



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

A influência de parâmetros socioculturais no reconhecimento do Acidente Vascular Cerebral

Juliana Marília Pereira de Sá

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutor Miguel Castelo Branco Craveiro de Sousa

Covilhã, Maio de 2013

Dedicatória

Aos meus pais, pelo esforço constante para me permitirem todas as oportunidades.

(...) tenho em mim
todos os sonhos do mundo.

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Miguel Castelo-Branco pelo encorajamento contínuo, exemplo e inspiração que ultrapassam largamente este trabalho.

Ao Professor Doutor Dário Ferreira pela orientação estatística, pela disponibilidade e incentivo.

Ao Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E., de forma particular aos funcionários da central telefónica pelo apoio e entusiasmo a cada chama atendida.

Ao Dr. Ricardo Tjeng pela disponibilidade e optimismo.

À Dra. Graça Castelo-Branco pela orientação inicial e leitura atenta.

Ao Duarte, pela energia positiva.

À Marta, que me acompanhou em todos os momentos nos últimos seis anos.

Ao Luís, por nunca me deixar desistir e me fazer acreditar que tudo é possível.

À Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior por ser o lugar da realização do sonho, a minha casa, e me ter ensinado muito mais do que Medicina.

Resumo

Introdução

As doenças cerebrovasculares são uma das principais causas de morte em todo o mundo. Em Portugal, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a principal causa de morte e incapacidade resultando num enorme impacto social. O reconhecimento do AVC e a recorrência imediata ao serviço de urgência maximizam a possibilidade de tratamento e recuperação. O objectivo deste estudo consiste na descrição das características sociais e culturais dos doentes que sofreram um AVC, e na relação que estas têm com o conhecimento de sinais e sintomas e percepção da gravidade permitindo, desta forma, construir uma campanha de educação para a saúde eficaz e adequada à população.

Métodos

Recolheram-se os dados dos doentes que estiveram internados na Unidade de Acidente Vascular Cerebral do Centro Hospitalar da Cova da Beira, entre Janeiro e Dezembro de 2011. Contactaram-se os doentes através de carta, tendo sido posteriormente aplicado um questionário por via telefónica. Este estudo foi aprovado por uma comissão de ética. Os dados colhidos foram analisados através de IBM Software Package for Social Sciences (SPSS®), versão 19.0 para Microsoft Windows®.

Resultados

Foram incluídos no estudo 101 indivíduos com a idade média de 72.3 anos. Sessenta e dois por cento eram do sexo masculino, 55% viviam em área rural, 63.4% completaram o ensino primário e 37.6% eram operários. Quarenta e um por cento dos indivíduos classificaram a sua percepção da situação no momento de instalação do AVC como “nada grave” e 87.1% não souberam enumerar espontaneamente pelo menos um sinal ou sintoma de AVC. Não se estabeleceu relação entre o conhecimento de sinais e sintomas e a residência em zona urbana ou rural ($p=0,093$). No momento de instalação dos sintomas, 67.3% dos doentes estavam acompanhados. Não se provou que a presença e escolaridade do acompanhante estejam relacionados com o tempo de chegada ao Serviço de Urgência (SU) ($p=0.076$ e $p=0.358$, respectivamente). Doentes que se fizeram transportar de ambulância ou com maior percepção de gravidade da situação tiveram um menor tempo de chegada ao hospital ($p=0.003$ e $p=0.002$, respectivamente).

Conclusões

O conhecimento acerca dos sinais e sintomas de AVC provou-se muito limitado. O impacto do AVC faz com que seja necessária a criação de programas efectivos e estruturados de prevenção da doença, que eduquem acerca dos sinais e sintomas que devem motivar uma recorrência imediata ao SU, utilizando meios de comunicação eficazes e adaptados à população, de forma a otimizar as hipóteses de tratamento e recuperação plena.

Palavras-chave

Acidente Vascular Cerebral; prevenção; sinais e sintomas; tempo recorrência urgência; acompanhante.

Abstract

Introduction

Cerebrovascular diseases are responsible for thousands of deaths worldwide. In Portugal, stroke is the main cause of death and disability with massive social impact. The ability to recognize stroke onset and recurrence to emergency care improves the odds to receive treatment and full recovery. Main goal of this study is to characterize patients who suffered stroke and assess which characteristics interfere with knowledge of stroke signs and gravity perception in order to design a health education campaign suitable to the population.

Methods

Data from patients that were admitted to Stroke Unit of Hospital Center of Cova da Beira between January and December of 2011 was collected. These patients were contacted by letter with information about the research and afterwards patients answered a phone survey. Knowledge of signs and symptoms and behavior after stroke onset were also inquired. Ethics Committee gave full approval to the research. IBM Software Package for Social Sciences (SPSS®) 19.0 for Microsoft Windows® was used for data analysis.

Results

A hundred and one individuals were included in the study with mean age of 72.3 years. Sixty-two per cent were male, 55 per cent lived in rural area, 63.4 per cent completed primary school and 37.6 per cent were blue collar workers. Forty-one per cent classified their own risk perception at stroke onset as “not serious condition” and 87.1 per cent could not identify at least on sign or symptom of stroke. No relation between residence in rural or urban area and knowledge about stroke was found ($p=0,093$). During stroke onset 67.3 per cent of the individuals had a bystander but its presence or educational level could not be related to time to emergency department arrival ($p=0.076$ and $p=0.358$, correspondingly). Patients who used ambulance or had higher perception of gravity arrived earlier to emergency department ($p=0.003$ e $p=0.002$, correspondingly).

Conclusion

Knowledge about signs and symptoms of stroke proved very limited in this population. The social impact of stroke justifies the need to create educational programs about stroke prevention using effective communication means. Those programs should encourage immediate recurrence to emergency department after stroke onset in order to expand opportunity of treatment and recovery.

Keywords

Stroke; prevention; signs and symptoms; time to emergency; bystander.

