



**CONHECIMENTOS DA POPULAÇÃO SOBRE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL -
TRANSEUNTES DA PRAÇA DO GIRALDO EM ÉVORA**
**POPULATION'S KNOWLEDGE ABOUT CEREBROVASCULAR ACCIDENT (STROKE) - PASSERS
OF THE SQUARE GIRALDO IN EVORA**
**CONOCIMIENTOS DE LA POBLACIÓN ACERCA DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR - TRANSEÚNTES
DE LA PLAZA GIRALDO EN ÉVORA**

Maria José Abrantes Bule¹, Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim², Isabel Maria Tarico Bico Correia³, Maria João Maximino Marques Falé⁴

RESUMO

Objetivo: descrever o conhecimento da população sobre fatores de risco, sinais e sintomas de AVC. **Metodologia:** estudo quantitativo e transversal. Amostra de conveniência com 207 transeuntes com idades entre 16-86 anos (M=38,85; DP=18,93). **Resultados:** a patologia é conhecida, as fontes de informação mais referidas são a televisão e amigos. A hipercolesterolemia, doença cardíaca e tabagismo são os fatores de risco mais enunciadas. Os sinais mais conhecidos são a dormência, a fraqueza no hemisfério e a disartria. **Conclusão:** há necessidade de reforçar o papel dos serviços de saúde na educação sobre o AVC. O conhecimento exibe fragilidades na valorização da idade avançada e diabetes. Destaca-se o reconhecimento do risco associado ao tabaco e a persistência no consumo. **Descritores:** Conhecimento; Acidente Vascular Cerebral; Pessoas; Informação.

ABSTRACT

Objective: describing the knowledge of the population about risk factors, signs and symptoms of stroke. **Methodology:** it is a quantitative and cross-sectional study. Convenience sample consisted of 207 passersby aged 16-86 years old (Average=38,85, SD=18,93). **Results:** the pathology is known; the most mentioned information sources are television and friends. The hypercholesterolemia, heart disease and smoking are the listed risk factors. The best-known signs are numbness, weakness in the hemi-body and dysarthria. **Conclusion:** there is the need to strengthen the role of health services in education about stroke. Knowledge shows weaknesses in the valuation of old age and diabetes. Significant is the recognition of the risk associated with tobacco and persistence in consumption. **Descriptors:** Knowledge; Stroke; People; Information.

RESUMEN

Objetivo: describir el conocimiento de la población acerca de los factores de riesgo, signos y síntomas de un derrame cerebral. **Metodología:** un estudio cuantitativo y transversal. Muestra de conveniencia con 207 transeúntes con edad 16-86 años (M=38,85, SD=18,93). **Resultados:** se conoce la patología; las fuentes de información más mencionadas son la televisión y los amigos. La hipercolesterolemia, enfermedad del corazón y el tabaquismo son los factores de riesgo más listados. Los signos más conocidos son entumecimiento, debilidad en el hemi-cuerpo y disartria. **Conclusión:** hay necesidad de fortalecer el papel de los servicios de salud en la educación acerca del accidente cerebrovascular. Su conocimiento muestra debilidades en la valoración de la vejez y el diabetes. Es de destacar el reconocimiento de los riesgos asociados con el tabaco y la persistencia en el consumo. **Descriptores:** Conocimiento; Accidente Vascular Cerebral; Personas; Información.

¹Enfermeira, Professora Doutora, Coordenadora da Universidade de Évora. Évora, Portugal. E-mail: msimsim@uevora.pt; ²Enfermeira, Mestre, Estuante do Doutorado, Professora Adjunto, Universidade de Évora. Évora, Portugal. mjosebule@uevora.pt; ³Enfermeira, Mestre, Estuante do Doutorado, Professora Adjunto, Universidade de Évora. Évora, Portugal. icorreia@uevora.pt; ⁴Enfermeira, Pós Graduação em Administração do Cuidado em Saúde, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Estudante do Mestrado, Hospital do Espírito Santo. Évora, Portugal. mjmfale@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral [AVC] define-se como um déficit neurológico súbito, motivado por isquemia ou hemorragia no sistema nervoso central.¹ O AVC isquêmico é o mais frequente, causado por uma oclusão vascular localizada. O AVC hemorrágico deve-se a rotura arterial, com interrupção do fornecimento de oxigênio e glicose ao tecido cerebral e afeção dos processos metabólicos do território envolvido.² O AVC hemorrágico é o mais letal e representou em 2010 a maioria da mortalidade dos eventos de ambos.³

