



ORIGINALES

Conhecimentos de adultos jovens sobre o acidente vascular cerebral numa cidade ao sul de Portugal

Conocimiento de adultos jóvenes sobre el accidente cerebrovascular en una ciudad del sur de Portugal.

Young adult's knowledge about stroke in a Portuguese south town

Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim¹

Maria José Abrantes Bule¹

Maria Gorete Mendonça dos Reis¹

Elsa Maria Garção Pires²

Manuel Agostinho Matos Fernandes¹

Maria da Luz Ferreira Barros¹

¹ Universidade de Évora. Portugal. msimsim@uevora.pt

² Hospital do Espírito Santo EPE de Évora. Portugal.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.356061>

Submissão: 28/12/2018

Aprovação: 15/02/2019

RESUMO:

Objetivo: Analisar o conhecimento de jovens adultos sobre o AVC.

Método: Estudo quantitativo, transversal, em ambiente não clínico. Amostra de conveniência de adultos. Através das crianças das escolas da cidade de Évora, foi solicitada a participação das figuras parentais. Os aspetos éticos foram respeitados. Questionário de auto-preenchimento com retorno após uma semana.

Resultados: Participaram 147 homens (44,5%), 183 mulheres (55,5%), com idade média de 42,25 anos (DP = 5,00). O comportamento de risco mais referido ao acidente vascular cerebral é o tabagismo (56,5%), seguido da hipertensão (28,8%) e hipercolesterolemia (28,8%). As principais fontes de informação são televisão (93,2%) e amigos (89,4%). Na ajuda imediata das vítimas, as atitudes dos participantes seriam em sua maioria incorretas, existindo uma lacuna entre o conhecimento e o respetivo desempenho.

Conclusões: Existem comportamentos de risco entre os participantes, que são observados em outros estudos, mas com população de idosos. Os resultados detetam carência na literacia em saúde. Será urgente o desenvolvimento de projetos que informem e exemplifiquem os riscos dos comportamentos. A ação perante a pessoa vítima de acidente vascular cerebral, deve ser objeto de educação e treino do cidadão. A informação sobre a temática é urgente na região. Jovens adultos, como educadores, pode intervir para reduzir os casos na geração dos filhos.

Palavras-chave: conhecimento; acidente vascular cerebral, fatores de risco.

RESUMEN:

Objetivo: Analizar el conocimiento de adultos jóvenes sobre el accidente cerebrovascular.

Métodos: Estudio cuantitativo, transversal, en ambiente no-clínico. Muestra de conveniencia de adultos. A través de los niños de las escuelas de la ciudad de Évora, se pidió la participación de las

figuras parentales. Los aspectos éticos fueron respetados. Cuestionario de auto rellenado devuelto pasado una semana.

Resultados: Participaron 147 hombres (44.5%), 183 mujeres (55.5%), con la edad media de 42.25 años (DP=5.00). El comportamiento de riesgo más referido para el accidente cerebrovascular es el tabaquismo (56.5%), siguiéndola la hipertensión (28.8%) y la hipercolesterolemia (28.8%). Las principales fuentes de información son la televisión (93,2%) y los amigos (89,4%). En la ayuda inmediata, las actitudes de los participantes serían en la mayoría incorrectas, existiendo un desfase entre el conocimiento y la respectiva actuación.

Conclusiones: Existen entre los participantes comportamientos de riesgo observados en otros estudios con población de personas mayores. Los resultados detectan déficit de alfabetización en salud. Será urgente el desarrollo de proyectos que informen y ejemplifiquen, los riesgos de los comportamientos. La actuación ante la persona con accidente cerebrovascular, debe ser objeto de enseñanza y de entrenamiento al ciudadano. La divulgación de información sobre accidente cerebrovascular es urgente en la región. Los adultos jóvenes, como educadores, pueden intervenir para disminuir los casos en la generación de sus hijos.

Palabras Clave: conocimiento; accidente cerebrovascular; factores de riesgo.

ABSTRACT:

Aim: To analyze the knowledge of young adults about stroke.

Method: Quantitative, cross-sectional study in a non-clinical environment. Convenience sample. Through the elementary school of Evora, parental figures were asked to participate. Ethical aspects were respected. Self-fill questionnaire returned after one week.