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Lista de Figuras	xii
Lista de Tabelas.....	xiii
Lista de Acrónimos	xiv
Introdução	1
Materiais e métodos	3
a) Participantes	3
b) Procedimentos de Investigação	3
c) Métodos Estatísticos	4
Resultados	5
a) Caracterização do Doente	5
b) Conhecimento de Sinais e Sintomas	7
c) Utilização de Meios de Comunicação.....	8
d) Caracterização do Acompanhante	8
e) Factores que influenciam o tempo de chegada ao SU	9
Discussão	12
Bibliografia	16
Anexos.....	20
Anexo 1.....	21

Lista de Figuras

Gráfico 1 - Nível de escolaridade dos doentes.	5
Gráfico 2 - Profissão dos doentes segundo a Classificação Nacional de Profissões.....	6
Gráfico 3 - Tempo decorrido entre a instalação dos sintomas e a chegada ao Serviço de Urgência.	7
Gráfico 4 - Conhecimento de sinais e sintomas de AVC, auto-reportado.....	7
Gráfico 5 - Nível de escolaridade do acompanhante no momento do AVC.	9

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Percepção da gravidade da situação.....	6
Tabela 2 - Fontes de Informação acerca dos sinais e sintomas do AVC.	8
Tabela 3 - Relação entre o conhecimento de sinais e sintomas e a zona de habitação.	8
Tabela 4 - Factores que influenciam o tempo de chegada ao SU superior a 4.5h.....	9
Tabela 5 - Comparação das características do acompanhante segundo o tempo de chegada ao SU.....	10
Tabela 6 - Comparação das características dos doentes segundo o tempo de chegada ao SU.	11

Lista de Acrónimos

AVC	Acidente Vascular Cerebral
SU	Serviço de Urgência
CHCB	Centro Hospitalar da Cova da Beira
UAVC	Unidade de Acidente Vascular Cerebral
DALYs	Disability Adjusted Life Years
SPSS®	<i>Software Package for Social Sciences</i>
ESO	<i>European Stroke Organization</i>

Introdução

As doenças cerebrovasculares, segundo a Organização Mundial de Saúde, são responsáveis por cerca de 57 milhões de mortes por ano em todo o mundo. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é, na Europa, a segunda principal causa de morte, com um total de 1.1 milhões de mortes por ano, correspondendo a 8% da mortalidade na população do sexo masculino e 11% da mortalidade na população sexo feminino. Esta patologia é, ainda, a primeira causa de incapacidade, com um total de 10.793 milhões de *Disability Adjusted Life Years* (DALYs) por ano (1).

Em Portugal, no ano de 2003, o AVC foi responsável por 105.7 mortes por cada 100 000 habitantes, sendo a principal causa de morte (1,2). Neste país, o AVC é ainda a principal causa de incapacidade, com um total de 836 DALYs por cada 100 000 habitantes (1). Nos cuidados de saúde relacionados com o AVC, na União Europeia, foram gastos 18 mil milhões de euros em 2006. No mesmo ano, em Portugal foram gastos 287 008 milhares de euros em cuidados de saúde. Estes valores são subestimados uma vez que lhes devem ser adicionados os custos alargados de incapacidade, devido ao impacto da doença (3).

Os factores de risco associados ao AVC têm sido amplamente estudados e encontram-se, hoje, detalhadamente documentados na literatura. No entanto, não acontece o mesmo com os factores sociais e económicos que foram temáticas menos abordadas. Apesar do progresso e da evolução social, continua a verificar-se disparidade entre a incidência e mortalidade, pelas mesmas doenças, nas diferentes classes sociais (4). O reconhecimento destas disparidades é fundamental para que se possam definir estratégias de prevenção e tratamento (5).

O AVC é uma situação para a qual o tratamento e recuperação dependem da capacidade do indivíduo recorrer ao Serviço de Urgência (SU), no menor intervalo de tempo possível, uma vez que o único tratamento médico aprovado para o tratamento do AVC isquémico deve ser administrado num período de tempo até 4,5h após o início dos sintomas (6).

A recorrência ao Serviço de Urgência está dependente do conhecimento dos sinais e sintomas do AVC, e também de outros factores, ainda que não tenham sido largamente estudados (7,8).

Os factores socioculturais e o nível de educação têm sido reconhecidos em diversos estudos como factores com impacto na recorrência ao SU por AVC (9,10). A recorrência ao SU é ainda influenciada pelo tipo de sintomas que o indivíduo experiencia, bem como pela circunstância de estar acompanhado no momento de aparecimento dos sintomas (7,11). O conhecimento dos sinais e sintomas continua a ser amplamente estudado e parece estar associado à rápida chegada ao serviço de urgência e aumento da probabilidade de tratamento eficaz. Em Portugal, têm sido desenvolvidas campanhas escassas e descontinuadas para promover o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do AVC. Sabe-se, ainda, que as campanhas de sensibilização da população devem ter em conta a população a quem se

dirigem, utilizando meios de comunicação eficazes (11). A *European Stroke Organization* (ESO) considera uma recomendação classe IIB o desenvolvimento de programas educacionais para aumentar o conhecimento da população (12). Até ao momento, em Portugal, não foi desenvolvida investigação acerca do conhecimento da população sobre os sinais e sintomas do AVC. Este estudo tem como objectivos específicos:

- Conhecer as características sociais e demográficas de doentes que estiveram internados na Unidade de AVC do Centro Hospitalar da Cova da Beira Interior no ano de 2011;
- Conhecer o seu contexto educacional e social;
- Avaliar o conhecimento que tinham acerca dos sinais e sintomas do AVC;
- Compreender a percepção de risco e comportamento no momento do episódio agudo.

O objectivo final deste estudo é conhecer as características da população que sofreu AVC para que se possa desenhar um programa de educação adequado sobre os sinais e sintomas, utilizando meios de comunicação adaptados à realidade regional.

Materiais e métodos

Este estudo teve o parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E. (CHCB), e foi aprovado pelo Núcleo de Investigação do mesmo. É um estudo observacional e transversal baseado na aplicação de um inquérito telefónico entre 26 de Abril de 2012 e 20 de Novembro de 2012.

a) Participantes

Foram incluídos, no estudo, os utentes internados na Unidade de AVC (UAVC) do CHCB entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2011 que foram admitidos para a UAVC através do Serviço de Urgência e que tiveram diagnóstico de alta de AVC codificados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (*International Classification of Diseases - 9*) 431.xx - Hemorragia Intracerebral, 434.x - Oclusão das artérias cerebrais, 435.x - Isquemia Cerebral Transitória, 436.xx - Doença Cerebrovascular Aguda e 437.xx - Outras doenças cerebrovasculares. Excluíram-se os doentes falecidos, institucionalizados, a residir fora de Portugal, sem número de telefone de contacto e internados na UAVC através de outro serviço, que não o Serviço de Urgência. Os doentes deram o seu consentimento para participar no estudo, após ter sido feita a leitura de um texto de esclarecimento no cabeçalho do inquérito telefónico (em anexo).

b) Procedimentos de Investigação

Foram enviadas cartas com antecedência de duas semanas na qual se informava os utentes que iriam ser contactados por telefone e se explicavam os objectivos do estudo, bem como os aspectos éticos subjacentes ao mesmo. Os dados de internamento foram obtidos através dos registos da Unidade de AVC, onde constavam as variáveis: idade, sexo, dias de internamento e Índice de Barthel.

