

**Avaliação dos níveis de Literacia em Saúde:
Estudo comparativo de doentes com
Hipertensão Arterial e adultos sem Hipertensão
Arterial**

VERSÃO FINAL APÓS DEFESA

Tânia Rute de Sousa Teixeira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos ou mestrado integrado)

Orientador: Professora Doutora Paula Susana Loureiro Saraiva de Carvalho
Coorientadores: Professora Doutora Cláudia Maria Gomes Mendes da Silva e
Professor Doutor Jorge Manuel dos Reis Gama

fevereiro de 2021

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à Professora Doutora Paula Carvalho, pela exímia orientação, pela sua capacidade de resiliência e de ajuda, neste ano tão desafiante e atípico que vivenciámos.

Também agradeço ao Professor Doutor Jorge Gama que, num dos momentos mais complicados deste trabalho, prestou um auxílio extraordinário. A si e à Professora Doutora Cláudia Silva, o meu muito obrigado.

Igualmente agradeço a todos os docentes do Departamento de Psicologia e Educação, da Universidade da Beira Interior, por estes maravilhosos cinco anos de aquisição e partilha de conhecimento essenciais para o desenvolvimento de competências para o meu desempenho como profissional nesta área.

Um agradecimento muito especial aos meus pais por serem o meu porto seguro, por proporcionarem vivenciar este percurso, pelo apoio, incentivo e orgulho que demonstraram dia após dia.

Ao meu irmão, pelo companheirismo, por me levantar o animo nos piores momentos, pela confiança e por acreditar sempre em mim, o meu muito obrigado.

A todos os amigos que conheci ao longo destes cinco anos. Em especial à Marlene, pelos maravilhosos momentos vivenciados, desde as longas jornadas de estudos e trabalhados até aos momentos de risadas contagiosas e sem motivo. Muito obrigado por estares presente desde o primeiro até ao último dia desta caminhada.

Resumo

A doença crónica é considerada um dos maiores problemas e desafios de saúde pública. Dentro destas patologias encontra-se a Hipertensão Arterial, uma doença assintomática que atinge cerca de 42.2% dos portugueses. Devido ao ser caracter silencioso e assintomático, os hipertensos revelam dificuldades de adesão ao tratamento. Neste sentido, diferentes estudos têm vindo a realçar a importância de uma literacia em saúde adequada para aumentar o conhecimento e compreensão dos indivíduos sobre a doença e as complicações advindas da mesma. Assim, o principal objetivo do presente estudo passa pela avaliação e comparação dos níveis de literacia em saúde, de adultos com Hipertensão Arterial e de adultos sem diagnóstico da patologia.

O estudo contou com 152 participantes, divididos em dois grupos: o primeiro com 76 participantes hipertensos, maioritariamente, do género feminino (59.2%), casados (84.7%), empregados (55.3%) e com uma habilitação literária até ao 4º ano (30.3%); e o segundo grupo com 76 participantes com ausência de diagnóstico da patologia, na sua maioria, do género feminino (53.9%), casados (67.1%), empregados (76.3%) e uma habilitação literária ao nível do 9º ano (28.9%).

Dos resultados obtidos verifica-se que, os participantes sem diagnóstico revelam níveis mais elevados de literacia em saúde nas dimensões de prevenção de doença e promoção da saúde. Os participantes hipertensos revelam níveis mais elevados na dimensão de cuidados de saúde. Ainda, foi identificado que os participantes mais velhos e com menor grau de habilitações literárias revelam níveis mais baixos de literacia em saúde, em ambos os grupos.

Palavras-chave

Literacia em Saúde; doença crónica; hipertensão arterial.

Abstract

The chronic disease is a public health problem, due to the high diagnoses. Inside this pathologies lies the arterial hypertension, an asymptomatic disease that origins a cardiovascular problem, being estimated that 42.2% of the portuguese people have this diagnosis. Because it is an asymptomatic disease, the hypertensive people reveal difficulties to access the treatment, where different studies point the health literacy as a way to increase the accession. Yet, over the years, different investigations detected that the portuguese population reveals unsuitable and problematic levels in health literacy, resulting in difficulties using the health system, taunting a high economic cost to the State. With that being said, the big objective of the presente study passes by the avaliation and comparation of the health literacy, of adults with arterial hypertension and of adults without a pathology diagnostic.

The study had 152 participants, divided into two groups: the first with 76 hypertensive participants, mostly female (59.2%), married (84.7%), employed (55.3%) and with a literacy qualification up to the 4th grade (30.3%); and the second group with 76 participants with no diagnosis of the pathology, mostly females (53.9%), married (67.1%), employed (76.3%) and a 9th grade education (28.9%).

From the results obtained we can verify that, the participants that have no diagnostic reveal higher levels in health literacy in the dimensions to disease prevention and health promotion. Hypertensive participants show higher levels in the health care dimension. Still, was identified that the older participants and lower degree of literacy qualification reveal lower levels of health literacy in both groups.