Os fatores de risco para AVC podem classificar-se como 1) fatores de risco não modificáveis, 2) fatores de risco modificáveis relacionados com estilo de vida e 3) fatores relacionados com patologia cardíaca, metabólica e com alguns biomarcadores (4). A Organização Mundial de Saúde [OMS] salienta a hipertensão como fator modificável sublinhando que se poupariam quatro vidas em dez, se a tensão arterial fosse regularizada. Refere o tabagismo, dieta desadequada, consumo excessivo de sal, sedentarismo, diabetes e dislipidemia como associados ao estilo de vida e assim modificáveis, enfatizando a importância da prevenção (5). A manifestação clínica de AVC surge consoante a área cerebral envolvida e os sinais e sintomas mais frequentes são diminuição de força e ou de sensibilidade contra lateral, afasia, apraxia, disartria, hemianopsia parcial ou completa, alteração do estado de consciência e confusão, diplopia, vertigem, nistagmo e ataxia.⁶

Na população portuguesa, o AVC é atualmente a primeira causa de morte, com lugar significativo na taxa de anos de vida perdidos.^{7,8} Como causa sensível à prevenção primária e a cuidados de saúde, a taxa de anos de vida potenciais perdidos [AVPP] por 1000 habitantes no nosso país é superior às melhores médias Europeias (i.e. 127 *versus* 69).⁹

Estudos em diversos locais descrevem o conhecimento que a população possui sobre AVC (10-14), contudo na nossa região, com a mais elevada taxa de mortalidade em 2012 face à média nacional (169.1/100.000hab *versus* 128.8/100.000hab.) (15) o tema não se encontra explorado na perspetiva do conhecimento leigo.

Na ocorrência de AVC, a rapidez de identificação da situação crítica e a chegada aos serviços de saúde são fundamentais. Importa, pois saber os conhecimentos da população uma vez que ao reconhecer o quadro, agirá porventura mais rapidamente na

procura de recursos. Assim é objetivo deste estudo descrever os conhecimentos que transeuntes circunstanciais da praça principal da cidade de Évora possuem sobre AVC.

OBJETIVOS

- Descrever o conhecimento da população sobre fatores de risco para o AVC.
- Caracterizar o conhecimento da população sobre os sinais e sintomas de AVC.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, transversal de carácter quantitativo. Submetido à aprovação da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas de Saúde Humana e Bem Estar (CEIASHE) teve parecer positivo respeitando-se os aspetos éticos da pesquisa de dados com seres humanos(16).

O formulário foi aplicado na abordagem aos transeuntes na praça principal de Évora enquadrando-se na comemoração da semana do AVC. Assegurou-se o carácter voluntário da participação. Dos 233 abordados 207 concordaram em participar. O instrumento de recolha de dados seguiu o modelo de um estudo anterior com permissão dos autores.¹³ O formulário, além dos dados sociodemográficos, organizou-se em quatro secções. Na primeira, questionavam-se os sujeitos sobre patologia atual e tabagismo. A segunda, em questões dicotómicas, inquiria sobre as fontes de informação quanto a AVC. Na terceira, apresentava-se uma *checklist* de 14 possibilidades, solicitando-se o reconhecimento de fatores de risco para AVC. Na quarta, perante uma lista de 12 sintomas, pediam-se as características do episódio emergente desta patologia. Terminava-se com a opinião dos sujeitos sobre a informação que os serviços de saúde oferecem.

RESULTADOS

Os 207 transeuntes, dos quais 86 (40.38%) homens e 121 (59.62%) mulheres tinham idade compreendida entre os 16 e os 86 anos (M=38,85; DP=18,93) com moda de 20 anos. A média de idade dos homens era de 40.38 anos (DP=19.78) e das mulheres era de 37.77 anos (DP=18.30), não se observando diferenças significativas de acordo com o sexo ($t_{(205)} = -.976$; $p = .330$).

A maioria dos sujeitos não sofre de doenças crónicas tais como Diabetes, Obesidade ou Doença Cardíaca. Em autorrelato 37 (18%) dos inquiridos referiram hipertensão e hipercolesterolemia. Cerca de 33% (N=69) tem hábitos tabágicos, com um consumo médio de 11/dia, variando entre 1 e 40 cigarros.

Exceto um, todos os participantes já ouviram falar em AVC como entidade patológica, destacando-se a televisão como fonte de informação (N=191; 92.7%), seguindo-se a conversa com amigos (N=161; 78.2) e os serviços de saúde (N=135; 65.5%). A informação que os serviços de saúde oferecem à população sobre AVC é bastante no entender de oitenta sujeitos (38.6%), face a cerca de metade que a qualifica como pouca (N=104; 50.2%) ou nenhuma (N=23; 11.1%). Para a maioria destes sujeitos a prevenção do AVC é possível (N=194; 94.2%), mas não a cura (N=138; 67.6%).

Nos resultados da *checklist* com 14 itens, num conjunto de doenças, hábitos ou comportamentos obtiveram-se dos 207 sujeitos 1225 respostas. Em análise de respostas múltiplas a hipercolesterolemia, as doenças cardíacas e o tabagismo apresentam destacadamente menções superiores a 80%. Seguem-se o álcool, a idade avançada e a diabetes, esta última referida por 118 sujeitos. Foram invocadas incorretamente como fatores de risco de AVC 232 respostas. A tabela 1 apresenta os resultados totais.