Tendo em conta os objectivos específicos do estudo foi construído um questionário (em anexo) com questões relativas a três dimensões principais:

- Caracterização sociodemográfica: escolaridade, profissão, zona de habitação, distância ao hospital utilizando o seu meio de transporte habitual, consumo de álcool, consumo de tabaco e recorrência ao médico de família.
- Conhecimento e atitude face ao episódio de AVC: acompanhante durante o episódio (sua idade e escolaridade), percepção de gravidade, tempo de recorrência à urgência, meio de transporte utilizado, conhecimento de sinais e sintomas e fonte de informação.
- Utilização dos meios de comunicação social: utilização de televisão, rádio, jornais e internet.

Dividiu-se a escolaridade em quatro níveis: sem escolaridade, ensino primário, ensino secundário e ensino superior; considerou-se para a habilitação o nível mais elevado de ensino que o indivíduo finalizou. As profissões reportadas foram posteriormente classificadas segundo a Classificação Nacional de Profissões (13). A zona de habitação foi questionada directamente ao doente e considerada rural sempre que não se localizava dentro do perímetro urbano da cidade da Covilhã.

O conhecimento de sinais e sintomas foi avaliado através de uma questão de resposta aberta, na qual os doentes deveriam enumerar espontaneamente sinais e sintomas do AVC que conheciam, sendo depois assinalados os sinais e sintomas identificados que constavam de uma lista baseada no estudo de Hickey et al, 2012 (22). Os utentes foram contactados por via telefónica entre as 17h30 e as 20h30, durante os dias úteis, para aplicação do questionário, tendo sido todas as chamadas efectuadas pelo mesmo entrevistador. O entrevistador não influenciou a resposta, repetindo apenas a pergunta que estava a realizar no caso de o entrevistado não a compreender. Os inquéritos foram respondidos pelo próprio doente ou por um familiar próximo, no caso de o doente não conseguir falar ao telefone ou não estar em casa. Todas as informações obtidas foram relativas ao episódio que motivou o internamento na UAVC no ano de 2011 e não a outro episódio anterior ou posterior a este.

c) Métodos Estatísticos

A análise estatística dos dados foi realizada através do Software Package for Social Sciences (SPSS®), versão 19.0 para Microsoft Windows®. Fez-se análise descritiva das frequências para cada variável categórica e aplicaram-se os testes estatísticos de regressão logística e regressão binomial para a análise estatística. Foram consideradas as variáveis estatísticas com valor de p inferior a 0,05.

Resultados

a) Caracterização do Doente

Entre Janeiro e Dezembro de 2011, foram internados na Unidade de AVC do Centro Hospitalar da Cova da Beira 274 indivíduos. Destes, 168 preencheram critérios de inclusão neste estudo, 101 indivíduos atenderam o telefonema e aceitaram participar no estudo. A média de idades foi de 72.3 anos, com idade mínima de 44 anos e idade máxima de 91 anos. Nesta amostra, 62% dos indivíduos eram do sexo masculino com média de idades de 71.7 anos e 38% do sexo feminino com uma média de idades de 73.2 anos. Desta amostra 16.8% foram incluídos na Via Verde AVC. Os doentes estiveram internados em média 9.0 dias. O tempo mínimo de internamento foi de dois dias e o tempo máximo de trinta e um dias. Na data de alta hospitalar os doentes apresentavam um Índice de Barthel médio de 13.9 pontos.

Pela aplicação do questionário construído, verificou-se que 55.4% residiam em área rural e 44.6% em área urbana. O tempo médio entre a residência do doente e o SU usando o meio de transporte habitual era de 27.7 minutos, sendo o tempo máximo reportado de 180 minutos e o tempo mínimo de 5 minutos.

Os dados relativos à caracterização educacional e profissional dos doentes estão ilustrados pelos gráficos 1 e 2.

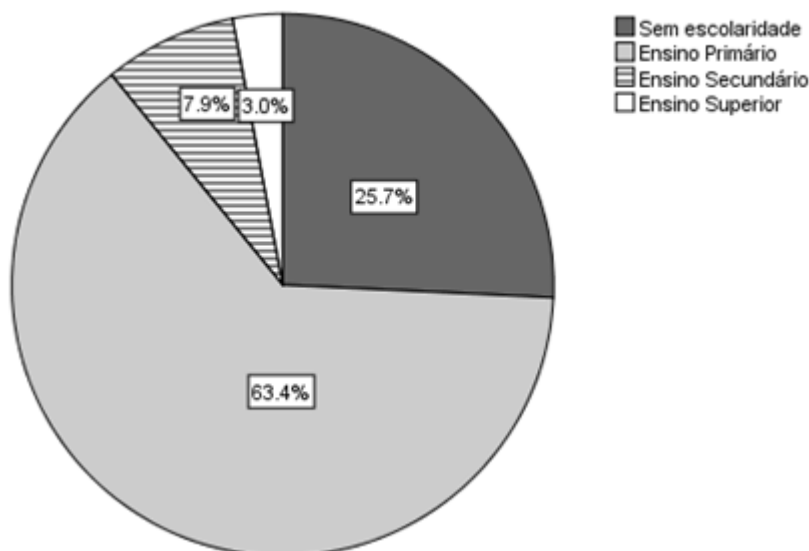


Gráfico 1 - Nível de escolaridade dos doentes. Ensino primário - correspondendo a 4 anos de escolaridade; ensino secundário - correspondendo a 12 anos de escolaridade; Ensino superior - correspondendo a mais de 12 anos de escolaridade.

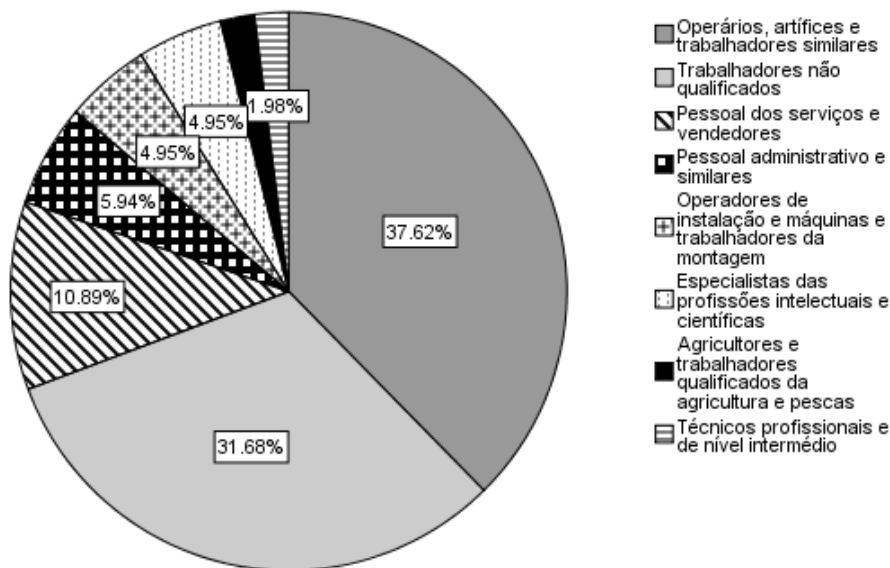


Gráfico 2 - Profissão dos doentes segundo a Classificação Nacional de Profissões (13).