Keywords

Health literacy; chronic disease; arterial hypertension.

Índice

1. Introdução	1
1.1. Doença Crónica	1
1.2. Hipertensão Arterial	1
1.3. Literacia em Saúde	3
1.4. Hipertensão Arterial e a Literacia em Saúde	5
2. Metodologia	6
2.1. Participantes	6
2.2. Instrumentos	12
2.3. Procedimentos	14
2.3.1. Análise Estatística	14
3. Resultados	15
3.1. Estatísticas Descritivas	15
3.2. Estatísticas Inferenciais	19
3.2.1. Análise da correlação da Idade e Habilitações Literárias entre as dimensões do ILS-PT	19
3.2.2. Diferenças entre os níveis de Literacia em Saúde, em função das Habilitações Literárias	21
3.2.3. Diferenças entre os níveis de Literacia em Saúde, em função da Idade	29
4. Discussão dos Resultados	34
5. Conclusão	39
Referências	41
Anexos	46
Anexo 1. Revisão da Literatura	47
Anexo 2. Teste de Normalidade	76
Anexo 3. Teste de Homogeneidade das Variâncias	77

Lista de Figuras

Figura 1 – Modelo conceptual de Literacia em Saúde

Figura 2 – Modelo integrativo de Literacia em Saúde

Lista de Tabelas

- Tabela 1. Caraterização dos Dados Sociodemográficos da Amostra
- Tabela 2. Caraterização dos Dados Sociodemográficos do Grupo com Diagnóstico de HTA
- Tabela 3. Caraterização dos Dados Clínicos do Grupo com Diagnóstico de HTA
- Tabela 4. Caraterização dos Dados Sociodemográficos do Grupo sem Diagnóstico de HTA
- Tabela 5. Índices do ILS-PT
- Tabela 6. Níveis de Literacia em Saúde do ILS-PT
- Tabela 7. Níveis de Literacia em Saúde da dimensão de Cuidados de Saúde
- Tabela 8. Níveis de Literacia em Saúde da dimensão de Prevenção de Doenças
- Tabela 9. Níveis de Literacia em Saúde da dimensão de Promoção da Saúde
- Tabela 10. Associações entre as variáveis Idade e Habilitações Literárias com as dimensões do ILS-PT – Coeficiente de *Spearman*
- Tabela 11. Associações entre a Idade e Habilitações Literárias e as diferentes dimensões do ILS-PT, nos grupos com HTA e sem HTA – Coeficiente de *Spearman*
- Tabela 12. Influência das Habilitações Literárias nos níveis de Literacia em Saúde, nas diferentes dimensões do ILS-PT – Teste de *Kruskal-Wallis*
- Tabela 13. Comparação dos níveis ILS-PT total e das diferentes dimensões do ILS-PT entre as Habilitações Literárias – Teste de *Dunn* com correção de *Bonferroni*
- Tabela 14. Influência das Habilitações Literárias nos níveis de Literacia em Saúde e das respetivas dimensões, nos grupos com HTA e sem HTA – Teste de *Kruskal-Wallis*
- Tabela 15. Comparação de cada dimensão do ILS-PT entre as Habilitações Literárias nos grupos com HTA e sem HTA - Teste de *Dunn* com correção de *Bonferroni*
- Tabela 16. Comparação dos níveis de Literacia em Saúde, nas dimensões do ILS-PT, entre os grupos com e sem HTA para cada Habilitação Literária – Teste de *Mann-Whitney*
- Tabela 17. Comparação dos níveis de Literacia em Saúde, nas dimensões do ILS-PT, entre os grupos etários – Teste de *Mann-Whitney*
- Tabela 18. Comparação dos níveis de Literacia em Saúde, nas dimensões do ILS-PT, entre os grupos etários nos grupos com HTA e sem HTA – Teste de *Mann-Whitney*
- Tabela 19. Comparação dos níveis de Literacia em Saúde entre os grupos com e sem HTA para cada grupo etário – Teste de *Mann-Whitney*
- Tabela 20. Teste de normalidade e valores de assimetria e curtose
- Tabela 21. Teste de normalidade e valores de assimetria e curtose, referente ao grupo com HTA
- Tabela 22. Teste de normalidade e valores de assimetria e curtose, referente ao grupo sem HTA
- Tabela 23. Resultados referente à homogeneidade das variâncias – Teste de *Levene*
- Tabela 24. Resultados referente à homogeneidade das variâncias dos grupos com e sem HTA – Teste de *Levene*

