

Paula Cristina Teixeira Magalhães

Orientadora:

Doutora Elisabete Cristina Macedo Alves

Coorientadora:

Doutora Susana Manuela Ribeiro Dias da Silva

**Acessibilidade e utilização das fontes de informação sobre
doenças cardiovasculares: percepção de doentes e
profissionais de saúde**

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Educação para a Saúde
apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e à Faculdade de
Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

Porto 2013

Investigação realizada no Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e no Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), sob orientação da Doutora Elisabete Alves e coorientação da Doutora Susana Silva.

Esta investigação tem por base informação recolhida no âmbito do projeto intitulado “Informação sobre saúde da população portuguesa: Conhecimentos e qualidade percebida das fontes de informação sobre saúde”, financiado pela FCT, no âmbito do Programa Harvard Medical School - Portugal (HMSP-IISE/SAU-ICT/0004/2009). Coordenado pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICSUL), conta com a participação da Associação para a Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (AIDFMUL) e do Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP).

Ao longo do meu mestrado, colaborei ativamente na operacionalização das hipóteses em estudo, análise dos dados e na interpretação dos resultados.

Agradecimentos

A realização desta Dissertação de Mestrado só foi possível graças à disponibilidade e empenho manifestados pelas Doutoradas Elisabete Alves e Susana Silva na orientação deste trabalho e pela preciosa ajuda na definição do objeto de estudo, cedência de material empírico, incansável orientação científica, pelos profundos comentários, esclarecimentos, opiniões e sugestões. Manifesto o meu profundo e sincero reconhecimento também pela acessibilidade, confiança e suporte sem o qual não teria sido possível concluir esta dissertação.

Aos meus pais e amigos próximos, pelo apoio e compreensão nos momentos de maior indisponibilidade.

À Doutora Sofia Marques, por me ter dado a hipótese de aprofundar conhecimentos do presente trabalho durante a conclusão da disciplina de Metodologias Qualitativas.

A todos os colaboradores do ISPUP, que sempre mostraram disponibilidade para esclarecer informações e apoiar em termos de suporte informático.

Índice Geral

1. Introdução.....	5
1.1. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares ..	5
1.2. Literacia em saúde e doenças cardiovasculares.....	7
1.3. Fontes de informação em doenças cardiovasculares.....	12
2. Objetivos	17
3. Métodos	18
3.2. Participantes.....	19
3.3. Recolha de dados.....	20
3.4. Análise de dados	21
3.5. Considerações éticas.....	21
4. Resultados.....	23
4.1. Fontes de informação em doença cardiovascular.....	23
4.2. Utilização da informação sobre doença cardiovascular	28
4.3. O papel da educação para a saúde na área das doenças cardiovasculares	39
5. Conclusão	45
6. Referências bibliográficas	51
7. Anexos.....	67

Lista de Abreviaturas e Siglas

AIDFMUL - Associação para a Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

AIT – Acidente Isquémico Transitório

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DCV – Doença(s) cardiovascular(es)

DGS – Direção Geral da Saúde

EC – European Commission

EORG – European Opinion Research Group

FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia

FMUP - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

ICSUL - Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISPUP – Instituto Saúde Pública da Universidade do Porto

OMS – Organização Mundial de Saúde

UE – União Europeia

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

Índice de Tabelas

Tabela 1. Profissão e doença ou área de especialidade dos participantes.....	20
Tabela 2. Comparação entre as fontes de informação usadas por doentes e profissionais de saúde na aquisição de conhecimentos no âmbito das doenças cardiovasculares.....	47
Tabela 3. Comparação entre os objetivos com que doentes e profissionais de saúde utilizam a informação sobre doenças cardiovasculares.....	48
Tabela 4. Comparação entre as expectativas de doentes e profissionais de saúde quanto ao papel da educação para a saúde no âmbito das doenças cardiovasculares	50

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo integrado de literacia em saúde.....	9
Figura 2. Principais fontes de informação em saúde na Europa	13

Resumo

Em saúde cardiovascular, o conhecimento sobre fatores que previnem a doença e promovem a saúde constitui um dos principais determinantes da adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Neste contexto, o desenho e implementação de intervenções em saúde cardiovascular deve compreender o nível de conhecimento da população visada, nomeadamente os doentes e os profissionais de saúde, de forma a contribuir efetivamente para a mudança comportamental promotora de saúde. O presente estudo pretendia comparar as perspetivas de doentes e profissionais de saúde quanto a fontes de informação usadas, objetivos da utilização da informação obtida e as expectativas quanto ao papel da educação para a saúde em intervenções na área das doenças cardiovasculares (DCV).

A informação foi recolhida no âmbito do projeto “Informação sobre saúde da população portuguesa: Conhecimentos e qualidade percebida das fontes de informação sobre saúde”, com base na realização de dois grupos focais sobre DCV: um com doentes e outro com profissionais de saúde. Os sete elementos do grupo de doentes foram convidados para integrar o estudo pelo médico assistente: dois doentes cuja patologia mais grave era a hipertensão; dois doentes com enfarte agudo do miocárdio; dois doentes com acidente vascular cerebral; e um doente com insuficiência cardíaca. Os oito elementos do grupo de profissionais de saúde tinham experiência profissional em DCV: um médico de medicina geral e familiar e uma psicóloga; dois cardiologistas, dois especialistas em medicina interna e dois neurologistas. As sessões foram moderadas por dois especialistas em ciências sociais, com um tipo de envolvimento amigável. Para categorização e codificação dos dados recorreu-se à análise de conteúdo temática. Os dados recolhidos foram sistematicamente codificados e sintetizados por temas e, dentro destes, por categorias, selecionando-se as expressões mais ilustrativas das perceções de doentes e de profissionais de saúde sobre a acessibilidade e utilização das fontes de informação em DCV.

De uma forma geral, doentes e profissionais de saúde privilegiaram diferentes fontes de informação em saúde cardiovascular. Os doentes valorizaram a informação transmitida pelo médico que os acompanha, assim como por outros profissionais de saúde e conhecidos a quem estes conferem credibilidade, por um lado, e o uso de linguagem acessível, oral ou escrita, preferencialmente acompanhada por imagens, por outro lado. Os profissionais de saúde valorizaram a informação proveniente de *websites* de instituições ou organizações de saúde fidedignas, assim como a troca de

informação entre pares, quer em contexto informal, no local de trabalho, quer em contexto formal, em congressos e reuniões.

Doentes e profissionais de saúde reportaram utilizar a informação sobre DCV para identificar sintomas e fatores de risco, e para obter informação sobre a adesão ao tratamento e, mais especificamente sobre a medicação, e sobre as consequências psicossociais da doença, distinguindo-se os dois grupos quanto às finalidades específicas e à hierarquização de prioridades. Os doentes usaram a informação sobretudo para compreender melhor as características e consequências da sua doença e as formas mais adequadas de a gerir quotidianamente, enquanto os profissionais de saúde se centraram na importância de garantir que a informação é transmitida ao doente de forma clara e objetiva, de modo a coresponsabilizá-lo pelo sucesso do tratamento, salientando as dificuldades que encontram neste processo.

As expectativas em relação ao papel da educação para a saúde de ambos os grupos analisados focaram-se na responsabilidade individual do doente e autovigilância, na disseminação da informação e nas intervenções políticas e jurídicas. Doentes e profissionais de saúde partilham a convicção de que o papel da educação para a saúde passa pelo ensino de comportamentos preventivos quanto à adoção de estilos de vida saudáveis. Contudo, enquanto os doentes valorizaram a aquisição ativa de informações transmitidas presencialmente e pela oralidade e o estabelecimento de enquadramentos jurídico-legais restritivos, os profissionais de saúde realçaram a importância da informação escrita veiculada por equipas pluridisciplinares ou transmitida pelos meios de comunicação social, assim como a necessidade de um investimento político e social na promoção de estilos de vida saudáveis, responsabilizando os doentes pela sua saúde.

Em conclusão, doentes e profissionais de saúde privilegiaram diferentes fontes de informação em saúde cardiovascular, utilizando-as de modo díspar com o intuito de responsabilizar o doente pela sua saúde. Estes resultados consolidam a necessidade de incluir a perspetiva quer de doentes, quer de profissionais de saúde, no desenho e implementação de políticas de saúde. Ambos concordam que, para a prevenção da DCV, é essencial que a informação fornecida seja credível, acessível, clara, relevante e precisa sobre as medidas que os indivíduos podem adotar. Assim, importa aumentar a consciência dos doentes sobre os riscos, destacando estratégias preventivas, apelativas, interativas e que considerem tanto os contextos sociais como os físicos, que possam ser efetivamente implementadas no seu quotidiano.

Abstract

In cardiovascular health, knowledge about factors that prevent disease and promote health is a major determinant of the adoption of healthy behaviours and lifestyles. In this context, the design and implementation of interventions in cardiovascular health must take into account the level of knowledge of the target population, including patients and health professionals, in order to effectively contribute to health-promoting behavioural change. The present study intended to compare the perspectives of patients and health professionals regarding the sources of information used, the use of information obtained and the expectations about the role of health education interventions in the cardiovascular diseases (CVD) field.

Data was collected within the project "Health information of Portuguese population: Knowledge and perceived quality and accessibility of health information sources", based on the realization of two focus groups on CVD: one with patients and other with health professionals. The seven elements of the patients group were invited to join the study by the attending physician: two patients whose more severe pathology was hypertension, two patients with acute myocardial infarction, two patients with stroke, and a patient with heart failure. The eight elements of the health professionals group had experience in CVD: a family physician and a psychologist, two cardiologists, two specialists in internal medicine and two neurologists. The sessions were moderated by two social sciences experts, with a friendly involvement. Data was categorized and coded through thematic content analysis. The collected data were systematically coded and summarized by themes and, within these, by categories, selecting the most illustrative expressions of patients and health professionals' perceptions on the accessibility and use of information sources on CVD.

Overall, patients and health professionals favoured different sources of information on cardiovascular health. Patients valued the information transmitted by their attending physician, as well as other health professionals and acquaintances at whom they confer credibility on one hand, and the use of accessible language, oral or written, preferably accompanied by images, on the other hand. Health professionals valued information from *websites* of institutions or health organizations trustworthy, as well as the exchange of information between peers, whether in an informal context, as the workplace, or in a formal context, such as congresses and meetings.

Patients and health professionals reported to use the information on CVD to identify symptoms and risk factors, and to obtain information on treatment adherence, and more specifically on medication, and on the psychosocial consequences of the disease. However, the two groups were distinguished by the specific objectives in the

use of information and the priorities hierarchy. Patients used the information mainly to better understand the characteristics and consequences of their illness and the most appropriate ways of daily management, while health professionals focused on the importance of ensuring that information is transmitted to the patient clearly and objectively, with the intent of share with him the responsibility for the treatment success, emphasizing the difficulties encountered in this process.

Expectations regarding the role of health education in both groups focused on the patient's individual responsibility and self-monitoring, dissemination of information and the political and legal interventions. Patients and healthcare professionals share the belief that the role of health education goes through the teaching of preventive behaviours regarding the adoption of healthy lifestyles. However, while patients appreciated the active acquisition of information transmitted in person and orally, and the establishment of legal restrictive frameworks, health professionals have emphasized the importance of written information conveyed by multidisciplinary teams or transmitted by the media, as well as the need for social and political investment in the promotion of healthy lifestyles, making patients responsible for their health.

In conclusion, patients and health professionals favoured different sources of information on cardiovascular health, using them in a disparate way, in order to help the patient to assume responsibility for its health. These results consolidate the need to include the perspective of both patients and health professionals in the design and implementation of health policies. Both groups agree that, for the prevention of CVD, credible, accessible, clear, relevant and accurate information about the measures that individuals can adopt is essential. Therefore, it is important to increase the awareness of patients about the risks, highlighting the need to effectively implement in their daily lives preventive, appealing and interactive strategies, and that consider both the social and physical contexts.

1. Introdução

1.1. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DCV) são definidas como todas as doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos circundantes, podendo assumir diversas formas, tais como hipertensão arterial, doenças coronárias, doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais (1). Estas doenças resultam de uma complexa interação entre fatores genéticos, de desenvolvimento, ambientais e comportamentais (2).

Constituindo a principal causa de morte e morbilidade em todo o mundo (3), são responsáveis por cerca de 30% de todas as mortes (4). Anualmente, as DCV causam mais de 4,3 milhões de mortes em toda a Europa, o que representa um custo total de 192 biliões de euros para a economia europeia (5). Nas últimas décadas tem sido observado um decréscimo contínuo na taxa de mortalidade por DCV na Europa ocidental, o que se deve, simultaneamente, a uma redução da prevalência de alguns fatores de risco cardiovascular major e a uma maior eficácia e aceitação dos tratamentos (6). Contudo, apesar do declínio observado, a doença coronária e o enfarte agudo do miocárdio permanecem as duas principais causas de morte na Europa (5).

Em Portugal, as doenças do aparelho circulatório representaram 35,3% de todas as mortes em mulheres e 26,3% nos homens, em 2011 (7). A taxa de mortalidade por DCV no nosso país é superior à média europeia, constituindo estas doenças as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa (8).

A taxa de mortalidade por DCV aumenta com o número de fatores de risco a que um indivíduo está exposto, ilustrando como estes fatores interagem entre si potenciando os efeitos uns dos outros (9). Na Europa, uma grande proporção de DCV é atribuível a seis fatores de risco major: hipertensão, dislipidemia, diabetes mellitus, peso excessivo, dieta pobre em frutas e vegetais, e tabagismo (10). A elevada prevalência destes fatores de risco na população, a sua natureza modificável, e o impacto considerável dos estilos de vida no desenvolvimento de DCV (11), enfatizam a importância de investir na prevenção primária. O estudo INTERHEART, realizado em 52 países dos 5 continentes, concluiu que, embora as prioridades em saúde possam ser diferentes entre regiões geográficas devido a variações na prevalência dos fatores

de risco e a circunstâncias económicas e da doença específicas, as abordagens para a prevenção de DCV podem ser baseadas em princípios semelhantes (11).

Tendo em conta o impacto negativo das DCV nos indivíduos e na sociedade, a abordagem destas doenças justifica uma atuação planeada e organizada ao longo de todo o sistema de saúde, através de um Programa Nacional que tente não apenas evitar estas doenças e reduzir as incapacidades por elas causadas como também prolongar a vida (12).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (12) pretende, através de uma abordagem integrada, enfatizar quer a educação para a saúde quer a educação terapêutica enquanto processos que contribuem para que os indivíduos sejam capazes de gerir a sua própria saúde de modo mais informado e, quando for caso disso, também gerir o seu processo de doença de forma mais autónoma. Este Programa visa a redução global dos riscos cardiovasculares através da atuação em todos os níveis da prevenção, propondo cinco estratégias fundamentais para esse efeito: (1) melhorar a vigilância epidemiológica dos fatores de risco e das patologias cardiovasculares; (2) promover a prevenção cardiovascular, atuando especificamente sobre cada um dos fatores de risco; (3) encorajar o cidadão a ser responsável pela sua própria saúde; (4) melhorar a organização da prestação de cuidados, nomeadamente em relação ao exame periódico de saúde e à abordagem da dor pré-cordial e dos acidentes vasculares cerebrais; (5) promover o respeito por boas práticas clínicas e terapêuticas.

Este Programa consiste na implementação de intervenções capazes de melhorar a qualidade e os sistemas de informação em DCV, atuando a nível da prevenção primária e secundária. Trata-se da melhoria de todo o processo de identificação e acompanhamento dos portadores de fatores de risco e de diagnóstico, tratamento, recuperação e controlo dos doentes cardiovasculares, mas também da melhoria dos resultados obtidos, quantificados em termos de ganhos de saúde.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares é, por isso, acompanhado através de indicadores que permitem não apenas monitorizar todo o seu processo de desenvolvimento, como o impacto por si causado na população portuguesa, em termos de ganhos de saúde. Assume-se como o polo dinamizador e aglutinador dos contributos nacionais para o Heart Plan for Europe (12), que consiste desenvolvimento de um sistema de monitorização da DCV e de uma base de dados científicos tanto para profissionais de saúde como para o público em geral (13).

1.2. Literacia em saúde e doenças cardiovasculares

A UNESCO define literacia como "a capacidade de identificar, compreender, interpretar, criar e comunicar, utilizando materiais impressos e escritos associados a diferentes contextos. Envolve um processo contínuo de aprendizagem ao permitir que os indivíduos alcancem os seus objetivos, desenvolvam o seu conhecimento e potencial, e participem plenamente na sua comunidade e sociedade" (14). Esta proposta de definição tenta abranger diversas dimensões da literacia, tendo em conta as diferentes formas em que é utilizada ao longo da vida de um indivíduo. Na realidade, as pessoas podem adquirir e aplicar a literacia para diferentes fins e em diferentes situações, sendo que todas as suas manifestações são moldadas pelo contexto sociocultural, histórico, político e económico, a nível individual e societal.

Globalmente, o aumento das taxas de doenças crónicas, os elevados custos dos cuidados de saúde, as dificuldades de compreensão de conceitos médicos, as desigualdades em saúde e o grande número de pessoas com baixa literacia, direta e indiretamente associada a resultados adversos em saúde, quer pela escassez de educação para a saúde, quer pelo uso inadequado de serviços de prevenção ou pela má gestão da doença (15), constituem grandes áreas que contribuem para sustentar a importância da literacia em saúde para a saúde das populações (16). De uma forma geral, uma baixa literacia em saúde tem sido consistentemente associada a um acesso condicionado a serviços de saúde (16), a resultados mais pobres em saúde e a uma maior taxa de morbilidade (17). Esta conduz a dificuldades na prevenção e gestão de problemas de saúde, originando comportamentos pouco eficazes, tais como diminuição da utilização de medidas preventivas, pobre adesão aos regimes terapêuticos, recurso excessivo aos serviços de saúde e dificuldade em lidar com situações de emergência (17, 18).

Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde (19). A literacia em saúde implica, assim, conhecimento, competências pessoais e confiança para tomar decisões fundamentadas em saúde no quotidiano, seja em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização do sistema de saúde ou no contexto político, possibilitando o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde e da sua capacidade para procurar informação e assumir responsabilidades nesse domínio (20). Ao contribuir para melhorar o acesso e a utilização de informação, a literacia em saúde é fundamental para a capacitação dos indivíduos enquanto agentes promotores

da sua própria saúde, exigindo-lhes a mobilização de capacidades de leitura, escrita, audição, fala, cálculo e análise crítica, bem como das habilidades de comunicação e interação (19).

A pluralidade e complexidade inerentes ao conceito de literacia têm dificultado a obtenção de um consenso em torno das dimensões conceptuais deste constructo no contexto da saúde. Numa revisão sistemática recente identificaram-se 12 modelos conceptuais de literacia em saúde (21). A partir destes, os autores desenvolveram um modelo com 12 dimensões, cujo núcleo integra o conhecimento, a motivação e as competências para obter (*Acess*), compreender (*Understand*), interpretar (*Appraise*) e utilizar (*Apply*) informação relacionada com os cuidados de saúde, a prevenção da doença e a promoção da saúde. Este modelo combina as qualidades de um modelo conceptual, delineando as principais dimensões de literacia em saúde, com um modelo lógico, revelando os fatores proximais e distais que influenciam a saúde e as ligações entre literacia em saúde e resultados em saúde (Figura 1).

De acordo com esta proposta, o acesso e obtenção de informações em saúde dependem da perceção, tempo e confiabilidade nos dados, enquanto a compreensão da informação depende das expectativas, da utilidade percebida, da individualização dos resultados em saúde e da interpretação de causalidades. Já a interpretação da informação depende, fundamentalmente, da complexidade, termos técnicos envolvidos e da compreensão parcial da informação, e, por fim, a utilização eficaz da informação depende da compreensão da mesma. Este processo circular pode ser aplicado em três domínios específicos: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, tendo em conta a obtenção, compreensão, interpretação e tomada de decisão informada sobre problemas médicos ou clínicos, fatores de risco e determinantes de saúde, respetivamente. Este modelo tem ainda em conta os principais antecedentes e as consequências destas componentes na avaliação dos resultados em saúde, nos custos para o sistema nacional de saúde e/ou para os indivíduos, no empoderamento dos indivíduos e na sustentabilidade das mudanças no contexto da saúde (21).

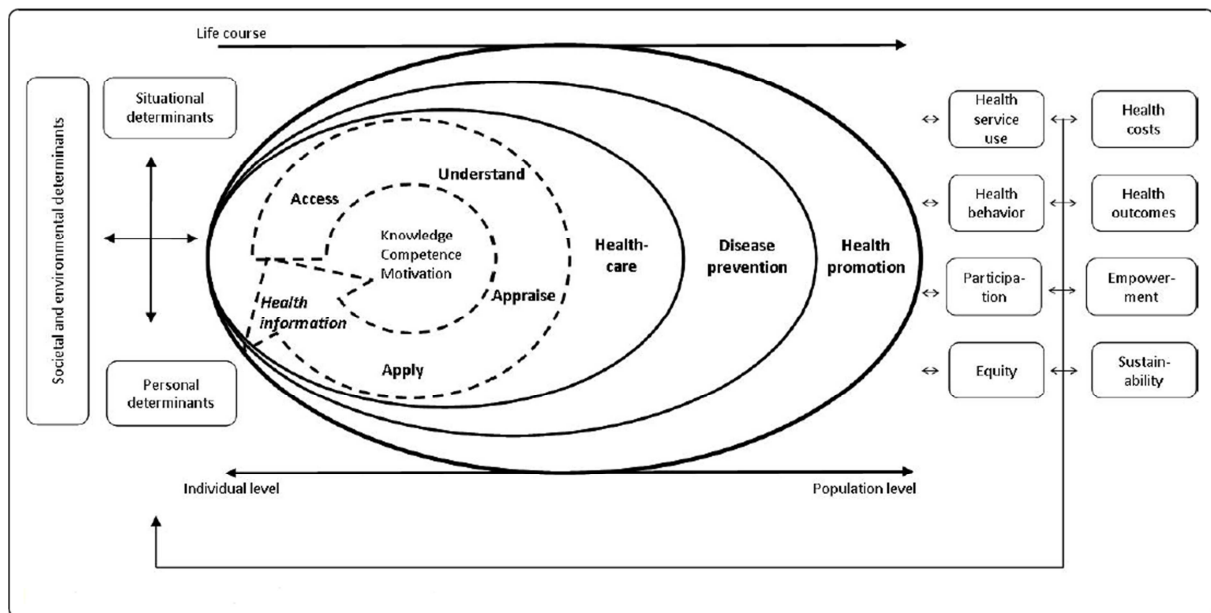


Figura 1. Modelo integrado de literacia em saúde (21)

De acordo com as recomendações da OMS, as estratégias de promoção da saúde devem ser projetadas para melhorar o conhecimento sobre saúde dos indivíduos, mudar atitudes, ou para implementar estratégias de autogestão, indo, por isso, muito para além da adoção de estilos de vida saudáveis (22). Estas estratégias devem ser adaptadas às necessidades e possibilidades de cada país, região e indivíduos, tendo em conta as diferenças socioculturais e económicas. Deste modo, implementar ações de promoção na saúde implica construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis, fortalecer as ações comunitárias, reorientar serviços de saúde e desenvolver competências pessoais através do fornecimento de informações, educação para a saúde e reforço de competências do dia-a-dia. No contexto do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (12), tanto a educação para a saúde como a educação terapêutica compreendem um conjunto diversificado de ações de informação, educação, comunicação e treino dirigidas à população geral. Pretende-se que estas ações sejam colocadas, de forma ativa, ao serviço da promoção da saúde e da prevenção da doença, através da implementação de estratégias que contribuam para melhorias na saúde e controlem as despesas associadas ao Serviço Nacional de Saúde. De facto, para além dos resultados em saúde negativos para os indivíduos, uma literacia limitada está também associada a custos mais elevados de saúde, devido a uma maior utilização de serviços de saúde, taxas de internamento mais elevadas e menor

uso de triagem e outros procedimentos (23), o que terá repercussões nos serviços de saúde disponibilizados à população.

A literatura tem revelado que indivíduos com competências de literacia inferiores são frequentemente do sexo masculino, mais velhos, pertencentes a grupos vulneráveis ou minorias, menos escolarizados e com carências médicas (24-26). De acordo com dados de um estudo recente, mais de 90% dos pacientes com literacia baixa ou média-baixa reportaram que seria útil que os médicos e enfermeiros soubessem que eles não são capazes de perceber alguns termos médicos (26). Assim, intervenções em educação para a saúde devem ser sensíveis ao nível de literacia dos indivíduos a quem se dirigem, de modo a promover para a aquisição de conhecimentos sobre saúde e a melhoria da sua autoeficácia, o que, por sua vez, contribuirá para a adoção de estilos de vida saudáveis (27). Contudo, a dificuldade de muitos médicos em reconhecer e adequar a sua linguagem ao nível de literacia em saúde dos seus doentes afeta a relação médico-paciente (28) e compromete a possibilidade de, efetivamente, promover a saúde e prevenir a doença dos indivíduos (29). Por este motivo, a literacia em saúde é atualmente considerada uma epidemia silenciosa, não sendo muitas vezes reconhecida como um verdadeiro problema pelos profissionais de saúde, políticos e detentores de decisões em saúde (26).

Especificamente em relação à DCV, vários estudos têm analisado a associação com a literacia em saúde. Globalmente, níveis de literacia mais desadequados representam uma barreira para a implementação de estratégias de promoção e educação para a saúde de pacientes com doenças crónicas (30).

Em pacientes com insuficiência cardíaca, aqueles que manifestaram uma menor literacia em saúde tinham mais dificuldade em ler e compreender as informações escritas e numéricas, revelaram um pior nível de conhecimentos gerais sobre a sua doença, e menor memória a curto-prazo e de trabalho (31), enquanto aqueles que possuíam um nível de literacia adequado apresentam maior nível de conhecimento geral, maior autoeficácia e maior prevalência de comportamentos de saúde adequados à sua condição (32). Num estudo realizado com doentes hipertensos ou diabéticos, verificou-se que 92% dos participantes hipertensos com níveis adequados de literacia tinham conhecimento de que valores de pressão arterial de 160/100 mmHg deveriam ser considerados elevados, comparativamente com 55% dos pacientes com níveis inadequados de literacia (33). Relativamente à diabetes mellitus, também 94% dos pacientes com níveis adequados de literacia sabiam identificar os sintomas da hipoglicemia, ao invés dos 50% daqueles que tinham uma literacia funcional em saúde inadequada.

Dados de um estudo recente que incluía pacientes com doença coronária, hipertensão, diabetes mellitus e/ou hiperlipidemia revelaram que 40% destes possuíam uma baixa adesão à medicação. Entre estes, cerca de 30% reportaram um conhecimento inadequado sobre saúde, o que realça a possibilidade de uma relação entre literacia e saúde em vários aspetos da adesão à medicação (34). As consequências da não adesão à medicação podem ser graves para a saúde, particularmente em indivíduos com DCV. Pacientes de uma clínica de cardiologia que apresentavam escolaridade inferior ao ensino médio tinham uma probabilidade 4,1 vezes maior de não aderirem à medicação do que os pacientes com educação universitária, após ajuste para idade, sexo e etnia (35).

Quanto à associação entre habilidades de leitura, escrita, numeracia, linguagem oral e linguagem auditiva no risco de doença coronária a 10 anos, verificou-se um risco semelhante para homens e mulheres, sendo que as habilidades matemáticas e de linguagem auditiva constituíram os principais determinantes de um menor risco de doença (36). Este estudo sugere ainda que a leitura não corresponde à habilidade mais fortemente associada ao risco de doença coronária e reconhece que uma maior aptidão numa área pode compensar dificuldades noutra, resultando num risco igualmente baixo de doença.

Tendo em conta os dados acima descritos, a implementação de intervenções de educação para a saúde, que promovam a motivação e as competências dos indivíduos, constitui um instrumento fundamental na prevenção de doenças cardiovasculares (37). Em pacientes com hipertensão, intervenções que tenham em consideração a literacia em saúde e as preferências de aprendizagem têm revelado resultados positivos (38), contribuindo, em parte, para explicar o decréscimo observado na mortalidade por enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral durante as últimas décadas (39, 40).

O nível de literacia influencia a procura e utilização de fontes de informação sobre doenças cardiovasculares. Indivíduos com níveis de literacia e numeracia mais baixos tendem a confiar predominantemente nos seus médicos e em organizações de saúde, enquanto aqueles com níveis de literacia adequados tendem a recorrer a uma variedade mais alargada de fontes (41). Perceber quais as fontes de informação utilizadas pelos indivíduos contribui para uma melhor gestão dos cuidados de saúde e para uma maior adequação da informação prestada às competências e necessidades de cada indivíduo.

1.3. Fontes de informação em doenças cardiovasculares

Diariamente, as pessoas recebem uma grande quantidade de mensagens provenientes de uma variedade de fontes, sendo importante avaliar a respetiva qualidade para garantir a melhor tomada de decisão possível (42). Kickbush (43) afirma que existe frequentemente um excesso de informação nas áreas básicas de saúde, tais como o exercício físico, a nutrição, o sono e o controlo do stress, que constituem fatores de risco previamente estabelecidos para a DCV (10). Demasiada informação, principalmente quando a qualidade da mesma é questionável e numa linguagem incompreensível para o leitor, pode ter um efeito perverso, dificultando a compreensão de questões de saúde e afetando negativamente a tomada de decisão (44). De facto, segundo a teoria do sentido de coerência proposta por Antonowsky (45), mensagens complexas podem aumentar o potencial de confusão.

Num contexto em que cresce a quantidade de informação disponível sobre saúde (46), o recurso a tecnologias de informação digitais inovadoras pode contribuir para melhorar a educação para a saúde global das populações (47) e para a prevenção e controlo da DCV. Ao proporcionar o acesso global à informação, estas tecnologias permitem sensibilizar o público em geral para a magnitude e impacto das doenças cardiovasculares, criando uma maior consciência sobre fatores de risco, ao mesmo tempo que fornecem estratégias preventivas (48). Para tal, é importante que as informações sejam completas e facilmente transmitidas, mesmo quando o conteúdo é de difícil compreensão ou quando as pessoas têm dificuldades de aprendizagem (49, 50)

Na União Europeia, as principais diretrizes para a promoção da saúde cardiovascular sublinham a importância de agir tanto ao nível populacional como ao nível individual, quer através da identificação dos indivíduos de alto risco, quer através da disponibilização de informações aos indivíduos e aos profissionais de saúde (12). Na realidade, o recurso a fontes de informação em saúde destina-se não só a pacientes que procuram informação sobre a sua doença específica, mas também a indivíduos saudáveis e cuidadores, bem como profissionais de saúde (46). Entre a população europeia, as organizações médicas e/ou de saúde parecem constituir as fontes de informação em que os indivíduos mais confiam. De acordo com dados do relatório do Eurobarómetro em 2002 (51), 45,3% dos indivíduos referiram os profissionais de saúde como a principal fonte de informação em saúde, enquanto cerca de um quinto dos respondentes (19,8%) referiu a televisão (Figura 2). De acordo com os dados deste relatório, as mulheres revelaram-se mais propensas a selecionar como principal fonte de informação em saúde os profissionais de saúde do que os

homens (46,4% vs. 44,2%; respetivamente), assim como todas as pessoas com mais de 55 anos, com escolaridade mais baixa, domésticas ou reformadas.



Figura 2. Principais fontes de informação em saúde na Europa (51)

No contexto da DCV, os profissionais de saúde são mencionados como a principal fonte para obtenção de informação, sendo considerados também a fonte de informação mais credível e confiável (52, 53). Contudo, de acordo com os resultados de um estudo realizado com enfermeiros, verificou-se que menos de 58% possuía conhecimento crítico para fornecer orientação aos doentes para a redução do risco cardiovascular (54). Assim, as estratégias de intervenção definidas para combater as doenças cardiovasculares não se devem basear apenas em ações individuais direcionadas para o indivíduo e a família, mas também em ações informativas, formativas e dirigidas aos profissionais de saúde, visando melhorar a sua prática na área cardiovascular (12). Uma comunicação aberta e eficaz é fundamental para melhorar a gestão da doença crónica (55), sendo importante evitar o excesso de informação e favorecer a transmissão de ideias-chave (56), de forma a permitir ao doente alcançar um melhor nível de saúde global (52, 57).

As enciclopédias, livros e revistas científicas apresentam uma grande credibilidade no que diz respeito à informação em saúde; no entanto, têm a desvantagem de se dirigirem a um público muito específico, os profissionais de saúde, onde a linguagem utilizada nem sempre se adequa à do cidadão comum (58). Mesmo os folhetos de informação em saúde dirigidos à população geral nem sempre são redigidos de forma a serem compreensíveis pela população alvo (59). Dados de um

estudo observacional que analisou o nível de elegibilidade de panfletos e brochuras recolhidos de hospitais e centros de saúde, concluiu que aproximadamente 43,7% dos utentes não eram capazes de compreender a informação disponibilizada (60). Contudo, na comunicação entre profissionais de saúde e o público, a transmissão adequada de informação através de panfletos constitui uma das estratégias disponíveis. Assim, considerar o nível de legibilidade da população alvo, de forma a ajustar a informação disponibilizada e a transmissão de mensagens-chave em saúde à população a quem se destina a informação revela-se como um elemento essencial para garantir que a mensagem é devidamente transmitida e compreendida.

O recurso a fontes de informação menos formais, nomeadamente revistas, jornais, televisão e internet tem vindo a aumentar nos últimos anos (61). Num estudo recente, realizado na Suíça, quase um terço (32,9%) dos participantes relatou utilizar os familiares como fonte adicional de informação sobre a saúde, 28,1% a televisão e rádio, e apenas 4,2% a internet (62). Enquanto indivíduos mais velhos tendem a recorrer mais frequentemente a jornais, revistas e à televisão para obter informações de saúde, os mais jovens e residentes em áreas urbanas ou suburbanas apresentam uma maior probabilidade usar a internet (63). Globalmente, homens e mulheres com escolaridade superior a 12 anos revelaram uma maior autonomia na procura de informação em saúde recorrendo, simultaneamente, a jornais, revistas e à internet como fontes de informação em saúde (63).

Os meios de comunicação social, incluindo a televisão, jornais e revistas, podem ajudar a disseminar mensagens importantes em saúde. Contudo, os cidadãos europeus não atribuem níveis de confiança muito consistentes a estas fontes de informação, sendo que 43,1% dos indivíduos referiram não confiar na informação veiculada por eles, em oposição a 39,3% que referiram confiar (51). Portugal corresponde ao país da União Europeia com uma opinião mais positiva em relação à informação em saúde difundida pelos meios de comunicação social, com 66,8% dos portugueses a reportar confiar nestas fontes de informação. Na década de 90, uma pesquisa revelou que os jornais tinham um maior potencial para influenciar opiniões sobre saúde do que a família e os amigos (64). Esta tendência parece manter-se, tendo em conta que a televisão, os jornais e as revistas constituem, respetivamente, a segunda, quarta e quinta principais fontes de informação escolhidas pelos europeus (51). Assim, estas podem contribuir para uma maior adesão a rastreios e estratégias de prevenção cardiovasculares, tendo em conta a sua capacidade de abrangência e disseminação (53), desde que sejam percebidas como confiáveis e precisas quanto à apresentação de informação sobre questões de saúde e proporcionem informações simultaneamente apelativas e compreensíveis para os leitores (65).