Results: 147 men (44.5%) participated, 183 women (55.5%), with a mean age of 42.25 years (SD = 5.00). The most commonly reported risk behavior for stroke is smoking (56.5%), followed by hypertension (28.8%) and hypercholesterolemia (28.8%). The main sources of information are television (93.2%) and friends (89.4%). In immediate witness assistance, the attitudes of the participants would be mostly incorrect. There is a gap between knowledge and the respective action.

Conclusions: there is a risk behavior, observed also among other studies, with a population of older people. The results show a lack of literacy in health. It will be urgent to develop projects that inform and exemplify the risks of behavior. The performance of the person with stroke must be taught and trained to the citizen. The dissemination of information about stroke is urgent in the region. Young adults, as educators, can intervene to reduce cases in the generation of their children.

Keywords: knowledge; stroke; risk factors; Attitude.

INTRODUÇÃO

As doenças cerebrovasculares são disfunções que afetam temporária ou permanentemente o fluxo sanguíneo. Contribuem para a mortalidade no mundo, sendo esta doença, o acidente vascular cerebral (AVC), a segunda causa de morte desde há 16 anos⁽¹⁾. Há décadas e em diferentes locais, os enfermeiros consideram essa patologia um tema importante a ser investigado⁽²⁾. Os fatores de risco não modificáveis, referem-se à progressão da idade ou do património genético. O AVC contextualizado na idade, tem várias expressões nos danos imediatos e futuros para a pessoa.

O AVC é pouco comum em adultos jovens (i.e., 10-15%) registando, todavia na faixa etária de 45 a 49 anos, diferenças de incidência que variam entre 5% e 20%⁽³⁾. Contudo, em adultos jovens a mortalidade é elevada e a morbilidade é acompanhada de angústia, devido às sequelas que se enfrentam na fase mais produtiva da vida⁽³⁻⁵⁾. Nas mulheres, os fatores específicos associados à gravidez, puerpério, ao uso de contraceptivos ou o pré-climatério aumentam o risco^(5, 6). Considerando-se a genética localizada nos fatores étnicos, os maiores riscos encontram-se nas mulheres negras não hispânicas, face a menores riscos nas caucasianas⁽⁶⁾. Se até aos 35 - 44 anos os indivíduos do sexo masculino apresentam uma maior prevalência, aproximadamente na faixa de 45 - 54 anos, volta a ser maior nas mulheres⁽⁴⁾.

Os fatores modificáveis, por seu lado, manifestam-se de múltiplas formas nos comportamentos não saudáveis, que traduzem o nível de educação ⁽⁶⁾. Destacam-se a hipertensão, diabetes, tabagismo, obesidade, dislipidemias e inatividade. Outros comportamentos abusivos como o do consumo de álcool, sal e açúcar podem potencializar os anteriores ^(5, 7, 8). Outros aspetos, tais como o nível ou a posição socioeconômica, têm influência sobre alguns fatores modificáveis, mostrando uma associação inversa com a incidência e mortalidade por AVC ^(9, 10).

Em Portugal, o AVC é também a segunda causa de morte. Mas ao Sul, no Alentejo, a situação é mais grave, tanto na mortalidade (57,2 / 100.000 habitantes) como de morbilidade ⁽¹¹⁾. No Alentejo, o tabagismo mostra valores mais elevados, em comparação com os dados do país, em qualquer grupo etário ⁽¹²⁾. Relativamente ao excesso de peso, é menos frequente em comparação com outras regiões, mas a prevalência da hipertensão e da diabetes é a mais elevada do país ⁽¹³⁻¹⁶⁾.

O reconhecimento imediato do AVC, a rapidez no auxílio e o transporte da vítima para uma unidade de saúde, num espaço de tempo inferior a 3 horas, podem oferecer um resultado diferente ao problema. Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS) considera relevante a educação para a saúde, onde se inclui o reconhecimento por parte da população de sinais de alerta de situações ameaçadoras, bem como a ativação Via Verde Pré-Hospitalar do AVC. A Via Verde é uma estratégia organizada para os cuidados às pessoas com suspeita de AVC em progressão. Está regulamentada pela DGS. A Via Verde AVC é ativada pelo número de emergência (112) que envia os meios e transfere a vítima para o hospital mais próximo que tenha uma Unidade de AVC, já que os cuidados precoces podem reverter o AVC em curso. Além dos recursos relacionados com os serviços de saúde e pelos cuidados imediatos, prestados pelas pessoas presentes, é fundamental o reconhecimento por parte do doente dos sinais e sintomas do AVC. O conhecimento sobre este assunto pode ser adquirido através de programas educacionais. Alguns estudos, mostram que, nos grupos de risco, a informação fornecida permanece por cerca de cinco anos ⁽¹⁷⁾. Os programas centrados nos grupos específicos são mais eficazes. O desenho depende dos fatores de risco, do contexto e da própria metodologia.

