

**Sinais de Alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio
e Acidente Vascular Cerebral:
Uma observação sobre conhecimentos e atitudes**

Sinais de Alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral: uma observação sobre conhecimentos e atitudes

Relatório

Maria João Branco (Médica de Saúde Pública – Departamento de Epidemiologia)

Baltazar Nunes (Estatista – Departamento de Epidemiologia)

Lisboa, Dezembro 2008

Agradecimentos

Dr. Rui Cruz Ferreira, Coordenador Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Dr. J. Alexandre Diniz, Director de Serviços de Cuidados de Saúde da Direcção-Geral da Saúde, pela disponibilidade demonstrada quando consultados sobre a pertinência do estudo;

Dr. José Carlos Marinho Falcão (Departamento de Epidemiologia) pelo apoio metodológico e na revisão do trabalho;

Dr.^a Teresa Contreiras (Departamento de Epidemiologia) pelo contributo na preparação da amostra ECOS

Toda equipa do Departamento de Epidemiologia pela colaboração prestada na realização do pré-teste.

Índice

RESUMO	2
INTRODUÇÃO	3
OBJECTIVO	4
MATERIAL E MÉTODOS	4
RESULTADOS	8
Amostra	8
“Experiência” de EAM e AVC	10
Identificação de Sinais de Alarme para EAM e AVC	11
O que fariam	18
Conhecimento e atitude	20
DISCUSSÃO/CONCLUSÕES	25
REFERÊNCIAS	30
ANEXO I - CARTA-CONVITE	31
ANEXO II - QUESTIONÁRIO	33

Resumo

O Departamento de Epidemiologia realizou um estudo com o objectivo de avaliar o grau de conhecimento que a população portuguesa do Continente, com telefone fixo, tem dos sinais de alarme do Enfarte Agudo do Miocárdio e do Acidente Vascular Cerebral.

O estudo, descritivo transversal, constou de um inquérito realizado por entrevista telefónica, no segundo trimestre de 2008, a um dos elementos de 18 e mais anos, residente nas unidades de alojamento (UA) que integram a amostra de famílias ECOS. Esta amostra é aleatória e constituída por 1033 UA, com telefone fixo, estratificada por Região de Saúde do Continente, com alocação homogénea.

As variáveis colhidas contemplaram a caracterização dos inquiridos, nomeadamente, no que diz respeito: à *“experiência” sobre EAM e AV; ao reconhecimento de sinais de alarme do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC); ao comportamento adoptado perante a ocorrência de um Enfarte ou AVC; e conhecimento sobre a campanha “Seja mais rápido que um Enfarte/AVC”.*

Obtiveram-se **732 questionários válidos**.

Os resultados permitem concluir: a percentagem de respondentes (≥ 18 anos) que:

- Identificaram *«dor no peito, sensação de desconforto/opressão/peso/ardor no meio do peito»* como sinal de alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio foi de **84%**;
- Identificaram *«encher-se de suores frios com sintoma de náusea e vómitos»* como sinal de alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio foi de **48%**;
- Identificaram *«dor no peito, sensação de desconforto/opressão/peso/ardor no meio do peito»* e *«encher-se de suores frios com sintoma de náusea e vómitos»* como sinais de alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio foi de **45%**;
- Identificaram *«ficar confuso ou com dificuldade na fala, subitamente»* como sinal de alarme de Acidente vascular Cerebral foi de **85%**;
- Identificaram *«adormecimento, falta de força da face (boca ao lado), braço ou perna, especialmente só de um lado»* como sinal de alarme de Acidente Vascular Cerebral foi de **93%**;
- Identificaram *«ficar confuso ou com dificuldade na fala, subitamente»* e *«adormecimento, falta de força da face (boca ao lado), braço ou perna, especialmente só de um lado»* como sinais de alarme de Acidente Vascular Cerebral foi de **82%**;
- Perante a ocorrência de um Enfarte Agudo do Miocárdio ou de um Acidente Vascular Cerebral, o que *fariam em primeiro lugar, seria «Ligar 112»* foi de **82%**;
- Identificaram *«dor no peito, sensação de desconforto/opressão/peso/ardor no meio do peito»* e *«encher-se de suores frios com sintoma de náusea e vómitos»* como sinais de alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio e *ligariam 112, em primeiro lugar, na eventualidade de uma ocorrência de EAM* foi de **40%**;
- Identificaram *«ficar confuso ou com dificuldade na fala, subitamente»* e *«adormecimento, falta de força da face (boca ao lado), braço ou perna, especialmente só de um lado»* como sinais de alarme de Acidente Vascular Cerebral e *ligariam 112, em primeiro lugar, na eventualidade de uma ocorrência de AVC* foi de **68%**;
- Já tinha ouvido falar da campanha *«Seja mais rápido que um Enfarte ou AVC»* foi de **24%**.

Finalmente, não será demais realçar que os resultados apresentados não devem ser aferidos acriticamente para a população do Continente. Apesar das limitações metodológicas, espera-se que as conclusões do estudo possam ser úteis para a adopção de medidas a implementar e contributo para a avaliação de programas de intervenção já em curso.

Introdução

O Enfarto Agudo do Miocárdio (EAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) constituem causas importantes da mortalidade em Portugal.

«A melhoria das acessibilidades dos doentes na fase aguda das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares aos cuidados médicos mais adequados de diagnóstico e tratamento, poderá conduzir a ganhos de saúde traduzidos na redução da morbilidade e da mortalidade hospitalar e global, por enfarte agudo do miocárdio (EAM) e acidente vascular cerebral (AVC)»¹.

O reconhecimento precoce dos sintomas e sinais de EAM e do AVC pelo doente ou por outra pessoa, a activação do sistema nacional de emergência médica (SNEM) e a consequente redução do tempo até ao tratamento podem contribuir para a redução da mortalidade por aquelas patologias.

Torna-se pois necessário que as populações estejam informadas sobre os sintomas e sinais de alerta de modo a estarem capacitadas para um reconhecimento precoce das situações e dos procedimentos a adoptar.

Os pressupostos acima definidos constam do *«Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC) 2007»* elaborado pela Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares em conjunto com as Administrações Regionais de Saúde e o Instituto Nacional de Emergência Médica, no âmbito do Alto Comissariado para a Saúde¹.

Neste quadro de referência, em Janeiro de 2008, foi lançada uma campanha educativa sobre a temática destinada a sensibilizar a população em geral.

Naquele documento é ainda preconizada *«a existência de sistemas de informação para monitorizar o desempenho das estratégias de intervenção destinadas à redução da doença cardiovascular e do seu impacto na saúde individual e comunitária»*.

Neste contexto surgiu o estudo **«Sinais de Alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral: uma observação sobre conhecimentos e atitudes»** cujos resultados constam do relatório científico que se passa a apresentar.

Objectivo

O objectivo do estudo foi:

- i. Avaliar o grau de conhecimento dos sinais de alarme do Enfarte Agudo do Miocárdio e do Acidente Vascular Cerebral que a população portuguesa do Continente tem. Nomeadamente, estimar a percentagem de respondentes que têm um conhecimento adequado dos sinais alarme de EAM e AVC e como se distribuem esses dois indicadores por sexo, idade, nível de instrução e Região.

Material e métodos

Descrição do estudo

Tratou-se de um estudo descritivo, transversal, com dados colhidos através de um inquérito realizado por entrevista telefónica, em Junho de 2008. O questionário foi aplicado a uma amostra constituída por elementos de 18 e mais anos, residentes em unidades de alojamento do Continente que integram o painel ECOS².

População

A população-alvo deste estudo foi constituída pelos indivíduos com ≥ 18 anos residentes em unidades de alojamento (UA) do Continente com telefone fixo.

Amostra

A amostra foi seleccionada utilizando o instrumento ECOS- Em Casa Observamos Saúde². Tratou-se de uma amostra aleatória constituída por **1033 unidades de alojamento (UA) com telefone fixo**, estratificada por Região de Saúde do Continente, com alocação homogénea.

Para todos os agregados foi enviada previamente uma carta convite solicitando a participação no estudo (Anexo I).

Colheita de dados

Em cada agregado foi inquirido apenas um elemento com 18 ou mais anos.

A recolha de dados foi feita através da aplicação de um questionário de 19 perguntas, adaptadas ao método de entrevista telefónica e com base em instrumentos utilizados noutros estudos, nomeadamente, *2005 Behavioral Risk Factor Surveillance System do Center*

for Disease Control dos EUA³ e, também, na informação veiculada pela campanha educativa «Seja mais rápido que um Enfarte» e «Seja mais rápido que um AVC». Nele estão omissas algumas das variáveis universais de identificação atendendo a que os elementos das famílias da amostra ECOS já estavam pré caracterizados relativamente a essas variáveis. Com base num estudo de referência⁴, os sintomas apresentados como sinais de alarme, além de serem em maior número, foram agrupados de um modo algo diferente do que aquele constante nos folhetos informativos da campanha educativa, mas ainda assim, permitindo testar o conhecimento da informação veiculada por esta. Do conjunto de sintomas apresentados para cada uma das doenças constou um sintoma erróneo numa perspectiva de testar a consistência interna do questionário (perguntava-se se «perturbação súbita da visão de um ou dois olhos» era um sinal de alarme para EAM e se «dor no peito/sensação de desconforto/opressão» era sinal de alarme de AVC) (Anexo II).