Apesar do inegável contributo da internet para um maior, mais fácil e rápido acesso a informações sobre saúde (66), pouco mais de um quinto (23,1%) dos europeus consideram esta a sua principal fonte de informação em saúde (51). Portugal encontra-se, neste domínio, abaixo da média europeia, sendo um dos países com menor proporção de uso da internet enquanto fonte de informação em saúde (51, 67). Os utilizadores que mais frequentemente recorrem à internet para obter informação em saúde são maioritariamente jovens, do sexo feminino, com escolaridade mais elevada, com uma posição socioeconómica mais favorável e casados (67-69). Adultos com baixos níveis de escolaridade podem encontrar dificuldades ao pesquisar informações sobre saúde na internet, tendo em conta que a maioria dos *websites* de saúde exige, pelo menos, um nível de leitura de ensino médio (70), de forma a conseguir distinguir as informações relevantes (71). A pesquisa de informação *on-line* sobre doenças cardiovasculares tem-se revelado útil na identificação de indivíduos com patologia, ainda antes destes terem procurado uma avaliação médica formal (72). Contudo, existe ainda muito pouca informação sobre a eficácia de intervenções baseadas na internet na prevenção da doença coronária. Num estudo com pacientes cardíacos, apenas 20% relataram pesquisar sobre saúde cardíaca *online*, sendo que estes valorizavam essencialmente a transmissão simples de conselhos relevantes e práticos (73).

A internet é também frequentemente utilizada pelos profissionais de saúde para pesquisa de informação, dada a facilidade de acesso e rapidez de pesquisa (58). A distinção entre informação generalista e informação específica baseia-se, frequentemente, na consulta de *websites* de instituições ou organizações de saúde fidedignas, bem como pelo cruzamento com informações provenientes de outras fontes, tais como livros ou revistas de especialidade e consulta de colegas (74). De facto, entre os utilizadores da internet, esta fonte de informação parece complementar mas não substituir outras possíveis fontes (67).

Os relatos na primeira pessoa e os casos próximos constituem também uma fonte de informação em saúde a considerar, sendo que os indivíduos podem beneficiar da comunicação com outras pessoas na mesma situação ou que lidam com o mesmo tipo de problemas (69). Informações sobre as próprias experiências podem ser partilhadas e discutidas em grupos de pares (75), o que pode ajudar a motivar os indivíduos a adotar e manter um comportamento positivo de saúde (76).

Em conclusão, para a prevenção da DCV é essencial que a informação fornecida seja credível, acessível, clara, relevante e precisa sobre as medidas que os indivíduos podem adotar (65). De facto, verificou-se uma melhoria nos resultados de saúde quando as pessoas tinham acesso antecipado à informação correta e/ou ao

diagnóstico precoce (77). Nas últimas décadas, tem sido salientada a importância do desenvolvimento de intervenções culturalmente adaptadas e o apoio da comunidade para prevenir e detetar precocemente doenças crónicas (78). Neste contexto, as estratégias para diminuir desigualdades em saúde cardiovascular devem incluir a família, o contexto comunitário, o desenvolvimento de materiais culturalmente sensíveis e a integração de fontes de informações confiáveis (30). Dada a grande variedade de fontes de informação em doenças cardiovasculares, torna-se clara e pertinente a necessidade de realizar estudos que analisem a perceção da acessibilidade e qualidade das fontes utilizadas tanto por doentes como pelos profissionais de saúde.

2. Objetivos

Em saúde cardiovascular, o conhecimento sobre fatores que previnem a doença e promovem a saúde constitui um dos principais determinantes da adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Neste contexto, o desenho e implementação de intervenções em saúde cardiovascular deve compreender o nível de conhecimento da população visada, nomeadamente os doentes e os profissionais de saúde, de forma a contribuir efetivamente para a mudança comportamental promotora de saúde. Para tal, torna-se relevante identificar as principais fontes de informação em saúde cardiovascular disponíveis, conhecer as mais frequentemente utilizadas, e quais as expectativas em relação ao papel da educação para a saúde.

A presente dissertação teve como principal objetivo comparar a perceção de doentes e profissionais de saúde quanto à acessibilidade e utilização das fontes de informação sobre doenças cardiovasculares. Para responder a esta questão geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Identificar as fontes de informação procuradas por doentes e profissionais de saúde para adquirir conhecimentos no âmbito das doenças cardiovasculares e compreender os fatores críticos que as podem influenciar.
2. Compreender a forma como doentes e profissionais de saúde utilizam a informação sobre doenças cardiovasculares em termos de prevenção, diagnóstico, tratamento e prognóstico.
3. Conhecer as expectativas de doentes e profissionais de saúde em relação ao papel da educação para a saúde em intervenções na área das doenças cardiovasculares.

3. Métodos

3.1. Desenho do estudo

Este estudo tem como base informação recolhida no âmbito do projeto “Informação sobre saúde da população portuguesa: Conhecimentos e qualidade percebida das fontes de informação sobre saúde”, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), no âmbito do Programa Harvard Medical School-Portugal (HMSP-IISE/SAU-ICT/0004/2009). Coordenado pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS/UL), conta com a participação da Associação para a Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (AID/FM/UL) e do Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FM/UP).

Este projeto tem dois objetivos principais: (1) descrever o estado atual do conhecimento e a perceção da acessibilidade e utilização das fontes de informação através das quais os portugueses podem adquirir informação sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e prognóstico de quatro doenças muito prevalentes e relevantes para a saúde pública e consideradas prioritárias no quadro do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças oncológicas); (2) identificar os fatores críticos, de natureza comunicacional, social e clínica, que podem influenciar a aquisição desses conhecimentos. Na prossecução do primeiro objetivo, seguiu-se um desenho observacional e transversal, sendo a recolha dos dados feita através de um questionário construído e validado para a população e objetivos em estudo, aplicado face-a-face a uma amostra representativa da população portuguesa continental entre os 16 e os 79 anos. Constituindo o principal instrumento metodológico da investigação, a construção do questionário contemplou, além da revisão sistemática da literatura e da inventariação exaustiva dos questionários já existentes sobre a temática em causa, a realização de grupos focais com profissionais de saúde, com doentes e com público em geral (i.e., sem morbilidade reconhecida).

No contexto deste projeto, o Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto organizou dois grupos focais, a saber: (1) um grupo focal sobre doenças cardiovasculares com profissionais de saúde; (2) um grupo focal sobre doenças cardiovasculares com doentes. A realização destes grupos focais pretendeu comparar a perceção de doentes e profissionais de saúde quanto à acessibilidade e utilização

das fontes de informação sobre doenças cardiovasculares, objetivo principal deste estudo.

A metodologia qualitativa, em particular a entrevista focalizada de grupo, afigura-se como a estratégia de investigação adequada para comparar a perceção de dois grupos (os doentes e os profissionais de saúde) quanto à acessibilidade e utilização das fontes de informação sobre doenças cardiovasculares, na medida em que permite descrever e analisar em profundidade a complexidade de tais visões e proporciona ao investigador a oportunidade de fazer emergir pontos de vista díspares e habitualmente desconhecidos (79).

3.2. Participantes

Os elementos do grupo de doentes eram seguidos no Hospital de São João, Porto, e foram convidados para participar no estudo pelo médico assistente. Este convite foi posteriormente formalizado pela equipa de investigação através da realização de um telefonema e do envio de uma carta, onde se explicaram os objetivos do estudo, se agradeceu a participação e se facultaram indicações úteis para chegar ao local de realização da entrevista. O grupo era constituído por oito elementos, mas, por motivos de doença súbita, um dos participantes não pôde comparecer na entrevista. Logo, participaram neste grupo sete elementos, distribuídos da seguinte forma: dois doentes cuja patologia mais grave era a hipertensão; dois doentes com enfarte agudo do miocárdio; dois doentes com AVC; e um doente com insuficiência cardíaca. A homogeneidade foi garantida em relação à gravidade da doença, seja em cada grupo de patologias, seja entre os grupos de patologias, excluindo-se os doentes com os “melhores” e os “piores” prognósticos, de acordo com a classificação do médico assistente.

Os elementos do grupo de profissionais de saúde tinham experiência profissional em doenças cardiovasculares e estavam ligados ao Hospital de São João ou à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Procurou-se assegurar a diversidade de áreas de especialidade e de experiência profissional (menos e mais de 10 anos) no tratamento de doenças cardiovasculares. As áreas de especialidade com maior relevância para as doenças cardiovasculares foram selecionadas por dois médicos com experiência clínica e de investigação científica na área, os quais foram responsáveis pela seleção dos participantes, assim como pelo convite para participar neste estudo. Posteriormente, a equipa de investigação formalizou o convite através

do envio de uma mensagem de *e-mail*, onde se explicaram os objetivos do estudo, se agradeceu a participação e se facultaram indicações úteis para chegar ao local de realização da entrevista. Composto por oito elementos, o grupo reuniu: um médico de medicina geral e familiar e uma psicóloga, ambos com mais de dez anos de experiência; dois cardiologistas, dois especialistas em medicina interna e dois neurologistas, nestes casos com um elemento mais experiente e outro menos experiente.

Na Tabela 1 descreve-se a profissão e a doença ou área de especialidade dos participantes, assim como o pseudónimo utilizado.

Tabela 1. Profissão e doença ou área de especialidade dos participantes

Entrevista	Pseudónimo	Profissão	Doença ou área de especialidade
D1	Miguel	Técnico de informática	AVC
D2	Leonor	Doméstica	Insuficiência cardíaca
D3	Ruben	Trabalhador de limpeza de veículos	Enfarte agudo do miocárdio
D4	António	Encarregado construção civil	Hipertensão como patologia mais grave
D5	Rodrigo	Técnico de eletrónica	Enfarte agudo do miocárdio
D6	Ricardo	Trolha	Hipertensão como patologia mais grave
D7	Laurinda	Gaspeadeira	AVC
P1	Luísa	Médica	Medicina Interna
P2	Mariana	Médica	Neurologia
P3	Renato	Médico	Cardiologia
P4	Patrícia	Médica	Neurologista
P5	Paulo	Médico	Medicina Geral e Familiar
P6	Sandra	Psicóloga	Psicologia clínica
P7	Beatriz	Médica	Cardiologia
P8	Pedro	Médico	Medicina Interna

3.3. Recolha de dados

O guião da entrevista (Anexo I) foi concebido por três elementos da equipa de investigação - um especialista em ciências médicas e dois em ciências sociais e do comportamento. As sessões foram conduzidas por dois especialistas em ciências sociais: uma investigadora sénior com experiência na condução de entrevistas moderou as duas sessões, com um tipo de envolvimento amigável, e em cada uma delas teve a colaboração de um investigador júnior, que observou o processo. Após o consentimento escrito de todos os participantes, as sessões foram gravadas em áudio.

A sessão com profissionais de saúde foi realizada no dia 8 de janeiro de 2011, às 11h00, e durou 2h28m. A sessão com doentes aconteceu no dia 26 de março de 2011, às 14h30m, e durou 2h24m. A primeira decorreu nas instalações do Instituto Saúde Pública da Universidade do Porto e a segunda na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. O local e horário das entrevistas focalizadas de grupo foram escolhidos de acordo com as preferências dos participantes.

3.4. Análise de dados

A discussão ocorrida nas duas sessões foi integralmente transcrita por tarefas treinados para esse efeito. O membro da equipa de investigação que moderou as entrevistas responsabilizou-se pela avaliação da exatidão e rigor das transcrições.

Para categorização e codificação dos dados recorreu-se à análise de conteúdo, perspectivada como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, cuja finalidade é obter categorias exaustivas, exclusivas e pertinentes através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (80).

De acordo com o protocolo proposto por Thomas and Harden (81) para a análise de conteúdo, a análise descritiva linha por linha foi realizada pela investigadora, segundo os tópicos previamente estabelecidos no guião e os que emergiram das entrevistas. Os dados recolhidos foram sistematicamente codificados e sintetizados por temas e, dentro destes, por categorias, selecionando-se as expressões mais ilustrativas das perceções de doentes e de profissionais de saúde sobre a acessibilidade e utilização das fontes de informação em doenças cardiovasculares. Para esse efeito, aplicaram-se de forma sistemática regras precisas de categorização, conferindo validade e confiabilidade à análise de conteúdo efetuada. As orientadoras procederam à triangulação e à validação da análise de conteúdo e ao delineamento de temas analíticos.

3.5. Considerações éticas

De acordo com as diretrizes legais e os códigos deontológicos, o investigador qualitativo deve estabelecer com os participantes interações informativas e

mutuamente respeitadoras e explicar-lhes os benefícios e os riscos da colaboração no estudo (82). Nesta pesquisa, tais orientações foram asseguradas de várias formas: pelo convite dirigido aos participantes; pelo estilo da moderação e pela experiência da moderadora; pelo processo de agendamento da hora e do local da entrevista (em função da disponibilidade dos participantes e indo de encontro aos hábitos de cada grupo); e pela assinatura do consentimento informado. Todos os doentes e profissionais de saúde que aceitaram participar formalizaram a sua colaboração através da assinatura de uma declaração de consentimento informado em situação de copresença física. Os participantes também deram o seu consentimento para a gravação da sessão, para a publicação dos resultados e para a análise secundária dos mesmos (83). O consentimento informado foi elaborado de acordo com a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial, conforme as orientações da Comissão de Ética do Hospital de S. João.

O projeto de investigação foi explicado de forma acessível, quer em linguagem escrita (no folheto de apresentação do projeto e no modelo de consentimento informado), quer oralmente (nos contatos telefónicos e antes de iniciar as sessões). Nestes momentos houve a oportunidade de colocar questões e foram esclarecidas todas as dúvidas, agradecendo-se a colaboração fundamental de todos os participantes.

Aos participantes foi assegurado que os materiais resultantes da entrevista seriam anonimizados e confidenciais. Foi atribuído um código às gravações e às transcrições e os códigos, gravações e transcrições foram guardados em espaços separados, dentro de caixas fechadas. Todos os investigadores e tarefeiros se comprometeram a seguir as normas dos respetivos Códigos Deontológicos (medicina, psicologia e/ou sociologia).

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital de S. João.

4. Resultados

4.1. Fontes de informação em doença cardiovascular

Os doentes

Da entrevista focalizada de grupo emergiram as seguintes fontes de informação procuradas por doentes: médicos; televisão; internet; livros; casos próximos; e farmacêuticos.

O médico foi a fonte de informação mais frequentemente reportada pelos participantes, o que corrobora as conclusões de estudos quantitativos sobre as principais fontes de informação em saúde procuradas pela população em geral, tanto na Europa (51), como em Portugal (84). Vários estudos mostram que os profissionais de saúde são a fonte de informação em que os doentes mais confiam (61, 62, 69), sobretudo quando se deparam com questões sobre o diagnóstico, tratamento e, em particular sobre medicação (85). Quanto à procura de apoio emocional, os estudos têm salientado um maior recurso a informações prestadas por familiares e amigos. Assim, quer profissionais de saúde, quer leigos, são igualmente classificados como úteis na obtenção de informação em saúde para o dia-a-dia (86).

O presente estudo revelou, adicionalmente, que os participantes confiam não nas informações prestadas por qualquer médico, mas pelo profissional com quem estabelecem uma relação personalizada em interações face-a-face, como ilustra a referência ao “meu cardiologista” e à “minha médica” nos discursos de Leonor e António, respetivamente:

Quando preciso de alguma coisa, falo com o meu cardiologista, sempre.
(Leonor, L147)

Eu vou à minha médica (...) e ela esclarece-me qualquer coisa que eu tenha dúvidas sobre o meu problema. (António, L12-13)

Atendendo à preferência pela obtenção de informação sobre saúde durante uma conversa presencial com o habitual prestador de cuidados de saúde (41), proporcionar informação personalizada e oportunidades de interatividade e

comunicação pode ser um fator importante no planeamento de intervenções que visem modificar comportamentos em saúde (87).

Para além do médico, os participantes mencionaram os programas televisivos de saúde como uma fonte de informação privilegiada. Leonor, por exemplo, salientou que gostava de ver “*aquele programa da Maria Elisa sobre saúde*” (L.148). A televisão é um meio de comunicação social facilmente acessível, e os programas televisivos de saúde constituem um importante instrumento de disseminação de informação neste domínio, através da tradução de evidência científica em notícias compreensíveis para a população em geral (53, 58), ilustrando-a com história de vida na primeira pessoa.

Apenas Miguel, o participante mais jovem e com atividade profissional ligada à informática, referiu a internet como fonte de informação em DCV, realçando, no entanto, a sua preferência por fontes de origem humana perante o desnorte que a imensidão da informação disponível na internet lhe provocou:

Eu, na minha área [informática], às vezes (...) vou buscar informações à internet, mas já me deixei disso porque há tantas coisas lá que uma pessoa perde-se. Então, prefiro mesmo chegar à beira de pessoas que saibam um bocadinho ou que tenham uma opinião própria do que ir à internet ver. (Miguel, L114-117)

Ainda que a Internet seja usada como fonte de informação em saúde pela população mais jovem (entre os 15 e os 24 anos) e pelos mais escolarizados (58), diversos estudos têm evidenciado o efeito perturbador que a grande variedade de informação disponível pode provocar (70, 71), além da impossibilidade de colocar questões ou esclarecer dúvidas (41). De facto, num estudo recente sobre a qualidade da informação disponível na internet, em português, sobre hipertensão arterial e enfarte agudo do miocárdio, verificou-se que esta era, frequentemente, inadequada e insuficiente, sobretudo no que respeita ao diagnóstico e tratamento (88). O facto de a informação disponível na internet sobre as condições e procedimentos cirúrgicos vasculares se apresentar frequentemente como não confiável e incompreensível exige dos profissionais de saúde uma atenção redobrada na recomendação de *websites* com informação de qualidade e útil para os doentes (89).