No Alentejo, não se estudou o conhecimento sobre o AVC em adultos jovens. Não existe uma referência padrão a partir da qual se possa ter um entendimento global da preparação dos cidadãos para evitar ou intervir numa situação de AVC. Tão pouco estão identificadas as necessidades de informação. Se existisse conhecimento, criariam-se as condições necessárias para tomar as decisões adequadas num curto espaço de tempo.

Considerando o lugar que os adultos jovens ocupam entre as gerações de seus pais e de seus filhos, realiza-se o presente estudo. Tem como objetivo analisar os conhecimentos dos adultos jovens sobre os sinais e sintomas, assim como a rapidez de auxílio perante um episódio de AVC.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, descritivo, transversal. A amostra é constituída por cidadãos adultos, o recrutamento para a amostra obteve-se a partir dos pais/mãe de crianças que frequentam o ensino básico. Os critérios de inclusão foram: residir na cidade de

Évora, ter menos de 60 anos. Excluíram-se as figuras parentais que não vivem na mesma casa que as crianças. A seleção recaiu sobre este grupo, dado que os pais se encontram na faixa dos adultos jovens e, simultaneamente, convivem na família de 3 gerações (filhos, pais, avós). De um total de 607 crianças, no ensino primário, estimou-se 1214 figuras parentais. Aplicando os critérios de Krejcie e Morgan ⁽¹⁸⁾, calcularam-se 300 sujeitos. Para compensar perdas, foram entregues 20% a mais de questionários num total de 360. Foram devolvidos 338 totalmente preenchidos. Retiraram-se do estudo oito avós que são encarregados de educação. O estudo recaiu sobre 330 participantes.

O questionário tinha quatro seções: a) variáveis sociodemográficas (i.e., idade, sexo, nível de educação, b) variáveis de conhecimento sobre AVC (i.e., sinais, sintomas, condições e doenças associadas), c) variáveis de risco de AVC reconhecidos pelos participantes (i.e., diabetes, hipertensão, obesidade, hipercolestrolémia, doenças cardíacas, tabagismo) d) variáveis de instalação dos sinais de AVC (i.e., pictograma Cincinnati) e opções de auxílio perante uma pessoa com suspeita de AVC. A partir das variáveis de conhecimento de risco, da lista de possíveis doenças desencadeantes e dos sinais de instalação, constituiu-se uma variável principal: Conhecimentos sobre AVC, variável baseada em estudos anteriores ^(19, 20). A pontuação da variável principal era de 0 a 30 pontos. Obtinha-se através da soma, considerando nas 30 questões as afirmações corretas.

Para a análise dos dados, utilizou-se o IBM-SPSS, versão 22, para a caracterização da amostra utilizou-se estatística descritiva. Devido à não normalidade da distribuição na variável principal (K-S = .123; df = 330; p = .000) utilizaram-se testes não-paramétricos.

O projeto foi enviado para o Centro de Investigação em Ciências da Saúde e Tecnologias da Universidade de Évora (CICTS), obtendo-se o parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade (registo nº49278; aprovação nº15043). Além disso, obteve-se a permissão da Direção Regional de Educação do Alentejo para aceder às escolas. Solicitou-se a colaboração dos professores para contactar as figuras parentais e para a entrega e recolha dos questionários. O questionário entregou-se aos participantes, em envelope opaco e fechado, solicitando-se o respetivo consentimento informado por escrito com garantia de anonimato e confidencialidade. Passadas duas semanas todos os questionários estavam preenchidos

RESULTADOS

Participaram 147 homens (44.5%), 183 mulheres (55.5%), com idades entre 30 e 55 anos (M = 42.25, DP = 5.00). Contudo, 15 pessoas não escreveram a idade. Considerando os 170 participantes que reconhecem na sua pessoa, fatores de risco, observou-se através da análise de respostas múltiplas, que existem 243 referências a fatores de risco. Tabagismo, hipertensão e hipercolesterolemia são os dados mais referidos (Tabela 1).