Através de testes χ^2 observou-se que a correta menção dos fatores de risco de AVC,

não está associado ao sexo ($p > .05$). Relativamente a três grupos de idade considerados (i.e. 16-30 anos; 31-54 anos e 55-86 anos) constatou-se em sucessivos testes χ^2 que a idade acima dos 55 anos se associa estatisticamente à correta omissão da SIDA como fator de risco para AVC ($\chi^2_{(2,N=207)}=6.335$; $p=0.042$), assim como da hepatite ($\chi^2_{(2,N=207)}=18.2260$; $p=0.000$), de varizes ($\chi^2_{(2,N=207)}=6.445$; $p=0.040$) e asma ($\chi^2_{(2,N=207)}=8.538$; $p=0.014$). Estes grupos de idade não apresentam relação estatisticamente significativa à correta/incorrecta menção de cancro, gastrite ou doença da tireoide ($p > .05$).

Seguindo-se a análise de respostas múltiplas, considerando somente os fatores de risco corretos, a maior valorização para os homens, numa diferença além de 5% situa-se no Álcool (71.8% nos homens *versus* 65.3% nas mulheres), enquanto o fator Pilula é mais valorizado pelas mulheres (23.5% *versus* 32.2%) conforme a figura 1.

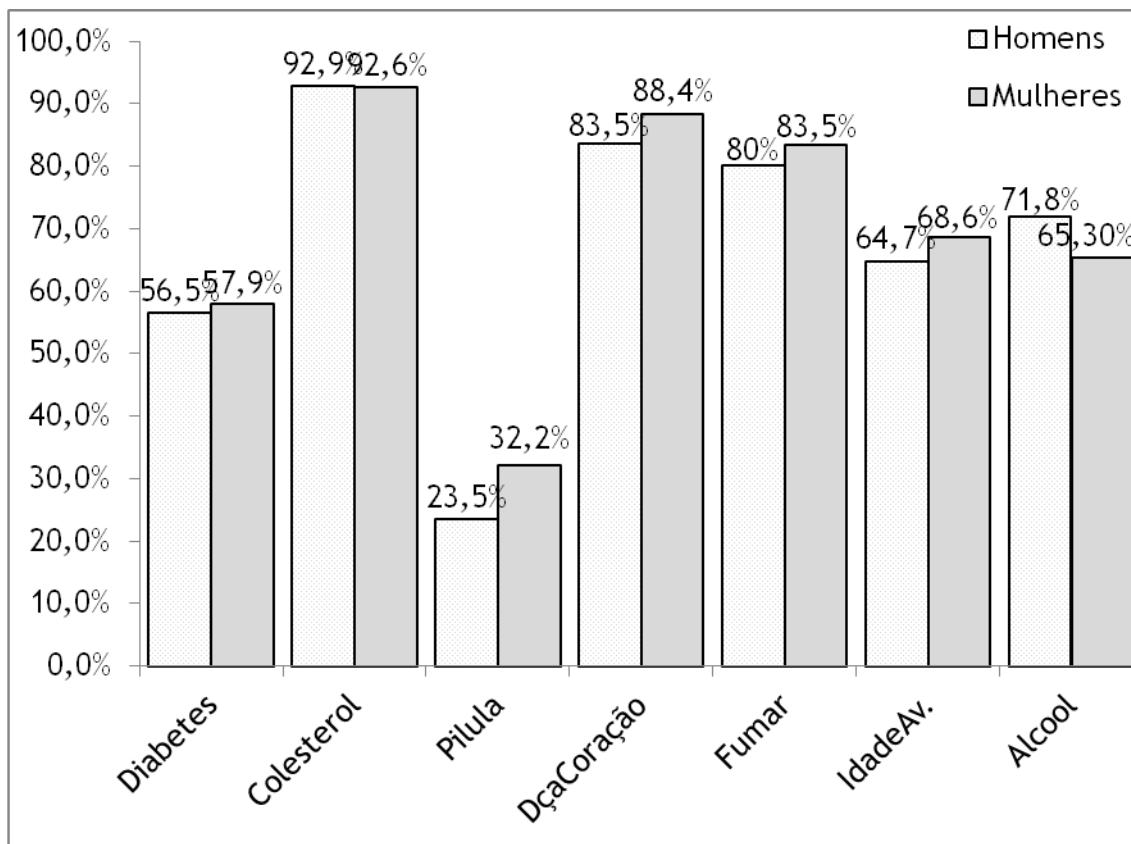


Figura 1. Representação dos fatores de risco corretamente identificados por homens e mulheres.