Lista de Acrónimos

CHUCB	Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira
<i>H</i>	Estatística de <i>Kruskal-Wallis</i>
HLS-EU	<i>European Health Literacy Survey</i>
HTA	Hipertensão Arterial
IBM	<i>International Business Machines Corporation</i>
ILS-PT	Inquérito de Literacia em Saúde em Portugal
IQR	Intervalo Interquartil
LS	Literacia em Saúde
M	Média
Mdn	Mediana
mmHg	Milímetros de mercúrio
NAAL	<i>National Assessment of Adult Literacy</i>
OPP	Ordem dos Psicólogos Portugueses
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
r_s	Coefficiente de <i>Spearman</i>
SD	Desvio-Padrão
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TA	Tensão Arterial
<i>U</i>	Estatística de <i>Mann-Whitney</i>

1. Introdução

1.1. Doença Crónica

A doença crónica é definida como uma doença de longa duração, com progressão lenta, advinda de uma alteração patológica irreversível, implicando uma gestão de cuidados de saúde (World Health Organization, 2002). Neste tipo de patologias, os sintomas podem variar ao longo do tempo, ou seja, pode existir alturas em que o doente apresenta episódios agudos, tendo os sintomas uma manifestação mais intensa, enquanto que, noutros momentos, a doença pode ser assintomática (Casado, Vianna, & Thuler, 2009). Quando diagnosticada ocorrem alterações a vários níveis, como por exemplo, na qualidade de vida, no trabalho ou nas atividades de lazer, provocando um impacto económico que afeta não só o doente como a sua família (Becker & Heidemman, 2020; Dias et al., 2011; Novais, Conceição, Domingos, & Duque, 2009; Ribeiro, 2007; Walker, Tong, Howard, & Palmer, 2019).

1.2. Hipertensão Arterial

Entre as doenças crónicas com maior incidência encontra-se a Hipertensão Arterial (HTA) que, em 2010, contava com cerca de 1.39 bilhões de pessoas diagnosticadas em todo o mundo, sendo esperado que, em 2025, este número atinja 1.56 bilhões de diagnósticos (Tan et al., 2017). Além disso, por ano, estima-se que esta doença seja responsável por 4 milhões de mortes no mundo (Heizomi et al., 2020). Em Portugal, de acordo com Polónia, Martin, Pinto e Nazaré (2014), 42.2% da população convive com esta doença.

A HTA é definida como uma doença silenciosa e assintomática, que potencia problemas no funcionamento do sistema cardiovascular (Soares, 2005). Esta doença pode desenvolver-se durante vários anos, sem que o indivíduo se aperceba, acabando por ser descoberta através da medição da tensão arterial (TA) ou quando os principais órgãos vitais, como o coração, rins ou cérebro, começam a ser afetados (Guzmán, 2008). O estabelecimento do diagnóstico é efetuado após uma avaliação em consultório, onde a TA apresenta valores de pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superiores a 140 milímetros de mercúrio (mmHg) e de pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superiores a 90 mmHg (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014). Estes valores devem estar presentes em diferentes medições e ocasiões, e sempre na ausência da toma de medicação anti-hipertensiva (Guarnaluses, 2016; Soares, 2005; Williams et al., 2018).

Referente aos fatores de risco, sabe-se que a HTA tem a sua origem numa combinação de fatores genéticos e ambientais, de estilos de vida, do envelhecimento e do baixo nível educacional (Mozaffarian et al., 2016; Soares, 2005; Sousa et al., 2018). Entre estes fatores, o mais passível de modificação é o estilo de vida, através de uma mudança de comportamento, onde se objetiva a diminuição de um conjunto de erros presentes no quotidiano, estando entre

eles: **(1)** o excesso do consumo de sal; **(2)** o sedentarismo; **(3)** o consumo de calorias densas e de alimentos gordurosos; **(4)** excesso de ingestão de bebidas alcoólicas; **(5)** tabagismo (Foroucanfar et al., 2017); e **(6)** excesso de peso corporal (Mangena, Saban, Hlabyago, & Rayner, 2016).

É importante ressaltar que esta doença também é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de outras patologias, como por exemplo: **(1)** acidente vascular cerebral (Ferezin, Castro, & Ferreira, 2020; Malachias et al., 2016); **(2)** insuficiência cardíaca (Bezerra et al., 2014; Fonseca, Brás, Araújo, & Ceia, 2018); **(3)** insuficiência renal (Bezerra et al., 2014; Bortolotto, 2008; Malachias et al., 2016); **(4)** retinopatia hipertensiva (Bezerra et al., 2014; Silva, Silva, & Herkenhoff, 2002); e **(5)** doença coronária (Bezerra et al., 2014; Giannotti, 2002; Malachias et al., 2016).