Tabela 1 - Reconhecimento em si mesmo das práticas ou condição orgânica de risco para AVC

	Respostas		
	N	Porcentagem	Porcentagem de Casos
Diabetes	8	3.3%	4.7%
HTA	49	20.2%	28.8%
Obesidade	34	14.0%	20.0%
Hipercolesterolemia	49	20.2%	28.8%
Doença Cardíaca	7	2.9%	4.1%
Tabagismo	96	39.5%	56.5%
Total	243	100.0%	142.9%

Analisando separadamente homens e mulheres, observa-se que o tabagismo é a variável mais assinalada por ambos os sexos. Em segundo lugar, o maior risco percebido para os homens é a hipertensão (32 vezes enunciado, 25.4% do sexo masculino), enquanto que para as mulheres, é a hipercolesterolemia (32 vezes enunciada, 27.4% sexo feminino).

Para os 96 fumadores, o consumo diário varia entre 2 e 40 cigarros, com média de 10 (n = 22; 23.4%). Em relação à hipertensão, são 41 (12.9%) os participantes que tomam medidas terapêuticas, tendo idades entre os 31 e os 50 anos (M = 44.38; DP = 4.28).

Quase todos os participantes já ouviram falar de AVC (n = 324, 99.1%). As fontes onde obtiveram informação encontram-se na Tabela 2, destacando-se a televisão e os amigos. A família é a segunda menor fonte de informação.

Tabela 2 - Fontes de informação sobre o tema do AVC

	Sim(%)	Não %
Televisão	302 (93.2%)	22 (6.8)
Amigos	277 (89.4%)	33 (10.6%)
Escola	145 (49.8%)	146 (50.2%)
Consulta/Hospital	191 (64.3%)	106 (35.7%)
Família	161 (53.5%)	140 (46.5%)

Para a maior parte das pessoas (n = 309, 94,5%), o AVC pode prevenir-se, mas não se pode curar-se (n = 189, 58,3%). A maioria dos participantes considera que os serviços de saúde informam pouco sobre AVC (n = 207, 64,7%).

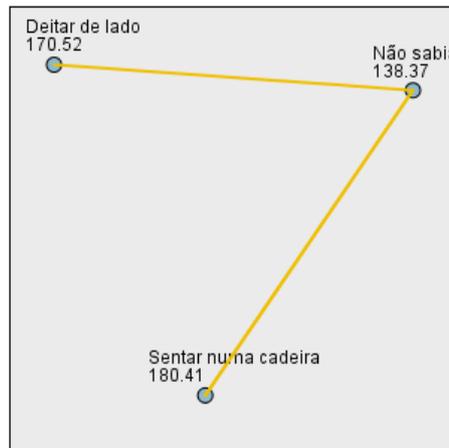
A variável principal exprime um nível de conhecimento sobre AVC, que varia entre 16 e 30 pontos, com uma média de 23,55 (DP = 2.58). Não se observa diferença significativa entre homens e mulheres (U = 13522.50, N_{Mas} = 147, N_{Fem} = 183, p = .933).

No que respeita ao conhecimento sobre o AVC, concretamente à posição em deve ser colocado a vítima (i.e., sentar numa cadeira, deitar de lado, não sabia que fazer), verifica-se, na comparação por pares, que os participantes que colocavam o doente de lado mostram um nível de conhecimentos mais elevado. Isto é, através do teste de Kruskal-Wallis, comprovam-se diferenças significativas nos conhecimentos em pelo menos um dos grupos (H (2) = 8.406, p = .015). De acordo com a comparação

múltipla de médias das ordens de Dunn, constata-se que os participantes que não sabiam o que fazer tinham pontuações significativamente mais baixas comparativamente aos participantes que deitavam a vítima em posição lateral ou a sentavam. Contudo, o nível de conhecimentos daqueles que sentariam a vítima era superior comparativamente àqueles que escolheriam o decúbito lateral (Figura 1).

Figura 1: Comparação múltipla de médias das ordens de Dunn para a variável de conhecimento dos participantes com base na resolução da posição da vítima

Comparação Entre Pares de C19Posição



Cada nó mostra a posição média de amostra de C19Posição.