Tomando-se os sujeitos que identificam como fatores de risco o tabagismo, doença cardíaca, colesterol elevado e a diabetes, constatou-se que as representações percentuais são mais elevadas naqueles que

vivem com tal patologia ou comportamento. Contudo nos sujeitos que reconhecem a idade avançada como fator de risco, são os idosos (i.e. 65 ou mais anos) que menos o valorizam (figura 2).

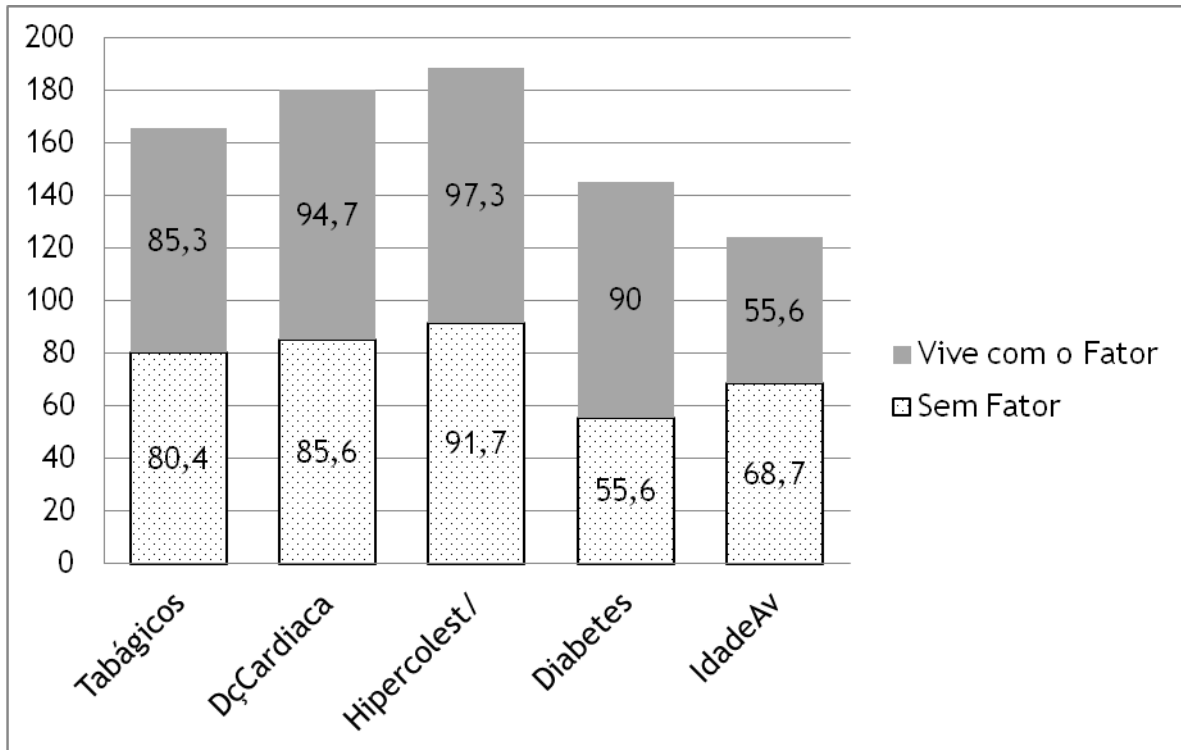


Figura 2. Reconhecimento de fatores de risco de acordo com a experiência própria de ausência ou presença destes fatores na sua saúde

Através de nova análise de respostas múltiplas, observou-se o reconhecimento dos sujeitos quanto ao quadro de sintomas de AVC. Nos 204 participantes, ao apresentar-se

a *checklist* com 12 itens, obteve-se um total de 1326 menções. O sintoma mais reconhecido é a dormência de um dos lados do corpo com 185 menções (90.7%) conforme figura 3.