Sendo a HTA uma doença crônica, esta não dispõe de um tratamento que permita a sua cura. Portanto, as duas vias de tratamento disponíveis, tratamento farmacológico e tratamento não farmacológico, pretendem controlar os valores de TA, de forma a atrasar ou evitar o desenvolvimento de outras patologias (Mengue et al., 2016). O tratamento farmacológico consiste na prescrição de fármacos anti-hipertensivos, tendo em consideração a idade, histórico familiar ou outras patologias (Fava et al., 2017). Já o tratamento não farmacológico consiste numa mudança no estilo de vida, passando pela adoção de um comportamento mais saudável. Esta linha de tratamento é sempre recomendada como um reforço ao tratamento farmacológico, salvo exceções, como os efeitos secundários dos fármacos ou o doente se encontrar nos estágios iniciais da doença, em que esta via de tratamento sozinha é uma forma eficaz de controlar a TA (Guarnaluses, 2016). Apesar destas duas possibilidades de tratamento, um estudo da autoria de Polónia et al. (2014) salientou que 57.4% das pessoas com esta patologia não mantém os níveis de TA controlados, revelando que estes doentes demonstram dificuldades de adesão ao tratamento (Barreto, Reiners, & Marcon, 2014; Bezerra et al., 2014).

Neste sentido, diferentes autores têm vindo a realçar a importância de uma literacia em saúde adequada (Berkman, Sheridan, Donahue, Holpern, & Crotty, 2011; Broeiro, 2017; Fawcett, Dobe, Arora, & Liburd, 2010; Heimozi et al., 2020), pois através dela é possível aumentar o conhecimento e compreensão sobre a doença e as complicações advindas da mesma, contribuindo para aumentar os níveis de adesão ao tratamento (Gaffari-fam, Babazaded, Oliaei, Behboodi, & Daemi, 2020).

1.3. Literacia em Saúde

A literacia em saúde (LS) pode ser definida como “uma habilidade cognitiva e social que determina a motivação e a capacidade de o indivíduo obter acesso, compreender e utilizar informações, de forma a promover e a manter uma boa saúde” (World Health Organization, 1998, p. 10). Contudo, desde esta primeira definição, o conceito de LS tem vindo a evoluir, abandonando uma perspetiva individual, onde é defendido que a LS estava relacionada com a execução de determinadas tarefas, para incluir uma perspetiva social (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016). A definição desenvolvida por Kickbusch, Wait, Maag, McGuire e Banks (2006, p. 8), é a confirmação disso, onde consta que a LS é a “capacidade de tomar decisões corretas sobre saúde no contexto diário, quer seja em casa, comunidade, local de trabalho, sistema de saúde, mercado ou no contexto político, sendo ainda, uma estratégia de procurar informações e de assumir responsabilidades”.

Com o incremento da perspetiva social na definição de LS é possível afirmar que este conceito se encontra ativamente presente na sociedade e no quotidiano, constituindo um aspeto fulcral para que o indivíduo consiga funcionar na sociedade. Existe, assim, um conjunto de competências que um indivíduo com um nível adequado de LS deve ter como: **(1)** as competências básicas de saúde e saber aplicá-las na proteção e promoção da saúde, assim como, na prevenção de doenças; **(2)** a capacidade de utilização do sistema de saúde e de trabalhar, em conjunto, com os profissionais de saúde; **(3)** as competências de tomada de decisão, em relação a bens e serviços, que sejam os mais adequados para a saúde; e **(4)** as competências relacionadas com o papel de cidadão informado, que passa pela participação ativa na sociedade e no conhecimento sobre os direitos em saúde (Kickbusch, Wait, Maag, McGuire, & Banks, 2006).

Por outro lado, quando o indivíduo não detém níveis adequados de LS, significa que este revela dificuldades em: **(1)** compreender a informação transmitida pela equipa médica; **(2)** aceder e utilizar o sistema de saúde, pois não sabe quais os serviços médicos que estão disponíveis e a quais recorrer; **(3)** seguir as prescrições dadas pela equipa médica (Pedro et al., 2016); e **(4)** na pesquisa, seleção e compreensão da informação relacionada com a doença e a saúde, oriundas de diferentes meios de difusão (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2015). Devido aos baixos níveis de LS, diversas investigações conseguiram delinear algumas consequências negativas, sendo elas: **(1)** uma deterioração do estado de saúde; **(2)** uma maior dificuldade de adesão ao tratamento e à toma de medicação; **(3)** elevadas taxas de internamento e reinternamento; **(4)** uma deficitária comunicação entre o indivíduo e o profissional de saúde, comprometendo o processo de tomada de decisão; **(5)** dificuldades na autogestão da doença crónica; **(6)** o fluxo de serviço de urgência é superior ao esperado; e **(7)** a falta de conhecimento leva a que sejam praticados comportamentos de risco para a saúde e, conseqüentemente, uma baixa adesão nas ações de prevenção e promoção da saúde (OPP, 2015).