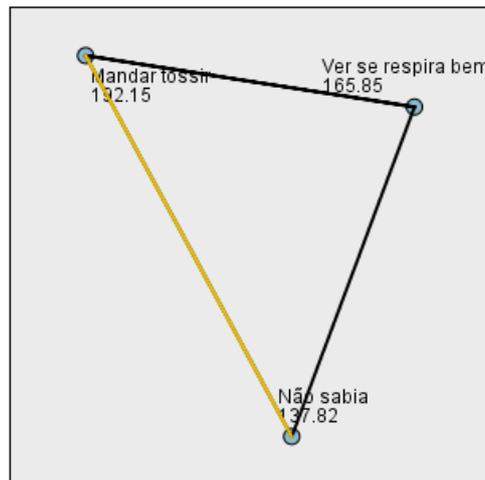
Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Não sabia-Deitar de lado	32.150	13.039	2.466	.014	.041
Não sabia-Sentar numa cadeira	42.039	15.613	2.693	.007	.021
Deitar de lado-Sentar numa cadeira	-9.889	13.102	-7.755	.450	1.000

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições da Amostra 1 e da Amostra 2 são as mesmas. São exibidas significâncias assintóticas (teste de 2 lados). O nível de significância é .05. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Realizando-se a análise dos conhecimentos relacionados com a respiração, verifica-se através do teste de Kruskal-Wallis, que existem diferenças significativas ($H(2) = 11.287, p = .004$). Na comparação múltipla de médias no teste de Dunn, os participantes que não sabem o que fazer apresentavam um nível de conhecimento significativamente mais baixo do que aqueles que mandavam tossir (Figura 2).

Figura 2: Comparação múltipla de médias das ordens de Dunn para a variável de conhecimento dos participantes com base na resolução para a ventilação da vítima

Comparação Entre Pares de C19Respirar



Cada nó mostra a posição média de amostra de C19Respirar.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Não sabia-Ver se respira bem	28.028	13.098	2.140	.032	.097
Não sabia-Mandar tossir	54.330	16.199	3.354	.001	.002
Ver se respira bem-Mandar tossir	-26.302	13.533	-1.944	.052	.156

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições da Amostra 1 e da Amostra 2 são as mesmas. São exibidas significâncias assintóticas (teste de 2 lados). O nível de significância é .05. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Considerem-se agora os recursos de socorro. Através de um teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes, observou-se que existiam diferenças significativas em relação ao nível de conhecimento dos participantes ($H(2) = 10.378$; $p = .006$), quando se consideravam, os três grupos de opções (i.e., telefonar para o número de emergência 112, telefonar para 115, não sem saber o que fazer). De facto, são as pessoas que chamariam o 115 (antigo número de emergência), aquelas que têm conhecimentos mais elevados. Na comparação múltipla de médias do teste de Dunn, constatou-se que os participantes que não sabiam o que fazer apresentavam um nível de conhecimentos significativamente mais baixo comparativamente aos grupos que chamavam o 115 ou 112 (figura 3).

Figura 3: Comparação múltipla de médias das ordens de Dunn para a variável de conhecimento dos participantes de acordo com a resolução de ligar para o número de emergência

Comparação Entre Pares de C19Recursos



Cada nó mostra a posição média de amostra de C19Recursos.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Não sabia-Telefonar para 112	98.981	33.884	2.921	.003	.010
Não sabia-Telefonar para 115	149.500	51.116	2.925	.003	.010
Telefonar para 112-Telefonar para 115	50.519	39.005	1.295	.195	.586

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições da Amostra 1 e da Amostra 2 são as mesmas. São exibidas significâncias assintóticas (teste de 2 lados). O nível de significância é .05. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

DISCUSSÃO

Como adultos jovens, é relevante que mais da metade dos participantes se reconheça com fatores de risco para AVC. Tal é concordante com os autores que afirmam uma tendência crescente da doença nessa faixa etária ⁽⁵⁾. Há, contudo, uma baixa percepção de suscetibilidade. Alguns comportamentos prejudiciais, como tabagismo, são muitas vezes adquiridos na adolescência e é difícil abandoná-los. De facto, os fumadores têm 2-4 vezes maior risco de AVC, ao longo de sua vida, face aos não fumadores ou ex-fumadores há mais de 10 anos atrás ⁽²¹⁾.

A hipertensão, como segundo fator de risco e mais referida pelos homens, era algo esperado, concordando com estudos anteriores ^(2,8). Os dados são consistentes com os relatórios da DGS relativos à região do Alentejo ⁽⁸⁾. Não menos importante como

fator de risco é a hipercolesterolemia, com maior tendência no sexo feminino, confirmando dados locais ⁽²²⁾. Os resultados descritos acima sugerem que o risco nos participantes é alto, uma vez que os fatores são prevalentes em torno de 53 a 60 anos ⁽¹⁷⁾. A semelhança entre os perfis dos participantes em relação aos dados de outros estudos aponta para a probabilidade de um aumento do risco em jovens adultos locais. Como em outros estudos, as variações regionais no risco devem ser objeto de programas urgentes de intervenção ⁽²³⁾. De fato, os riscos não são isolados, ocorrem simultaneamente e podem ser agravados ou potencializados.