Se a informação sobre saúde disseminada em livros e revistas científicas é considerada de elevada credibilidade, a linguagem utilizada nem sempre é compreensível pelo cidadão comum (58). De facto, António foi o único participante que referiu os livros como uma das fontes onde procurou informação sobre doenças

cardiovasculares, mas realçou a importância da visualização de imagens nesse processo:

Eu, por exemplo, leio, (...) compro livros. (...) [Nesse] tipo de livros, não importa que tipo de doenças, (...) até existem fotografias que se vê.
(António, L119-125)

Os amigos, familiares e colegas, assim como o farmacêutico, emergiram como fontes de informação complementares. Miguel, por exemplo, referiu-se a estes grupos como uma fonte de “segundas opiniões [que] gostamos também de conhecer” (L124-125), reforçando a importância da interação face-a-face na transmissão de informações em saúde (41, 51, 90).

Os profissionais de saúde

Os profissionais de saúde que participaram na entrevista de grupo focalizada mencionaram as seguintes fontes de informação: internet, destacando as normas de orientação disponíveis *online* e os livros e bases de dados eletrónicos; outros profissionais de saúde; congressos e reuniões; e livros e revistas em papel.

À semelhança dos resultados encontrados noutros estudos (58, 91, 92), os participantes usaram três argumentos principais para justificar a opção privilegiada pela internet: a atualização permanente de conteúdos; o acesso rápido e fácil; e a possibilidade de pesquisar diversos tipos de bibliografia especializada em diferentes motores de busca, bases de dados ou *websites* institucionais. No entanto, os profissionais entrevistados reconheceram que a informação disponível na internet não é, por vezes, “tão sistematizada” como seria desejável (Renato, L50-52). Perante tal constatação, estes realçaram a importância de focalizar a pesquisa em *websites* credíveis que disseminem informação atualizada e resumida, mas detalhada, sobre diversos temas de saúde (92), destacando o UpToDate, descrito por Luísa como “uma espécie de um livro eletrónico que é (...) atualizado mais ou menos de 3 em 3 meses” (L62-63) e que inclui “capítulos de revisão relativamente sucintos sobre vários assuntos” (L64-65). Pedro entendeu que o recurso ao UpToDate só é útil “para saber coisas que eu sei muitíssimo pouco. Ainda ontem apareceu-me uma doente com (...) uma reação da sífilis que eu não estou muito habituado, eu tive que ir ver ao UpToDate para rapidamente saber o que era aquilo” (L257-260).

As guidelines em saúde também desempenham um papel importante enquanto fonte de informação de profissionais de saúde, atendendo ao facto de serem permanentemente atualizadas e selecionadas por organizações credíveis (93). O discurso de Paulo evidencia a confiança que alguns profissionais depositam nas recomendações, perspetivadas por este participante como fontes de informação atual, relevante e validada:

A vantagem das guidelines ou outras recomendações é (...) corrigir toda a informação recente acerca de um assunto, valorizá-la e tirar o sumo. (...) Há associações europeias e norte-americanas que fazem (...) esse trabalho e que depois produzem as suas recomendações. (Paulo, L221-227)

No caso das recomendações produzidas no âmbito da prevenção do risco de DCV, uma revisão sistemática publicada recentemente chamou a atenção para as diferenças entre várias diretrizes, alertando os profissionais de saúde para o uso exclusivo de recomendações desenvolvidas a partir de diretrizes rigorosas, que permitem obter informações consistentes e coerentes com base em estimativas claras quanto aos benefícios e malefícios das intervenções em causa (93). A necessidade dos profissionais procederem a uma avaliação da qualidade das recomendações que sustentam as respetivas decisões em saúde foi realçada pelos participantes no grupo focal, num contexto em que há incertezas sobre se as guidelines “*são influenciadas pelas pessoas que as fazem, que por sua vez são de alguma forma pagas pela indústria que recebe depois os lucros da implementação dessas guidelines*” (Pedro, L251-253).

De acordo com os relatos dos participantes, esta abordagem crítica é extensível a outras fontes de informações em saúde, em particular aos conteúdos generalistas disseminados na internet. De facto, diversos estudos sobre a avaliação da qualidade da informação em saúde têm mencionado a necessidade do exercício de reflexividade por parte dos recetores, mesmo em países cujos recursos de saúde em linha estão bem estabelecidos e merecem a confiança dos utilizadores (71, 73, 94).

Realçando o papel que as instituições nacionais desempenham na disseminação de informação em saúde, com utilidade para a clínica e para a investigação focalizadas em aspetos específicos da sociedade portuguesa, Luísa descreveu a dificuldade que sente em encontrar a informação que procura quando pesquisa em *websites* institucionais, o que, na sua perspetiva, se deve à desorganização dos mesmos:

Eu acho que, em geral, essa informação [sobre aspetos mais específicos de Portugal] está muito mal arrumada, está pouco organizada, os websites [das instituições] estão horríveis, é muito difícil de pesquisar e ter a certeza que se encontra. Eu fico sempre com dúvidas quando preciso de ir ao INE, à DGS, ao Ministério da Saúde... (Luísa, L358-362)

De facto, a qualidade dos *websites* sobre saúde exige transparência quanto à fonte da informação, atualização permanente de conteúdos, e um design adequado. A informação deve estar organizada de forma a facilitar a pesquisa e obtenção da mesma, sendo relevante destacar a apresentação das principais informações numa linguagem clara e acessível (94, 95). Para tal, os *websites* de informação médica devem ser desenvolvidos em parceria com indivíduos da população-alvo, de forma a compreender efetivamente de que forma as pessoas usam a Internet, que informações procuram, e de que modo esta informação deve ser organizada e apresentada para que seja compreendida e utilizada de forma adequada nos processos de manutenção e melhoria da sua saúde (50, 94).

Ainda que as fontes de informação online fossem privilegiadas pelos profissionais que participaram neste estudo, três médicos referiram-se à importância que os livros e as revistas em suporte de papel continuam a ter na educação e formação médicas nas áreas básicas. Paulo, por exemplo, reconheceu que “*para estudo da fisiopatologia das doenças e tudo mais, eu continuo a recorrer mais aos livros*” (L73-74).

Perante a evidência de que é impossível ler toda a informação que gostariam relacionada com saúde (96), os profissionais entrevistados mencionaram a necessidade de selecionar os ensaios clínicos e, dentro destes, os que são divulgados em congressos e reuniões científicas: “*Eu penso que não é preciso gastar assim tanto tempo [para conhecer os últimos ensaios clínicos]. (...) Vemos os principais ensaios que foram divulgados em congressos*” (Paulo, L262-268).

A troca de informações entre pares foi muito valorizada pelos participantes, quer através das interações face-a-face e das apresentações no serviço, quer por intermédio de mensagens eletrónicas. Como refere Beatriz:

Esta comunicação e informação entre colegas também é importante. Até apresentações no Serviço, as revisões que são feitas por exemplo por internos e especialistas nos serviços (...) têm muito boa qualidade, servem para nos atualizar. (Beatriz, L291-294)

Tal resultado corrobora a ideia de que os colegas são uma das fontes de informação em que os profissionais de saúde mais confiam (74). De facto, a comunicação em grupo e a aprendizagem compartilhada através de fases da carreira têm sido eleitos como os fatores que mais facilitam o exercício da medicina baseada na evidência (97).

A escolha de uma determinada fonte depende dos contextos e dos objetivos que subjazem à necessidade de procurar as informações em causa (92, 96). Luísa, por exemplo, distingue as fontes de informação que usa na prática clínica daquelas a que recorre no contexto de investigação, ao passo que o relato de Paulo evidencia a forma como o acesso à informação depende das condições de exercício da prática clínica:

Depois de ter feito a especialidade nunca mais peguei num livro convencional e uso muito as recomendações internacionais [e] artigos publicados [para me atualizar ou tirar dúvidas na prática clínica], mas se calhar mais do que o resto, [uso] como ferramenta de consulta o UpToDate. (...) No contexto de investigação [uso] predominantemente artigos publicados em revistas da área biomédica. (Luísa, L58-62; 67-68)

Eu não tenho acesso ao UpToDate na minha consulta para tirar dúvidas específicas e, por exemplo, utilizo um sítio como o eMedicine (...) [mas] fico na dúvida até que ponto aquilo me dá uma visão global ou uma visão não enviesada do problema que estou a tentar esclarecer. (Paulo, L210-214)

4.2. Utilização da informação sobre doença cardiovascular

Os doentes

Os doentes que participaram na entrevista focalizada de grupo reportaram utilizar a informação sobre DCV para os seguintes propósitos:

- Identificar sintomas associados às DCV que justifiquem a procura de profissionais de saúde para proceder à respetiva avaliação. No caso da hipertensão arterial, os doentes mencionaram as dores de cabeça, tonturas ou fraqueza. Para o AVC e enfarte agudo do miocárdio referiram as dores muito fortes, no peito e nos braços, falta de ar, alteração das sensações e/ou da fala e falta de força muscular.

Os entrevistados enquadraram a autoperceção da gravidade dos sintomas na experiência individual quanto ao desempenho das suas funções corporais, fenómeno frequentemente descrito na literatura (98, 99). A narrativa de Ricardo, por exemplo, ilustra a forma como alguns doentes desvalorizam a dor no peito, considerando que o principal sintoma reside nas dificuldades de respiração (100) associadas à sensação de cheiro constante a gasóleo: *“Mas o [sintoma] principal mesmo não é a dor no peito, o principal mais é o cheiro ao gasóleo (...) e custa-lhe a respirar e não lhe dói nada, mas fica com o cheiro do gasóleo, fica aflito”* (Ricardo, L399-402).

Nos últimos anos, vários estudos têm revelado que o conhecimento do público sobre os sintomas de um AVC é bastante escasso. Assim, importa investir em campanhas de educação para a saúde que visem promover a compreensão pública dos mesmos (101).

- Identificar fatores de risco para a DCV. Os doentes que participaram neste estudo destacaram fatores de risco comportamentais, em particular os hábitos tabágicos, a “má alimentação”, o consumo de álcool, o stress, a “atividade a mais” e o cansaço. Ainda que estes constituam os principais fatores de risco comportamentais definidos pela OMS, Federação Mundial do Coração e Organização Mundial de AVC para as DCV (102), os participantes não referiram fatores de risco major, como hipertensão, dislipidemia, diabetes e peso excessivo (10). De acordo com os resultados descritos no estudo de Muller-Nordhorn (103), apesar de 68% dos participantes ter identificado pelo menos um fator de risco para AVC, os homens citaram com maior frequência o consumo de tabaco, a inatividade física, o consumo de álcool, a dieta pobre, a idade ou o stress, enquanto as mulheres citaram mais frequentemente a hipertensão, a obesidade, a dislipidemia, a diabetes ou a doença cardíaca como fatores de risco. No nosso estudo, não se verificaram diferenças entre os fatores de risco reportados por homens e mulheres.

As competências individuais para compreender as informações sobre saúde e para as incorporar nos próprios cuidados e estilos de vida são heterogêneas, e há pacientes que necessitam de recorrer a alguém mais experiente e em quem confiam para os auxiliar a interpretar e usar adequadamente tais informações (104). Alguns estudos têm mostrado que pacientes com AVC e as suas famílias estão insatisfeitos

com as informações fornecidas pelos serviços de saúde, manifestando dificuldade em compreender questões fulcrais associadas à DCV (105). De facto, vários participantes equacionaram a relevância de conhecer os fatores de risco das DCV e agir em conformidade, seja porque “tudo faz mal” (Miguel e António, L1217-1218), seja porque as manifestações das suas eventuais consequências dependem “do organismo das pessoas” (Ricardo, L101), sustentando tal perceção nos casos empíricos de doentes que sempre tiveram comportamentos “saudáveis”, como ilustra o depoimento de Miguel:

Não serão só isso [beber, fumar, pouco exercício], porque eu posso dizer que eu não fumo, eu não bebo, eu não bebo bebidas alcoólicas, faço desporto pelo menos três vezes por semana e, no entanto, aconteceu-me. (...) Não estou a ver (...) o que é que possa ter originado isso, estou à espera que [alguém] me diga. (Miguel, L95-97 e L1197-1198)

Apesar deste questionamento, todos os entrevistados reconheceram ter alterado alguns comportamentos depois de confrontados com a doença, em particular os que estão associados a estilos de vida modificáveis, como abandonar ou restringir o uso de tabaco e de álcool, praticar mais exercício físico, alterar os hábitos alimentares ou moderar os níveis de stress e de cansaço resultantes da atividade profissional. Neste contexto, estudos recentes evidenciam a importância de investir na melhoria dos níveis de literacia em saúde de doentes cardiovasculares, com o intuito de contribuir para a adoção de estilos de vida mais saudáveis (106). Para tal, é fundamental a implementação de estratégias de educação para a saúde adaptadas às características individuais e familiares de cada paciente e respetivos familiares, e que envolvam profissionais de saúde, doentes e cuidadores (107).

- Conhecer e saber usar os medicamentos prescritos adequadamente. Os doentes que participaram neste estudo referiram a importância de conhecer a segurança e eficácia dos medicamentos, em particular dos medicamentos genéricos, procedendo à respetiva avaliação de acordo com os custos financeiros e os eventuais efeitos secundários, como ilustra o discurso de Leonor:

Foi por causa do preço [que usei medicamentos genéricos]. (...) Se a substância ativa é a mesma, porque é que uma pessoa vai gastar dinheiro sem ser preciso? (...) Como há muitos laboratórios a fazer genéricos agora, a substância ativa é a mesma, só que a composição é que nem

sempre é a mesma (...).E o que acontece é que muitas vezes [uma pessoa] dá-se muito bem com um genérico, mas se for de outro laboratório já não dá bem (por exemplo, os intestinos sentem-se e assim...), mas troca-se de laboratório e a coisa já corre bem. (Leonor, L980-988)

Para além da necessidade de compreender a existência de alterações na composição de medicamentos prescritos para tratar a mesma situação clínica, os participantes também salientaram a importância de serem informados sobre outras modificações, nomeadamente no que respeita a designação e a ergonomia dos medicamentos e das respetivas embalagens. Ricardo, por exemplo, relatou as dificuldades que sentiu quando se deparou com um novo medicamento de tamanho substancialmente menor do que aquele a que estava habituado, deslocando-se propositadamente ao hospital para confirmar junto do médico de que tinha aviado a receita correta:

Quando foi mudado para um genérico, mal se via [o medicamento]. Parecia ainda que era mais pequeno do que uma pílula... Depois até vim aqui [hospital] mesmo de propósito [para perguntar]: “Sr. Dr., você não se enganou?”. A outra era um calhamaço e esta é assim tão pequenina, é mais pequena do que uma pílula. (Ricardo, L991-996)

A literatura tem mostrado como estas informações são fundamentais para assegurar a confiança nos serviços de saúde e promover a adesão aos tratamentos (108), beneficiando do diálogo permanente entre doentes e médicos (109). Apesar de reconhecerem a essencialidade do uso de medicamentos no tratamento da DCV, alguns dos participantes reportaram comportamentos desviantes em relação à prescrição médica, resultado já evidenciado noutros estudos (110, 111).

Ricardo, por exemplo, referiu-se à opção por não tomar o medicamento (ou tomar apenas metade) quando precisa de fazer um esforço adicional para o ingerir, descrevendo esta escolha como um “castigo” que decide aplicar ao medicamento quando este fica “colado” na garganta: *“Às vezes até parece que fica aqui [na garganta] o caroço. E vai mais uma peça de fruta, para o gajo ir para baixo, que o gajo não vai com água. Parece que cola e é isso que às vezes me faz impressão. E eu: hoje não tomo, ficas de castigo. (...) Tem consequências se tomar a dobrar, agora se diminuir não faz mal, porque dá para vinte e quatro horas” (L770-772 e L934-944).*

Os participantes no grupo focal foram unânimes na perceção de que não tomar a medicação num determinado dia não tem consequências negativas. Ruben afirmou

que “não tem mal” esquecer-se de tomar a medicação à noite, desde que no dia seguinte volte ao “normal” (L838-841). António também reportou esquecer-se de tomar dois dos medicamentos sem que haja qualquer consequência, mas afirmou nunca se esquecer de tomar os outros dois medicamentos “imprescindíveis” (L918-925). As crenças e atitudes do doente sobre a eficácia do tratamento e as suas experiências anteriores com as terapias farmacológicas afetam a adesão à medicação (110). A literatura tem mostrado que as intervenções comportamentais, que têm como principal objetivo influenciar comportamentos em saúde através de aconselhamento motivacional, contactos frequentes com o paciente por e-mail, telefone ou presencialmente, monitorização residencial da pressão arterial, recurso a embalagens em que o doente pode confirmar se a dose para aquele dia já foi ingerida, e a programas de computador elaborados por especialistas, são as mais eficazes na promoção da adesão ao tratamento em DCV (111).