Relativamente à aferição dos níveis de LS da população, foi implementado na Europa o projeto *European Health Literacy Survey* (HLS-EU), tendo sido obtidos como principais resultados que 12.4% da amostra apresentava níveis de LS inadequados, 35.2% níveis problemáticos, 36.0% níveis adequados e 16.5% níveis excelentes de LS (Sørensen et al., 2015). Num estudo da autoria de Schiavone e Attena (2020), desenvolvido com a população italiana, verificou-se que os participantes com idades superiores a 45 anos revelaram níveis de LS mais baixos, quando comparados com os participantes com idades entre os 18 e os 45 anos. No que concerne às habilitações literárias, obteve-se que a população com menos anos de escolaridade revelaram níveis mais baixos de LS (80.4%).

Em Portugal, o HLS-EU, adaptado por Pedro, Amaral e Escoval (2016), demonstrou que 61.4% dos participantes revelaram níveis inadequados e problemáticos, enquanto que, 38.5% demonstraram níveis suficientes e excelentes de LS. Em relação aos três domínios destaca-se: **(1)** no domínio dos cuidados de saúde, 55.8% dos participantes tinham níveis inadequados e problemáticos de LS; **(2)** no domínio da prevenção da doença, 55.1% dos participantes tinham níveis inadequados e problemáticos de LS; e **(3)** no domínio da promoção da saúde, 60.2% dos participantes demonstraram ter níveis inadequados e problemáticos de LS. Para além destes resultados, verificou-se que os níveis de LS diminuía consoante o avançar da idade e quando as habilitações literárias aumentavam, os níveis de LS também aumentavam. No mesmo sentido, outro estudo levado a cabo em Portugal, da autoria de Costa, Saboga-Nunes e Costa (2016), ao utilizarem o HLS-EU, constataram que 59.9% dos participantes apresentaram níveis inadequados e problemáticos de LS gerais, sendo que, apenas 40.1% dos participantes demonstraram níveis suficientes e excelentes de LS, na generalidade.

Num estudo mais recente, o Inquérito em Literacia em Saúde em Portugal (ILS-PT), é possível ressaltar que 49% da população demonstrou níveis inadequados e problemáticos de LS, sendo que, 51% demonstrou níveis suficientes e excelentes (Espanha, Ávila, & Mendes, 2016). Referente às dimensões aferidas no estudo: **(1)** na dimensão de cuidados de saúde, 45.4% dos participantes manifestaram níveis inadequados e problemáticos nesta área; **(2)** na dimensão de prevenção de doenças, 45.5% dos participantes revelaram níveis inadequados e problemáticos de LS; e **(3)** na dimensão de promoção de saúde, 51.1% dos participantes demonstram níveis inadequados e problemáticos nesta temática (Espanha et al., 2016). Neste estudo, ressalta-se ainda o facto de o grupo etário mais envelhecido concentrar uma maior percentagem de baixos níveis de LS, para além de que, na relação entre LS e as habilitações literárias verificou-se que mais de 60% dos sujeitos com instrução ao nível do ensino superior detém níveis de LS excelentes e suficientes, enquanto que, mais de 60% dos sujeitos com uma instrução até ao 9º ano de escolaridade detém níveis problemáticos e inadequados de LS (Espanha et al., 2016).

1.4. Hipertensão Arterial e a Literacia em Saúde

No contexto das doenças crónicas, a LS desempenha um papel fulcral na gestão da doença e no acesso aos cuidados de saúde, pois quando estabelecido este diagnóstico, o doente depara-se com um conjunto de desafios e de ajustes que devem ser realizados, para além de receber um elevado número de informações que devem ser compreendidas. Alguns estudos têm reforçado que um nível adequado de LS é essencial para controlar a doença e os efeitos colaterais da mesma, enquanto que, uma LS inadequada está associada a uma maior dificuldade relativa aos cuidados de saúde (Sany, Behzad, Ferns, & Peyman, 2020). Contudo, apesar de diferentes investigações terem identificado a importância de uma LS adequada na gestão da doença crónica, num estudo de Schiavone e Attena (2020), após a comparação dos níveis de LS entre pessoas com diagnóstico de doenças crónicas e pessoas sem o diagnóstico da patologia, os investigadores identificaram os doentes crónicos como os detentores de níveis mais baixos de LS.

