



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA**

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**Perceção sobre comportamentos de risco para a
saúde, conhecimentos e comportamentos adotados
para a prevenção da doença nos residentes *da região
do Algarve***

Vera Lúcia Hilário Belchior

Orientadora:

Professora Doutora Margarida Espírito Santo, UAlg

Professora Doutora Alexandra Gomes, UAlg

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Faro, 2022

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA**

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**Perceção sobre comportamentos de risco para a
saúde, conhecimentos e comportamentos adotados
para a prevenção da doença nos residentes *da região
do Algarve***

Vera Lúcia Hilário Belchior

Orientadora:

Professora Doutora Margarida Espírito Santo, UAlg

Professora Doutora Alexandra Gomes, UAlg

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Faro, 2022

“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

A Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, o Instituto Politécnico de Lisboa e a Universidade do Algarve – Escola Superior de Saúde, têm o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar esta dissertação de mestrado, através de exemplares impressos ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, e de a divulgar através de repositórios científicos e admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito à autora e que tal não viole nenhuma restrição imposta por artigos publicados que nela tenham sido incluídos.

Agradecimentos

Primeiramente agradeço à minha família pelo apoio incondicional em momentos mais desafiantes que surgiram ao longo deste percurso.

Um agradecimento à minha co-orientadora Professora Doutora Alexandra Gomes pela disponibilidade e um agradecimento especial à minha orientadora, professora Doutora Margarida Espírito Santo, pela paciência e apoio demonstrado ao longo de todo o percurso.

Não posso deixar de agradecer, igualmente, a todas as pessoas e entidades que se disponibilizaram a responder e partilhar o questionário, pois só assim foi possível alcançar o objetivo pretendido.

“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

Índice Geral

| | |
|---|------------|
| AGRADECIMENTOS | III |
| ÍNDICE GERAL | V |
| ÍNDICE DE TABELAS | VII |
| LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS | IX |
| RESUMO | XI |
| ABSTRACT | XII |
| INTRODUÇÃO | 1 |
| 1. SAÚDE | 3 |
| 1.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE | 4 |
| 1.2 LITERACIA EM SAÚDE | 6 |
| 2. COMPORTAMENTOS EM SAÚDE | 9 |
| 2.1 HÁBITOS TABÁGICOS | 10 |
| 2.2 CONSUMO DE ÁLCOOL | 12 |
| 2.3 HÁBITOS ALIMENTARES | 13 |
| 2.4 ATIVIDADE FÍSICA | 18 |
| 2.5 HÁBITOS DE SONO | 20 |
| 2.6 COVID-19 | 21 |
| 3. PERCEÇÃO SOBRE COMPORTAMENTOS DE RISCO EM SAÚDE | 23 |
| 4. OBJETIVOS | 25 |
| 5. METODOLOGIA | 27 |
| 5.1 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA | 27 |
| 5.2 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO | 28 |
| 5.3 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS | 28 |
| 5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 29 |
| 6. RESULTADOS | 31 |
| 6.1 CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA | 31 |
| 6.2 PERFIL DE SAÚDE | 34 |
| 6.3 CONHECIMENTOS SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PREVENTIVOS | 36 |

“Percepção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

| | |
|---|-----------|
| 6.4 PERCEÇÃO SOBRE COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA A SAÚDE | 45 |
| 6.5 COMPORTAMENTOS PARA A PREVENÇÃO DA DOENÇA | 48 |
| 7. DISCUSSÃO | 55 |
| CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA | 55 |
| HÁBITOS DE SONO: CONHECIMENTOS, PERCEÇÃO E COMPORTAMENTOS | 56 |
| HÁBITOS TABÁGICOS: CONHECIMENTOS, PERCEÇÃO E COMPORTAMENTOS | 56 |
| CONSUMO DE ÁLCOOL: CONHECIMENTOS, PERCEÇÃO E COMPORTAMENTOS..... | 57 |
| HÁBITOS ALIMENTARES: CONHECIMENTOS, PERCEÇÃO E COMPORTAMENTOS | 58 |
| MONITORIZAÇÃO DE PARÂMETROS COM RELEVÂNCIA PARA DOENÇAS CRÓNICAS: CONHECIMENTOS, PERCEÇÃO E COMPORTAMENTOS | 61 |
| HÁBITOS SOBRE A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA: CONHECIMENTOS, PERCEÇÃO E COMPORTAMENTOS | 64 |
| LIMITAÇÕES DO ESTUDO | 67 |
| CONCLUSÃO..... | 69 |
| REFERÊNCIAS..... | 73 |
| ANEXOS..... | 85 |

Índice de tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 6.1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes | 32 |
| Tabela 6.2 - Caraterização do local de residência dos participantes por concelho..... | 33 |
| Tabela 6.3 – Caraterização do local de trabalho para a função pública | 33 |
| Tabela 6.4 – Caraterização do estado de saúde dos participantes | 34 |
| Tabela 6.5 – Caraterização das doenças crónicas apresentadas pela amostra em estudo. | 34 |
| Tabela 6.6 – Classificação Farmacoterapêutica dos medicamentos utilizados. | 35 |
| Tabela 6.7 - Motivo de internamento hospitalar nos últimos 12 meses | 36 |
| Tabela 6.8 - Conhecimentos sobre a contribuição do sono para a doença..... | 37 |
| Tabela 6.9 – Conhecimentos sobre a contribuição do tabaco para a doença..... | 38 |
| Tabela 6.10 - Conhecimentos sobre o consumo de álcool e a saúde | 39 |
| Tabela 6.11 – Caraterização dos conhecimentos sobre hábitos alimentares e saúde. 41 | |
| Tabela 6.12 – Caraterização dos conhecimentos sobre a importância da água para a saúde. | 42 |
| Tabela 6.13 – Caraterização dos conhecimentos sobre a pressão arterial na saúde.. 43 | |
| Tabela 6.14 - Conhecimentos sobre o impacto da glicemia na saúde. | 44 |
| Tabela 6.15 – Percepção sobre o impacto do sono na saúde | 45 |
| Tabela 6.16 - Caraterização da percepção sobre o consumo de álcool..... | 46 |
| Tabela 6.17 - Caraterização da percepção sobre riscos para a saúde. | 47 |
| Tabela 6.18 - Comportamentos preventivos de doença..... | 48 |
| Tabela 6.19 - Comportamentos quanto ao consumo de bebidas alcoólicas | 50 |
| Tabela 6.20 - Comportamentos quando a hábitos alimentares. | 51 |
| Tabela 6.21 – Existência de patologias crónicas e comportamento adequado de prática de exercício físico | 52 |
| Tabela 6.22 - Caraterização dos comportamentos quanto a hábitos de sono. | 53 |

Lista de siglas e abreviaturas

ATS – Avaliação em Tecnologias de Saúde

AVC – Acidente vascular cerebral

Covid-19 – *coronavirus disease*

CQCT – Convenção-quadro para o controlo do tabaco

DALY – *Disability adjusted life years*

DGS – Direcção-Geral da Saúde

GATS – Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

INS – Inquérito Nacional de Saúde

OCDE – Organização para a cooperação e desenvolvimento económico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Pressão arterial

Sars-CoV-2 – *severe acute respiratory syndrome*

SDG – *Sustainable Development Goals*

SF-36 – *Short form health survey 36 item*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

RESUMO

Os hábitos alimentares, a atividade física e o consumo de substâncias aditivas, encontram-se na origem de uma grande parte das causas de morte a nível mundial, sendo estas associadas a doenças não transmissíveis como as doenças cardiovasculares.

O relatório de 2021 da OCDE veio reforçar ainda mais esta situação ao apontar as doenças cardiovasculares como a principal causa de morte em Portugal.

Um cenário que também se verifica no Algarve, onde a mortalidade incide principalmente sobre as doenças não transmissíveis.

O trabalho teve como objetivo descrever o perfil de saúde dos residentes do Algarve, de forma a percebermos quais os seus conhecimentos, perceção e comportamentos relativos a hábitos de prevenção da doença.

Foi realizado um estudo observacional, descritivo, com a aplicação de um questionário online, numa amostra de conveniência, constituída por 399 participantes, predominantemente do sexo feminino.

Os participantes eram, maioritariamente, de nacionalidade portuguesa e apresentavam habilitações literárias predominantemente ao nível do ensino superior.

Os resultados obtidos revelaram que a maioria dos participantes apresentava conhecimentos, perceção e comportamentos em saúde positivos.

Concluimos com este estudo que a nossa amostra era composta por pessoas relativamente bem informadas, embora tenhamos verificado algumas discrepâncias entre os conhecimentos, as perceções e os comportamentos adotados em matéria de promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente no que respeita à alimentação e atividade física, que continuam a ser os aspetos relacionados ao estilo de vida que mais impactam a saúde das populações. No futuro, este trabalho poderá contribuir para o desenvolvimento de novas políticas de saúde para esta região.

Palavras Chave:

Comportamentos preventivos, conhecimentos em saúde, perceção em saúde.

ABSTRACT

Dietary habits, physical activity, and the consumption of addictive substances are at the origin of a large part of the causes of death worldwide, which are associated with non-communicable diseases such as cardiovascular diseases.

The OECD's 2021 report further reinforces this situation by pointing to cardiovascular diseases as the main cause of death in Portugal.

A scenario that is also seen in the Algarve, where mortality focused mainly on non-communicable diseases.

This study aimed to characterize the reality of health and the respective knowledge, perception and behaviors related to disease prevention habits of residents in the Algarve region.

An observational, descriptive study was carried out, with the application of an online questionnaire, in a convenience sample consisting of 399 participants, predominantly female.

The participants were mostly of Portuguese nationality and had academic qualifications predominantly at the level of higher education. The results obtained revealed that most participants had positive health knowledge, perception and behaviors.

Although the results of this study lead us to conclude that our sample was composed of relatively well-informed people, we found some discrepancies between the knowledge, perceptions and behaviors adopted in terms of health promotion and disease prevention, namely with regard to diet and physical activity, which continue to be the aspects related to lifestyle that most impact the health of populations.

In the future, this work may contribute to the development of new health policies for this region.

Keywords:

Health perception, health knowledge, preventive behaviors.

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado no âmbito do mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde e teve como propósito perceber quais os comportamentos adotados no âmbito da saúde pelos residentes da região do Algarve, visando contribuir para o conhecimento sobre os comportamentos de risco em saúde.

O desenvolvimento acelerado da civilização expõe-nos a fatores que causam impacto na nossa saúde e na nossa qualidade de vida. Os fatores de natureza socioambiental, nomeadamente, os hábitos alimentares, a atividade física e o consumo de substâncias aditivas, entre outras, encontram-se na origem de cerca de 73% das causas de morte a nível mundial⁽¹⁻³⁾. Estas causas estão associadas a doenças não transmissíveis, com uma parte significativa relacionada ao estilo de vida como a diabetes, as doenças cardiovasculares, o cancro e a hipertensão.

Sendo as doenças crónicas o principal problema de saúde pública nos países desenvolvidos, torna-se de extrema importância a criação de programas que atuem tanto nos aspetos coletivos como individuais, de forma a mitigar os fatores de risco que se encontram na origem das principais causas de morte relacionadas com doenças não transmissíveis⁽⁴⁾.

No entanto, e de acordo com a série “*Health policy in Portugal*” da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a despesa total de Portugal com a prevenção em saúde mantém-se aquém do desejado, correspondendo a 1,8%, cerca de metade do gasto médio de 27 países da OCDE (2,8%)^(11, 12).

Este cenário, leva-nos a inferir que existe um défice de investimento numa área de grande importância como é a saúde pública.

Assim, este trabalho torna-se pertinente para se perceber os hábitos adotados pela população para a prevenção da doença e promoção da saúde, recorrendo às ferramentas disponíveis no âmbito da Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde (GATS) por ser uma área que intervém em assuntos relacionados com as políticas de saúde, tornando-se igualmente útil para a medição dos seus resultados⁽²²⁾ e que pretende “*contribuir para a formulação de políticas de saúde seguras, eficazes com enfoque no indivíduo e que tragam valor acrescentado*”⁽²²⁾.

As consequências de uma frágil política de prevenção da doença são visíveis não só num contexto individual e social como também constituem uma problemática a nível macroeconómico, uma vez que os custos de saúde associados a doenças evitáveis

são elevados, representando em média um gasto de 700 mil milhões de euros anuais, o que corresponde a cerca de 80% do orçamento da saúde nos países da união europeia⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Embora Portugal registe insuficiências em termos de ações de promoção da saúde e de prevenção da doença⁽¹⁷⁾, têm sido feitos esforços para colmatar esses défices. Em 2008 foram introduzidas medidas de controlo de tabagismo, nomeadamente a proibição de fumar em locais públicos e a proibição de venda de tabaco a menores de 18 anos. Foi também lançado um programa nacional para a promoção da atividade física que visa promover estilos de vida saudáveis, combatendo o sedentarismo⁽¹⁷⁾. Mais recentemente, entrou em vigor a lei nº 30/2019 de 23 de Abril⁽¹⁸⁾ que “*restringe a publicidade dirigida a menores de 16 anos, de géneros alimentícios e bebidas que contenham elevado valor energético, teor de sal, açúcar, ácidos gordos saturados e ácidos gordos transformados*”. Ainda assim, grande parte das despesas do sistema de saúde estão relacionadas com a prestação de cuidados a pessoas afetadas por doenças crónicas, o que faz com que a sustentabilidade orçamental a longo prazo seja dificultada pela ausência de uma estratégia global que faça frente aos custos dos cuidados de saúde decorrentes do envelhecimento e em especial das doenças crónicas⁽¹⁷⁾.

Esta informação é particularmente relevante tendo em consideração que as políticas de prevenção em saúde carecem de avaliação que demonstrem ou não a sua aplicabilidade nos resultados em saúde da população.

Para reverter este quadro torna-se essencial definir prioridades com base em dados específicos que permitam avaliar as políticas de prevenção em saúde e geri-las no sentido de responderem às necessidades de saúde da população, melhorando a utilização dos recursos de forma sustentável.

Além disso, uma vez que a tomada de decisão no âmbito da saúde, devido ao processo de descentralização administrativa, passará a ser feita a nível meso, ou seja, através dos decisores locais, permitirá dar suporte a diversos processos de tomada de decisão local, como a alocação de recursos e a priorização de programas para a prevenção da doença, tendo por base os hábitos específicos de uma determinada região. Este processo faz da GATS uma ferramenta essencial para a gestão em saúde e como tal, com este trabalho pretendeu-se contribuir para o desenvolvimento de novas políticas de saúde adaptadas para a região Algarvia.

1. Saúde

A “Saúde” é um conceito multidimensional que envolve uma variedade de recursos, que vão da capacidade à integridade, da boa forma ao bem-estar⁽²³⁾. Mas nem sempre foi visto assim e como é natural, com o desenvolvimento das sociedades, a definição de saúde também tem vindo a evoluir.

Inicialmente o conceito de “saúde” consistia num estado de “ausência de doença”⁽²³⁾ mas este sofreu alterações quando em 1946 na sua carta de constituição, a Organização Mundial da Saúde (OMS) deu o seu contributo para a expansão do conceito definindo-o como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*”⁽²⁴⁾. Mais tarde, em 1986, a OMS esclareceu que a saúde é “*um recurso para o dia a dia, não o objetivo de viver. Saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas*”⁽²⁵⁾.

A saúde seria assim, segundo a OMS um “estado de saúde ideal” que contempla o verdadeiro bem-estar físico, mental e social, ultrapassando a ideia de ausência de doença⁽²⁶⁾.

Para Scliar⁽²⁷⁾, o conceito de saúde depende de aspetos como o lugar, a época e a classe social, ou seja, resulta de uma conjuntura social, económica, política e cultural. Também Straub reforça que a saúde não se restringe à mera ausência de doença ou enfermidade, ou seja, é um estado que envolve três domínios, a saúde física, psicológica e social⁽²⁸⁾.

Uma outra definição foi avançada pelo *The Lancet* em 2009, onde refere que a saúde consiste na capacidade do corpo se adaptar a novas ameaças e patologias, tanto a nível molecular como a nível individual e social⁽²⁹⁾.

São vários os autores que defendem a ideia de que a saúde vai muito além da componente biológica, considerando que tudo o que envolve o indivíduo ou a comunidade causa, de alguma forma, impacto na saúde e bem-estar desse indivíduo ou dessa comunidade.

Também a relação entre o desenvolvimento dos países e a saúde tem vindo a ser debatida e atualmente defende-se que tanto a saúde como o desenvolvimento económico ou social estão interligados, significando que o desenvolvimento de uma sociedade depende, entre outros fatores, da sua saúde⁽³⁰⁾, pelo que a perspetiva que temos sobre o que é ter saúde pode sofrer alterações em simultâneo com o desenvolvimento das comunidades.

De forma a reforçar a ideia de transversalidade na saúde, foi publicado pela OMS o “*Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*”, um documento que vem enfatizar a importância do “envolvimento político, profissional e da sociedade civil de forma a garantir a melhoria da saúde”⁽³¹⁾, salientando a importância que as ações transversais para a saúde e para o bem-estar das populações têm para os governos e para a sociedade, pelo que o reforço de ações no domínio da saúde pública deve ser priorizado.

Uma das formas de trazer a atenção da população para estas questões é através da promoção da saúde.

A conferência de Ottawa deu, nesse sentido, um contributo notável para a clarificação de quais os pontos essenciais nos quais a promoção da saúde deve estar focada⁽³²⁾. Segundo a carta de Ottawa (OMS, 1986), os pontos essenciais consistem em desenvolver condições para que a população consiga alcançar melhorias na saúde através do controlo dos diversos aspetos que a afetam, passando o indivíduo a ter uma importância crucial na determinação do seu bem-estar e tornando a saúde num investimento a longo prazo focado na capacidade de resiliência individual e coletiva⁽³²⁾. Esta clarificação do conceito de saúde e toda a sua abrangência deu início a uma maior valorização das políticas de promoção da saúde.

1.1 Promoção da Saúde

A promoção da saúde encontra-se dependente dos avanços da investigação científica, do desenvolvimento social assim como da evolução do próprio conceito de saúde, podendo ser encarada como qualquer atividade que melhore a saúde dos indivíduos e das comunidades, sublinhando a importância de intervenções de prevenção da doença e promoção do bem-estar⁽³³⁾, ou seja, a evolução do conceito de saúde permite-nos perceber que, atualmente, a perspetiva que temos sobre saúde está mais direcionada para a prevenção da doença e promoção da saúde do que focada na enfermidade.

A sociedade atual beneficia de condições favoráveis para a implementação de ações de promoção da saúde, havendo por isso, a expectativa de que as pessoas vivam mais anos, de uma forma ativa, que valorizem a própria vida e se esforcem por minorar possíveis incapacidades⁽³⁴⁾. É neste cenário que a promoção da saúde ganha relevo⁽³⁴⁾.

Nesse sentido, as políticas de promoção da saúde incluem ações que devem ser colocadas em prática em vários níveis, incluindo a nível educativo, organizacional, ambiental, económico e político de modo a facilitar mudanças de comportamentos com o objetivo de melhorar a saúde⁽³⁵⁾.

De acordo com Hespanhol, Couto *et al.*⁽³⁶⁾, as ações a serem colocadas em prática para a promoção da saúde, podem ser sistematizadas em três vertentes que se resumem ao aumento de ações promotoras de literacia em saúde; prevenção da doença, através de medidas que visam evitar, detetar e tratar precocemente doenças específicas; e através de ações direcionadas para a proteção da saúde, recorrendo a medidas destinadas ao controlo de fatores de risco de natureza ambiental e à preservação dos recursos naturais⁽³⁶⁾.

Logo, no seguimento desta abordagem, pode-se considerar que a promoção da saúde descreve uma relação entre o Estado, no papel de regulador de oportunidades de saúde; a Economia de mercado, envolvida na criação de oportunidades e riscos de saúde; e a Comunidade, que através de escolhas individuais e coletivas, influenciam o Estado e as Economias de mercado, bem como a sua própria saúde⁽³³⁾.

Este modelo de promoção da saúde é especialmente importante na sociedade atual, onde se verifica que as doenças não transmissíveis, influenciadas por aspetos como a alimentação, a poluição atmosférica, a hipertensão e o consumo do tabaco, constituem as principais causas de morte a nível mundial^(37, 38).

Nesse sentido, o Plano de Ação Global para o Controlo das doenças não transmissíveis 2013-2020⁽³⁹⁾, surgiu com o objetivo de estabelecer uma base política coerente na expectativa de serem alcançadas metas de desenvolvimento sustentáveis (*Sustainable Development Goals - SDG*), com especial destaque para as doenças respiratórias crónicas, doenças oncológicas, doenças cardiovasculares e diabetes. Estas patologias poderiam, em parte, ser evitadas através de uma maior aposta em intervenções promotoras da saúde^(4, 40).

Ainda assim, de acordo com o relatório de acompanhamento “*State of Health in the EU*” de 2019, publicado pela Comissão Europeia, Portugal encontra-se entre os países que menos investe na promoção da saúde⁽⁴¹⁾, sendo que as consequências de um baixo investimento na prevenção da doença constituem uma problemática a nível macroeconómico, uma vez que os custos de saúde associados a doenças evitáveis são elevados, representando em média um gasto de 700 mil milhões de euros anuais, o que corresponde a cerca de 80% do orçamento da saúde nos países da união europeia^(13, 14, 16).

Neste contexto, os órgãos de decisão local podem desempenhar um papel essencial na promoção da saúde contribuindo para a melhoria dos conhecimentos em saúde e respondendo de forma mais efetiva às necessidades de saúde dos seus munícipes, reduzindo assim o impacto que as doenças não transmissíveis têm tanto na vida da população como a nível macroeconómico.

Para isso, a descentralização de competências no domínio da saúde, regulada pela Lei nº 23/2019⁽⁴²⁾, prevê o estabelecimento de uma parceria entre o SNS e os municípios relativamente ao desenvolvimento de programas de prevenção da doença, constituindo uma oportunidade para os decisores locais adotarem políticas municipais que promovam a saúde dos seus munícipes de acordo com as suas necessidades em matéria de saúde e bem-estar.

No entanto, e embora a promoção da saúde seja essencial para aumentar os ganhos em saúde, não se pode falar em promoção da saúde sem se falar em literacia em saúde, pois para ocorrerem mudanças nos hábitos das populações, estas têm que, necessariamente, serem detentoras de conhecimentos sobre os comportamentos individuais e coletivos que podem promover ou colocar em risco a sua saúde.

1.2 Literacia em saúde

A OMS define literacia em saúde como “o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas”, contribuindo para promoção da saúde e prevenção da doença, bem como para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde⁽⁴³⁾.

Para Nutbeam, a literacia em saúde é um conjunto de competências pessoais, cognitivas e sociais que determinam a capacidade das pessoas em aceder, compreender e usar informações de saúde com o objetivo de promover e preservar o seu bem-estar. No entanto, para se alcançar esse conjunto de competências é necessário ocorrer uma melhoria do conhecimento e compreensão dos determinantes de saúde, uma modificação dos comportamentos de saúde em atitudes e motivações, bem como uma auto eficácia melhorada no estabelecimento de tarefas⁽⁴⁴⁾. Logo, a literacia em saúde é vista como uma ferramenta que melhora a capacitação das pessoas na promoção da saúde e prevenção de doenças⁽⁴⁵⁾.

Uma das grandes vantagens do reforço nos níveis de literacia da população reflete-se numa aplicação mais eficaz do uso de tecnologias da saúde, como por exemplo, o uso

de medicação. Além disso, níveis elevados de literacia em saúde são pautados por diversos outros benefícios que incluem a melhoria da saúde e do bem-estar individual; um melhor uso dos serviços de saúde; uma maior participação ativa e informada dos cidadãos em questões de saúde; uma redução dos comportamentos de risco e uma redução dos gastos com a saúde⁽⁴⁶⁾.

De forma oposta temos os indivíduos que apresentam baixos níveis de literacia em saúde, exibindo comportamentos e escolhas arriscadas, como um maior consumo de tabaco ou de outras substâncias aditivas⁽⁴⁷⁾. Ao fazerem escolhas menos saudáveis, apresentam comportamentos mais arriscados para a saúde e para o bem-estar, estados de saúde mais deteriorados, uma menor eficácia na gestão da saúde individual e um aumento de hospitalizações, o que representa uma pressão significativa nos recursos financeiros dos sistemas de saúde⁽⁴⁷⁾.

Em Portugal, e de acordo com a Direção Geral de Saúde, existe um elevado número de pessoas com baixos níveis de literacia, pelo que o investimento em estratégias promotoras da saúde que incluam o recurso a uma linguagem acessível e de fácil entendimento é vital para potenciar a capacidade de compreensão da população em matéria de saúde e bem-estar, bem como contribuir para a eficácia e eficiência dos serviços, reduzindo os custos em saúde⁽⁴⁸⁾.

Assim como noutros países, em Portugal, o problema da sustentabilidade financeira do sistema nacional de saúde tem estado no topo da agenda dos decisores há mais de uma década, fruto de um conjunto de pressões internas e externas que contribuíram para o aumento da despesa no setor⁽⁴⁹⁾. Parte das pressões resulta de fatores comuns a vários outros sistemas de saúde, como por exemplo, o ritmo de inovação tecnológica, o aumento da prevalência das doenças crónicas, o envelhecimento da população ou o aumento das expectativas dos utilizadores dos sistemas de saúde⁽⁴⁹⁾.

Como tal, dos governos espera-se uma gestão estratégica e eficaz dos escassos recursos disponíveis e, no caso da saúde, isso significa concentrar os recursos nos bens e serviços que sejam suscetíveis de originar melhores resultados em saúde, isto é, em cuidados que sejam efetivos, economicamente comportáveis, seguros e focados nas necessidades da população⁽⁵⁰⁾.

A informação obtida através do processo de Avaliação em Tecnologias de Saúde (ATS) é fundamental para a definição de prioridades dos sistemas de saúde e para um processo de alocação de recursos sistemático e transparente.

Segundo a definição da *International Society of Technology Assessment in Health Care*, a ATS consiste na avaliação sistemática das propriedades, efeitos e/ou outros impactos das tecnologias de saúde, não só medicamentos, dispositivos e equipamentos médicos, mas também todas as intervenções que possam estar associadas à prevenção, diagnóstico, terapia e acompanhamento da doença, preocupando-se igualmente com as implicações sociais, organizacionais, legais e éticas que decorrem da utilização dos produtos ou serviços, como por exemplo a decisão de alocação de recursos entre diferentes programas de saúde⁽⁵⁰⁾.