Nos atuais resultados, em controvérsia relativamente aos comportamentos de risco, o conhecimento sobre AVC é elevado. A intensidade da mensagem de televisão parece contribuir para esse conhecimento. Acessibilidade a este meio de comunicação, permite a transmissão e recepção de mensagens que favorecem a assimilação ⁽²⁰⁾. Da mesma forma, apesar dos conhecimentos elevados sobre o AVC, a presença dos comportamentos referidos dá indicações de subvalorização do risco. Esses resultados coincidem com o estudo de revisão, que encontrou resultados mistos na efetividade das intervenções educativas, ocorrendo variações de acordo com os diferentes fatores ⁽²⁴⁾. A possibilidade de tratamento do AVC é desconhecida pela maioria dos participantes, facto já conhecido ⁽²⁰⁾, mas a possibilidade de cura pode levar à necessidade de aprender a auxiliar as pessoas com AVC em progressão. No presente estudo, há uma série de incógnitas sobre o que fazer, pois há participantes que não conseguiram posicionar a vítima para evitar obstrução das vias aéreas, não avaliaram a condição respiratória nem ligaram para o número de emergência 112.

Estes fatos predispõem à incapacidade da vítima, algo evitado, se for levado para a emergência hospitalar por ACV. Os indivíduos mais informados sobre a patologia, por outro lado, realizariam a atenção e a assistência, mas com atitudes não recomendadas (i.e., sentar a vítima, mandar tossir). Esses aspetos, agravados ao chamar um número de telefone incorreto (i.e., 115), resultariam em ajuda ineficaz. Curiosamente, são os participantes com nível de conhecimento intermediário que agem mais corretamente na postura, ventilação e contato telefónico ⁽²⁵⁾.

Os resultados sugerem que a informação é importante e urgente. Revelam que o conhecimento sobre a atuação segura deve ser ensinado. Além disso, o treino de adultos é urgente, devido ao impacto que possui sobre a mortalidade e a morbidade associadas ao AVC. De fato, os programas de educação sobre sinais e sintomas de AVC e atendimento pré-hospitalar são eficazes. É importante o reconhecimento rápido, como chegar ao hospital com brevidade, aplicando-se manipulação adequada da vítima ^(2, 26).

Algumas limitações do presente estudo devem-se ao tipo de amostra sem a possibilidade de generalizar os resultados. O único momento de recolha de dados impede o acompanhamento dos participantes. O uso de medidas padronizadas também é uma fraqueza do estudo, reconhecido na revisão da literatura ^(24, 27). Como sugestões, seria útil realizar estudos maiores sobre os fatores de risco das patologias cardio-cerebro-vasculares. O desenvolvimento de um programa educacional, com avaliações consecutivas antes e depois, facto que permitiria porventura a aquisição de conhecimentos e capacitações. O estabelecimento de parcerias entre a escola e as unidades de saúde pode transformar essas ideias em projetos úteis para a comunidade.