No caso da HTA, de acordo com Heizomi et al. (2020), indivíduos com uma LS adequada estão mais conscientes do seu estado hipertensivo e são mais propensos a alcançar um controlo dos níveis de TA. Por outro lado, quando estes indivíduos tem uma LS inadequada significa um menor conhecimento sobre a doença, menor autoeficácia na gestão da patologia e uma maior probabilidade de surgir complicações, entre elas, as doenças cardiovasculares (Fu, Dao, Wong, & Cheung, 2020). Num estudo sobre esta temática, da autoria de Araújo et al. (2018), os doentes com diagnóstico de HTA e de Diabetes revelaram, na sua grande maioria, níveis problemáticos (42.1%) e inadequados (40.4%) de LS. Contudo, quando os autores compararam os níveis de LS entre as duas patologias, constatou-se que os doentes de HTA revelaram níveis mais baixos de LS. Num outro estudo comparativo, desta vez entre indivíduos com diagnóstico de HTA e sem diagnóstico da mesma patologia, da autoria de Borges et al. (2019), foi identificado nos participantes sem a patologia níveis elevados de LS, enquanto que, os participantes com HTA apresentaram níveis mais baixos de LS. Relativamente às variáveis idade e habilitações literárias, a mesma investigação apurou que os participantes com HTA mais velhos e com um menor grau de habilitação literária apresentavam níveis mais baixos de LS, quando comparados com os participantes sem diagnóstico de HTA (Borges et al., 2019). Já outro estudo, da autoria de Ramos, Jesus, Souto e Santos (2019), determinou que os participantes com diagnóstico de HTA e uma habilitação literária, ao nível do ensino superior, apresentavam melhores níveis de LS, enquanto que, os participantes mais velhos com o mesmo diagnóstico revelaram piores níveis de LS. Posto isto, sendo esta doença assintomática, torna-se fundamental deter níveis de LS adequados, pois pode contribuir para que a educação do doente sobre os cuidados, o tratamento e a compreensão dos problemas inerentes a esta patologia seja eficaz (Berkman et al., 2011; Fawcett et al., 2010).

Perante o supramencionado, é fundamental a criação de medidas que permitam o aumento dos níveis de LS na população. Neste sentido, segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2015), níveis adequados nesta temática provocam um impacto positivo, tanto no indivíduo como na sociedade, estando entre eles: **(1)** a melhoria dos resultados da saúde e do bem-estar; **(2)** uma melhor utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, uma redução das desigualdades no acesso a esses serviços; **(3)** o aumento de uma participação consciente e ativa referente aos cuidados de saúde; **(4)** uma diminuição dos comportamentos considerados de risco para a saúde, provocando uma redução dos custos do sistema de saúde; e **(5)** a capacitação e a promoção da resiliência da comunidade face a situações adversas, levando ao enriquecimento social e cultural da mesma.

Assim, devido à existência de poucos estudos que comparem os níveis de LS entre indivíduos com diagnóstico de HTA e sem diagnóstico de HTA, torna-se necessário desenvolver investigações que contribuam para aumentar a compreensão dos níveis de LS, de indivíduos com um diagnóstico de doença crónica. Perante este contexto, o presente estudo apresenta os seguintes objetivos: **(1)** averiguar a relação entre os níveis de LS gerais com a idade e as habilitações literárias, no grupo com diagnóstico de HTA e sem HTA; **(2)** avaliar a existência de diferenças significativas entre os níveis de LS gerais, nos dois grupos, em função das habilitações literárias e da idade; **(3)** explorar se existem diferenças significativas nas dimensões de LS (Cuidados de Saúde, Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde), nos dois grupos, em função das habilitações literárias e da idade; e **(4)** comparar os níveis e dimensões de LS, entre os dois grupos, em função da idade e das habilitações literárias.

2. Método

A presente investigação pode ser classificada como quantitativa, pois, tem como objetivo descrever um número alargado de casos. Também é considerada uma investigação descritiva, visto que, pretende descrever a forma como se comportam as variáveis selecionadas na amostra. É, ainda, percecionada como uma investigação comparativa, pelo facto de pretender comparar os níveis de LS obtidos entre os dois grupos e, por último, pode ser considerada uma investigação transversal, uma vez que, a administração dos questionários foi efetuada uma única vez, num determinado momento.

2.1. Participantes

A amostra foi constituída por 152 participantes, sendo 66 participantes do género masculino (43.4%) e 86 do género feminino (56.6%), cuja média de idades localizou-se nos 55 anos ($SD = 8.41$), com idade mínima nos 35 anos e máxima nos 65 anos. Em relação às habilitações literárias, nesta amostra 39 participantes frequentaram até ao 4º ano de escolaridade (25.7%), 25 participantes concluíram o 6º ano (16.4%), 37 participantes finalizaram o 9º ano (24.3%), 27 participantes concluíram o 12º ano (17.8%) e 24 participantes obtiveram uma licenciatura (15.8%). Ao nível do estado civil, a grande maioria da amostra, isto

é, 75.7% dos participantes encontravam-se casados ($n = 115$), seguidos por 11 participantes solteiros e divorciados (7.2%, respetivamente), 8 conviviam em união de facto (5.3%) e 7 encontravam-se viúvos (4.6%). Sobre a situação profissional, a grande maioria da amostra, ou seja, 65.8% dos participantes encontravam-se empregados ($n = 100$), seguido por 34 participantes reformados (22.4%), 11 participantes desempregados (7.2%) e 7 participantes que se posicionaram como domésticos (4.6%) (cf. Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização dos Dados Sociodemográficos da Amostra