Os entrevistadores tiveram formação específica para o trabalho em questão.

Varáveis estudadas:

Colheram-se dados relativos a

- **Caracterização dos inquiridos:** sexo, idade, nível de instrução e Região de Saúde de residência;
- **“Experiência” de EAM e AVC:** morbilidade por EAM e AVC do respondente ou presenciada em terceiros
- **Identificação de sintomas** de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC).
- **Atitude adoptada** perante a ocorrência de um Enfarte ou AVC;
- **Conhecimento sobre a campanha “Seja mais rápido que um Enfarte/AVC”**

Para efeitos de análise

- A idade foi desagregada em três estratos: *18-44; 45-64; 65 e mais anos*;
- O nível de escolaridade (completado ou a ser frequentado) foi agrupado em 4 categorias: *menos que o ensino básico; ensino básico, ensino secundário, ensino superior*.

Foi realizado um ensaio piloto utilizando a mesma metodologia, à excepção da utilização da amostra ECOS, com a finalidade de testar a adequação do questionário.

Tratamento dos dados e análise estatística

Os dados colhidos foram registados em suporte informático, tendo a base de dados sido submetida a um processo de validação da congruência.

Uma vez que a amostra utilizada não é auto ponderada optou-se por **apresentar os resultados ponderados por Região**. Para as ponderações foi utilizada a estimativa da População Portuguesa do Continente, de 2006 (INE). As ponderações utilizadas consistem no número de indivíduos que cada elemento da amostra ECOS representa, na população portuguesa do Continente, em 2006.

Atendendo a que as variáveis em estudo eram, na sua maioria, categoriais, a principal estatística utilizada foi a frequência relativa apresentada na forma de percentagem.

Primeiramente, descreveu-se a amostra dos inquiridos das unidades de alojamento, no que respeita a características sócio-demográficas.

Do conjunto de variáveis estudadas foram definidos grupos temáticos que incluíam: **“experiência” de EAM e AVC dos inquiridos, a identificação de sintomas, as atitudes face à doença e conhecimento de campanha educativa**. Assim, a análise dos dados teve como objectivo a obtenção de estimativas pontuais e a avaliação da associação entre as variáveis de interesse, de cada um dos grupos acima apresentados (variáveis dependentes), com um conjunto de variáveis de caracterização dos indivíduos (variáveis independentes): *região de saúde* (da residência), *sexo*, *grupo etário*, *nível de escolaridade*.

Quando as percentagens encontradas foram muito pequenas, não se fez qualquer análise desagregada ou optou-se por analisar conjuntamente variáveis, nomeadamente as variáveis «ter tido um EAM», «ter presenciado a ocorrência de um EAM», «ter tido um AVC» e «ter presenciado a ocorrência de um AVC». Com efeito, criou-se uma terceira variável para cada uma das doenças que agregou quem sofreu e quem presenciou.

Para testar a associação (ou independência) com as variáveis de desagregação foram utilizadas a estatística F-modificada variante do ajustamento de 2ª ordem do Qui-Quadrado de Rao-Scott⁵ cujas propriedades são apresentadas em Rao e Thomas⁶ e a estatística do Qui-quadrado de Pearson para a variável independente «Região de Saúde». Foi estabelecido em 5%, o nível de significância dos testes, tendo-se rejeitado a hipótese nula quando a probabilidade de significância do teste (*p-value*) foi inferior a este valor.

Para além de se testar a associação entre as variáveis dependentes e as independentes, duas a duas, procedeu-se a uma abordagem multivariada, de forma a ajustar os resultados para possíveis efeitos de confundimento, recorrendo a métodos de regressão logística e ao cálculo das “*odds ratio*” (OR) resultantes. Na interpretação destes resultados considerou-se as “*odds ratio*” como uma razão de possibilidades⁷, considerando que um $OR > 1$ ($OR < 1$) significa que os indivíduos que pertencem à categoria a que se refere o OR, têm mais (menos) possibilidades de adquirirem a característica descrita pela variável dependente do que os indivíduos da categoria de referência, resultado este que está controlado para as restantes variáveis independentes.

Calculou-se também, para todas as frequências apresentadas, os seus intervalos de confiança a 95% utilizando a transformação logística, sendo apresentados os valores retrovertidos para percentagens.

Todos os cálculos foram feitos usando o módulo *Basic e Complex Samples* do programa estatístico SPSS15.0⁸.

Resultados

Conforme foi referido consideraram-se para fins de análise dos resultados, as estimativas ponderadas por Região de Saúde.

Amostra

Foram contactadas, com êxito, 773 unidades de alojamento, o que corresponde a 74,8% das 1033 UA da amostra inicial.

Respondentes

Nas tabelas I, II, III apresenta-se a distribuição dos respondentes (773) por algumas variáveis. Relembre-se que os respondentes se caracterizaram por ter 18 e mais anos.

Constatou-se que os inquiridos se caracterizaram por ser, na sua maioria, do sexo feminino (72,1%), do grupo etário dos 45-64 anos (43,8%), de apresentarem uma escolaridade de nível básico (49,7%) (Tabela 1 e 2).

Na Tabela 3 descreve-se a distribuição geográfica dos respondentes das UA participantes. A amostra planeada tinha o mesmo número de UA, em cada Região. Não foi encontrada heterogeneidade na distribuição dos respondentes pelas diferentes Regiões ($p=0,764$).

Tabela I – Distribuição (%) dos **respondentes** (≥ 18 anos) e da população residente (≥ 18 anos) (estimativas do INE), por **sexo** e por **idade**

	n	amostra n/ponderada	s/inf	amostra ponderada por Região		População Estimativas 2006
		%		%	IC95%	%
Sexo	773		-			
masculino		27,3, (211)		27,9	(24,6; 31,4)	47,8
feminino		72,7 (562)		72,1	(68,6; 75,4)	52,2
Grupo etário (anos)	768		0,6			
18-44		30,1 (231)		31,9	(28,5; 35,6)	47,6
45-64		44,1 (339)		43,8	(40,0; 47,6)	30,9
≥ 65		25,8 (198)		24,3	(21,2; 27,6)	21,4

n - número de registos válidos; (...) – numerador da percentagem

Tabela II – Distribuição (%) dos **respondentes** (≥18 anos) por **nível de instrução e ocupação**

	n	amostra n/ponderada	% s/inf	amostra ponderada por Região	
		%		%	IC95%
Nível de instrução (frequentado)	770		0,4		
Menos que o ensino básico		10,1 (78)		9,7	(7,7; 12,1)
Ensino básico		53,0 (410)		49,7	(45,9; 53,5)
Ensino secundário		18,4 (142)		19,8	(16,9; 23,1)
Ensino superior		18,1 (140)		20,3	(17,4; 23,6)

n - número de registos válidos; (...) – numerador da percentagem

Tabela III - Distribuição (%) dos **respondentes** (≥18 anos) nas UA por **Região**

	Respondentes	
	% (n=773)	p
Regiões		0,764
Norte	19,9 (154)	
Centro	21,9 (169)	
Lisboa e Vale do Tejo	19,0 (147)	
Alentejo	19,5 (151)	
Algarve	19,7 (152)	

n - número de registos válidos; (...) – numerador da percentagem; p - refere-se à distribuição da proporção entre as classes da variável – teste do Bom-Ajustamento do χ^2 hipótese nula de homogeneidade

“Experiência” de EAM e AVC

O facto de se ter sofrido um EAM e/ou um AVC ou presenciado as suas ocorrências em terceiros poderia, hipoteticamente, influenciar de algum modo o reconhecimento de sinais de alarme das respectivas patologias.

Na Tabela IV apresentam-se os resultados relativos à percentagem de respondentes que já sofreram de alguma das doenças ou presenciaram a sua ocorrência. Assim, 2,3% e 2,0% correspondendo a 25 e a 11 inquiridos, referiram ter sofrido, respectivamente de EAM e AVC.

Relativamente à experiência do presenciar a ocorrência de alguma das doenças, 13,5% referiu ter presenciado a ocorrência de EAM e 14,4% presenciou a ocorrência de AVC.

Tabela IV – Percentagem de **respondentes** (≥ 18 anos) que declararam ter **sofrido** um Enfarte Agudo do Miocárdio (**EAM**), ter **presenciado** alguma ocorrência de **EAM**, ter **sofrido** um Acidente Vascular Cerebral (**AVC**), ter **presenciado** alguma ocorrência de **AVC**

	n	%*	IC95%
Teve um EAM	773	2,3	(1,5; 3,6)
Presenciou a ocorrência de um EAM	773	13,5	(11,1; 16,3)
Teve um AVC	773	2,0	(1,2; 3,3)
Presenciou a ocorrência de um AVC	773	14,4	(12,0; 17,3)

n - número de respostas válidas; *resultado ponderado por Região

Identificação de Sinais de Alarme para EAM e AVC

Os respondentes foram inquiridos acerca de um conjunto de sinais de alarme, cujo aparecimento súbito deveria alertar para a possível ocorrência de Enfarte Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral. Perante os sintomas mencionados os respondentes tinham que responder se o sintoma em questão poderia ser sinal de alarme do EAM e AVC, com três opções de resposta: «sim», «não», «não sabe/não tem a certeza».

Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)

Da análise da Tabela V ressalta que o reconhecimento dos sintomas como sinais de alarme de EAM variou. Na globalidade, foi baixa a percentagem de reconhecimento, atendendo a que a resposta de interesse deveria ser «Sim». Constatou-se que apenas dois sintomas foram referidos positivamente por mais de metade dos inquiridos, nomeadamente, «dor no peito ou sensação de desconforto (opressão, peso, ardor no meio do peito)» (84,4%) e «dificuldade em respirar (em encher o peito de ar)» (67,0%). De realçar que o grupo de sintomas «suores frios/sensação de náuseas ou vômitos», evidenciado na campanha informativa «Seja mais rápido que...» foi apenas mencionado positivamente por 47,8% dos respondentes.

Na tabela VI estão descritas as percentagens obtidas para as Regiões, não se identificando um padrão consistente para as diferenças encontradas. Contudo sintomas como «dor, desconforto nos braços ou ombros» e «suores frios/sensação de náuseas/vômitos» revelaram diferenças significativas

O reconhecimento de cada um dos seis sinais de alarme não revelou ser influenciado pelo facto do inquirido ser do sexo masculino ou feminino; mas variou, com significado estatístico, com o grupo etário e nível de instrução, para 4 dos 6 grupos de sintomas (Tabela VII). Com efeito, foram os indivíduos do grupo etário 45-64 anos, que para a maioria dos sinais, apresentaram as percentagem mais elevadas de conhecimento. Com a variável «nível de instrução» o sentido da variação não foi tão consistente, mas pareceu haver uma tendência para os respondentes com maior nível de instrução apresentarem percentagens mais elevadas.

Analisou-se, ainda, se o facto de ter tido um EAM ou presenciado a ocorrência do mesmo poderia de algum modo influenciar o reconhecimento de sinais de alarme, nomeadamente daqueles mais paradigmáticos. Os resultados obtidos estão descritos na Tabela VII, constatando-se não existir associação estatisticamente significativa entre as variáveis apresentadas, à excepção do sinal «dor/desconforto no pescoço/queixo/ombro». Contudo, o grupo que teve qualquer uma daquelas vivências apresentou consistentemente percentagens mais elevadas de indivíduos a reconhecerem sinais de alerta relativamente aqueles que as não

tiveram.

Quando se consideraram, em conjunto, os sinais evidenciados na campanha (dor no peito/suores frios com sensação de náuseas/vómitos), a percentagem de respondentes que reconheceram ambos os sinais foi de 45,0% (IC_{95%}: 41,3; 48,8). Contudo, o padrão de associação com as variáveis em estudo, destes dois sinais analisados conjuntamente, foi semelhante ao obtido para cada um dos seis sinais analisados individualmente, isto é, a idade ($p<0,001$) e o nível de instrução ($p<0,001$) influenciaram significativamente o reconhecimento dos sinais de alerta.

Conforme foi referido atrás, dos sinais apresentados constava um incorrecto («perturbação súbita da visão de um ou dois olhos»). Foram 39,0% (IC_{95%}: 35,4; 42,7) os respondentes que identificaram incorrectamente esse sinal como de alerta para o EAM. Em adição, diga-se que foi muito baixa a percentagem de respondentes que assinalaram correctamente, e simultaneamente, os sinais de alarme mais paradigmáticos e o erróneo, como errado (7,3%: IC_{95%}: 5,5; 9,6).

Tabela V – Distribuição (%) dos **respondentes** (≥18 anos) por reconhecimento de sinais de alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio

	Sinais de alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio																	
	Dor/desconforto no pescoço/queixo/costas			Sensação de desmaio/fraqueza			Dor no peito/opressão/peso			Dor/desconforto nos braços ou ombros			Dificuldade em encher o peito de ar			Suores frios/sensação de náusea/vômitos		
	n	%*	I.C95%	n	%*	I.C95%	n	%*	I.C95%	n	%*	I.C95%	n	%*	I.C95%	n	%*	I.C95%
	772			771			772			772			772			772		
Sim		32,3	(28,9; 36,0)		38,9	(35,2; 42,7)		84,4	(81,4; 86,9)		46,8	(43,0; 50,5)		67,0	(63,3; 70,4)		47,8	(44,1; 51,6)
Não		33,0	(29,5; 36,7)		23,4	(20,4; 26,8)		4,4	(3,1; 6,2)		20,4	(17,5; 23,6)		10,1	(8,0; 12,7)		15,7	(13,1; 18,7)
Não sabe/não tem a certeza		34,7	(31,2; 38,3)		37,7	(34,1; 41,4)		11,2	(9,1; 13,9)		32,8	(29,4; 36,5)		22,9	(19,9; 26,2)		36,5	(32,9; 40,2)

n - número de registos válidos; * resultado ponderado por Região

Tabela VI - Percentagens de **respondentes** (≥18 anos) que identificaram os sinais de alarme para o Enfarte Agudo do Miocárdio, **por Região**

Região	Sinais de alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio																	
	Dor/desconforto no pescoço/queixo/costas			Sensação de desmaio/fraqueza			Dor no peito/opressão/peso			Dor/desconforto nos braços ou ombros			Dificuldade em encher o peito de ar			Suores frios/sensação de náusea/vômitos		
	n	%	I.C95%	n	%	I.C95%	n	%	I.C95%	n	%	I.C95%	n	%	I.C95%	n	%	I.C95%
Norte	153	28,8	(21,6; 36,0)	153	40,5	(32,7; 48,3)	153	80,4	(74,1; 86,7)	153	46,4	(38,5; 54,3)	153	62,7	(55,0; 70,4)	153	41,2	(33,4; 49,0)
Centro	169	34,9	(27,7; 42,1)	169	36,1	(28,9; 43,3)	169	84,6	(79,2; 90,0)	169	38,5	(31,2; 45,8)	169	69,8	(62,9; 76,7)	169	56,8	(49,3; 64,3)
LVT	147	33,3	(25,7; 40,9)	146	40,4	(32,4; 48,4)	147	87,8	(82,5; 93,1)	147	51,0	(42,9; 59,1)	147	69,4	(62,0; 76,8)	147	46,3	(38,2; 54,4)
Alentejo	151	31,8	(24,4; 39,2)	151	31,8	(24,4; 39,2)	151	88,1	(82,9; 93,3)	151	54,3	(46,4; 62,2)	151	68,9	(61,5; 76,3)	151	53,0	(45,0; 61,0)
Algarve	152	36,8	(29,1; 44,5)	152	38,2	(30,5; 45,9)	152	80,3	(74,0; 86,6)	152	53,3	(45,4; 61,2)	152	59,9	(52,1; 67,7)	152	53,3	(45,4; 61,2)
<i>p</i>		0,621			0,494			0,161			0,028			0,224			0,042	

n - número de registos válidos

Tabela VII - Percentagens de **respondentes** (≥ 18 anos) que identificaram os sinais de alarme para o Enfarte Agudo do Miocárdio, **por sexo, idade, nível de instrução e morbidade/testemunho de um EAM**