Assim, é seguro afirmar que tanto a literacia em saúde como a promoção da saúde, revelam-se, nos dias de hoje, uma questão fundamental para o desenvolvimento de sociedades saudáveis, sendo emergente o investimento e envolvimento de toda a comunidade.

De referir que tamanha intervenção é pautada e influenciada pela dimensão social, cultural e económica, tornando-se o conhecimento do contexto onde se insere a população, bem como o conhecimento da sua realidade experimentada, de suma importância⁽⁵¹⁾. Ou seja, a literacia em saúde influencia a percepção e os comportamentos de saúde individuais e coletivos, que por sua vez se refletem numa melhor eficiência dos serviços e numa melhor alocação de recursos em saúde, afirmando, assim, o papel de todos os setores da sociedade na construção da saúde, incluindo as autarquias locais.

2. Comportamentos em Saúde

Hipócrates no seu escrito Ares, Águas e Lugares (400 anos AC) foi, provavelmente, a primeira pessoa a associar a doença a aspetos externos como o ambiente e o estilo de vida⁽⁵²⁾. Por estilo de vida entenda-se o “conjunto de hábitos e comportamentos de resposta a situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais”⁽⁵³⁾.

Só agora, centenas de anos após essa associação de Hipócrates entre a doença e a multiplicidade de fatores externos a que o ser humano está sujeito e que influenciam a sua saúde, é que começamos a olhar para essa relação com maior detalhe. Passámos de um século em que os cuidados em saúde eram centrados maioritariamente na prevenção e tratamento de doenças infecciosas, para um outro cuja realidade se concentra nas doenças não transmissíveis, causadas por comportamentos de risco como o tabagismo, o consumo de álcool, a alimentação desequilibrada, a obesidade e o sedentarismo, e que cuja principal linha de ação centra-se na literacia para a saúde e na alteração de comportamentos individuais e coletivos^(53, 54).

Assim, numa perspetiva de enquadramento, podemos definir comportamento em saúde como qualquer comportamento que afete a saúde individual ou coletiva⁽⁵⁵⁾.

No que respeita a comportamentos de saúde, podemos dividi-los em comportamentos de saúde positivos e comportamentos de saúde negativos⁽⁵⁶⁾. Os comportamentos de saúde positivos são comportamentos que beneficiam a promoção da saúde, diminuem o risco de contrair doenças e contribuem para uma deteção antecipada de doenças ou deficiências, como a prática de atividade física, uma adequada ingestão nutricional ou hábitos de higiene diários⁽⁵⁶⁾.

Para Matos, um comportamento de saúde é definido como qualquer ação individual, que tem como objetivo a manutenção, proteção e promoção da saúde⁽⁵⁷⁾.

O mesmo é defendido por Sarafino & Simth, que definem comportamento de saúde como qualquer atividade realizada pelo indivíduo para manter ou melhorar a sua saúde, independentemente da sua percepção ou do facto do comportamento adotado realmente atingir esse objetivo⁽⁵⁸⁾.

No que respeita a comportamentos de saúde de risco, estes prendem-se com formas específicas de comportamentos associados ao aumento da suscetibilidade para o desenvolvimento de uma doença específica, ou seja, são definidos como comportamentos de risco com base em dados epidemiológicos e psicossociais como

tabagismo, maus hábitos alimentares, sedentarismo ou a ingestão de álcool e que estão no cerne da definição de um estilo de vida com efeitos nocivos para a saúde⁽⁵⁷⁾. Uma das grandes consequências atuais de comportamentos de risco em saúde, prende-se com a cada vez maior incidência de mortes devido a doenças não-transmissíveis, representando 71% do número de mortes ocorridas a nível global. Dentro das principais causas de morte por doenças não-transmissíveis, encontramos aquelas associadas à alimentação e ao consumo de tabaco, como a hipertensão e a obesidade⁽⁵⁹⁻⁶²⁾.

O Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde, no seu programa nacional de intervenção integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida, vem reforçar esta afirmação ao referir que as doenças crónicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, cancro, diabetes melitos e depressão, constituem, atualmente, a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas, incluindo Portugal e que resultam da adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como o uso excessivo de substâncias aditivas, erros alimentares, colesterol elevado, inatividade física e uma má gestão do stress^(53, 63).

No entanto, e de acordo com a OMS, existe uma forte evidência que associa a alteração dos comportamentos de risco, a alterações nos fatores de risco dos indivíduos⁽⁶⁴⁾, cujos resultados poderiam ser verificáveis numa redução da incidência de ataques cardíacos, acidentes vasculares cerebrais, diabetes e doenças oncológicas apenas através da alteração de comportamentos de risco para a saúde⁽⁴⁾. Nesse sentido, uma meta-análise de 2012, que incluiu 531.804 participantes acompanhados ao longo de 13 anos, veio reforçar essa mensagem da OMS, sugerindo que 66% das mortes prematuras podem ser atribuídas a comportamentos de risco, nomeadamente a hábitos tabágicos, ao consumo de álcool em excesso e a uma alimentação pouco saudável e que poderiam ser poupadas, com a adesão a comportamentos mais saudáveis⁽⁶⁵⁾.

2.1 Hábitos tabágicos

O tabagismo é uma das principais ameaças à saúde pública uma vez que favorece o agravamento de doenças pré existentes, como as doenças cardiovasculares, pulmonares e oncológicas, causando o aumento da mortalidade⁽⁶⁶⁾. Além disso, o tabaco contribui para o risco de diabetes, tuberculose, bem como para a redução da

fertilidade⁽⁶⁷⁾, apresentando igualmente consequências sérias para a saúde de mulheres grávidas^(68, 69).

De acordo com a OMS, o consumo de tabaco provoca anualmente mais de oito milhões de mortes, sendo que da totalidade dos óbitos, 1,2 milhões devem-se à exposição passiva ao tabaco⁽⁷⁰⁾ e as estimativas apontam para um agravamento destes valores, prevendo-se que em 2030 o número aumente para 10 milhões de mortes⁽⁵⁴⁾.

Em Portugal, em 2016, o tabagismo foi responsável por 11.843 óbitos⁽⁷¹⁾ e de acordo com o relatório do programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo de 2019⁽⁷²⁾ da DGS, o tabaco continua a ser uma das principais causas evitáveis de doença e de morte prematura, contribuindo para mais de uma em cada dez mortes registadas anualmente.

Para efeitos de combate à incidência de doenças não-transmissíveis torna-se de veras pertinente a monitorização dos hábitos tabágicos e a implementação de programas de controlo de forma a reduzir o seu consumo. Nesse sentido, um dos grandes avanços no que respeita ao combate ao tabagismo foi a Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco (CQCT) da OMS, aprovada em maio de 2003^(70, 73) e que atualmente possui 181 signatários, cobrindo 90% da população mundial.

No seguimento dessa convenção, foi elaborada em 2017, a nova lei do tabaco⁽⁷⁴⁾ que veio, em parte, dar cumprimento ao disposto na Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde, que prevê um reforço das respostas do SNS em matéria de apoio aos fumadores que têm dificuldade em deixar de fumar e de proteção da exposição ao fumo ambiental.

Ainda assim, a prevalência de tabagismo permanece elevada. A Europa, apresenta a maior prevalência de tabagismo entre adultos (20%)⁽²⁰⁾. Em Portugal, o consumo de tabaco na população tem sido alvo de diversos estudos, sendo que em 2019, a percentagem de fumadores era de 14%, o que coloca Portugal abaixo da média europeia^(20, 72, 75).

No entanto, alguns desafios permanecem, nomeadamente no que respeita à constante reinvenção da indústria do tabaco, dificultando as ações de prevenção e controlo do tabagismo, não só pela capacidade de suprimir informação que seria de grande utilidade para os seus utilizadores⁽⁷⁶⁾ como também pela sua capacidade em unir esforços para atrasar as medidas de controlo tabágico⁽⁷⁷⁾.

2.2 Consumo de Álcool

O álcool (etanol ou álcool etílico) é uma substância incolor, produzida pela fermentação alcoólica do açúcar ou por destilação e é definido como uma droga legal mas intoxicante que causa dependência^(78, 79).

Em 2005, a OMS alertou para a necessidade de se refletir sobre os problemas associados ao uso de álcool, mesmo nos casos em que há um consumo esporádico⁽⁸⁰⁾.

Embora o consumo de álcool seja socialmente aceitável, a sua ingestão representa um fator de risco com graves consequências para a saúde. Entre as várias consequências para a saúde, destacam-se um maior risco no desenvolvimento de doenças oncológicas; doenças cardiovasculares; alterações menstruais; cirrose hepática; aumento de resistência à insulina; doenças infecciosas e doenças neuropsiquiátricas^(79, 81-88).

Também o consumo de álcool por parte de mulheres grávidas traduz-se numa preocupação uma vez que a sua ingestão pode ter efeitos teratogénicos, provocando a síndrome alcoólica-fetal, que origina malformações no feto⁽⁷⁹⁾.

De acordo com o *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*, estima-se que o consumo excessivo de álcool possa causar cerca de 3 milhões de mortes (5,3% de todas as mortes) por ano a nível global⁽⁸¹⁾. Para efeitos de referenciação, considera-se, de acordo com a DGS, um consumo excessivo de álcool por dia uma ingestão superior a 20g de álcool puro ou duas bebidas padrão para o sexo masculino e 10g de álcool puro ou uma bebida padrão para o sexo feminino⁽⁸⁹⁾. Embora, de acordo com orientações atuais possa haver um consumo de álcool considerado moderado, a realidade é que existe cada vez mais, um maior número de evidências que sugerem que mesmo quantidades moderadas de álcool podem prejudicar a saúde aumentando o risco de doença cardiovascular e de morte⁽⁹⁰⁻⁹²⁾.

De forma a combater a mortalidade causada pelo consumo excessivo de álcool, a Organização Mundial da Saúde apresentou em 1995, a carta europeia do álcool introduzindo na esfera política, um conjunto de estratégias com o objetivo de prevenir a elevada incidência de problemas de saúde associados ao consumo de álcool⁽⁹³⁾.

Nesse sentido, também em 2015 foi aprovado, em Portugal, o Decreto-Lei nº 106/2015 com o objetivo de proibir a venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos⁽⁹⁴⁾.

Mais recentemente a *World Heart Federation* elaborou um documento intitulado de “*WHF Policy Brief, The Impact of Alcohol Consumption on Cardiovascular Health:*

Myths and Measures⁽⁹⁵⁾ a defender que os custos económicos e sociais associados ao consumo de álcool são significativos e incluem o custo para os sistemas de saúde, gastos diretos e perdas de produtividade, bem como o aumento do risco de violência e atividade criminosa. Além disso, no seu documento referem intervenções com boa relação custo-benefício para reduzir o consumo de álcool e que incluem o fortalecimento das restrições à disponibilidade de álcool, a imposição de proibições à sua publicidade e a facilitação do acesso a exames e tratamento.

2.3 Hábitos Alimentares

De todos os fatores de risco relacionados a doenças não transmissíveis em Portugal, a alimentação inadequada encontra-se entre os cinco principais que mais determinam a mortalidade precoce, sendo que em 2019 a mortalidade devido a hábitos alimentares inadequados situava-se nos 11.4%^(96, 97).

Este fator de risco modificável contribuiu para a perda de anos de vida saudável, devido a doenças do aparelho circulatório (149.739 DALYs; 4.5% do total), diabetes e doenças renais (52.851 DALYs; 1.6% do total) e neoplasias (40.977 DALYs; 1.2% do total). No entanto, o cenário agrava-se quando, à alimentação inadequada, se juntam outros fatores de risco como os níveis elevados de glicose plasmática, hipertensão arterial, índice de massa corporal e colesterol elevado, que em conjunto representam cerca de 60% das mortes anuais evitáveis^(96, 97).

Assim, constata-se que um padrão alimentar desadequado é um dos fatores de risco que mais contribui para a mortalidade e proliferação de doenças crónicas não transmissíveis, sendo que o consumo exagerado de carne vermelha (72.791 DALYs; 2.2 % do total), de sódio (26.973 DALYs; 0.8 % do total) e o baixo consumo de cereais integrais (61.301 DALYs; 1,8 % do total) destacam-se como os 3 principais fatores que mais contribuem para a perda de anos de vida saudável⁽⁹⁷⁾.

No que respeita à carne vermelha e processada, sabe-se que o seu consumo em excesso encontra-se associado ao aumento do risco de doenças crónicas não transmissíveis, como diabetes, doenças cardiovasculares e doenças oncológicas, bem como a um aumento da mortalidade⁽⁹⁸⁻¹⁰¹⁾.

No entanto, a substituição diária de uma a duas porções de proteína animal por proteína vegetal pode estar associada a uma redução dos marcadores de colesterol relacionados com a prevenção de doenças cardiovasculares (LDL, colesterol não-HDL e apolipoproteína)⁽¹⁰²⁾ e com uma diminuição da mortalidade⁽¹⁰³⁾.

Também o consumo de sódio, em Portugal, é bastante significativo. A alimentação da população portuguesa, caracteriza-se por um consumo excessivo de sal (cerca de 10.7 g/dia), representando, em média, o dobro da recomendação da OMS (cerca de 5 g/dia)^(104, 105).

Os dados do último Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, vieram reforçar os dados que já existiam, mostrando que cerca de 77% dos portugueses apresentam um consumo de sal (7.4 g) acima do valor máximo recomendado pela OMS⁽¹⁰⁶⁾.

Dados do *Global Burden Disease* de 2019, mostram igualmente que o excesso do consumo de sódio representa o terceiro fator de risco alimentar, que mais contribui para a perda de anos de vida saudável⁽⁹⁷⁾, sendo que, de acordo com os mesmos dados, a percentagem do total de mortes por fator de risco e doença associada, coloca a hipertensão arterial no topo das causas⁽⁹⁷⁾.

Assim, embora o sódio seja um nutriente essencial, o seu consumo excessivo encontra-se associado ao risco acrescido de doenças não transmissíveis como as doenças cardiovasculares e oncológicas^(106, 107).

Por outro lado, a restrição no consumo de sódio demonstrou reduzir a pressão arterial e prevenir tanto a ocorrência de AVC como de enfarte agudo do miocárdio^(106, 108). Também uma meta-análise de 2018, mostrou que a redução para um consumo de 1750 mg de sódio por dia estava associada a uma diminuição na pressão arterial, especialmente em pessoas hipertensas^(96, 109).

Nesse sentido, a redução do consumo de sal é determinante para prevenir a incidência de doenças não transmissíveis associadas ao seu consumo e para isso, de acordo com a OMS, a redução do consumo de sal para menos de 5 g por dia, pode ser o suficiente para promover a diminuição do risco de AVC em 23% e do risco de doença cardiovascular em 17%⁽¹⁰⁵⁾.

No que respeita ao consumo de cereais integrais, estes, há muito tempo que são reconhecidos como um grupo de alimentos que fornecem diversos benefícios à saúde, nomeadamente ao nível da prevenção do cancro, da doença cardiovascular, da diabetes tipo 2, do aumento de peso, da síndrome metabólica e da mortalidade em geral⁽¹¹⁰⁻¹¹⁴⁾.

A evidência sugere que a ingestão de 70 g/dia de cereais integrais resulta num risco 22% inferior de mortalidade total, num risco 23% inferior de mortalidade por doenças cardiovasculares e num risco 20% menor de mortalidade por cancro, além de indicar que a substituição dos cereais refinados por integrais possa ajudar a reduzir o risco de diabetes tipo 2^(106, 110), devido à presença de fibra, micronutrientes e fitoquímicos nos

cereais integrais, que podem melhorar a sensibilidade à insulina e o metabolismo da glicose^(106, 110, 115).

Por conseguinte, um consumo adequado de fibra (>25 g/dia) pode encontrar-se associado a uma diminuição do risco de AVC⁽¹¹⁶⁾. Associações similares, encontram-se em relação ao cancro da mama⁽¹¹⁷⁾, à doença cardiovascular⁽¹¹⁸⁾ e à mortalidade prematura⁽¹¹⁹⁾.

Além dos três principais fatores de risco alimentar já elencados, encontramos entre os cinco primeiros, o baixo consumo de leguminosas e de fruta⁽⁹⁷⁾, sendo que nesse sentido, a adesão ao padrão alimentar mediterrânico, rico em alimentos de origem vegetal, nomeadamente hortícolas, leguminosas, fruta, frutos secos e azeite, acompanhado por uma baixa ingestão de carne e gorduras saturadas, configura-se numa possível estratégia para inverter essa tendência⁽¹²⁰⁻¹²²⁾.

A dieta mediterrânica por ser um padrão alimentar de base vegetal, encontra-se associado à diminuição de marcadores inflamatórios, à redução do risco por várias doenças e à diminuição da mortalidade geral, sendo considerado um modelo alimentar protetor da saúde⁽¹²⁰⁻¹²²⁾.

A evidência tem vindo a mostrar que a dieta mediterrânica pode ser utilizada como ferramenta na promoção da saúde e prevenção de doenças não transmissíveis, apresentando-se como estratégia útil para prevenir as doenças cardiovasculares e diabetes em indivíduos com síndrome metabólica⁽¹¹⁴⁾, na prevenção e tratamento da hipertensão arterial⁽¹⁰⁹⁾, bem como de doenças crónicas⁽¹⁰⁹⁾.

Estes benefícios encontram-se, provavelmente relacionados, ao aumento do consumo de leguminosas, hortícolas e frutas por serem alimentos fornecedores de fibra, hidratos de carbono complexos, minerais como ferro, magnésio, zinco, fósforo, potássio, assim como vitaminas e fitoquímicos, além de apresentarem baixo índice glicémico e um teor reduzido de gordura⁽¹²³⁻¹²⁶⁾.

Pelas suas propriedades nutricionais e protetoras, as leguminosas fazem parte das recomendações de muitas organizações de saúde para a prevenção e manutenção de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, peso corporal, colesterol elevado e diabetes⁽¹²³⁻¹²⁶⁾.

Nesse sentido, uma meta-análise de 2017, que incluiu 14 estudos, concluiu que um consumo elevado de leguminosas poderia estar associado a uma diminuição de 10% no risco de doenças cardiovasculares⁽¹²⁷⁾.

Uma revisão posterior, analisou a relação entre o consumo de leguminosas e o risco de doença cardiovascular e diabetes. De acordo com os resultados dessa revisão, o

consumo regular de leguminosas, entre 62.8 g/dia e 80.9 g/dia, esteve associado a uma diminuição no risco de obesidade (-13%), redução do risco de doença coronária (-10%), diminuição do risco de hipertensão (-9%) e redução do risco de doença cardiovascular (-8%)⁽¹²⁸⁾. Assim, e de acordo com a evidência atual, o consumo adequado de leguminosas parece trazer benefícios importantes na prevenção de doenças e promoção da saúde, especialmente no que respeita à prevenção e controlo da síndrome metabólica e fatores de risco cardio-metabólicos^(96, 114, 129).

Em Portugal, recomenda-se um consumo de uma a duas porções de leguminosas por dia (80 g a 160 g), no entanto, de acordo com os dados do último Inquérito Alimentar Nacional, em média, a população portuguesa consome apenas 18 g de leguminosas por dia, não atingindo a ingestão mínima recomendada de 80 g⁽¹⁰⁶⁾.

Além das leguminosas, também o consumo de fruta fresca por parte dos portugueses encontra-se muito abaixo do recomendado, sendo que em média, os portugueses consomem 131 g de fruta fresca por dia quando o recomendado situa-se entre as três e cinco peças por dia, o que corresponde a um consumo entre 480 g e 800 g de fruta^(130, 131).

O consumo adequado de fruta é importante na prevenção de doenças crónicas, sendo que, de acordo com a evidência disponível, um consumo adequado de fruta e hortícolas, enquadra-se num comportamento de saúde preventivo, associado a um menor risco de doença cardiovascular, doença oncológica, síndrome metabólica e de mortalidade por todas as causas^(96, 106, 114, 132).

No sentido de ensinar e incentivar a adoção de hábitos alimentares saudáveis, têm sido levadas a cabo algumas medidas que facilitem o processo de alteração do comportamento alimentar. Uma dessas medidas prendeu-se com a aprovação da Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro⁽¹³³⁾, revista pela Lei n.º 71/2018, de 31 de dezembro⁽¹³⁴⁾, que visou a criação de um “Imposto Especial de Consumo de Bebidas adicionadas de Açúcar ou Edulcorantes”, que resultou numa diminuição de 15% no consumo de açúcar em Portugal, entre os anos 2017 e 2020, além de se ter verificado igualmente, uma diminuição do teor médio de açúcar de 17% nas bebidas açucaradas⁽⁹⁷⁾.

Mais recentemente foi aprovada a Lei n.º 30/2019, de 23 de abril⁽¹⁸⁾, que introduziu restrições à publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos e que resultou, de acordo com o último relatório do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, numa ausência de publicidade a alimentos nos canais infantis. No entanto, cerca de 10.4% dos anúncios publicitários nos canais generalistas são relativos a

alimentos e cerca de 18.6% desses, ainda apresentam conteúdo dirigido a crianças, nomeadamente publicidade a chocolates, bolos, bolachas e produtos similares⁽⁹⁷⁾.

Uma vez que a alteração de hábitos é um processo complexo, a par das iniciativas legislativas, têm, igualmente, sido implementadas em Portugal, diversas estratégias que visam atuar diretamente na alteração de hábitos alimentares desadequados, como a campanha “Comer melhor, uma receita para a vida” de 2019, que teve como objetivo incutir pequenas mudanças na alimentação dos portugueses e que se focou na importância de aumentar o consumo de água, leguminosas, fruta e hortícolas pela população portuguesa⁽⁹⁷⁾.

Outro exemplo, mais recente, de estratégia, para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, desta vez direcionada para profissionais de saúde, foi o guia de “Aconselhamento breve para a alimentação saudável nos cuidados de saúde primários: modelo de intervenção e ferramentas 2020”, que pretende tornar universal a promoção da alimentação saudável, uniformizar procedimentos e melhorar a qualidade da intervenção em matéria alimentar, facilitando o reconhecimento das dificuldades inerentes à mudança do comportamento alimentar por parte dos diferentes profissionais de saúde⁽⁹⁶⁾.

A par destas estratégias, foram também criadas diferentes ferramentas de apoio como o “Guia dos 10 passos para a alimentação saudável”⁽¹³⁵⁾, o “Guia explicativo dos 10 passos para a alimentação saudável para o utente”⁽¹³⁶⁾ e o “Guia explicativo dos 10 passos para alimentação saudável para o profissional de saúde”⁽¹⁰⁶⁾.

Por último, mas não menos importante do que os hábitos alimentares, é o consumo de água, sendo que este, de acordo com os dados do último Inquérito Alimentar Nacional, representa, igualmente, um comportamento de risco para os portugueses, uma vez que têm um consumo de água médio de 1 litro por dia^(106, 130).

Embora as necessidades de água variem em função de diversos fatores, como a idade, o sexo e a prática de exercício físico, no geral recomenda-se o consumo de cerca de 1.5l a 2l distribuídos ao longo do dia para assegurar as necessidades hídricas básicas⁽¹⁰⁶⁾.

A água, como principal constituinte celular, quando ingerida em quantidades adequadas contribui para a otimização do sistema digestivo e contribui para a prevenção da obstipação, enquanto que a baixa ingestão de água, pode ser responsável pelo surgimento de diversos sintomas como dores de cabeça, cansaço físico, dificuldade de concentração, atenção e memória, além de poder estar

associada a um aumento do peso corporal, principalmente quando o seu consumo é substituído pela ingestão de bebidas açucaradas⁽¹⁰⁶⁾.

Os dados do último Inquérito Nacional Alimentar e de Atividade física, mostram que cerca de 18% dos adultos bebe pelo menos um ou mais refrigerantes ou néctares por dia⁽¹³⁰⁾, representando estes, os produtos que mais contribuem para ingestão diária de açúcares adicionados na população portuguesa, o que constitui uma problemática face à incidência de doenças crónicas não transmissíveis, encontrando-se especialmente associado à obesidade, à resistência à insulina e à diabetes tipo 2^(137, 138).

Uma vez que a alimentação constitui um forte fator influenciador do estado de saúde⁽⁹⁶⁾, especialmente no que respeita a doenças crónicas não transmissíveis, tanto através da adoção de hábitos alimentares promotores da doença como da saúde e que em Portugal, a prevalência das doenças crónicas associadas à alimentação inadequada é elevada⁽¹³⁰⁾, com uma prevalência de diabetes mellitus tipo 2 de aproximadamente 10%, de hipertensão arterial de 36% e de uma prevalência de obesidade de 29%, torna-se necessário perceber até que medida as estratégias implementadas até ao momento, foram apreendidas pela população.

2.4 Atividade física

A atividade física é considerada um fator essencial para a promoção da saúde e prevenção da doença, encontrando-se positivamente associada à prevenção de doenças metabólicas, cardiovasculares, oncológicas, pulmonares e músculo-esqueléticas, entre outras⁽¹³⁹⁾.

Os benefícios da atividade física regular, segundo a OMS, incluem uma melhoria da aptidão cardiorrespiratória e muscular; melhoria da saúde óssea; redução do risco de doença cardiovascular, diabetes, cancro da mama e cólon bem como de depressão; redução do risco de quedas e controlo do peso⁽¹⁴⁰⁾.

De acordo com o relatório de 2020 do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, a prática regular de atividade física é um determinante fundamental na prevenção e tratamento de várias doenças crónicas não-transmissíveis, ao mesmo tempo que oferece um contributo essencial na manutenção da saúde mental⁽¹⁴¹⁾. Ainda assim, dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS), recolhidos em 2019, revelam que 65% da população portuguesa com 15 anos de idade ou mais nunca praticaram qualquer tipo de atividade física, sendo que a proporção de pessoas que refere nunca

ter praticado exercício físico aumenta com o avançar da idade, chegando a ser superior a 70% a partir da idade da reforma⁽¹⁴²⁾.

Ao longo dos anos, têm sido publicados estudos epidemiológicos que associam a prática de atividade física à manutenção e prevenção da doença. Uma meta-análise de 2020 que incluiu cento e cinquenta revisões sistemáticas da Cochrane, mostrou que a atividade física encontrava-se associada a uma redução de 13% na taxa de risco de mortalidade geral⁽¹⁴³⁾.

