	Não	
Dificuldade para falar ou entender a fala, assimetria da face, perda de força repentina num braço	42(33,1%)	85(66,9%)	127(100,0%)
Falta de atividade física, dificuldade em falar, fadiga excessiva	2(25,0%)	6(75,0%)	8(100,0%)
Dificuldade em falar, fumar, perda de força repentina num braço	0(0,0%)	2(100,0%)	2(100,0%)
Perda de força repentina num braço, fome, fadiga excessiva	2(66,7%)	1(33,3%)	3(100,3%)
Total	46(32,9%)	94(67,1%)	140(100,0%)

Tabela 4: Distribuição da amostra pelos que assistiram às palestras sobre acidente vascular cerebral e identificaram o significado dos 3F's

Legenda: AVC- Acidente vascular cerebral; %- percentagem

A tabela apresenta a associação entre ter ouvido falar de AVC jovem e a exposição a cartazes informativos, considerando 149 casos válidos devido a ausência de resposta de um dos participantes a esta pergunta. Entre os participantes que referiram já ter ouvido falar de AVC jovem, 35 (36,5%) indicaram ter visto cartazes e 61 (63,5%) não tiveram exposição. Entre os que referiram não ter ouvido falar, 10 (19,2%) indicaram ter visto cartazes e 42 (80,8%) não tiveram exposição. A análise do teste do qui-quadrado não revelou associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($\chi^2 = 5,184$) com um $p = 0,075$.

Já ouvir falar de AVC em jovens	Viu cartazes informativos sobre AVC na escola		TOTAL
	Sim	Não	
SIM	35(36,5%)	61(63,5%)	96(100,0%)
NÃO	10(19,2%)	42(80,8%)	52(100,0%)
TOTAL	45(30,2%)	104(69,8%)	149(100,0%)

Tabela 5: Distribuição da amostra pelos que ouviram/não falar de acidente vascular cerebral em jovem e viram cartazes informativos.

Legenda: AVC- acidente vascular cerebral; %- percentagem

No que diz respeito à participação em palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas, considerando 150 casos válidos, tabela 6, entre os participantes que relataram ter ouvido falar de AVC jovem, 36 (37,1%) indicaram ter participado e 61 (62,9%) não participaram. Entre os que relataram não ter ouvido falar dele, 12 (23,1%) participaram e 40 (76,9%) não participaram. A análise do

teste qui-quadrado não revelou uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($\chi^2 = 3,539$) com $p = 0,170$.

Já ouviu falar de AVC em jovens	Participação em palestras ministrados pela equipa de investigação		TOTAL
	Sim	Não	
SIM	36(37,1%)	61(62,9%)	97(100,0%)
NÃO	12(23,1%)	40(76,9%)	52(100,0%)
TOTAL	48(32,0%)	102(68,0%)	150(100,0%)

Tabela 6: Distribuição da amostra pelos que ouviram ou não falar de acidente vascular cerebral em jovens e participaram das palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas.

Legenda: AVC- Acidente vascular cerebral; %- percentagem

5.7.5 Relação entre a identificação da faixa etária mais comum para o acidente vascular cerebral em jovens e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral nas escolas – participação nas palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas

A tabela mostra a associação entre “qual é a faixa etária considerada mais comum para a ocorrência de um AVC jovem?” e a exposição a cartazes informativos, considerando 148 casos válidos. No grupo etário dos 15 aos 39 anos, 25 participantes (29,4%) relataram ter visto cartazes e 60 (70,6%) não tiveram qualquer exposição. Nos restantes grupos etários, as frequências foram: 10–14 anos, 2 (25,0%) com exposição e 6 (75,0%) sem; 40–60 anos, 5 (27,8%) com exposição e 13 (72,2%) sem; e com mais de 60 anos, 4 (25,0%) com exposição e 12 (75,0%) sem. Entre aqueles que não sabiam como responder, 9 (42,9%) relataram ter visto cartazes e 12 (57,1%) não tiveram qualquer exposição. A análise do teste do qui-quadrado não revelou uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($\chi^2 = 1,968$) com $p = 0,742$.

Faixa etária mais comum para o AVC em jovens	Viu cartazes informativos sobre AVC na escola		TOTAL
	Sim	Não	
10-14	2(4,0%)	6(5,8%)	8(100,0%)
15-39	25(29,4%)	60(70,0%)	85(100,0%)
40-60	5(27,8%)	13(72,2%)	18(100,0%)
MAIS DE 60	4(25,0%)	12(75,0%)	16(100,0%)
NÃO SEI RESPONDER	9(42,9%)	12(57,1%)	21(100,0%)
TOTAL	45(30,4%)	103(69,6%)	148(100,0%)

Tabela 7: Distribuição da amostra pela faixa etária mais comum para o AVC em jovens e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral.

Legenda: AVC- Acidente vascular cerebral; %- percentagem

No que diz respeito à participação em palestras ministrados pela equipa de investigação, considerando 149 casos válidos no grupo etário dos 15–39 anos, 38 participantes (44,2%) relataram ter participado e 48 (55,8%) não participaram. Nos restantes grupos etários, verificou-se que, dos 10–14 anos, 1 (12,5%) participou e 7 (87,5%) não; dos que tinham entre 40 e 60 anos, 4 (22,2%) participaram e 14 (77,8%) não; e entre os participantes com mais de 60 anos, 4 (25,0%) participaram e 12 (75,0%) não. Entre os que não sabiam responder, 1 (4,8%) participou e 20 (95,2%) não participaram. A análise do teste qui-quadrado revelou uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($\chi^2 = 15,520$) com um $p = 0,004$.

Qual é a faixa etária mais comum para o AVC em jovens?	Participação em palestras ministrados pela equipa de investigação		TOTAL
	Sim	Não	
10-14	1(12,5%)	7(87,5%)	8(100,0%)
15-39	38(44,2%)	48(55,8%)	86(100,0%)
40-60	4(22,2%)	14(77,8%)	18(100,0%)
>60	4(25,0%)	12(75,0%)	16(100,0%)
Não sei responder	1(4,8%)	20(95,2%)	21(100,0%)
Total	48(32,2%)	101(67,8%)	149(100,0%)

Tabela 8: Distribuição da amostra pela faixa etária mais comum para o acidente vascular cerebral em jovens e participação em palestras sobre acidente vascular cerebral

Legenda: AVC- Acidente vascular cerebral; %- percentagem

5.7.6 Relação entre o que acontece no pós acidente vascular cerebral e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral nas escolas – participação nas palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas

A tabela 9 mostra a associação entre as variáveis, o conhecimento sobre “o que acontece após um AVC?” e a exposição a cartazes informativos, considerando 149 casos válidos. Entre os participantes que relataram que a pessoa pode ter sequelas motoras ou cognitivas, 31 (26,3%) indicaram ter visto cartazes e 87 (73,7%) não tiveram exposição. Entre aqueles que consideraram que a pessoa recupera completamente sem sequelas, 5 (35,7%) relataram exposição e 9 (64,3%) não. Dos que indicaram que a pessoa necessita de cuidados médicos a longo prazo, 8 (53,3%) relataram ter visto cartazes e 7 (46,7%) não tiveram exposição. Entre os que não sabiam como responder, 1 (50,0%) relatou exposição e 1 (50,0%) não teve exposição. A análise do teste qui-quadrado não revelou uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($\chi^2 = 5,246$) com um $p = 0,155$.