Sinais de alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio																								
Dor/desconforto no pescoço/queixo/costas				Sensação de desmaio/fraqueza				Dor no peito/opressão/peso				Dor/desconforto nos braços ou ombros				Dificuldade em encher o peito de ar				Suores frios/sensação de náusea/vômitos				
n	%*	I.C95%	n	%*	I.C95%	n	%*	I.C95%	n	%*	I.C95%	n	%*	I.C95%	n	%*	I.C95%	n	%*	I.C95%	n	%*	I.C95%	
Sexo																								
Masculino	211	30,9	(24,8; 37,9)	210	38,8	(32,0; 46,1)	211	83,6	(77,5; 88,3)	211	42,8	(35,8; 50,0)	211	63,2	(56,0; 69,8)	211	47,5	(40,4; 54,6)						
Feminino	561	32,9	(28,8; 37,2)	561	38,9	(34,6; 43,3)	561	84,7	(81,2; 87,6)	561	48,3	(43,9; 52,7)	561	68,4	(64,2; 72,4)	561	48,0	(43,6; 52,4)						
<i>p</i>		0,630			0,980		0,731				0,198		0,193				0,904							
Idade																								
18-44	231	29,3	(23,5; 35,8)	231	37,7	(31,4; 44,5)	231	89,4	(84,5; 92,9)	231	47,9	(41,2; 54,7)	231	69,8	(63,2; 75,7)	231	44,7	(38,1; 51,5)						
45-64	339	34,2	(29,0; 39,9)	339	42,2	(36,6; 48,0)	339	89,1	(85,1; 92,1)	339	52,4	(46,6; 58,1)	339	73,1	(67,7; 77,8)	339	55,4	(49,7; 61,0)						
≥ 65	197	33,0	(26,3; 40,5)	196	34,5	(27,6; 42,2)	197	69,4	(61,8; 76,1)	197	35,3	(28,3; 43,07)	197	52,0	(44,4; 59,6)	197	38,5	(31,5; 46,1)						
<i>p</i>		0,489			0,257		<0,001				0,002		<0,001				0,001							
Nível de instrução (frequentado)																								
Menor que o ensino básico	77	26,1	(17,2; 37,6)	77	33,9	(23,5; 46,2)	77	59,7	(47,4; 70,8)	77	28,2	(18,9; 39,9)	77	43,9	(32,5; 56,0)	77	23,9	(15,7; 34,7)						
Ensino básico	410	34,2	(29,4; 39,4)	409	38,2	(33,1; 43,5)	410	83,2	(78,9; 86,8)	410	41,2	(36,1; 46,5)	410	70,0	(65,0; 74,6)	410	50,5	(45,27; 55,7)						
Ensino secundário	142	28,9	(21,8; 37,4)	142	45,0	(36,6; 53,7)	142	91,9	(85,7; 95,5)	142	48,5	(40,0; 57,1)	142	74,6	(66,4; 81,4)	142	43,7	(35,4; 52,3)						
Ensino universitário	140	34,7	(27,0; 43,3)	140	36,8	(28,9; 45,5)	140	92,3	(85,9; 95,9)	140	66,2	(57,6; 73,8)	140	63,1	(54,4; 71,1)	140	57,7	(49,0; 66,0)						
<i>p</i>		0,439			0,385		<0,001				<0,001		<0,001				<0,001							
EAM (teve/presenciou)																								
Sim	122	45,1	(35,7; 54,9)	121	42,8	(33,4; 52,6)	122	86,0	(77,5; 91,7)	122	53,4	(43,7; 62,9)	122	74,3	(64,9; 81,8)	122	51,9	(42,3; 61,5)						
Não	650	30,0	(26,4; 33,9)	650	38,2	(34,2; 42,3)	650	84,1	(80,9; 86,8)	650	45,5	(41,5; 49,7)	650	65,6	(61,6; 69,4)	650	47,1	(43,0; 51,2)						
<i>p</i>		0,003			0,387		0,621		0,145		0,088		0,088				0,368							

n - número de respostas válidas; *p* - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável - teste de χ^2 de Pearson com a correção de Rao and Scott (F-modificado); * resultado ponderado por Região

Acidente Vascular Cerebral

Relativamente ao Acidente Vascular Cerebral os respondentes revelaram um nível mais elevado de alerta, em comparação com o EAM. Para os sintomas mais específicos e constantes na campanha informativa, as percentagens de reconhecimento foram elevadas, nomeadamente, «dificuldade em falar», 85,1% (Tabela VIII).

Não se verificaram diferenças de distribuição, com significado estatístico, associadas às Regiões (Tabela IX).

As mulheres revelaram, genericamente, maior reconhecimento dos sinais do que os homens, mas apenas para o grupo de sintomas «falta de força no braço/perna, boca ao lado» se verificou uma diferença estatisticamente significativa nas percentagens estimadas. O único sinal mais reconhecido pelos homens referiu-se às «perturbações da visão» (Tabela X).

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas associadas às variáveis «grupo etário» e «nível de instrução», com os indivíduos do grupo etário 45-64 e os com nível de instrução mais elevado a apresentarem, genericamente, as maiores percentagens de reconhecimento (Tabela X).

Para o sinal «falta de força no braço/perna, boca ao lado» foi identificada associação estatisticamente significativa entre o facto de ter sofrido da doença ou ter presenciado a sua ocorrência em terceiros e o respectivo nível de reconhecimento (Tabela 10). Mas, também, para esta doença, à semelhança do que se verificou para o EAM, os respondentes que experimentaram aquelas vivências revelaram-se mais alertados.

Quando se consideraram em conjunto, os sinais evidenciados na campanha (falta de força num braço/perna/boca ao lado e dificuldade em falar), a percentagem de respondentes alertados foi de 82,4% (IC_{95%}: 79,4; 85,1). Esta percentagem não se afasta muito daquela que foi obtida para cada um dos sinais isoladamente. O padrão de associação com as variáveis em estudo, dos sinais analisados conjuntamente, foi semelhante ao obtido para cada um dos seis sinais analisados individualmente, isto é, a idade ($p=0,001$) e o nível de instrução ($p<0,001$) influenciam significativamente o reconhecimento, mas também, a experiência passada com estas doenças ($p=0,036$).

Também para o AVC, dos sinais apresentados constava um incorrecto («dor no peito/sensação de desconforto/opressão»). Foram 55,1% (IC_{95%}: 51,3; 58,9) os respondentes que identificaram incorrectamente esse sinal como de alerta para o AVC. Foi 17,4% (IC_{95%}: 14,6; 20,5), a percentagem de respondentes que assinalaram correctamente os sinais de alarme mais paradigmáticos e o incorrecto como o errado.

Tabela VIII – Distribuição (%) dos **respondentes** (≥18 anos) **por reconhecimento de sinais de alarme de Acidente Vascular Cerebral**

Sinais de alarme de Acidente Vascular Cerebral														
Confusão/dificuldade na fala			Falta de força num braço ou perna/boca ao lado			Perturbação súbita da visão de um ou dois olhos			Dificuldade súbita no andar/perda de equilíbrio/enjoo			Dor de cabeça intensa, sem causa conhecida		
n	%*	I.C95%	n	%*	I.C95%	n	%*	I.C95%	n	%*	I.C95%	n	%*	I.C95%
772			772			772			772			772		
Sim	85,1	(82,2; 87,6)	92,8	(90,6; 94,5)		48,2	(44,4; 51,9)		65,2	(61,5; 68,7)		59,2	(55,4; 62,9)	
Não	3,3	(2,2; 4,9)	1,2	(0,6; 2,4)		10,1	(8,0; 12,6)		8,9	(6,9; 11,3)		9,4	(7,4; 11,9)	
Não sabe/não tem a certeza	11,6	(9,4; 14,2)	6,0	(4,5; 8,0)		41,8	(38,1; 45,5)		26,0	(22,8; 29,4)		31,4	(27,9; 35,0)	

n - número de registos válidos; *resultado ponderado por Região

Tabela IX - Percentagens de **respondentes** (≥18 anos) que identificaram os sinais de alarme para o Acidente Vascular Cerebral, **por Região**

Sinais de alarme de Acidente Vascular Cerebral															
Confusão/dificuldade na fala			Falta de força num braço ou perna/boca ao lado			Perturbação súbita da visão de um ou dois olhos			Dificuldade súbita no andar/perda de equilíbrio/enjoo			Dor de cabeça intensa, sem causa conhecida			
n	%	I.C95%	n	%	I.C95%	n	%	I.C95%	n	%	I.C95%	n	%	I.C95%	
Região															
Norte	153	87,6	(82,4; 92,8)	153	90,8	(86,2; 95,4)	153	53,6	(45,7; 61,5)	153	65,4	(57,9; 72,9)	153	56,2	(48,3; 64,1)
Centro	169	82,2	(76,4; 88,0)	169	92,3	(88,3; 96,3)	169	43,8	(36,3; 51,3)	169	58,6	(51,2; 66,0)	169	59,2	(51,8; 66,6)
LVT	147	85,0	(79,2; 90,8)	147	95,2	(91,7; 98,7)	147	44,9	(36,9; 52,9)	147	68,0	(60,5; 75,5)	147	61,9	(54,0; 69,8)
Alentejo	151	86,8	(81,4; 92,2)	151	92,7	(88,6; 96,8)	151	52,3	(44,3; 60,3)	151	73,5	(66,5; 80,5)	151	57,6	(49,7; 65,5)
Algarve	152	81,6	(75,4; 87,8)	152	90,1	(85,4; 94,8)	152	54,6	(46,7; 62,5)	152	68,4	(61,0; 75,8)	152	61,8	(54,1; 69,5)
<i>p</i>	0,496			0,517			0,163			0,072			0,808		

n - número de registos válidos

Tabela X - Percentagens de respondentes (≥ 18 anos) que identificaram os sinais de alarme para o Acidente Vascular Cerebral, por sexo, idade, nível de instrução e “experiência” de AVC