Uma outra meta-análise, também de 2020, pretendeu investigar a relação entre atividade física e mortalidade em pacientes com doenças não transmissíveis e concluiu que níveis mais elevados de atividade física por semana (>10 horas), estavam associados a uma taxa de mortalidade 22% menor em pacientes com cancro da mama, 12% em pacientes com doença cardíaca isquémica, 30% em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica e 4% em pacientes com diabetes tipo 2⁽¹⁴⁴⁾.

Nesse sentido, e tendo em conta a importância que a atividade física tem para a promoção da saúde e prevenção da doença, a OMS tem desenvolvido um papel ativo na construção de políticas públicas que incentivem a realização de atividade física em níveis moderados, tanto através da prática de desportos recreativos e lazer como através da atividade física rotineira como caminhar, subir e descer escadas.

Mais recentemente, em novembro de 2020, foram publicadas as novas recomendações da OMS para a prática da atividade física e prevenção de um comportamento sedentário^(141, 145), com o mote “*Cada Movimento Conta*”, promovendo a ideia de que toda a atividade física conta e que esta pode ser incluída nos diferentes contextos da vida diária. Além disso, as novas recomendações apresentam um conjunto de orientações específicas de atividade física e limitação do comportamento sedentário, considerando, tanto a faixa etária das crianças e adolescentes, de adultos até aos 64 anos e de adultos com idade igual ou superior a 65 anos, bem como subgrupos populacionais de acordo com períodos de gravidez, pós-parto e condições crónicas de saúde e/ou incapacidade.

Assim, as novas diretrizes encorajam a prática de atividade física moderada a vigorosa durante pelo menos 60 minutos por dia e no mínimo três vezes por semana, para crianças e adolescentes, com ou sem deficiência, entre os 5 e os 17 anos de idade; para os adultos a partir dos 18 anos, incluindo aqueles com doenças crónicas e com deficiências, cujas orientações são de pelo menos 150 a 300 minutos por semana de atividade física moderada ou 75-150 minutos por semana de atividade física

vigorosa; e mulheres grávidas ou em período pós-parto, de pelo menos, 150 minutos por semana de atividade física moderada^(145, 146).

Em Portugal tem sido dado, igualmente, um grande destaque na promoção do exercício físico através do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF), que constitui um dos programas de saúde prioritários da Direcção-Geral da Saúde e que desenvolve, anualmente, diversas ferramentas para o incentivo à prática de atividade física⁽¹⁴¹⁾.

À luz da evidência atual, a incidência de doenças evitáveis, como a hipertensão e a diabetes tipo 2, pode ser reduzida através de uma prática de atividade física diária adequada e como tal, constitui uma ferramenta fundamental dentro do contexto de comportamentos preventivos da doença e promotores da saúde.

2.5 Hábitos de sono

O sono é tão essencial para a saúde como o é beber água, ter bons hábitos alimentares e praticar atividade física⁽¹⁴⁷⁾.

O sono é fundamental para uma boa saúde cognitiva⁽¹⁴⁸⁾, bem como para a saúde cardiovascular, metabólica e imunitária⁽¹⁴⁸⁻¹⁵¹⁾. Por ter um papel essencial na prevenção da doença, Buysse, em 2014 propôs que o sono saudável fosse definido como *“um padrão multidimensional de sono-vigília, adaptado às demandas individuais, sociais e ambientais, que promove o bem-estar físico e mental. A boa saúde do sono é caracterizada por satisfação subjetiva, tempo apropriado, duração adequada, alta eficiência e estado de alerta sustentado durante as horas de vigília”*⁽¹⁵²⁾.

No entanto, as alterações de sono, como um sono de má qualidade ou a privação de sono, são conhecidas por causar um impacto negativo na saúde a curto e a médio prazo⁽¹⁵³⁾. A curto prazo reflete-se na capacidade de concentração, de memória e de aprendizagem⁽¹⁵⁴⁾ e a longo prazo pode estar associado a um aumento no risco de obesidade⁽¹⁵⁵⁾, diabetes tipo 2⁽¹⁵⁶⁾, doença cardiovascular⁽¹⁵⁷⁾, a uma redução na resposta imunitária⁽¹⁵⁸⁾ e aumento da mortalidade geral^(157, 159, 160).

Adicionalmente, a privação de sono ou um sono de má qualidade pode encontrar-se associado a um aumento do risco de alterações psicológicas como doença de alzheimer e depressão⁽¹⁶¹⁻¹⁶⁴⁾. Também a capacidade de parar ou bloquear pensamentos indesejados pode ser afetada pela privação de sono^(165, 166).

O excesso de sonolência diurna, derivada das alterações de sono, refletem-se igualmente numa maior frequência de acidentes de trânsito⁽¹⁶⁷⁾.

Existe, atualmente, uma grande preocupação com o impacto que um sono inadequado representa para a saúde individual e coletiva⁽¹⁶⁰⁾, como tal, foram emitidas várias recomendações sobre a quantidade de tempo que devemos dormir por dia. Embora não haja uma recomendação específica, as recomendações internacionais são unânimes e recomendam entre 7 a 9 horas de sono por dia^(147, 160, 168, 169).

Assim, tendo em conta o impacto que os hábitos de sono inadequados podem causar na saúde, torna-se vital a implementação de estratégias adequadas e eficazes para a promoção de hábitos de sono saudáveis para a comunidade e que minimizem, ao mesmo tempo o impacto económico que as alterações de sono representam⁽¹⁷⁰⁾.

2.6 Covid-19

A COVID-19 (*Coronavirus Disease*) ou doença por coronavírus é uma doença infecciosa causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome*), que significa Síndrome Respiratória Aguda Grave e que foi descoberta em 2019^(171, 172).

A COVID-19 transmite-se indiretamente através do contacto com superfícies e objetos contaminados e diretamente de pessoa para pessoa por contacto próximo através de gotículas que contêm partículas virais e que são libertadas pelo nariz ou boca de pessoas infetadas, quando tosem ou espirram^(171, 172).

A maioria das pessoas infetadas com o vírus COVID-19 não apresenta sintomas ou apresenta doença respiratória leve a moderada cuja recuperação não carece de cuidados especializados, no entanto, os idosos e aqueles com problemas médicos subjacentes, como doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crónicas e cancro, apresentam uma maior probabilidade de desenvolver doença grave^(171, 172).

Desde o início da pandemia foram recomendadas diversas medidas de proteção individual e coletiva, onde se destacam a higienização das mãos e a etiqueta respiratória^(173, 174).

Como tal, e de acordo com as orientações da OMS, a higienização das mãos com água e sabão, várias vezes ao dia, constitui uma das medidas mais efetivas na prevenção da doença e na disseminação de microrganismos⁽¹⁷⁵⁻¹⁷⁷⁾.

A etiqueta respiratória, tornou-se igualmente numa medida implementada com o objetivo de prevenir a transmissão de gotículas respiratórias em contexto da COVID-19, nomeadamente a utilização de máscaras⁽¹⁷⁷⁻¹⁷⁹⁾.

“Percepção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

Assim, a OMS passou a recomendar o uso de máscara, em determinadas circunstâncias, justificando o seu uso baseado na “*plausibilidade mecanicista*”⁽¹⁷⁷⁾, ou seja, por reduzir o contacto das mãos com as mucosas faciais⁽¹⁸⁰⁾.

Em concordância com a OMS, também a Direção-Geral da Saúde recomenda o uso de máscara, a par de outras medidas, em locais onde não é possível manter o distanciamento social⁽¹⁸¹⁾.

3. Percepção sobre comportamentos de risco em saúde

Os comportamentos em saúde que contribuem para o desenvolvimento de doenças evitáveis costumam ser prazerosos (ex.: fumar), pelo que a motivação para alterar esses comportamentos é impulsionada, em certa medida, por crenças sobre a probabilidade de ocorrer uma consequência para a saúde⁽¹⁸²⁾. Evidências correlacionais apoiam uma associação entre percepções de risco e comportamentos de saúde⁽¹⁸²⁾.

A percepção de risco refere-se a crenças e sentimentos do indivíduo sobre a possibilidade de doença ou outro dano à saúde, representando um elemento chave nas teorias de comportamentos em saúde⁽¹⁸³⁾.

Para Teresa Souto et al., tratam-se de crenças pessoais e avaliações do estado geral da saúde que mostram o modo como as pessoas consideram estar bem ou não⁽¹⁸⁴⁾.

Além disso, as percepções de risco têm componentes cognitivos e afetivos / emocionais^(184, 185), que tornam desafiante educar as pessoas sobre os riscos à saúde, num esforço para persuadi-las a mudar de comportamento, mas quando a compreensão do risco é percebido, tem o potencial de impulsionar a mudança de comportamento⁽¹⁸⁵⁾.

A percepção acerca da saúde é decisiva na tomada de decisão no âmbito da intervenção em saúde, pois prediz a utilização de cuidados adequados⁽¹⁸⁴⁾, ou seja, é um preditor importante dos resultados no domínio da saúde⁽¹⁸⁴⁾.

Uma meta-análise de 2014, também apoia o papel das percepções de risco na tomada de decisão em saúde, referindo que quando as intervenções mudam as percepções de risco, frequentemente ocorre uma mudança no comportamento em saúde⁽¹⁸⁶⁾.

De acordo com as teorias do comportamento em saúde, o risco percebido é um preditor chave de ambas as motivações para tomar medidas de proteção e subsequente desempenho de comportamentos de saúde voltados para aliviar a ameaça⁽¹⁸³⁾.

Assim, considera-se que a percepção de risco é um processo individual subjetivo em que o indivíduo organiza os estímulos sensoriais em informações, no entanto, o significado dessas informações varia com base numa variedade de fatores interpessoais, contextuais e sociais^(184, 185).

Logo, as percepções de risco como julgamentos derivados de forma deliberada, são sistemáticas, lógicas e baseadas em regras⁽¹⁸²⁾. As teorias que enfatizam as percepções de risco deliberativas sugerem que um indivíduo depende de uma série de estratégias baseadas na razão para derivar uma estimativa da probabilidade de que o

resultado negativo ocorra. As percepções de risco deliberativas são geralmente absolutas (ex.: probabilidade percentual de doença) ou comparativas (ex.: probabilidade de doença em comparação com outras)⁽¹⁸²⁾.

Além disso, as percepções de risco têm componentes afetivos e experienciais^(184, 185), que tornam desafiante educar as pessoas sobre os riscos à saúde num esforço para persuadi-las a mudar de comportamento. Mas quando a compreensão do risco é percebido tem o potencial de impulsionar a mudança de comportamento em saúde⁽¹⁸⁵⁾. As percepções de risco afetivo referem-se ao afeto associado ao risco (ex.: sentimento de preocupação perante uma ameaça) e representam um componente crítico de julgamentos que envolvem risco e incerteza^(182, 187).

Uma meta-análise de 2006, demonstrou que as percepções de risco afetivo estão relacionadas a comportamentos preventivos, e que as intervenções que visam essas percepções, produzem mudanças subsequentes no comportamento^(182, 188).

As percepções de risco experiencial referem-se a julgamentos rápidos feitos pela fusão de informações deliberativas e afetivas⁽¹⁸²⁾, ou seja, referem-se ao conteúdo da percepção, por exemplo, através da avaliação intuitiva sobre a sua vulnerabilidade perante uma situação e pode ser aferida através de questões que avaliem essa vulnerabilidade, como por exemplo: "quão vulnerável se sente?"⁽¹⁸²⁾.

Segundo Ferrer e Klein⁽¹⁸²⁾, as percepções de risco experiencial são mais preditivas de intenções ou comportamento do que as percepções de risco deliberativas.

Para Araújo, Ramos e Lopes, a percepção do estado de saúde é fundamental para um melhor planeamento em saúde pela sua relação com a adoção de comportamentos promotores de saúde⁽¹⁸⁹⁾.

No entanto, implementar medidas que promovam a alteração de comportamentos de risco percebido é apenas uma das diversas estratégias que podem influenciar a mudança de comportamentos em saúde⁽¹⁸⁴⁾, pois para mudar comportamentos torna-se necessário perceber o que as pessoas sabem e a forma como utilizam esse conhecimento.

Com esse objetivo em mente, a OMS endossou uma estratégia global para promover a saúde, sendo que o ponto chave dessa estratégia prende-se com a criação de campanhas de saúde para educar o público sobre o reconhecimento e prevenção de doenças não transmissíveis, a par da criação de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças⁽³⁹⁾, incluindo estratégias a nível local, que combinem o conhecimento teórico com o conhecimento prático, resultando numa maior consciencialização no que respeita a adoção de comportamentos positivos em saúde.

4. OBJETIVOS

Para o presente trabalho foram colocadas as seguintes questões de investigação:

- Quais os **conhecimentos** dos residentes na região do Algarve sobre os **comportamentos de risco para a saúde**?
- Qual a **percepção** dos residentes na região do Algarve sobre **conhecimentos e comportamentos para a prevenção da doença**?
- Quais os **comportamentos** dos residentes na região do Algarve **para a prevenção da doença**?

Assim, estabeleceu-se como objectivo perceber quais os comportamentos adotados no âmbito da saúde / doença pelos residentes da região, visando contribuir para o conhecimento sobre os comportamentos de risco para a saúde da população Algarvia.

“Percepção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

5. METODOLOGIA

O projeto seguiu uma metodologia de estudo observacional e descritivo, uma vez que se pretendeu observar a percepção e os conhecimentos que os residentes da região do Algarve têm sobre os comportamentos que podem condicionar a sua saúde e os hábitos adotados que contribuem para a prevenção da doença.

Para isso, partiu-se de uma metodologia quantitativa com a aplicação de um questionário online estruturado e autoadministrado, através da plataforma EUSurvey, numa amostra de conveniência aos residentes na região do Algarve.

5.1 População de estudo e amostra

A população de estudo compreendeu os habitantes dos 16 municípios da região do Algarve.

No presente estudo, a população estudada foi composta por utilizadores da internet, nomeadamente das redes sociais e entidades de poder local, bem como associações que responderam ao apelo da mestranda, divulgando o questionário pelas suas bases de contactos de correio eletrónico. Adicionalmente, foram contactadas, por correio eletrónico, pessoas individuais solicitando a sua participação e divulgação do questionário pelas suas redes de contactos próximos, nomeadamente família e amigos.

Como critério de inclusão no estudo, os participantes teriam que ter uma idade igual ou superior a 18 anos, residir no Algarve e ter acesso à internet para o preenchimento do questionário.

No estudo foi incluída uma fração dos residentes da região do Algarve com base na estimativa de uma amostra representativa dessa população. Para a determinação do tamanho da amostra, considerou-se o número de habitantes residentes no algarve, que, de acordo com os dados preliminares dos censos de 2021⁽¹⁹⁰⁾, situava-se num total de 467.495 mil habitantes. Considerou-se, ainda, um grau de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, resultando numa amostragem final composta por 384 indivíduos. No entanto, após concluída a recolha dos questionários, obtivemos uma amostra final constituída por 399 residentes.

5.2 Instrumentos de recolha de informação

Os questionários constituem instrumentos de investigação que têm por objetivo recolher dados, através de uma amostra representativa da população em estudo⁽¹⁹¹⁾. Assim, optou-se por este instrumento de recolha de dados porque permitiu obter informações sobre uma grande variedade de comportamentos, conhecimentos e percepções, alcançando um maior número de residentes no Algarve⁽¹⁹¹⁾.

De forma a responder às questões de investigação foi elaborado um questionário original, composto por 66 perguntas, tendo por base as orientações da DGS, com a exceção da 10ª questão que foi retirada do instrumento SF-36 (adaptado para a língua portuguesa)⁽¹⁹²⁾ e divididas em cinco partes: caracterização sociodemográfica, caracterização do estado de saúde, conhecimentos sobre cuidados de saúde preventivos, percepção sobre comportamentos de risco e comportamentos para a prevenção da doença.

Depois de concluído, realizou-se um pré-teste a uma pequena amostra de cinco participantes cujas dúvidas foram anotadas, resultando em pequenas correções de forma a garantir um melhor entendimento das questões apresentadas.

Esta ferramenta foi ainda validada por dois profissionais de saúde independentes com experiência no âmbito da saúde pública.

O questionário foi realizado online através da plataforma *EUsurvey*.

As variáveis incluídas para alcançar os objetivos propostos foram as variáveis independentes: idade, sexo, nacionalidade, local de residência, escolaridade, situação profissional, estado civil; e as variáveis dependentes: caracterização do estado de saúde, conhecimentos sobre cuidados de saúde preventivos, percepção sobre comportamentos de risco para a saúde e comportamentos para a prevenção da doença.

5.3 Tratamento e análise de dados

Os dados recolhidos foram analisados com o software IBM-SPSS versão 27.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois). Todos os dados quantitativos foram analisados através de estatística descritiva e apresentados como média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo. As variáveis qualitativas foram descritas por contagens (n) e percentagens (%). Uma vez que todas as variáveis em análise não seguiam uma distribuição normal, foram utilizados testes estatísticos não paramétricos, nomeadamente o teste Mann-Whitney U e o teste de Kruskal-Wallis.

A significância estatística para todos os procedimentos foi fixada em 0.05.

5.4 Considerações éticas

As preocupações éticas na investigação científica são pertinentes pela necessidade de respeitar os direitos dos participantes, como tal, o presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (Anexo 1). O questionário desenvolvido para este estudo foi apreciado pelo encarregado de proteção de dados da Universidade do Algarve, tendo obtido um parecer positivo (Anexo 2). Todos os dados obtidos através dos questionários foram recolhidos de modo anónimo não havendo qualquer elemento de identificação dos participantes.

“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

6. RESULTADOS

6.1 Caracterização sociodemográfica

Para o presente estudo foi utilizada uma amostra de 399 participantes, maioritariamente identificados com o género feminino (77.7%; n=310), apresentando uma média de idade de 41.22 ± 12.53 anos, entre os 18 e os 90 anos (Tabela 6.1).

Quanto à nacionalidade, a maioria dos inquiridos era de nacionalidade portuguesa (98.2%; n=391), e apresentava predominantemente habilitações literárias ao nível do ensino superior (55.6%; n=222) (Tabela 6.1).

Os participantes eram maioritariamente trabalhadores (80.7%; n=322) e apenas 7% da amostra indicou estar em situação de desemprego. (Tabela 6.1).

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes respondeu encontrar-se “casado(a)” ou em “união de facto” (54.9%; n=219), e indicaram ter filhos (69.2%; n=276). Cerca de 1/5 da amostra (18.8%; n=75) indicou viver sozinho, mas de modo autónomo. (Tabela 6.1).

No que respeita ao concelho de residência, os concelhos com uma maior expressão amostral foram respetivamente os de Albufeira (45.6%, n=183), Faro (11%, n=44), Portimão (8.5%, n=34), Loulé (7.8%, n=31), Olhão (7.8%, n=31) e Silves (6%, n=24) (Tabela 6.2).

Dos participantes que referiram trabalhar para a função pública, 6.8% (n=21) relatou ser trabalhador autárquico, pertencendo, maioritariamente, ao município de Albufeira (57.1%), seguido pelo município de Portimão (9.5%) (Tabela 6.3).

“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

Tabela 6.1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes

| | | N | % |
|--------------------------------|---|----------|----------|
| Sexo | Feminino | 310 | 77.7% |
| | Masculino | 88 | 22.1% |
| Nacionalidade | Portuguesa | 391 | 98.2% |
| | Outra | 8 | 1.8% |
| Habilitações literárias | Não sabe ler e escrever | 1 | 0.3% |
| | 4 anos de escolaridade | 0 | 0% |
| | 6 anos de escolaridade | 6 | 1.5% |
| | 9 anos de escolaridade | 36 | 9% |
| | 12 anos de escolaridade | 105 | 26.3% |
| | Curso profissional | 29 | 7.3% |
| | Ensino superior | 222 | 55.6% |
| Situação profissional | Empregado por conta de outrem no sector privado | 122 | 30.6% |
| | Empregado por conta de outrem na função pública | 123 | 30.8% |
| | Empregado por conta própria | 72 | 18% |
| | Trabalhador estudante | 5 | 1.3% |
| | Estudante | 7 | 1.8% |
| | Doméstico(a) | 6 | 1.5% |
| | Reformado(a) | 21 | 5.3% |
| | Desempregado(a) | 28 | 7% |
| Estado civil | Solteiro(a) | 125 | 31.3% |
| | Casado(a) / União de facto | 219 | 54.9% |
| | Viúvo(a) | 10 | 2.5% |
| | Divorciado(a)/ Separado(a) | 45 | 11.3% |
| Com quem vive | Sozinho e autónomo | 75 | 18.8% |
| | Sozinho com apoio | 9 | 2.3% |
| | Pais | 27 | 6.8% |
| | Irmão(s) | 4 | 1% |
| | Cônjuge | 76 | 19% |
| | Cônjuge e filhos | 176 | 44.1% |
| | Filho(a)/ nora/ genro/ netos | 32 | 8% |
| Tem filhos? | Sim | 276 | 69.2% |
| | Não | 123 | 30.8% |

“Percepção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

Tabela 6.2 - Caracterização do local de residência dos participantes por concelho.

| Concelhos de residência | N | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| Albufeira | 182 | 45.6% |
| Alcoutim | 2 | 0.5% |
| Aljezur | 2 | 0.5% |
| Castro Marim | 1 | 0.3% |
| Faro | 44 | 11% |
| Lagoa | 15 | 3.8% |
| Lagos | 8 | 2% |
| Loulé | 31 | 7.8% |
| Monchique | 1 | 0.3% |
| Olhão | 31 | 7.8% |
| Portimão | 34 | 8.5% |
| São Brás de Alportel | 5 | 1.3% |
| Silves | 24 | 6% |
| Tavira | 10 | 2.5% |
| Vila do Bispo | 6 | 1.5% |
| Vila Real de Santo António | 2 | 0.5% |

Tabela 6.3 – Caracterização do local de trabalho para a função pública

| Trabalhador autárquico | N | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| Sim | 21 | 6.8% |
| Não | 289 | 93.2% |
| Autarquia onde trabalha | | |
| C.M. de Albufeira | 12 | 57.1% |
| C.M. de Alcoutim | 1 | 4.8% |
| C.M. de Faro | 1 | 4.8% |
| C.M. de Lagoa | 1 | 4.8% |
| C.M. de Lagos | 1 | 4.8% |
| C.M. de Loulé | 1 | 4.8% |
| C.M. Olhão | 1 | 4.8% |
| C.M. de Portimão | 2 | 9.5% |
| C.M. de Silves | 1 | 4.8% |

6.2 Perfil de saúde

No questionário foi incluída uma questão sobre o estado geral de saúde, pertencente ao questionário SF-36 versão portuguesa. Das respostas obtidas, destaca-se o facto de 60.2% (n=240) dos inquiridos percecionarem a sua saúde como “boa” (Tabela 6.4).

Tabela 6.4 – Caraterização do estado de saúde dos participantes

| Estado de saúde | | N | % |
|----------------------------|-----------|----------|----------|
| Como considera a sua saúde | Muito má | 2 | 0.5% |
| | Má | 9 | 2.3% |
| | Razoável | 101 | 25.3% |
| | Boa | 240 | 60.2% |
| | Excelente | 47 | 11.8% |

Quanto à presença de doenças crónicas verificámos que 70.7% (n=282) respondeu não ter recebido qualquer diagnóstico de doença crónica, enquanto que a 29.3% (n=117) dos inquiridos foi diagnosticada uma doença crónica (Tabela 6.5).

Tabela 6.5 – Caraterização das doenças crónicas apresentadas pela amostra em estudo.

| Diagnóstico de doença crónica | N | % |
|---|----------|----------|
| Depressão | 13 | 3.3% |
| Ansiedade | 13 | 3.3% |
| Epilepsia | 2 | 0.5% |
| Hipertensão | 20 | 5% |
| Dislipidémias | 4 | 1% |
| Refluxo gastroesofágico | 7 | 1.8% |
| úlceras pépticas/ gástricas | 2 | 0.5% |
| Síndrome do intestino irritável | 6 | 1.5% |
| Doenças pulmonares obstrutivas crónicas | 1 | 0.3% |
| Doença oncológica | 18 | 4.5% |
| Diabetes mellitus | 6 | 1.5% |
| Hipotiroidismo | 12 | 3% |
| Hipertiroidismo | 3 | 0.8% |
| Gota | 1 | 0.3% |
| Asma | 17 | 4.3% |
| Insuficiência renal | 2 | 0.5% |
| Osteoporose | 2 | 0.5% |
| Osteoartrose | 4 | 1% |
| Outras | 47 | 11.8% |

Destas, destacaram-se a hipertensão arterial (5%, n=20), doença oncológica (4.5%, n=18), asma (4.3%, n=17), depressão (3.3%, n=13) e a ansiedade (3.3%, n=13) (Tabela 6.5).

Tabela 6.6 – Classificação Farmacoterapêutica dos medicamentos utilizados.

| Classificação Farmacoterapêutica | N | % |
|---|----|------|
| 6.8 Anti-inflamatórios intestinais | 8 | 2% |
| 2.10 Analgésicos e antipiréticos | 7 | 1.8% |
| 9.1 Anti-inflamatórios não esteroides | 5 | 1.3% |
| 16.3 Imunomoduladores | 3 | 0.8% |
| 9.3 Medicamentos para a gota | 3 | 0.8% |
| 4.1 Antianémicos | 5 | 1.3% |
| 2.9 Psicofármacos | 28 | 7% |
| 2.8 Estimulantes inespecíficos do SNC | 1 | 0.3% |
| 16.1 Citotóxicos | 9 | 2.3% |
| 3.4 Anti-hipertensores | 28 | 7% |
| 2.6 Antiepilépticos e anticonvulsivantes | 3 | 0.8% |
| 8.1 Hormonas hipotalâmicas e hipofisárias | 1 | 0.3% |
| 6.2 Antiácidos e antiulcerosos | 7 | 1.8% |
| 8.3 Hormonas da tiróide e antitiróides | 13 | 3.3% |
| 5.1 Antiasmáticos e broncodilatadores | 3 | 0.8% |
| 10.1 Anti-histamínicos | 2 | 0.5% |
| 13.7 Adjuvantes da cicatrização | 1 | 0.3% |
| 8.4 Insulinas, antidiabéticos e glucagon | 7 | 1.8% |
| 13.5 Corticosteróides de aplicação tópica | 2 | 0.5% |
| 3.7 Antidislipidémicos | 15 | 3.8% |
| 2.3 Anestésicos | 5 | 1.3% |
| 6.4 Antiespasmódicos | 2 | 0.5% |
| 4.3 Anticoagulantes e antitrombóticos | 4 | 1% |
| 3.6 Venotrópicos | 5 | 1.3% |
| 1.1 Antibacterianos | 2 | 0.5% |
| 1.2 Antifúngicos | 2 | 0.5% |
| 12.7 Medicamentos captadores de iões | 1 | 0.3% |
| 7.4 Outros medicamentos para disfunções genitourinárias | 1 | 0.3% |
| 2.7 Antieméticos e antivertiginosos | 1 | 0.3% |
| 5.2 Antitússicos e expetorantes | 1 | 0.3% |
| 8.5 Hormonas sexuais | 3 | 0.8% |

Apenas 27.6% (n=110) dos participantes indicaram utilizar medicação crónica. Destes, os psicofármacos (7%, n=28) e anti hipertensores (7%, n=28) foram os que mais se

destacaram, seguidos pelos medicamentos antilipídicos (3.8%, n=15) e hormonas para a tiroide (3.3%, n=13) (Tabela 6.6).