O que acontece no pós AVC	Viu cartazes informativos sobre AVC na escola		TOTAL
	Sim	Não	
A pessoa recupera totalmente sem sequelas	5(35,7%)	9(64,3%)	14(100,0%)
A pessoa pode ter sequelas motoras ou cognitivas	31(26,3%)	87(73,7%)	118(100,0%)
A pessoa sempre precisa de cuidados médicos a longo prazo	8(53,3%)	7(46,7%)	15(100,0%)
Não sei responder	1(50,0%)	1(50,0%)	2(100,0%)
TOTAL	45(30,0%)	104(69,8%)	149(100,0%)

Tabela 9: Distribuição da amostra pelo que acontece no pós acidente vascular cerebral e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral

Legenda: AVC- Acidente vascular cerebral; %- percentagem

A tabela 10 mostra a associação entre as variáveis, o conhecimento sobre o que acontece no período pós-AVC e a participação em palestras ou workshops sobre AVC e literacia em saúde, considerando 150 casos válidos. Entre os participantes que relataram que a pessoa pode ter sequelas motoras ou cognitivas, 36 (30,5%) indicaram ter participado e 82 (69,5%) não participaram. Entre aqueles que consideraram que a pessoa recupera completamente sem sequelas, 6 (40,0%) participaram e 9 (60,0%) não participaram. Dos que indicaram que a pessoa necessita de cuidados médicos a longo prazo, 6 (40,0%) participaram e 9 (60,0%) não participaram. Entre os que não sabiam responder, nenhum participou (0,0%) e 2 (100,0%) não participaram. A análise do teste do qui-quadrado não revelou uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($\chi^2 = 1,944$) com $p=0,584$.

O que acontece no pós AVC	Participação em palestras ministrados pela equipa de investigação		TOTAL
	Sim	Não	
A pessoa recupera totalmente sem sequelas	6(40,0%)	9(60,0%)	15(100,0%)
A pessoa pode ter sequelas motoras ou cognitivas	36(30,5%)	82(69,5)	118(100,0%)
A pessoa sempre precisa de cuidados médicos a longo prazo	6(40,0%)	9(60,0%)	15(100,0%)
Não sei responder	0(0,0%)	2(100,0%)	2(100,0%)
TOTAL	48(32,0%)	102(68,0%)	150(100,0%)

Tabela 10: Distribuição da amostra pelo que acontece nos pós acidente vascular cerebral e participação em palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas

Legenda: AVC- Acidente vascular cerebral; %- percentagem

5.7.7 Relação entre a ação em casos de suspeita de acidente vascular cerebral e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral nas escolas – participação nas palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas

A tabela 11, mostra a associação entre as variáveis “o que faria em casos de suspeita de um AVC?” e a exposição a cartazes informativos sobre o AVC, considerando 148 casos válidos. Entre os participantes que relataram que procurariam ajuda médica imediatamente, 44 (31,2%) indicaram ter visto cartazes e 97 (68,8%) não tiveram qualquer exposição. Dos que relataram esperar para ver se os sintomas melhoravam, nenhum (0,0%) teve exposição e 4 (100,0%) não. Entre aqueles que indicaram não saber o que fazer, 1 (33,3%) relatou ter visto cartazes e 2 (66,7%) não tiveram exposição. A análise do teste do qui-quadrado não revelou uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($\chi^2 = 1,802$) com um $p = 0,406$.

**Viu cartazes informativos sobre AVC
na escola**

			TOTAL
O que faria em casos de suspeita de AVC	Sim	Não	
Procuraria ajuda médica imediatamente	44(31,2%)	97(68,8%)	141(100,0%)
Esperaria para ver se os sintomas melhoram	0(0,0%)	4(100,0%)	4(100,0%)
Não saberia o que fazer	1(33,3%)	2(66,7%)	3(100,0%)
TOTAL	45(30,4%)	103(69,6%)	148(100,0%)

Tabela 11: Distribuição da amostra pela ação em casos de suspeita de acidente vascular cerebral e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral na escola

Legenda: AVC- Acidente vascular cerebral; %- percentagem

A tabela 12, mostra a associação entre a atitude perante um possível AVC e a participação em palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas, considerando 149 casos válidos. Entre os participantes que relataram que procurariam ajuda médica imediatamente, 47 (33,1%) indicaram ter participado e 95 (66,9%) não participaram. Dos que relataram esperar para ver se os sintomas melhoravam, nenhum (0,0%) participou e 4 (100,0%) não participaram. Entre os que indicaram não saber o que fazer, 1 (33,3%) participou e 2 (66,7%) não participaram. A análise do teste do qui-quadrado não revelou uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($\chi^2 = 1,954$) com um $p = 0,377$.

	Participação em palestras ministrados pela equipa de investigação		TOTAL
	Sim	Não	
Procuraria ajuda médica imediatamente	47(33,3%)	95(66,9%)	142(100,0%)
Esperaria para ver se os sintomas melhoram	0(0,0%)	4(100,0%)	4(100,0%)
Não saberia o que fazer	1(33,3%)	2(66,7%)	3(100,0%)
Total	48(32,2%)	101(67,8%)	149(100,0%)

Tabela 12: Distribuição da amostra pela associação entre a atitude perante um possível acidente vascular cerebral e a participação em palestras ou workshops ministrados pela equipa de investigação nas escolas

Legenda: %- percentagem

5.7.8 Relação entre o conhecimento e identificação do número de emergência do acidente vascular cerebral em Portugal e visualização de cartazes sobre acidente vascular cerebral nas escolas – participação nas palestras ministrados pela equipa de investigação

A tabela 13, mostra a associação entre “conhece o número de emergência para AVC em Portugal?” e a exposição a cartazes informativos, considerando 149 casos válidos. Entre os participantes que relataram conhecer o número de emergência, 35 (29,7%) indicaram ter visto cartazes e 83 (70,3%) não tiveram qualquer

exposição. Entre os que relataram não saber, 10 (32,3%) indicaram ter visto cartazes e 21 (67,7%) não tinham sido expostos. A análise do teste do qui-quadrado não revelou uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($\chi^2 = 0,079$) com $p = 0,779$.

Conhece o número de emergência para o AVC em Portugal	Viu cartazes informativos sobre AVC na escola		TOTAL
	Sim	Não	
Sim	35(29,7%)	83(70,3%)	118(100,0%)
Não	10(32,3%)	21(67,7%)	31(100,0%)
Total	45(30,2%)	104(69,8%)	149(100,0%)

Tabela 13: Distribuição da amostra pela associação entre o conhecimento do número de emergência para acidente vascular cerebral em Portugal e a exposição a cartazes informativos.

Legenda: AVC- Acidente vascular cerebral; %- percentagem

A tabela 14, mostra a associação entre o conhecimento do número de emergência para AVC em Portugal e a participação em palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas, considerando 150 casos válidos. Entre os participantes que relataram conhecer o número de emergência, 46 (38,7%) indicaram ter participado e 73 (61,3%) não participaram. Entre os que relataram não saber, 2 (6,5%) participaram e 29 (93,5%) não participaram. A análise do teste qui-quadrado revelou uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($\chi^2 = 11,721$) com um $p = 0,001$.

Conhece o número de emergência para o AVC em Portugal	Participação em palestras ministrados pela equipa de investigação		TOTAL
	Sim	Não	
Sim	46(38,7%)	73(61,3%)	119(100,0%)
Não	2(6,1%)	29(93,5%)	31(100,0%)
Total	48(32,0%)	102(68,0%)	150(100,0%)

Tabela 14: Distribuição da amostra pela associação entre o conhecimento do número de emergência para AVC em Portugal e a participação em palestras ministrados pela equipa de investigação.

Legenda: AVC- Acidente vascular cerebral; %- percentagem

A tabela 15, mostra a associação entre o conhecimento do número de emergência para AVC em Portugal e a exposição a cartazes informativos, considerando 148 casos válidos. Entre os participantes que indicaram corretamente o número de emergência, 34 (29,3%) relataram ter visto cartazes e 82 (70,7%) não tiveram qualquer exposição. Entre aqueles que não conseguiram indicar o número, 10 (31,3%) relataram ter visto cartazes e 22 (68,8%) não tiveram exposição. A análise do teste qui-quadrado não revelou uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($\chi^2 = 0,045$) com $p = 0,832$.