- Aprender a lidar com as consequências psicossociais da DCV. Os doentes referem a necessidade de selecionar as dimensões da vida quotidiana mais facilmente ajustáveis à necessidade de diminuir a atividade física e ter uma vida mais calma, de forma a gerir a sensação de fadiga. Neste processo de aprendizagem, a informação e o aconselhamento prestados pelos profissionais de saúde são fundamentais (112), mas os participantes neste estudo realçaram o papel do suporte social e apoio familiar:

[Os familiares] estão sempre preocupados. Tenho sorte, também, é o que eu digo; eu tenho tido sorte, aqui no hospital e em casa, porque vejo que em muitos sítios era preciso ajuda e ninguém se aproxima quando chega o trabalho. (Leonor, L1301-1303)

De facto, lidar com as consequências psicossociais da DCV pode ser mais complexo do que aprender a viver com as sequelas físicas, atendendo aos impactos substanciais e duradouros da doença sobre o humor, a identidade, as relações sociais e a qualidade de vida (113). A medicação e os seus eventuais efeitos secundários, a fadiga crescente, dificuldades na realização de atividades quotidianas, entre outras mudanças nos comportamentos e estilos de vida, passam a integrar a vida dos doentes e dos respetivos cuidadores (114). Neste contexto, os serviços de saúde deverão estar sensibilizados para a importância do rastreio precoce de problemas cognitivos e emocionais e do eventual encaminhamento para atendimento especializado, para além de facultarem informações e apoio médico e psicossocial

quanto a técnicas de auto-gestão da doença (115). Apesar de alguns estudos descreverem um aumento na procura de atendimento através de uma linha telefónica, muitos dos programas implementados são de curta duração e os seus benefícios a longo prazo são incertos. Assim, é necessário um esforço contínuo de educação para a saúde para melhorar o conhecimento sobre o acidente vascular cerebral e aumentar a proporção de pacientes que procuram atendimento de emergência (101).

Os profissionais de saúde

Os profissionais entrevistados utilizam as informações sobre doenças cardiovasculares para atingir os seguintes objetivos específicos:

- Identificar e compreender sintomas para a DCV, sustentando a transmissão de informação sobre sintomatologia aos doentes. No caso do enfarte do miocárdio/AVC, trata-se de dores no peito (“picadas no coração”) ou falta de força num braço, ter a boca ao lado ou dificuldades em falar, e eventual desconforto, falta de ar, epigástrica e suores. Na hipertensão arterial referiram as dores de cabeça ou tonturas, cansaço, náuseas ou enjoos, sangrar do nariz ou alterações visuais.

Paulo e Patrícia alertaram para a necessidade dos profissionais de saúde estarem atentos à forma como os doentes se apropriam das informações acerca da sintomatologia e as usam para conquistar “mais atenção” ou se automedicarem. Os seguintes extratos ilustram esta tendência, corroborando resultados evidenciados na literatura quanto ao processo de rotulagem dos sintomas com base nas percepções individuais da doença (98).

Eu tenho uma série de doentes que me chegam à consulta sem diagnóstico de hipertensão arterial. Se calhar é porque querem ter mais atenção (...), mas chegam lá com dores de cabeça dizendo: Dói-me a cabeça, mas tenho a tensão alta; Sr. Dr., importa-se de ver? (Paulo, L1133-1137)

Qualquer sinal neurológico focal [ter adormecimento de um lado ou falta de força, um desequilíbrio] e que possa não ter uma relação direta com a hipertensão, se as pessoas são hipertensas pensam: ah eu tive isto, mas

depois medi e as tensões estavam um bocadinho altas - devia ser disso, tomei um comprimido. E às vezes facilitam. (Patrícia: L1105-1109)

Assim, é importante que os profissionais de saúde sejam capazes de transmitir informação aos doentes de forma clara e objetiva, esclarecendo dúvidas e desmitificando ideias pré-concebidas (52), de modo a que estes percebam quais os sintomas a identificar e valorizar. Por outro lado, os profissionais de saúde salientam também a necessidade de identificar os valores de pressão arterial, descritos na literatura, a partir dos quais é necessária uma ação imediata, de modo a evitar *“aquelas situações não valorizadas que deviam ter sido e (...) as sobrevalorizadas”* (Beatriz, L1156-1158). Este conhecimento é fundamental para prevenir as doenças cardiovasculares, e contribui para reduzir os custos económicos associados à falta de controlo da pressão arterial (116).

- Identificação de fatores de risco para a DCV. Neste contexto, salienta-se a promoção da consciencialização e adesão às diretrizes nacionais no âmbito da prevenção e gestão de DCV, de forma a evitar a sobre utilização dos cuidados de saúde (117). Para esse efeito, os entrevistados declararam usar a informação disponível em diretrizes clínicas sobre os seguintes aspetos: uso de tabaco e álcool; hipertensão; níveis elevados de colesterol; diabetes; excesso de peso; e sedentarismo.

Os participantes mencionaram a existência de diversas dificuldades associadas à utilização de informação para este propósito, nomeadamente: confusão entre a identificação da *“hipertensão como fator de risco de doença cardiovascular (...) ou ela própria ser uma doença cardiovascular”* (Paulo, L1484-1485); entraves na disseminação de informação que inclui propostas de alteração de estilos de vida enraizados na cultura portuguesa; dificuldade em quantificar e estandardizar recomendações relacionadas com a alimentação, o consumo de álcool e a prática de exercício físico, atendendo a que - *“é duvidoso [dizer] em que é que consiste comer adequadamente”* (Luísa, L155-1259), por exemplo; e o pouco envolvimento das instituições sociais e de saúde na disponibilização de recursos e estruturas que auxiliem os cidadãos a ter um estilo de vida saudável.

Adicionalmente, alguns estudos têm alertado para as descoincidências entre as práticas de aconselhamento dos profissionais de saúde quanto à prevenção e gestão de DCV e as situações de vida dos doentes (118, 119). De facto, profissionais tendem a direcionar os conselhos sobre hábitos tabágicos sobretudo a homens,

independentemente da inexistência de diferenças significativas na respetiva prevalência entre sexos (120).

Ainda que os participantes fossem unânimes quanto à necessidade de medir a tensão arterial em consultas de vigilância, emergiram no grupo focal informações contraditórias quanto à idade apropriada para o fazer pela primeira vez, com um intervalo a variar entre os 11/13 anos e os 20/25 anos, e a respetiva periodicidade. Várias situações poderão justificar estas incertezas: primeiro, é necessária evidência para avaliar se os rastreios da pressão arterial são eficazes na identificação de crianças com hipertensão, num contexto em que as taxas de falsos positivos são altas e se desconhece se a triagem em crianças e adolescentes reduz os resultados de saúde adversos ou atrasa o início da hipertensão (121); segundo, existe pouca evidência sobre os intervalos de triagem recomendados e sobre a sensibilidade e especificidade de uma medida de pressão arterial baseada no atendimento de rotina (122).

- Selecionar quais os conteúdos a transmitir aos doentes e a forma mais adequada de o fazer. A literatura tem mostrado, de forma consistente, a importância de utilizar linguagem facilmente acessível e de priorizar recomendações baseadas em evidência e passíveis de serem implementadas (123). Pedro e Paulo acrescentam a necessidade de formalizar repetidas explicações orais em conteúdos escritos distribuídos ora num formato “um bocado desagradável” ora através de documentos validados, ao passo que Mariana alerta para a essencial inclusão dos cuidadores na relação médicos-doentes:

O que eu faço habitualmente é explicar [oralmente] ao doente (...) e complemento isso com uma informação escrita, que faço pessoalmente, que é um bocado desagradável porque é uma folha A4 que não tem bonecos, não tem nada, portanto é só escrito, e dou ao doente. (Pedro, L647-652)

A minha prática clínica tem a perspetiva da continuidade - o doente ouve hoje, voltará um mês depois e vai ouvir a mesma coisa e aquilo vai passando, talvez. (...) Recentemente a associação dos médicos de clínica geral criou, traduziu, um documento que era da associação espanhola de médicos de clínica geral, mas que nos dá um jeitão, que é um conjunto de handouts, traduzidos e claros, e com bonequinhos simpáticos e, portanto, aquilo torna-se fácil de ler. (Paulo, L674-681)

O doente acaba por não ter a capacidade de perceber aquilo que lhe é dito e motivar quem vai à consulta para tentar também corrigir os estilos de vida é muito importante. (Mariana, L662-666)

Apesar do reconhecimento da utilidade de diretrizes e scores de avaliação de risco cardiovascular, profissionais de saúde sugerem a simplificação do formato e da linguagem utilizados (124). De facto, um estudo realizado com diferentes profissionais de saúde na área da reabilitação cardíaca concluiu que as normas de orientação nesta área deveriam utilizar uma linguagem mais acessível e fácil de compreender para doentes e profissionais de saúde (125). Assim, a standardização da informação fornecida pode facilitar a transmissão de informação aos doentes, contribuindo para uma implementação mais eficiente das diretrizes (126).

- Conhecer estratégias de adesão ao tratamento e, especificamente, à medicação. A obtenção de informações acerca dos benefícios e das limitações de medicamentos, em particular os medicamentos genéricos é essencial para garantir a adesão ao tratamento em doentes cardiovasculares. No relato de Patrícia evidencia-se a importância de usar esta informação para esclarecer eventuais dúvidas colocadas pelos doentes quanto ao respetivo preço e ergonomia:

Se escolhemos outro [medicamento], mesmo genérico, mas que não seja mais barato naquele momento, aparece na receita: teria poupado tantos cêntimos ou tantos euros se o seu médico tivesse passado outro medicamento e, claro, eu, pessoalmente, não gosto que venha isso numa receita minha porque dá ideia que estou a favorecer alguém. Portanto, eu explico isso ao doente: o senhor, se quiser, pode chegar à farmácia e mudar para outro, mas eu vou-lhe pôr agora na receita este que é mais barato. O que é que acontece com isto? Como os mais baratos vão sendo diferentes, o doente tem para o mesmo fármaco aspetos diferentes de comprimidos, de caixas, que era uma referência que eles tinham (...). Depois de embalagem para embalagem os comprimidos vão ser diferentes e isso tem gerado de facto uma confusão muito grande e provavelmente também uma alteração da comunicação que o doente faz. (Patrícia, L985-999)

Neste contexto, conhecer e implementar estratégias para manter os doentes motivados, coresponsabilizando-os pelo sucesso do tratamento revela-se extremamente útil e eficaz. Importa, por exemplo, detetar as situações em que os doentes precisam de profissionais não-médicos e saber encaminhá-los para os mesmos, ou identificar os doentes que não aderem aos tratamentos e saber como lidar com essa situação. O diálogo estabelecido entre Beatriz e Renato mostra como a escassa evidência sobre os principais elementos de intervenção educativa e as estratégias mais eficazes para educar os pacientes com doenças cardiovasculares e as suas famílias (117) se repercute em práticas clínicas diferenciadas nos casos que envolvem doentes não cumpridores, manifestadas na opção por lhes dar alta, como reconheceu Renato, ou na tentativa de reforçar o acompanhamento médico e compreender os motivos que podem justificar a não adesão, aspetos mencionados por Beatriz:

Beatriz: Já está estabelecido [que] as causas de não cumprimento são várias, (...) desde a não compreensão até ao preço, pouco tempo para transmitir a importância para fazer esses fármacos. (L861-865)

(...)

Renato: Ao fim de uns anos de trabalho, qualquer um dos médicos que está aqui, ao fim de 2 ou 3 consultas, identifica logo aquilo que nós chamamos o pato bravo. E depois cada um toma as medidas que entender. Eu, durante muito tempo, era muito flexível; agora sou muito mais assertivo. Ao fim de 2 ou 3 consultas digo: olhe, dá-me a entender que não está disponível para ser o primeiro interessado na sua própria saúde, o que é que pretende fazer? E se a pessoa tiver honestidade para dizer logo: Oh Dr. olhe eu não vou levar isto a sério. Então ele vai permitir que eu lhe dê alta. (L1042-1051)

Beatriz: Pois, mas é essa estratégia que não está recomendada. [A recomendação] é nunca dar alta a um doente que não adere, é aumentar [a vigilância médica]. (...) Eles podem não cumprir tudo, mas eles cumprem sempre alguma coisa. (L1052-1053 e 1061)

Fatores como os significados atribuídos à saúde e à DCV, a perceção de risco pessoal, o estatuto socioeconómico, o apoio à decisão, a motivação e desejo de mudança, a auto-eficácia e a existência de fontes de informação em saúde credíveis influenciam a adesão ao tratamento, onde as relações de colaboração entre paciente e profissional de saúde são fundamentais (127). De facto, a literatura tem evidenciado

melhorias significativas na adesão ao tratamento em DCV quando se implementam estratégias dirigidas simultaneamente a pacientes e profissionais de saúde, enquadradas em abordagens socioeconômicas baseadas na comunicação, mas falta avaliar o seu custo-efetividade (128). Adicionalmente, estudos recentes realçam a importância de incluir os cuidadores em processos de acompanhamento planejados para prestar informações e esclarecimentos (105).

- Esclarecer adequada e atempadamente as consequências psicossociais da DCV junto dos doentes. Os profissionais de saúde que participaram no grupo focal referiram-se, sobretudo, à importância de abordar as implicações da doença ao nível da atividade laboral e da atividade sexual, como ilustra o relato de Renato:

É preciso ver as implicações não clínicas de um diagnóstico [clínico]. (...) Porque eu antecipo muitos conflitos, no sentido de conflitos da pessoa consigo mesmo. (...) Antes que ele [o doente] se meta em problemas, é melhor começar logo a avisar o que é que ele deve antecipar. Acho que, sobretudo em pessoas ativas, a interferência profissional que um diagnóstico pode ter é importante, porque mesmo que ele na consulta se esqueça de nos perguntar quando chegar ao seu posto de trabalho ou quando retomar a sua atividade vai ser confrontado com isso. (...) Já sei que [o doente] vai levar esse tipo de complicações [sexuais], portanto é um dos problemas que eu também tento antecipar logo no diagnóstico. (Renato, L768-779 e 829-831)

Neste contexto, conhecer as diversas opções de resposta que os doentes têm disponíveis perante a suspeita de DCV e adequá-las às situações específicas com que se deparam pode ajudar a atenuar as consequências de um diagnóstico de DCV na saúde física e psicológica dos doentes (113, 129). No presente estudo os participantes referiram instituições (hospital, centro de saúde e farmácia), profissionais de saúde (médico de família e médico privado), linhas de apoio (112) e familiares e amigos como possíveis fontes de informação e apoio emocional e social.

4.3. O papel da educação para a saúde na área das doenças cardiovasculares

Os doentes

Os doentes que participaram na entrevista focalizada de grupo mencionaram esperar da educação para a saúde o reforço da sua autorresponsabilização e o ensino de comportamentos preventivos. Salientaram, em particular, as intervenções na área do consumo de tabaco e dos hábitos alimentares, reforçando a importância de enquadramentos jurídico-legais restritivos quanto aos locais públicos onde é permitido fumar:

Eu, por exemplo, não fumo agora, mas (...) eu fico pior, hoje em dia, [quando] está uma pessoa qualquer a fumar à minha beira. Eu fujo, eu fujo, fujo da pessoa, porque o fumo já me incomoda. (...) Dizem que há agora (...) a lei do tabaco, mas há determinados cafés que aquilo, enfim, (...) não é preciso fumar para ter esse problema (...), porque só o próprio ambiente (...) é um castigo. (António, L277-287)

A gente tem de parar de ser hipócritas. Dá na televisão: fumar mata, fumar faz mal; e eu fumei tantos anos e sabia, e uma pessoa não está nem aí. (...) A informação é passada através da comunicação social, jornais, e tudo, só não faz quem não quiser. (Laurinda, L1433-1447)

E, claro, deixar de comer gorduras. Como sabe, no campo ainda hoje a sopa se faz sempre com carne de porco. Está provado que não é bom fazer sopa com a gordura, e é com aquilo que normalmente se faz a sopa. Eu acho que isso era importante que se dissesse. (Leonor, L1333-1336)

A adoção de estilos de vida saudáveis, após um evento cardiovascular, depende da perceção, por parte do doente, da existência de barreiras físicas, psicológicas e ambientais. Enquanto reconfigurações nos estilos de vida associados aos hábitos alimentares e tabágicos envolvem, sobretudo, a dimensão psicológica e ambiental, onde o suporte social desempenha um papel relevante, no exercício físico salienta-se a importância da dimensão física individual (130, 131). Atendendo às consequências que as DCV têm no estado de saúde dos doentes, em particular a fadiga e a fraqueza, assim como às dificuldades por eles sentidas na avaliação autónoma e independente dos níveis de esforço considerados seguros (132),

compreender-se-á que os participantes neste estudo tivessem enfatizado o papel da educação para a saúde na área da alimentação e do consumo de tabaco, referindo apenas as caminhadas e as modalidades de exercício informal de atividade física enquanto intervenções relevantes no âmbito da educação para a saúde.

À noite, tem de ser, digamos, uma corrida contínua, com aquele passo em que não está a olhar para as montras, sempre a andar, e é aquilo que eu faço todos os dias, meia hora, no máximo três quartos de hora. (António, L307-310)

Depende da arte das pessoas, não é o caso dele por exemplo, passou muito anos sentado, muita hora sentado (...), eu e este senhor nós andamos, somos da mesma área, fazemos quilómetros durante o dia, para cima e para baixo, a subir escadas, fazemos muito movimento, mas é subir e descer escadas, enquanto ele está sentado. (Ricardo, 297-302)

Estas constatações alertam, mais uma vez, para a importância de implementar intervenções com base numa visão completa das competências e circunstâncias individuais de cada doente (25).

Os doentes entrevistados também referiram a necessidade de reforçar a atratividade das campanhas promovidas no âmbito da educação para a saúde nas DCV, destacando, em particular, a importância de apostar na comunicação oral, em detrimento da escrita, transmitindo informações face-a-face e eventualmente por intermédio da televisão, como relatou António:

A coisa mais correta era então de facto fazer numa junta de freguesia, ou numa escola onde tivesse um pavilhão grande, (...) [e ir] pessoalmente ali falar, porque (...) na televisão (...) não explicam a 100% (...) e depois a pessoa está com aquela ideia [que] vai dar uma telenovela, e já desliga ali e (...) [por isso], [explicar] pessoalmente era mais prático. (António, L1383-1392)

Nos últimos anos, a literatura tem evidenciado a preferência dos indivíduos pela possibilidade de aquisição ativa de informações, em detrimento da sua receção passiva (41), principalmente por intermédio de campanhas conduzidas junto de grupos de cidadãos recetivos. De facto, a informação escrita tem sido perspetivada como uma potencial fonte de confusão (133) que nem sempre ajuda os doentes a

compreenderem mais aprofundadamente a situação de saúde em que se encontram e a melhorar as suas capacidades de autogestão da doença e a respetiva autoeficácia e autoestima (134). Como referiu um dos participantes no grupo focal, *“hoje em dia as pessoas veem muitas letras escritas no papel e pensam que aquilo é para se pedir dinheiro e metem logo no caixote do lixo, portanto não se dignam a ler nada”* (Miguel, L1422-1424).