Em relação à ocorrência de internamentos hospitalares, 93.7% (n=374) dos participantes referiram não terem necessitado de internamento hospitalar nos últimos 12 meses. Dos que referiram terem tido necessidade de internamento hospitalar (6.3%, n=25), a maioria ocorreu para a realização de operações cirúrgicas (52%, n=12) (Tabela 6.7).

Tabela 6.7 - Motivo de internamento hospitalar nos últimos 12 meses

| Internamento hospitalar nos últimos 12 meses | N | % |
|---|----------|----------|
| Cirurgia | 12 | 52% |
| Gravidez/ parto | 5 | 21.7% |
| Covid-19 | 2 | 8.7% |
| AVC | 2 | 8.7% |
| Crise de vesícula | 1 | 4.3% |
| Doença de Crohn | 1 | 4.3% |

No que respeita a quedas, 7% dos inquiridos respondeu ter sofrido queda(s) nos últimos 12 meses. Destes, 67.9% (n=19) não necessitou de recorrer a serviços de saúde, enquanto que 32.1% (n=9) indicou ter necessitado de cuidados hospitalares. Apenas 1 participante referiu ter sofrido uma fratura óssea secundária à queda.

6.3 Conhecimentos sobre cuidados de saúde preventivos

Nesta secção procurámos analisar quais os conhecimentos dos participantes sobre comportamentos de risco para a saúde.

Aos participantes do estudo foi questionado sobre quantas horas de sono se recomenda por dia. A maioria (83.2%, n=332) respondeu que o número ideal de horas de sono seriam 8 horas por dia (Tabela 6.8). Assim, de acordo com as recomendações internacionais que estipulam um tempo recomendado de 7 a 9 horas de sono por dia^(147, 160, 168, 169), verificamos que 97.5% (n=389) responderam corretamente à questão.

No que respeita ao impacto que um desadequado descanso noturno pode ter na saúde, 99.5% (n=397) dos participantes, conseguiram relacionar esse impacto à redução da capacidade de concentração, a uma maior incidência de acidentes

rodoviários (68.4%, n=273) e como contributo para o desenvolvimento de problemas de saúde, como a hipertensão e a diabetes (71.2%, n=284) (Tabela 6.8).

Tabela 6.8 - Conhecimentos sobre a contribuição do sono para a doença

| | N | % |
|--|-----|-------|
| Horas de sono recomendadas por dia | | |
| 6h | 6 | 1.5% |
| 7h | 41 | 10.3% |
| 8h | 332 | 83.2% |
| 9h | 16 | 4% |
| 10h | 3 | 0.8% |
| 12h | 1 | 0.3% |
| Sono de má qualidade e redução da capacidade de concentração | | |
| Verdadeiro | 397 | 99.5% |
| Falso | 2 | 0.5% |
| Falta de descanso noturno como uma das principais causas de acidentes rodoviários | | |
| Verdadeiro | 273 | 68.4% |
| Falsa | 25 | 6.3% |
| Não sabe | 101 | 25.3% |
| Dormir mal pode contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde, como a hipertensão e a diabetes. | | |
| Verdadeira | 284 | 71.2% |
| Falsa | 23 | 5.8% |
| Não sabe | 92 | 23.1% |

Quando agrupamos as questões relacionadas ao conhecimento que os inquiridos têm sobre o sono e o seu papel nos cuidados de saúde preventivos, verificamos que os participantes apresentaram um rácio de 52.9% (n=211/399) de respostas corretas.

No que respeita à contribuição do tabaco para a mortalidade por diversas causas, 99.2% (n=396) dos participantes mostraram conhecer a relação entre o tabaco e a morte por cancro do pulmão⁽⁶⁶⁾; 94.5% (n=377) sabiam que o tabaco contribui para a morte por doença respiratória crónica⁽⁶⁶⁾, que causa dependência física (86.7%, n=346), que prejudica o desempenho sexual⁽⁶⁷⁾ (89.5%, n=357) e que fumar pode causar morte prematura (89.5%, n=357)⁽⁵⁴⁾.

Sobre a relação entre o consumo de tabaco e a diabetes, 41.6% (n=166) responderam não saber se o “*tabaco contribui para a morte por diabetes*”^(68, 69)(tabela 6.9).

É de assinalar que 10.5% (n=42) dos participantes mostraram desconhecimento sobre a relação entre os hábitos tabágicos e a morte prematura (Tabela 6.9).

Tabela 6.9 – Conhecimentos sobre a contribuição do tabaco para a doença

| | N | % |
|--|-----|-------|
| Tabaco contribui para a morte por cancro do pulmão | | |
| Verdadeira | 396 | 99.2% |
| Não sabe | 3 | 0.8% |
| Tabaco contribui para a morte por doença respiratória crónica | | |
| Verdadeira | 377 | 94.5% |
| Falsa | 5 | 1.3% |
| Não sabe | 17 | 4.3% |
| Tabaco contribui para a morte por diabetes | | |
| Verdadeira | 113 | 28.3% |
| Falsa | 120 | 30.1% |
| Não sabe | 166 | 41.6% |
| Fumar melhora o desempenho sexual | | |
| Verdadeira | 9 | 2.3% |
| Falsa | 357 | 89.5% |
| Não sabe | 33 | 8.3% |
| Fumar causa dependência física | | |
| Verdadeira | 346 | 86.7% |
| Falsa | 31 | 7.8% |
| Não sabe | 22 | 5.5% |
| Fumar pode causar morte prematura | | |
| Verdadeira | 357 | 89.5% |
| Falsa | 8 | 2% |
| Não sabe | 34 | 8.5% |

Ao agruparmos as questões para avaliar o conhecimento que os inquiridos tinham sobre o tabaco como comportamento de risco para a saúde, verificámos que apenas 23.3% (n=93/399) dos participantes respondeu adequadamente a todas as questões.

No que diz respeito ao consumo de álcool, a maioria dos participantes respondeu corretamente às questões sobre a relação entre o álcool e a saúde, nomeadamente ao nível da dependência física (98.7%, n=394), perturbações mentais^(79, 82) (89.7%, n=358), desnutrição (71.7%; n=286), hipertensão (66.4%; n=265), cirrose hepática (97%, n=387) e disfunções sexuais (79.2%, n=316) (Tabela 6.10).

Ainda assim, 33.6% (n=134) dos participantes mostrou desconhecimento na relação entre o álcool e a hipertensão (Tabela 6.10).

Tabela 6.10 - Conhecimentos sobre o consumo de álcool e a saúde

| | N | % |
|---|-----|-------|
| Consumir álcool pode causar dependência | | |
| Sim | 394 | 98.7% |
| Não | 2 | 0.5% |
| Não sabe | 3 | 0.8% |
| Consumo frequente de álcool pode causar perturbações mentais | | |
| Verdadeira | 358 | 89.7% |
| Falsa | 13 | 3.3% |
| Não sabe | 28 | 7% |
| Consumo frequente de álcool pode causar desnutrição | | |
| Verdadeira | 286 | 71.7% |
| Falsa | 30 | 7.5% |
| Não sabe | 83 | 20.8% |
| Consumo frequente de álcool pode causar hipertensão arterial | | |
| Verdadeira | 265 | 66.4% |
| Falsa | 11 | 2.8% |
| Não sabe | 123 | 30.8% |
| Consumo frequente de álcool pode causar cirrose hepática | | |
| Verdadeira | 387 | 97% |
| Falsa | 4 | 1% |
| Não sabe | 8 | 2% |
| Consumo frequente de álcool pode causar disfunção sexual | | |
| Verdadeira | 316 | 79.2% |
| Falsa | 6 | 1.5% |
| Não sabe | 77 | 19.3% |

Quando agrupámos as questões relacionadas ao conhecimento que os inquiridos têm sobre o álcool e o seu papel nos cuidados de saúde preventivos, verificámos que menos de metade dos participantes respondeu corretamente à totalidade das questões (44.6%, n=178/399).

Sobre a alimentação e os hábitos alimentares inadequados, verificámos que os conhecimentos que os nossos participantes tinham sobre o papel da alimentação na saúde foi onde houve uma maior percentagem de desconhecimento com apenas 0.3% (13/13, n=1/399) dos inquiridos a acertarem a totalidade das questões. Ainda assim, 19.3% dos participantes responderam corretamente a mais de metade das questões

(10/13, n=77/399), refletindo, de qualquer forma, a existência de dúvidas sobre hábitos alimentares como comportamentos de risco para a saúde.

Verificámos também que houve perguntas onde se observou uma maior incidência de desconhecimento, principalmente em relação aos factores que mais contribuem para a perda de anos de vida saudável onde, por exemplo, o desconhecimento em relação ao impacto do excesso de sódio na saúde foi identificado em 64.2% (n=256) dos inquiridos (Tabela 6.11).

Ainda em relação ao impacto que os hábitos alimentares desadequados têm na mortalidade em Portugal, 86% (n=343) dos participantes mostrou desconhecimento (Tabela 6.11).

Quando questionados sobre o consumo inadequado de determinados alimentos e o seu risco para a saúde, os participantes conseguiram identificar corretamente as afirmações referentes ao risco de um baixo consumo de cereais integrais (48.9%, n=195), fruta (84.7%, n=338), leite (72.9%, n=291) e frutos secos e sementes (71.9%, n=287) para a perda de anos de vida saudável (Tabela 6.11).

No entanto, há que salientar o conhecimento incorreto ou desconhecimento em relação ao risco de um baixo consumo de cereais integrais (22.8%, n=91 e 28.3%, n=113), de fruta (7.5%, n=30 e 7.8%, n=31) e de frutos oleaginosos e sementes (11.8%, n=47 e 16.3%, n=65) para a prevenção da doença, nomeadamente ao nível da prevenção do cancro, da doença cardiovascular, da diabetes tipo 2, do aumento de peso, da síndrome metabólica e da mortalidade em geral (Tabela 6.11).

Sobre o conhecimento que os nossos inquiridos detinham sobre o consumo de água, há que realçar que a maioria (84.7%, n=338) sabia que a quantidade de água recomendada para consumo diário se situa entre 1.5l e 2l.

No entanto, quando questionados sobre a ingestão de água como promotora da saúde, observou-se que ainda existe algum desconhecimento sobre a relação da água com a redução de dores de cabeça (19.1%, n=76) e a melhoria da capacidade de concentração e memória (27.3%, n=109), sendo que onde mostraram melhor conhecimento de ingestão/benefício foi em relação ao alívio da obstipação (90.5%, n=361) e redução da fadiga (87.7%, n=350) (Tabela 6.12).

Nas questões para aferir os conhecimentos dos participantes em matéria relacionada com a pressão arterial (PA), 74.9% (n=299) responderam que o valor recomendado como ótimo para a PA era <120/80 mmHg, o que corresponde às recomendações atuais⁽¹⁰⁹⁾.

“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

Tabela 6.11 – Caracterização dos conhecimentos sobre hábitos alimentares e saúde.

| | N | % |
|---|-----|-------|
| Os hábitos alimentares inadequados são o quinto principal fator de risco para a perda de anos de vida saudável | | |
| Verdadeira | 328 | 82.2% |
| Falsa | 11 | 2.8% |
| Não sabe | 60 | 15% |
| Os hábitos alimentares inadequados são um dos fatores de risco modificável que mais contribui para a mortalidade em Portugal | | |
| Verdadeira | 275 | 68.9% |
| Falsa | 31 | 7.8% |
| Não sabe | 93 | 23.3% |
| O baixo consumo de cereais integrais contribui para a perda de anos de vida saudável | | |
| Verdadeira | 195 | 48.9% |
| Falsa | 91 | 22.8% |
| Não sabe | 113 | 28.3% |
| A baixa ingestão de leite contribui para a perda de anos de vida saudável | | |
| Verdadeira | 34 | 8.5% |
| Falsa | 291 | 72.9% |
| Não sabe | 74 | 18.5% |
| O baixo consumo de fruta contribui para a perda de anos de vida saudável. | | |
| Verdadeira | 338 | 84.7% |
| Falsa | 30 | 7.5% |
| Não sabe | 31 | 7.8% |
| O baixo consumo de frutos oleaginosos e sementes contribui para a perda de anos de vida saudável. | | |
| Verdadeira | 287 | 71.9% |
| Falsa | 47 | 11.8% |
| Não sabe | 65 | 16.3% |
| Baixa ingestão de sódio contribui para a perda de anos de vida saudável. | | |
| Verdadeira | 107 | 26.8% |
| Falsa | 143 | 35.8% |
| Não sabe | 149 | 37.3% |
| Percentagem atribuída aos hábitos alimentares inadequados na mortalidade, em Portugal | | |
| 2% | 6 | 1.7% |
| 3.5% | 28 | 3.2% |
| 11.4% | 56 | 14% |
| 20% | 91 | 26.5% |
| Não sabe | 218 | 54.6% |

Tabela 6.12 – Caracterização dos conhecimentos sobre a importância da água para a saúde.

| | N | % |
|--|-----|-------|
| Qual a quantidade de água que é recomendada bebermos diariamente | | |
| 1 litro | 12 | 3% |
| 1.5 litros – 2 litros | 338 | 84.7% |
| 2 a 3 litros | 48 | 12% |
| Não sabe | 1 | 0.3% |
| A baixa ingestão de água contribui para o aumento da fadiga. | | |
| Verdadeira | 350 | 87.7% |
| Falsa | 17 | 4.3% |
| Não sabe | 32 | 8% |
| Beber a quantidade de água recomendada contribui para a redução das dores de cabeça. | | |
| Verdadeira | 323 | 81% |
| Falsa | 21 | 5.3% |
| Não sabe | 55 | 13.8% |
| A baixa ingestão de água contribui para a diminuição da capacidade de concentração e memória. | | |
| Verdadeira | 290 | 72.7% |
| Falsa | 22 | 5.5% |
| Não sabe | 87 | 21.8% |
| A baixa ingestão de água contribui para a ocorrência de obstipação. | | |
| Verdadeira | 361 | 90.5% |
| Falsa | 7 | 1.8% |
| Não sabe | 31 | 7.8% |

Ainda assim, 16.5% (n=66) dos inquiridos não soube responder ou respondeu de forma incorreta (8.5%, n=34) (Tabela 6.13).

Acerca das consequências da elevação dos valores de PA, e mais especificamente sobre se a PA elevada poderia causar insuficiência renal, 42.6% (n=170) referiram não saber se a afirmação estava correta.

Em relação à afirmação “a PA elevada pode causar insuficiência hepática”, 51.1% (n=204) dos inquiridos não souberam responder ou assinalaram incorretamente (37.8%; n=151) (Tabela 6.13).

Por último, no que respeita à afirmação “a PA elevada pode causar AVC”, 92.2% (n=368) dos participantes assinalaram a afirmação como verdadeira (Tabela 6.13).

Quando agrupámos as questões relacionadas ao conhecimento que os inquiridos têm sobre o impacto que a pressão arterial elevada pode ter na saúde, verificámos que

apenas 3.3% (n=13/399) dos inquiridos respondeu corretamente à totalidade das questões.

Tabela 6.13 – Caracterização dos conhecimentos sobre a pressão arterial na saúde.

| | N | % |
|--|-----|-------|
| Valor recomendado como ótimo para a PA | | |
| <120/80 mmHg | 299 | 74.9% |
| <140/90 mmHg | 34 | 8.5% |
| Não sabe | 66 | 16.5% |
| PA elevada pode causar insuficiência renal | | |
| Verdadeira | 191 | 47.9% |
| Falsa | 38 | 9.5% |
| Não sabe | 170 | 42.6% |
| PA elevada pode causar insuficiência hepática | | |
| Verdadeira | 151 | 37.8% |
| Falsa | 44 | 11% |
| Não sabe | 204 | 51.1% |
| PA elevada pode causar AVC | | |
| Verdadeira | 368 | 92.2% |
| Não sabe | 31 | 7.8% |

Verificámos igualmente, que a associação que é feita de forma mais incisiva diz respeito à relação entre a PA elevada e a saúde cardiovascular (92.2%, n=368), o que pode significar que o conhecimento pode estar focado unicamente na saúde do coração ignorando o impacto que pode ter no que respeita, por exemplo, à saúde renal.

No que respeita aos valores recomendados para os níveis de açúcar no sangue em jejum 55.6% (n=222) dos participantes mostrou desconhecer quais os valores recomendados (Tabela 6.14). Ainda assim, 44.4% (n=177) responderam que os valores se situavam entre os 70 e os 110 mg/dL, o que corresponde à opção correta (Tabela 6.14).

Sobre o impacto que os níveis elevados de glicemia podem causar na saúde, verificámos que os nossos participantes identificaram corretamente a visão turva (75.7%, n=302), o aumento do apetite (50.1%, n=200) e a ocorrência de dores de cabeça (69.4%, n=277) como complicações associadas a níveis elevados de glicemia (Tabela 6.14). No entanto, verificámos que houve um maior desconhecimento em

relação à micção frequente onde 49.9% (n=199) dos participantes não soube responder (Tabela 6.14).

Sobre se valores elevados de glicemia podem causar excesso de salivação, 54.4% (n=217) não souberam responder ou responderam incorretamente (34.3%; n=137), sendo que apenas 11.3% (n=45) respondeu acertadamente ao afirmar que a afirmação estaria errada, o que corresponde à resposta correta uma vez que níveis elevados de açúcar no sangue causam secura da mucosa oral e não excesso de salivação (Tabela 6.14).

Tabela 6.14 - Conhecimentos sobre o impacto da glicemia na saúde.

| | N | % |
|---|-----|-------|
| Valores recomendados para os níveis de açúcar no sangue em jejum | | |
| 50 a 70 mg/dL | 52 | 13% |
| 70 a 110 mg/dL | 177 | 44.4% |
| 110 a 120 mg/dL | 9 | 2.3% |
| Não sabe | 161 | 40.4% |
| Glicemia elevada pode causar visão turva | | |
| Verdadeira | 302 | 75.7% |
| Falsa | 7 | 1.8% |
| Não sabe | 90 | 22.6% |
| Glicemia elevada pode causar aumento do apetite | | |
| Verdadeira | 200 | 50.1% |
| Falsa | 54 | 13.5% |
| Não sabe | 145 | 36.3% |
| Glicemia elevada pode causar dores de cabeça | | |
| Verdadeira | 277 | 69.4% |
| Falsa | 12 | 3% |
| Não sabe | 110 | 27.6% |
| Glicemia elevada pode causar excesso de salivação | | |
| Verdadeira | 137 | 34.3% |
| Falsa | 45 | 11.3% |
| Não sabe | 217 | 54.4% |
| Glicemia elevada pode causar micção frequente | | |
| Verdadeira | 185 | 46.4% |
| Falsa | 15 | 3.8% |
| Não sabe | 199 | 49.9% |

Quando agrupámos as questões relacionadas ao conhecimento que os inquiridos têm sobre a influência que níveis elevados de açúcar no sangue podem ter sobre a saúde,

verificámos que apenas 2.5% (n=10/399) dos inquiridos respondeu corretamente a todas as questões.

No que respeita às medidas de controlo e prevenção da infeção por sars-cov-2, a maioria dos participantes (54.1%, n=216), respondeu corretamente ao referir que consideravam o ato de “*lavar as mãos com sabonete*” a medida mais efetiva para a prevenção do vírus, enquanto que 42.4% (n=169) consideraram que a medida mais efetiva seria a higienização das mãos com uma solução à base de álcool.

6.4 Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde

Nesta seção procurámos compreender qual a perceção que os participantes têm sobre comportamentos de risco para a saúde.

No que respeita à perceção sobre o risco de dormir menos horas do que as recomendadas, 74.2% (n=296) dos participantes consideraram arriscado fazê-lo, o que de facto pode acarretar consequências para a saúde^(154, 156, 157, 167) (Tabela 6.15).

Quando questionados sobre se seria possível compensar as horas de sono não dormidas, é de salientar que 26.1% (n=104) dos inquiridos acredita ser possível compensar as horas de sono perdidas (Tabela 6.15).

Tabela 6.15 – Perceção sobre o impacto do sono na saúde

| | N | % |
|--|-----|-------|
| Risco de dormir menos horas do que as recomendadas | | |
| Pouco arriscado | 40 | 10% |
| Arriscado | 296 | 74.2% |
| Muito arriscado | 63 | 15.8% |
| É possível compensar as horas de sono não dormidas? | | |
| Não é possível | 135 | 33.8% |
| É pouco possível | 156 | 39.1% |
| É possível | 104 | 26.1% |
| É totalmente possível | 4 | 1% |

Quando analisamos as habilitações dos participantes, percebemos que são os que têm habilitações superiores que aparentam ter uma maior perceção sobre o impacto do sono na saúde (pouco arriscado: 4.3%, n=17; arriscado: 40.6%, n=162; muito arriscado: 10.8%, n=43), apesar desta diferença não ser estatisticamente significativa entre as várias habilitações.

Embora a percepção, neste parâmetro (sono) tenha sido analisada apenas com recurso a duas questões, verificámos que 67.2% (n=268) tinham uma percepção sobre o impacto dos hábitos de sono na saúde, que não corresponde às recomendações atuais.

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, a maioria dos participantes (97%; n=387) considera que beber bebidas alcoólicas uma vez por semana corresponde a um consumo moderado e que a ingestão de uma bebida alcoólica por dia enquadra-se, igualmente, num comportamento moderado (69.7%; n=278). Já o consumo superior a uma bebida alcoólica por dia, consideram como uma ingestão não moderada. (Tabela 6.16)

Tabela 6.16 - Caracterização da percepção sobre o consumo de álcool.

| | N | % |
|--|-----|-------|
| É considerado beber com moderação 1x/ semana | | |
| Moderado | 387 | 97% |
| Não moderado | 12 | 3% |
| É considerado beber com moderação 2 a 3x/ semana | | |
| Moderado | 297 | 74.4% |
| Não moderado | 102 | 25.6% |
| É considerado beber com moderação 5x/ semana | | |
| Moderado | 111 | 27.8% |
| Não moderado | 288 | 72.2% |
| É considerado beber com moderação 1 copo por dia | | |
| Moderado | 278 | 69.7% |
| Não moderado | 121 | 30.3% |
| É considerado beber com moderação + de 1 copo por dia | | |
| Moderado | 42 | 10.5% |
| Não moderado | 357 | 89.5% |

Sobre a percepção, no que respeita aos hábitos alimentares e o seu contributo para a saúde, verificou-se que os participantes concordaram, na sua maioria (86.7%, n=346), com a afirmação de que os hábitos alimentares inadequados contribuem para a mortalidade em Portugal, observando-se uma elevada percepção sobre as implicações deste comportamento de risco, embora ao nível do conhecimento não tenham a percepção do valor do impacto que os hábitos alimentares inadequados têm na mortalidade.

O mesmo sucedeu em relação à PA elevada (55.6%, n=222; 17.8%, n=71) e aos níveis elevados de açúcar no sangue (54.9%, n=219; 14.8%, n=59).

No entanto, há que salientar que 31.1% (n=124) dos participantes assinalou não ter opinião ou concordar/ concordar totalmente (45.1%, n=180) sobre a PA inferior a 120/80mmHg como risco para a saúde, revelando uma percepção incorreta sobre as vantagens de ter valores de pressão arterial mais baixos (Tabela 6.17).

Tabela 6.17 - Caracterização da percepção sobre riscos para a saúde.

| | N | % |
|--|-----|-------|
| Os hábitos alimentares inadequados contribuem para a mortalidade em Portugal. | | |
| Discordo totalmente | 5 | 1.3% |
| Discordo | 4 | 1% |
| Não concordo nem discordo | 44 | 11% |
| Concordo | 242 | 60.7% |
| Concordo totalmente | 104 | 26.1% |
| Ter a pressão arterial superior a 120/80 mmHg é um risco para a saúde | | |
| Discordo totalmente | 9 | 2.3% |
| Discordo | 25 | 6.3% |
| Não concordo nem discordo | 72 | 18% |
| Concordo | 222 | 55.6% |
| Concordo totalmente | 71 | 17.8% |
| Ter a pressão arterial inferior a 120/80 mmHg é um risco para a saúde | | |
| Discordo totalmente | 20 | 5% |
| Discordo | 75 | 18.8% |
| Não concordo nem discordo | 124 | 31.1% |
| Concordo | 159 | 39.8% |
| Concordo totalmente | 21 | 5.3% |
| Ter um valor de açúcar no sangue superior a 110mg/dL é um risco para a saúde | | |
| Discordo | 15 | 3.8% |
| Não concordo nem discordo | 106 | 26.6% |
| Concordo | 219 | 54.9% |
| Concordo totalmente | 59 | 14.8% |
| Ter um valor de açúcar no sangue inferior a 70mg/dL é um risco para a saúde | | |
| Discordo totalmente | 9 | 2.3% |
| Discordo | 31 | 7.8% |
| Não concordo nem discordo | 142 | 35.6% |
| Concordo | 182 | 45.6% |
| Concordo totalmente | 35 | 8.8% |

Um cenário semelhante verificou-se em relação ao possível risco de ter um valor de açúcar no sangue inferior a 70mg/dL, em que 35.6% (n=142) revelaram não ter, ainda, uma percepção formada sobre o ponto questionado (Tabela 6.17).

Quando questionados sobre a probabilidade atual de ter níveis elevados de açúcar no sangue ou de serem infetados com sars-cov-2, os participantes responderam que era provável que tivessem níveis de glicemia elevados (25.6%, n=102) e que era pouco provável que fossem infetados pelo vírus (46.6%, n=186).

Há que referir que esta percepção já se encontra fora de tempo, uma vez que os conhecimentos adquiridos até ao momento, sobre a infeção, têm vindo a evoluir.