Indique o número de emergência de AVC em Portugal	Viu cartazes informativos sobre AVC na escola		TOTAL
	Sim	Não	
112	34(29,3%)	82(70,7%)	116(100,0%)
Não sabe	10(31,3%)	22(68,8%)	32(100,0%)
Total	44(29,7%)	104(70,3%)	148(100,0%)

Tabela 15: Distribuição da amostra pela associação entre a indicação do número europeu de emergência para acidente vascular cerebral em Portugal e a exposição a cartazes informativos

Legenda: AVC- acidente vascular cerebral; %- percentagem

A tabela 16, mostra a associação entre o conhecimento do número de emergência para AVC em Portugal e a participação em palestras ministrados pela equipa de investigação nas escolas, considerando 148 casos válidos. Entre os participantes que indicaram corretamente o número de emergência, 44 (37,9%) relataram ter participado e 72 (62,1%) não. Entre os que não conseguiram indicar o número, 3 (9,4%) participaram e 29 (90,6%) não participaram. A análise do teste qui-quadrado revelou uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($\chi^2 = 9,437$) com um $p = 0,002$.

Indique o número de emergência para o AVC em Portugal	Participação em palestras ministrados pela equipa de investigação		TOTAL
	Sim	Não	
112			
Não sabe	3(9,4%)	29(90,6%)	32(100,0%)
Total	47(31,8%)	101(68,2%)	148(100,0%)

Tabela 16: Distribuição da amostra pela associação entre o conhecimento do número de emergência para acidente vascular cerebral em Portugal e a participação em palestras ministrados pela equipa de investigação

Legenda: AVC- Acidente vascular cerebral; %- percentagem

5.8 Importância de oferecer mais palestras e workshops sobre acidente vascular cerebral e literacia em saúde nas escolas

O Gráfico 27 mostra a distribuição dos participantes quanto à importância de oferecer mais palestras ou workshops sobre AVC e literacia em saúde nas escolas, considerando uma amostra de 150 alunos. Foi constatado que 92 (61,3%) o classificaram como muito importante, 48 (32,0%) como importante, 8 (5,3%) assumiram uma posição neutra, 1 (0,7%) considerou-o pouco importante e 1 (0,7%) não o considerou importante.

Quanto ao interesse em participar em atividades educativas sobre saúde, dos 150 participantes, 120 (80,0%) declararam estar dispostos a participar, enquanto 30 (20,0%) indicaram não estar interessados.

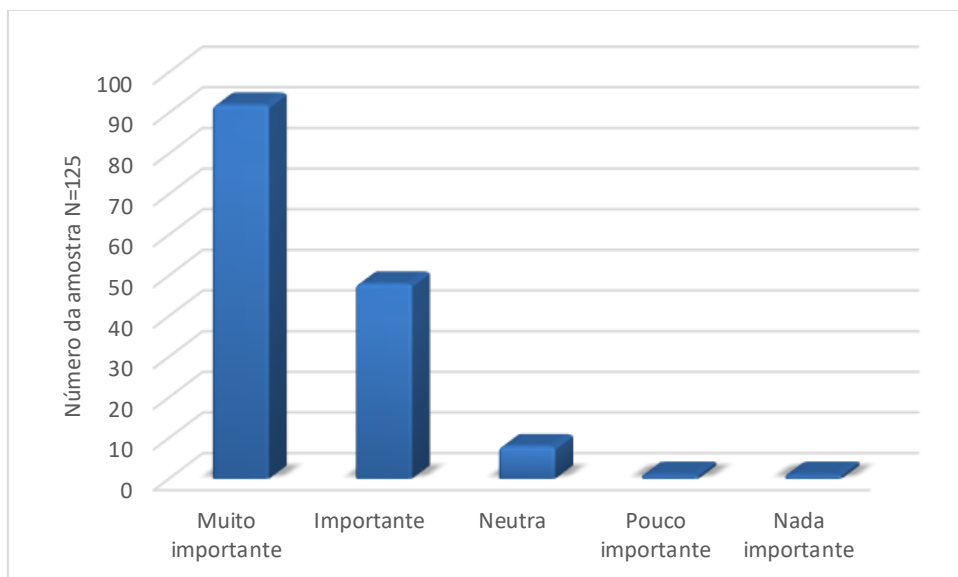


Gráfico 27: Distribuição dos participantes quanto à importância de oferecer mais palestras ou workshops sobre acidente vascular cerebral e literacia em saúde nas escolas

5.9 Interesse em participar em mais palestras e workshops sobre acidente vascular cerebral e literacia em saúde nas escolas

Quanto ao interesse em participar em atividades educativas sobre saúde, gráfico 28, dos 150 participantes, 120 (80,0%) declararam estar dispostos a participar, enquanto 30 (20,0%) indicaram não estar interessados.

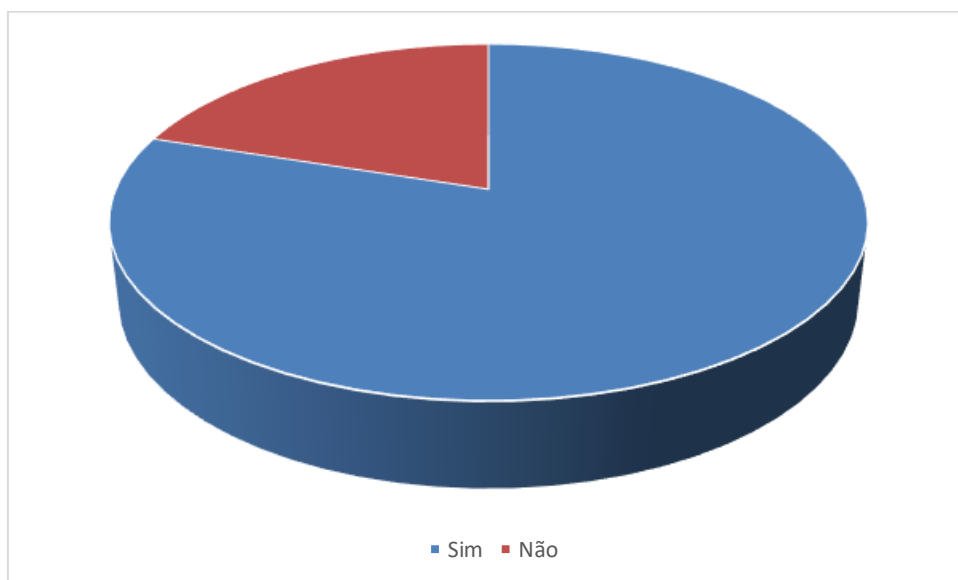


Gráfico 28: Distribuição dos participantes quanto ao interesse em participar em atividades educativas sobre saúde.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar o nível de literacia em acidente vascular cerebral na comunidade de estudantes das 6 escolas de ensino superior do Instituto Politécnico de Castelo Branco, bem como analisar o impacto das intervenções educativas na aquisição de conhecimentos relacionados com esta patologia. A relevância desta investigação é apoiada pelo elevado impacto global associado ao AVC, que continua a representar uma das principais causas de morte, incapacidade e perda de anos de vida ajustados à deficiência em todo o mundo ^(1,2). Em Portugal, apesar dos progressos observados na organização dos cuidados e no acesso a terapias especializadas, o AVC continua a ser uma das principais causas de mortalidade e incapacidade, constituindo um importante problema de saúde pública ⁽⁶⁻⁸⁾.

Os resultados obtidos mostraram que a maioria dos participantes afirmou conhecer o conceito de AVC. No entanto, a análise detalhada das respostas revelou a existência de lacunas significativas em áreas específicas de conhecimento, nomeadamente na identificação de diferentes tipos de AVC, no reconhecimento da ocorrência de AVC em jovens e em alguns aspetos relacionados com fatores de risco e ações em emergências. Estes resultados sugerem que o conhecimento dos estudantes pode ser predominantemente superficial, refletindo uma familiaridade geral com a doença, mas não necessariamente uma compreensão profunda dos seus mecanismos, consequências e estratégias de prevenção.