Para além da importância atribuída pelos doentes à disseminação de informações orais em situações de copresença física, a literatura também tem salientado os efeitos positivos das campanhas de longa duração na melhoria do nível de conhecimento público sobre os sinais de alerta de AVC, em comparação com campanhas mais curtas (135). No entanto, a questão da duração das campanhas não foi referenciada pelos doentes entrevistados no âmbito deste estudo, nem existe evidência quanto à sua tradução em mudanças comportamentais (136).

Na educação para a saúde em DCV, os participantes no grupo focal também valorizaram os relatos na primeira pessoa como uma estratégia para grupos específicos. Ruben, por exemplo, descreveu o seu papel neste processo, perspetivando-se como um veículo de transmissão de informação a quem o rodeia para evitar a ocorrência da doença:

Eu, da minha parte, transmito aos meus colegas, amigos e conhecidos aquilo que me aconteceu a mim. Para eles também evitarem aquelas coisas que eu fazia. (Ruben, L1353-1355)

De facto, a educação em grupo, ao visar a capacitação dos doentes na gestão ativa dos seus estilos de vida, tem contribuído para efetivar mudanças na dieta e na prática de exercício físico, potenciar o uso racional de medicamentos, e melhorar as relações dos doentes com os profissionais de saúde, os seus familiares e amigos (137).

Os profissionais de saúde

Os profissionais de saúde referiram a necessidade de promover mudanças ambientais e sociais, em particular na indústria alimentar e do tabaco e nas infraestruturas para a prática de exercício físico, recorrendo aos meios de comunicação social para se concretizarem os objetivos da educação para a saúde no

âmbito das DCV. De acordo com os entrevistados, tais objetivos incluem, principalmente, a autorresponsabilização pela adoção de estilos de vida saudáveis, desvalorizando o papel que a disseminação de informação por parte dos prestadores de cuidados de saúde tem nesse processo, como ilustram os relatos de Luísa, Beatriz e Renato:

O que faz falta na população portuguesa, sinceramente, é muito mais a promoção de estilos de vida saudáveis, não passa minimamente pelos cuidados de saúde e ninguém tem dúvidas que fumar faz mal, a informação não é o que faz falta. (Luísa L1281-1284)

Eu gostava de saber, no dia-a-dia da pessoa, o que é que ela acha que está a ser benéfico para prevenir a doença cardiovascular e o que é que ela acha que no seu comportamento está a prejudicar ou que está a aumentar o risco dela vir a ter uma doença cardiovascular. E depois (...) ver até que ponto a pessoa, no seu dia-a-dia, consegue identificar padrões de comportamento que lhe aumentem o risco de enfarte, de AVC, [como] comer sal ou fazer pouco exercício. (Beatriz L1491-1497)

[O importante é] Estar disposto a reformar os seus estilos de vida em nome de benefícios futuros. (Renato L1532-1533)

Apesar da responsabilização individual e a autovigilância influenciarem a mudança de estilos de vida (138), estes fatores coexistem com determinantes sociais, aos quais os programas de educação para a saúde devem ser sensíveis (103). A literatura tem revelado, de forma consistente, que ser mulher e pertencer a um nível socioeconómico mais elevado predizem atitudes positivas quanto à receção de mensagens que visam a promoção de estilos de vida saudáveis, assim como a credibilidade atribuída à fonte de informação (139, 140). Segundo a perspectiva dos profissionais entrevistados neste estudo, a autorresponsabilização, no âmbito das DCV, exige que todos os cidadãos, em particular os doentes e respetivos cuidadores, identifiquem adequadamente os fatores de risco, os sintomas e as medidas de prevenção, e sejam capazes de escolher o melhor acesso a cuidados de saúde. Ainda que tais conhecimentos sejam fundamentais na educação para a saúde, a evidência quanto à sua eficácia a longo prazo é limitada, o que reclama a avaliação periódica do sucesso obtido por cada uma das estratégias usadas neste processo (141). Como reconheceu Patrícia, o investimento na implementação de registos nacionais “para

sabermos o que é que estamos a fazer e a qualidade com que estamos a fazer e programarmos coisas” (L385-387) é fundamental na educação para a saúde, assim como o reforço do papel das instituições políticas, em particular das autarquias locais, e das instituições de ensino e religiosas na promoção de competências individuais:

Acho que as próprias autarquias deviam ter um papel ativo, as instituições de ensino, as paróquias... Quer dizer, todas as comunidades podem ter a responsabilidade também em termos de cuidados importantes de saúde pública. (Patrícia, L1240-1244)

Adicionalmente, Beatriz alertou para a importância de atender aos hábitos, sobretudo alimentares, de cada região portuguesa na implementação destas estratégias, uma vez que *“existem diferenças regionais e então as campanhas (...) teriam que (...) perceber o que aquela população come e tentar adaptar a essas especificidades regionais”* (Beatriz, L1316-1318). Atender a estas especificidades é particularmente importante num contexto nacional e transnacional que favorece cada vez mais os compromissos institucionais para com o aumento do consumo de frutas e legumes e a redução dos níveis de ingestão de sal, gorduras saturadas e trans, açúcares livres e energia em alimentos industrializados e menus (142).

Neste contexto, o investimento em políticas, nacionais e locais, que regulamentem o setor alimentar e os níveis de consumo e oferta de tabaco e álcool, e facilitem a integração da atividade física na vida quotidiana (102) tem-se revelado como uma importante estratégia de educação para a saúde cardiovascular (143). Em relação à alimentação, por exemplo, o incentivo à produção de frutas e vegetais pode reduzir os preços, aumentar a disponibilidade de produtos frescos e, finalmente, ajudar indivíduos a fazer escolhas alimentares mais saudáveis e acessíveis para as suas famílias (144). Este reconhecimento foi evidente no discurso dos profissionais que participaram no grupo focal, como ilustram os seguintes extratos:

Eu penso que na área da prevenção cardiovascular, é necessário mesmo que algumas coisas tenham a força da lei. [A lei] Tem a ver com o tabaco, tem a ver com o sal e (...) eventualmente na publicidade que é feita a algumas bebidas ou alimentos. Eventualmente, regular melhor algum tipo de alimentação que de facto é má. (Pedro, L1320-1325)

Para mudar os comportamentos nestes fatores de risco modificáveis [obesidade e tabagismo], (...) que legislação ainda falta e o que é que

ainda pode ser feito além da informação? Diminuir os preços dos vegetais, torná-los mais acessíveis. (Beatriz, L1413-1416)

Uma coisa que eu acho que (...) fez com que imensa gente passasse a fazer mais exercício do que fazia antes foi o arranjo da marginal (...). Foi uma ação que criou condições para que as pessoas, sem que haja nenhuma tentativa de imposição ou de passagem de informação de tipo prescritivo, de recomendação, façam isto [andar a pé ou de bicicleta ou correr]. Criaram-se ali condições que as pessoas utilizam, para onde levam as crianças. (...) [Fazer uma alimentação saudável] É mais caro em termos globais, mas beber água é mais barato do que refrigerantes. Os refrigerantes era uma medida que teria um efeito cardiovascular enorme. (Luísa, L1294-1300 e L1443-1445)

Para além do envolvimento das instituições políticas, de ensino e religiosas, os participantes no grupo focal também salientaram a necessidade de reforçar a articulação entre os profissionais de saúde, em particular dos que trabalham nos cuidados primários, para maximizar a disseminação de informação transmitida por equipas pluridisciplinares, como é visível no discurso de Pedro:

Nós [profissionais de saúde] não nos organizamos a nível de cuidados de saúde para [transmitir informações]. Eu acho que os doentes deveriam ter mais informação quer dos enfermeiros, quer (...) do médico. (...) Penso que devíamos [os nutricionistas] funcionar mais em termos pluridisciplinares. É evidente que o médico seria, digamos, o coordenador de equipa, mas o doente receberia informação de vários profissionais. (Pedro, L627-631; L641-643)

A implementação desta abordagem, baseada no trabalho em equipas pluridisciplinares, implica que os médicos estejam na disposição de delegar algumas funções e as interações entre profissionais de saúde e entre estes e os doentes sejam frequentes (145), com vista à negociação prática das estratégias mais adequadas para obtenção de sucesso na educação para a saúde, importando incluir a comunicação oral, mas também a escrita, nesse processo.

5. Conclusão

A Tabela 2 apresenta a comparação da origem das fontes de informação entre doentes e profissionais de saúde. Os resultados revelaram a importância da confiança na escolha das fontes de informação sobre doenças cardiovasculares, corroborando dados previamente descritos (41, 51, 90). No entanto, doentes e profissionais de saúde privilegiaram diferentes fontes de informação em saúde cardiovascular: os doentes valorizaram as fontes associadas à interação face-a-face, enquanto os profissionais de saúde salientaram a pesquisa *online* de informação atualizada e credível. Os doentes valorizaram a informação transmitida pelo médico que os acompanha, assim como por outros profissionais de saúde e conhecidos a quem estes conferem credibilidade, por um lado, e o uso de linguagem acessível, oral ou escrita, preferencialmente acompanhada por imagens, por outro lado. Os profissionais de saúde valorizaram a informação proveniente de *websites* de instituições ou organizações de saúde fidedignas, assim como a troca de informação entre pares, quer em contexto informal, no local de trabalho, quer em contexto formal, em congressos e reuniões.

De forma a padronizar a fiabilidade da informação médica e de saúde disponíveis na internet, principalmente no que respeita à sua confiabilidade e credibilidade, uma organização não governamental, a Health On Net Foundation, desenvolveu um código de conduta (146). Este define que a qualidade formal de *websites* relacionados com saúde passa pelos seguintes critérios: emissão da informação por profissionais qualificados e devidamente identificados; complementaridade das informações disponibilizadas, não substituindo a relação médico-paciente; respeito pela confidencialidade dos dados pessoais do utilizador; sustentação dos benefícios de qualquer tratamento médico, produto ou serviço em evidência empírica, contendo referências claras a resultados de estudos científicos publicados; apresentação da informação de forma clara e disponibilização de contatos para os visitantes que desejem alguma informação ou ajuda adicional; identificação das fontes de financiamento do *website*; descrição sucinta da política de divulgação adotada, revelando honestidade quanto à política editorial e às estratégias publicitárias. Neste contexto, a formação dos profissionais de saúde em tecnologias da informação, de forma a garantir um acesso mais eficiente a recursos *online* (71), bem como o desenvolvimento e disponibilização por parte de instituições políticas, de saúde e educação de motores de busca eficazes, de livre acesso e com conteúdos de

alta qualidade pode ser extremamente relevante na melhoria da qualidade da informação pesquisada e obtida (92, 147).

As referências à internet rarearam nos relatos dos doentes, emergindo o efeito perturbador causado pela grande variedade de informação disponível na internet, à semelhança do que tem sido descrito noutros estudos (88). Outras fontes de informação credíveis, economicamente acessíveis e facilmente disponíveis, como as linhas de apoio telefónico, campanhas e folhetos, não foram mencionadas pelos doentes que participaram neste estudo. De uma forma geral, a literatura refere quatro fatores que influenciam a decisão de procurar ajuda em doentes com patologia cardiovascular: identificação dos sintomas; perceção de normalidade; presença e/ou opinião de outra pessoa; e perceção dos serviços médicos disponíveis (148). Assim, importa investir em intervenções que foquem os processos de reconhecimento, interpretação e negociação durante a tomada de decisão na procura de ajuda, fornecendo aos doentes competências pessoais e confiança para avaliar a credibilidade e qualidade da informação, de forma a controlar a sua saúde e assumir responsabilidades nesse domínio. Também os profissionais de saúde foram omissos quanto ao recurso a campanhas e folhetos, bem como a ações de formação que visem melhorar a sua prática clínica, apesar das mesmas se encontrarem claramente contempladas no Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (12).

Doentes e profissionais de saúde reportaram utilizar a informação sobre DCV com os mesmos objetivos gerais (a identificação de sintomas e fatores de risco, obtenção de informação sobre a adesão ao tratamento e, mais especificamente sobre a medicação, e sobre as consequências psicossociais da doença), mas distinguem-se quanto às finalidades específicas e à hierarquização de prioridades (Tabela 3). Os doentes usaram a informação sobretudo para compreender melhor as características e consequências da sua doença e as formas mais adequadas de a gerir quotidianamente, focando o relato na sua experiência pessoal quanto à gravidade dos sintomas e na identificação de fatores de risco, essencialmente, comportamentais. Os profissionais de saúde centraram-se na importância de garantir que a informação é transmitida ao doente de forma clara e objetiva, de modo a coresponsabilizá-lo pelo sucesso do tratamento, salientando as dificuldades que encontram neste processo, tais como apropriação das informações pelos doentes acerca da sintomatologia como forma de conquistarem atenção ou se automedicarem, bem como as dificuldades em quantificar e estandardizar recomendações para alguns fatores de risco.

Tabela 2. Comparação entre as fontes de informação usadas por doentes e profissionais de saúde na aquisição de conhecimentos no âmbito das doenças cardiovasculares.

Fontes de informação	Doentes	Profissionais de Saúde
Profissionais de Saúde	Fonte de informação mais frequentemente reportada, sendo salientada a confiança em informações fornecidas pelo médico habitual com quem os doentes estabelecem uma relação personalizada em interações face-a-face.	A troca de informações entre pares foi amplamente valorizada pelos participantes, quer através das interações face-a-face e das apresentações no serviço, quer por intermédio de mensagens eletrónicas.
Internet	Fonte de informação utilizada com maior frequência pela população mais jovem e escolarizada, destacando-se o efeito perturbador que a grande variedade de informação disponível pode provocar.	Fonte de informação privilegiada, realçando-se a importância de focalizar a pesquisa em <i>websites</i> credíveis que disseminem informação atualizada e resumida, mas detalhada, sendo fundamental a avaliação da qualidade dos conteúdos por parte de cada profissional.
Televisão	Segunda fonte de informação privilegiada, constituindo um importante instrumento de disseminação de informação, traduzindo a evidência científica numa linguagem compreensível e ilustrando-a com histórias de vida.	
Livros/Revistas em papel	A informação disseminada é considerada de elevada credibilidade, mas a linguagem utilizada nem sempre é compreensível pelo cidadão comum, sendo valorizada a inclusão de imagens.	Sobressai a importância que esta fonte continua a ter na educação e formação médicas nas áreas básicas, sendo desvalorizada em contexto quotidiano de prática clínica.
Outros doentes ou cuidadores	Fonte de informação complementar, reforçando a importância da interação face-a-face na transmissão de informações em saúde e da aprendizagem entre pares.	
Encontros científicos		Fonte de informação complementar que contribui para a atualização de conhecimentos de forma rápida.

Tabela 3. Comparação entre os objetivos com que doentes e profissionais de saúde utilizam a informação sobre doenças cardiovasculares.

Usos da informação	Doentes	Profissionais de Saúde
Identificação e avaliação de sintomas	Perceção da gravidade dos sintomas é enquadrada na experiência individual quanto ao desempenho das respetivas funções corporais, desvalorizando, por vezes, a dor no peito.	Filtrar os sintomas a valorizar e determinar a respetiva gravidade, averiguando se as declarações dos doentes visam conquistar atenção.
Identificação de fatores de risco	Destaque dos fatores de risco comportamentais, associados a estilos de vida pouco saudáveis como o consumo de tabaco e álcool, a alimentação desadequada, a ausência de atividade física regular, o stress e a carga laboral excessiva.	Promoção da consciencialização e adesão às diretrizes nacionais, sendo salientadas as dificuldades em quantificar e estandardizar recomendações para alguns fatores de risco, devido à ausência de evidência ou à escassez de recursos e estruturas para as efetivar.
Adesão ao tratamento e à medicação	O conhecimento acerca da segurança e eficácia dos medicamentos baseia-se numa avaliação dos custos financeiros e eventuais efeitos secundários, sendo fundamental compreender alterações na prescrição (designação, composição e ergonomia dos medicamentos). Distinção entre medicamentos obrigatórios e “complementares”.	Importância de usar informações acerca dos benefícios e das limitações de medicamentos para esclarecer eventuais dúvidas dos doentes quanto ao respetivo preço e ergonomia, coresponsabilizando-os pelo sucesso do tratamento.
Lidar com consequências psicossociais	Complexidade inerente às consequências psicossociais da doença cardiovascular, selecionando alterações nos estilos de vida em função das circunstâncias de vida individuais e familiares.	Relevância de esclarecer adequada e atempadamente as implicações da doença, sobretudo ao nível das atividades laboral e sexual, adequando as possíveis opções de resposta às situações específicas de cada doente.
Disseminação da informação	Importância de contarem as suas histórias a outras pessoas não doentes, contribuindo para prevenir a doença cardiovascular	Salienta-se a necessidade de formalizar repetidas explicações orais em conteúdos escritos claros e objetivos, e a inclusão essencial dos cuidadores na relação profissional de saúde – doente.