Quanto aos hábitos de consumo, na amostra analisada 28% dos doentes referiram ser ou ter sido fumadores e 59.4% referiam consumir álcool diariamente. Nesta amostra, 68.3% referiram ir regularmente a consultas com o médico de família. No momento do início dos sintomas, 54.5% dos doentes referiram ter sentido necessidade de recorrer imediatamente ao SU e 5% referiram não saber ou não se lembrar.

Com o objectivo de compreender a percepção da gravidade da situação no momento de instauração de sintomas utilizou-se uma escala de Likert, correspondendo valor 1 a “nada grave” e o valor 5 a “gravidade extrema”. A tabela 1 mostra a distribuição das frequências das diferentes classes e respectivas percentagens (n=94).

Tabela 1 - Percepção da gravidade da situação.

Gravidade	Frequência	Percentagem válida
1	39	41.5
2	16	17.0
3	11	11.7
4	12	12.8
5	15	16.0

Relativamente à chegada ao SU, 46.5% utilizaram a ambulância como meio de transporte, 43.6% utilizaram veículo particular, 5.9% utilizaram táxi e 2% dos doentes referiram ter utilizado outro transporte público. O tempo de chegada ao Serviço de Urgência, reportado pelo doente, segundo os intervalos definidos encontra-se representado pelo seguinte gráfico.



Gráfico 3 - Tempo decorrido entre a instalação dos sintomas e a chegada ao Serviço de Urgência. Menos de 2h: 57.4%; 2 a 4.5h: 10.9%; mais de 4.5h: 29.7%.

b) Conhecimento de Sinais e Sintomas

Com o objectivo de compreender o conhecimento dos indivíduos acerca dos sinais e sintomas de AVC utilizou-se uma escala de Likert, correspondendo o valor 1 a “nenhum conhecimento” e o valor 5 “conhecimento total. Os resultados obtidos estão representados no seguinte gráfico (n=97).

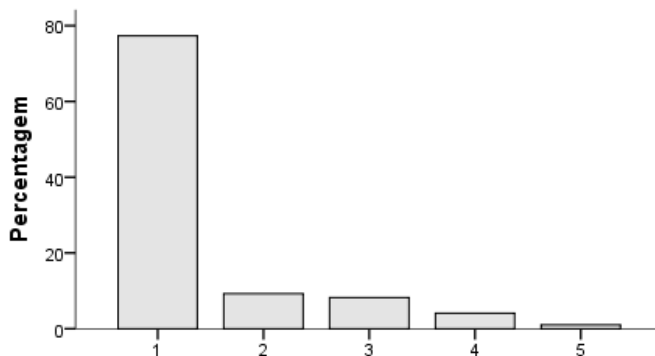


Gráfico 4 - Conhecimento de sinais e sintomas de AVC, auto-reportado. 74.3% - 1, 8.9% - 2, 7.9% - 3, 4% - 4 e 1% - 5

Relativamente aos sinais e sintomas, 87.1% dos inquiridos não souberam enumerar espontaneamente nenhum sinal ou sintoma de AVC, 5% enumerou um sinal ou sintoma, 3% enumerou dois, 3% enumerou três e 1% enumerou quatro sinais ou sintomas. Analisaram-se as fontes de informação sobre os sinais e sintomas de AVC; cada indivíduo podia identificar mais do que uma fonte de informação. Os resultados obtidos estão representados na tabela 2.

Tabela 2 - Fontes de Informação acerca dos sinais e sintomas do AVC.

Fonte de Informação	Frequência	Porcentagem válida (%)
Radio	0	0
Televisão	22	21.8
Jornais	2	2
Livros	3	3
Familiares/conhecidos	48	47.5
Médico	6	5.9
Outro profissional de saúde	1	1
Não teve informação	32	31.7

Para análise da relação entre o conhecimento de sinais e sintomas e a zona de habitação utilizou-se os dados do conhecimento de sinais e sintomas, anteriormente referidos, relacionando-os com a zona de habitação como se pode observar na seguinte tabela.

Tabela 3 - Relação entre o conhecimento de sinais e sintomas e a zona de habitação.

Conhecimento de sinais e sintomas (escala de Likert 1 a 5)	Residência		Total
	Urbano	Rural	
1 e 2	35	49	84
4 e 5	4	1	5
Total	39	50	89

c) Utilização de Meios de Comunicação

Relativamente à utilização de meios de comunicação, constatou-se que 97% dos indivíduos vê televisão pelo menos duas vezes por semana. Desses, 72.7% durante mais de 4 horas por semana. Em relação à radio, verificou-se que 41% dos indivíduos ouve radio pelo menos duas vezes por semana, dos quais 13.9% durante mais de 4h por semana. Quanto à leitura de jornais, 44.6% dos indivíduos lê algum jornal, sendo que 14.9% lê um jornal diário, 5.9% lê um jornal desportivo e 29.7% lê um jornal semanário.

d) Caracterização do Acompanhante

No momento do aparecimento dos sintomas 24.8% dos indivíduos estavam sozinhos, 67.3% estavam acompanhados e 6.9% estavam em lugar público. A média de idades do acompanhante foi 62.7 anos com idade mínima de 12 anos e idade máxima de 86 anos. O nível de escolaridade do acompanhante está representado no gráfico 5.

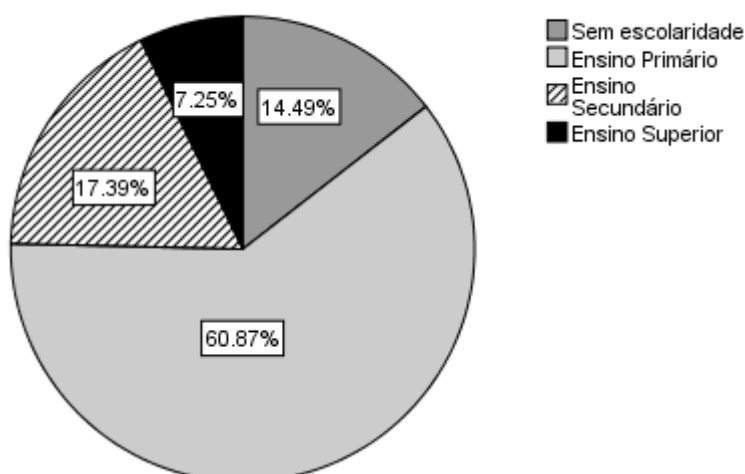


Gráfico 5 - Nível de escolaridade do acompanhante no momento do AVC.

e) Factores que influenciam o tempo de chegada ao SU

Tendo como objectivo compreender que factores influenciam o tempo de chegada ao SU, dividiram-se os indivíduos em dois grupos: chegada ao SU antes de 4.5h e 4.5h após a instalação dos sintomas de AVC. Utilizou-se uma regressão logística para modelar os factores e a sua influência no tempo de chegada. Os resultados obtidos encontram-se representados nas seguintes tabelas.