6.5 Comportamentos para a prevenção da doença

De forma a perceber o comportamento dos inquiridos em matéria de saúde, foram elaboradas algumas questões no âmbito dos comportamentos adotados pelos participantes para a prevenção da doença.

Tabela 6.18 - Comportamentos preventivos de doença

| | N | % |
|--|-----|-------|
| Vai anualmente ao médico fazer um check-up? | | |
| Sim | 252 | 63.2% |
| Não | 147 | 36.8% |
| No último ano tomou suplementos alimentares? | | |
| Sim | 227 | 56.9% |
| Não | 172 | 43.1% |
| Que tipo de suplemento? | | |
| Vitaminas | 168 | 42.1% |
| Minerais | 133 | 33.3% |
| Produtos fitoterápicos | 84 | 21.1% |
| Outros suplementos | 19 | 4.8% |
| Nos últimos 5 anos realizou uma mamografia? =>50 anos | | |
| Sim | 61 | 93.8% |
| Não | 4 | 6.2% |
| Nos últimos 5 anos realizou uma citologia? Entre 25 e 65 anos | | |
| Sim | 235 | 86.7% |
| Não | 36 | 10.2% |
| Tem todas as vacinas em dia? | | |
| Sim | 348 | 87.2% |
| Não | 29 | 7.3% |
| Não sabe | 22 | 5.5% |

Assim, quando questionados sobre se, anualmente, recorriam a um profissional de saúde para fazer um check-up, 63.2% (n=252) responderam que sim (Tabela 6.19).

Em relação aos suplementos alimentares consumidos no último ano, 56.9% (n=227) respondeu que fez uso de suplementos alimentares. Destes, o tipo de suplemento mais consumido foram as vitaminas (42.1%, n=168) (Tabela 6.18).

Procurámos, igualmente, perceber alguns comportamentos preventivos associados à saúde das participantes do sexo feminino. Para tal, foi formulada uma questão para aferir a periodicidade na realização de mamografias nos últimos 5 anos. Quando ajustamos a resposta à idade, ou seja, levando em consideração apenas a resposta de mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, verificámos que a maioria das mulheres (93.8%, n=61) respondeu que havia realizado uma mamografia nos últimos 5 anos. No entanto, ainda identificámos 6.2% (n=4) de mulheres com idade igual ou superior a 50 anos que não realizou nenhuma mamografia nos últimos 5 anos.

Outra questão foi apresentada para o exame de citologia, onde, considerando a idade recomendada para o rastreio entre os 25 e os 65 anos, verificámos que 86.7% (n=235) das mulheres referiram ter realizado uma citologia nos últimos 5 anos. Ainda assim, 10.2% das mulheres elegíveis para rastreio não o fizeram, revelando um comportamento que não se adequa às recomendações atuais⁽¹⁹³⁾.

Em relação ao boletim de vacinas, 87.2% (n=348) dos participantes afirmaram ter as vacinas do plano nacional de vacinação em dia.

No que respeita à medição da pressão arterial, a maioria dos participantes (61.2%, n=244) responderam que verificaram a pressão arterial nos últimos três meses. Quando analisamos a frequência de medição entre os participantes que indicaram ser hipertensos, verificamos que todos eles (100%, n=20) mediram a pressão arterial no último trimestre, o que corresponde a um comportamento adequado para a promoção da saúde⁽¹⁰⁹⁾.

Em relação à medição dos níveis de colesterol nos últimos doze meses, 66.7% (n=266) respondeu ter realizado análises para determinação do valor do colesterol total, o que corresponde a um comportamento em saúde adequado. Ainda assim, 33.3% (n=133) referiram não ter realizado a análise. Quando analisamos a frequência de medição entre os participantes que assinalaram ter dislipidemia, que 25% (n=1), apesar de ter assinalado sofrer de dislipidemia, não realizou qualquer avaliação dos níveis de colesterol nos últimos 12 meses.

Sobre a realização de análises para determinar os níveis de açúcar no sangue nos últimos doze meses, 36.1% (n=144) disseram não ter realizado esta análises. Ao

analisarmos a frequência desta determinação entre os participantes que se identificaram como portadores de diabetes, verificamos que todos eles (100%, n=6) avaliaram os seus níveis de glicemia nos últimos doze meses.

No que respeita à regularidade com que os participantes assinalaram ir ao dentista, 67.7% (n=270) referiu ir uma ou mais vezes por ano, enquanto que 32.3% (n=129) responderam que apenas iam quando tinham problemas. Embora não exista nenhuma regra sobre a frequência com que se deve ir ao dentista, encontra-se preconizada a ida de pelo menos uma vez por ano, enquadrando-se no grupo de comportamentos promotores da saúde⁽¹⁹⁴⁾.

Quando agrupamos o que consideramos como comportamentos adequados gerais, verificámos que, na sua maioria, os participantes revelaram ter comportamentos promotores da saúde, com 33.8% (n=135) dos inquiridos a assinalarem a adoção de comportamentos adequados em todas as questões. Ainda assim, verificámos que apenas 13.8% (n=55) apresentaram um rácio de respostas corretas de 50% (2/4), enquanto que 9.5% (n=38) dos participantes não revelaram ter comportamentos preventivos em nenhuma das quatro questões.

Sobre o hábito de consumir álcool, 70.9% (n=283) dos participantes responderam não ter o hábito de consumir álcool, o que corresponde a um comportamento em saúde adequado. No entanto, dos que responderam consumir álcool regularmente, 42.9% (n=48) responderam fazê-lo duas a três vezes por semana (Tabela 6.19).

Tabela 6.19 - Comportamentos quanto ao consumo de bebidas alcoólicas

| | N | % |
|--|-----|-------|
| Tem por hábito consumir álcool? | | |
| Sim | 116 | 29.1% |
| Não | 283 | 70.9% |
| Se sim, quantas vezes por semana? | | |
| 1x por semana | 34 | 30.4% |
| 2 a 3x por semana | 48 | 42.9% |
| ≥ 4x por semana | 30 | 26.7% |

Relativamente aos comportamentos no âmbito dos hábitos alimentares procedeu-se à análise de vários pontos (consumo de alimentos processados, consumo de peixe, carne, doces, fruta, leguminosas e hortaliças).

No que refere a hábitos alimentares corretos, verificámos que os nossos participantes apresentaram um baixo consumo de refrigerantes (78.2%, n=312), de alimentos processados (77.9%, n=311), de carne processada (77.9%, n=311) e de refeições pré-feitas (86%, n=343), bem como um consumo adequado de peixe (81.5%, n=325) e carne (96.5%, n=385) (Tabela 6.20).

Tabela 6.20 - Comportamentos quando a hábitos alimentares.

| | N | % |
|---|-----|-------|
| Evita consumir alimentos processados? | | |
| Sim | 311 | 77.9% |
| Não | 88 | 22.1% |
| Quantas vezes por semana come peixe? | | |
| < 2x por semana | 74 | 18.5% |
| ≥ 2x por semana | 325 | 81.5% |
| Quantas vezes por semana come carne? | | |
| ≤ 5x por semana | 385 | 96.5% |
| > 5x por semana | 14 | 3.5% |
| Quantas vezes por semana come carne processada? | | |
| ≤ 1x por semana | 311 | 77.9% |
| > 1x por semana | 88 | 22.1% |
| Quantas vezes por semana come doces? | | |
| ≤ 1x por semana | 139 | 34.8% |
| ≥ 2x por semana | 260 | 65.2% |
| Quantas vezes por semana come hortaliças e legumes? | | |
| ≤ 2x por dia | 212 | 53.1% |
| ≥ 3x por dia | 187 | 46.9% |
| Quantas vezes por semana consome leguminosas? | | |
| < 1x por dia | 352 | 88.2% |
| ≥ 2x por dia | 47 | 11.8% |
| Quantas porções de fruta come por dia? | | |
| ≤ 2 porção por dia | 282 | 70.7% |
| ≥ 3 porções por dia | 117 | 29.3% |
| Quantas vezes por semana bebe refrigerantes | | |
| ≤ 1x por semana | 312 | 78.2% |
| ≥ 2x por semana | 87 | 21.8% |
| Quantas vezes por semana recorre a refeições pré-feitas? | | |
| ≤ 1x por semana | 343 | 86% |
| ≥ 2x por semana | 56 | 14% |

Em relação a hábitos alimentares inadequados, verificámos que os nossos participantes apresentaram um elevado consumo de alimentos catalogados como doces (65.2%, n=260), bem como um baixo consumo de hortaliças (53.1%, n=212), leguminosas (88.2%, n=352) e fruta (70.7%, n=282) (Tabela 6.20).

Ao agruparmos as questões relacionadas com os hábitos alimentares adequados, verificámos que os participantes possuem, em grande parte, comportamentos adequados em relação aos hábitos alimentares que possuem, sendo que 27.6% (n=110/399) revelaram adotar um comportamento adequado a mais de metade das questões (n=7/11, 63.64%).

No que diz respeito à atividade física, a maioria dos inquiridos (55.4%, n=221) respondeu não praticar exercício físico regularmente. Dos que responderam fazê-lo regularmente (44.6%, n=178), a maioria fá-lo duas ou mais vezes por semana (96.6%, n=171), sendo que no que respeita à duração 72.2% (n=127) praticam por semana entre 150 a 300 minutos de exercício físico, o que vai ao encontro das recomendações atuais^(145, 146), enquanto que 27.8% (n=49) têm uma prática de atividade física semanal inferior a 150 minutos por semana, revelando-se insuficiente para ser considerado um comportamento saudável.

Quando agrupámos as respostas sobre a prática de atividade física, verificámos que houve um rácio de comportamentos adequados de 100% em apenas 69.3% (n=122/399) dos participantes, ou seja, que se exercitam mais do que duas vezes por semana e durante 150 a 300 minutos.

Ao analisarmos a prática de atividade física nos participantes com diagnóstico de diabetes, hipertensão e dislipidemia, verificámos que em todos eles, a prática de atividade física é inferior à recomendada, apesar de não se verificar uma diferença estatisticamente significativa entre o comportamento dos portadores destas doenças crónicas e os não portadores (Tabela 6.21).

Tabela 6.21 – Existência de patologias crónicas e comportamento adequado de prática de exercício físico

| | Pratica exercício físico? | | Valor p* |
|----------------|---------------------------|-------------|----------|
| | Sim | Não | |
| Diabéticos | 16.7% (n=1) | 83.3% (n=5) | 0.318 |
| Hipertensos | 30% (n=6) | 70% (n=14) | 0.306 |
| Dislipidémicos | 25% (n=1) | 75% (n=3) | 0.693 |

*Teste Kruskal-Wallis

Relativamente aos hábitos de sono, a maioria indicou dormir entre sete a nove horas (72.2%, n=288) por dia, o que corresponde às recomendações em vigor^(147, 160, 168, 169) (Tabela 6.22).

Tabela 6.22 - Caracterização dos comportamentos quanto a hábitos de sono.

| | N | % |
|-------------------------------------|-----|-------|
| Quantas horas dorme por dia? | | |
| 0-6 horas por dia | 106 | 26.5% |
| 7-9 horas por dia | 288 | 72.2% |
| 10-12 horas por dia | 5 | 1.3% |

No que respeita ao consumo de tabaco, mais de metade dos participantes referiu não fumar (62.2%, n=248), 22.1% (n=88) responderam que fumavam, enquanto que 15.8% (n=63) são ex-fumadores.

No que concerne à prevenção da infeção por sars-cov-2, quando inquiridos sobre a realização de testes para deteção de infeção por sars-cov-2, 58.6% (n=234) dos participantes referiram já ter realizado o teste e dos que realizaram, a maioria obteve um resultado negativo (91.9%, n=215).

Quanto ao uso de máscara como equipamento de proteção individual, 95.7% (n=382) responderam que a usam diariamente, principalmente quando se encontram fora de casa (85.9%, n=328).

Relativamente à procura de informações sobre a promoção da saúde, a maioria dos inquiridos (58.9%, n=235) opta por obter informações através da internet, enquanto que 24.1% (n=96) procura nas redes sociais, 27.6% (n=110) nos livros, 37.6% (n=249) obtém informações através dos profissionais de saúde e 14% (n=56) opta por não procurar ou procurar noutras fontes (2.8%, n=11).

Por fim, quando questionados sobre a que profissionais de saúde recorrem quando necessitam de aconselhamento sobre comportamentos saudáveis, a maioria (68.4%, n=273) dos inquiridos respondeu recorrer ao médico de família, seguido dos profissionais de terapêuticas não convencionais (31.6%, n=126), dos farmacêuticos (22.6%, n=90), da família e amigos (18.5%, n=74) e por fim aos enfermeiros (16.8%, n=67), sendo que 6% (n=24) respondeu recorrer a outros profissionais de saúde.

“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

7. DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado considerando uma amostra de 399 indivíduos, que participaram através da resposta a um questionário estruturado em três âmbitos distintos: conhecimentos, percepção e comportamentos.

Caracterização sociodemográfica

No âmbito da caracterização sociodemográfica, a população em estudo fez-se representar maioritariamente pelo sexo feminino (77.7%). Um valor superior ao referido nos censos de 2021 de pessoas do sexo feminino a residir no algarve (51%)⁽¹⁹⁰⁾.

A média de idades dos nossos residentes foi sensivelmente de 41.22±12.53 anos, compreendidas entre os 18 e os 90 anos.

Quanto às habilitações literárias constatamos que a proporção de pessoas com o ensino superior foi de 55.6% enquanto que as que assinalaram ter o ensino secundário e pós-secundário foi de 33.6%, o que revelou ser uma um cenário positivo face aos dados dos censos de 2021 no Algarve, cuja prevalência de habilitações de ensino superior foi de 15.2%, mas um cenário negativo face ao nível do ensino secundário e pós-secundário que foi de 23.4%⁽¹⁹⁰⁾.

Quanto à nacionalidade, a maioria dos residentes eram de nacionalidade portuguesa (98.2%), sendo apenas 1.8% residentes estrangeiros. Segundo os censos de 2021 a taxa de indivíduos estrangeiros a residir na região Algarvia era de 14.7%, sendo superior à que foi identificada no presente estudo⁽¹⁹⁰⁾.

Sobre o estado civil, 54.9% das pessoas indicaram estar “*casadas/união de facto*”, sendo que as nossas estimativas são superiores às publicadas nos últimos censos quanto à condição de casado (36%)⁽¹⁹⁰⁾. Este excesso poderá estar associado à junção das características de “*casado/união de facto*” uma vez que nos censos a informação sobre a “*união de facto*” encontrava-se omissa⁽¹⁹⁰⁾.

Para compreendermos os conhecimentos dos participantes, a percepção que têm sobre comportamentos de risco para a saúde e os comportamentos que adotam em matéria de prevenção iremos relacionar as principais respostas fornecidas em cada um dos pontos avaliados e complementar com a evidência e/ou recomendações atuais.

Hábitos de sono: conhecimentos, percepção e comportamentos

A nossa população em estudo mostrou conhecimentos razoáveis no que respeita aos hábitos de sono e o impacto que o sono pode ter na prevenção da doença e promoção da saúde, apresentando uma taxa de 52.9% (n=211/399) de respostas corretas no grupo de conhecimentos sobre hábitos de sono. No entanto, há a destacar o número de participantes que não sabiam que um descanso noturno desadequado constitui uma das causas de acidentes rodoviários (25.3%), e que pode contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde como a hipertensão e a diabetes (23.1%). Esta é uma consequência séria, uma vez que a longo prazo, a privação de sono, pode estar associada a um aumento no risco de diabetes tipo 2⁽¹⁵⁶⁾ e doença cardiovascular⁽¹⁵⁷⁾.

Nas questões colocadas relativas à percepção, verificámos que os inquiridos têm uma adequada percepção sobre os riscos que a privação de sono acarreta (90%), no entanto a maioria percebe as horas de descanso em falta como tempo que pode ser compensado numa outra altura (66.2%), sendo que, de acordo com Depner *et. al*, não é possível compensar as horas de sono perdidas⁽¹⁵³⁾.

No que diz respeito aos comportamentos associados a hábitos de sono, podemos constatar que, em média, as pessoas indicaram dormir 7.06 ± 1.09 horas por dia, o que corresponde aos 72.2% dos inquiridos que indicaram dormir entre 7 a 9 horas por dia. Ainda assim, verificámos que 27.8% não estão a não dormir o período de tempo recomendado.

Os inquiridos que indicaram dormir entre 7 a 9 horas por dia tinham uma autopercepção boa (76.3%) e excelente (80.9%) do seu estado de saúde, sendo que o mesmo não se verificou nas que não dormiam o número de horas recomendado, onde apenas 23.8% consideravam a sua saúde boa e 19.1% excelente.

Hábitos tabágicos: conhecimentos, percepção e comportamentos

O tabagismo continua a ser uma das principais causas evitáveis de doença e de morte prematura contribuindo para mais de uma em cada dez mortes registadas anualmente em Portugal⁽⁷²⁾.

Em 2017 foi elaborada a nova lei do tabaco⁽⁷⁴⁾ que prevê um reforço das respostas do SNS em matéria de apoio aos fumadores que têm dificuldade em deixar de fumar e de proteção da exposição ao fumo ambiental, alterando ainda mais os hábitos tabágicos entre os fumadores.

Assim, e no que diz respeito ao nosso trabalho, em matéria de conhecimentos, os participantes revelaram ter noção do impacto do tabaco para a saúde, sendo que 50.9% dos inquiridos responderam corretamente a 83.33% (n=5/6, n=203/399) das questões sobre as implicações dos hábitos tabágicos na prevenção da doença. Há, no entanto, a destacar a elevada percentagem de participantes que não soube relacionar o consumo de tabaco como contributo para o desenvolvimento da diabetes (71.7%)⁽⁶⁷⁾. No que diz respeito à auto percepção de estado de saúde constatamos que as pessoas consumidoras de tabaco demonstraram ter uma percepção da sua saúde mais negativa do que os ex-fumadores e os não fumadores, apesar de não se ter verificado uma diferença estatisticamente significativa ($p>0.05$).

Ainda assim, ao nível do comportamento, 22.1% dos nossos participantes eram fumadores, o que revelou ser um valor aproximado das estimativas nacionais para a região (24.4%)⁽²¹⁾.

Quanto à proporção de ex-fumadores, a prevalência deste grupo foi de 15.8%, o que revelou ser inferior face à média da região Algarvia (23.3%)⁽²¹⁾.

Face ao exposto, os nossos participantes apresentaram um conhecimento, em relação aos hábitos tabágicos, superior ao comportamento apresentado, logo, parece ser importante continuar a apostar em campanhas de sensibilização de forma a melhorar ainda mais o conhecimento e promover um comportamento mais saudável.

Consumo de Álcool: conhecimentos, percepção e comportamentos

Embora o consumo de álcool seja socialmente aceitável, a sua ingestão representa um fator de risco com graves consequências para a saúde^(79, 82). Entre as várias consequências para a saúde, destacam-se um maior risco no desenvolvimento de doenças oncológicas; doenças cardiovasculares; alterações menstruais; cirrose hepática; aumento da resistência à insulina; doenças infecciosas e doenças neuropsiquiátricas^(79, 81-88).

No âmbito do conhecimento que os nossos participantes detinham sobre o consumo do álcool e o impacto que este tem sobre a saúde, verificámos que tinham um bom entendimento, com 44.6% dos inquiridos a responder corretamente à totalidade das questões relacionadas com as implicações práticas do consumo frequente de álcool na saúde. Ainda assim, há que destacar que em alguns aspetos, houve uma parte dos participantes que desconheciam a relação do álcool com certos aspetos, como a

possibilidade do seu consumo frequente poder causar desnutrição (28.3%), hipertensão (33.6%) e disfunção sexual (20.8%).

Quando foi abordada a percepção que os participantes tinham sobre o que seria considerado beber moderadamente e tendo em conta que de acordo com a DGS considera-se, um consumo excessivo de álcool uma ingestão superior a duas bebidas padrão para o sexo masculino e uma bebida padrão para o sexo feminino⁽⁸⁹⁾, a percepção da maioria dos participantes sobre o que representa um consumo moderado de álcool apresenta-se correta. No entanto, e embora, de acordo com orientações atuais esse consumo possa ser considerado moderado, existe cada vez mais, um maior número de evidências que sugerem que mesmo quantidades moderadas de álcool podem prejudicar a saúde aumentando o risco de doença cardiovascular e de morte⁽⁹⁰⁻⁹²⁾.

Mais recentemente a *World Heart Federation* elaborou um documento intitulado de “*WHF Policy Brief, The Impact of Alcohol Consumption on Cardiovascular Health: Myths and Measures*”⁽⁹⁵⁾ a defender que os custos económicos e sociais do álcool são significativos e incluem o custo para os sistemas de saúde, gastos diretos e perdas de produtividade, bem como o aumento do risco de violência e atividade criminosa. Além disso, no seu documento referem intervenções com boa relação custo-benefício para reduzir o consumo de álcool e que incluem o fortalecimento das restrições à disponibilidade de álcool, a imposição de proibições à publicidade de álcool e a facilitação do acesso a exames e tratamento.

No âmbito dos comportamentos, 29.1% dos participantes indicaram consumir álcool, um valor bastante mais baixo do que o apresentado nas estatísticas publicadas no perfil regional de saúde da região do Algarve (70.1%) referente a 2014⁽²¹⁾. Ainda assim, não apresentaram uma percepção do seu estado de saúde diferente dos que responderam não ter por hábito ingerir bebidas alcoólicas ($p > 0.05$).

O ratio de respostas corretas, relativas à percepção, foram significativamente maiores para os indivíduos que indicaram ter sofrido quedas nos últimos 12 meses, com valores médios de $91.7 \pm 12.4\%$ e $83.2 \pm 19.2\%$ respetivamente ($p = 0.022$).

Hábitos Alimentares: conhecimentos, percepção e comportamentos

Um padrão alimentar desadequado é um dos fatores de risco que mais contribui para a mortalidade e proliferação de doenças crónicas não transmissíveis, sendo que o consumo exagerado de carne vermelha, de sódio e o baixo consumo de cereais

integrais destacam-se como os 3 principais fatores que mais contribuem para a perda de anos de vida saudável⁽⁹⁷⁾.

Sobre a alimentação e os hábitos alimentares inadequados, verificámos que os conhecimentos que os nossos participantes tinham sobre o papel da alimentação na saúde foi onde houve uma maior percentagem de desconhecimento com apenas 0.3% (13/13, n=1/399) dos inquiridos a acertarem a totalidade das perguntas. Ainda assim, 19.3% dos participantes responderam corretamente a mais de metade das questões (10/13, n=77/399), refletindo, ainda assim, a existência de dúvidas sobre hábitos alimentares como comportamentos de risco para a saúde.

Verificámos também que houve perguntas onde se observou uma maior incidência de desconhecimento, principalmente em relação aos factores que mais contribuem para a perda de anos de vida saudável onde, por exemplo, a percentagem de desconhecimento em relação ao impacto do excesso de sódio na saúde elevada (64.2%, n=256). Tendo em conta que o excesso do consumo de sódio representa o terceiro fator de risco alimentar, que mais contribui para a perda de anos de vida saudável⁽⁹⁷⁾, o desconhecimento, por parte dos inquiridos, mostra que poderá ser necessário ocorrerem melhorias na sensibilização da população sobre o impacto que o consumo excessivo de sódio na dieta pode ter na saúde, nomeadamente sobre o seu impacto nas doenças cardiovasculares e oncológicas^(106, 107).

Podemos assim assumir, que embora a alimentação inadequada se encontre entre os cinco principais fatores que mais determinam a mortalidade precoce^(96, 97) essa noção ainda não se encontra bem enraizada no conhecimento que os participantes detêm sobre hábitos alimentares e o seu impacto na saúde.

Sobre a percepção, no que respeita aos hábitos alimentares e o seu contributo para a saúde, verificou-se que os participantes apresentaram, na sua maioria, uma percepção adequada (86.7%, n=346), sobre a contribuição dos hábitos alimentares inadequados para a mortalidade em Portugal, embora ao nível do conhecimento não tenham a percepção do seu valor em termos percentuais (11.4%)^(96, 97).

Quanto aos comportamentos alimentares verificámos que os nossos participantes relataram ter um consumo excessivo de açúcares livres (65.2%). Considerando que o consumo médio de doces por parte da população a residir no algarve está estimada em 32.9g/dia, e que as recomendações atuais são para que não se ultrapasse um consumo de 25g ou 5% do total de calorias diárias, verificámos que o seu consumo é excessivo por parte da nossa amostra^(130, 195).

De acordo com a OMS, entende-se por açúcares simples os mono e dissacáridos adicionados aos alimentos e bebidas incluindo os açúcares naturalmente presentes no mel, xaropes, sumos de fruta e concentrados de sumo de fruta⁽¹⁹⁶⁾. A evidência sugere o excesso de açúcar na alimentação humana está relacionado com o ganho de peso e desenvolvimento de doenças crónicas, nomeadamente de doença cardiovascular e diabetes tipo 2⁽¹⁹⁵⁾.

Quando cruzamos a autopercepção do estado de saúde com o consumo de doces verificamos que não existem diferenças significativas na forma como percebem o seu estado de saúde atual e o consumo ou não de doces ($p>0.05$)¹.

Um padrão semelhante encontramos em relação ao consumo de hortaliças, sendo que a maioria dos nossos inquiridos (53.1%) revelou ter um consumo de hortaliças inferior a três porções por dia (<420g) o que vai ao encontro do valor de consumo apurado para a região algarvia (153 g/dia)⁽¹³⁰⁾. O mesmo sucedeu em relação às leguminosas, em que 88.2% dos nossos participantes tem um consumo inferior a 80g por dia, sendo que de acordo com o inquérito alimentar nacional e de atividade física o consumo médio de leguminosas por parte dos residentes na região algarvia era de 15.4g/dia, perto do consumo médio nacional (18 g/dia) um valor abaixo das recomendações atuais de uma a duas porções de leguminosas por dia (80 g a 160 g)⁽¹⁰⁶⁾.

Quando cruzamos a autopercepção do estado de saúde com o consumo adequado de leguminosas verificamos que não existem diferenças significativas na forma como percebem o seu estado de saúde atual e o consumo ou não da quantidade diária de leguminosas recomendada ($p>0.05$)¹.

No que respeita ao consumo de fruta, a grande maioria dos nossos inquiridos (70.7%) não tem um consumo diário adequado de fruta (480g a 800g ou 3 a 5 porções). Estes dados vão ao encontro dos valores médios apurados para o consumo de fruta na região algarvia que é de 137g por dia, ou seja, um valor inferior a uma porção de fruta por dia, um valor semelhante à média nacional (131g)^(130, 131).