	<i>N</i> = 152	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
Idade	152		54.92	8.41
Género				
Masculino	66	43.4		
Feminino	86	56.6		
Estado Civil				
Solteiro	11	7.2		
Casado	115	75.7		
União de facto	8	5.3		
Divorciado	11	7.2		
Viúvo	7	4.6		
Habilitações Literárias				
Até ao 4 ^o ano	39	25.7		
6 ^o ano	25	16.4		
9 ^o ano	37	24.3		
12 ^o ano	27	17.8		
Licenciatura	24	15.8		
Situação Profissional				
Doméstico	7	4.6		
Empregado	100	65.8		
Desempregado	11	7.2		
Reformado	34	22.4		

De forma a responder aos objetivos estabelecidos no presente estudo, a amostra foi dividida em dois grupos, cujo critério principal era a presença de diagnóstico de HTA. Assim, num primeiro grupo foram alocados participantes com um diagnóstico clínico de HTA e no segundo grupo foram alocados os participantes sem um diagnóstico clínico estabelecido de HTA no momento da recolha dos dados.

O grupo com diagnóstico de HTA, ficou formado por participantes em regime de ambulatório, acompanhados na consulta de Hipertensão Arterial do Centro Hospitalar

Universitário Cova da Beira (CHUCB). Na constituição deste grupo foi estabelecido como critérios de inclusão: **(1)** ter diagnóstico de HTA e conhecimento sobre o mesmo; **(2)** ausência de alterações do estado de consciência; **(3)** o estabelecimento do diagnóstico ter sido efetuado há mais de 6 meses; **(4)** ter idade superior aos 18 anos; e **(5)** ausência de patologias que necessitem de tratamentos com elevado grau de complexidade ou que provoquem algum grau de incapacidade. Como critérios de exclusão foram delineados: **(1)** a recusa em participar da investigação; **(2)** ter limitações intelectuais evidentes; e **(3)** estar sob o efeito de álcool ou drogas.

Este grupo contou com a participação de 76 sujeitos, sendo 31 sujeitos do género masculino (40.38%) e 45 sujeitos de género feminino (59.2%), cuja média de idade foi de 58 anos ($SD = 7.70$). Referente às habilitações literárias, 25 participantes concluíram o 4º ano (30.3%), 11 participantes obtiveram o 6º ano (14.5%), 15 participantes frequentaram até ao 9º ano (19.7%), 16 participantes concluíram o 12º ano (21.1%) e 11 participantes obtiveram uma licenciatura (14.5%). Sobre o estado civil, 84.3% da amostra encontrava-se casado ($n= 64$), sendo seguido pelos solteiros e divorciados, com 4 participantes cada (5.3%, respetivamente) e, ainda, houve 3 participantes viúvos (3.9%) e 1 participante em união de facto (1.3%). Ao nível da situação profissional, 42 participantes encontravam-se empregados (55.3%), 27 participantes estavam reformados (35.5%), 4 participantes posicionavam-se como domésticos (5.3%) e 3 participantes encontravam-se desempregados (3.9%). Em relação à presença concomitante de doença crónica, física ou mental, 45 participantes afirmaram que não tinham qualquer outra doença crónica (59.2%) e 31 participantes mencionaram outros diagnósticos (40.8%), entre eles, a diabetes, problemas de tiroide e doenças degenerativas, como o Parkinson e a Esclerose Múltipla (cf. Tabela 2).

Tabela 2

Caracterização dos Dados Sociodemográficos do Grupo com Diagnóstico de HTA

	<i>N= 76</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Idade	76		57.97	7.70
Género				
Masculino	31	40.8		
Feminino	45	59.2		
Estado Civil				
Solteiro	4	5.3		
Casado	64	84.2		
União de facto	1	1.3		
Divorciado	4	5.3		
Viúvo	3	3.9		

Tabela 2 (continuação)

	<i>N</i> = 76	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
Habilitações Literárias				
Até ao 4 ^o ano	23	30.3		
6 ^o ano	11	14.5		
9 ^o ano	15	19.7		
12 ^o ano	16	21.1		
Licenciatura	11	14.5		
Situação Profissional				
Doméstico	4	5.3		
Empregado	42	55.3		
Desemprego	3	3.9		
Reformado	27	35.5		
Problema de Saúde				
Não	45	59.2		
Sim	31	40.8		