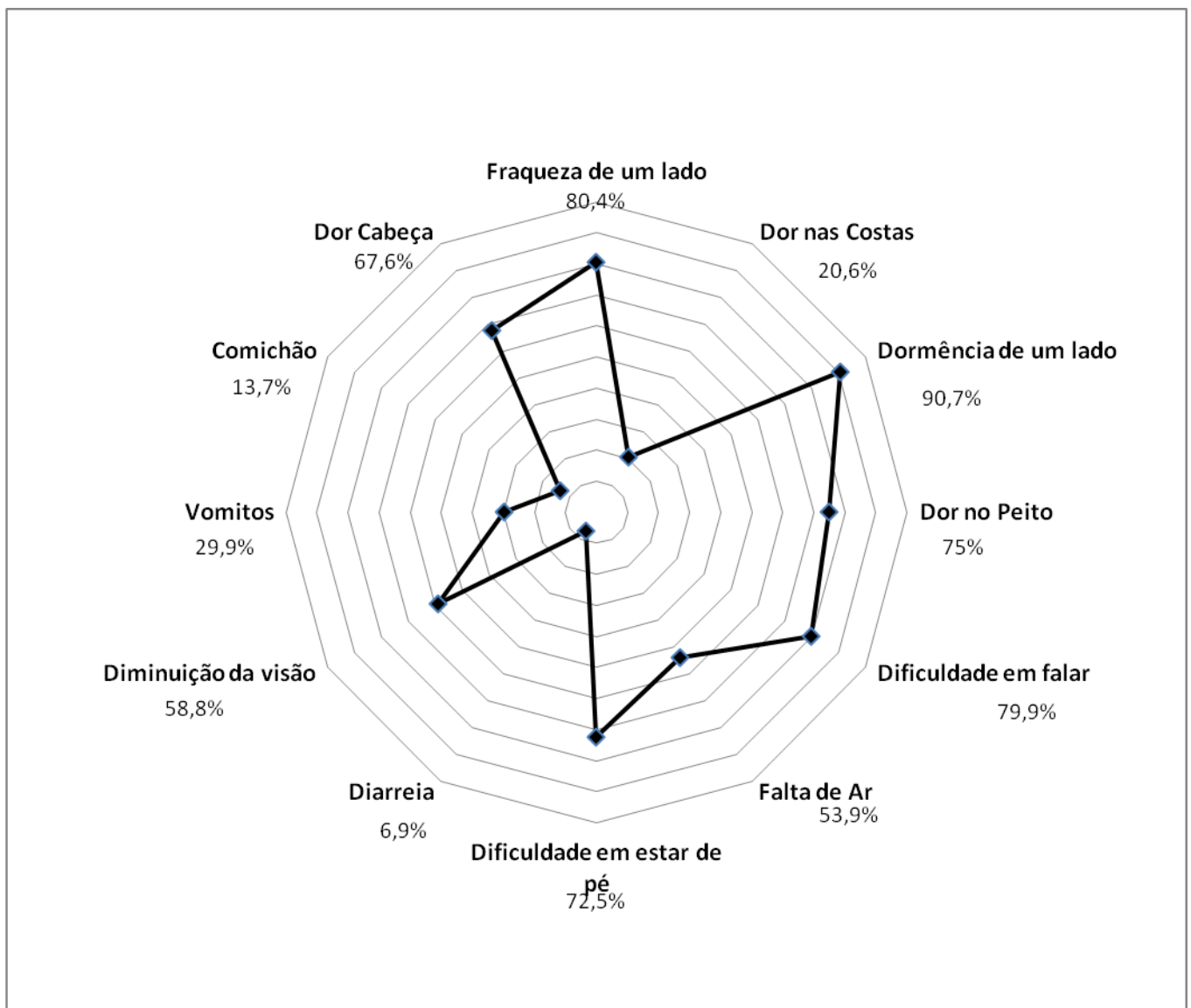


Figura 3. Reconhecimento dos sintomas de AVC pelos sujeitos

Considerando a opinião dos sujeitos quanto ao nível de informação dos serviços de saúde, em duas categorias (i.e. informam bastante e

informam pouco/não informam), através de sucessivos testes exatos de Fisher constatou-se que era independente de padecerem de

diabetes ($\chi^2_{(2,N=207)}=2.020$; $p=0.190$), de serem obesos ($\chi^2_{(2,N=207)}=1.997$; $p=0.265$) ou cardíacos ($\chi^2_{(2,N=207)}=1.342$; $p=0.325$). Em sucessivos testes χ^2 observou-se também que era independente da sua percepção sobre a oferta de informação dos serviços de saúde, o facto de terem hipertensão ($\chi^2_{(2,N=207)}=.734$; $p=0.392$), hipercolesterolemia ($\chi^2_{(2,N=207)}=.234$; $p=0.628$), ou hábitos tabágicos ($\chi^2_{(2,N=207)}=1.019$; $p=0.313$).

DISCUSSÃO

A amostra de sujeitos consultados reporta-se a cidadãos comuns e assim ser credível, que a maioria não refira doenças crónicas, facto que uma eventual amostra clínica poderia revelar. Contudo o autorreconhecimento de hipertensão e hipercolesterolemia em 18% dos sujeitos concorre para a representação regional, que regista no Continente em 2012, a maior taxa de mortalidade por AVC.¹⁵

O conhecimento dos sujeitos sobre a existência do AVC como entidade patológica é expressivo e coincide com outros estudos.¹³ A ordenação das fontes de informação na amostra atual contrasta porém com estudo na cidade de Bragança, onde a primazia é dada aos profissionais de saúde¹¹, o que parece exprimir fraca visibilidade dos profissionais locais quanto à ação esperada pela população. Na realidade os recursos em saúde são reduzidos no efetivo dos profissionais (i.e. 2.1 médicos e 5.0 enfermeiros por 1000 habitantes)¹⁷, confluindo para menor exposição da população à educação para a saúde. A televisão como agente de informação é relevante para os atuais sujeitos e confirma a sua eficácia comparativamente a campanhas dos serviços de saúde.¹⁸

O facto de a maioria dos sujeitos admitir que a prevenção do AVC é possível, indicia a necessidade de ser reforçado o papel dos serviços de saúde em matéria de educação sobre o AVC. A European Stroke Organization(19) recomenda o envolvimento dos serviços de saúde, escolas e organizações sociais na prevenção do AVC incluindo a formação dos cidadãos quanto a sinais e sintomas do AVC, estilos de vida saudáveis, controle do peso, da ingestão de sal, controle da tensão arterial e cessação tabágica.