Esta observação é apoiada pela literatura sobre literacia em saúde. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, literacia em saúde corresponde à capacidade de aceder, compreender, avaliar e utilizar informação relacionada com a saúde para tomar decisões apropriadas ^(10,11). Assim, conhecer o termo "AVC" não implica necessariamente ter competências suficientes para reconhecer sintomas, compreender fatores de risco ou adotar comportamentos preventivos. Estudos realizados em diferentes países europeus mostram que níveis inadequados de literacia em saúde continuam a afetar uma proporção significativa da população, mesmo em grupos com elevados níveis de educação ⁽¹²⁾. Em Portugal, o Inquérito Nacional sobre Literacia em Saúde identificou que aproximadamente 61% da população apresenta níveis problemáticos ou insuficientes de literacia em saúde, destacando a persistência de desafios importantes nesta área ⁽³²⁾.

Os resultados obtidos neste estudo são particularmente relevantes porque foram observados numa população universitária. Embora os estudantes do ensino superior geralmente tenham níveis de educação superiores à média da população, pesquisas recentes mostram que este fator não garante níveis adequados de literacia em saúde. Rosário et al encontraram a existência de níveis limitados de literacia em estudantes universitários portugueses, influenciados por fatores individuais, sociais e contextuais ⁽³³⁾. Neste sentido, os resultados da presente

investigação reforçam a necessidade de promover estratégias de educação para a saúde especificamente direcionadas a esta população.

Relativamente ao conhecimento dos tipos de AVC, verificou-se que muitos participantes tiveram dificuldades em distinguir entre AVC isquémico e AVC hemorrágico. Este resultado merece especial atenção, uma vez que a compreensão dos diferentes mecanismos fisiopatológicos associados ao AVC constitui uma base importante para compreender os fatores de risco, as opções terapêuticas e as estratégias de prevenção. O AVC isquémico representa aproximadamente 85% de todos os casos e resulta da interrupção do fluxo sanguíneo cerebral devido à obstrução de uma artéria, enquanto o AVC hemorrágico resulta de rutura vascular e consequente fuga de sangue para o tecido cerebral ou espaço subaracnoídeo ⁽¹⁴⁻¹⁷⁾. A dificuldade observada em diferenciar estes subtipos sugere que o conhecimento dos estudantes está mais focado no reconhecimento geral da doença do que na compreensão dos seus mecanismos subjacentes.

Os alunos da Escola de Saúde Dr. Lopes Dias apresentaram níveis de conhecimento mais elevados em comparação com os estudantes das outras escolas do IPCB. Este resultado pode ser explicado pela maior exposição destes estudantes a conteúdos relacionados com anatomia, fisiologia, neurologia e saúde pública durante a sua formação académica. No entanto, é importante notar que a formação específica em saúde não é o único fator determinante da literacia. Estudos realizados em diferentes contextos demonstraram que fatores como interesse pessoal, experiências anteriores com a doença, acesso à informação e motivação individual podem influenciar significativamente os níveis de conhecimento relacionados com a saúde ^(32,33). A hipótese de que os estudantes das áreas da saúde apresentam maior literacia em AVC do que os estudantes de outras áreas foi parcialmente confirmada. Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas na maioria das variáveis analisadas, os estudantes da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias apresentaram melhor desempenho em domínios específicos, nomeadamente na identificação dos sinais de alerta e dos tipos de AVC. Estes resultados sugerem que a formação na área da saúde pode contribuir para um conhecimento mais aprofundado da doença, embora não constitua o único fator determinante da literacia em saúde.

No que diz respeito aos fatores de risco, os resultados mostraram níveis razoáveis de conhecimento sobre a influência da hipertensão arterial, tabagismo, consumo de álcool e estilo de vida sedentário no desenvolvimento do AVC. Estes resultados são particularmente relevantes tendo em conta que mais de 80% dos AVCs podem ser atribuídos a fatores de risco potencialmente modificáveis ⁽¹⁾. A hipertensão continua a ser reconhecida como o principal fator de risco para AVC em todo o mundo, estando associada tanto ao AVC isquémico como ao hemorrágico ^(1,14). Ao mesmo tempo, fatores como diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade, tabagismo e consumo excessivo de álcool contribuem significativamente para o desenvolvimento da doença através de mecanismos

relacionados com a aterosclerose, disfunção endotelial e alterações hemodinâmicas ^(1,18).

Apesar do conhecimento demonstrado pelos participantes sobre alguns destes fatores, os dados sobre hábitos de vida sugerem a persistência de comportamentos potencialmente prejudiciais à saúde vascular. Esta discrepância entre conhecimento e comportamento tem sido amplamente descrita na literatura. Berkman et al demonstraram que a posse de informação não garante necessariamente a adoção de comportamentos saudáveis, uma vez que fatores psicológicos, sociais e ambientais também exercem uma influência significativa nas escolhas individuais ⁽³¹⁾. Assim, os resultados obtidos reforçam a necessidade de estratégias educativas que não se limitem à transmissão de conhecimento, mas que promovam eficazmente mudanças comportamentais. Estes resultados permitem considerar que a hipótese de que os estudantes do IPCB desconhecem os fatores de risco e os sintomas do AVC foi apenas parcialmente confirmada. Embora tenham sido identificadas lacunas importantes em aspetos específicos da doença, nomeadamente no conhecimento dos tipos de AVC e na ocorrência de AVC em jovens, os participantes demonstraram conhecimentos adequados relativamente a vários fatores de risco e sinais de alerta clássicos.

Um dos resultados mais relevantes desta investigação relaciona-se com o conhecimento do AVC em jovens. Apesar de a maioria dos participantes pertencer precisamente à faixa etária considerada jovem para efeitos epidemiológicos, verificou-se um conhecimento limitado relativamente à ocorrência de AVC nesta população. Este resultado é particularmente preocupante considerando a evidência crescente de aumento da incidência de AVC em indivíduos entre os 15 e os 45 anos ^(9,26,18,28-30). Os resultados obtidos permitiram confirmar a hipótese de que a existência do AVC jovem constitui uma novidade para uma parte significativa da comunidade estudantil do IPCB. O facto de 62,0% dos participantes referirem nunca ter ouvido falar desta condição demonstra a persistência da perceção de que o AVC é uma doença exclusivamente associada ao envelhecimento.

Durante muitos anos, o AVC foi considerado uma doença predominantemente associada ao envelhecimento. No entanto, estudos recentes mostram uma tendência crescente na sua incidência em adultos jovens, fenómeno frequentemente associado ao aumento da prevalência de fatores metabólicos e de risco cardiovascular em idades precoces ^(9,18,25-28). O aumento da obesidade, diabetes mellitus, dislipidemia, estilo de vida sedentário e hipertensão em populações jovens contribuiu para a antecipação do risco vascular e para o crescimento do peso global da doença associada ao AVC ⁽¹⁸⁾.

Para além dos fatores de risco tradicionais, o AVC em jovens apresenta características etiológicas específicas. Causas como dissecções arteriais cervicais, estados protrombóticos, doenças autoimunes, forame oval patente e outras condições cardioembólicas são de particular importância nesta população ^(26,29,30). A falta de conhecimento destes aspetos pode contribuir para uma perceção

reduzida do risco e para a falsa crença de que o AVC é exclusivamente uma doença de grupos etários mais avançados.

O impacto do AVC nos jovens vai muito além das consequências clínicas imediatas. Quando ocorre em indivíduos em idade de trabalhar, esta condição está frequentemente associada à perda de produtividade, incapacidade no trabalho, dependência funcional precoce e mudanças significativas nas dinâmicas familiares e sociais ^(18,27). Consequentemente, a baixa consciência observada neste estudo representa uma oportunidade importante para o desenvolvimento de intervenções educativas dirigidas especificamente à população universitária.