Quando cruzamos a autopercepção do estado de saúde com o consumo adequado de fruta verificamos que não existem diferenças significativas na forma como percebem o seu estado de saúde atual e o consumo ou não da quantidade diária de fruta recomendada. Ainda assim, o consumo adequado de fruta é importante na prevenção de doenças crónicas, nomeadamente na prevenção das doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, diabetes e obesidade, enquadrando-se num

¹ Teste Mann Whitney

comportamento de saúde preventivo, associado a um menor risco de doença cardiovascular, doença oncológica, síndrome metabólica e de mortalidade por todas as causas^(96, 106, 114, 132).

Verificámos assim, que se mantém a problemática no que respeita ao consumo de fruta e de leguminosas, uma vez que o consumo destes alimentos permanece abaixo daquilo que são as recomendações oficiais para a adoção de hábitos alimentares saudáveis, logo, parece ser importante continuar a apostar em campanhas de sensibilização de forma a melhorar ainda mais o conhecimento e promover um comportamento mais saudável.

Monitorização de parâmetros com relevância para doenças crónicas: conhecimentos, perceção e comportamentos

Pressão arterial

A hipertensão arterial é uma das patologias mais frequentes na população Portuguesa, podendo provocar lesões em órgãos vitais, como o cérebro, o coração e os rins^(109, 197).

A relação entre os valores de pressão arterial, doença cardiovascular e doença renal tem sido abordada em diversos estudos observacionais, sendo que, de acordo com as diretrizes da ESH/ESC de 2018 a pressão arterial tem uma relação contínua independente com a incidência de vários eventos cardiovasculares (AVC, enfarte do miocárdio, morte súbita, insuficiência cardíaca e doença arterial periférica), bem como doença renal terminal. Ainda assim, a relação entre a pressão arterial e mortalidade por doença cardiovascular é modificada pela concomitância de outros fatores de risco, como por exemplo fatores metabólicos e consumo de tabaco⁽¹⁹⁸⁾.

A hipertensão em Portugal é um dos principais fatores de risco para doenças cérebro-cardiovasculares e constitui a principal causa de morte e incapacidade a nível nacional⁽¹⁹⁷⁾.

Quando avaliamos os conhecimentos que os nossos participantes têm sobre a pressão arterial verificamos que apresentam um conhecimento razoável com 40.9% (n=163/399) dos participantes a responderem corretamente a 75% (3/4) da totalidade das questões sobre a pressão arterial. Há, no entanto, que realçar a questão relacionada ao impacto que a pressão arterial elevada tem sobre a doença renal e cuja percentagem de respostas corretas (47.9%) foi inferior à de respostas incorretas

(52.1%), revelando uma pobre associação entre a hipertensão e o surgimento de doença renal.

Ao observarmos a percepção que os inquiridos têm sobre o que consideram um risco sobre os valores apurados aquando a medição da pressão arterial verificamos que embora tenham uma percepção clara (73.4%, n=293) de que valores superiores a 120/80 mmHg possam representar um risco para a saúde, o mesmo não parece ser verdade quando a questão é invertida, ou seja, a maioria dos participantes (76.2%, n=304) não tem uma opinião formada ou considera que ter um valor de pressão arterial inferior a 120/80mmHg constitui um risco para a saúde, quando na realidade uma pressão arterial inferior a 120/80mmHg é considerado um valor ótimo⁽¹⁰⁹⁾.

Quanto à prática de controlo da tensão arterial, 61.2% (n=244) referiu ter avaliado nos últimos três meses. A prevalência de hipertensos autoreferidos no nosso estudo foi de 5%, um valor muito inferior ao valor médio estimado para a região algarvia (23%)⁽²¹⁾ e entre os nossos participantes com hipertensão, todos eles (100%) mediram a pressão arterial nos últimos três meses, revelando um comportamento adequado.

Quando cruzamos os dados sobre a percepção do estado de saúde e a medição da pressão arterial nos últimos três meses verificamos que quem não mediu a pressão arterial tinha uma percepção do seu estado de saúde mais positiva do que os que mediram, apesar de não se verificar uma diferença significativa ($p>0.05$)².

Verificámos igualmente, que a associação que é feita de forma mais incisiva diz respeito à relação entre a PA elevada e a saúde cardiovascular (92.2%, n=368), o que significa que o conhecimento pode estar focado única e exclusivamente na saúde do coração ignorando o impacto que pode ter no que respeita, por exemplo, à saúde renal. Pelo que um maior investimento na informação disponível à população, sobre o impacto geral que PA elevada pode causar na saúde, deva ser ponderada.

Glicemia

A hiperglicemia pode ser definida como um aumento dos níveis de glicose no sangue superiores ao normal (70/110mg/dl), não sendo, contudo, suficientemente elevados para serem classificados como diabetes, mas, ainda assim, constitui um fator de risco para o desenvolvimento de doença vascular e diabetes⁽¹⁹⁹⁾.

² Teste Mann Whitney

No que respeita aos conhecimentos, observámos que a maioria dos nossos participantes (55.6%) desconhecia qual o intervalo de valores recomendado para os níveis de açúcar no sangue.

Verificámos igualmente que ainda existe algum desconhecimento sobre os sintomas associados a uma hiperglicemia, como a sua relação com dores de cabeça (30.6%), boca seca (88.7%) e micção frequente (53.7%), o que justifica o facto de apenas 2.5% dos inquiridos terem acertado à totalidade das questões de conhecimento relacionadas com a hiperglicemia.

No entanto, os nossos participantes demonstraram, maioritariamente um bom nível de percepção no que respeita ao risco de se ter valores de açúcar no sangue superiores a 110mg/dL (69.7%) e inferiores a 70mg/dL (54.4%), embora aparentemente existam mais dúvidas em relação ao valor mínimo do que ao valor máximo do intervalo de valores recomendado para os níveis de açúcar no sangue em jejum.

Ao nível dos comportamentos, verificámos que embora apenas 1.5% dos nossos participantes se tivesse auto-referenciado como diabéticos, um valor bastante mais baixo quando comparado com a prevalência estimada de diabetes a nível nacional (13.6%)⁽¹⁹⁹⁾, sendo que a taxa de medição no nosso grupo de diabéticos foi de 100%.

Ainda assim, a maioria dos nossos inquiridos não diabéticos (63.9%) referiram ter realizado análises, nos últimos 12 meses, para verificar os níveis de açúcar no sangue.

Quando cruzamos a autopercepção do estado de saúde dos nossos participantes com a realização ou não de análises sanguíneas, verificamos que os que não realizaram nenhuma análise nos últimos 12 meses aos níveis de açúcar no sangue tem uma percepção da sua saúde mais otimista do que aqueles que realizaram.

Quando agrupamos as questões relacionadas ao conhecimento que os inquiridos têm sobre a influência que níveis elevados de açúcar no sangue podem ter sobre a saúde, verificamos que apenas 2.5% (n=10) dos inquiridos respondeu corretamente a todas as questões. O que leva a crer que existe uma necessidade de melhorar os conhecimentos que a população tem sobre o impacto dos níveis alterados de glicémia na saúde.

Hábitos sobre a prática de atividade física: conhecimentos, percepção e comportamentos

Quanto à prática de “atividade física” na nossa amostra, a maioria indicou não praticar qualquer atividade (55.4%). Ainda assim, a percentagem de indivíduos que assinalou praticar atividade física frequente é superior (44.6%) às estimativas publicadas no inquérito alimentar nacional e de atividade física para a região do Algarve (19.8%)⁽¹³⁰⁾. Tendo em conta que a atividade física é considerada um fator essencial para a promoção da saúde e prevenção da doença, encontrando-se positivamente associada à prevenção de doenças metabólicas, cardiovasculares, oncológicas, pulmonares e músculo-esqueléticas⁽¹³⁹⁾. Analisámos assim as condições de saúde autodeclaradas, nomeadamente as dos portadores de dislipidemias, diabetes e/ou hipertensão relativamente à prática de exercício físico e verificámos que entre a nossa amostra a baixa prática de exercício físico era um cenário semelhante (respetivamente 75%, 83.3% e 70%).

Este padrão parece verificar-se por todo o território nacional onde, de acordo com os dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS), 65% da população portuguesa com 15 ou mais anos de idade nunca praticaram qualquer tipo de atividade física, sendo que a proporção de pessoas que refere nunca ter praticado exercício físico aumenta com o avançar da idade, o que resulta num impacto elevado tanto na saúde da população como no peso que representa para o tecido económico⁽¹⁴²⁾.

Este facto é especialmente importante uma vez que a incidência de doenças evitáveis, como a hipertensão e a diabetes tipo 2, pode ser reduzida através de uma prática de atividade física diária adequada e, como tal, constitui uma ferramenta fundamental dentro do contexto de comportamentos preventivos da doença e promotores da saúde. Não é, também, de estranhar que quando cruzamos a autoperceção do estado de saúde da nossa população em estudo com a prática de atividade física, constatamos que as pessoas que faziam exercício físico classificaram o seu estado de saúde de forma significativamente mais positiva quando comparado com as pessoas que referiram não praticar qualquer tipo de atividade ($p < 0.001$)³.

Tendo em conta que a atividade física pode ter um papel de destaque na redução de duas das principais causas de morte em Portugal (doenças cardiovasculares e cancro), o contínuo investimento na promoção desta perto da população é

³ Teste Mann Whitney

fundamental para diminuir o número de pessoas com um estilo de vida sedentário através da adoção de comportamentos promotores da saúde⁽¹¹⁾.

Em Portugal, cerca de um terço de todas as mortes registadas no ano de 2019 deveram-se a fatores de risco comportamentais, nomeadamente alimentares, como a baixa ingestão de fruta e de legumes, bem como o elevado consumo de açúcar; hábitos tabágicos, consumo de álcool e uma prática insuficiente de atividade física⁽²⁰⁾, sendo que onde verificamos, no presente estudo, a existência de mais lacunas ao nível do conhecimento e do comportamento foi no conhecimento e comportamentos associados aos hábitos alimentares e de atividade física, ou seja, nos principais hábitos modificáveis envolvidos na prevenção de doenças não transmissíveis.

Procurámos, igualmente, perceber alguns comportamentos preventivos especificamente associados à saúde das participantes do sexo feminino. Para tal, foi formulada uma questão para aferir a periodicidade na realização de mamografias nos últimos 5 anos. Quando ajustamos a resposta à idade, ou seja, levando em consideração apenas a resposta de mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, verificámos que a maioria das mulheres (93.8%, n=61) respondeu que havia realizado uma mamografia nos últimos 5 anos. No entanto, ainda identificámos 6.2% (n=4) de mulheres com idade igual ou superior a 50 anos que não realizou nenhuma mamografia nos últimos 5 anos, revelando um comportamento desadequado, tendo em consideração as campanhas existentes para rastreio do cancro da mama recomendam a sua realização de 2 em 2 anos⁽¹⁹³⁾.

Iniciativas locais como a criação de jardins comestíveis que sirvam de ferramenta incentivadora para a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis ou a criação de um portal regional de saúde online focado exclusivamente na literacia e atividades que incentivem uma alimentação saudável e a prática de atividade física para todas as idades, são exemplos de ações que poderão resultar numa melhoria dos conhecimentos, percepção e comportamentos em saúde, com o benefício adicional de haver uma gestão dos recursos locais mais otimizada.

Além disso, considerando que na nossa amostra, existe uma maior procura de informação sobre a promoção da saúde através da internet, entendemos que uma estratégia que passe pela criação de aplicações como, por exemplo, uma rede regional de preparadores físicos para dar apoio a pessoas que queiram iniciar a prática de atividade física ou a criação de guias regionais onde se abordem tópicos focados nos temas que afetem, com maior incidência, os habitantes a residir no

“Percepção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

algarve como a diabetes, hipertensão arterial e dislipidémias, podem servir como veículo de transmissão de informação, resultando num aumento da literacia em saúde e promoção de comportamentos saudáveis ajustados aos interesses da população.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo realizado apresentou algumas limitações, nomeadamente ao nível das questões inseridas no questionário, prendendo-se principalmente com o facto de não terem sido efetuadas questões que nos permitissem avaliar de modo equitativo os três âmbitos (conhecimentos, percepção e comportamentos) para todos os pontos em análise.

A inexistência de uma ferramenta previamente validada para a avaliação dos três aspetos analisados contribuiu para esta situação, não sendo assim possível estabelecer uma ponte entre os três âmbitos explorados neste estudo.

Considerando que usámos para o presente estudo uma amostra de conveniência, tendo incluído todos os que se identificaram como residentes na região do Algarve e que aceitaram participar voluntariamente, esta não é representativa da população residente na região do Algarve. Assim, os nossos resultados também não podem ser extrapolados para a generalidade da população, uma vez que o modelo de amostragem do tipo não probabilístico não garante a mesma oportunidade de participação a todas as pessoas.

Por último, considerou-se também como possível limitação o facto de ser um questionário longo, podendo gerar cansaço e dispersão na seleção das respostas por parte dos participantes.

“Percepção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu analisar uma amostra composta por 399 indivíduos, maioritariamente do sexo feminino (77.7%).

Assim, e dando resposta ao primeiro objetivo do nosso trabalho sobre o conhecimento dos residentes na região do Algarve sobre comportamentos de risco para a saúde, verificámos que, embora de um modo geral, a nossa população em estudo se encontra relativamente bem informada, nomeadamente em relação ao impacto do sono, do tabaco, do álcool e dos hábitos alimentares, bem como dos valores adequados de pressão arterial e de colesterol na saúde, existe, ainda assim, algum desconhecimento sobre estes comportamentos.

Verificámos que existem melhorias a fazer ao nível da literacia em saúde de forma a esclarecer a população sobre a relação entre o tabaco e a diabetes ou morte prematura associada a este hábito; verificámos igualmente algum desconhecimento sobre o impacto do álcool na hipertensão arterial ou da hipertensão com a doença renal, bem como sobre a alimentação como fator de risco para a perda de anos de vida saudável e mortalidade geral.

Dando continuação aos objetivos do trabalho, passamos para a percepção dos residentes na região do Algarve sobre conhecimentos e comportamentos para a prevenção da doença, sendo que, de forma geral, também podemos afirmar que os nossos participantes apresentaram uma boa percepção, nomeadamente no que diz respeito aos hábitos de sono, consumo de álcool e hábitos alimentares na saúde.

No entanto, verificámos que ainda existe uma percepção incorreta sobre os valores de açúcar no sangue e da pressão arterial.

O último objetivo do nosso trabalho prendia-se com os comportamentos dos residentes na região do Algarve para a prevenção da doença. À semelhança dos conhecimentos e da percepção, também nos comportamentos verificámos que, de forma geral, os nossos participantes têm comportamentos de saúde adequados. No entanto, e à semelhança do que se verifica nos inquéritos nacionais, também os nossos participantes apresentam um consumo insuficientes de fruta, leguminosas e verduras.

Além disso, a nossa amostra revelou que a prática de exercícios físico continua a ser uma lacuna, com os nossos participantes a revelarem baixos níveis de atividade física, tal como sucede a nível nacional. Neste contexto, verificámos que mesmo entre os

participantes autoreferidos com quadros clínicos de diabetes, hipertensão e dislipidemia, os níveis de sedentarismo encontravam-se muito elevados.

Logo, e embora os nossos resultados nos levem a concluir que a nossa amostra é composta por pessoas relativamente bem informadas, com razoáveis níveis de percepção e comportamentos em saúde maioritariamente adequados, verificámos, ainda assim, algumas discrepâncias entre os conhecimentos, as percepções e os comportamentos adotados, o que vem reforçar a atenção que deve ser dada a aspetos essenciais que se encontram na origem de grande parte das doenças não transmissíveis, nomeadamente a alimentação e atividade física, que continuam a ser os aspetos relacionados ao estilo de vida que mais impactam a saúde das populações e que é visível na nossa amostra.

Consideramos que existe uma necessidade de reformular as medidas de promoção da saúde atuais para que estas possam ir ao encontro das necessidades específicas dos residentes na região do Algarve, incidindo, nomeadamente, nos pontos onde foram verificadas maiores lacunas, nomeadamente ao nível da alimentação, mais especificamente sobre a importância do consumo adequado de fruta, leguminosas e hortaliças e da prática de atividade física, não apenas salientando a sua necessidade numa perspetiva de prevenção mas também numa perspetiva de melhoramento de quadros de saúde como os que verificámos no nosso estudo – diabetes, dislipidemia e hipertensão, bem como uma maior aposta na passagem de informação sobre os meios de redução dos riscos comportamentais responsáveis pelas doenças não transmissíveis

Consideramos ainda que a adoção de medidas de promoção da saúde específicas para os residentes da região Algarvia constitui uma oportunidade para os decisores locais adotarem políticas municipais que, ao mesmo tempo que respondem de forma mais efetiva às necessidades de saúde dos seus munícipes, reduzindo assim o impacto que as doenças não transmissíveis têm, também minimizam a fatura financeira das autarquias locais, associada a doenças crónicas que, poderiam ser, em grande medida, evitadas.

Assim, o planeamento de ações no âmbito da promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco, deve incidir, maioritariamente, sobre as lacunas identificadas, nomeadamente através de ações que promovam uma alimentação saudável e a prática de atividade física, bem como ações de esclarecimentos adicionais sobre o impacto da hipertensão arterial na doença renal ou de sintomas associados ao excesso de açúcar no sangue.

Recomenda-se, assim, que possa ser analisada a possibilidade de, no futuro, serem promovidas ações que tenham em consideração os três aspetos abordados neste trabalho – conhecimento, percepção e comportamento - de forma a que as estratégias a serem implementadas, por parte dos agentes locais, possam ir ao encontro das necessidades específicas da comunidade algarvia.

Iniciativas locais que sirvam de ferramenta incentivadora para a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis e atividades que incentivem a prática de atividade física poderão resultar numa melhoria dos conhecimentos, percepção e comportamentos em saúde, com o benefício adicional de haver uma gestão dos recursos locais mais otimizada.

Além disso, considerando que na nossa amostra, existe uma maior procura de informação sobre a promoção da saúde através da internet, entendemos que uma estratégia que passe pela produção de ferramentas digitais focadas em temas que afetem, com maior incidência, os habitantes a residir no algarve como a diabetes, hipertensão arterial e dislipidémias, podem servir como veículo de transmissão de informação, resultando num aumento da literacia em saúde e promoção de comportamentos saudáveis ajustados aos interesses da população.

“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

REFERÊNCIAS

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle, WA: IHME; 2018
2. G. B. D. Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1736-88.10.1016/S0140-6736(18)32203-7
3. G. B. D. Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1923-94.10.1016/S0140-6736(18)32225-6
4. E. S. Ford, M. M. Bergmann, J. Kroger, A. Schienkiewitz, C. Weikert, H. Boeing. Healthy living is the best revenge: findings from the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam study. *Arch Intern Med*. 2009;169(15):1355-62.10.1001/archinternmed.2009.237
5. S. S. Lim, T. Vos, A. D. Flaxman, G. Danaei, K. Shibuya, H. Adair-Rohani, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224-60.10.1016/S0140-6736(12)61766-8
6. A. Akesson, C. Weismayer, P. K. Newby, A. Wolk. Combined effect of low-risk dietary and lifestyle behaviors in primary prevention of myocardial infarction in women. *Arch Intern Med*. 2007;167(19):2122-7.10.1001/archinte.167.19.2122
7. A. Akesson, S. C. Larsson, A. Discacciati, A. Wolk. Low-risk diet and lifestyle habits in the primary prevention of myocardial infarction in men: a population-based prospective cohort study. *J Am Coll Cardiol*. 2014;64(13):1299-306.10.1016/j.jacc.2014.06.1190
8. A. K. Chomistek, S. E. Chiuve, A. H. Eliassen, K. J. Mukamal, W. C. Willett, E. B. Rimm. Healthy lifestyle in the primordial prevention of cardiovascular disease among young women. *J Am Coll Cardiol*. 2015;65(1):43-51.10.1016/j.jacc.2014.10.024
9. C. de Waure, G. J. Lauret, W. Ricciardi, B. Ferret, J. Tejjink, S. Spronk, et al. Lifestyle interventions in patients with coronary heart disease: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2013;45(2):207-16.10.1016/j.amepre.2013.03.020
10. A. V. Khera, C. A. Emdin, I. Drake, P. Natarajan, A. G. Bick, N. R. Cook, et al. Genetic Risk, Adherence to a Healthy Lifestyle, and Coronary Disease. *N Engl J Med*. 2016;375(24):2349-58.10.1056/NEJMoa1605086
11. OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. Portugal: Perfil de Saúde do País 2019, Estado da Saúde na UE. State of Health in the EU. OCDE, Paris: Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas.; 2019
12. OCDE (organização para a cooperação e desenvolvimento económico). “Health policy in your country”. OCDE, Paris; 2016
13. Responding to the Growing Cost and Prevalence of People With Multiple Chronic Conditions. [Internet]. 2011. Available from: <http://www.oecd.org/health/health-systems/48245231.pdf>
14. The 2015 Ageing Report. [Internet] European Commission. 2015. Available from:

https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf

15. WHO. Regional high-level consultation on noncommunicable diseases. 2010 [Available from: www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2010/11/regional-high-level-consultation-on-noncommunicable-diseases
16. WHO Europa. Health 2020 and noncommunicable diseases (NCDs): an agenda for development. Moscow, Russian Federation: WHO; 2011
17. OECD, European Observatory on Health Systems, Policies. Portugal: Perfil de Saúde do País 2017. OCDE, Paris 2017
18. Lei n.º30/2019, de 23 de abril. D.R. n.º79/2019, Série I de 2019-04-23, pág. 2257-2258
19. Despacho n.º 8127/2021, de 17 de agosto. D.R. n.º 159/2021, Série II de 2021-08-17, pág. 44-49
20. OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. “Portugal: Perfil de Saúde do País 2021”. Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas. OCDE; 2021
21. ARSAlgarve. Perfil regional de Saúde. Ed. 2019 - Região de saúde do Algarve, 2019
22. EUnetHTA. EUnetHTA comments on the Discussion Document: “Health in Europe: A Strategic Approach” 2007 [Available from: <https://www.eunetha.eu/wp-content/uploads/2018/01/EUnetHTAs-comments-on-the-Health-Strategy.pdf>
23. A. A. Conti. Historical evolution of the concept of health in Western medicine. Acta Biomed. 2018;89(3):352-4.10.23750/abm.v89i3.6739
24. OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) 2006 [Available from: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
25. WHO. “The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986” 1986 [The Ottawa Charter for Health Promotion.]. Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
26. José Luis Pais Ribeiro. A intervenção psicológica na promoção da saúde. Jornal de Psicologia. 1989:19-22
27. Moacyr Scliar. História do conceito de saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2007;17:29-41.<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>
28. Ronaldo Cataldo Costa Richard O. Straub, Beatriz Shayer. Psicologia da saúde: Porto Alegre, Artmed; 2005
29. The Lancet. What is health? The ability to adapt. The Lancet. 2009;373(9666).[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60456-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60456-6)
30. Paulo Marchiori Buss, Claudia Chamas, Miriam Faid, Carlos Morel. Development, health, and international policy: the research and innovation dimension. Cadernos de Saúde Pública. 2016; 32
31. WHO. “Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being”. Copenhagen: WHO EU Region; 2012
32. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. An international conference on health promotion: The move towards a new public health; 1987; Ottawa: WHO; 1986. p. 2.
33. Glenn Laverack. Promoção de Saúde, Poder e Empoderamento. 1ª edição ed: Lusodidacta, Ida; 2004. 195 p.
34. SPPS Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Promoção da Saúde: Da Investigação à Prática. 1ª Edição ed: SPPS, Editora, Ida; 2015
35. Isabel Loureiro. O processo de aprendizagem em Promoção da Saúde. Revista portuguesa de pedagogia. 2008:65-89

36. Alberto Pinto Hespanhol, Luciana Couto, Carlos Martins. A Medicina Preventiva. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 2008:16
37. G. B. D. Mortality, Collaborators Causes of Death. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016;388(10053):1459-544.10.1016/S0140-6736(16)31012-1
38. G. B. D. Risk Factors Collaborators, M. H. Forouzanfar, L. Alexander, H. R. Anderson, V. F. Bachman, S. Biryukov, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2015;386(10010): 2287-323.10.1016/S0140-6736(15)00128-2
39. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020. [Internet]. 2013. Available from: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>
40. E. S. Ford, M. M. Bergmann, H. Boeing, C. Li, S. Capewell. Healthy lifestyle behaviors and all-cause mortality among adults in the United States. Prev Med. 2012;55(1):23-7.10.1016/j.ypmed.2012.04.016
41. OCDE (organização para a cooperação e desenvolvimento económico). State of Health in the EU. Companion Report 2019. European Commission; 2019
42. Decreto-Lei n.º 23/2019, D.R. nº 21/2019, Série I de 2019-01-30, pag. 753-769
43. Cristina Vaz de Almeida, Carlota Ribeiro da Silva, Daniela Rosado, Débora Miranda, Dina Oliveira, Francisco Mata, et al. Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2019. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
https://www.researchgate.net/publication/336210957_CAPACITACAO_DOS_PROFISIONAIS_DE_SAUDE_MANUAL_DE_BOAS_PRATICAS_LITERACIA_EM_SAUDE_R_EPUBLICA_PORTUGUESA?channel=doi&linkId=5d948d61a6fdcc2554adbbad&showFulltext=true
44. Don Nutbeam. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000;15(3):259-67.10.1093/heapro/15.3.259
45. K. Sørensen, S. Van den Broucke, J. Fullam, G. Doyle, J. Pelikan, Z. Slonska, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012.<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
46. Ordem dos Psicólogos Portugueses. Literacia em Saúde. Lisboa2015. Available from: http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/literacia_em_sa_de.pdf
47. I. Kickbusch, J. Pelikan, F. Apfel, A. Tsouros. Health literacy: the solid facts. Copenhagen.2013. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>
48. Miguel Telo de Arriaga, Benvinda dos Santos, Andreia Silva, Francisco Mata, Nicole Chaves, Graça Freitas. Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021 - Portugal. Lisboa.2019. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
49. Pedro Pita Barros. Pela Sua Saúde. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2013
50. Vladimiro Silva Óscar Lourenço. Avaliação Económica de programas de saúde. Essencial sobre conceitos, metodologia, dificuldades e oportunidades. Revista portuguesa de medicina geral e familiar. 2008:729-52