Sinais de alarme de Acidente Vascular Cerebral															
Confusão/dificuldade na fala			Falta de força num braço ou perna/boca ao lado			Pertubação súbita da visão de um ou dois olhos			Dificuldade súbita no andar/perda de equilíbrio/enjoo			Dor de cabeça intensa, sem causa conhecida			
n	%*	I.C95%	n	%*	I.C95%	n	%*	I.C95%	n	%*	I.C95%	n	%*	I.C95%	
Sexo															
Masculino	211	83,9	(77,9; 88,5)	210	89,5	(84,2; 93,2)	211	50,8	(43,6; 58,0)	211	63,2	(56,0; 69,9)	211	57,3	(50,0; 64,2)
Feminino	561	85,6	(82,2; 88,4)	561	94,1	(91,7; 95,8)	561	47,1	(42,7; 51,6)	561	65,9	(61,6; 70,0)	561	60,0	(55,5; 64,3)
<i>p</i>	0,575			0,041			0,390			0,506			0,525		
Idade															
18-44	231	88,5	(83,5; 92,1)	231	93,4	(89,3; 96,1)	231	49,8	(43,1; 56,6)	231	64,7	(58,0; 70,9)	231	60,8	(54,0; 67,2)
45-64	339	87,9	(83,6; 91,2)	339	95,4	(92,2; 97,3)	339	51,9	(46,1; 57,6)	339	70,6	(65,1; 75,5)	339	62,5	(56,8; 67,9)
≥ 65	197	75,9	(68,8; 81,8)	196	87,1	(81,2; 91,3)	197	38,6	(31,5; 46,2)	197	55,9	(48,2; 63,3)	197	51,0	(43,4; 58,6)
<i>p</i>	0,001			0,004			0,020			0,007			0,005		
Nível de instrução (frequentado)															
< Ensino básico	77	67,9	(55,8; 78,1)	77	82,0	(71,1; 89,4)	77	37,5	(26,9; 49,6)	77	55,5	(43,5; 67,0)	77	49,0	(37,1; 60,9)
Ensino básico	410	84,2	(79,9; 87,6)	409	93,7	(90,6; 95,8)	410	45,5	(40,3; 50,7)	410	62,4	(57,2; 67,4)	410	54,6	(49,3; 59,8)
Ensino secundário	142	86,3	(79,0; 91,4)	142	93,7	(87,9; 96,8)	142	43,1	(34,9; 51,8)	142	64,2	(55,5; 72,1)	142	58,5	(49,8; 66,8)
Ensino universitário	140	93,9	(88,5; 96,8)	140	94,7	(89,4; 97,4)	140	65,7	(57,2; 73,3)	140	77,6	(69,6; 84)	140	76,1	(68,0; 82,7)
<i>p</i>	<0,001			0,006			<0,001			0,005			<0,001		
AVC (teve/presenciou)															
Sim	130	90,9	(84,1; 95,0)	130	97,9	(94,1; 99,3)	130	53,9	(44,6; 63,0)	130	71,5	(62,5; 79,1)	130	64,0	(54,7; 72,3)
Não	642	84,0	(80,7; 86,8)	642	91,8	(89,2; 93,8)	642	47,0	(42,9; 51,2)	642	63,9	(59,8; 67,8)	642	58,3	(54,1; 62,3)
<i>p</i>	0,056			0,006			0,186			0,124			0,265		

n - número de respostas válidas; *p* - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável - teste de χ^2 de Pearson com a correção de Rao and Scott (F-modificado); * resultado ponderado por Região

O que fariam

O que fariam em primeiro lugar perante a ocorrência de um Enfarte ou de um AVC

Perante a ocorrência de um EAM ou AVC a maioria dos respondentes referiu que «Liga 112», em primeiro lugar (82,0%) (Tabela XI).

Tabela XI – Distribuição (%) dos **respondentes** (≥ 18 anos) por **atitudes adoptadas, em primeiro lugar**, perante uma ocorrência de Enfarte ou AVC

	n	%*	IC95%
O que fariam em primeiro lugar:	773		
Liga para o «112»		82,0	(78,9; 84,8)
Recorre ao hospital		9,7	(7,7; 12,3)
Chama um familiar		2,9	(1,9; 4,5)
Faz outra coisa não mencionada		2,5	(1,6; 4,1)
Chama um médico		2,1	(1,2; 3,5)
Não sabe, não tem a certeza do que fazer		0,7	(0,3; 1,7)

n - número de respostas válidas; *resultado ponderado por Região

O procedimento «Ligar 112» deveria ser o primeiro a ser adoptado por todos os respondentes, o que não se verificou, conforme descrito atrás. Considerou-se pois pertinente proceder à análise da distribuição percentual deste procedimento, segundo algumas variáveis.

A distribuição por Região, dos indivíduos que optariam, em primeiro lugar, por esta prática, revelou-se homogénea. No entanto a Região do Algarve apresentou a maior percentagem (88,8%) e o Norte, a menor (78,6%). Observaram-se diferenças significativas por idade, em que os indivíduos mais idosos apresentaram em menor percentagem este tipo de atitude (70,9%), e por nível de instrução, com um aumento progressivo desta percentagem, dos indivíduos do menor nível de instrução (63,4%) para os que referiram instrução de nível superior (88,1%) (Tabelas XII e XIII).

Paradoxalmente, a experiência de já ter tido um Enfarte ou AVC ou testemunhado a sua ocorrência, parece não ter qualquer efeito na adopção da prática. Com efeito os que responderam positivamente à questão apresentaram uma menor percentagem de indivíduos a referirem «Ligar 112», em primeiro lugar (78,7%) (Tabela XIII).

Tabela XII - Percentagem dos respondentes (≥ 18 anos) que optariam, em 1º lugar, por **ligar 112** perante a ocorrência de um Enfarte ou AVC, por **Região**

	n	%	I.C95%	p
Total	773	82,0*	(78,9; 84,8)	
Regiões				0,082
Norte	154	78,6	(72,1; 85,1)	
Centro	169	86,4	(81,2; 91,6)	
Lisboa e Vale do Tejo	147	81,6	(75,3; 87,9)	
Alentejo	151	80,1	(73,7; 86,5)	
Algarve	152	88,8	(83,8; 93,8)	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável – teste de χ^2 de Pearson; *resultado ponderado por Região

Tabela XIII - Percentagem dos **respondentes** (≥ 18 anos) que optariam, em 1º lugar, por **ligar 112** perante a ocorrência de um Enfarte ou AVC, por **sexo, idade, nível de instrução e “experiência” de qualquer das doenças**

	n	%*	I.C95%	p
Sexo				0,377
Masculino	211	84,2	(78,2; 88,7)	
Feminino	562	81,2	(77,4; 84,5)	
Idade				<0,001
18-44	231	86,6	(81,1; 90,7)	
45-64	339	85,6	(81,1; 89,3)	
≥ 65	198	70,9	(63,4; 77,4)	
Nível de instrução (frequentado)				<0,001
Menos que o ensino básico	78	63,4	(51,1; 74,1)	
Ensino básico	410	81,1	(76,5; 84,9)	
Ensino secundário	142	86,9	(79,6; 91,8)	
Ensino superior	140	88,1	(81,1; 92,7)	
Enfarte/AVC (teve ou presenciou)				0,190
Sim	200	78,7	(71,8; 84,2)	
Não	573	83,2	(79,6; 86,3)	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável – teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região

Conhecimento e atitude

Ouvir falar da campanha

Considerou-se de interesse saber se os respondentes já tinham ouvido falar da campanha «Seja mais rápido que...». Praticamente um quarto dos respondentes referiram já ter ouvido falar da campanha (24,4%) (Tabela XIV).

Relevam-se os resultados relativos às Regiões pelo seu eventual interesse operacional. Conforme descrito na Tabela XV, constataram-se diferenças significativas na distribuição do indicador pela variável Região, ainda com o Algarve a apresentar uma maior percentagem de indivíduos informados (32,9 %) e o Norte, a menor (18,2%).

De realçar a percentagem referida pelos indivíduos de 65 e mais anos (21,9%) (Tabela XVI).

Tabela XIV – Distribuição (%) dos **respondentes** (≥ 18 anos) por **conhecimento da campanha «Seja mais rápido que...»**

	n	%*	IC95%
Ouvir falar da campanha	773		
Sim		24,4	(21,3; 27,8)
Não		70,1	(66,5; 73,4)
Não sabe/não tem a certeza		5,5	(4,0; 7,6)

n - número de registos válidos; *resultado ponderado por Região

Tabela XV - Percentagem dos respondentes (≥ 18 anos) que ouviram falar da campanha «Seja mais rápido que...», por **Região**

	n	%	I.C95%	p
Regiões				0,038
Norte	154	18,2	(12,1; 24,3)	
Centro	169	24,3	(17,8; 30,8)	
Lisboa e Vale do Tejo	147	29,3	(21,9; 36,7)	
Alentejo	151	23,8	(17,0; 30,6)	
Algarve	152	32,9	(25,4; 40,4)	

n - número de registos válidos; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável – teste de χ^2 de Pearson; *resultado ponderado por Região

Tabela XVI - Percentagem dos respondentes (≥ 18 anos) que ouviram falar da campanha «Seja mais rápido que...», por **sexo**, **idade**, **nível de instrução** e **“experiência” de qualquer das doenças**

	n	%*	I.C95%	<i>p</i>
Sexo				
Masculino	211	24,8	(19,0; 31,5)	0.895
Feminino	562	24,3	(20,7; 28,3)	
Idade				
18-44	231	26,9	(21,3; 33,3)	0.531
45-64	339	24,3	(19,8; 29,5)	
≥ 65	198	21,9	(16,1; 29,0)	
Nível de instrução (frequentado)				
Menos que o ensino básico	78	23,8	(15,0; 35,5)	0.633
Ensino básico	410	22,6	(18,5; 27,2)	
Ensino secundário	142	27,8	(20,8; 36,2)	
Ensino superior	140	26,3	(19,4; 34,7)	
Enfarte/AVC (teve ou presenciou)				
Sim	200	21,1	(15,7; 27,8)	0.243
Não	573	25,5	(21,9; 29,5)	

n - número de registos válidos; *p* - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável – teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região

Conhecer os sinais de alarme e ligar 112

Partindo-se do princípio que o desejável seria estar alertado para os sinais mais relevantes (os expressos na campanha) e adoptar o procedimento mais correcto, «Ligar 112», considerou-se pertinente estudar a proporção de indivíduos que reconheciam correctamente ambos os sinais e tomavam a opção correcta de ligar para o 112. Analisando, em seguida, quais os factores que contribuíam para o conhecimento correcto dos sinais e do que fazer perante os sinais, controlando, nomeadamente algum efeito de confundimento entre as variáveis de cruzamento (independentes).

Foram 68,2%, os respondentes que revelaram conhecimento e boa prática face ao AVC, enquanto que para o EAM essa percentagem foi de 39,9%.

As diferenças regionais encontradas não se revelaram significativas. Contudo, no caso do EAM, a Região Centro desatacou-se positivamente, para o AVC, foram as regiões mais ao sul que apresentaram percentagens ligeiramente mais elevadas (Tabela XVII).

Da análise da Tabela XVIII verificou-se que a distribuição do indicador não foi homogénea, observando-se uma diminuição da percentagem com o aumento da idade e um aumento com o aumento do nível de instrução.

Da análise multivariada verificou-se que para o EAM apenas a variável «nível de instrução» apresentou efeitos estatisticamente significativos. Na realidade, a possibilidade de um conhecimento correcto de ambos os sinais e do que fazer perante os sinais, foi mais elevada nos indivíduos com escolaridade «ensino básico», «ensino secundário» e «ensino superior» quando comparados, respectivamente, com os indivíduos com «menos que o ensino básico». Verificando-se ainda que estas razões de possibilidades cresceram de forma consistente com o nível de escolaridade, nomeadamente, os indivíduos com o ensino superior têm cerca de 4 vezes mais possibilidade de terem conhecimento e procedimento adequados que os indivíduos com menos que o ensino básico (EAM: OR=3,8 e AVC: OR=3,9). Os resultados foram observados tanto para o EAM como para o AVC. No entanto para o AVC, o factor idade continuou a apresentar um efeito significativo para o conhecimento correcto, após se ter controlado para as restantes variáveis. Com efeito verificou-se que os indivíduos com 65 ou mais anos de idade apresentaram metade da possibilidade de um conhecimento adequado (OR=0,5) quando comparados com os indivíduos do grupo etário 18-44 anos de idade.

Tabela XVII – Distribuição das percentagens de respondentes: que **reconheceram os sinais de EAM, veiculados na campanha «Seja mais rápido que um Enfarte» e declararam que ligariam para o 112 em primeiro lugar**; que **reconheceram os sinais de AVC, veiculados na campanha «Seja mais rápido que um AVC» e declararam que ligariam em primeiro lugar para o 112**, por Região

	Enfarte Agudo do Miocárdio				Acidente Vascular Cerebral			
	n	%	IC95%	<i>p</i>	n	%	IC95%	<i>p</i>
Total	773	39,9*	(36,3; 43,6)	-	773	68,2*	(64,5; 71,6)	-
Região				0,053				0,928
Norte	154	33,1	(25,7; 40,5)		154	67,5	(60,1; 74,9)	
Centro	169	49,1	(41,6; 56,6)		169	69,2	(62,2; 76,2)	
Lisboa e Vale do Tejo	147	38,8	(30,9; 46,7)		147	67,3	(59,7; 74,9)	
Alentejo	151	43,7	(35,8; 51,6)		151	70,9	(63,7; 78,1)	
Algarve	152	42,8	(34,9; 50,7)		152	71,1	(63,9; 78,3)	

n: número total de registos válidos; *p* - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável – teste de χ^2 de Pearson; *resultado ponderado por Região;

Tabela XVIII – Distribuição das percentagens de respondentes que: a) reconheceram os sinais de EAM, veiculados na campanha «Seja mais rápido que um Enfarte» e declararam que ligavam para o 112 em primeiro lugar; b) reconheceram os sinais de AVC, veiculados na campanha «Seja mais rápido que um AVC» e declararam que ligavam em primeiro lugar para o 112, por sexo, grupo etário, escolaridade e “experiência “ de EAM e AVC e respectivos *odds ratio* ajustados[†]

	Enfarte Agudo do Miocárdio				Acidente Vascular Cerebral			
	%*	IC95%	OR	IC95%	%*	IC95%	OR	IC95%
Sexo								
Masculino	41,4	(34,5; 48,6)	1,5	(0,9; 2,3)	68,3	(61,2; 74,6)	0,8	(0,6; 1,2)
Feminino	39,3	(35,1; 43,7)	1	-	68,2	(63,8; 72,2)	1	-
<i>p</i>	0,624				0,978			
Grupo etário								
18-44	39,9	(33,4; 46,6)	1	-	74,7	(68,3; 80,1)	1	-
45-64	47,6	(42,0; 53,3)	1,5	(0,8; 2,6)	73,4	(67,9; 58,9)	1,1	(0,7; 1,6)
≥65	27,1	(21,0; 34,1)	0,9	(0,5; 1,5)	51,3	(43,6; 58,9)	0,5	(0,3; 0,9)
<i>p</i>	<0,001				<0,001			
Nível de instrução (frequentado)								
Menos que ensino básico	16,8	(10,0; 26,8)	1	-	41,2	(30,2; 53,1)	1	-
Ensino básico	40,1	(35,1; 45,4)	2,6	(1,3; 5,1)	65,8	(60,6; 70,7)	2,0	(1,1; 3,5)
Ensino secundário	41,1	(32,9; 49,6)	2,8	(1,3; 6,0)	73,3	(64,8; 80,3)	2,5	(1,5; 5,1)
Ensino superior	50,2	(36,4; 58,7)	3,8	(1,8; 8,3)	81,1	(73,5; 87,0)	3,9	(1,9; 8,1)
<i>p</i>	<0,001				<0,001			
Enfarte/AVC (teve ou presenciou)								
Sim	41,0	(32,0; 50,5)	1,0	(0,7; 1,7)	66,9	(57,7; 68,2)	0,9	(0,6; 1,5)
Não	39,7	(35,8; 43,8)	1	-	68,4	(64,4; 72,2)	1	-
<i>p</i>	0,804				0,752			

[†] Por regressão logística para o efeito das restantes variáveis independentes; ; n: número total de registos válidos; *p* - refere-se à comparação da percentagem entre as classes da variável – teste de χ^2 de Pearson; *resultado ponderado por Região

Discussão/Conclusões

O presente estudo correspondeu a uma abordagem sobre a identificação de sinais de alerta do Enfarte Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral, com base na campanha educativa de base populacional «Seja mais rápido que um Enfarte», «Seja mais rápido que um AVC».

Obteve-se uma taxa de resposta de 74,8%, correspondendo a 773 entrevistas realizadas.

Se considerarmos apenas os sinais veiculados pela campanha, os resultados obtidos revelaram um reconhecimento razoável dos mesmos, principalmente no que diz respeito ao AVC. Para esta doença atingiu-se um reconhecimento dos sinais que variou na ordem de 80-90%. Já o mesmo não se verificou com o EAM, em que apenas o sinal mais patognomónico, isto é, «dor/opressão no peito» foi identificado por 84,4% dos respondentes, enquanto que o outro, «suores frios/sensação de náuseas/vômitos», foi considerado de alerta por menos de metade dos respondentes (47,8%) (Tabelas 5 e 8).

Apesar de limitações metodológicas de comparabilidade, será interessante balançar os resultados obtidos com os do estudo de referência realizado nos Estados Unidos da América⁴, relativamente ao EAM Neste estudo foram apresentados cinco sinais de alarme e não foi considerado o grupo «suores frios/sensação de náuseas/vômitos». Assim, apenas a título ilustrativo, os nossos resultados apontaram para um menor nível de alerta. Contudo, foi no sinal mais paradigmático que se observou a menor diferença, diferindo 8% no entanto (Tabela XIX).

Tabela XIX - Percentagem dos respondentes alertados para os sinais de alarme de EAM no estudo ECOS e no estudo USA

	ECOS	Estudo USA ⁴
	(≥18 anos)	(≥20 anos)
	%*	%#
Dor ou desconforto no pescoço, queixo/mandíbula ou costas (entre as omoplatas)	32,3 (IC _{95%} :28,9; 36,0)	47,6 (IC _{95%} :47,0; 48,2)
Fraqueza, cabeça vazia (“esvaída”), sensação de desmaio	38,9 (IC _{95%} :35,2; 42,7)	61,7 (IC _{95%} :61,1; 62,4)
Dor/desconforto no peito	84,4 (IC _{95%} :81,4; 86,9)	92,1 (IC _{95%} :91,7; 92,5)
Dor/desconforto no braço ou ombro	46,8 (IC _{95%} :43,0; 50,5)	85,1 (IC _{95%} :84,5; 85,6)
Dificuldade em respirar (em “encher o peito de ar”)	67,0 (IC _{95%} :63,3; 70,4)	93,4 (IC _{95%} :93,0; 93,7)

*resultado ponderado por Região, #percentagens ajustadas para a idade

Os resultados obtidos com a identificação dos sinais incorrectos revelaram alguma inconsistência, mais evidentes nas respostas obtidas para o AVC. Assim, no sinal incorrecto para o EAM (perturbação súbita da visão) 39,0% (IC_{95%}: 35,4; 42,7) referiram tratar-se de um sinal de alerta, 17,0% (IC_{95%}: 14,3; 20,1) responderam «não» e 44,0% (IC_{95%}: 40,3; 47,8) referiram «não saber/não ter a certeza»; no AVC, 55,1% (IC_{95%}: 51,3; 58,9) afirmaram que a «dor no peito» era um sinal específico, apenas 19,7% (IC_{95%}: 16,8; 22,9) referiram «não» e 25,2% (IC_{95%}: 22,1; 28,6) responderam «não saber/não ter a certeza».

Relativamente às associações encontradas, realce-se a menor capacidade de reconhecimento dos indivíduos do grupo etário de 65 e mais anos e dos grupos com menor nível de instrução.

Um total de 82% de respondentes referiu que o primeiro procedimento que adoptariam perante a ocorrência de um Enfarte ou AVC seria «ligar 112», valor que não se afasta daquele encontrado no estudo (EUA) já referenciado⁴, que foi 86%.

Também para este indicador verificaram-se associações com as variáveis de caracterização. Realce-se, especialmente, as diferenças regionais encontradas, pelo eventual interesse na adopção de medidas específicas de actuação (Tabelas XII).

Alguns resultados correspondem à análise realizada somente com os dados relativos aos sinais de alarme, tendo por referência a campanha.

Assim, estavam alertados para o conjunto de sinais do EAM, 45% de respondentes, enquanto que para o AVC, aquela percentagem foi de 82%. Note-se que no estudo de referência (EUA) em que foram apresentados cinco sinais de alarme para o EAM, obtiveram uma percentagem de 31% de respondentes alertados.

Considerámos de interesse criar um indicador de bom conhecimento e boa prática, nomeadamente, calculou-se a proporção de indivíduos que reconheciam correctamente os sinais veiculados na campanha e tomavam a opção correcta de ligar para o 112. Os resultados foram respectivamente de 40% e 68% para o EAM e AVC. Especificamente, a percentagem obtida para o EAM parece baixa. Com efeito menos de metade dos respondentes revelaram estar alertados e ter boa prática. Contudo, valerá a pena apontar que o resultado para o indicador equivalente no estudo de referência foi de 27%. (EUA). Reforce-se que neste estudo foram apresentados mais sinais e, provavelmente, se tivéssemos estimado a percentagem com todos os sinais estudados, também obteríamos um valor mais baixo.

O resultado relativo à informação sobre a existência de uma campanha designada «Seja mais rápido que um...» revelou que 24% dos respondentes já tinha ouvido falar da campanha.

A percentagem foi baixa mas poder-se-á dever ao facto do pouco tempo que passou entre o lançamento efectivo da campanha (1º trimestre de 2008) e a realização do trabalho de campo (2º trimestre de 2008). Com efeito, já posteriormente a este, constatou-se muito mais divulgação nos *media* e, provavelmente com maior número de pessoas a estarem informadas. Note-se, contudo, que este estudo não teve por objectivo a avaliação de uma campanha de educação para a saúde, pois se assim fosse, outros aspectos metodológicos teriam que ser considerados.

Na leitura e enquadramento dos resultados devem, ainda, ser tidos em conta mais alguns aspectos susceptíveis de discussão:

Um diz respeito aos sintomas apresentados nas questões e que traduziriam o conhecimento sobre sinais de alarme. Com fundamento de um estudo referenciado⁴ alargámos o leque de sintomas apresentados, relativamente aqueles citados na campanha de sensibilização «Seja mais rápido que...». Contudo não parece que este facto tenha tido influência nos resultados pois os sinais propostos na campanha constavam das questões e de um modo bem individualizado.

A validade dos resultados apresentados depende do efeito de potenciais viés, pelo que se torna pertinente analisar algumas limitações do estudo, nomeadamente aspectos relacionados com a representatividade da amostra.

A amostra ECOS, sendo uma amostra probabilística, constitui um painel de unidades de alojamento de Portugal continental, **com telefone fixo** que aceitaram responder a alguns inquéritos sobre saúde. Assim sendo, os indicadores obtidos, não constituem, directamente, suporte de inferências para toda a população portuguesa, uma vez que o sector da população que não possui telefone fixo não se encontra representado na amostra.

Este aspecto é evidenciado quando se faz a comparação das distribuições das amostras pelo sexo e grupos etários com as estimativas da população do Continente em 2006, na qual se encontraram diferenças significativas. Na amostra de respondentes as mulheres estão sobre representadas e constata-se uma maior proporção de idosos relativamente à população.

As associações encontradas com a variável «nível de instrução» poderão estar confundidas pelo efeito da «idade», pois na realidade são as pessoas mais idosas, aquelas com menor nível de instrução. Com efeito existe uma associação entre grupo etário e nível de escolaridade ($p < 0,001$). No entanto, na análise multivariada este potencial efeito de confundimento foi controlado pela regressão logística.

Por outro lado, no processo de selecção dos indivíduos que responderam ao inquérito pediu-se para que estes tivessem 18 ou mais anos de idade. A caracterização dos respondentes permitiu-nos constatar, que a amostra estudada não pode ser considerada representativa da população portuguesa com 18 ou mais anos de idade, o que é facilmente verificado pela maior representatividade do sexo feminino (72,1%) (Tabela1).

Colocando o enfoque mais especificamente nos resultados, começaríamos por comentar a morbidade por EAM e AVC. Uma questão que se pode colocar prende-se com o facto da morbidade por aquelas doenças ter sido estimada com base em informação auto declarada. Apesar de não se ter recorrido a outras perguntas que permitissem validar os dados colhidos, julga-se que dificilmente qualquer daquelas situações poderia ser confundida com outra patologia, por parte do respondente. Por outro lado, o principal objectivo da introdução das perguntas afins, não foi propriamente conhecer a prevalência das situações, mas sim confirmar ou infirmar se a vivência de uma daquelas situações, ou o seu testemunho, poderiam de algum modo influenciar o reconhecimento de sinais de alarme. Foram 25, os respondentes que referiram ter sofrido de um EAM e 19 os com AVC. O número de respondentes que referiram ter presenciado a ocorrência de qualquer daquelas situações foi maior. No entanto, numa tentativa de tornar as estimativas mais robustas optou-se por analisar conjuntamente os que tinha referido ter tido já a doença e os que tinham presenciado.

Conclusões

Com base nos resultados estimou-se:

- A percentagem de respondentes (≥ 18 anos) que identificaram «*dor no peito, sensação de desconforto/opressão/peso/ardor no meio do peito*» como sinal de alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio foi de **84%**;
- A percentagem de respondentes (≥ 18 anos) que identificaram «*encher-se de suores frios com sintoma de náusea e vómitos*» como sinal de alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio foi de **48%**;
- A percentagem de respondentes (≥ 18 anos) que identificaram «*dor no peito, sensação de desconforto/opressão/peso/ardor no meio do peito*» e «*encher-se de suores frios com sintoma de náusea e vómitos*» como sinais de alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio foi de **45%**;

- A percentagem de respondentes (≥ 18 anos) que identificaram «*ficar confuso ou com dificuldade na fala, subitamente*» como sinal de alarme de Acidente vascular Cerebral foi de **85%**;
- A percentagem de respondentes (≥ 18 anos) que identificaram «*adormecimento, falta de força da face (boca ao lado), braço ou perna, especialmente só de um lado*» como sinal de alarme de Acidente Vascular Cerebral foi de **93%**;
- A percentagem de respondentes (≥ 18 anos) que identificaram «*ficar confuso ou com dificuldade na fala, subitamente*» e «*adormecimento, falta de força da face (boca ao lado), braço ou perna, especialmente só de um lado*» como sinais de alarme de Acidente Vascular Cerebral foi de **82%**;
- A percentagem de respondentes (≥ 18 anos) que, perante a ocorrência de um Enfarte Agudo do Miocárdio ou de um Acidente Vascular Cerebral, o que *fariam em primeiro lugar, seria «Ligar 112»* foi de **82%**;
- A percentagem de respondentes (≥ 18 anos) que identificaram «*dor no peito, sensação de desconforto/opressão/peso/ardor no meio do peito*» e «*encher-se de suores frios com sintoma de náusea e vômitos*» como sinais de alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio e *ligariam 112, em primeiro lugar*, na eventualidade de uma ocorrência de EAM foi de **40%**;
- A percentagem de respondentes (≥ 18 anos) que identificaram «*ficar confuso ou com dificuldade na fala, subitamente*» e «*adormecimento, falta de força da face (boca ao lado), braço ou perna, especialmente só de um lado*» como sinais de alarme de Acidente Vascular Cerebral e *ligariam 112, em primeiro lugar*, na eventualidade de uma ocorrência de AVC foi de **68%**;
- A percentagem de respondentes (≥ 18 anos) que já tinha ouvido falar da campanha «*Seja mais rápido que um Enfarte ou AVC*» foi de 24%;
- O «nível de instrução» baixo, para o EAM, o «nível de instrução» baixo e o «grupo etário» dos mais idosos, para o AVC mostraram ser factores de diminuição do nível de reconhecimento dos respectivos sinais de alarme.

Finalmente, não será demais realçar que os resultados apresentados não devem ser aferidos acriticamente para a população do Continente. Apesar das limitações metodológicas, espera-se que as conclusões do estudo possam ser úteis para a adopção de medidas a implementar e contributo para a avaliação de programas de intervenção já em curso.

Referências

1. Alto Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. *Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2007.
Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/01/documento-orientador-das-vias-verdes-de-eam-e-de-avc-dezembro-2007-25-01-2007.pdf>
2. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde (ONSA). *Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde, 2003. Documento interno. [documento *on-line*]. Disponível em:
<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/ECOSavaliacaometodologia.aspx>
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey Questionnaire*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em:
<http://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/pdf-ques/2005brfss.pdf>
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Disparities in Adult Awareness of Heart Attack Warning Signs and Symptoms --- 14 States, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2008 Feb 22;57(7):175-9. Disponível em:
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5707a3.htm>
5. Rao JNK, Scott AJ. On chi-squared tests for multiway contingency tables with cell proportions estimated from survey data. *Annals of Statistics* 1984; 12: 46-60
6. Rao JNK, Thomas, DR. *Analysis of categorical response data from complex surveys: an upraise and update*. In *Analysis of Survey Data*, ed. R. Chambers and C. Skinner. New York: John Wiley & Sons 2003
7. Last JM. *Um dicionário de Epidemiologia*. Edt. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Oxford University Press. 1988
8. SPSS 15.0 for Windows. Release 15.0 (6 Sep 2006). SPSS Inc.

Anexo I - Carta-convite



Em Casa Observamos Saúde

Lisboa, de Maio de 2008

Exmo. Sr./^a

No seguimento da sua adesão ao projecto ECOS, o Instituto Ricardo Jorge, através do Departamento de Epidemiologia (ex. ONSA), vai contactá-lo no mês de Maio/Junho sobre o tema:

Enfarte Agudo do Miocárdio (vulgarmente designado por “ataque do coração”) e **Acidente Vascular Cerebral** (vulgarmente designado por “trombose”) - Pretendemos ter uma ideia do conhecimento que as pessoas tem destas duas doenças e de como devem actuar.

Vimos, assim, pedir a colaboração de um elemento da sua família para obter a informação de que necessitamos. Se for possível, **gostaríamos de falar com a pessoa que julgue ser mais adequada para falar sobre aqueles assuntos.**

As informações que prestar são absolutamente confidenciais.

Para esclarecer qualquer dúvida telefone-nos para **217526487** ou **21 7526488** ou mail **onsa@insa.min-saude.pt**, ou ainda visite a nossa página da internet <http://www.insa.pt>, onde poderá obter mais informações sobre o **ECOS**.

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração respondendo às nossas perguntas quando for contactado pelo telefone.

Com os melhores cumprimentos

Teresa Contreiras

Médica de Saúde Pública
Coordenadora do ECOS

Anexo II - Questionário

Questionário «Enfarte Agudo do Miocárdio/Acidente Vascular Cerebral»

O Departamento de Epidemiologia do Instituto Dr. Ricardo Jorge está a realizar um estudo sobre o conhecimento das pessoas acerca dos sinais/sintomas do “ataque do coração/Enfarte Agudo do Miocárdio” e “trombose/AVC”.

Vamos mencionar alguns sintomas e pedimos que nos diga se acha que é um sintoma de “ataque cardíaco/Enfarte”. Responda «sim», «não» ou «não sabe/não tem a certeza»

1. (Acha que) **dor ou desconforto no pescoço, queixo/mandíbula ou costas (entre a omoplatas)** (pode ser sintoma de Enfarte)?

- Sim 1
- Não 2
- Não sabe/não tem a certeza 3
- Não responde 9

2. (Acha que) **sentir-se fraco, cabeça vazia (esvaída), ou sensação de desmaio** (pode ser sintoma de Enfarte)?

- Sim 1
- Não 2
- Não sabe/não tem a certeza 3
- Não responde 9

3. (Acha que) **dor no peito ou sensação de desconforto (opressão, peso, ardor no meio do peito)** (pode ser sintoma de Enfarte)?

- Sim 1
- Não 2
- Não sabe/não tem a certeza 3
- Não responde 9

4. (Acha que) **perturbação súbita da visão de um ou dos dois olhos** (pode ser sintoma de Enfarte)?

- Sim 1
- Não 2
- Não sabe/não tem a certeza 3
- Não responde 9

5. (Acha que) **dor ou desconforto nos braços ou ombros** (pode ser sintoma de Enfarte)?

- Sim 1
- Não 2
- Não sabe/não tem a certeza 3
- Não responde 9

6. (Acha que) **dificuldade em respirar (em encher o peito de ar)** (pode ser sintoma de Enfarte)?

- Sim 1
- Não 2
- Não sabe/não tem a certeza 3
- Não responde 9

7. (Acha que) **encher-se de suores frios com sensação de náusea e vômitos** (pode ser sintoma de Enfarte)?

- Sim 1
- Não 2
- Não sabe/não tem a certeza 3
- Não responde 9

Vamos mencionar alguns sintomas e pedimos que nos diga se acha que é um sintoma de “AVC/trombose”. Responda «sim», «não» ou «não sabe/não tem a certeza»

8. (Acha que) **ficar confuso ou com dificuldade na fala, subitamente** (pode ser sintoma de AVC)?

- Sim 1
- Não 2
- Não sabe/não tem a certeza 3
- Não responde 8

9. (Acha que) **adormecimento, falta de força, da face (boca ao lado), braço ou perna (perna ou braço “encortiçado”)**, especialmente só de um lado (pode ser sintoma de AVC)?

- Sim 1
- Não 2
- Não sabe/não tem a certeza 3
- Não responde 9

10. (Acha que) **perturbação súbita da visão de um ou dos dois olhos** (pode ser sintoma de AVC)?

- Sim 1
- Não 2
- Não sabe/não tem a certeza 3
- Não responde 9

11. (Acha que) **dor no peito ou sensação de desconforto (opressão, peso, ardor no meio do peito)** (pode ser sintoma de AVC)?

- Sim 1
- Não 2
- Não sabe/não tem a certeza 3
- Não responde 9

12. (Acha que) **dificuldade súbita no andar, sensação de enjoo ou perda de equilíbrio** (pode ser sintoma de AVC)?

- Sim 1
- Não 2
- Não sabe/não tem a certeza 3
- Não responde 9

13. (Acha que) **dor de cabeça intensa sem causa conhecida** (pode ser sintoma de AVC)?

- Sim 1
- Não 2
- Não sabe/não tem a certeza 3
- Não responde 9

14. Se acha que alguém esta a ter um **Enfarte** ou um **AVC**, qual é primeira coisa que faz?

Leia, por favor:

- Leva a pessoa ao hospital 1
- Chama um médico 2
- Liga para o 112 3
- Chama um familiar 4
- Faz outra coisa 5

Não leia, por favor:

- Não sabe/não tem a certeza 6
- Não responde 9

15. Já teve algum **Enfarte**?

- Sim 1
- Não 2
- Não sabe/não tem a certeza 3
- Não responde 9

16. Já teve algum **AVC**?

- Sim 1
- Não 2
- Não sabe/não tem a certeza 3
- Não responde 9

17. Já alguém teve um **Enfarte na sua presença**?

- Sim 1
- Não 2
- Não sabe/não tem a certeza 3
- Não responde 9

18. Já alguém teve um **AVC na sua presença**?

- Sim 1
- Não 2
- Não sabe/não tem a certeza 3
- Não responde 9

19. Já ouviu falar (sabe o que é) da campanha “Seja mais rápido que...”

- | | | | |
|----------------------------|-----------------------|---|-------|
| Sim | <input type="radio"/> | 1 | ⇒P2 |
| | | | 1 |
| Não | <input type="radio"/> | 2 | } FIM |
| Não sabe/não tem a certeza | <input type="radio"/> | 3 | |
| Não responde | <input type="radio"/> | 9 | |

Acabámos, muito obrigada(o) pela sua colaboração.

Acabámos, muito obrigada(o) pela sua colaboração.