No que diz respeito ao reconhecimento dos sinais e sintomas do AVC, os resultados foram geralmente positivos. A maioria dos participantes demonstrou a capacidade de identificar sinais clássicos como alterações na fala, assimetria facial e diminuição da força muscular. Este resultado pode refletir o impacto das campanhas de sensibilização desenvolvidas nas últimas décadas, particularmente aquelas baseadas no modelo FAST ^(19,34). A introdução do modelo BEFAST procurou aumentar a sensibilidade na identificação do AVC, incorporando alterações no equilíbrio e visão frequentemente observadas em eventos de circulação posterior ⁽²⁰⁾.

Apesar destes resultados encorajadores, importa salientar que o conhecimento teórico nem sempre se traduz numa resposta adequada em contexto real. Diversos estudos demonstram que indivíduos capazes de identificar corretamente os sintomas de AVC nem sempre ativam os serviços de emergência de forma imediata, frequentemente devido à subvalorização dos sintomas ou à incerteza relativamente à gravidade da situação ^(34,37).

Neste contexto, assume particular relevância o conhecimento da Via Verde AVC. A Norma n.º 015/2017 da Direção-Geral da Saúde estabelece uma abordagem integrada para garantir o reconhecimento precoce dos sintomas, a ativação rápida do sistema de emergência médica e o acesso atempado ao tratamento especializado ⁽²¹⁾. Considerando que terapêuticas como a trombólise intravenosa e a trombectomia mecânica apresentam uma eficácia fortemente dependente do tempo, a capacidade de a população reconhecer os sinais de alerta e contactar imediatamente o 112 constitui um elemento determinante para o prognóstico clínico dos doentes ^(21,22). Apesar das lacunas identificadas noutras áreas do conhecimento, os resultados não suportam a hipótese de que a necessidade de atendimento imediato em situações de AVC seja subestimada pelos estudantes. Pelo contrário, a maioria dos participantes reconheceu corretamente a importância da ativação imediata do 112 perante uma suspeita de AVC, demonstrando uma perceção adequada da urgência associada a esta condição clínica.

Relativamente às consequências do AVC, os participantes demonstraram conhecimento variável acerca das sequelas associadas à doença. A literatura demonstra que as consequências do AVC vão muito além das limitações motoras

tradicionalmente associadas à condição. Alterações cognitivas envolvendo memória, atenção e funções executivas são frequentes após o evento agudo e encontram-se associadas a pior prognóstico funcional e maior dependência ^(23,24). Paralelamente, sintomas psicológicos como depressão, ansiedade e fadiga persistente contribuem significativamente para a redução da qualidade de vida dos sobreviventes e dos seus cuidadores ⁽²⁴⁻²⁷⁾. O reconhecimento destas consequências poderá aumentar a perceção da gravidade da doença e reforçar a importância das estratégias preventivas.

Relativamente às fontes de informação utilizadas pelos estudantes, verificou-se que as redes sociais constituem o principal meio de obtenção de informação sobre AVC. Este resultado confirma a hipótese formulada inicialmente e reflete as alterações observadas nos padrões de consumo de informação entre os jovens adultos. Embora estas plataformas permitam uma disseminação rápida de conteúdos em saúde, também levantam preocupações relacionadas com a qualidade e credibilidade da informação disponibilizada. Assim, as redes sociais representam simultaneamente uma oportunidade e um desafio para a promoção da literacia em saúde, exigindo o desenvolvimento de conteúdos cientificamente validados e adaptados às características deste público.

Os resultados relativos às intervenções educativas sugerem que as palestras apresentaram maior impacto na aquisição de conhecimentos quando comparadas com os cartazes informativos. Este resultado está de acordo com a literatura, que demonstra que estratégias educativas participativas tendem a produzir melhores resultados do que métodos passivos de transmissão de informação ⁽³⁷⁻⁴⁰⁾. A possibilidade de interação, esclarecimento de dúvidas e contextualização dos conteúdos pode explicar a eficácia superior observada em intervenções presenciais.

Por outro lado, os cartazes parecem ter tido um impacto mais limitado. Embora sejam ferramentas úteis para aumentar a consciencialização, a sua eficácia depende de fatores como exposição repetida, atratividade visual, interesse do público-alvo e capacidade de reter informação. Consequentemente, os resultados sugerem que o uso isolado de materiais informativos pode ser insuficiente para promover mudanças significativas na literacia relacionada com AVC.

Os resultados obtidos permitiram confirmar a hipótese de que campanhas de sensibilização específicas sobre AVC em contexto universitário são eficazes na promoção da literacia em saúde. A melhoria observada após as intervenções educativas, particularmente no grupo exposto às palestras, sugere que abordagens participativas e interativas podem constituir estratégias relevantes para aumentar o conhecimento sobre AVC em populações jovens.

Globalmente, das seis hipóteses formuladas, três foram confirmadas (existência do AVC jovem como novidade para os estudantes, predominância das redes sociais como fonte de informação e eficácia das campanhas educativas), duas foram parcialmente confirmadas (maior literacia dos estudantes da área da saúde e

desconhecimento dos fatores de risco e sintomas do AVC) e uma foi rejeitada (subvalorização da necessidade de atuação imediata perante um AVC). Estes resultados evidenciam que, apesar da existência de conhecimentos gerais satisfatórios, persistem lacunas importantes que justificam a implementação de estratégias educativas dirigidas à população universitária.

Apesar da relevância dos resultados obtidos, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos dados.

Primeiro, trata-se de um estudo transversal, o que torna impossível estabelecer relações causais entre as variáveis analisadas, permitindo apenas a identificação de associações num dado momento.

Em segundo lugar, a amostra foi composta exclusivamente por estudantes do Instituto Politécnico de Castelo Branco, o que pode limitar a generalização dos resultados a outras instituições de ensino superior ou à população jovem em geral.

Outra limitação está relacionada com o uso de questionários auto-administrados, uma vez que as respostas dependem da honestidade, compreensão e interpretação dos participantes, podendo ocorrer viés de informação ou respostas socialmente desejáveis.

Além disso, a avaliação do impacto das intervenções educativas foi realizada comparando diferentes grupos de participantes, e não foi realizada uma avaliação pré e pós-intervenção nos mesmos indivíduos. Esta abordagem pode limitar a capacidade de medir com precisão o verdadeiro efeito das palestras e cartazes na melhoria da literacia em AVC.

Por fim, a exposição a cartazes informativos e a participação em aulas não foram controladas pelos investigadores, podendo existir diferenças individuais no grau de atenção, interesse e retenção da informação transmitida.

Com base nos resultados obtidos, recomenda-se que futuros estudos sejam realizados com amostras maiores e mais diversificadas, envolvendo estudantes de diferentes instituições de ensino superior e regiões do país, de modo a aumentar a representatividade dos resultados.

Sugere-se também que sejam desenvolvidos estudos longitudinais para avaliar a evolução da literacia em AVC ao longo do tempo e o impacto duradouro das intervenções educativas.

Seria também pertinente implementar estudos de desenho experimental, com avaliação antes e depois das intervenções, permitindo uma medição mais rigorosa da eficácia das diferentes estratégias de educação para a saúde, nomeadamente palestras, workshops, campanhas digitais e materiais informativos.

Tendo em conta as lacunas identificadas em relação ao AVC em jovens, recomenda-se que seja realizada investigação específica sobre o conhecimento desta condição em populações jovens, bem como sobre os fatores que influenciam o reconhecimento de sinais de alerta e a adoção de comportamentos preventivos.

Por fim, sugere-se explorar novas metodologias educativas, incluindo recursos digitais, aplicações móveis e campanhas nas redes sociais, para identificar estratégias mais eficazes para promover a literacia em saúde e melhorar o reconhecimento precoce do AVC.