A identificação de fatores de risco, na perspectiva dos profissionais de saúde, inclui fatores de risco major para a DCV (10), indo para além dos comportamentais descritos pelos doentes. Para os doentes, a adesão ao tratamento e à medicação depende do conhecimento da segurança e eficácia dos mesmos, tendo em conta os custos financeiros e pessoais dos mesmos. Também os profissionais de saúde salientam a importância de esclarecer as dúvidas dos doentes quanto aos benefícios, limitações e relação qualidade-preço dos medicamentos. Os profissionais de saúde salientaram ainda a disseminação de informação, de forma consistente e repetida, aos doentes, mas também à sua família. Contudo, estudos recentes têm revelado que muitos doentes e as suas famílias manifestam uma clara dificuldade em compreender e interpretar informações em saúde cardiovascular (104), bem como insatisfação com as informações fornecidas pelos profissionais de saúde (105), o que se traduz frequentemente numa fraca adesão ao tratamento e, a piores resultados em saúde. Assim, importa fornecer competências aos profissionais de saúde para que estes consigam estabelecer uma relação empática de confiança com os doentes, garantindo que em cada encontro com os serviços de saúde o paciente tem oportunidade de colocar todas as suas questões e de receber uma resposta ajustada às suas competências individuais. Por outro lado, a standardização da informação a prestar ao doente, num formato e linguagem simples e acessíveis, poderá contribuir para uma implementação mais eficiente das diretrizes pelos profissionais.

As expectativas em relação ao papel da educação para a saúde de ambos os grupos analisados focam-se na responsabilidade individual do doente e autovigilância, na disseminação da informação e nas intervenções políticas e jurídicas (Tabela 4). Doentes e profissionais de saúde partilham a convicção de que o papel da educação para a saúde passa pelo ensino de comportamentos preventivos quanto à adoção de estilos de vida saudáveis no consumo de tabaco e hábitos alimentares, sendo o exercício físico mais salientado pelos profissionais de saúde. Os doentes valorizam a aquisição ativa de informações transmitidas presencialmente e pela oralidade e o estabelecimento de enquadramentos jurídico-legais restritivos. Já os profissionais de saúde realçam a importância da informação escrita veiculada por equipas pluridisciplinares ou transmitida pelos meios de comunicação social, assim como a necessidade de um investimento político e social na promoção de estilos de vida saudáveis, responsabilizando os doentes pela sua saúde. Os relatos dos doentes e profissionais não mencionaram outras importantes estratégias em educação para a saúde, tais como a realização de rastreios gratuitos, a melhoria da eficácia e eficiência dos serviços de saúde, e a realização de ações de formação com indivíduos sem diagnóstico de doença (12).

Tabela 4. Comparação entre as expectativas de doentes e profissionais de saúde quanto ao papel da educação para a saúde no âmbito das doenças cardiovasculares.

Papel da educação para a saúde	Doentes	Profissionais de Saúde
Promoção da responsabilização individual e autovigilância	Reforço da autorresponsabilização dos doentes e ensino de comportamentos preventivos, em particular na área do consumo de tabaco e dos hábitos alimentares.	Responsabilização do doente pela identificação de sintomas e pela adoção de estilos de vida saudáveis, desvalorizando o papel da disseminação de informação por parte dos prestadores de cuidados de saúde.
Disseminação de informação	Salienta-se a necessidade de reforçar a atratividade de campanhas de educação para a saúde, através da aquisição ativa de informações, enfatizando a comunicação oral e a transmissão presencial de informações.	Articulação entre profissionais de saúde, em equipas pluridisciplinares, com vista a maximizar a informação transmitida. Recurso aos meios de comunicação social.
Intervenções políticas e legislativas	Importância de enquadramentos jurídico-legais restritivos, que promovam reconfigurações nos estilos de vida associados ao consumo de tabaco e álcool.	Investimento em políticas, nacionais e locais, que promovam a adoção de estilos de vida saudáveis, e ênfase no papel das autarquias locais e das instituições de ensino e religiosas.

A profundidade da informação obtida através do uso de metodologias qualitativas permitiu compreender a articulação entre dimensões científicas, técnicas e psicossociais na procura de informações sobre doenças cardiovasculares por doentes e profissionais de saúde. Contudo, a realização de apenas um grupo de profissionais e um grupo de doentes apresenta-se como uma limitação do presente estudo por não haver lugar à saturação da informação.

Em conclusão, o presente estudo assume-se como um ponto de partida para analisar e compreender a perceção de doentes e profissionais de saúde quanto à acessibilidade e utilização das fontes de informação em saúde cardiovascular. Doentes e profissionais de saúde privilegiaram diferentes fontes, utilizando-as de modo díspar com o intuito de aumentar a responsabilização do doente pela sua saúde. Estes resultados consolidam a necessidade de incluir a perspetiva de doentes e de profissionais de saúde no desenho e implementação de políticas de saúde. Ambos concordam que, para a prevenção da DCV, é essencial que a informação fornecida seja credível, acessível, clara, relevante e precisa sobre as medidas que os indivíduos podem adotar. Contudo, as dificuldades em quantificar e estandardizar recomendações, principalmente relativamente para alguns fatores de risco comportamentais, tais como a alimentação, consumo de álcool e a prática de exercício físico, podem originar inconsistências nas informações fornecidas. Assim, importa aumentar a consciência dos doentes sobre os riscos, destacando estratégias preventivas, apelativas, interativas e que considerem tanto os contextos sociais como os físicos que possam ser efetivamente implementadas no seu quotidiano.

6. Referências bibliográficas

1. European Commission. Public Health - Major and chronic diseases: European Commission; 2013 [updated 2013 20 Oct; cited 2013 24 Jun]. Available from: http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/cardiovascular/index_en.htm.
2. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases: Part II: variations in cardiovascular disease by specific ethnic groups and geographic regions and prevention strategies. *Circulation*. 2001;104(23):2855-64.
3. World Health Organization. World Health Statistics - 2009. Geneva: WHO Press, 2009.
4. World Health Organization. Global Health Risks - Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO Press, 2009.
5. Allender S, Scarborough P, Peto V, Rayner M, Leal J, Luengo-Fernandez R, et al. European Cardiovascular Disease Statistics. Oxford: European Heart Network, 2008.
6. Kesteloot H, Sans S, Kromhout D. Dynamics of cardiovascular and all-cause mortality in Western and Eastern Europe between 1970 and 2000. *Eur Heart J*. 2006;27(1):107-13.
7. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas demográficas 2011. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2013.
8. World Health Organization. Highlights on health in Portugal 2004. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.
9. Stamler J, Stamler R, Neaton J, Wentworth D, Davignus M, Garside D, et al. Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and noncardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. *JAMA*. 1999;282(21):2012-8.

10. Stamler J. Established major coronary risk factors: historical overview. In: Marmot L, Elliott P, editors. *Coronary Heart Disease Epidemiology. From etiology to public health*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.
11. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364(9438):937-52.
12. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de controlo de doenças cardiovasculares. Despacho n.º. 16415/2003 (II série) – D.R. n.º. 193 de 22 de Agosto, com as alterações do Despacho n.º 266/2006 do Alto Comissário da Saúde, publicado no DR, II Série, número 9, de 12 de Janeiro. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2006.
13. Simoons M. Cardio-vascular disease in Europe: challenges for the medical profession. Opening address of the 2002 Congress European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2003;24(1):8-12.
14. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. *The plurality of literacy and its implications for policies and programmes*. Paris: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, 2004.
15. Dewalt D, Berkman N, Sheridan S, Lohr K, Pignone M. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med*. 2004;19(12):1228-39.
16. Kanj M, Mitic W. Health literacy and health promotion: Definitions, Concepts and examples in the eastern Mediterranean region. 7th global Conference on health promotion - Promoting health and development: closing the implementation gap. Nairobi, 2009.
17. DeWalt D, Boone R, Pignone M. Literacy and its relationship with self-efficacy, trust, and participation in medical decision making. *Am J Health Behav*. 2007;31 Suppl 1:S27-35.
18. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer D. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int*. 2005;20(2):195-203.

19. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO, 1998.
20. Nielsen-Bohlman L, Panzer A, Hamlin B, Kindig D. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington: National Academies Press, 2004.
21. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80.
22. World Health Organization. Milestones in Health. Promotion Statements from Global Conferences. Geneva: WHO Press, 2009.
23. McKee M, Winters P, Fiscella K. Low Education as a Risk Factor for Undiagnosed Angina. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2012;25(4):416-21.
24. Kavanagh A, Bentley R, Turrell G, Shaw J, Dunstan D, Subramanian S. Socioeconomic position, gender, health behaviours and biomarkers of cardiovascular disease and diabetes. *Soc Sci Med*. 2010;71(6):1150-60.
25. Levinthal B, Morrow D, Tu W, Wu J, Murray M. Cognition and health literacy in patients with hypertension. *J Gen Intern Med*. 2008;23(8):1172-6.
26. Wolf M, Williams M, Parker R, Parikh N, Nowlan A, Baker D. Patients' shame and attitudes toward discussing the results of literacy screening. *J Health Commun*. 2007;12(8):721-32.
27. Osborn C, Paasche-Orlow M, Bailey S, Wolf M. The mechanisms linking health literacy to behavior and health status. *Am J Health Behav*. 2011;35(1):118-28.
28. Seligman H, Wang F, Palacios J, Wilson C, Daher C, Piette J, et al. Physician notification of their diabetes patients' limited health literacy. A randomized, controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2005;20(11):1001-7.
29. Seurer A, Vogt H. Low health literacy: a barrier to effective patient care. *S D Med*. 2013;66(2):51, 3-7.

30. Bryant L, Chin N, Cottrell L, Duckles J, Fernandez I, Garces D, et al. Perceptions of cardiovascular health in underserved communities. *Prev Chronic Dis.* 2010;7(2):A30.
31. Baker D, DeWalt D, Schillinger D, Hawk V, Ruo B, Bibbins-Domingo K, et al. "Teach to goal": theory and design principles of an intervention to improve heart failure self-management skills of patients with low health literacy. *J Health Commun.* 2011;16 Suppl 3:73-88.
32. Macabasco-O'Connell A, DeWalt D, Broucksou K, Hawk V, Baker D, Schillinger D, et al. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. *J Gen Intern Med.* 2011;26(9):979-86.
33. Williams M, Baker D, Parker R, Nurss J. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med.* 1998;158(2):166-72.
34. Gazmararian J, Kripalani S, Miller M, Echt K, Ren J, Rask K. Factors associated with medication refill adherence in cardiovascular-related diseases: A focus on health literacy. *J Gen Intern Med.* 2006;21(12):1215-21.
35. Kaplan R, Bhalodkar N, Brown E, White J, Brown D. Race, ethnicity, and sociocultural characteristics predict noncompliance with lipid-lowering medications. *Prev Med.* 2004;39(6):1249-55.
36. Martin L, Schonlau M, Haas A, Derose K, Rudd R, Loucks E, et al. Literacy skills and calculated 10-year risk of coronary heart disease. *J Gen Intern Med.* 2011;26(1):45-50.
37. Huff L, Zittleman L, DeAlleume L, Bernstein J, Chavez R, Sutte C, et al. What Keeps Patients from Adhering to a Home Blood Pressure Program? *J Am Board Fam Med.* 2011;24(4):370-9.

38. Giuse N, Koonce T, Storrow A, Kusnoor S, Ye F. Using health literacy and learning style preferences to optimize the delivery of health information. *J Health Commun.* 2012;17 Suppl 3:122-40.
39. Ferdinand K, Patterson K, Taylor C, Fergus I, Nasser S, Ferdinand D. Community-Based Approaches to Prevention and Management of Hypertension and Cardiovascular Disease. *J Clin Hypertens.* 2012;14(5):336-43.
40. Pereira M, Peleteiro B, Capewell S, Bennett K, Azevedo A, Lunet N. Changing patterns of cardiovascular diseases and cancer mortality in Portugal, 1980-2010. *BMC Public Health.* 2012;12:1126.
41. Gaglio B, Glasgow R, Bull S. Do patient preferences for health information vary by health literacy or numeracy? A qualitative assessment. *J Health Commun.* 2012;17 Suppl 3:109-21.
42. Cecchi C. The role of information in public health decision-making. *Sante Publique.* 2008;20(4):387-94.
43. Kickbush I. Health literacy: an essential skill for the twenty-first century. *Health Education.* 2008;108(2):101-4.
44. McCray A. Promoting health literacy. *J Am Med Inf Assoc.* 2005;12(2):152-63.
45. Antonowsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International.* 1996;11(1):11-8.
46. Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – 3.1. Eixo estratégico – cidadania em saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2012.
47. Wipfli H, Press D, Kuhn V. Global health education: a pilot in trans-disciplinary, digital instruction. *Glob Health Action.* 2013;6:1-7.
48. Jabbour S, Nishtar S, Prabhakaran D, Chockalingam A, Achutti A, Agrawal A, et al. Information and communication technology in cardiovascular disease prevention in developing countries: hype and hope. Report of the International Collaboration on Information Use in Cardiovascular Health Promotion in Developing Countries. *Int J Cardiol.* 2003;92(2-3):105-11.

49. Osborne H. Health literacy: how visuals can help tell the healthcare story. *J Vis Commun Med.* 2006;29(1):28-32.
50. Misra R, Mark J, Khan S, Kukafka R. Using design principles to foster understanding of complex health concepts in consumer informatics tools. *AMIA Annu Symp Proc.* 2010;2010:492-6.
51. Spadaro R. European Union citizens and sources of Information about health (Eurobarometer 58.0). Brussels: European Opinion Research Group, 2003.
52. Carpenter D, DeVellis R, Fisher E, DeVellis B, Hogan S, Jordan J. The effect of conflicting medication information and physician support on medication adherence for chronically ill patients. *Patient Educ Couns.* 2010;81(2):169-76.
53. Finnegan J, Viswanath K, Hertog J. Mass media, secular trends, and the future of cardiovascular disease health promotion: an interpretive analysis. *Prev Med.* 1999;29(6 Pt 2):S50-8.
54. Wu Y, Deng Y, Zhang Y. Knowledge, attitudes, and behaviors of nursing professionals and students in Beijing toward cardiovascular disease risk reduction. *Res Nurs Health.* 2011;34(3):228-40.
55. Sarkar U, Schillinger D, Bibbins-Domingo K, Napoles A, Karliner L, Perez-Stable E. Patient-physicians' information exchange in outpatient cardiac care: Time for a heart to heart? *Patient Education and Counseling.* 2011;85(2):173-9.
56. Graham S, Brookey J. Do patients understand? *Perm J.* 2008;12(3):67-9.
57. Pullon S, McKinlay E, Stubbe M, Todd L, Badenhorst C. Patients' and health professionals' perceptions of teamwork in primary care. *J Prim Health Care.* 2011;3(2):128-35.
58. Ferreira L. A internet como fonte de informação sobre saúde: Um levantamento de percepções dos médicos portugueses: Escola de gestão do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa (Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde); 2006.

59. Jones C, Mawani S, King K, Allu S, Smith M, Mohan S, et al. Tackling health literacy: adaptation of public hypertension educational materials for an Indo-Asian population in Canada. *BMC Public Health*. 2011;11:1-11.
60. Kondilis B, Akrivos P, Sardi T, Soteriades E, Falagas M. Readability levels of health pamphlets distributed in hospitals and health centres in Athens, Greece. *Public Health*. 2010;124(10):547-52.
61. Dutta-Bergman M. Primary sources of health information: comparisons in the domain of health attitudes, health cognitions, and health behaviors. *Health Commun*. 2004;16(3):273-88.
62. Seematter-Bagnoud L, Santos-Eggimann B. Sources and level of information about health issues and preventive services among young-old persons in Switzerland. *Int J Public Health*. 2007;52(5):313-6.
63. Licciardone J, Smith-Barbaro P, Coleridge S. Use of the internet as a resource for consumer health information: results of the second osteopathic survey of health care in America (OSTEOSURV-II). *J Med Internet Res*. 2001;3(4):E31.
64. McNair B. *News and Journalism in the UK (Communication and society)*. Oxfordshire: Routledge; 2003.
65. Hellyer N, Haddock-Fraser J. Reporting diet-related health issues through newspapers: portrayal of cardiovascular disease and Type 2 diabetes. *Health Educ Res*. 2011;26(1):13-25.
66. Diaz J, Griffith R, Ng J, Reinert S, Friedman P, Moulton A. Patients' use of the Internet for medical information. *J Gen Intern Med*. 2002;17:180-5.
67. Andreassen H, Bujnowska-Fedak M, Chronaki C, Dumitru R, Pudule I, Santana S, et al. European citizens' use of E-health services: A study of seven countries. *BMC Public Health*. 2007;7(1):53.
68. Bansil P, Keenan N, Zlot A, Gilliland J. Health-related information on the Web: results from the HealthStyles Survey, 2002-2003. *Prev Chronic Dis*. 2006;3(2):A36.

69. Maraziene D, Klumbiene J, Tomkeviciute J, Miseviciene I. Sources and reasons for seeking health information by Lithuanian adults. *Medicina (Kaunas)*. 2012;48(7):371-8.
70. Birru M, Monaco V, Charles L, Drew H, Njie V, Bierria T, et al. Internet usage by low-literacy adults seeking health information: an observational analysis. *J Med Internet Res*. 2004;6(3):e25.
71. Keselman A, Browne A, Kaufman D. Consumer health information seeking as hypothesis testing. *J Am Med Inform Assoc*. 2008;15(4):484-95.
72. Kim A, Poisson S, Easton J, Johnston S. A cross-sectional study of individuals seeking information on transient ischemic attack and stroke symptoms online: a target for intervention? *PLoS One*. 2012;7(10):e47997.
73. Neubeck L, Ascanio R, Bauman A, Briffa T, Clark A, Freedman B, et al. Planning locally relevant Internet programs for secondary prevention of cardiovascular disease. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2011;10(4):213-20.
74. Bennett N, Casebeer L, Zheng S, Kristofco R. Information-seeking behaviors and reflective practice. *J Contin Educ Health Prof*. 2006;26(2):120-7.
75. White M, Dorman S. Receiving social support online: implications for health education. *Health Educ Res*. 2001;16(6):693-707.
76. Boniface L, Green L. Finding a new kind of knowledge on the HeartNET website. *Health Info Libr J*. 2007;24 Suppl 1:67-76.
77. Narayan K, Gregg E, Fagot-Campagna A, Engelgau M, Vinicor F. Diabetes--a common, growing, serious, costly, and potentially preventable public health problem. *Diabetes Res Clin Pract*. 2000;50 Suppl 2:S77-84.
78. Komaric N, Bedford S, van Driel M. Two sides of the coin: patient and provider perceptions of health care delivery to patients from culturally and linguistically diverse backgrounds. *BMC Health Services Research*. 2012;12:322-36.