A elevada menção dos sujeitos quanto a colesterol elevado, doença cardíaca e tabagismo como fatores de risco, demonstra conhecimento. Contudo exhibe fragilidades quanto à valorização da idade avançada e diabetes, o que corrobora outros estudos que

identificam lacunas no conhecimento do público.¹⁸

A associação entre a hipercolesterolemia e o risco de AVC é um aspeto presente nos estudos epidemiológicos (20). Relacionando a convivência pessoal de alguns sujeitos com a hipercolesterolemia e o facto de este fator ser o mais referido, sugere sensibilidade da população. Na realidade a prevalência da hipercolesterolemia em Portugal ronda os 56% nos adultos (i.e. 18-75 anos), subindo a representação percentual no grupo com 50 e mais anos (21). Acrescente-se que a hipercolesterolemia está maioritariamente associada a outros fatores tais como o Índice de Massa Corporal elevado [IMC] e hipertensão. O reconhecimento dos sujeitos quanto às doenças cardíacas em segundo lugar concorre aproximadamente para a ordenação de fatores de risco referidos pelos autores.⁴

As doenças cardíacas, reconhecidas em segundo lugar como fator de risco nos sujeitos do presente estudo, concorre para o destaque dos autores quanto à fibrilhação auricular, como responsável por cerca de 20% de todos os AVCs.⁴

Quanto ao tabagismo, ao mesmo tempo que é identificado como fator de risco é praticado por cerca de 1/3 dos sujeitos, exibindo uma adição superior à documentada no ano 2012 (i.e. 33% versus 23%) (22). O tabagismo é um problema no Alentejo, apresentando a casuística mais elevada do país em idade precoce, agravado pela circunstância de vários estabelecimentos comerciais ignorarem a legislação na venda a menores.⁸ Enfatiza porventura este conflito de reconhecimento-consentimento, a reduzida busca dos utentes, e a fraca acessibilidade a consulta de cessação tabágica, pois este recurso diminuiu desde 2007.⁸ Concorre para a recomendação apresentada pela European Stroke Initiative (19) quanto a maior investimento em programas educacionais para consciencialização da população (Classe II, Nível B).

A posição relativa do reconhecimento do álcool como fator de risco, sugere alguma desvinculação dos sujeitos quanto a este fator. Converte para uma certa tolerância das gerações locais e confirma em retrospectiva, a revisão dos Inquéritos Nacionais de Saúde 1987-1999, onde se destaca o consumo de álcool mais marcado na região Sul.³ Nestes comportamentos iniciáticos radica-se e perpetua-se esse risco modificável nos habitantes locais, ou seja uma certa regionalização da entidade patológica.

Enunciada em pouco mais de metade das menções dos fatores de risco, encontra-se a

diabetes menos representativa nas pessoas sem esta patologia. Este resultado carece de investigação, pois pode revelar falta de informação quanto aos riscos de AVC. De facto em Portugal regista-se um aumento de 1% da prevalência da diabetes em 2011 (12,7%) o que resulta em maior risco para AVC.²³

Minoritariamente reconhecida como fator de risco está a pílula, figurando mais nas mulheres. Concorrem assim os resultados para uma valorização de género, já que a subamostra masculina revela alheamento, porventura pela não exposição duradoura ao método. Alguns estudos demonstram que as mulheres que utilizam contraceção oral com dosagem de etinilestradiol de 30-40µg apresentam maior incidência de AVC isquémico.²⁴⁻⁵ A contraceção é um benefício para o casal, mas não raras vezes é uma responsabilidade assumida pela mulher.

Os estudos revelam que habitualmente os homens valorizam e reconhecem predominantemente fatores de natureza comportamental como o consumo de álcool^{18,26}, o que confirma os resultados. Porventura os hábitos de confraternização no exterior, mais frequentes no sexo masculino, concorreram para tal proporção nas menções.