51. Isaura Peixoto. Educação para a saúde. Contributos para a prevenção do cancro. Loures: Lusociência.; 2013
52. Hippocrates. The genuine works of Hippocrates.1939. Available from: <http://classics.mit.edu//Hippocrates/airwatpl.html>
53. Ministério da Saúde. DGS - Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida.2004. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estilos-de-vida-saudaveis-pdf.aspx>
54. N. Corte-Real, I. Balaguer, C. Dias, R. Corredeira, A. Fonseca. Actividade física, prática desportiva, consumo de alimentos, de tabaco e de álcool dos adolescentes portugueses. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2008:17-25
55. Timothy P. Carmody, editor. Health related behaviours: common factors. Em Cambridge handbook of psychology, health and medicine. Cambridge: Cambridge University Press; 1997
56. Stephen R Sutton, Andrew S. Baum, Marie Johnston. Determinants of Health Related Behaviours - theoretical and methodological issues. The SAGE Handbook of Health Psychology. 1º ed. Los Angeles: Sage Publications Ltd; 2004. 447 p.
57. Margarida Gaspar de Matos. Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional. Análise Psicológica [Internet]. 2004; 22:[449-62 pp.]
58. Edward P. Sarafino, Timothy W. Smith. Health Psychology: Biopsychosocial interactions. 7Ed. ed. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 2011
59. Mohsen Naghavi, Amanuel Alemu Abajobir, Cristiana Abbafati, Kaja M Abbas, Foad Abd-Allah, Semaw Ferede Abera, et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet. 2017;390(10100):1151-210.[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32152-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32152-9)
60. L. S. Chapman. Do we need a "virtual" program infrastructure for worksite and population health promotion efforts? Am J Health Promot. 2006;21(2):1-7, iii.10.4278/0890-1171-21.2.TAHP-1
61. S. R. Govil, G. Weidner, T. Merritt-Worden, D. Ornish. Socioeconomic status and improvements in lifestyle, coronary risk factors, and quality of life: the Multisite Cardiac Lifestyle Intervention Program. Am J Public Health. 2009;99(7):1263-70.10.2105/AJPH.2007.132852
62. D. Satcher, E. J. Higginbotham. The public health approach to eliminating disparities in health. Am J Public Health. 2008;98(9 Suppl):S8-11.10.2105/ajph.98.supplement_1.s8
63. M. Hara, M. Mori, N. Shono, Y. Higaki, M. Nishizumi. Lifestyle-related risk factors for total and cancer mortality in men and women. Environ Health Prev Med. 2000;5(3):90-6.10.1265/ehpm.2000.90
64. Ana Sofia Rodrigues Tavares. Comportamentos de risco e stress em trabalhadores do sector produtivo. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2005:63-75
65. M. Loef, H. Walach. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. Prev Med. 2012;55(3):163-70.10.1016/j.ypmed.2012.06.017
66. Patricia Moriel, Hermes Lima Madureira, Áurea Kátia Yuuko Uwagoya, Luana Wlian, Eder de Carvalho Pincinato. Influência do fumo na atividade da amilase salivar e na curva glicêmica. Revista de Nutrição. 2010;23:565-72
67. S. Cao, X. Yin, Y. Wang, H. Zhou, F. Song, Z. Lu. Smoking and risk of erectile dysfunction: systematic review of observational studies with meta-analysis. PLoS One. 2013;8(4):e60443.10.1371/journal.pone.0060443
68. Paulo Roberto Bezerra de Mello, Gilberto Rodrigues Pinto, Clovis Botelho. Influência do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação. Jornal de Pediatria. 2001;77:257-64

69. Sílvia Fraga, Sandra Sousa, Ana-Cristina Santos, Margarida Mello, Nuno Lunet, Patrícia Padrão, et al. Tabagismo em Portugal. Arquivos de Medicina [Internet]. 2005; 19,:[207-29 pp.]
70. WHO. Tobacco - Key facts.: WHO; 2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>]
71. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2017. Lisboa: DGS; 2017
72. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo em Portugal. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2019. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RelatorioTabaco2019.pdf.pdf>
73. WHO. WHO Framework Convention on Tobacco Control: WHO; 2003. Available from: https://www.who.int/fctc/text_download/en/
74. Lei n.º 63/2017, de 3 de Agosto. D. R. n.º 149/2017, Série I de 2017-08-03, 63/2017
75. Andreia Leite, Ausenda Machado, Sónia Pinto, Carlos Matias Dias. Características sociodemográficas dos fumadores em Portugal: análise comparativa dos Inquéritos Nacionais de Saúde (1987, 1995/1996, 1998/1999, 2005/2006 e 2014). Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP., técnicos DEP - Relatórios científicos e; 2017. Report No.: 978-989-8794-23-9
76. J. Hoek. Informed choice and the nanny state: learning from the tobacco industry. Public Health. 2015;129(8):1038-45.10.1016/j.puhe.2015.03.009
77. Mary Assunta. Global Tobacco Industry Interference Index 2019. Bangkok, Thailand: Global Center for Good Governance in Tobacco Control (GGTC), 2019. Available from: https://exposetobacco.org/wp-content/uploads/2019/10/GlobalTIIndex_Report_2019.pdf
78. Serviço de intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD). [Available from: <http://www.sicad.pt/pt/Paginas/default.aspx>]
79. Maria Lucília Mercês de Mello, José Barrias, João Breda. Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2001
80. OMS. Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol.2005. Available from: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA58/A58_18-sp.pdf
81. WHO. Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization; 2018. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
82. J. Rehm, G. E. Gmel, Sr., G. Gmel, O. S. M. Hasan, S. Imtiaz, S. Popova, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. Addiction. 2017;112(6):968-1001.10.1111/add.13757
83. D. Praud, M. Rota, J. Rehm, K. Shield, W. Zatonski, M. Hashibe, et al. Cancer incidence and mortality attributable to alcohol consumption. Int J Cancer. 2016;138(6):1380-7.10.1002/ijc.29890
84. R. F. de Menezes, A. Bergmann, L. C. Thuler. Alcohol consumption and risk of cancer: a systematic literature review. Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(9):4965-72.10.7314/apjcp.2013.14.9.4965
85. K. D. Shield, C. Parry, J. Rehm. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. Alcohol Res. 2013;35(2):155-73
86. P. E. Molina, J. D. Gardner, F. M. Souza-Smith, A. M. Whitaker. Alcohol abuse: critical pathophysiological processes and contribution to disease burden. Physiology (Bethesda). 2014;29(3):203-15.10.1152/physiol.00055.2013
87. M. D. M. Fernandez, J. Saulyte, H. M. Inskip, B. Takkouche. Premenstrual syndrome and alcohol consumption: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2018;8(3):e019490.10.1136/bmjopen-2017-019490

88. J. Zhao, T. Stockwell, A. Roemer, T. Naimi, T. Chikritzhs. Alcohol Consumption and Mortality From Coronary Heart Disease: An Updated Meta-Analysis of Cohort Studies. *J Stud Alcohol Drugs*. 2017;78(3):375-86.10.15288/jsad.2017.78.375
89. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 30/2012, Detecção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool. In: DGS, editor. 2012
90. A. M. Wood, S. Kaptoge, A. S. Butterworth, P. Willeit, S. Warnakula, T. Bolton, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet*. 2018;391(10129):1513-23.10.1016/S0140-6736(18)30134-X
91. S. M. Hartz, M. Oehlert, A. C. Horton, R. A. Grucza, S. L. Fisher, R. C. Culverhouse, et al. Daily Drinking Is Associated with Increased Mortality. *Alcohol Clin Exp Res*. 2018;42(11):2246-55.10.1111/acer.13886
92. A. Sherk, G. Thomas, S. Churchill, T. Stockwell. Does Drinking Within Low-Risk Guidelines Prevent Harm? Implications for High-Income Countries Using the International Model of Alcohol Harms and Policies. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(3):352-61
93. OMS. Carta Europeia do Álcool. Paris1995 [Available from: <http://saap.planetaclix.pt/saap/cartaeu.htm>]
94. Decreto-Lei n.º 106/2015 de 16 de Junho, D.R. n.º 115/2015, Série I de 2015-06-16
95. World Heart Federation (WHF). “WHF Policy Brief, The Impact of Alcohol Consumption on Cardiovascular Health: Myths and Measures” 2022. Available from: <https://world-heart-federation.org/wp-content/uploads/WHF-Policy-Brief-Alcohol.pdf>
96. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Maria João Gregório, Diana Teixeira, Rosário Monteiro, Sofia Mendes de Sousa, Susana Irving, et al. Aconselhamento breve para a alimentação saudável nos cuidados de saúde primários: modelo de intervenção e ferramentas 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2020. Available from: https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2021/01/PNPAS_aconselhamento_jan.pdf
97. Maria João Gregório, Sofia Mendes de Sousa, Diana Teixeira. Relatório do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2020. Available from: https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2020/10/Relato%CC%81rio_PNPAS_2020.pdf
98. R. Micha, S. K. Wallace, D. Mozaffarian. Red and processed meat consumption and risk of incident coronary heart disease, stroke, and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Circulation*. 2010;121(21):2271-83.10.1161/CIRCULATIONAHA.109.924977
99. A. Pan, Q. Sun, A. M. Bernstein, M. B. Schulze, J. E. Manson, W. C. Willett, et al. Red meat consumption and risk of type 2 diabetes: 3 cohorts of US adults and an updated meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 2011;94(4):1088-96.10.3945/ajcn.111.018978
100. M. Talaei, Y. L. Wang, J. M. Yuan, A. Pan, W. P. Koh. Meat, Dietary Heme Iron, and Risk of Type 2 Diabetes Mellitus: The Singapore Chinese Health Study. *Am J Epidemiol*. 2017;186(7):824-33.10.1093/aje/kwx156
101. A. J. Cross, M. F. Leitzmann, M. H. Gail, A. R. Hollenbeck, A. Schatzkin, R. Sinha. A prospective study of red and processed meat intake in relation to cancer risk. *PLoS Med*. 2007;4(12):e325.10.1371/journal.pmed.0040325
102. S. S. Li, S. Blanco Mejia, L. Lytvyn, S. E. Stewart, E. Viguiouk, V. Ha, et al. Effect of Plant Protein on Blood Lipids: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Am Heart Assoc*. 2017;6(12).10.1161/JAHA.117.006659
103. S. Budhathoki, N. Sawada, M. Iwasaki, T. Yamaji, A. Goto, A. Kotemori, et al. Association of Animal and Plant Protein Intake With All-Cause and Cause-Specific

- Mortality in a Japanese Cohort. *JAMA Intern Med.* 2019;179(11):1509-18.10.1001/jamainternmed.2019.2806
104. J. Polonia, L. Martins, F. Pinto, J. Nazare. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *J Hypertens.* 2014;32(6):1211-21.10.1097/HJH.000000000000162
105. WHO. Guideline: Sodium Intake for Adults and Children. Guideline: Sodium Intake for Adults and Children. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Geneva 2012
106. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Guia para o Aconselhamento breve. 10 Passos para a Promoção da Alimentação Saudável para Profissionais. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2021. Available from: https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2021/01/Anexo4_Guia_10Passos_Info_Profissional.pdf
107. H. Karppanen, E. Mervaala. Sodium intake and hypertension. *Prog Cardiovasc Dis.* 2006;49(2):59-75.10.1016/j.pcad.2006.07.001
108. D. S. Celermajer, B. Neal. Excessive sodium intake and cardiovascular disease: a-salting our vessels. *J Am Coll Cardiol.* 2013;61(3):344-5.10.1016/j.jacc.2012.08.998
109. B. Williams, G. Mancia, W. Spiering, E. Agabiti Rosei, M. Azizi, M. Burnier, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens.* 2018;36(10):1953-2041.10.1097/HJH.0000000000001940
110. D. Aune, D. S. Chan, R. Lau, R. Vieira, D. C. Greenwood, E. Kampman, et al. Dietary fibre, whole grains, and risk of colorectal cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *BMJ.* 2011;343:d6617.10.1136/bmj.d6617
111. G. Zong, A. Gao, F. B. Hu, Q. Sun. Whole Grain Intake and Mortality From All Causes, Cardiovascular Disease, and Cancer: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Circulation.* 2016;133(24):2370-80.10.1161/CIRCULATIONAHA.115.021101
112. H. Wu, A. J. Flint, Q. Qi, R. M. van Dam, L. A. Sampson, E. B. Rimm, et al. Association between dietary whole grain intake and risk of mortality: two large prospective studies in US men and women. *JAMA Intern Med.* 2015;175(3):373-84.10.1001/jamainternmed.2014.6283
113. E. Q. Ye, S. A. Chacko, E. L. Chou, M. Kugizaki, S. Liu. Greater whole-grain intake is associated with lower risk of type 2 diabetes, cardiovascular disease, and weight gain. *J Nutr.* 2012;142(7):1304-13.10.3945/jn.111.155325
114. P. Perez-Martinez, D. P. Mikhailidis, V. G. Athyros, M. Bullo, P. Couture, M. I. Covas, et al. Lifestyle recommendations for the prevention and management of metabolic syndrome: an international panel recommendation. *Nutr Rev.* 2017;75(5):307-26.10.1093/nutrit/nux014
115. B. Yao, H. Fang, W. Xu, Y. Yan, H. Xu, Y. Liu, et al. Dietary fiber intake and risk of type 2 diabetes: a dose-response analysis of prospective studies. *Eur J Epidemiol.* 2014;29(2):79-88.10.1007/s10654-013-9876-x
116. D. E. Threapleton, D. C. Greenwood, C. E. Evans, C. L. Cleghorn, C. Nykjaer, C. Woodhead, et al. Dietary fiber intake and risk of first stroke: a systematic review and meta-analysis. *Stroke.* 2013;44(5):1360-8.10.1161/STROKEAHA.111.000151
117. D. Aune, D. S. Chan, D. C. Greenwood, A. R. Vieira, D. A. Rosenblatt, R. Vieira, et al. Dietary fiber and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Ann Oncol.* 2012;23(6):1394-402.10.1093/annonc/mdr589

118. M. P. McRae. Dietary Fiber Is Beneficial for the Prevention of Cardiovascular Disease: An Umbrella Review of Meta-analyses. *J Chiropr Med.* 2017;16(4):289-99.10.1016/j.jcm.2017.05.005
119. Y. Kim, Y. Je. Dietary fibre intake and mortality from cardiovascular disease and all cancers: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Arch Cardiovasc Dis.* 2016;109(1):39-54.10.1016/j.acvd.2015.09.005
120. A. Trichopoulou, M. A. Martinez-Gonzalez, T. Y. Tong, N. G. Forouhi, S. Khandelwal, D. Prabhakaran, et al. Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: views from experts around the world. *BMC Med.* 2014;12:112.10.1186/1741-7015-12-112
121. F. Sofi, F. Cesari, R. Abbate, G. F. Gensini, A. Casini. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ.* 2008;337:a1344.10.1136/bmj.a1344
122. M. Dinu, G. Pagliai, A. Casini, F. Sofi. Mediterranean diet and multiple health outcomes: an umbrella review of meta-analyses of observational studies and randomised trials. *Eur J Clin Nutr.* 2018;72(1):30-43.10.1038/ejcn.2017.58
123. R. H. Eckel, J. M. Jakicic, J. D. Ard, J. M. de Jesus, N. Houston Miller, V. S. Hubbard, et al. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation.* 2014;129(25 Suppl 2):S76-99.10.1161/01.cir.0000437740.48606.d1
124. A. L. Catapano, I. Graham, G. De Backer, O. Wiklund, M. J. Chapman, H. Drexel, et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Eur Heart J.* 2016;37(39):2999-3058.10.1093/eurheartj/ehw272
125. Association American Diabetes. 4. Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. *Diabetes Care.* 2018;41(Suppl 1):S38-S50.10.2337/dc18-S004
126. Committee Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert, J. L. Sievenpiper, C. B. Chan, P. D. Dworatzek, C. Freeze, S. L. Williams. Nutrition Therapy. *Can J Diabetes.* 2018;42 Suppl 1:S64-S79.10.1016/j.cjcd.2017.10.009
127. S. Marventano, M. Izquierdo Pulido, C. Sanchez-Gonzalez, J. Godos, A. Speciani, F. Galvano, et al. Legume consumption and CVD risk: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutr.* 2017;20(2):245-54.10.1017/S1368980016002299
128. E. Vigiouliou, A. J. Glenn, S. K. Nishi, L. Chiavaroli, M. Seider, T. Khan, et al. Associations between Dietary Pulses Alone or with Other Legumes and Cardiometabolic Disease Outcomes: An Umbrella Review and Updated Systematic Review and Meta-analysis of Prospective Cohort Studies. *Adv Nutr.* 2019;10(Suppl_4):S308-S19.10.1093/advances/nmz113
129. F. Cosentino, P. J. Grant, V. Aboyans, C. J. Bailey, A. Ceriello, V. Delgado, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J.* 2020;41(2):255-323.10.1093/eurheartj/ehz486
130. Carla Lopes, Duarte Torres, Andreia Oliveira, Milton Severo, Violeta Alarcão, Sofia Guiomar, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016. Relatório de resultados: Universidade do Porto; 2017. Available from: https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF%20Relat%C3%B3rio%20Resultados_0.pdf
131. Instituto do consumidor. A nova roda dos alimentos. Um guia para a escolha alimentar diária.: Faculdade de Ciência da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.; 2003. Available from: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-1/alimentacao-roda-dos-alimentos-pdf.aspx>
132. D. Aune, E. Giovannucci, P. Boffetta, L. T. Fadnes, N. Keum, T. Norat, et al. Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-

- cause mortality-a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Int J Epidemiol.* 2017;46(3):1029-56.10.1093/ije/dyw319
133. Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro, D.R. n.º 248/2016, Série I de 28-12-2016, Orçamento do Estado para 2017
134. Lei n.º 71/2018, de 31 de dezembro, D.R. n.º 251/2018, Série I de 31-12-2018, Orçamento do Estado para 2019
135. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Guia para o Aconselhamento breve. 10 Passos para a promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2021. Available from: https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2021/01/guia_10passos.pdf
136. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Guia para o Aconselhamento breve. 10 Passos para a Promoção da Alimentação Saudável para o utente. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2021. Available from: https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2021/01/Anexo3_Guia_10Passos_Info_Geral.pdf
137. G. Woodward-Lopez, J. Kao, L. Ritchie. To what extent have sweetened beverages contributed to the obesity epidemic? *Public Health Nutr.* 2011;14(3):499-509.10.1017/S1368980010002375
138. F. Imamura, L. O'Connor, Z. Ye, J. Mursu, Y. Hayashino, S. N. Bhupathiraju, et al. Consumption of sugar sweetened beverages, artificially sweetened beverages, and fruit juice and incidence of type 2 diabetes: systematic review, meta-analysis, and estimation of population attributable fraction. *BMJ.* 2015;351:h3576.10.1136/bmj.h3576
139. B. K. Pedersen, B. Saltin. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports.* 2015;25 Suppl 3:1-72.10.1111/sms.12581
140. WHO. “Physical activity. Fact Sheets” 2021 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>]
141. Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2020
142. INE. Inquérito Nacional de Saúde 2019. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2020
143. P. Posadzki, D. Pieper, R. Bajpai, H. Makaruk, N. Kongseng, A. L. Neuhaus, et al. Exercise/physical activity and health outcomes: an overview of Cochrane systematic reviews. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1724.10.1186/s12889-020-09855-3
144. W. Geidl, S. Schlesinger, E. Mino, L. Miranda, K. Pfeifer. Dose-response relationship between physical activity and mortality in adults with noncommunicable diseases: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2020;17(1):109.10.1186/s12966-020-01007-5
145. F. C. Bull, S. S. Al-Ansari, S. Biddle, K. Borodulin, M. P. Buman, G. Cardon, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med.* 2020;54(24):1451-62.10.1136/bjsports-2020-102955
146. Programa Nacional Para a Promoção da Atividade Física (PNPAF). Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário: Resumo. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2020. Available from: https://ciafel.fade.up.pt/modules/file_repository/data/Site/Translation_Guidelines%20OMS%202020-PORT-PNPAF.pdf
147. M. A. Grandner. Sleep, Health, and Society. *Sleep Med Clin.* 2017;12(1):1-22.10.1016/j.jsmc.2016.10.012
148. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Brain Basics: Understanding Sleep. Nih.gov. 20212021 [Available from: <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/patient-caregiver-education/understanding-sleep>]

149. L. Xie, H. Kang, Q. Xu, M. J. Chen, Y. Liao, M. Thiyagarajan, et al. Sleep drives metabolite clearance from the adult brain. *Science*. 2013;342(6156):373-7.10.1126/science.1241224
150. X. Hu, L. Y. Cheng, M. H. Chiu, K. A. Paller. Promoting memory consolidation during sleep: A meta-analysis of targeted memory reactivation. *Psychol Bull*. 2020;146(3):218-44.10.1037/bul0000223
151. L. Schneider. Neurobiology and Neuroprotective Benefits of Sleep. *Continuum (Minneapolis Minn)*. 2020;26(4):848-70.10.1212/CON.0000000000000878
152. D. J. Buysse. Sleep health: can we define it? Does it matter? *Sleep*. 2014;37(1):9-17.10.5665/sleep.3298
153. C. M. Depner, E. L. Melanson, R. H. Eckel, J. K. Snell-Bergeon, L. Perreault, B. C. Bergman, et al. Ad libitum Weekend Recovery Sleep Fails to Prevent Metabolic Dysregulation during a Repeating Pattern of Insufficient Sleep and Weekend Recovery Sleep. *Curr Biol*. 2019;29(6):957-67 e4.10.1016/j.cub.2019.01.069
154. C. J. Lowe, A. Safati, P. A. Hall. The neurocognitive consequences of sleep restriction: A meta-analytic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;80:586-604.10.1016/j.neubiorev.2017.07.010
155. Q. Zhou, M. Zhang, D. Hu. Dose-response association between sleep duration and obesity risk: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Sleep Breath*. 2019;23(4):1035-45.10.1007/s11325-019-01824-4
156. T. Anothaisintawee, S. Reutrakul, E. Van Cauter, A. Thakkinstian. Sleep disturbances compared to traditional risk factors for diabetes development: Systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2016;30:11-24.10.1016/j.smrv.2015.10.002
157. J. Yin, X. Jin, Z. Shan, S. Li, H. Huang, P. Li, et al. Relationship of Sleep Duration With All-Cause Mortality and Cardiovascular Events: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *J Am Heart Assoc*. 2017;6(9).10.1161/JAHA.117.005947
158. L. Besedovsky, T. Lange, M. Haack. The Sleep-Immune Crosstalk in Health and Disease. *Physiol Rev*. 2019;99(3):1325-80.10.1152/physrev.00010.2018
159. O. Itani, M. Jike, N. Watanabe, Y. Kaneita. Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Sleep Med*. 2017;32:246-56.10.1016/j.sleep.2016.08.006
160. V. K. Chattu, M. D. Manzar, S. Kumary, D. Burman, D. W. Spence, S. R. Pandi-Perumal. The Global Problem of Insufficient Sleep and Its Serious Public Health Implications. *Healthcare (Basel)*. 2018;7(1).10.3390/healthcare7010001
161. O. M. Bubu, M. Brannick, J. Mortimer, O. Umasabor-Bubu, Y. V. Sebastiao, Y. Wen, et al. Sleep, Cognitive impairment, and Alzheimer's disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sleep*. 2017;40(1).10.1093/sleep/zsw032
162. D. Riemann, L. B. Krone, K. Wulff, C. Nissen. Sleep, insomnia, and depression. *Neuropsychopharmacology*. 2020;45(1):74-89.10.1038/s41386-019-0411-y
163. E. Hertenstein, B. Feige, T. Gmeiner, C. Kienzler, K. Spiegelhalder, A. Johann, et al. Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2019;43:96-105.10.1016/j.smrv.2018.10.006
164. W. Xu, C. C. Tan, J. J. Zou, X. P. Cao, L. Tan. Sleep problems and risk of all-cause cognitive decline or dementia: an updated systematic review and meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2020;91(3):236-44.10.1136/jnnp-2019-321896
165. M. O. Harrington, J. E. Ashton, S. Sankarasubramanian, M. C. Anderson, S. A. Cairney. Losing Control: Sleep Deprivation Impairs the Suppression of Unwanted Thoughts. *Clin Psychol Sci*. 2021;9(1):97-113.10.1177/2167702620951511
166. N. L. Sin, J. H. Wen, P. Klaiber, O. M. Buxton, D. M. Almeida. Sleep duration and affective reactivity to stressors and positive events in daily life. *Health Psychol*. 2020;39(12):1078-88.10.1037/hea0001033

167. D. J. Gottlieb, J. M. Ellenbogen, M. T. Bianchi, C. A. Czeisler. Sleep deficiency and motor vehicle crash risk in the general population: a prospective cohort study. *BMC Med.* 2018;16(1):44.10.1186/s12916-018-1025-7
168. Panel Consensus Conference, N. F. Watson, M. S. Badr, G. Belenky, D. L. Bliwise, O. M. Buxton, et al. Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *J Clin Sleep Med.* 2015;11(6):591-2.10.5664/jcsm.4758
169. M. Hirshkowitz, K. Whiton, S. M. Albert, C. Alessi, O. Bruni, L. DonCarlos, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health.* 2015;1(1):40-3.10.1016/j.sleh.2014.12.010
170. M. Hafner, M. Stepanek, J. Taylor, W. M. Troxel, C. van Stolk. Why Sleep Matters-The Economic Costs of Insufficient Sleep: A Cross-Country Comparative Analysis. *Rand Health Q.* 2017;6(4):11
171. Direção-Geral da Saúde. Covid-19. Perguntas frequentes Min-saude.pt: Direção-Geral da Saúde; 2020 [Available from: <https://covid19.min-saude.pt/category/perguntas-frequentes>]
172. WHO. Coronavirus Who.int.: World Health Organization; 2020 [Available from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1]
173. Direção-Geral da Saúde. COVID-19: Fase de Mitigação. Utilização de Equipamentos de Proteção Individual por Pessoas Não Profissionais de Saúde. Lisboa: DGS; 2020
174. Direção-Geral da Saúde. Norma 007/2019. Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa: DGS; 2019
175. World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Geneva: WHO; 2009. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf
176. Direção-Geral da Saúde. Informação aos Cidadãos: Dia Mundial da Higiene das Mãos, 5 de maio, 2021. Melhorias em contexto de Pandemia COVID-19. Lisboa: DGS; 2021
177. World Health Organization. Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza: annex: report of systematic literature reviews.: World Health Organization.; 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329439>
178. J. Xiao, E. Y. C. Shiu, H. Gao, J. Y. Wong, M. W. Fong, S. Ryu, et al. Nonpharmaceutical Measures for Pandemic Influenza in Nonhealthcare Settings-Personal Protective and Environmental Measures. *Emerg Infect Dis.* 2020;26(5):967-75.10.3201/eid2605.190994
179. N. Aggarwal, V. Dwarakanathan, N. Gautam, A. Ray. Facemasks for prevention of viral respiratory infections in community settings: A systematic review and meta-analysis. *Indian J Public Health.* 2020;64(Supplement):S192-S200.10.4103/ijph.IJPH_470_20
180. WHO. Mask use in the context of COVID-19. Interim guidance, 1 December 2020: [22 p.]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337199/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.5-eng.pdf
181. Direção-Geral da Saúde. Orientação 005/2021. COVID-19: Uso de Máscaras. Lisboa: DGS; 2021. p. 8
182. R. Ferrer, W. M. Klein. Risk perceptions and health behavior. *Curr Opin Psychol.* 2015;5:85-9.10.1016/j.copsy.2015.03.012
183. R. A. Ferrer, W. M. P. Klein, A. Avishai, K. Jones, M. Villegas, P. Sheeran. When does risk perception predict protection motivation for health threats? A person-by-situation analysis. *PLoS One.* 2018;13(3):e0191994.10.1371/journal.pone.0191994