Tabela 4 - Factores que influenciam o tempo de chegada ao SU superior a 4.5h. Coeficiente de determinação - R² 0,723.

	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
Sexo masculino	-5,080	,004	,006	,000	,191
Idade	-,147	,030	,863	,756	,986
Não ir regularmente ao médico de família	2,457	,031	11,668	1,258	108,185
Ser ou ter sido fumador	-2,183	,090	,0113	,099	1,404
Sentir necessidade de recorrer ao SU	5,722	,001	305,643	11,523	8107,111
Não conhecer sinais e sintomas	-1,330	,022	,265	,085	,825

Tabela 5 - Comparação das características do acompanhante segundo o tempo de chegada ao SU.

		Menos de 4.5h	Mais de 4.5h	Sig.
No momento do aparecimento de sintomas	Sozinho	11	12	,076
	Acompanhado	41	17	
	Lugar público	6	1	
Escolaridade do acompanhante	Sem escolaridade ou ensino primário	29	14	,358
	Ensino secundário ou superior	12	3	
Idade do acompanhante (media)		61	62	-

Tabela 6 - Comparação das características dos doentes segundo o tempo de chegada ao SU.

		Menos de 4.5h	Mais de 4.5h	Sig.
Sexo (n)	Masculino	38	14	,088
	Feminino	20	16	
Idade (média)		73	68	-
Dias de internamento (média)		9	9	-
Via Verde (n)	Não	43	30	,002
	Sim	15	0	
Zona de residência (n)	Urbano	26	16	,449
	Rural	32	14	
Tempo entre residência e SU (média)		26	29	-
Escolaridade (n)	Sem escolaridade	16	9	,269
	Ensino Primário	38	15	
	Ensino Secundário	3	5	
	Ensino Superior	1	1	
Fumador (n)	Não	41	22	,794
	Sim	17	8	
Álcool (n)	Não	20	15	,159
	Sim	38	15	
Meio de transporte SU (n)	Ambulância	33	7	,003
	Outro	25	23	
Consulta médico frequentemente (n)	Não	16	12	,236
	Sim	42	18	
Percepção de gravidade (n)	1 e 2	30	22	,029
	4 e 5	17	3	
Conhecimento de sinais e sintomas (n)	1 e 2	48	26	,678
	4 e 5	3	1	
Vê televisão (n) (> 4 vezes por semana)	Não	1	0	,469
	Sim	57	30	
Ouve rádio (n) (> 4 vezes por semana)	Não	35	16	,528
	Sim	23	14	
Usa internet (n) (> 4 vezes por semana)	Não	54	27	,610
	Sim	4	3	
Lê jornais (n) (> 4 vezes por semana)	Não	32	16	,870
	Sim	26	14	

Discussão

Este estudo teve como objectivo conhecer as características sociais e demográficas do doente que teve um episódio de AVC, aferir o grau de conhecimento acerca dos sinais e sintomas e compreender a noção de risco e atitude face ao AVC do doente que esteve internado na UAVC do CHCB.

Foram analisados factores socioeconómicos dos indivíduos, uma vez que as desigualdades sociais influenciam o risco cardiovascular e a recorrência aos cuidados de saúde (14,15). Nesta amostra verificou-se um predomínio de homens e de população de meio rural, tendências opostas ao observado num estudo realizado no norte de Portugal (16), mas concordantes com outros estudos internacionais (17,18). No total de admitidos, a percentagem de doentes admitidos na Via Verde AVC foi muito semelhante à observada em outro estudo, sendo o número de dias de internamento inferior ao observado no referido estudo (19). Isto poderá estar relacionado com a rede de apoio e reabilitação existente que permite a continuidade dos cuidados sem necessidade de prolongar o internamento.

A educação é a base da prevenção em saúde, através da alteração de estilos de vida, e é considerada um importante determinante de saúde (15,20,21). Neste estudo, apenas uma minoria dos indivíduos tinha completado o ensino superior, característica semelhante à encontrada num estudo da Coreia do Sul (9), mas muito inferior às reportadas em estudos na Alemanha (8), Irlanda (22) e Estados Unidos (23). Tratava-se de uma população bastante homogénea com um claro predomínio de indivíduos com o ensino primário completo, com uma percentagem muito semelhante à taxa nacional, reportada pelo Instituto Nacional de Estatística, segundo dados do Censos 2011. Outro importante indicador socioeconómico é a profissão (20). Na população analisada a maioria dos indivíduos eram operários e trabalhadores não qualificados.

O consumo de tabaco e álcool são hábitos que influenciam o surgimento de AVC enquanto factores de risco potencialmente modificáveis (20). Observou-se que menos de metade dos indivíduos eram fumadores, ou tinham sido em algum momento da sua vida, e a maioria consumia álcool diariamente, embora este consumo não tenha sido quantificado. Os hábitos de consumo, além de serem factores de risco, podem estar relacionados de alguma forma com a perspectiva do doente sobre a sua saúde, o seu conhecimento e interesse pelos aspectos relacionados com ela.

Os factores que levam os indivíduos a recorrer ao hospital não estão apenas relacionados com o conhecimento de sinais e sintomas, mas também com a percepção da gravidade da situação (7). Relativamente à recorrência ao SU no momento de instalação de sintomas, a maioria dos indivíduos refere que sentiu necessidade de recorrer imediatamente ao SU (54.5%). No entanto, uma percentagem significativa de doentes (41.5%) considerou a situação como “nada grave”. Assim, verifica-se que mesmo não tendo noção da gravidade da situação a maioria dos indivíduos sentiu necessidade de recorrer ao hospital, o que pode ser, só por si, importante para os resultados obtidos em relação ao tempo de chegada ao SU.

O meio de transporte utilizado para recorrer ao SU tem-se mostrado importante no tempo de demora até ao tratamento (9). Existe evidência de que a activação do número nacional de emergência está relacionada com uma maior rapidez na chegada ao SU (7). O meio de transporte mais usado para recorrer ao SU foi a ambulância, seguida pelo veículo particular, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos (9,24). No mesmo sentido do que já tinha sido observado em outros estudos, verificou-se que a utilização da ambulância esteve relacionada com a chegada precoce à urgência ($p=0,003$) (7,24).

Actualmente, os estudos indicam que o tempo entre a implementação dos sinais e a trombólise pode ser alargado até às 4.5h (25,26). Os intervalos de tempo usados neste estudo tiveram em conta a mais recente evidência científica, apesar de o protocolo hospitalar do CHCB ainda fixar o limite máximo de três horas entre o início dos sintomas e a realização da trombólise, dado que o fármaco utilizado apenas está aprovado para esta janela temporal em Portugal. Observamos que 57.4% dos indivíduos demoram menos de duas horas a recorrer ao SU e 29.7% demoraram mais de quatro horas e meia. Vários estudos demonstraram que a demora na recorrência ao SU está relacionada com a falta de conhecimento acerca dos sinais e sintomas do AVC, mas também com outros factores, tais como a percepção de risco e a presença de acompanhante (27). No entanto, o conhecimento de sinais e sintomas de AVC é um factor determinante para que o doente ou acompanhante accionem os meios de emergência e está, assim, relacionado com a diminuição do tempo de chegada ao SU após aparecimento dos mesmos (9). Não foi feito até ao momento nenhum estudo, em Portugal, acerca do conhecimento da população sobre os sinais e sintomas de AVC. Neste estudo, foi feita uma abordagem diferente de outras investigações, uma vez que foi medida a percepção de conhecimento nos indivíduos que já sofreram AVC e não da população com factores de risco conhecidos. Na amostra analisada, 83.2% dos indivíduos referiu não ter “nenhum conhecimento” ou “pouco conhecimento” acerca dos sinais e sintomas de AVC. Apenas 12.9% dos indivíduos soube enumerar espontaneamente um sinal ou sintoma de AVC. Esta percentagem é muito inferior à observada em estudos realizados na Irlanda, onde 54% dos inquiridos numa amostra aleatória conseguiram identificar pelo menos um sinal ou sintoma (22), na Coreia do Sul, onde mais de 70% dos indivíduos identificaram pelo menos um sinal ou sintoma (9), na Austrália, onde 60.1% dos indivíduos identificaram pelo menos um sinal ou sintoma de AVC, na Nigéria, onde 24.4% dos indivíduos identificaram pelo menos um sinal ou sintoma, e nos Estados Unidos, onde 30% dos indivíduos reconheceram dois ou mais sinais ou sintomas de AVC. Este resultado poderá estar relacionado com a ausência de campanhas de sensibilização da população que sejam efectivas e continuadas no tempo. Nos últimos anos, estas campanhas têm sido desenvolvidas a nível nacional de forma intermitente e utilizando apenas uma parte dos meios de comunicação. Aliado a isto, pelos resultados obtidos, poderemos questionar qual será a motivação e envolvimento dos próprios profissionais de saúde na educação da população geral e particularmente dos indivíduos com maior número de factores de risco para o reconhecimento do AVC e imediato accionamento da linha de emergência.

Conhecer as fontes de informação eficazes é de extrema importância para a criação de programas de educação para a saúde que se mostrem efectivos (11). O facto de os indivíduos não reconhecerem algumas fontes de informação possíveis não significa que a informação não tenha sido emitida, mas poderá indicar que não foi eficazmente recebida pelo seu destinatário. Neste estudo, observou-se que os familiares e conhecidos foram a principal fonte de informação, para 47.7% dos doentes que já tinham ouvido falar de AVC, seguidos pela televisão para 21.8% dos indivíduos. É de salientar que o médico foi fonte de informação para 5.9% dos indivíduos, apesar de 68,3% dos indivíduos ter referido recorrer frequentemente ao médico. Em todo o caso, 31.7% dos indivíduos referiram nunca ter obtido informação acerca do AVC através de nenhuma fonte. Estes dados são motivo de reflexão, uma vez que esta amostra é constituída por uma população idosa, grande parte da qual com diversos factores de risco para eventos cardiovasculares e que ainda assim não recebeu informação de forma efectiva sobre os sinais e sintomas do AVC.

Tendo em conta que estudos anteriores indicavam a possibilidade de existir uma diferença de conhecimento entre os habitantes de áreas rurais e urbanas (28) realizou-se a análise destes parâmetros, tendo-se dividido os indivíduos em dois grupos: os de maior conhecimento e os de menor conhecimento. Verificou-se que não existe diferença de conhecimento acerca do AVC entre o grupo de doentes de meio rural e o grupo de doentes de meio urbano ($p=0,093$), dados que confirmam o observado por outro estudo (29). O diminuto número de indivíduos que considerou ter conhecimento acerca dos sinais e sintomas de AVC ($n=5$) impediu a análise das variáveis associadas ao conhecimento de sintomas.

O conhecimento das características da população, bem como dos meios de comunicação que utilizam são essenciais para o desenvolvimento de programas de educação para a saúde efectivos, que promovam a alteração de comportamentos (30). Sabe-se, também, que a utilização de meios de comunicação está associada a um maior conhecimento dos sinais e sintomas de AVC (12,23,31). Observou-se que 97% dos indivíduos vê televisão mais de duas vezes por semana e na sua maioria mais de quatro horas por semana, o segundo meio de comunicação mais utilizado são jornais, especialmente os semanários, e o terceiro meio mais usado é a rádio. A internet é usada por uma percentagem residual de doentes. Estes resultados mostram duas perspectivas principais. Por um lado, verifica-se que apesar da grande utilização dos meios de comunicação, os doentes não têm conhecimento efectivo sobre o AVC. Por outro lado obtiveram-se dados objectivos acerca dos meios de comunicação que poderão ser usados como vias de educação para a saúde.

Apesar de ser um factor ainda pouco estudado, existe alguma evidência recente de que a presença de acompanhante e as suas características influenciam o tempo de recorrência ao SU após AVC (32,33). Neste estudo não foi possível estabelecer relação entre a presença de acompanhante e a maior rapidez na recorrência ao serviço de urgência ($p=0,076$) embora se possa suspeitar que esta relação se verifique. Além disso, não se estabeleceu relação entre a idade e escolaridade do acompanhante e o tempo de recorrência ao SU

($p=0,358$). Em relação à idade do acompanhante não se puderam tirar conclusões definitivas. Este facto pode dever-se à homogeneidade da escolaridade na população de acompanhantes.

Para facilitar a análise dos factores que influenciam o tempo de chegada ao SU após estabelecimento dos sinais e sintomas, dividiram-se os indivíduos em dois grupos segundo o tempo de chegada: inferior a quatro horas e meia e superior a quatro horas e meia. Nesta análise, apenas se verificou a possível relação com a inclusão na Via Verde AVC e percepção da situação como sendo grave, facto que foi concordante com o que foi observado em outros estudos (7). No entanto, o facto do número de indivíduos em algumas categorias ser muito reduzido não permite obter conclusões definitivas. A análise dos grupos precoce e tardio pareceu não mostrar relação com a zona de residência, consumo de álcool ou tabaco, consultar frequentemente o médico, ouvir rádio ou ler jornais frequentemente, ainda que estatisticamente não seja possível validar esta afirmação.