CONCLUSÃO

A partir desses resultados, pode-se deduzir que existe uma lacuna entre os comportamentos de preservação da saúde e o nível de conhecimento sobre o AVC. Existem duas necessidades principais na população, uma sobre a necessidade de aumentar a conscientização para o equilíbrio entre comportamento e risco e outra sobre a capacidade de agir com segurança e eficácia diante de uma pessoa com AVC em progressão. Vítimas e profissionais de saúde podem contribuir com estratégias eficazes para promover comportamentos saudáveis. Dias comemorativos ou feiras de saúde, são exemplos de eventos onde o comportamento pode ser discutido para melhorar a gestão da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. WHO. The top 10 causes of death 2010-2016 Geneve: World Health Organization; 2018 [Available from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>].
2. Cometto MC. Manejo de enfermeira en el accidente cerebro vascular inicial. Enfermería Global [Internet]. 2005; 7:[16 p.]. Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/479/463>.
3. Smajlović D. Strokes in young adults: epidemiology and prevention. Vascular Health and Risk Management. 2015;11:157-64.
4. Singhal AB, Biller J, Elkind MS, Fullerton HJ, Jauch EC, Kittner SJ, et al. Recognition and management of stroke in young adults and adolescents. Neurology. 2013;81(12):1089-97.
5. Ekker MS, Boot EM, Singhal AB, Tan KS, Debette S, Tuladhar AM, et al. Epidemiology, aetiology, and management of ischaemic stroke in young adults. Lancet Neurol. 2018;17(9):790-801.
6. Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation. 2018;137(12):e67-e492.
7. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014. 302 p.
8. Macedo M, Ferreira R. A hipertensão arterial nos cuidados de saúde primários em Portugal: contributo para o conhecimento epidemiológico da população em 2013. Revista Factores de Risco. 2015;36:47-56.
9. Cabral NL, Longo A, Moro C, Ferst P, Oliveira FA, Vieira CV, et al. Education level explains differences in stroke incidence among city districts in Joinville, Brazil: a three-year population-based study. Neuroepidemiology. 2011;36(4):258-64.
10. Ahacic K, Trygged S, Kåreholt I. Income and education as predictors of stroke mortality after the survival of a first stroke. Stroke Res Treat. 2012;2012:983145.
11. DGS. Portugal. Prevenção e controlo do tabagismo em números - 2013. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2013. 152 p.
12. Ministerio da Saúde. Características sociodemográficas dos fumadores diários em Portugal Continental: análise comparativa dos Inquéritos Nacionais de Saúde. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2017.
13. Macedo MEd, Lima MJ, Silva AO, Alcântara P, Ramalhinho V, Carmona J. Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP [2]. Rev Port Cardiol [Internet]. 2007 07 oct 2018; (26):[21-39 pp.]. Available from:

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44934125/787.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1538907305&Signature=ceTB8NcgpD Xp9cVVy8FkIW%2BCkE%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DPrevalencia_conhecimento_tratamento_e_co.pdf.

14. Sousa-Uva M, Dias CM. Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2014 07 Oct 2018; (4):[12.4 p.]. Available from: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2341/3/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_9_2014_artigo4.pdf.
15. DGS. Programa Nacional para a Diabetes 2017. Saúde DGd, editor. Lisboa2017. 20 p.
16. Ministerio da Saúde. Retrato da Saúde - Portugal. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde; 2018.
17. Metias MM, Eisenberg N, Clemente MD, Wooster EM, Dueck AD, Wooster DL, et al. Public health campaigns and their effect on stroke knowledge in a high-risk urban population: A five-year study. *Vascular*. 2017;1708538117691879.
18. Almeida L, Freire T. Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. 5ª ed. Lisboa: Psiquilíbrios; 2017.
19. Coelho R, Freitas W, Campos G, Teixeira R. Stroke awareness among cardiovascular disease patients. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2008;66:209-12.
20. Bule MJ, Sim-Sim M, Correia IMTB, Falé MJM. Population's Knowledge about cerebrovascular accident (STROKE) – passers of the square Giraldo in Évora. *Journal of Nursing UFPE on line* [Internet]. 2016; 10(1):[65-72 pp.]. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7709>.
21. Shah RS, Cole JW. Smoking and stroke: the more you smoke the more you stroke. *Expert review of cardiovascular therapy*. 2010;8(7):917-32.
22. Ferreira R, Neves R. Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2015. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2016.
23. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *The Lancet* [Internet]. 2016 08 July 2017; 388(10046):[761-75 pp.].
24. Bridgwood B, Lager KE, Mistri AK, Khunti K, Wilson AD, Modi P. Interventions for improving modifiable risk factor control in the secondary prevention of stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5:Cd009103.
25. SNS-INEM. Gestos que salvam- Posição lateral de segurança: SNS; 2017 [Available from: <http://www.inem.pt/category/cidadãos/gestos-que-salvam/>].
26. Yang L, Zhao Q, Zhu X, Shen X, Zhu Y, Yang L, et al. Effect of a comprehensive health education program on pre-hospital delay intentions in high-risk stroke population and caregivers. *Quality of Life Research* [Internet]. 2017 09 July 2017. Available from: <http://link.springer.com/ololo.sci-hub.cc/article/10.1007%2Fs11136-017-1550-4>.
27. Lager KE, Mistri AK, Khunti K, Haunton VJ, Sett AK, Wilson AD. Interventions for improving modifiable risk factor control in the secondary prevention of stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(5):Cd009103.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia