

A Informação sobre Saúde dos Portugueses

Fontes, Conhecimentos
e Comportamentos

Pedro Moura Ferreira
Nuno Lunet
Susana Silva
(organizadores)



- Sjostrom, L., M. Peltonen, P. Jacobson, S. Ahlin, J. Andersson-Assarsson, A. Anveden *et al.* 2014. «Association of bariatric surgery with long-term remission of type 2 diabetes and with microvascular and macrovascular complications». *Journal of the American Medical Association*, 311 (22): 2297-2304.
- Song, Y., Q. Xu, Y. Park, A. Hollenbeck, A. Schatzkin, e H. Chen. 2011. «Multivitamins, individual vitamin and mineral supplements, and risk of diabetes among older U. S. adults». *Diabetes Care*, 34 (1): 108-114.
- Song, Y., W. Ma, X. Yi, S. Wang, X. Sun, J. Tian *et al.* 2013. «Chronic diseases knowledge and related factors among the elderly in Jinan, China». *PLoS One*, 8: e68599.
- Sørensen, K., S. Van den Broucke, J. Fullam, G. Doyle, J. Pelikan, Z. Slonska, e H. Brand. 2012. «Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models». *BMC Public Health*, 12: 80.
- Spijkerman, A. M. W., D. L. van der A, P. M. Nilsson, E. Ardanaz, D. Gavrilu, A. Agudo *et al.* 2014. «Smoking and long-term risk of type 2 diabetes: The EPIC-InterAct Study in European populations». *Diabetes Care*, 37: 3164-3171.
- Still, C. D., G. C. Wood, P. Benotti, A. T. Petrick, J. Gabrielsen, W. E. Strodel *et al.* 2014. «Preoperative prediction of type 2 diabetes remission after Roux-en-Y gastric bypass surgery: a retrospective cohort study». *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2: 38-45.
- Sweilch, W. M., S. H. Zyoud, R. J. Abu Nab'a, M. I. Deleq, M. I. Enaia, S. M. Nassar, e S. W. Al-Jabi. 2014. «Influence of patients' disease knowledge and beliefs about medicines on medication adherence: findings from a cross-sectional survey among patients with type 2 diabetes mellitus in Palestine». *BMC Public Health*, 14: 94.
- Tessaro, I., S. L. Smith, e S. Rye. 2005. «Knowledge and perceptions of diabetes in an Appalachian population». *Preventing Chronic Disease*, 2: A13.
- Trost, S. G., N. Owen, A. E. Bauman, J. F. Sallis, e W. Brown. 2002. «Correlates of adults' participation in physical activity: review and update». *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 34: 1996-2001.
- Van der Heide, I., E. Uiters, J. Rademakers, J. N. Struijs, A. J. Schuit, e C. A. Baan. 2014. «Associations among health literacy, diabetes knowledge, and self-management behavior in adults with diabetes: results of a Dutch cross-sectional study». *Journal of Health Communication*, 19 (suppl. 2): 115-131.
- Vantighem, M. C., J. Kerr-Conte, L. Amalsteen, G. Sergent, F. Defrance, V. Gmyr *et al.* 2009. «Primary graft function, metabolic control, and graft survival after islet transplantation». *Diabetes Care*, 32: 1473-1478.
- Willi, C., P. Bodenmann, W. A. Ghali, P. D. Faris, e J. Comuz. 2007. «Active smoking and the risk of type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis». *Journal of the American Medical Association*, 298: 2654-2664.

Elisabete Alves
Ana Rute Costa
Pedro Moura Ferreira

Ana Azevedo
Nuno Lunet

Capítulo 6

Conhecimento sobre doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DCV) definem-se como todas as doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos, incluindo as coronárias, as cardíacas, os acidentes vasculares cerebrais (AVC) e doenças dos vasos sanguíneos, como a hipertensão arterial e a doença vascular periférica (WHO 2011).

As DCV constituem a principal causa de morbilidade e mortalidade em todo o mundo (WHO 2009b e 2011), prevendo-se que se mantenham entre as mais importantes causas de morte até 2030 (WHO 2008). Anualmente, causam mais de quatro milhões de mortes em toda a Europa (47% de todas as mortes). Do custo total da doença cardiovascular na Europa, aproximadamente 196 biliões de euros por ano, cerca de 54% devem-se a gastos com os cuidados de saúde, 24% a perdas de produtividade, e 22% a cuidados informais proporcionados às pessoas com DCV (Nichols *et al.* 2012).

Em Portugal, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 34,7% de todas as mortes em mulheres e 26,3% nos homens, em 2012 (INE 2014). As DCV constituem ainda a principal causa de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa (WHO 2006).

Nas últimas três décadas tem-se observado um decréscimo contínuo na taxa de mortalidade por DCV na Europa (Kesteloot *et al.* 2006); Araújo *et al.* 2013), e também em Portugal (Pereira *et al.* 2012). Esta tendência deve-se, simultaneamente, a uma redução da prevalência de alguns fatores de risco cardiovascular (Unal *et al.* 2004; Pereira *et al.* 2013; Ford *et al.* 2007; Lackland *et al.* 2014; Carreira *et al.* 2012), à implementação de várias estratégias de prevenção (Mirzaei *et al.* 2012), a uma maior adesão aos tratamentos farmacológicos para o controlo dos níveis de colesterol e hipertensão arterial (Pereira *et al.* 2013; Lackland *et al.* 2014), bem como a melhorias no

tratamento após um evento cardiovascular (Unal *et al.* 2004; Pereira *et al.* 2013; Ford *et al.* 2007; Lackland *et al.* 2014). Apesar da redução da mortalidade, a doença coronária e o enfarte agudo do miocárdio permanecem as duas principais causas de morte na Europa (Nichols *et al.* 2012).

O impacto negativo das DCV nos indivíduos e na sociedade salienta a importância de investir na prevenção destas doenças, através quer da educação para a saúde quer da educação terapêutica enquanto processos que contribuem para que os indivíduos sejam capazes de gerir a sua própria saúde e/ou doença de forma mais informada e autónoma (DGS 2006; Nielsen-Bohlman *et al.* 2004). Em Portugal, as principais diretrizes para a promoção da saúde cardiovascular apostam na adoção de estilos de vida saudáveis e na correção dos denominados fatores de risco modificáveis, como a hipertensão arterial, a dislipidemia ou a diabetes (DGS 2011). Contudo, o sucesso na implementação destas diretivas carece de intervenções culturalmente adaptadas e do apoio da comunidade (Jorgensen *et al.* 2013). Neste contexto, importa também avaliar, por um lado, o nível de conhecimento da população portuguesa acerca de sinais e sintomas e, por outro lado, a sua reação na presença de um evento cardiovascular agudo, de modo a contribuir para o desenho de intervenções em saúde cardiovascular, tendo em vista uma utilização mais eficiente dos recursos de saúde disponíveis.

Assim, este capítulo pretende descrever a perceção do risco e os conhecimentos dos portugueses acerca das causas, dos comportamentos de prevenção e controlo, assim como das consequências de DCV, especificamente a hipertensão arterial, o AVC e o enfarte agudo do miocárdio. Os resultados são apresentados de acordo com o sexo, a idade, a escolaridade e a literacia em saúde dos participantes.

Perceção do risco das doenças cardiovasculares

A prevalência de hipertensão arterial na população adulta portuguesa em 2012 foi estimada em 42,2% (Polonia *et al.* 2014). No presente inquérito, um quarto dos participantes não respondeu à questão «Em cada 100 portugueses, quantos têm hipertensão arterial/tensão alta?» e, entre os que responderam, cerca de 30% referiram uma prevalência de hipertensão arterial entre os 41 e os 60% (quadro 6.1). A proporção de participantes que não respondeu ou afirmou não saber indicar uma estimativa desta doença foi significativamente superior entre os inquiridos com mais de 70 anos, com menos de 10 anos de escolaridade e com níveis de literacia em saúde provavelmente inadequada.

Quadro 6.1 – Perceção do risco de hipertensão arterial na população portuguesa, de acordo com o sexo, a idade, a escolaridade e a literacia em saúde

	Em cada 100 portugueses, quantos têm hipertensão arterial/tensão alta? (%)				
	Não sabe/ Não responde*	Percentagem referida pelos participantes que responderam à pergunta†			
		Menor ou igual a 20%	Entre 21% e 40%	Entre 41% e 60%	Maior ou igual a 61%
Total	25,0	20,6	28,6	30,2	20,6
Sexo					
Feminino	25,1	17,1	27,0	32,4	23,5
Masculino	24,8	24,2	30,2	28,0	17,6
<i>p</i>	0,941		0,066		
Idade (anos)					
< 30	20,4	23,1	36,4	24,8	15,7
30-49	23,0	20,3	25,9	34,6	19,2
50-69	24,7	19,9	23,5	29,8	26,7
70-79	46,8	14,3	29,3	32,0	24,3
<i>p</i>	< 0,001		0,054		
Escolaridade (anos)					
0-4	30,0	23,7	22,5	32,4	21,4
5-9	29,0	16,8	29,2	30,7	23,3
10-12	19,0	21,6	36,1	25,9	16,3
> 12	15,3	15,7	30,4	32,1	21,8
<i>p</i>	0,002		0,221		
Literacia em Saúde					
Provavelmente inadequada	31,9	23,2	27,0	30,5	19,3
Possivelmente inadequada	22,6	17,6	27,7	29,8	25,0
Adequada	15,2	20,1	31,8	30,3	17,8
<i>p</i>	< 0,001		0,615		

* O valor de prova (*p*) reflete a probabilidade de as diferenças entre os participantes que responderam e os que não sabem/não responderam à questão se deverem ao acaso.

† O valor de prova (*p*) reflete a probabilidade de as diferenças das estimativas entre os participantes que responderam à questão se deverem ao acaso.

Nota: Os valores da tabela representam percentagens ponderadas de resposta tendo em conta a unidade de amostragem.

De acordo com dados recolhidos pela Rede Médicos Sentinela, em 2012, a incidência de AVC e de enfarte agudo do miocárdio na população portuguesa foi, respetivamente, de 207,3/100 000 e 82,9/100 000 habitantes (Rodrigues *et al.* 2014), enquanto a prevalência destas doenças varia entre 1,6 e 3,2% (Polonia *et al.* 2014; Fiuza *et al.* 2008; Sousa-Uva e Dias 2014). A informação relativa a risco de AVC e enfarte agudo de miocárdio encontra-se mais dispersa e resulta de estudos metodologicamente heterogêneos e efetuados em populações também com caracte-

rísticas distintas. Relativamente ao AVC, estima-se que afete pelo menos uma em cada seis pessoas de meia-idade durante o resto das suas vidas (Seshadri *et al.* 2006; Turin *et al.* 2010b; Turin *et al.* 2016). Para o enfarte agudo do miocárdio, as estimativas são semelhantes para os homens, mas o risco é menor nas mulheres (Turin *et al.* 2010a; Merrill *et al.* 1999). Mesmo tendo em conta que a população em geral terá dificuldade em distinguir entre estas medidas, neste inquérito, a perceção de risco destas doenças parece ter sido claramente sobrestimada pelos inquiridos, com cerca de 80% a referir um risco de desenvolver estas doenças ao longo

Quadro 6.2 – Perceção do risco de AVC na população portuguesa, de acordo com o sexo, a idade, a escolaridade e a literacia em saúde

	Em cada 100 portugueses, quantos terão AVC/trombose ao longo da vida (%)				
	Não sabe/ Não responde*	Percentagem referida pelos participantes que responderam à pergunta†			
		Menor de 20%	Entre 20% e 39%	Entre 40% e 59%	Maior ou igual a 60%
Total	29,9	20,4	37,4	28,0	14,3
Sexo					
Feminino	29,2	15,8	31,6	33,3	19,3
Masculino	30,6	25,0	43,3	22,5	9,2
<i>p</i>	0,671	<0,001			
Idade (anos)					
< 30	20,3	25,1	39,1	21,8	13,9
30-49	29,0	19,3	35,0	31,4	14,4
50-69	32,2	18,0	40,1	28,7	13,1
70-79	55,5	12,1	30,8	36,3	20,8
<i>p</i>	<0,001	0,208			
Escolaridade (anos)					
0-4	36,9	18,5	35,6	33,2	12,7
5-9	33,5	15,3	41,6	28,6	14,5
10-12	21,5	24,6	40,6	21,1	13,7
> 12	19,6	23,0	31,6	27,2	18,1
<i>p</i>	<0,001	0,357			
Literacia em Saúde					
Provavelmente inadequada	37,7	20,1	35,9	29,7	14,3
Possivelmente inadequada	28,3	17,5	37,8	27,1	27,5
Adequada	17,8	23,5	23,5	36,4	11,2
<i>p</i>	<0,001	0,715			

* O valor de prova (p) reflete a probabilidade de as diferenças entre os participantes que responderam e os que não sabem/não responderam à questão se deverem ao acaso.

† O valor de prova (p) reflete a probabilidade de as diferenças das estimativas entre os participantes que responderam à questão se deverem ao acaso.

Nota: Os valores da tabela representam percentagens ponderadas de resposta tendo em conta a unidade de amostragem.

Quadro 6.3 – Perceção do risco de enfarte agudo do miocárdio na população portuguesa, de acordo com o sexo, a idade, a escolaridade e a literacia em saúde

	Em cada 100 portugueses, quantos terão enfarte/ataque cardíaco ao longo da vida (%)				
	Não sabe/ Não responde*	Percentagem referida pelos participantes que responderam à pergunta†			
		Menor de 20%	Entre 20% e 39%	Entre 40% e 59%	Maior ou igual a 60%
Total	29,7	19,0	37,1	25,2	18,8
Sexo					
Feminino	30,4	13,2	35,3	27,6	23,9
Masculino	29,0	24,7	38,8	22,9	13,6
<i>p</i>	0,694	<0,001			
Idade (anos)					
< 30	19,3	25,9	36,4	16,3	21,4
30-49	29,6	15,2	36,7	32,1	15,9
50-69	32,9	17,4	39,4	25,7	17,4
70-79	51,7	12,2	32,6	28,5	26,6
<i>p</i>	<0,001	0,009			
Escolaridade (anos)					
0-4	36,9	16,3	36,8	28,9	18,0
5-9	34,1	16,2	40,4	28,5	14,8
10-12	20,9	23,1	38,0	19,6	19,3
> 12	17,9	21,2	32,9	4,2	23,0
<i>p</i>	<0,001	0,519			
Literacia em Saúde					
Provavelmente inadequada	37,5	22,3	37,7	23,3	16,8
Possivelmente inadequada	26,9	12,7	34,8	29,3	23,3
Adequada	18,8	20,8	38,6	23,8	16,9
<i>p</i>	<0,001	0,201			

* O valor de prova (p) reflete a probabilidade de as diferenças entre os participantes que responderam e os que não sabem/não responderam à questão se deverem ao acaso.

† O valor de prova (p) reflete a probabilidade de as diferenças das estimativas entre os participantes que responderam à questão se deverem ao acaso.

Nota: Os valores da tabela representam percentagens ponderadas de resposta tendo em conta a unidade de amostragem.

da vida igual ou superior a 20% (quadros 6.2 e 6.3). As mulheres revelaram uma perceção de risco mais elevado, em consonância com a literatura (Homko *et al.* 2008; Lee *et al.* 2015; Homko *et al.* 2010), apesar de estas doenças afetarem, maioritariamente, homens (Rodrigues *et al.* 2014). Os participantes mais velhos tenderam a referir um risco mais elevado, o que está de acordo com o maior risco de poderem vir a desenvolver uma destas doenças (Rodrigues *et al.* 2014).

Em relação ao risco de AVC ou de enfarte agudo do miocárdio, aproximadamente 30% dos participantes não responderam ou revelaram não saber estimá-lo (quadros 6.2 e 6.3). Esta percentagem foi mais elevada entre os participantes mais velhos, de menor escolaridade, ou com níveis de literacia inadequados.

Hipertensão arterial: causas, medição e interpretação de valores

A hipertensão arterial é, simultaneamente, uma DCV e um fator de risco para o desenvolvimento de outras DCV (WHO 2011). De facto, a hipertensão está fortemente associada a um aumento do risco de doença coronária, insuficiência cardíaca e AVC (Tocci *et al.* 2008; MacMahon *et al.* 1990), constituindo uma das principais causas de mortalidade e morbilidade atribuíveis às DCV (Ezzati *et al.* 2002). Mundialmente, todos os anos são imputados à hipertensão arterial cerca de 7,5 milhões de mortes e 92 milhões de anos de vida perdidos por incapacidade (WHO 2009a; Lawes *et al.* 2008).

A idade mais avançada, o excesso de peso, o consumo excessivo de sal, a ausência de exercício físico, o consumo de tabaco e o diagnóstico de diabetes constituem alguns dos principais fatores de risco para a hipertensão arterial (Kaplan e Victor 2010; WHO 2013). Neste inquérito, os participantes foram convidados a identificar duas das causas mais importantes de hipertensão arterial. Da análise de conteúdo das respostas obtidas nessa questão aberta emergiram as seguintes categorias: «excesso de sal», «má alimentação», «stresse», «outras causas» e «não sabe/não responde». A maioria dos participantes identificou o consumo excessivo de sal (45,9%) e a alimentação inadequada (38,7%) como as duas principais causas de hipertensão arterial (quadro 6.4), de acordo com o observado em estudos anteriores (He e MacGregor 2009; He *et al.* 2013; Dickinson *et al.* 2006; Krousel-Wood *et al.* 2004). Contudo, quase um terço não foi capaz de indicar uma causa de hipertensão arterial.

Entre os que responderam, aqueles que apresentavam literacia em saúde provavelmente inadequada referiram menos frequentemente a dieta como uma causa de hipertensão, enquanto os participantes com escolaridade mais elevada salientaram mais frequentemente outras causas (figura 6.1).

Todos os inquiridos foram questionados sobre a regularidade com que medem a pressão arterial. Cerca de 30% reportaram efetuar medições mais do que uma vez por mês (quadro 6.5), enquanto 33,1% afirmaram

Quadro 6.4 – Conhecimento da população portuguesa sobre as duas principais causas de hipertensão arterial

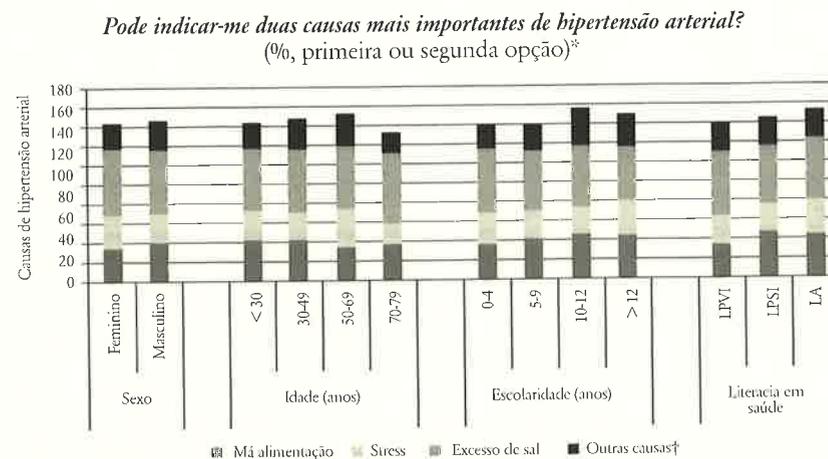
	Pode indicar-me duas das causas mais importantes de hipertensão arterial? (%; primeira ou segunda opção)		
	1.ª causa	2.ª causa	1.ª ou 2.ª causa*
Má alimentação	21,5	5,7	38,7
Stresse	11,7	10,2	31,2
Excesso de sal	27,5	4,2	45,9
Outras causas†	8,2	14,1	30,3
Não sabe/não responde	31,2	65,7	–

* Para cada categoria é apresentada a proporção de participantes que a assinalaram como primeira ou segunda opção, excluindo os que não identificaram pelo menos uma causa de hipertensão.

† Causas genéticas, alterações hormonais, outras patologias, excesso de peso/obesidade, outros estilos de vida não saudáveis e fatores ambientais.

Nota: Os valores da tabela representam percentagens ponderadas de resposta tendo em conta a unidade de amostragem.

Figura 6.1 – Conhecimento da população portuguesa sobre as principais causas de hipertensão arterial, de acordo com o sexo, a idade, a escolaridade e a literacia em saúde



LPVI, Literacia em saúde provavelmente inadequada; LPSI, Literacia em saúde possivelmente inadequada; LA, Literacia em saúde adequada.

*Para cada categoria é apresentada a proporção de participantes que a assinalaram como primeira ou segunda opção (pelo que o somatório das diferentes opções pode ultrapassar 100%), excluindo os que não identificaram pelo menos uma causa de hipertensão.

† Causas genéticas, alterações hormonais, outras patologias, excesso de peso/obesidade, outros estilos de vida não saudáveis e fatores ambientais.

Nota: Os valores da figura representam percentagens ponderadas de resposta tendo em conta a unidade de amostragem.

Quadro 6.5 – Frequência de medição da pressão arterial

	Com que regularidade mede a pressão/tensão arterial? (%)				
	Não sabe/ não responde*	Frequência de medição			
		Pelo menos uma vez por mês	Pelo menos uma vez a cada três meses	Pelo menos uma vez a cada seis meses	Uma vez por ano ou menos
Total	1,9	29,0	21,1	16,8	33,1
Sexo					
Feminino	2,3	30,4	23,8	19,9	25,9
Masculino	1,4	27,6	18,4	13,8	40,3
<i>p</i>	0,388		< 0,001		
Idade (anos)					
< 30	1,6	17,4	11,5	13,3	57,8
30-49	1,6	23,8	23,9	21,8	30,5
50-69	1,5	40,3	25,9	14,8	18,9
70-79	0,5	51,1	24,7	13,8	10,4
<i>p</i>	0,314		< 0,001		
Escolaridade (anos)					
0-4	1,8	36,1	24,4	15,5	24,0
5-9	2,1	25,1	19,0	19,6	36,4
10-12	2,9	24,1	14,8	19,1	41,9
> 12	0,0	21,4	12,8	12,8	40,9
<i>p</i>	0,258		< 0,001		
Literacia em saúde					
Provavelmente inadequada	2,0	31,2	20,6	17,0	31,2
Possivelmente inadequada	3,1	29,5	21,6	18,6	30,3
Adequada	0,0	24,5	21,4	14,6	39,5
<i>p</i>	0,084		0,401		

* O valor de prova (*p*) reflete a probabilidade de as diferenças entre os participantes que responderam e os que não sabem/não responderam à questão se deverem ao acaso.

Nota: Os valores da tabela representam percentagens ponderadas de resposta tendo em conta a unidade de amostragem.

medir a pressão arterial menos de uma vez por ano. Na nossa amostra, foram as mulheres, os mais velhos e os menos escolarizados quem referiu medir a pressão arterial com mais frequência.

De acordo com as recomendações mais recentes, a pressão arterial em adultos classifica-se em normal, normal-alta e hipertensão, de acordo com os valores de pressão arterial sistólica (PAS) e/ou diastólica (PAD) (DGS 2013). A pressão arterial é considerada normal quando os indivíduos apresentam valores de PAS < 130 mm de mercúrio (mmHg) e < 85 mmHg, e normal-alta perante valores de PAS entre 130 mmHg e 139 mmHg e/ou PAD entre 85 mmHg e 89 mmHg. A hipertensão arterial

Quadro 6.6 – Interpretação dos valores de pressão arterial sistólica e diastólica, de acordo com o sexo, a idade, a escolaridade e a literacia em saúde

	Como classificaria a sua pressão/tensão arterial se tivesse os seguintes valores? (%)*		
	95/60 mmHg % referindo pressão arterial baixa ou normal	150/80 mmHg % referindo pressão arterial alta ou muito alta	180/100 mmHg % referindo pressão arterial muito alta
Sexo			
Feminino	83,1	66,7	53,4
Masculino	73,1	54,5	45,3
<i>p</i> †	0,002	< 0,001	0,038
Idade (anos)			
< 30	66,7	50,7	36,0
30-49	82,4	64,8	54,1
50-69	83,7	65,2	55,1
70-79	79,3	60,8	54,7
<i>p</i> †	< 0,001	0,006	< 0,001
Escolaridade (anos)			
0-4	81,5	59,6	49,7
5-9	80,6	58,2	46,5
10-12	71,3	58,7	48,9
> 12	76,7	70,0	53,5
<i>p</i> †	0,048	0,212	0,747
Literacia em saúde			
Provavelmente inadequada	76,5	59,9	49,3
Possivelmente inadequada	81,0	69,4	53,6
Adequada	78,0	52,0	44,8
<i>p</i> †	0,476	0,002	0,219

* Em cada opção, os participantes que não responderam ou que não souberam responder foram incluídos na categoria «não».

† O valor de prova (*p*) reflete a probabilidade de as diferenças entre os participantes que responderam corretamente e os que não responderam corretamente em cada opção se deverem ao acaso.

Nota: Os valores da tabela representam percentagens ponderadas de resposta tendo em conta a unidade de amostragem.

define-se como a elevação persistente da PAS para valores iguais ou superiores a 140 mmHg e/ou da PAD para valores iguais ou superiores a 90 mmHg (DGS 2013). Esta classifica-se em três graus, correspondendo o grau 1 a hipertensão arterial ligeira (PAS entre 140 e 159 mmHg e/ou PAD entre 90 e 99 mmHg), o grau 2 a hipertensão arterial moderada (PAS entre 160 e 179 mmHg e/ou PAD entre 100 e 109 mmHg) e o grau 3 a hipertensão arterial grave (PAS ≥ 180 e/ou PAD ≥ 110 mmHg).

Para avaliar a capacidade de interpretar valores de pressão arterial, foi solicitado aos participantes que classificassem três combinações de PAS

e PAD em uma de cinco categorias («muito baixa», «baixa», «normal», «alta» e «muito alta»). Para valores de PAS/PAD de 95/60mmHg foi considerada correta a classificação como «baixa» ou «normal». Para pressão arterial 150/80 mmHg considerou-se correta a resposta «alta» ou «muito alta». Para os valores 180/100 mmHg considerou-se correta apenas a resposta «muito alta».

Nesta amostra representativa da população portuguesa, 52% e 26% dos participantes classificaram valores de 95/60 mmHg como pressão arterial baixa ou normal, respetivamente. Valores de pressão arterial iguais a 150/80 mmHg foram interpretados como alta ou muito alta por 60,6%, enquanto 49,4% classificaram como muito alta a pressão arterial de 180/100mmHg.

A interpretação dos valores de pressão arterial apresentados foi considerada correta mais frequentemente entre as mulheres e os participantes com mais de 30 anos (quadro 6.6). Estes resultados corroboram a literatura prévia que descreve melhores níveis de conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão arterial em mulheres, em todo o mundo (Pereira *et al.* 2009). Ao mesmo tempo, as pessoas em idades mais avançadas recorrem mais frequentemente aos serviços de saúde (Bovet *et al.* 2008), o que pode contribuir para uma maior familiarização com alguns conceitos relacionados com a saúde.

Os participantes menos escolarizados identificaram com maior frequência valores de PAS/PAD iguais a 95/60 mmHg como pressão arterial baixa ou normal ($p = 0,048$).

Prevenção das doenças cardiovasculares

As DCV resultam de uma complexa interação entre, por um lado, fatores genéticos, e, por outro, fatores ambientais ou comportamentais (Yusuf *et al.* 2001). A taxa de mortalidade por DCV aumenta em função do número de fatores de risco a que um indivíduo está exposto e pelo facto de estes fatores interagirem entre si potenciando o efeito de cada um (Stamler *et al.* 1999). Tendo em conta a elevada prevalência destes fatores de risco, a possibilidade de os mesmos poderem ser alterados através da adoção de estilos de vida saudáveis e o impacto considerável que eles exercem no risco cardiovascular, seis fatores de risco devem ser considerados devido à sua importância: hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes *mellitus*, excesso de peso, dieta pobre em frutas e vegetais, e tabagismo (Stamler 2005). No estudo INTERHEART, realizado em 52 países dos cinco continentes, identificaram-se nove fatores de risco que, em con-

Quadro 6.7 – Conhecimento sobre os comportamentos mais importantes para a prevenção das doenças cardiovasculares

	Em relação às doenças cardiovasculares, como os ataques cardíacos ou as trombose, qual é o comportamento mais importante para as prevenir? E o segundo mais importante? (%) ^a		
	1.º comportamento	2.º comportamento	1.º ou 2.º comportamento
Não fumar	36,8	11,1	49,1
Não beber álcool	8,7	16,6	25,9
Ter uma alimentação saudável	32,8	21,9	55,9
Fazer exercício físico com regularidade	11,4	28,5	40,8
Medir a pressão arterial com regularidade	3,4	5,9	9,5
Outros comportamentos†	4,6	10,4	14,2
Não sabe/não responde	2,2	5,5	—

* Para cada categoria é apresentada a proporção de participantes que a assinalou como primeira ou segunda opção, (pelo que o somatório das diferentes opções pode ultrapassar 100%), excluindo os que não identificaram pelo menos um comportamento preventivo.

† Tomar multivitamínicos, pesar-se com regularidade, fazer análises sanguíneas com regularidade e fazer *check-ups* gerais com regularidade.

Nota: Os valores da tabela representam percentagens ponderadas de resposta tendo em conta a unidade de amostragem.

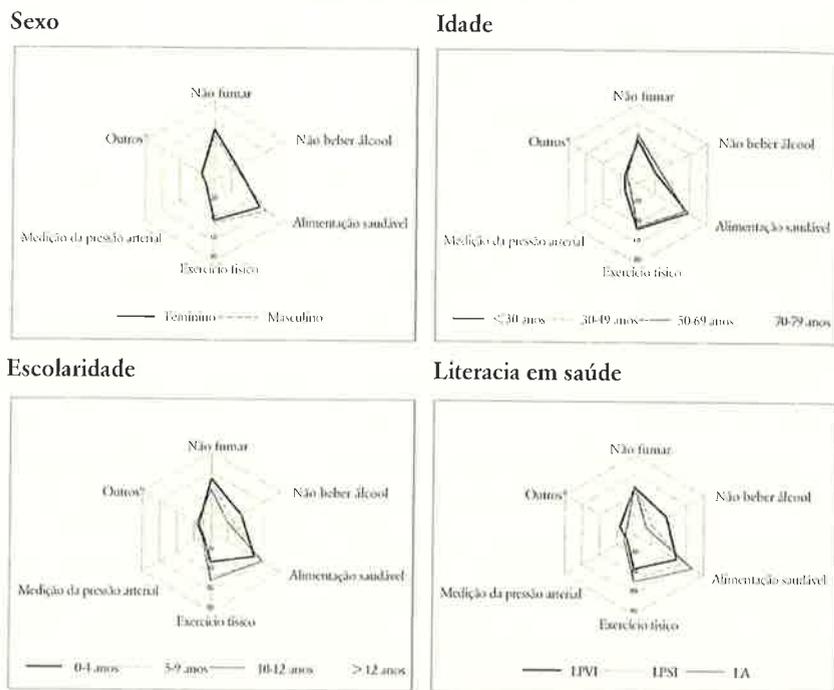
junto, explicam mais de 90% do risco de enfarte agudo do miocárdio (Yusuf *et al.* 2004). Aos seis fatores de risco referidos, são ainda acrescentados a prática de exercício físico, o consumo de bebidas alcoólicas e os fatores psicossociais. Este estudo concluiu que, embora as prioridades em saúde possam ser diferentes entre regiões geográficas, devido a variações na prevalência dos fatores de risco e a circunstâncias específicas, económicas e da própria doença, as abordagens para a prevenção de DCV em diferentes contextos podem basear-se em princípios semelhantes.

De entre uma lista de comportamentos para prevenir as DCV, solicitou-se aos inquiridos que identificassem os dois mais importantes. Ter uma alimentação saudável (55,9%), não fumar (49,1%) e fazer exercício físico com regularidade (40,8%) foram os comportamentos mais frequentemente indicados (quadro 6.7). De salientar que menos de 10% dos participantes referiram a medição regular da pressão arterial como um dos dois comportamentos preventivos mais importantes, apesar da associação claramente estabelecida entre hipertensão e DCV (Pereira *et al.* 2013; Perk *et al.* 2012).

Os resultados relativos ao conhecimento sobre os comportamentos mais importantes para a prevenção de DCV foram também analisados de acordo com o sexo, a idade, a escolaridade e a literacia em saúde (figura 6.2). O consumo de tabaco foi mais valorizado pelos participantes com menor escolaridade, enquanto o consumo de bebidas alcoólicas foi iden-

Figura 6.2 – Conhecimento sobre os comportamentos mais importantes para a prevenção de doenças cardiovasculares, de acordo com o sexo, a idade, a escolaridade e a literacia em saúde

Em relação às doenças cardiovasculares, quais os comportamentos mais importantes para as prevenir?
(%, primeira ou segunda opção)*



LPVI, Literacia em saúde provavelmente inadequada; LPSI, Literacia em saúde possivelmente inadequada; LA, Literacia em saúde adequada.

* Para cada categoria é apresentada a proporção de participantes que a assinalaram como primeira ou segunda opção (pois que o somatório das diferentes opções pode ultrapassar 100%), excluindo os que não identificaram pelo menos um comportamento preventivo.

Nota: A designação dos comportamentos de prevenção de doença cardiovascular foi abreviada: «Alimentação saudável» – Ter uma alimentação saudável; «Exercício físico» – Fazer exercício físico com regularidade; «Medição da pressão arterial» – Medir a pressão arterial com regularidade; «Outros» – Tomar multivitamínicos, pesar-se com regularidade, fazer análises sanguíneas com regularidade e fazer *check-ups* gerais com regularidade; Os valores da figura representam percentagens ponderadas de resposta tendo em conta a unidade de amostragem.

tificado com maior frequência pelos respondentes mais velhos, menos escolarizados e com níveis menos adequados de literacia em saúde. A alimentação saudável foi escolhida como um dos comportamentos mais importantes para a prevenção da DCV pelos participantes do sexo mas-

culino e com níveis de literacia em saúde mais adequados. A prática de exercício físico foi reportada pelos respondentes mais novos, mais escolarizados e com melhor literacia em saúde, enquanto a medição regular da pressão arterial foi maioritariamente referida abaixo dos 30 anos.

Diagnóstico das doenças cardiovasculares: decisão perante a suspeita de um evento

Em Portugal, o procedimento de telefonar para o número nacional de emergência médica tem sido largamente divulgado pelos meios de comunicação social como o mais correto perante a suspeita de AVC ou de enfarte agudo do miocárdio (Ricca 2008; SPAVC 2015). Contudo, quando questionados acerca do modo mais adequado de proceder perante cada um de dois eventos – ficar com a boca ao lado e sentir dor no peito – menos de 50% dos participantes selecionou a opção telefonar para o 112 (figura 6.3). Apesar de a proporção de participantes que selecionou a opção mais correta ser baixa, está de acordo com os dados descritos por outros estudos realizados em Portugal (Pereira *et al.* 2014; Branco e Nunes 2008).

A opção «telefonar para o 112» foi mais frequentemente selecionada pelos participantes com literacia em saúde mais adequada (quadro 6.8).

Figura 6.3 – Conhecimento sobre a tomada de decisão na presença de sintomas de doença cardiovascular

Perante cada um dos seguintes sintomas, diga como se deve proceder (%)

Boca ao lado

Dor no peito



Nota: A designação dos possíveis procedimentos foi abreviada: «Dirigir-se ao SU» – Dirigir-se a um serviço de urgências; «Ligar para a Saúde 24» – Ligar para a linha Saúde 24; «Marcar consulta com o seu médico» – Marcar uma consulta com o seu médico assistente; «Esperar» – Esperar para ver como evolui a situação; «NS/NR» – Não sabe/ Não responde; Os valores da figura representam percentagens ponderadas de resposta tendo em conta a unidade de amostragem.

Quadro 6.8 – Conhecimento sobre a tomada de decisão na presença de sintomas – ligar para o 112

	Perante cada um dos seguintes sintomas, diga como se deve proceder	
	Boca ao lado	Dor no peito
	Telefonar para o 112	Telefonar para o 112
Total	48,0	45,1
Sexo		
Feminino	46,1	44,2
Masculino	49,9	46,0
p†	0,290	0,656
Idade (anos)		
< 30	50,8	44,1
30-49	48,9	46,0
50-69	46,0	46,5
70-79	42,1	40,8
p†	0,450	0,779
Escolaridade (anos)		
0-4	44,3	47,3
5-9	49,8	41,7
10-12	47,4	43,1
> 12	57,6	46,2
p†	0,100	0,642
Literacia em saúde		
Provavelmente inadequada	40,6	40,5
Possivelmente inadequada	49,8	45,0
Adequada	59,3	53,4
p†	< 0,001	0,013

* Em cada opção, os participantes que não responderam ou que não souberam responder foram incluídos na categoria «não».

† O valor de prova (p) reflete a probabilidade de as diferenças entre os participantes que responderam «telefonar para o 112» e os que não selecionaram esta opção se deverem ao acaso, para cada um dos sintomas apresentados.

Nota: Os valores da tabela representam percentagens ponderadas de resposta tendo em conta a unidade de amostragem.

Prognóstico das doenças cardiovasculares

O prognóstico das DCV é altamente variável, dependendo dos mecanismos fisiopatológicos do próprio evento e das características de cada indivíduo (WHO 2008; Moran *et al.* 2014; Rodgers *et al.* 2004).

No presente inquérito, os participantes identificaram corretamente as principais complicações frequentemente associadas à hipertensão arterial: enfarte do miocárdio (88,9%), AVC (86,7%), perturbações da visão (64,5%) e problemas renais (50,8%) (figura 6.4). Contudo, apenas 37,8% identificaram a demência como um problema de saúde associado à hi-

Quadro 6.9 – Conhecimento sobre os problemas de saúde que podem resultar da hipertensão arterial, de acordo com o sexo, a idade, a escolaridade e a literacia em saúde

	Dos seguintes problemas de saúde, quais podem resultar da pressão/tensão arterial elevada?(%)*				
	AVC	Enfarte do miocárdio	Problemas renais	Demência	Perturbações da visão
Sexo					
Feminino	87,7	88,8	50,9	38,1	65,3
Masculino	85,6	89,0	50,7	37,5	63,6
p†	0,435	0,960	0,952	0,857	0,667
Idade (anos)					
< 30	83,0	87,6	41,5	32,1	61,7
30-49	90,3	90,7	56,2	40,3	66,1
50-69	87,9	90,6	55,4	44,5	68,0
70-79	80,1	80,9	44,5	25,4	56,3
p†	0,035	0,067	0,005	0,006	0,215
Escolaridade (anos)					
0-4	85,3	86,2	49,9	38,0	64,3
5-9	84,7	89,5	49,8	34,1	59,8
10-12	88,8	91,9	54,6	45,7	68,8
> 12	90,4	91,6	48,9	28,0	63,9
p†	0,439	0,141	0,697	0,016	0,435
Literacia em Saúde					
Provavelmente inadequada	82,2	83,7	51,1	38,7	63,8
Possivelmente inadequada	88,1	91,6	50,0	37,6	65,8
Adequada	93,2	95,2	51,3	36,3	64,2
p†	0,002	< 0,001	0,964	0,862	0,898

* Em cada opção, os participantes que não responderam ou que não souberam responder foram incluídos na categoria «não».

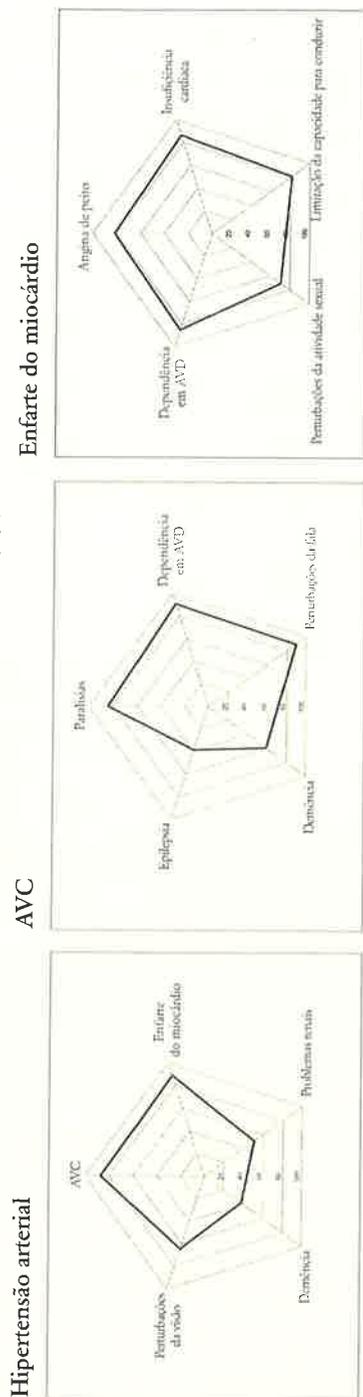
† O valor de prova (p) reflete a probabilidade de as diferenças das estimativas entre os participantes que responderam à questão se deverem ao acaso.

Nota: A designação dos problemas de saúde que podem resultar da hipertensão arterial foi abreviada: «AVC» – AVC/trombose; «Enfarte do miocárdio» – Enfarte do miocárdio/Ataque cardíaco; «Problemas renais» – Problemas de rins a precisar de diálise; Os valores da tabela representam percentagens ponderadas de resposta tendo em conta a unidade de amostragem.

pertensão. Os resultados parecem refletir o reconhecimento do AVC e do enfarte como as principais consequências de hipertensão arterial, o que se pode atribuir às elevadas taxas de letalidade (WHO 2008) e morbilidade (Nichols *et al.* 2012) associadas a estas doenças. Participantes com idades compreendidas entre os 30 e os 69 anos identificaram com maior frequência o AVC, o enfarte, os problemas renais e a demência como consequências da hipertensão arterial, enquanto aqueles com níveis de literacia em saúde adequados referiram predominantemente o AVC e o enfarte agudo do miocárdio (quadro 6.9).

Figura 6.4 – Conhecimento sobre os problemas de saúde que podem resultar da hipertensão arterial, do AVC e do enfarte agudo do miocárdio

Dos seguintes problemas de saúde, quais podem resultar da pressão arterial elevada/quais podem afetar os doentes que sobrevivem a um AVC e a um enfarte agudo do miocárdio? (%)†



AVC, Acidente Vascular Cerebral; AVD, Atividades da Vida Diária.

† Em cada opção, os participantes que não responderam ou que não souberam responder foram incluídos na categoria «não».

Nota: A designação dos problemas de saúde que podem resultar da hipertensão arterial, do AVC e do enfarte agudo do miocárdio foi abreviada: «AVC» – AVC (trombose; «Enfarte do miocárdio» – Enfarte do miocárdio/Ataque cardíaco; «Problemas renais» – Problemas de rins a precisar de diálise; «Dependência em AVD» – Dependência de outras pessoas para realizar atividades da vida diária; «Angina de peito» – Angina de peito (dores no peito com esforço); Os valores da figura representam percentagens ponderadas de resposta tendo em conta a unidade de amostragem.

Os problemas de saúde que podem afetar os doentes que sobrevivem a um AVC mais referidos pelos respondentes foram a dependência de outras pessoas para realizar atividades da vida diária (90,7%), as perturbações da fala (89,8%) e a paralisia (84,2%) (figura 6.4).

Apesar de os estudos revelarem que a história prévia de AVC quase duplica o risco de demência em indivíduos após os 65 anos de idade (Savva e Stephan 2010; Pendlebury e Rothwell 2009), apenas 59,2% dos participantes identificaram a demência como uma das possíveis conse-

Quadro 6.10 – Conhecimento sobre os problemas de saúde que podem resultar do AVC, de acordo com o sexo, a idade, a escolaridade e a literacia em saúde

	Dos seguintes problemas de saúde, quais podem afectar os doentes que sobrevivem a um acidente vascular cerebral (AVC, trombose)? (%)*				
	Paralisias	Dependência em AVD	Perturbações da fala	Demência	Epilepsia
Total	84,3	90,7	89,8	58,5	38,6
Sexo					
Feminino	82,7	92,1	88,4	59,2	39,9
Masculino	85,8	89,2	91,2	57,8	37,2
<i>p</i> †	0,161	0,155	0,205	0,677	0,400
Idade (anos)					
< 30	84,9	92,3	88,4	54,2	37,7
30-49	85,0	87,9	92,3	59,3	40,8
50-69	84,0	93,0	90,3	64,0	38,3
70-79	80,5	89,3	83,1	51,8	33,6
<i>p</i> †	0,761	0,111	0,107	0,168	0,733
Escolaridade (anos)					
0-4	82,3	88,4	87,2	54,6	38,3
5-9	85,6	91,7	92,1	54,6	35,0
10-12	84,1	91,8	89,0	64,9	42,4
> 12	89,3	94,6	96,8	64,2	37,6
<i>p</i> †	0,426	0,283	0,038	0,074	0,567
Literacia em Saúde					
Provavelmente inadequada	82,0	87,6	87,3	55,7	41,8
Possivelmente inadequada	84,5	91,7	88,6	57,3	35,7
Adequada	88,1	94,8	95,7	64,7	36,0
<i>p</i> †	0,187	0,020	0,007	0,161	0,270

* Em cada opção, os participantes que não responderam ou que não souberam responder foram incluídos na categoria «não».

† O valor de prova (p) reflete a probabilidade de as diferenças das estimativas entre os participantes que responderam à questão se deverem ao acaso.

Nota: A designação dos problemas de saúde que podem resultar do AVC foi abreviada: «Dependência em AVD» – Dependência de outras pessoas para realizar atividades da vida diária; Os valores da tabela representam percentagens ponderadas de resposta tendo em conta a unidade de amostragem.

Quadro 6.11 – Conhecimento sobre os problemas de saúde que podem resultar do enfarte agudo do miocárdio, de acordo com o sexo, a idade, a escolaridade e a literacia em saúde

	Dos seguintes problemas de saúde, quais podem afetar os doentes que sobrevivem a um enfarte do miocárdio/ataque cardíaco?(%)*				
	Angina de peito	Insuficiência cardíaca	Limitação da capacidade para conduzir	Perturbações da atividade sexual	Dependência em AVD
Total	81,5	86,4	81,6	70,8	85,3
Sexo					
Feminino	79,6	86,2	82,3	70,7	85,7
Masculino	83,5	86,6	80,9	70,9	85,0
<i>p</i> †	0,193	0,896	0,609	0,957	0,755
Idade (anos)					
< 30	80,1	87,7	81,0	67,8	85,6
30-49	84,6	88,2	83,2	74,4	84,8
50-69	83,2	88,5	82,9	72,4	87,9
70-79	69,0	69,6	73,3	60,7	79,8
<i>p</i> †	0,037	0,002	0,224	0,082	0,306
Escolaridade (anos)					
0-4	78,0	82,6	81,4	69,7	85,0
5-9	85,9	89,8	80,5	66,3	84,1
10-12	84,6	88,8	84,1	74,5	87,3
> 12	81,8	90,1	79,9	73,7	85,4
<i>p</i> †	0,180	0,101	0,741	0,356	0,834
Literacia em Saúde					
Provavelmente inadequada	79,6	81,8	79,5	67,3	83,9
Possivelmente inadequada	78,3	87,4	81,4	72,2	85,4
Adequada	88,7	93,5	85,5	75,4	87,9
<i>p</i> †	0,017	0,002	0,276	0,174	0,488

* Em cada opção, os participantes que não responderam ou que não souberam responder foram incluídos na categoria «não».

† O valor de prova (*p*) reflete a probabilidade de as diferenças das estimativas entre os participantes que responderam à questão se deverem ao acaso.

Nota: A designação dos problemas de saúde que podem resultar do enfarte agudo do miocárdio foi abreviada: «Dependência em AVD» – Dependência de outras pessoas para realizar atividades da vida diária; «Angina de peito» – Angina de peito (dores no peito com esforço); Os valores da tabela representam percentagens ponderadas de resposta tendo em conta a unidade de amostragem.

quências de AVC. Os participantes com escolaridade superior a 12 anos e os que tinham literacia em saúde adequada indicaram com maior frequência as perturbações da fala. Os respondentes com literacia em saúde adequada referiram ainda a dependência de outras pessoas na realização de atividades da vida diária mais vezes do que os participantes com outros níveis de literacia em saúde (quadro 6.10).

De entre uma lista de problemas de saúde que podem afetar os doentes que sobrevivem a um enfarte agudo do miocárdio, resultou a seguinte

distribuição: 86,4% dos participantes assinalaram a insuficiência cardíaca; 85,3% a dependência de outras pessoas para realizar atividades da vida diária; 81,6% a limitação da capacidade para conduzir; 81,5% a angina de peito; e 70,8% as perturbações da atividade sexual (figura 6.4). Os participantes com idades compreendidas entre os 70 e os 79 anos identificaram menos vezes a angina de peito e a insuficiência cardíaca como problemas de saúde que podem afetar os doentes que sobrevivem a um enfarte do miocárdio (quadro 6.11), enquanto os que apresentavam literacia em saúde adequada referiram mais frequentemente a angina de peito e a insuficiência cardíaca.

Discussão dos resultados

O conhecimento sobre as DCV constitui uma das principais componentes da estratégia global de redução do impacto desta doença nos indivíduos e nas sociedades (WHO 2009a). Os resultados do presente estudo salientam a existência de lacunas na perceção do risco e nos conhecimentos acerca das causas, comportamentos para a prevenção e controlo, e consequências da DCV na população portuguesa.

Uma elevada proporção de participantes não foi capaz de indicar uma estimativa de risco de hipertensão arterial, AVC e enfarte agudo do miocárdio, nem de referir pelo menos uma causa de hipertensão arterial, apesar da atenção dada, nos últimos anos, a este tópico em campanhas de promoção de saúde direcionadas à população em geral (SPHTA 2014a; SPHTA 2014b), e nos meios de comunicação social (*Jornal de Notícias* 2011). Esta dificuldade foi mais evidente nos indivíduos mais velhos, menos escolarizados e com literacia em saúde inadequada, possivelmente menos sensíveis aos efeitos das campanhas e das mensagens sobre saúde. A incidência mais elevada de DCV nestes grupos (Fiuza *et al.* 2008; Sousa-Uva e Dias 2014) salienta a necessidade de investir na disseminação de informação clara, precisa e consistente, que tenha em conta o nível de conhecimento e escolaridade da população a que se dirige.

Por parte daqueles que indicaram uma estimativa de risco, parece haver uma sobrestimação do risco de DCV, principalmente em relação ao AVC e ao enfarte agudo do miocárdio, que poderá também dever-se ao investimento realizado, nos últimos anos, em campanhas de promoção da saúde cardiovascular direcionadas à população em geral (Ricca 2008; SPAVC 2015). Assim, pode haver alguma sobrevalorização da incidência de AVC e de enfarte (Rodrigues *et al.* 2014), resultando da perceção do

impacto destas doenças nos indivíduos e na sociedade, em termos de anos de vida potencial perdidos e incapacidade (WHO 2008 e WHO 2011).

A dieta saudável, a abstinência tabágica e a prática de exercício físico regular foram os principais comportamentos preventivos para a doença cardiovascular identificados pelos participantes. Estes resultados são positivos, uma vez que em saúde cardiovascular o conhecimento sobre fatores que previnem a doença e promovem a saúde constitui um dos principais determinantes da adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis (WHO 2009a). Contudo, tendo em conta a elevada prevalência de hipertensão no nosso país (Polonia *et al.* 2014) e a atenção dada, nos últimos anos, a esta doença nos meios de comunicação social e, em especial, em campanhas de promoção de saúde direcionada à população em geral (*Journal de Notícias* 2011; SPHTA 2014a; SPHTA 2014b), seria de esperar um maior conhecimento das principais causas de hipertensão.

A proporção de participantes que referiram a medição regular da pressão arterial foi relativamente baixa, o que salienta a necessidade de perceber quais os motivos para a fraca adesão a esta prática, enquanto estratégia de deteção precoce de hipertensão arterial. Este resultado pode também contribuir para explicar as lacunas observadas na capacidade de interpretar corretamente os valores de pressão arterial.

No que respeita ao modo de agir perante a suspeita de AVC ou de enfarte, menos de metade dos participantes selecionou a opção «telefonar para o 112». Este resultado pode refletir quer a falta de conhecimento acerca da importância de telefonar para o número nacional de emergência média, ativando assim protocolos específicos, denominados «vias verdes» (Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto-Comissariado da Saúde 2007; Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares 2015) quer a incapacidade de relacionar estes sintomas com eventos cardiovasculares. Relativamente a esta última incapacidade é possível encontrar sustentação num estudo nacional recente que revelou que 24% dos portugueses não eram capazes de reconhecer sinais e sintomas do enfarte agudo do miocárdio (Pereira *et al.* 2014).

Relativamente ao prognóstico da doença, os participantes mostraram ser capazes de referir os principais problemas de saúde que podem afetar os doentes após um diagnóstico de DCV. Contudo, é importante assinalar que a elevada proporção de respostas corretas neste tópico poderá dever-se ao formato das questões, uma vez que os participantes apenas tinham de indicar as possíveis consequências de DCV, de entre uma lista, o que contribui para uma menor proporção de não-respostas ou de respostas incorretas (Reja *et al.* 2003).

De uma forma geral, os entrevistados com escolaridade mais elevada e com literacia em saúde adequada, revelaram tendência para um conhecimento em saúde cardiovascular mais apropriado. As mulheres revelaram uma melhor perceção do risco de DCV, bem como um maior controlo da doença, através da medição mais frequente da pressão arterial e da interpretação mais correta dos valores de pressão arterial apresentados, o que é suportado por outros estudos sobre conhecimentos em saúde (Song *et al.* 2013; Potvin *et al.* 2000). Este resultado pode dever-se a uma maior preocupação com as questões de saúde, tendo em conta o papel da mulher na sociedade portuguesa como a principal responsável pela prestação de cuidados de saúde na família (Cabral *et al.* 2002).

Em conclusão, num contexto em que se espera que as DCV permaneçam como a principal causa de mortalidade e morbidade até 2030, as estratégias de promoção da saúde devem ser projetadas para melhorar o conhecimento sobre saúde dos indivíduos, mudar atitudes e implementar estratégias de autogestão, indo além da adoção de estilos de vida saudáveis. Assim, importa promover o conhecimento da população portuguesa sobre DCV, para que os indivíduos sejam capazes de gerir a sua própria saúde de modo mais informado e, quando for caso disso, gerir também o seu processo de doença de forma mais autónoma.

Referências

- Araújo, F. *et al.* 2013. «Trends in cardiovascular diseases and cancer mortality in 45 countries from five continents (1980–2010)». *European Journal of Preventive Cardiology*, 21 (8): 1-14.
- Bovet, P. *et al.* 2008. «Low utilization of health care services following screening for hypertension in Dar es Salaam (Tanzania): a prospective population-based study». *BMC Public Health*, 8: 407.
- Branco, M. J., e B. Nunes. 2008. *Sinais de Alarme de Enfarte Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral: Uma Observação sobre Conhecimentos e Atitudes*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Cabral, M. V., P. A. Silva, e H. Mendes. 2002. *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Carreira, H. *et al.* 2012. «Trends in the prevalence of smoking in Portugal: A systematic review». *BMC Public Health*, 12: 958.
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto-Comissariado da Saúde. 2007. *Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Dickinson, H. O. *et al.* 2006. «Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials». *Journal of Hypertension*, 24 (2): 215-233.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). 2006. *Programa Nacional de Controlo de Doenças Cardiovasculares*. Despacho n.º 16 415/2003 (II série), DR n.º 193 de 22 de Agosto, com as alterações do Despacho n.º 266/2006 do Alto-Comissário da Saúde, publicado no DR, II Série, n.º 9, de 12 de janeiro. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde (DGS). 2011. *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Decreto-Lei n.º 124/2011*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). 2013. *Hipertensão Arterial: Definição e Classificação*. Norma n.º 20/2011. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ezzati, M. et al. 2002. «Selected major risk factors and global and regional burden of disease». *Lancet*, 360 (9343): 1347-60.
- Fiuza, M. et al. 2008. «Metabolic syndrome in Portugal: Prevalence and implications for cardiovascular risk-results from the VALSIM Study». *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27 (12): 1495-1529.
- Ford, E. S. et al. 2007. «Explaining the decrease in U. S. deaths from coronary disease, 1980-2000». *New England Journal of Medicine*, 356 (23): 2388-98.
- He, F. J., e G. A. MacGregor. 2009. «A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes». *Journal of Human Hypertension*, 23 (6): 363-384.
- He, F. J., J. Li, e G. A. MacGregor. 2013. «Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials». *BMJ*, 346: 1325.
- Homko, C. J. et al. 2008. «Cardiovascular disease knowledge and risk perception among underserved individuals at increased risk of cardiovascular disease». *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23 (4): 332-337.
- Homko, C. J. et al. 2010. «Gender differences in cardiovascular risk factors and risk perception among individuals with diabetes». *The Diabetes Educator Journal*, 36 (3): 483-488.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). 2014. *Estatísticas Demográficas 2013*. Lisboa: População e Sociedade.
- Jorgensen. T. et al. 2013. «Population-level changes to promote cardiovascular health». *European Journal of Preventive Cardiology*, 20 (3): 409-421.
- Jornal de Notícias*. 2011. «Quase metade da população portuguesa tem hipertensão», [28-7-2014]. Disponível em http://www.jn.pt/PaginaInicial/Sociedade/Interior.aspx?content_id=1852592&page=1.
- Kaplan, N., e R. Victor. 2010. *Clinical Hypertension*. Filadélfia, PE: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kesteloot, H., S. Sans S, e D. Kromhout. 2006. «Dynamics of cardiovascular and all-cause mortality in Western and Eastern Europe between 1970 and 2000». *European Heart Journal*, 27 (1): 107-113.
- Krousel-Wood, M. A. et al. 2004. «Primary prevention of essential hypertension». *Medical Clinics of North America*, 88 (1): 223-238.
- Lackland, D. T. et al. 2014. «Factors influencing the decline in stroke mortality: A statement from the American Heart Association/American Stroke Association». *Stroke*, 45 (1): 315-353.
- Lawes, C. M. et al. 2008. «Global burden of blood-pressure-related disease, 2001». *Lancet*, 371 (9623): 1513-1518.
- Lee, H. Y., J. Lee J., e N. K. Kim. 2015. «Gender differences in health literacy among Korean adults: Do women have a higher level of health literacy than men?». *American Journal of Men's Health*, 9 (5): 370-379.
- MacMahon, S. et al. 1990. «Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, Prolonged differences in blood pressure: Prospective observational studies corrected for the regression dilution bias». *Lancet*, 335 (8692): 765-774.
- Merrill, R. M. et al. 1999. «Comparison of risk estimates for selected diseases and causes of death». *Preventive Medicine*, 28 (2): 179-193.

- Mirzaei, M. et al. 2012. «Cerebrovascular disease in 48 countries: Secular trends in mortality 1950-2005». *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 83 (2): 138-145.
- Moran, A. E. et al. 2014. «The global burden of ischemic heart disease in 1990 and 2010: The Global Burden of Disease 2010 study». *Circulation*, 129 (14): 1493-1501.
- Nichols, M. et al. 2012. *European Cardiovascular Disease Statistics 2012*. Bruxelas: European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis.
- Nielsen-Bohman, L. et al. 2004. *Health Literacy: A Prescription To End Confusion*. Washington: National Academies Press.
- Pendlebury, S. T., e P. M. Rothwell. 2009. «Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: A systematic review and meta-analysis». *The Lancet Neurology*, 8 (11): 1006-1018.
- Pereira, M. et al. 2009. «Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries». *Journal of Hypertension*, 27 (5): 963-975.
- Pereira, M. et al. 2012. «Changing patterns of cardiovascular diseases and cancer mortality in Portugal, 1980-2010». *BMC Public Health*, 12: 1126.
- Pereira, M. et al. 2013. «Explaining the decline in coronary heart disease mortality in Portugal between 1995 and 2008». *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 6 (6): 634-642.
- Pereira, M. et al. 2014. «Stent for life in Portugal: This initiative is here to stay». *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 33 (6): 363-370.
- Perk, J. et al. 2012. «European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The fifth joint task force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts)». *European Heart Journal*, 33 (13): 1635-1701.
- Polonia, J. et al. 2014. «Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: Changes over a decade. The PHYSA study». *Journal of Hypertension*, 32 (6): 1211-1221.
- Potvin, L., L. Richard, e A. C. Edwards. 2000. «Knowledge of cardiovascular disease risk factors among the Canadian population: Relationships with indicators of socioeconomic status». *Canadian Medical Association Journal*, 162 (9): S5-11.
- Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. 2015. *Rede de Referência de Cardiologia*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/rede-referencia%C3%A7%C3%A3o-hospitalar-cardiologia-v.2015.pdf>.
- Reja, U. et al. 2003. «Open-ended vs. close-ended questions in web questionnaires». *Advances in Methodology and Statistics*, 19: 159-177.
- Ricca, P. 2008. «Seja mais rápido que um AVC e um enfarte» é lema de campanha de sensibilização. Disponível em <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/seja-mais-rapido-que-um-avc-e-um-enfarte-e-lemas-de-campanha-de-sensibilizacao-1316541>.
- Rodgers, A. et al. 2004. «Distribution of major health risks: findings from the Global Burden of Disease study». *PLOS Medicine*, 1 (1): e27.
- Rodrigues, A. et al. 2014. *Médicos-Sentinela: O que se Fez em 2012*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge.
- Savva, G. M., e B. C. Stephan. 2010. «Epidemiological studies of the effect of stroke on incident dementia: A systematic review». *Stroke*, 41 (1): e41-46.
- Seshadri, S. et al. 2006. «The lifetime risk of stroke: Estimates from the Framingham study». *Stroke*, 37 (2): 345-350.

- Sociedade Portuguesa do AVC (SPAVC). 2015. *Eu Não Arrisco*. Disponível em <http://www.eunaoarrisco.pt/>.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPHTA). 2014a. *Atenção à Sua Tensão!* Disponível em http://www.sphta.org.pt/pdf/2014_dia_HTA.pdf.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPHTA). 2014b. *Eu Escolho*. Disponível em <http://www.euescolho.pt/hipertensao.html>.
- Song, Y. *et al.* 2013. «Chronic diseases knowledge and related factors among the elderly in Jinan, China». *PLOS One*, 8 (6): e68599.
- Sousa-Uva, M., e C. M. Dias. 2014. *Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na População Portuguesa: Dados da Amostra ECOS 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Stamler, J. 2005. «Established major coronary risk factors: historical overview». In *Coronary Heart Disease Epidemiology. From Etiology to Public Health*, eds. L. Marmot e P. Elliott. Oxford: Oxford University Press.
- Stamler, J. *et al.* 1999. «Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and noncardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women». *JAMA*, 282 (21): 2012-2018.
- Tocci, G., S. Sciarretta, e M. Volpe. 2008. «Development of heart failure in recent hypertension trials». *Journal of Hypertension*, 26 (7): 1477-1486.
- Turin, T. C. *et al.* 2010a. «Lifetime risk of acute myocardial infarction in Japan». *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3 (6): 701-703.
- Turin, T. C. *et al.* 2010b. «Lifetime risk of stroke in Japan». *Stroke*, 41 (7): 1552-1554.
- Turin, T. C. *et al.* 2016. «Hypertension and lifetime risk of stroke. *Journal of Hypertension*, 34 (1): 116-122.
- Unal, B., S. C. Critchley, e S. Capewell. 2004. «Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000». *Circulation*, 109: 1101-1107.
- Yusuf, S. *et al.* 2001. «Global burden of cardiovascular diseases: Variations in cardiovascular disease by specific ethnic groups and geographic regions and prevention strategies». *Circulation*, 104 (23): 2855-2864.
- Yusuf, S. *et al.* 2004. «Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study». *Lancet*, 364 (9438): 937-952.
- World Health Organization (WHO). 2006. *Highlights on health in Portugal 2004*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO). 2008. *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization (WHO). 2009a. *Global Health Risks – Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization (WHO). 2009b. *World Health Statistics 2009*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization (WHO). 2011. *Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization (WHO). 2013. *A Global Brief on Hypertension: Silent Killer, Global Public Health Crisis*. Geneva: WHO Press.