79. Tuckman B. Manual de Investigação em Educação: como conceber e realizar o processo de investigação em educação. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2000.
80. Bardin L. Análise de Conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
81. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2008;8:45.
82. Sandelowski M, Barroso J. Writing the proposal for a qualitative research methodology project. *Qual Health Res*. 2003;13(6):781-820.
83. Alderson P. On doing qualitative research linked to ethical healthcare London: The Wellcome Trust; 2001 [20 Oct 2013]. Available from: http://www.wellcome.ac.uk/stellent/groups/corporatesite/@msh_grants/documents/web_document/WTD003270.pdf.
84. Cabral E, Silva P, Mendes H. Saúde e doença em Portugal. 2ª ed. Lisboa: Imprensa das ciências sociais; 2002.
85. Krezmien E, Wanzer M, Servoss T, LaBelle S. The role of direct-to-consumer pharmaceutical advertisements and individual differences in getting people to talk to physicians. *J Health Commun*. 2011;16(8):831-48.
86. Fox S. After Dr Google: peer-to-peer health care. *Pediatrics*. 2013;131 Suppl 4:S224-5.
87. Hirvonen N, Huotari M-L. Understanding information practices in an health intervention. The case of preventing cardiovascular diseases in northern Finland. *International Journal of Health information management research*. 2013;vol 1(1):15-24.
88. Del Giglio A, Abdala B, Ogawa C, Amado D, Carter D, Gomieiro F, et al. Quality of internet information available to patients on websites in Portuguese. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(6):645-9.
89. Bailey M, Scott D, Coughlin P. Regarding "Quality of vascular surgery web sites on the internet". *J Vasc Surg*. 2013;57(4):1176-7.

90. Espanha R. Saúde e comunicação numa sociedade em rede: o Caso Português. Lisboa: Monitor; 2009.
91. Bennett N, Casebeer L, Kristofco R, Strasser S. Physicians' Internet information-seeking behaviors. *J Contin Educ Health Prof.* 2004;24(1):31-8.
92. Samwald M, Kritz M, Gschwandtner M, Stefanov V, Hanbury A. Physicians searching the web for medical question answering: A European survey and local user studies. *Stud Health Technol Inform.* 2013;192:1103.
93. Ferket B, Colkesen E, Visser J, Spronk S, Kraaijenhagen R, Steyerberg E, et al. Systematic review of guidelines on cardiovascular risk assessment: Which recommendations should clinicians follow for a cardiovascular health check? *Arch Intern Med.* 2010;170(1):27-40.
94. Benigeri M, Pluye P. Shortcomings of health information on the Internet. *Health Promot Int.* 2003;18(4):381-6.
95. Freund T, Freund M, Mahler C, Schwantes U, Ose D, Joos S, et al. Family practice web sites: new perspectives for patient care and health information? *Fam Med.* 2010;42(7):501-6.
96. Hildner F. Ethical issues in cardiovascular publications: observations during 25 years as an editor. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2003;60(2):202-7.
97. Swennen M, van der Heijden G, Boeije H, van Rheeën N, Verheul F, van der Graaf Y, et al. Doctors' Perceptions and Use of Evidence-Based Medicine: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Studies. *Acad Med.* 2013;88(9):1384-96.
98. DeVon H, Ryan C, Ochs A, Shapiro M. Symptoms across the continuum of acute coronary syndromes: differences between women and men. *Am J Crit Care.* 2008;17(1):14-24; quiz 5.
99. Jones S, Jenkinson A, Leathley M, Watkins C. Stroke knowledge and awareness: an integrative review of the evidence. *Age Ageing.* 2010;39(1):11-22.

100. Jones M, Somerville C, Feder G, Foster G. Patients' descriptions of angina symptoms: a qualitative study of primary care patients. *Br J Gen Pract.* 2010;60(579):735-41.
101. Alberts M. Improving public education about stroke. *Ann N Y Acad Sci.* 2012;1268:45-50.
102. World Health Organization, World Heart Federation, World Stroke Organization. Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control Policies, strategies and interventions. In: Mendis S, Puska P, Norrving B, editors. Geneva: World Health Organization; 2011.
103. Muller-Nordhorn J, Nolte C, Rossnagel K, Jungehulsing G, Reich A, Roll S, et al. Knowledge about risk factors for stroke: a population-based survey with 28,090 participants. *Stroke.* 2006;37(4):946-50.
104. DeMaria A. The informed patient. *J Am Coll Cardiol.* 2008;51(15):1505-6.
105. Forster A, Brown L, Smith J, House A, Knapp P, Wright J, et al. Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;11:CD001919.
106. Dennis S, Williams A, Taggart J, Newall A, Denney-Wilson E, Zwar N, et al. Which providers can bridge the health literacy gap in lifestyle risk factor modification education: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Family Practice.* 2012;13.
107. Christl B, Lloyd J, Krastev Y, Litt J, Harris M. Preventing vascular disease - effective strategies for implementing guidelines in general practice. *Aust Fam Physician.* 2011;40(10):825-8.
108. Figueiras M, Cortes M, Marcelino D, Weinman J. Lay views about medicines: the influence of the illness label for the use of generic versus brand. *Psychol Health.* 2010;25(9):1121-8.
109. Marx G, Witte N, Himmel W, Kuhnel S, Simmenroth-Nayda A, Koschack J. Accepting the unacceptable: medication adherence and different types of action

patterns among patients with high blood pressure. *Patient Educ Couns.* 2011;85(3):468-74.

110. Brown M, Bussell J. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin Proc.* 2011;86(4):304-14.

111. Van Dalem J, Krass I, Aslani P. Interventions promoting adherence to cardiovascular medicines. *Int J Clin Pharm.* 2012;34(2):295-311.

112. White J, Gray K, Magin P, Attia J, Sturm J, Carter G, et al. Exploring the experience of post-stroke fatigue in community dwelling stroke survivors: a prospective qualitative study. *Disabil Rehabil.* 2012;34(16):1376-84.

113. Kirkevold M, Bronken B, Martinsen R, Kvigne K. Promoting psychosocial well-being following a stroke: developing a theoretically and empirically sound complex intervention. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(4):386-97.

114. Donnellan C, Martins A, Conlon A, Coughlan T, O'Neill D, Collins D. Mapping patients' experiences after stroke onto a patient-focused intervention framework. *Disabil Rehabil.* 2013;35(6):483-91.

115. Moolaert V, Verbunt J, Bakx W, Gorgels A, de Krom M, Heuts P, et al. 'Stand still ... , and move on', a new early intervention service for cardiac arrest survivors and their caregivers: rationale and description of the intervention. *Clin Rehabil.* 2011;25(10):867-79.

116. Redon J, Erdine S, Bohm M, Ferri C, Kolloch R, Kreutz R, et al. Physician attitudes to blood pressure control: findings from the Supporting Hypertension Awareness and Research Europe-wide survey. *J Hypertens.* 2011;29(8):1633-40.

117. Commodore-Mensah Y, Himmelfarb C. Patient education strategies for hospitalized cardiovascular patients: a systematic review. *J Cardiovasc Nurs.* 2012;27(2):154-74.

118. Adams J, White M. When the population approach to prevention puts the health of individuals at risk. *International Journal of Epidemiology.* 2005;34(1):40-3.

119. Charlton B. A critique of Geoffrey Rose's 'population strategy' for preventive medicine. *J R Soc Med.* 1995;88(11):607-10.
120. Arber S, McKinlay J, Adams A, Marceau L, Link C, O'Donnell A. Influence of patient characteristics on doctors' questioning and lifestyle advice for coronary heart disease: a UK/US video experiment. *Br J Gen Pract.* 2004;54(506):673-8.
121. Thompson M, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Norris S. Screening for Hypertension in Children and Adolescents to Prevent Cardiovascular Disease: Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Pediatrics.* 2013;20(6):645-59.
122. Garrison G, Oberhelman S. Screening for hypertension annually compared with current practice. *Ann Fam Med.* 2013;11(2):116-21.
123. Bailey C, Kodack M. Patient adherence to medication requirements for therapy of type 2 diabetes. *International Journal of Clinical Practice.* 2011;65(3):314-22.
124. Elustondo S, Aguado P, La Rasilla C, Manzanet J, Sendin D. Cardiovascular risk tables: opinion and degree of use of primary care doctors from Madrid, Spain. *J Eval Clin Pract.* 2013;19(1):148-52.
125. Bayley M, Hurdowar A, Richards C, Korner-Bitensky N, Wood-Dauphinee S, Eng J, et al. Barriers to implementation of stroke rehabilitation evidence: findings from a multi-site pilot project. *Disabil Rehabil.* 2012;34(19):1633-8.
126. Walker M, Fisher R, Korner-Bitensky N, McCluskey A, Carey L. From what we know to what we do: translating stroke rehabilitation research into practice. *Int J Stroke.* 2013;8(1):11-7.
127. Cohen S. Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction. *Nurs Forum.* 2009;44(1):25-36.
128. Laba T, Bleasel J, Brien J, Cass A, Howard K, Peiris D, et al. Strategies to improve adherence to medications for cardiovascular diseases in socioeconomically disadvantaged populations: A systematic review. *Int J Cardiol.* 2013;167(6):2430-40.

129. Salter K, Foley N, Teasell R. Social support interventions and mood status post stroke: a review. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(5):616-25.
130. Lennon O, Doody C, Ni Choisdealbh C, Blake C. Barriers to healthy-lifestyle participation in stroke: consumer participation in secondary prevention design. *Int J Rehabil Res.* 2013.
131. Simpson L, Eng J, Tawashy A. Exercise perceptions among people with stroke: Barriers and facilitators to participation. *Int J Ther Rehabil.* 2011;18(9):520-30.
132. Galdas P, Oliffe J, Kang H, Kelly M. Punjabi Sikh patients' perceived barriers to engaging in physical exercise following myocardial infarction. *Public Health Nurs.* 2012;29(6):534-41.
133. Hoffmann T, McKenna K. Analysis of stroke patients' and carers' reading ability and the content and design of written materials: recommendations for improving written stroke information. *Patient Educ Couns.* 2006;60(3):286-93.
134. Senesael E, Borgermans L, Van De Vijver E, Devroey D. Effectiveness of a quality improvement intervention targeting cardiovascular risk factors: are patients responsive to information and encouragement by mail or post? *Vasc Health Risk Manag.* 2013;9:13-20.
135. Hodgson C, Lindsay P, Rubini F. Using paid mass media to teach the warning signs of stroke: the long and the short of it. *Health Promot J Austr.* 2009;20(1):58-64.
136. Hodgson C, Lindsay P, Rubini F. Can mass media influence emergency department visits for stroke? *Stroke.* 2007;38(7):2115-22.
137. Gamboa Moreno E, Sanchez Perez A, Vrotsou K, Arbonies Ortiz J, Del Campo Pena E, Ochoa de Retana Garcia L, et al. Impact of a self-care education programme on patients with type 2 diabetes in primary care in the Basque Country. *BMC Public Health.* 2013;13:521.
138. Aldcroft S, Taylor N, Blackstock F, O'Halloran P. Psychoeducational rehabilitation for health behavior change in coronary artery disease: a systematic review of controlled trials. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2011;31(5):273-81.

139. Borowiec A, Lignowska I, Drygas W. Attitudes towards healthy lifestyle promotion in mass media in the Polish adult population. *Kardiol Pol.* 2012;70(10):1030-7.
140. Qi V, Phillips S, Hopman W. Determinants of a healthy lifestyle and use of preventive screening in Canada. *BMC Public Health.* 2006;6:275.
141. Mikulik R, Goldemund D, Reif M, Brichta J, Neumann J, Jarkovsky J, et al. Calling 911 in response to stroke: no change following a four-year educational campaign. *Cerebrovasc Dis.* 2011;32(4):342-8.
142. Levy L. Dietary strategies, policy and cardiovascular disease risk reduction in England. *Proc Nutr Soc.* 2013:1-4.
143. Jorgensen T, Capewell S, Prescott E, Allender S, Sans S, Zdrojewski T, et al. Population-level changes to promote cardiovascular health. *Eur J Prev Cardiol.* 2013;20(3):409-21.
144. Boone-Heinonen J, Gordon-Larsen P, Kiefe C, Shikany J, Lewis C, Popkin B. Fast food restaurants and food stores: longitudinal associations with diet in young to middle-aged adults: the CARDIA study. *Arch Intern Med.* 2011;171(13):1162-70.
145. Margolius D, Wong J, Goldman M, Rouse-Iniguez J, Bodenheimer T. Delegating responsibility from clinicians to nonprofessional personnel: the example of hypertension control. *J Am Board Fam Med.* 2012;25(2):209-15.
146. The Health on Net Foundation. The HON Code of Conduct for medical and health Web sites (HONcode) 2013 [20 September 2013]. Available from: <http://www.hon.ch/HONcode/Conduct.html>.
147. Milicevic I, Gareis K, Korte W. Making progress towards user-orientation in online public service provision in Europe. In: *Innovation and the Knowledge Economy*, editor. eChallenges IST 2005 Conference; Ljubljana: IOS Press; 2005.
148. Moloczij N, McPherson K, Smith J, Kayes N. Help-seeking at the time of stroke: stroke survivors' perspectives on their decisions. *Health Soc Care Community.* 2008;16(5):501-10.

7. Anexos

ANEXO I – Guião

Breve introdução ao estudo

Este estudo está a ser realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em conjunto com outras universidades e unidades de saúde. Consiste em várias reuniões deste tipo.

O objetivo principal é sabermos como é que as pessoas procuram informação sobre doenças cardiovasculares (enfarte, AVC/trombose, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, etc.) e como a usam para lidar com este tipo de doenças.

Os investigadores garantem o vosso anonimato, sendo os resultados recolhidos utilizados apenas no contexto deste estudo.

Regras da discussão de grupo (respeitar as opiniões de todos; não falar em simultâneo)

Apresentação dos participantes (nome, idade)

1. Fontes de informação (origem e qualidade)

- Que fontes de informação sobre saúde são mais usadas pelos profissionais de saúde?
- Que fontes de informação sobre doenças cardiovasculares são mais usadas pelos doentes?
- Que tipo de informações costuma procurar sobre saúde em geral? E sobre doenças cardiovasculares? Porque procura essas informações?
- Que dificuldades costuma ter ao procurar informação sobre saúde?
- Que tipo de informação gostaria de encontrar (mais facilmente)?
- Quais as fontes de informação em saúde em que mais confia?
- Como decide se uma fonte de informação é ou não de confiança?

2. Prevenção

- Que fatores contribuem para a ocorrência de doenças cardiovasculares?
- Existem formas de prevenir as doenças cardiovasculares? Quais são?

- Que comportamentos devem os Portugueses adotar para prevenir as doenças cardiovasculares?

3. Diagnóstico

- Quais os sintomas que podem indicar que alguém tem hipertensão arterial (tensão alta)? **PROFISSIONAIS:** Na vossa opinião, quais são os sintomas/sinais de hipertensão arterial que a generalidade dos Portugueses conhece?
- Quais os sintomas de alguém que está a sofrer um enfarte do miocárdio (ataque cardíaco) ou um acidente vascular cerebral (trombose)? **PROFISSIONAIS:** Na vossa opinião, quais são os sintomas/sinais de enfarte do miocárdio (ataque cardíaco) ou de um acidente vascular cerebral (trombose) que a generalidade dos Portugueses conhece?
- Como é que as pessoas entendem o que é ter uma doença cardiovascular?
- Que tipo de aconselhamento deverá ser oferecido aos doentes após o diagnóstico de uma doença cardiovascular?

4. Tratamento

- No caso das doenças cardiovasculares, como definiria um tratamento bem sucedido?
- Tendo em conta a realidade portuguesa, que motivos podem explicar a falta de adesão aos tratamentos prescritos?
- Como é que os doentes compreendem as diferenças entre as diversas opções de tratamento?
- Que dificuldades podem encontrar os doentes para cumprir os tratamentos tal como foram recomendados?
- Que consequências podem resultar da falta de adesão aos tratamentos?
- Como avalia a acessibilidade aos tratamentos das doenças cardiovasculares no nosso país?

5. Prognóstico

- Quais as consequências (físicas, psicossociais, financeiras, etc.) das doenças cardiovasculares?

- Quais os aspetos que os doentes têm mais dificuldade em compreender sobre estas consequências?

6. Educação para a saúde

- Na sua opinião, que pode ser feito para melhorar a intervenção dos profissionais de saúde na área das doenças cardiovasculares?
- E que pode ser feito para melhorar a situação dos doentes cardiovasculares em Portugal?
- Se tivesse que coordenar uma campanha nacional com o objetivo de promover os conhecimentos sobre doenças cardiovasculares, que ações levaria a cabo?
- Se tivesse que coordenar uma campanha nacional com o objetivo de motivar as pessoas a adotar estilos de vida saudáveis, que ações levaria a cabo?

7. Queremos construir um questionário sobre conhecimentos sobre as doenças cardiovasculares. Que acha importante perguntar às pessoas?