Nos restantes resultados não se observam diferenças percentuais marcadas entre homens e mulheres quanto aos fatores de risco, contrariando assimetrias de género observadas noutros estudos nos quais as mulheres se destacam com mais conhecimentos sobre AVC.¹⁸

Os sujeitos que sofrem de doença cardíaca, diabetes ou hipercolesterolemia invocam estas condições como fatores de risco. Tais patologias, nomeadamente a diabetes, constituem um potente fator de risco cardiovascular, duplicando a probabilidade de coexistência de AVC.²⁶⁻⁷

Estando patente a subvalorização da idade, precisamente nos idosos, intui-se o desconhecimento dos sujeitos quanto a fragilidades orgânicas decorrentes do envelhecimento ou porventura a dificuldade em reconhecer uma condição irreversível da vida. O risco de AVC duplica, a partir dos 55 anos, a cada década de vida da pessoa.⁴ Por outro lado, a perda de funções é uma faceta dolorosa no envelhecimento e é natural que em mecanismo de defesa, os mais idosos neguem limitações da senescência.

Os participantes maioritariamente estão informados sobre os sinais indiciadores de AVC, pois as alterações sensoriais e motoras de um hemisfério e as alterações na comunicação oral são os mais reconhecidos.

Os resultados são concordantes com estudo em população brasileira.²⁸ Em estudo semelhante realizado em Trás-os-Montes, o reconhecimento dos sinais e sintomas de AVC é percentualmente mais reduzido que no estudo atual.¹¹ A variabilidade inter-regional pode dever-se a fatores referentes a campanhas de informação à população, por sensibilidade dos técnicos de saúde face à incidência local, ou por sensibilidade dos residentes no convívio com a patologia em figuras significativas ou ainda por razões metodológicas dos instrumentos de recolha de dados. Deve então acautelar-se a inferência dos resultados. Não obstante estas considerações realça-se o facto de serem as manifestações sensório-motoras as que parecem estar mais difundidas no conhecimento da população.

O reconhecimento dos sinais e sintomas indicadores do AVC é importante para a sinalização e intervenção terapêutica precoce. Nas recomendações para o tratamento do AVC isquémico indica-se a necessidade de estudar os conhecimentos apreendidos pela população mas também a capacitação para executarem ações eficazes, conducentes ao tratamento precoce.¹⁹ Acresce à discussão deste resultado a estatística divulgada pela DGS em 2013, que revela uma diminuição da perda potencial de anos de vida por AVC desde 2006 concomitantemente com um aumento de vítimas admitidas em unidades especializadas através da Via Verde AVC, implementada em Portugal desde 2005.²⁹

CONCLUSÃO

O estudo atual contribui para mapear o conhecimento da população sobre fatores de risco, sinais e sintomas de AVC. Destacam-se nos resultados o conflito de alguns participantes entre o reconhecimento do tabaco como fator de risco e a adição a este consumo. Será de considerar a provável melhoria dos indicadores de saúde para AVC, caso os serviços locais considerassem maior investimento na educação da população, entendendo-se aqui num sentido lato para as várias idades e literacia. Os resultados indiciam a necessidade de reforçar o papel dos serviços de saúde em matéria de educação sobre o AVC. Este indício deve ser considerado também no sentido dos profissionais de saúde empreenderem estratégias que envolvam a comunidade (30). O envolvimento de escolas, instituições municipais e organizações sociais na formação dos cidadãos, promoção de estilos de vida saudáveis, dieta adequada, exercício, controle do peso, da ingestão de sal, controle da tensão arterial e cessação

tabágica poderiam porventura melhorar a condição de saúde dos cidadãos, alertar para fatores de risco e informar para o socorro rápido face à instalação do quadro de AVC.