Conclusão

A literacia global sobre acidente vascular cerebral na comunidade de estudantes das Escolas de Ensino Superior Politécnico de Castelo Branco tem uma elevada consciência geral 131 (87,9%) de acordo com os resultados do primeiro questionário, mas com lacunas técnicas acentuadas na identificação dos tipos de AVC, exceto nos alunos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias que demonstraram maior domínio. Houve uma falta significativa de conhecimento sobre AVC nos jovens (62,0%), embora a maioria dos estudantes tenha reconhecido corretamente os sinais de alerta e demonstrado uma atitude proativa face à emergência, com 92,7% a indicar a ativação de 112. Esta realidade mostra que o nível de literacia é fortemente condicionado pela área de estudo, reforçando a importância de promover formação específica em escolas não relacionadas com a saúde.

No que diz respeito as estratégias de promoção da literacia em AVC, o estudo conclui que, o IPCB deve privilegiar métodos de educação ativa e contínua, indo além da mera exposição de informação passiva, para garantir que os futuros profissionais, independentemente da sua área de formação e atividade, possam agir e reduzir o impacto do AVC na sociedade.

Referências Bibliográficas

1. GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol.* 2024;23(10):973–1003. doi:10.1016/S1474-4422(24)00369-7.
2. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins SO, Pandian J, Lindsay P, et al. World Stroke Organization (WSO): Global stroke fact sheet 2025. *Int J Stroke.* 2025;20(2):132–144. doi:10.1177/17474930241241372.
3. World Health Organization. Cerebrovascular disorders: a clinical and research classification. Geneva: WHO; 1978.
4. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2013;44(7):2064–2089. doi:10.1161/STR.0b013e318296aeca. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23652265/>
5. Prendes CF, Rantner B, Hamwi T, Stana J, Feigin VL, Stavroulakis K, et al. The burden of stroke in Europe: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2010–2019. *Stroke.* 2024;55(2). doi:10.1161/STROKEAHA.122.042022.
6. Instituto Nacional de Estatística. Óbitos por causas de morte. Lisboa: INE; 2024. Disponível em: <https://www.ine.pt>
7. Direção-Geral da Saúde. Aumenta o número de tratamentos a doentes com AVC agudo [Internet]. Lisboa: DGS; 2023 [citado 2026 mar 20]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/aumenta-o-numero-de-tratamentos-a-doentes-com-avc-agudo.aspx>
8. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. Lisboa: SPMI; 2021 [citado 2026 mar 20]. Disponível em: <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-caoa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>
9. Ma Z, He W, Zhou Y, Mai L, Xu L, Li C, et al. Global burden of stroke in adolescents and young adults (aged 15–39 years) from 1990 to 2019: a comprehensive trend analysis based on the global burden of disease study 2019. *BMC Public Health.* 2024;24(1):2042. doi:10.1186/s12889-024-19551-1.
10. World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva: WHO; 1998.
11. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Health literacy in Healthy People 2030 [Internet]. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; [citado 2026 mar 20]. Disponível em: <https://odphp.health.gov/healthypeople/priority-areas/health-literacy-healthy-people-2030>
12. Baccolini V, Rosso A, Di Paolo C, Isonne C, Salerno C, Migliara G, et al. What is the prevalence of low health literacy in European Union member states? A systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2021;36(3):753–761. doi:10.1007/s11606-020-06407-8.
13. Convenção Nacional da Saúde. Relatório de Avaliação de Desempenho e Impacto do Sistema de Saúde (RADIS). Lisboa: CNS; 2025. Disponível em: <https://cnsaude.pt>
14. Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, Cockcroft KM, Gutierrez J, Lombardi-Hill D, et al. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients with Stroke and Transient Ischemic Attack: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2021;52(7):e364–e467. doi:10.1161/STR.0000000000000375. PMID: 34024117.
15. Simonsen SA, West AS, Heiberg AV, Wolfram F, Jennum PJ, Iversen HK. Is the TOAST classification suitable for use in personalized medicine in ischemic stroke *J Pers Med.* 2022;12(3):496. doi:10.3390/jpm12030496.

16. Greenberg SM, Ziai WC, Cordonnier C, Dowlathshahi D, Francis B, Goldstein JN, et al. 2022 Guideline for the Management of Patients with Spontaneous Intracerebral Haemorrhage: A Guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2022;53(7): e282–e361. doi:10.1161/STR.0000000000000407.
17. Carhuapoma JR, et al. 2023 Guideline for the Management of Patients with Aneurysmal Subarachnoid Haemorrhage: A Guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2023;54(7): e314–e370. doi:10.1161/STR.0000000000000436.
18. Zhou XD, Chen QF, Targher G, Byrne CD, Mantzoros CS, Zhang H, et al. Global burden of disease attributable to metabolic risk factors in adolescents and young adults aged 15–39, 1990–2021. *Clin Nutr*. 2024;43(12). doi: 10.1016/j.clnu.2024.11.016.
19. Guo S, Saver JL. A pilot comparison of the retention rates of FAST and BEFAST stroke warning-sign mnemonics. *Front Neurol*. 2025; 16:1624800. doi:10.3389/fneur.2025.1624800. PMID: 40740849.
20. El Ammar F, Ardelt A, Del Brutto VJ, Loggini A, Bulwa Z, Martinez RC, et al. BE-FAST: A sensitive screening tool to identify in-hospital acute ischemic stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2020;29(7):104821. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104821.
21. Direção-Geral da Saúde. Via Verde do Acidente vascular cerebral no Adulto: Norma n.º 015/2017. Lisboa: DGS; 2017.
22. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013; 44(3):870-947. doi: 10.1161/STR.0b013e318284056a.
23. Yu J, Wang J. Effect of post-stroke cognitive impairment and dementia on stroke recurrence and functional outcomes: a systematic review and meta- 10.1371/journal.pone.0313633. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39625909/>
24. Stolwyk RJ, Mihaljcic T, Wong DK, Hernandez DR, Wolff B, Rogers JM. Post-stroke cognition is associated with stroke survivor quality of life and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev*. 2024;34(4):1235–1264. doi:10.1007/s11065-024-09635-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38466357/>
25. Kusec A, Milosevich E, Williams OA, Chiu EG, Watson P, Carrick C, et al. Long-term psychological outcomes following stroke: the OX-CHRONIC study. *BMC Neurol*. 2023;23(1):426. doi:10.1186/s12883-023-03463-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37604652/>
26. Fraser S, Pabst L, Smith F. Stroke in the young. *Curr Opin Neurol*. 2023 Apr;36(2):131–139. doi:10.1097/WCO.0000000000001145.
27. Khan SU, Khan MZ, Khan MU, Khan MS, Mamas MA, Rashid M, et al. Clinical and economic burden of stroke among young, midlife, and older adults in the United States, 2002–2017. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2021 Apr 8;5(2):431–441. doi: 10.1016/j.mayocpiqo.2021.01.015.
28. Tibaek M, Dehlendorff C, Jørgensen HS, Forchhammer HB, Johnsen SP, Kammersgaard LP. Increasing incidence of hospitalization for stroke and transient ischemic attack in young adults: a registry-based study. *J Am Heart Assoc*. 2016;5:e003158. doi:10.1161/JAHA.115.003158.
29. Neves JP. AVC isquémico no adulto jovem [dissertação]. Universidade de Lisboa; 2023.
30. Spranger C. AVC no jovem adulto: o que há de novo [dissertação]. Universidade de Lisboa; 2022.

31. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155(2):97–107. doi:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
32. 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; 19:4225. doi:10.3390/ijerph19074225.
33. Rosário J, Dias SS, Dias S, Pedro AR. Health literacy and its determinants among higher education students in the Alentejo region, southern Portugal: a cross-sectional study. *PLoS One.* 2024;19(9): e0309806. Doi: 10.1371/journal.pone.0309806.
34. Van der Merwe J, Tsakpoundou K, Baskini M, Martins SCO, Klink ME, Proios H, et al. Continuity and change in basic stroke knowledge worldwide: implementation of the second wave of the FAST Heroes campaign. *Front Public Health.* 2023; 11:1116104. doi:10.3389/fpubh.2023.1116104.
35. World Health Organization. STEPS: stroke manual: the WHO STEPwise approach to stroke surveillance. Version 1.2. Geneva: World Health Organization; 2006.
36. Flink M, Lindblom S, von Koch L, Carlsson AC, Ytterberg C. Health literacy is associated with less depression, greater sense of recovery, and improved participation and walking ability one year after stroke. *Top Stroke Rehabil.* 2023;30(8):865–871. doi:10.1080/10749357.2023.2178133.
37. Zeng M, Liu Y, He Y, Huang W. Relationship between stroke knowledge, health information literacy, and health self-management among stroke patients: a multicenter cross-sectional study. *JMIR Med Inform.* 2025;13: e63956. doi:10.2196/63956.
38. Ferreira-Alfaya FJ. The state of organizational health literacy: addressing gaps and future directions. *Health Promot Int.* 2025;40(3): daaf075. doi:10.1093/heapro/daaf075.
39. Sociedade Portuguesa do AVC. Sobre a SPAVC [Internet]. Porto: SPAVC; [cited 2026 Mar 22]. Available from: <https://spavc.org/sobre-a-spavc/>
40. Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde. Sobre a SPLS [Internet]. Portugal: SPLS; [cited 2026 Mar 22]. Available from: <https://splsportugal.com/sobre/>

Anexos

Anexo A- Parecer da comissão de ética



Assunto: Análise do pedido de alteração de parecer emitido Projeto n.º 212/CE-IPCB/2025 <i>Literacia do AVC na comunidade de estudantes do IPCB</i> Investigadora - Benvinda Fonteira Txocotara	
Referência: 2/2025	
Reunião N.º 12	
Data da deliberação:	12/11/2025

Analisada a situação, foi deliberado que o parecer emitido (Positivo com recomendações), enviado à investigadora em 05/08/2025, não poderá ser alterado após o início da recolha dos dados.

Neste sentido, esta Comissão de Ética atesta que as recomendações propostas pela CE-IPCB à investigadora foram devidamente consideradas e validadas por esta Comissão.

A Presidente da CE

Assinado por: ISABEL MARIA DE SOUSA
LOURENÇO
Num. de Identificação: 04242187
Data: 2025.11.25 10:11:21+00'00'

Apêndices

Apêndice A – Consentimento Informado e esclarecido

Título do projeto ou estudo de investigação:

Literacia do AVC na comunidade de estudantes do ensino superior

Investigador responsável: Benvinda Fonteira Txocotara

Orientador científico: Gil Monteiro Nunes

Local de estudo: Escolas de Ensino Superior Politécnico de Castelo Branco (IPCB)

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 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.

O objetivo do estudo visa avaliar o nível de literacia do AVC na comunidade de estudantes do ensino superior.

O questionário contém só perguntas múltiplas escolhas. Para o preenchimento do questionário serão usados materiais como canetas/esferográficas, não será permitido o uso de qualquer meio de informação ou consulta para a realização do mesmo que terá uma duração média de resposta entre 5-10 minutos.

A sua participação é voluntária e pode recusar-se a participar. Caso decida participar neste estudo é importante ter conhecimento que pode desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência para si. No caso de decidir abandonar o estudo, a sua relação com a instituição de ensino a que pertence não será afetada. Se for o caso, o seu estatuto enquanto estudante do ensino superior será mantido e não sofrerá nenhuma consequência da sua não participação ou desistência.

A sua participação neste estudo permite avaliar a literacia em AVC nos estudantes do ensino superior, tendo em conta que esta patologia que atualmente afeta não só os idosos, mas também os jovens embora não haja muitos estudos sobre.

A equipa de investigação compromete-se em garantir o sigilo no que toca ao tratamento de dados dos participantes. Durante a realização da investigação, será atribuído um número de identificação a cada participante, e assegurado que mais ninguém terá acesso à identificação. Quando a investigação terminar os dados serão guardados no IPCB durante alguns anos e posteriormente destruídos conforme a legislação em vigor. Os dados recolhidos serão apenas utilizados em âmbito académico. Para qualquer questão relacionada com a sua participação neste estudo, por favor, contactar o investigador através do email: btocotara@gmail.com.

Declaração do participante

Declaro que li (ou que me foi lida) e explicada a informação contida no presente documento, fui informado/a sobre os objetivos do estudo, possíveis riscos e benefícios e fiquei com uma cópia deste documento. Tive a oportunidade de colocar todas as questões necessárias antes de assinar e poderei fazer questões sempre que necessitar. Serei livre de desistir do estudo a qualquer altura sem ter de dar justificações e sem que isso prejudique a minha relação com o IPCB.

Concordo em colaborar com a aluna Benvinda Fonteira Txocotara e com a equipa de investigação e fornecer todos os dados necessários para o estudo.

Declaro que presto consentimento livre e voluntário para:

A minha participação no estudo: Sim() Não()

Nome do participante

Data: ____/____/_____

Investigador

Confirmo que expliquei totalmente este estudo ao participante. Como representante do estudo avaliei o nível de literacia na comunidade de estudantes do ensino superior e expliquei os objetivos do estudo. Todas questões levantadas foram esclarecidas.

Os aspetos mais importantes deste estudo foram explicados ao participante ou ao seu representante, antes de solicitar a sua assinatura. Uma cópia deste documento ser-lhe-á fornecida.

Nome do investigador

Data: ____/____/_____

Apêndice B – Questionário 1

Questionário sobre Literacia do AVC na comunidade de estudantes do ensino superior (IPCB)

Nome: _____

ID: _____

Data: ____/____/____

Dados Demográficos:

1. Qual é a sua faixa etária?

- a) Menos de 18 anos
- b) 18 a 24 anos
- c) 25 a 34 anos
- d) 35 a 44 anos
- e) Mais de 44 anos

2. Qual o seu sexo?

Masculino()

Feminino()

3. Qual é a sua faculdade?

- a) EST
- b) ESART
- c) ESALD
- d) ESE
- e) ESA
- f) ESGIN

4. Ano escolar

- a) 1º ano
- b) 2º ano
- c) 3º ano
- d) 4º ano
- e) Mestrado

Hábitos de Saúde:

5. Pratica atividade física regularmente?

- a) Sim, regularmente 3-4 vezes por semana
- b) Sim, 1-2 vezes por semana
- c) 1-2 vezes por mês
- d) Não pratico atividade física

6. Consome bebidas alcoólicas?

- a) Sim, diariamente ou quase todos os dias
- b) Sim, socialmente
- c) Não

7. Fuma?

- a) Sim, todos os dias
- b) Sim, 3-5 dias por semana
- c) Fumador ocasional (socialmente)
- d) Não fumo

Conhecimentos sobre AVC (Acidente vascular cerebral):

8. Você sabe o que é um Acidente vascular cerebral (AVC)?

Sim()

Não()

9. Quais dos seguintes tipos de AVC você conhece?

- a) AVC isquêmico
- b) AVC hemorrágico
- c) A+B
- d) Não sei responder

10. Quais são os principais sinais de alerta de um AVC? Selecione a/as alíneas que se aplicam.

- a) Dificuldade para falar ou entender a fala
- b) Dor de cabeça severa e repentina
- c) FACE: boca ao lado
- d) Fraqueza ou falta de força num braço
- e) A+B+D
- f) A+C+D

11. Quais dos seguintes fatores aumentam o risco de ter um AVC?

- a) Hipertensão arterial
- b) Diabetes
- c) Colesterol elevado
- d) Tabagismo
- e) Sedentarismo
- f) Consumo excessivo de álcool

12. Tem histórico familiar de AVC?

Sim()

Não()

13. Conhece alguém que já tenha sofrido um AVC?

Sim()

Não()

Comportamento e Conhecimento sobre a Ação em Caso de Suspeita de AVC:

14. Caso presenciasse alguém com sinais de AVC como perda de força num braço, dificuldade na fala e boca virada para lado o que faria?