Este estudo tem algumas limitações que influenciaram as suas conclusões. Uma das limitações está relacionada com o tamanho da amostra. Houve uma percentagem de indivíduos que não atendeu o telefone, apesar de cada telefonema não atendido ter sido repetido até três vezes em dias não consecutivos. Outra das limitações esteve relacionada com o impacto social e o elevado grau de limitação que o AVC pode causar; numa parte dos contactos foi necessária a ajuda do cuidador, tanto para responder às questões como para servir de interlocutor para indivíduos com dificuldade de compreensão ou expressão. Por último, existiu um possível viés relacionado com o tempo entre o início dos sintomas e a entrada no SU não se basear nos dados de admissão ou processo clínico, mas antes no tempo reportado pelo próprio paciente no momento da aplicação do questionário. Estes factores poderão ter sido responsáveis pela limitação na utilização de algumas ferramentas estatísticas.

Face aos resultados obtidos, podemos observar que o conhecimento da população da Beira Interior sobre o AVC é baixo, quando comparado com resultados de estudos de outros países com amostras com dimensão e características semelhantes.

O impacto individual, familiar e social do AVC, aliados à sua elevada prevalência, fazem com que seja necessária a criação de programas efectivos e estruturados de prevenção da doença. As estratégias de educação da população para a importância de desenvolver um estilo de vida saudável são essenciais. Além disso, o desenvolvimento de programas de educação acerca dos sinais e sintomas que devem motivar uma recorrência imediata ao SU, utilizando meios de comunicação eficazes adaptados à população e com mensagens de fácil compreensão, são essenciais para otimizar as hipóteses de tratamento e recuperação plena.

Bibliografia

- (1) Nichols M, Townsend N, Scarborough P and Rayner M. European Cardiovascular Disease Statistics 2012 edition.
- (2) Carnethon M, Dai S, Simone G, Ferguson B, Ford E, et al. Heart Disease and stroke statistics - 2010 Update: A Report from American Heart Association; Circulation. 2010; 121:e46-e215.
- (3) Allender S, Scarborough P, Peto V, Rayner M, Leal J, et al. European Cardiovascular Disease Statistics; 2008.
- (4) Lang T, Lepage B, Schieber AC, Lamy S, Kelly-Irving M. Social determinants of cardiovascular diseases. Public Health Reviews. 2012; 33:601-22.
- (5) Addo J, Ayervbe L, Mohan K, Crichton S, Sheldenkar A, et al. Socieconomic Status and Stroke: an update review; Stroke. 2012; 43:1186-1191.
- (6) Hacke W, Kaste M, Lacy C, Suh D, Bueno M and Kostis J. Delay in presentation and evaluation for acute stroke: stroke time registry outcomes knowledge and epidemiology. Stroke. 2001; 32:63-69.
- (7) Fussman C, Rafferty A, Lyon-Callo S, Morgenstern L, Reeves M. Lack of association between stroke symptom knowledge and intent to call 911: a population-based survey. Stroke 2010; 41:1501-1507.
- (8) Kraywinkel K, Heidrich J, Heuschmann P, Wagner M, Berger K. Stroke risk perception among participants of stroke awareness campaign. BMC Public Health 2007; 7:39.
- (9) Kim Y, Park S, Bae H, Cho Y, Han M, et al. Stroke awareness decreases prehospital delay after acute ischemic stroke korea. BMC Neurology 2011; 11:2.
- (10) Tanaka Y, Nakajima M, Hirano T, Uchino M. Factors influencing pre-hospital delay after ischemic stroke and transient ischemic attack. Inter Med 2009; 48: 1739-1744.

- (11) Lecouturier J, Rodgers H, Murtagh M, White M, Ford G, et al. Systematic review of mass media interventions designed to improve public recognition of stroke symptoms, emergency response and early treatment. *BMJ Public Health*. 2010; 10:784.
- (12) Heidelberg P, Bousser MG, Ford G, Bath P, Brainin M et al. Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack. The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. 2008.
- (13) Instituto Nacional de Estatística, I.P. Classificação Nacional das Profissões. INE I.P. 2011
- (14) Harper S, Lynch J, Smith GD. Social determinants and the decline of cardiovascular diseases: understanding the links. *Annual review of public health*. 2011; 32:39-69.
- (15) Laaksonen M, Talala K, Martelin T, Rahkonen O, Roos E, et al. Health behaviours as explanantions for educational level diferences in cardiovascular and all-cause mortality: a follow-up of 60 000 men and women over 23 years. *European Journal of Public Health*. 2007; 18:38-43.
- (16) Correia M, Silva MR, Matos I, Magalhães R, Lopes CJ, Ferro JM, Silva MC. Prospective community-based study of stroke in northern Portugal: incidence and case fatality in rural and urban areas. *Stroke*. 2004; 35:2048-2053.
- (17) Wilson M. Stroke: understanding the differences between males and females. *Euro J Physiol*. 2013; não impresso.
- (18) Kim JS, Lee BK, Roh H, Ahn MA, Hwang HW. Gender Differences in the Functional Recovery after Acute Stroke. *J Clin Neurol*. 2010; 6:183-188.
- (19) Hoffman A, Campbell J, Grant R, Lowe D, Rudd A. National Sentinel Stroke Audit Phase II (clinical audit) 2008 - report for England, Wales and Northern Ireland. Clinical Effectiveness and Evaluation Unit Royal College of Physicians of London. 2009.
- (20) Qun L, Mingsheng W, Jingcheng G, Jingxing L, Cuifen L, Minhui Q. Effect of socioeconomic status on secondary prevention of stroke. *International Journal of Quality in Health Care*. 2011; 23:405-412.

- (21) Kautzky-Willer A, Dorner T, Jensby A, Rieder A. Women show a closer association between educational level and hypertension or diabetes mellitus than males: a secondary analysis from Austria HIS. *BMC Public Health*. 2012; 12:392.
- (22) Hickey A, O'Hanlon A, McGee H, Donnellan C, Shelley E, Horgan F et al. Stroke awareness in general population: knowledge of stroke risk factors and warning signs in older adults. *BMC Geriatrics*. 2009; 9:35.
- (23) Tadros A, Crocco T, Davis SM, Newman J, Mullen J et al. Emergency medical services-based community stroke education: pilot results from a novel approach. *Stroke*. 2009; 40:2134-2142.
- (24) Clifton RL, Dong-Churl S, Bueno M, Kostis JB. Delay in presentation and evaluation for acute stroke: stroke time registry outcomes knowledge and epidemiology. *Stroke*. 2001; 32:63-69.
- (25) Steiner A and Lyden P. Evolution of the Thrombolytic Treatment Window for Acute Ischemic Stroke. *Curr Neurosci Rep*. 2010; 10:29-33.
- (26) Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A et al. Thrombolysis with Alteplase 3 to 4.5 Hours after Acute Ischemic Stroke. *N Engl J Med*. 2005; 359:1317-1329.
- (27) De Silva DA, Yassin N, Toh AJ, Lim DJ, Wong WX et al. Timing of arrival to tertiary hospital after acute ischaemic stroke - a follow-up survey 5 years later. *Ann Acad Med Singapore*. 2010; 39:513-517.
- (28) Swanoski MT, Lutfiyya MN, Amaro ML, Akers MF, Huot KL. Knowledge of heart attack and stroke symptomology: a cross-sectional comparison of rural and non-rural US adults. *BMC Public Health*. 2012; 12:283.
- (29) Blades LL, Oser CS, Dietrich DW, Okon NJ, Rodriguez DV, et al. Rural Community knowledge of stroke warning signs. *Prev Chronic Dis*. 2005; serial online, disponível em: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/apr/04_0095.htm.
- (30) Lecouturier J, Rodgers H, Murtagh MJ, White M, Ford GA, Thompson RG. Systematic review of mass media interventions designed to improve public recognition of stroke symptoms, emergency response and early treatment. *BMC Public Health*. 2010; 10:784.