184. Teresa Soares. Souto, Ana. Ramires, Ângela. Leite, Vanessa. Santos, Raquel. Espírito Santo. Perceção da Saúde: Validação de uma Escala para a População Portuguesa. Trends in Psychology [online]. 2018;26(n.4):2167-83.<https://doi.org/10.9788/TP2018.4-17Pt>
185. Erika A. Waters, Amy McQueen, Linda D. Cameron. Perceived Risk and its Relationship to Health-Related Decisions and Behavior. 2014. In: The Oxford handbook of health communication, behavior change, and treatment adherence [Internet]. USA: Oxford Library of Psychology
186. P. Sheeran, P. R. Harris, T. Epton. Does heightening risk appraisals change people's intentions and behavior? A meta-analysis of experimental studies. Psychol Bull. 2014;140(2):511-43.10.1037/a0033065
187. R. A. Ferrer, E. M. Ellis. Moving beyond categorization to understand affective influences on real world health decisions. Soc Personal Psychol Compass. 2019;13(11).10.1111/spc3.12502
188. J. L. Hay, K. D. McCaul, R. E. Magnan. Does worry about breast cancer predict screening behaviors? A meta-analysis of the prospective evidence. Prev Med. 2006;42(6):401-8.10.1016/j.ypmed.2006.03.002
189. Elisabete Ramos Joana Araújo, Carla Lopes. Estilos de vida e percepção do estado de saúde em idosos Portugueses de zonas rural e urbana. Acta Médica Portuguesa [Internet]. 2011; 24:[79-88 pp.]. Available from: www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/1524/1109
190. Instituto Nacional de Estatística (INE). INE - Plataforma de divulgação dos Censos 2021. Resultados Provisórios [Internet]. www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.
191. Cristina Sales Baptista Maria José Sousa. Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo bolonha. 4ª edição ed. Lisboa: PACTOR; 2011
192. P. L. Ferreira. [Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part I. Cultural and linguistic adaptation]. Acta Med Port. 2000;13(1-2):55-66
193. Despacho n.º 8254/2017, de 21 de setembro, D.R. n.º 183/2017, Série II de 2017-09-21, pág. 20788-20789
194. C. Davenport, K. Elley, C. Salas, C. L. Taylor-Weetman, A. Fry-Smith, S. Bryan, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of routine dental checks: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess. 2003;7(7):iii-v, 1-127.10.3310/hta7070
195. Pedro Graça; Maria João Gregório; Alejandro Santos; Sofia Mendes de Sousa. Redução do consumo de açúcar em Portugal: Evidência que justifica ação. Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (DGS); 2016
196. WHO. Guideline: Sugars Intake for Adults and Children. In: WHO, editor. Guideline: Sugars Intake for Adults and Children. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Geneva 2015
197. G. B. D. Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020;396(10258):1223-49.10.1016/S0140-6736(20)30752-2
198. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS). Diagnóstico e Estadiamento do Cancro Invasivo do Colo do Útero. Lisboa 2012
199. João Filipe Raposo. “Diabetes: Factos e Números 2016, 2017 e 2018”. Revista Portuguesa de Diabetes. 2020:19-27

“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

ANEXOS

“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

ANEXO 1:

Parecer do conselho de ética da ESTeSL sobre o trabalho de investigação

“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

RESPOSTA CE_FINAL_ Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde e atitudes para a prevenção da doença dos residentes da região do Algarve



De Conselho de Ética da ESTeSL <conselhodeetica@estesl.ipl.pt>
Para <2017019@alunos.estesl.ipl.pt>
Cc 'margarida eiras' <margarida.eiras@estesl.ipl.pt>, Mestrados <mestrados@estesl.ipl.pt>
Data 2021-04-28 09:26

REFERÊNCIA INTERNA DO PROJETO: CE-ESTeSL-Nº. 80 -2020 - Vera Lúcia Hilário Belchior
TÍTULO DO DE PROJETO: Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde e atitudes para a prevenção da doença dos residentes da região do Algarve
TIPO DE PROJETO/ESTUDO: Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde
INVESTIGADOR/A PRINCIPAL: Vera Lúcia Hilário Belchior
ORIENTADORES: Margarida Espírito Santo
INSTITUIÇÃO PROMOTORA: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa/IPL e Universidade do Algarve, Escola Superior de Saúde
RECEBIDO: 2020-10-30

Exma. Senhora Professora Doutora Margarida Espírito Santo
Exma. Senhora Dra. Vera Lúcia Hilário Belchior

A Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (CE-ESTeSL) aprovou por unanimidade a emissão de parecer favorável, com a recomendação de que a estudante deverá explicitar no seu trabalho as condições em que assegurará o armazenamento dos dados a obter.

Lembramos ainda que todos os estudos que envolvem a autorização dos participantes e a recolha de amostras e dados anonimizados e/ou codificados têm de cumprir com o estabelecido no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados de 27 de abril de 2016.

Por último, solicita-se também que, ao abrigo do artº 19 da Lei 21/2014 de 16 de abril e do disposto no nº23 da atual versão da Declaração de Helsínquia, dê igualmente conhecimento ao Conselho de Ética da ESTeSL do relatório final com as conclusões do estudo, de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Profª. Adjunta Rute Borrego
Presidente da Comissão de Ética da ESTeSL
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
Av. D. João II, lote 4.69.01, 1990-096 Lisboa
Tel. 218 980 447; Fax. 218 980 460



“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

ANEXO 2:

Parecer do encarregado de proteção de dados da Universidade do Algarve

“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

Fwd: RESPOSTA CE_FINAL_Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde e atitudes para a prevenção da doença dos residentes da região do Algarve

Regulamento Geral da Proteção de Dados <rgpd@ualg.pt>

10 de maio de 2021 às 17:06

Para: Vera <verabelchior@gmail.com>

Cc: Margarida de Fátima Neto Espírito Santo <mfesanto@ualg.pt>, Alexandra Isabel Cabral da Silva Gomes <asgomes@ualg.pt>

Estimada Vera Belchior

Na sequência do Parecer sobre conformidade RGPD do inquérito "Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve" e da Vossa resposta com envio da documentação solicitada, na qualidade de Encarregado da Proteção de Dados da Universidade do Algarve, designado nos termos do nº 1 do artigo 37º do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) e no exercício das funções de controlo de Conformidade de Questionários, de acordo com a alínea b) do nº 1 do artigo 39º do RGPD, apresento à Vossa consideração as seguintes observações:

1. Inexistência de Tratamento de Dados Pessoais

1.1. De acordo com os termos da Ficha Técnica e citando, é afirmado que «O questionário é anónimo e os dados recolhidos serão exclusivamente utilizados para fins estatísticos no âmbito de um trabalho de investigação inserido no Mestrado em Gestão e Avaliação em Tecnologias da Saúde da Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa em associação com a Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve.».

1.3. De acordo com a análise aos campos dos inquéritos a realizar, constata-se a inexistência de campos com recolha de dados que permitam identificar ou tornar identificáveis pessoais singulares, não existindo, assim, campos que possam ser considerados campos de recolha de dados pessoais.

2. Avaliação da Conformidade RGPD e LPDP

Uma vez que, de acordo com a Vossa descrição, os Inquéritos são anónimos, não existindo tratamento de dados pessoais, nos termos dos nºs 1 e 2 do artigo 4º RGPD, não há necessidade de avaliar a respetiva conformidade ou licitude, nos termos da alínea a) do nº 1 do artigo 5º RGPD, não se aplicando, nestes Inquéritos em concreto as normas de proteção de dados pessoais;

3. Parecer

Sou de Parecer que os Inquéritos, nos termos descritos, não se enquadram no âmbito de aplicação das normas de proteção de dados pessoais, não existindo, do ponto de vista do EPD, avaliações de conformidade a realizar – pelo que, no que respeita à sua conformidade com a proteção de dados pessoais, estão em condições de ser realizados.

Ao dispor para eventuais esclarecimentos ou informações adicionais.

Melhores Cumprimentos

Júlio Fernandes - na qualidade de EPD da UAIG

“Percepção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

ANEXO 3:

Questionário aplicado aos participantes da região do Algarve



“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

Os campos assinalados com um asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.

Equipa de investigação:

Mestranda: Vera Belchior

Orientadora científica: Prof. Doutora Margarida Espírito Santo

Co-orientadora científica: Prof. Doutora Alexandra Gomes

Este questionário destina-se à recolha de dados acerca do conhecimento que a população a **residir no Algarve** tem sobre os comportamentos de risco para a saúde e o que faz para prevenir a doença. Este questionário será aplicado, via online, à população com idade igual ou superior a 18 anos, residente na região do Algarve.

O questionário é anónimo e os dados recolhidos serão exclusivamente utilizados para fins estatísticos no âmbito de um trabalho de investigação inserido no **Mestrado em Gestão e Avaliação em Tecnologias da Saúde da Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa em associação com a Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve**.

Para qualquer questão poderá contactar através do email: verabelchior@gmail.com (Vera Belchior).

Ao dar o seu consentimento declara que:

- Concorda com os objetivos do projeto de investigação e o seu envolvimento no mesmo;
- Todas as dúvidas sobre o projeto foram previamente esclarecidas;
- Tem conhecimento que, em qualquer altura, pode optar por deixar de participar no projeto e nesse caso os seus dados não serão utilizados;
- Compreende que a sua minha participação é confidencial e a informação recolhida sobre si não será utilizada de maneira que a sua identidade seja revelada;
- Participa neste projeto de forma totalmente voluntária;

O presente questionário demora, em média, 10 minutos a ser respondido.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. Idade:

(se tiver menos de 18 anos, não cumpre um dos critérios de participação neste estudo. Agradecemos a sua disponibilidade)

• 2. Sexo:

- Feminino
- Masculino
- Não quero responder

• 3. Nacionalidade:

- Portuguesa
- Outra

Qual?

• 4. Indique qual o concelho em que reside:

- Albufeira
- Alcoutim
- Aljezur
- Castro Marim
- Faro
- Lagoa
- Lagos
- Loulé
- Monchique
- Olhão
- Portimão
- São Brás de Alportel
- Silves
- Tavira
- Vila do Bispo
- Vila Real de Santo António
- Outro

Onde reside?

• 5. Indique quais as suas habilitações literárias:

- Não sabe ler e escrever (<4 anos de escolaridade)
- 4 anos de escolaridade
- 6 anos de escolaridade

“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

- 9 anos de escolaridade
- 12 anos de escolaridade
- Curso profissional
- Ensino Superior (Licenciatura, Mestrado ou outro)

• **6. Qual a sua situação profissional atual?**

- Empregado(a) por conta de outrem no sector privado
- Empregado(a) por conta de outrem na função pública
- Empregado(a) por conta própria
- Trabalhador estudante
- Estudante
- Doméstico(a)
- Reformado(a)
- Desempregado(a)
- Outro

• **6.1 É trabalhador/a de alguma autarquia local na região do Algarve?**

- Sim
- Não

• **6.1.1 Se sim, qual?**

- C. M. de Albufeira
- C. M. de Alcoutim
- C. M. de Aljezur
- C. M. de Castro Marim
- C. M. de Faro
- C. M. de Lagoa
- C. M. de Lagos
- C. M. de Loulé
- C. M. de Monchique
- C. M. de Olhão
- C. M. de Portimão
- C. M. de São Brás de Alportel
- C. M. de Silves
- C. M. de Tavira
- C. M. de Vila do Bispo
- C. M. de Vila Real de Santo António

• **7. Indique qual o seu estado civil:**

- Solteiro(a)
- Casado(a)/ União de facto
- Viúvo(a)
- Divorciado(a)/ Separado(a)

• **8. Tem filhos?**

- Sim

“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

Não

*** 9. Com quem vive?**

- Sozinho e autónomo
- Sozinho com apoio
- Pais
- Irmão(s)
- Cónjuge
- Cónjuge e filhos
- Filho(a)/ nora/ genro/ netos
- Instituição
- Residência estudantil

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

*** 10. De forma geral, considera a sua saúde:**

- Muito má
- Má
- Razoável
- Boa
- Excelente

*** 11. Alguma vez recebeu um diagnóstico de doença crónica?**

- Sim
- Não

11.1. Se sim, indique qual(is) as doença(s) que tem diagnosticada(s)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Doença oncológica |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Doença de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Doença de Parkinson | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Dislipidemia (colesterol e triglicéridos elevados) | <input type="checkbox"/> Insuficiência renal |
| <input type="checkbox"/> Refluxo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Úlcera péptica ou gástrica | <input type="checkbox"/> Osteoartrose |
| <input type="checkbox"/> Síndrome do intestino irritável | <input type="checkbox"/> Lombalgia |
| <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crónica | <input type="checkbox"/> Outra(s): |

*** 12. Atualmente toma algum medicamento?**

- Sim
- Não

12.1 Se sim, qual(is)?

(em caso afirmativo, indique qual o tratamento e há quanto tempo o faz)

“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

| | Medicamento | Duração do tratamento (em meses) |
|---|-------------|----------------------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

• 13. Esteve internado nos últimos 12 meses?

- Sim
 Não

13.1 Se sim, quantas vezes?

Valores aceites: entre 0 e 100

13.2 No total, durante quanto tempo esteve internado/a (em meses)?

 dias

13.3 Qual o motivo?

• 14. Caiu nos últimos 12 meses?

- Sim
 Não

14.1 Se sim, teve de recorrer aos serviços de saúde?

- Sim
 Não

14.2 Na sequência da queda teve alguma fratura óssea?

- Sim
 Não

CONHECIMENTOS SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PREVENTIVOS

• 15. Os distúrbios do sono afetam a saúde e a qualidade de vida em cerca de 45% da população mundial. Quantas horas é recomendado dormir por dia?

 horas

16. Classifique as seguintes afirmações como verdadeiras ou falsas:

“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

| | Verdadeira | Falsa | Não sei |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Um sono de má qualidade reduz a capacidade de concentração. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • A falta de descanso noturno é uma das principais causas de acidentes rodoviários. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Dormir mal pode contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde, como a hipertensão e a diabetes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

17. O tabaco contribui para a morte por diversas doenças. Classifique as seguintes afirmações como verdadeiras ou falsas:

| | Verdadeira | Falsa | Não sei |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • O tabaco contribui para a morte por cancro do pulmão. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • O tabaco contribui para a morte por doença respiratória crónica. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • O tabaco contribui para a morte por diabetes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

18. O tabaco pode prejudicar vários campos da saúde física. Classifique as seguintes afirmações como verdadeiras ou falsas:

| | Verdadeira | Falsa | Não sei |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Fumar melhora o desempenho sexual. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Fumar causa dependência física. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Fumar pode causar morte prematura. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

• 19. O consumo de álcool pode causar dependência?

- Sim
- Não
- Não sei

20. Relativamente ao consumo de álcool, classifique as seguintes afirmações como verdadeiras ou falsas:

| | Verdadeira | Falsa | Não sei |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • O consumo frequente de álcool pode causar Perturbações mentais. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • O consumo frequente de álcool pode causar Desnutrição. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • O consumo frequente de álcool pode causar Hipertensão arterial. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • O consumo frequente de álcool pode causar Cirrose hepática. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • O consumo frequente de álcool pode causar Disfunção sexual. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

21. Os hábitos alimentares inadequados são o quinto principal fator de risco para a perda de anos de vida saudável. Indique se considera a afirmação verdadeira ou falsa:

- Verdadeira
- Falsa
- Não sei

22. Os hábitos alimentares inadequados são um dos fatores de risco modificável que mais contribui para a mortalidade em Portugal. Indique se considera a afirmação verdadeira ou falsa:

- Verdadeira
- Falsa
- Não sei

23. Dentro dos hábitos alimentares, existem fatores que mais contribuem para a perda de anos de vida saudável. Classifique as seguintes afirmações como verdadeiras ou falsas:

| | Verdadeira | Falsa | Não sei |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • O baixo consumo de cereais integrais contribui para a perda de anos de vida saudável. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • A baixa ingestão de leite contribui para a perda de anos de vida saudável. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • O baixo consumo de fruta contribui para a perda de anos de vida saudável. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • O baixo consumo de frutos oleaginosos (ex. nozes) e sementes contribui para a perda de anos de vida saudável. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • A baixa ingestão de sódio contribui para a perda de anos de vida saudável. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

24. Qual considera ser a percentagem atribuída aos hábitos alimentares inadequados na mortalidade, em Portugal?

- 2%
- 11,4%
- Não sei
- 3,5%
- 20%

25. Beber água é fundamental para hidratar o corpo. Por favor, indique qual a quantidade de água que é recomendada bebermos diariamente:

- 1 litro
- 2 a 3 litros
- 1,5 litros – 2 litros
- Não sei

26. Relativamente à ingestão de água, classifique as seguintes afirmações como verdadeiras ou falsas:

| | Verdadeira | Falsa | Não sei |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • A baixa ingestão de água contribui para o aumento da fadiga. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

“Percepção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

| | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Beber a quantidade de água recomendada contribui para a redução das dores de cabeça. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A baixa ingestão de água contribui para a diminuição da capacidade de concentração e memória. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • A baixa ingestão de água contribui para a ocorrência de obstipação. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

• 27. Qual o valor recomendado como ótimo para a pressão arterial?

- <120/80 mmHg <160/100 mmHg
 <140/90 mmHg Não sei

28. A hipertensão arterial pode trazer diversas complicações. Classifique as seguintes opções como verdadeiras ou falsas:

| | Verdadeira | Falsa | Não sei |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Insuficiência renal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Insuficiência hepática | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Acidente vascular cerebral | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

• 29. Qual o intervalo de valores recomendado para os níveis de açúcar no sangue (glicemia) em jejum?

- 50 a 70 mg/dL 110 a 120 mg/dL
 70 a 110 mg/dL Não sei

30. Podemos identificar diversos sinais e sintomas como possíveis complicações de níveis de açúcar no sangue (glicemia) elevados. Classifique as seguintes opções como verdadeiras ou falsas:

| | Verdadeira | Falsa | Não sei |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Visão turva | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Aumento do apetite | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Dores de cabeça | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Excesso de saliva | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Micção frequente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

• 31. Em relação à COVID19, indique qual a medida mais efetiva para a prevenção da infeção por sars-cov-2:

- Lavar as mãos com sabonete
 Usar uma solução à base de álcool
 Usar luvas descartáveis
 Não sei

PERCEÇÃO SOBRE COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA A SAÚDE

“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

• 32. Considera que dormir menos horas do que as recomendadas é:

- Nada arriscado pouco arriscado arriscado muito arriscado

• 33. Em que medida é possível compensar as horas de sono não dormidas?

- Não é possível É pouco possível É possível É totalmente possível

34. Classifique em que medida considera que cada uma das seguintes frequências de consumo de álcool, é considerado beber com moderação.

| | Moderado | Não moderado |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • 1x/semana | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • 2 a 3x/ semana | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • 5x/ semana | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • 1 copo por dia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • + de 1 copo por dia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

35. Para cada uma das seguintes afirmações, indique até que ponto concorda com as mesmas:

| | Discordo totalmente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente. |
|--|-----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Os hábitos alimentares inadequados contribuem para a mortalidade em Portugal. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Ter a pressão arterial superior a 120/80 mmHg é um risco para a saúde. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Ter a pressão arterial inferior a 120 /80 mmHg é um risco para a saúde. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Ter um valor de açúcar no sangue (glicemia) superior a 110mg/dL é um risco para a saúde. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Ter um valor de açúcar no sangue (glicemia) inferior a 70mg/dL é um risco para a saúde. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

• 36. Qual a probabilidade atual de ter níveis de açúcar no sangue (glicemia) elevados?

- Nada provável Pouco provável Provável Muito provável

• 37. Qual a probabilidade atual de vir a ser infetado com sars-cov-2?

Nada provável Pouco provável Provável Muito provável

COMPORTAMENTOS PARA A PREVENÇÃO DA DOENÇA

• 38. Vai anualmente ao médico fazer um check-up?

- Sim
 Não

• 39. No último ano tomou suplementos alimentares (ex: vitaminas, minerais)?

- Sim
 Não

• 39.1 Se sim, quais?

- Vitaminas (ex: vitamina D3, vitamina B12, vitamina K, multivitamínicos)
 Minerais (ex: Cálcio, Ferro, Zinco, Iodo, Magnésio, multiminerais)
 Produtos fitoterápicos (ex: equinácea, camomila, chá verde, valeriana)
 Outros

Qual o(s) suplemento(s)?

40. Para as mulheres:

• 40.1 Nos últimos 5 anos realizou uma mamografia?

- Sim
 Não

• 40.2 Nos últimos 5 anos realizou uma citologia (papanicolau)?

- Sim
 Não

• 41. Tem todas as vacinas em dia?

- Sim Não Não sei

• 42. Mediu a sua pressão arterial nos últimos 3 meses?

- Sim
 Não

• 42.1. se sim, quantas vezes?

 vezes

• 43. Fez análises para determinar o valor do seu colesterol nos últimos 12 meses?

-

“Percepção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

- Sim
 Não

* 43.1 Se sim, quantas vezes?

* 44. Fez análises para determinar os níveis de açúcar no sangue (glicemia) nos últimos 12 meses?

- Sim
 Não

44.1 Se sim, quantas vezes?

 vezes

* 45. Com que regularidade vai ao dentista?

- Mais de 2 vezes por ano
 Pelo menos 1 vez por ano
 Só quando tenho problemas
 Outra

Qual a regularidade?

46. Dentro das refeições que consome, por semana, quantas se inserem nos seguintes regimes alimentares:

* 46.1 Fast food (comida processada; ex: pizza)

 vezes por semana

* 46.2 Alimentação mediterrânica (maioritariamente peixe, legumes e fruta)

 vezes por semana

* 46.3 Alimentação tradicional portuguesa (rica em carne, chouriço, toucinho, presunto)

 vezes por semana

* 46.4 Alimentação vegetariana (sem carne e peixe)

 vezes por semana

* 47. Tem por hábito consumir álcool?

- Sim
 Não

47.1 Se sim, quantas vezes por semana?

vezes por semana

* 48. Evita consumir alimentos processados (ex: batatas fritas, bolachas, cereais de pequeno almoço)?

- Sim
 Não

* 49. Quantas vezes por semana come peixe?

vezes por semana

* 50. Quantas vezes por semana come carne?

vezes por semana

* 51. Quantas vezes por semana come carne processada (ex: salsichas, presunto, bacon, chouriço, toucinho, etc)?

vezes por semana

* 52. Quantas vezes por semana come doces (ex: bolachas, biscoitos, bolos, pasteis, chocolate, compotas, mel, açúcar)?

vezes por semana

* 53. Quantas vezes por semana come hortaliças e legumes (ex: couve, brócolos, grelos, nabiças, feijão verde, agrião, nabo, pimento)?

vezes por semana

* 54. Quantas vezes por semana consome leguminosas (ex: feijão, grão, favas, ervilhas, lentilhas)?

vezes por semana

* 55. Quantas porções de fruta come por dia (ex: 1 porção = 1 banana ou 2 fatias de ananás)?

* 56. Quantas vezes por semana bebe refrigerantes (ex: coca-cola, néctares, etc)?

vezes por semana

* 57. Quantas vezes por semana recorre a refeições pré-feitas (ex: lasanha, pizzas, hambúrgueres, sopas de pacote, massas de pacote, etc)?

vezes por semana

* 58. Nos últimos 6 meses fez alterações nos seus hábitos alimentares?

“Perceção sobre comportamentos de risco para a saúde, conhecimentos e comportamentos adotados para a prevenção da doença nos residentes da região do Algarve”

- Sim
- Não

58.1 Se sim, qual(is)?

* 59. Pratica exercício físico regularmente?

- Sim
- Não

59.1 Quantas vezes por semana?

 vezes por semana

59.2 Qual o tipo de atividade?

59.3 Qual a duração de cada sessão? (em minutos)

 minutos

* 60. Quantas horas dorme por dia?

 horas

* 61. É fumador?

- Sim
- Não
- Sou ex-fumador(a)

61.1 Se sim, quantos cigarros fuma por dia?

 por cigarro(s) por dia

61.2 Há quantos anos fuma?

 anos

* 62. Em média, quantas vezes lava as mãos ao longo do dia para prevenir a COVID-19?

 vezes por dia

* 63. Desde Março de 2020 já fez algum teste para deteção da COVID-19?

- Sim
- Não

• 63.1 Se sim, o resultado foi positivo?

- Sim
- Não

• 64. Usa máscara como equipamento de proteção individual, diariamente?

- Sim
- Não

• 64.1 Se sim, em que circunstâncias?

- Sempre que está fora de casa.
- Apenas quando fala com pessoas desconhecidas.
- Apenas no local de trabalho.
- Apenas quando vai às compras.

• 65. Onde procura informações sobre a promoção da saúde?

- Redes sociais
- Internet
- Livros
- Profissionais de saúde
- Não procuro
- Outro

Onde?

• 66. A que profissionais de saúde recorre mais frequentemente quando necessita de aconselhamento sobre comportamentos saudáveis?

- Farmacêutico
- Enfermeiro
- Médico de família
- Profissionais de Terapêuticas não convencionais (Naturopatia, Osteopatia, Acupuntura, etc)
- Família / Amigos
- Outro

Quem?