REFERÊNCIAS

- Olsen TS, Langhorne P, Diener HC, Hennerici M, Ferro J, Sivenius J, et al. European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management-update 2003. *Cerebrovasc Dis.* 2003 Sept 2014];16(4):311-37.
- Kaste M, Skyhoj Olsen T, Orgogozo J, Bogouslavsky J, Hacke W. Organization of stroke care: education, stroke units and rehabilitation. *European Stroke Initiative (EUSI). Cerebrovasc Dis.* 2014 Aug;10(Suppl 3):1-11.
- Hankey GJ. The global and regional burden of stroke. *The Lancet Glob Health* [Internet]. 2013 sept;1:239-40. Available from: <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214109X13700950.pdf>.
- Caple C, Schub T. Stroke: Risk and Protective Factors. *CINAHL Nursing Guide* [Internet]. 2013 01 Sept 2014 01 sept 2014]. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T703231&site=nrc-live>
- World Health Organization. The Atlas of Heart Disease and Stroke. Deaths from stroke 2013 [Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_16_death_from_stroke.pdf.
- World Health Organization. Stroke, Cerebrovascular accident. 2013 [Internet]. [cited 2014 Aug 13]. Available from: [Available from: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/.
- George F. Causas de Morte em Portugal e Desafios na Prevenção. *Acta Med Port* [Internet]. 2012;25(2):61-3.
- Direção Geral de Saúde. Portugal. Doenças Cérebro-cardiovasculares em Números - 2013. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2013.
- Direção Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2012.
- Hickey A, O'Hanlon A, McGee H, Donnellan C, Shelley E, Horgan F, et al. Stroke awareness in the general population: knowledge of stroke risk factors and warning signs in older adults. *BMC Geriatr.* 2009;9:35. PubMed PMID: 19656359. PMID: PMC2734750. eng.
- Fernandes A, Azevedo A, Magalhães C, Antão C, Anes E, editors. Avaliação do conhecimento referente à deteção precoce e prevenção do Acidente Vascular Cerebral. Dilemas atuais e desafios futuros I Congresso de Cuidados Continuados da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior; 2012; Bragança.
- Moreira E, Correia M, Magalhães R, Silva MC. Stroke awareness in urban and rural populations from northern Portugal: knowledge and action are independent. *Neuroepidemiology.* 2011;36(4):265-73. PubMed PMID: 21701200.
- Coelho R, Freitas W, Campos G, Teixeira R. Stroke awareness among cardiovascular disease patients. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria.* 2008;66:209-12.
- Biederman DJ, Sienkiewicz HC, Bibeau DL, Chase CM, Spann LI, Romanchuck R, et al. Ethnic and Racial Differences of Baseline Stroke Knowledge in a "Stroke Belt" Community. *Health Promotion Practice.* 2012;13(1):63-70. PubMed PMID: 70895626.
- Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002), Sexo e Grupo etário; Anual [Internet]. Instituto Nacional de Estatística. 2012 [cited 2014 Aug 31]. Available from: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003726&contexto=bd&selTab=tab2.
- Williams JR. Manual de Ética Médica. Francia: Asociación Médica Mundial [Internet]. [cited 2014 Aug 13]. Available from: http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_es.pdf.
- CIES. Observatório das Desigualdades. Recursos humanos na saúde: Portugal, um país com escassez de médicos [Internet]. 2010 [cited 2014 Aug 13]. Available from: [Available from: <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=indicators&id=33>.
- Stroebele N, Müller-Riemenschneider F, Nolte CH, Müller-Nordhorn J, Bockelbrink A, Willich SN. Knowledge of risk factors, and warning signs of stroke: a systematic review from a gender perspective. *Int J Stroke.* 2011 Feb;6(1):60-6. PubMed PMID: 21205242. eng.
- EUSI. Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008. Heidelberg: The European Stroke Organization (ESO), 2008.
- Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, Appel LJ, Braun LT, Chaturvedi S, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare

professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011 Feb;42(2):517-84. PubMed PMID: 21127304. eng.

21. Perdigão C, Duarte J, Santos A. Prevalência e caracterização da hipercolesterolemia em Portugal. *Estudo Hipócrates. Revista Factores de Risco*. 2010;17:12-9.

22. Direção Geral de Saúde. Portugal. *Prevenção e Controlo do Tabagismo em Numeros - 2013*. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2013.

23. Correia L, Boavida J, Almeida J, Cardoso S, Dores J, Duarte J, et al. *Diabetes: Factos e Numeros 2012*. Lisboa: Observatório Nacional da Diabetes; 2012.

24. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction with Hormonal Contraception. *New England Journal of Medicine*. 2012 2012/06/14;366(24):2257-66.

25. Peragallo Urrutia R, Coeytaux RR, McBroom AJ, Gierisch JM, Havrilesky LJ, Moorman PG, et al. Risk of acute thromboembolic events with oral contraceptive use: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2013 Aug;122(2 Pt 1):380-9. PubMed PMID: 23969809. eng.

26. Kothari RU, Pancioli A, Liu T, Brott T, Broderick J. Cincinnati Prehospital Stroke Scale: Reproducibility and Validity. *Annals of Emergency Medicine [Internet]*. 1999 Nov [cited 2014 Aug 13];33(4):373-8. Available from:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064499702994>.

27. Cortez-Dias N, Martins S, Belo A, Fiuza M. Prevalência, tratamento e controlo da diabetes mellitus e dos fatores de risco associados nos cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2010:509-37.

28. Falavigna A, Teles AR, Vedana VM, Kleber FD, Mosena G, Velho MC, et al. Awareness of stroke risk factors and warning signs in southern Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2009 Dec;67(4):1076-81. PubMed PMID: 20069223. eng.

29. Moura SGd, Monteiro MBD, Dantas BB, Filha MdO, Dantas DdA. Educação em saúde: revisão de literatura em periódicos nacionais. *J Nurs UFPE online [Internet]*. 2013 Dec 2014;7(10):6283-7. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/2896>.

Submissão: 10/03/2015

Aceito: 25/10/2015

Publicado: 01/01/2016

Correspondência

Maria Margarida Santana Fialho
Largo Sr. Da Pobreza
7000-811
Évora, Portugal