(31) Hogdson C, Lindsay P, Rubini F. Can mass media influence emergency department visit for stroke. *Stroke*. 2007; 38:2115-2122.

(32) Tanaka Y, Nakajima M, Hirano T, Uchino M. Factors influencing pre-hospital delay after ischemic stroke and transient ischemic attack. *Inter Med*. 2009; 48:1739-1744.

(33) Dombrowski SU, Sniehotta F, Mackintosh J, White M, Rodgers H et al. Witness Response at Acute Onset of Stroke: A Qualitative Theory-Guided Study.

Anexos

Anexo 1

INQUÉRITO TELEFÓNICO - AVC

O meu nome é Juliana Sá, sou estudante do 5º ano de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Estou a fazer investigação na área dos Acidentes Vasculares Cerebrais e venho, na sequência do que foi notificado através de carta, pedir-lhe para responder a algumas perguntas sobre este assunto. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, EPE; informo ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

A resposta a este inquérito demorará aproximadamente 10 minutos.

Número de identificação do utente:

Idade:

Sexo:

Dados Gerais

Respondeu ao inquérito:

- Não atende
- Falecido

- O próprio
- Familiar:
 - Não estava em casa
 - Não consegue falar ao telefone

Profissão: _____ (se reformado indicar profissão anterior)

Residência:

- Meio rural
- Meio urbano

1. Quanto tempo (em minutos) demora a chegar ao hospital desde que saí de sua casa usando o seu meio de transporte habitual _____

2. Grau de Escolaridade concluído:

- Nenhum
- Ensino Primário
- Ensino Secundário
- Curso Superior

3. Quanto ao consumo de substâncias.

3.1 Fuma actualmente ou já foi fumador?

- Sim
- Não

3.2 Consome ou já consumiu álcool regularmente?

- Sim
- Não

4. Costuma ir regularmente ao médico?

- Sim
- Não

Episódio de Acidente Vascular Cerebral

5. Quando sofreu o episódio de Acidente Vascular Cerebral estava sozinho?

- Sim
 - Não
 - Não sei/ Não me lembro
- Se responde Não.

a. Qual era a idade da pessoa que o acompanhava? _____

6. Qual era o grau de escolaridade da pessoa que o acompanhava?

- Nenhum
- Ensino Primário
- Ensino Secundário
- Curso Superior

7. Em relação à percepção de gravidade da situação no momento em que teve os primeiros sintomas. Indique de 1 a 5 qual foi a sua opinião, sendo 1=nada grave e 5=gravidade extrema.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Não sei/Não me lembro

8. No momento do episódio sentiu necessidade de recorrer de imediato ao Hospital?

- Sim
- Não
- Não sei/Não me lembro

9. Aproximadamente quanto tempo demorou desde que começaram os sintomas até ter chegado ao Serviço de Urgência?
- Menos de 2h
 - Entre 2h a 4,5h
 - Mais de 4,5h
 - Não sei/Não me lembro
10. Qual foi o meio de transporte que utilizou para se deslocar até ao hospital?
- Veículo próprio/privado
 - Transporte público
 - Táxi
 - Ambulância
11. Em relação ao seu conhecimento sobre os sinais e sintomas do Acidente Vascular Cerebral. Indique de 1 a 5 qual era o seu grande de conhecimento sobre o AVC no momento em que sofreu o AVC, sendo 1= nenhum conhecimento e 5=total conhecimento
- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - Não sei/Não me lembro

Que sinais ou sintomas conhece que estejam associados ao AVC:	Que sinais ou sintomas experienciou no momento do AVC:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alteração de consciência <input type="checkbox"/> Alteração motora <input type="checkbox"/> Alteração da sensibilidade <input type="checkbox"/> Alteração da marcha <input type="checkbox"/> Vertigem/Tontura <input type="checkbox"/> Náusea/vómitos <input type="checkbox"/> Alteração da fala <input type="checkbox"/> Alteração da visual <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Apraxia/agnosia 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alteração de consciência <input type="checkbox"/> Alteração motora <input type="checkbox"/> Alteração da sensibilidade <input type="checkbox"/> Alteração da marcha <input type="checkbox"/> Vertigem/Tontura <input type="checkbox"/> Náusea/vómitos <input type="checkbox"/> Alteração da fala <input type="checkbox"/> Alteração da visual <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Apraxia/agnosia

Marcar apenas os sinais ou sintomas que o doente enumerar espontaneamente.

- a. Onde obteve a informação sobre o Acidente Vascular Cerebral? / Onde ouviu falar sobre AVC?
- Rádio
 - Televisão
 - Jornais
 - Livros
 - Familiares/Conhecidos
 - Médico
 - Outro profissional de saúde

Utilização dos Meios de Comunicação

12. Costuma ver televisão pelo menos duas vezes por semana?

- Sim
- Por vezes
- Não

12.1 Se sim, quantas horas por semana?

- 30min a 2horas
- 2 a 4horas
- Mais de 4horas

13. Costuma ouvir rádio pelo menos duas vezes por semana?

- Sim
- Por vezes
- Não

13.1 Se sim, quantas horas por semana?

- 30min a 2 horas
- 2 a 4 horas
- Mais de 4 horas

14. Lê algum jornal?

- Sim
- Por vezes
- Não

14.1 Se sim, qual é o tipo de jornal que lê habitualmente?

- Semanário
- Economico
- Diário Generalista
- Desportivo

Pedir o nome do jornal, caso o inquirido não saiba enquadrar a tipologia.

15. Costuma utilizar a internet pelo menos duas vezes por semana?

- Sim
- Por vezes
- Não

15.1 Se sim, quantas horas por semana?

- 30min a 2 horas
- 2 a 4 horas
- Mais de 4 horas

O inquérito terminou, muito obrigada pela sua colaboração!