- a) Ligaria para o 112
- b) Esperaria para ver se os sinais passam
- c) Tentaria ajudar a pessoa em casa
- d) Não saberia o que fazer

15. Já ouviu falar de AVC jovem?

Sim()

Não()

16. Qual a faixa etária mais comum para o AVC jovem?

- a) 15 a 39 anos
- b) 40 a 59 anos
- c) 60 a 75 anos
- d) Mais de 75 anos

17. O que acontece com uma pessoa após um AVC?

- a) A pessoa recupera totalmente sem sequelas
- b) A pessoa pode ter sequelas motoras ou cognitivas
- c) A pessoa sempre precisa de cuidados médicos a longo prazo
- d) Não sei responder

Fontes de Informação e Atividades Educativas:

18. Onde você obteve as informações sobre AVC?

- a) Internet

As fontes são confiáveis: sim() não ()

Fontes confiáveis: organizações científicas e públicas

- b) Família e amigos
- c) Profissionais de saúde
- d) Na escola ou universidade
- e) Outras fontes (especificar): _____

19. Na sua opinião, qual a importância da educação em saúde nas escolas/universidades?

- a) Muito importante
- b) Importante
- c) Neutra
- d) Pouco importante
- e) Nada importante

20. Você gostaria de participar de mais atividades educativas sobre saúde (como palestras, workshops, etc.)?

Sim()

Não()

Apêndice C– Questionário 2

Questionário sobre Literacia do AVC nos Estudantes do Ensino Superior (IPCB)

Nome: _____

ID: _____

Data: ____/____/____

Dados Demográficos:

1. Qual é a sua faixa etária

- a) Menos de 18 anos
- b) 18 a 24 anos
- c) 25 a 34 anos
- d) 35 a 44 anos
- e) Mais de 44 anos

2. Qual o seu sexo?

Masculino()

Feminino()

3. Qual é a sua faculdade?

- a) EST
- b) ESART
- c) ESALD
- d) ESE
- e) ESA
- f) ESGIN

4. Ano escolar

- a) 1º ano
- b) 2º ano
- c) 3º ano
- d) 4º ano
- e) Mestrado

Conhecimento sobre o AVC

5. O que é um Acidente vascular cerebral (AVC)?

- a) Uma condição que afeta a capacidade de respirar
- b) Uma interrupção do fluxo sanguíneo para o cérebro
- c) Uma dor intensa na cabeça
- d) Uma inflamação no coração

6. Já ouviu falar dos “3 F”?

Sim() não ()

7. **O que são os "3 F" no contexto de um AVC?**
 a) Dificuldade em falar, assimetria da face, perda de força repentina num braço
 b) Falta de atividade física, dificuldade em falar, fadiga excessiva
 c) Dificuldade em falar, fumar, perda de força repentina num braço
 d) Perda de força repentina num braço, fome, fadiga excessiva
8. **Já ouviu falar de AVC jovem?**
 Sim() Não()
9. **Qual a faixa etária mais comum para o AVC jovem?**
 a) 10 a 14anos
 b) 15 a 39anos
 c) 40 a 60 anos
 d) Mais de 60 anos
 e) Não sei responder
10. **O que acontece com uma pessoa após um AVC?**
 a) A pessoa recupera totalmente sem sequelas
 b) A pessoa pode ter sequelas motoras ou cognitivas
 c) A pessoa sempre precisa de cuidados médicos a longo prazo
 d) Não sei responder

O que Fazer em Caso de AVC

11. **Se você ou alguém próximo começar a apresentar sinais de AVC como perda de força num braço, dificuldade na fala, boca virada, o que faria?**
 a) Procuraria ajuda médica imediatamente
 b) Esperaria para ver se os sinais melhoram
 c) Tentaria tratar em casa
 d) Não saberia o que fazer
12. **Conhece o número de emergência em Portugal para casos de AVC?**
 Sim() indique _____ Não()

Sensibilização sobre o AVC na Universidade

13. **Viu os cartazes informativos sobre AVC na sua universidade?**
 Sim() Não()
14. **Participou de uma palestra ou workshop sobre AVC nas últimas semanas?**
 Sim() Não()

15. Acredita que é importante oferecer mais palestras ou workshops sobre AVC e literacia em saúde na universidade?

- a) Muito importante
- b) Importante
- c) Neutra
- d) Pouco importante
- e) Nada importante

16. Gostaria de participar de mais atividades educativas sobre saúde (como palestras, workshops, etc.)?

Sim()

Não()

Apêndice D – Póster de disseminação de informação



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



**FISIOLOGIA
CLÍNICA**

LITERACIA DO AVC

O AVC é um distúrbio focal ou global da função cerebral, que leva a sinais clínicos de desenvolvimento rápido, com duração maior do que 24 horas podendo levar a morte sem uma causa aparente (Cordeiro et al., 2020).



TIPOS DE AVC

1. AVC HEMORRÁGICO
2. AVC ISQUÊMICO

FATORES DE RISCO

- MODIFICÁVEIS:** tabagismo, alcoolismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial, sedentarismo, obesidade, uso de anticoncepcionais orais, dislipidemia, terapia hormonal.
- NÃO MODIFICÁVEIS:** Idade, história familiar.

Sinais de alerta do AVC

O INEM enfatiza que, diante os sinais de alerta AVC como: 3Fs



Através da fala

Peça a pessoa para dizer uma expressão com sentido.

Foi capaz de dizer a expressão e de pronunciar claramente as palavras?



Através da face

Peça a pessoa para sorrir

Fica com a boca assimétrica ficando a boca torta?



Através da força nos membros

Peça a pessoa para levantar os braços e/as pernas

Não foi capaz de os levantar igualmente. Por falta de força num dos lados do corpo?

Número Europeu de Emergência – **112** e transmitir toda a informação solicitada, podendo assim receber o tratamento mais adequado.

Projeto de literacia do AVC na comunidade de estudantes do ensino superior politécnico do IPCB
Fonte: Sociedade Portuguesa do AVC (SPAVC)

Apêndice E– Póster de divulgação das palestras



Palestras sobre Literacia do AVC - IPCB



Oradora: Benvinda Fonteira Txocotara
Orientador: Gil Monteiro Nunes

Público alvo: comunidade académica do IPCB



Objetivo

Promover a literacia do AVC na comunidade de estudantes do ensino superior politécnico do IPCB



09.12.2025

- **ESGIN:** 10h -11h
- **ESA:**15h-16h **Sala: 92**



10.12.2025

- **ESE:**10h-11h **sala:B1**
- **EST:**16h-17h **Sala: A10**



11.12.2025

- **ESART:**10h-11h
- **ESALD:** 15-16h

Contamos com a sua presença
Aberto a docentes e não docentes do IPCB

Apêndice F– póster de divulgação das palestras na ESALD e ESART



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

**FISIOLOGIA
CLÍNICA**

PALESTRA DE LITERACIA DO AVC – IPCB

OBJETIVO: PROMOVER A LITERACIA DO AVC NA COMUNIDADE DE ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR
POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ORADORA: BENVINDA FONTEIRA TXOCOTARA
ESTUDANTE DE FISIOLOGIA CLÍNICA

ORIENTADOR: GIL M. NUNES

ESART – 16.12.2025 – LOCAL: AUDITÓRIO 14H-15H
**ESALD – 16.12.2025 – LOCAL: AUDITÓRIO JOSÉ
PRETO- 16H-17H**

CONTAMOS COM A VOSSA PRESENÇA

ABERTA A DOCENTES E NÃO DOCENTES-IPCB