Acerca das informações clínicas, os participantes conviviam com o diagnóstico de HTA, em média há 13 anos ($SD = 8.10$) e eram acompanhados no CHUCB, em média há 12 anos ($SD = 8.57$). No que concerne à origem da doença, foi constatado que a grande maioria da amostra tinha familiares com diagnóstico de HTA (71.1%), apresentando apenas 22 participantes a ausência do fator (28.9%). Na questão da medicação, a larga maioria dos participantes, afirmou seguimento de um tratamento farmacológico (98.1%). Referente à medição da TA, 66 participantes confirmaram a realização desta tarefa (86.6%), sendo nesse sentido questionado a periodicidade do controlo dos níveis de TA, onde se constatou que 18 participantes realizaram o controlo diariamente (23.7%), 30 participantes semanalmente (39.5%) e 20 participantes mensalmente (23.7%). Relativamente aos valores obtidos de TA, no momento da consulta, 39 participantes tinham um valor considerado como “normal” (51.3%), 28 participantes uma “hipertensão arterial estágio 1” (36.8%), 4 participantes uma “hipertensão arterial estágio 2” (5.3%), 1 participante uma “hipertensão arterial estágio 3” (1.3%) e 4 participantes apresentaram uma “hipertensão sistólica isolada” (5.3%).

Ao nível das complicações inerentes a esta patologia, foi possível constatar que apenas 11 participantes estiveram internados devido à HTA (14.5%), tendo, a sua maioria a ausência de internamentos devido a esta doença, o que corresponde a 85.5% da amostra ($n=65$). Referente à existência de patologias advindas da HTA, foi verificado que os problemas oftalmológicos foram os mais referenciados com 29 participantes (38.2%), seguido dos problemas de insuficiência cardíaca com 11 participantes (14.5%), dos enfartes com 3 participantes (3.9%), da diminuição da função renal com 2 participantes (2.6%) e, por último, os acidentes vasculares cerebrais com 1 participante (1.3%). No que diz respeito às alterações efetuadas no estilo de vida: 39

participantes procederam ao controlo do peso (51.3%); 51 participantes realizaram alterações na dieta alimentar (67.1%); 60 participantes afirmaram a ausência da realização de atividades físicas (78.9%); 61 participantes mencionaram a redução do consumo de sal (80.3%); 64 participantes revelaram hábitos de consumo de álcool (84.2%), enquanto que, 63 participantes afirmaram a existência de hábitos tabágicos (82.9%). No que concerne ao item referente à satisfação com a informação, 76.6% da amostra afirmou estar “satisfeito” ($n = 58$) e ao item acerca da satisfação dos serviços prestados pelo CHUCB, verificou-se que 72.4% dos participantes posicionaram-se como “satisfeito” ($n = 55$) (cf. Tabela 3).

Tabela 3

Caracterização dos Dados Clínicos do Grupo com Diagnóstico de HTA

	<i>N</i> = 76	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
Tempo de Diagnóstico				
De 1 a 10 anos	38	50.0		
Entre 11 e 20 anos	25	32.9	13.22	8.10
Entre 21 e 30 anos	13	17.1		
Tempo de acompanhamento no CHUCB				
De 1 a 10 anos	41	53.9		
Entre 11 e 20 anos	25	32.9	12.21	8.57
Entre 21 e 30 anos	10	13.2		
Classificação da pressão arterial				
Normal ^a	39	51.3		
Hipertensão estágio 1 ^b	28	36.8		
Hipertensão estágio 2 ^c	4	5.3		
Hipertensão estágio 3 ^d	1	1.3		
Hipertensão Sistólica Isolada ^e	4	5.3		
Frequência do controlo dos níveis de pressão arterial				
Diariamente	18	23.7		
Semanalmente	30	39.5		
Mensalmente	20	26.3		
Outra	8	10.5		
Familiars com diagnóstico de HTA				
Não	22	28.9		
Sim	54	71.1		
Satisfação com a informação sobre a doença e tratamento				
Muito insatisfeito	1	1.3		
Insatisfeito	-	-		
Nem satisfeito, nem insatisfeito	6	7.9		
Satisfeito	58	76.3		
Muito satisfeito	11	14.5		

Tabela 3 (continuação)

	<i>N</i> = 76	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
Satisfação com os serviços de Saúde				
Muito insatisfeito	1	1.3		
Insatisfeito	1	1.3		
Nem satisfeito, nem insatisfeito	12	15.8		
Satisfeito	55	72.4		
Muito satisfeito	7	9.2		

Notas: A categorização da pressão arterial está de acordo com os valores de PAS e PAD publicados pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2014), sendo eles: ^a PAS 120-129 mmHg e PAD 80-84 mmHg; ^b PAS 140-149 mmHg e PAD 90-99 mmHg; ^c PAS 160-179 mmHg e PAD 100-109 mmHg; ^d PAS ≥ 180 mmHg e PAD ≥ 110 mmHg; ^e PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg.

No **grupo sem diagnóstico de HTA**, a recolha de dados foi realizada *online*, através da plataforma *google forms* e atendendo às características sociodemográficas do primeiro grupo, foi estabelecido como critérios de inclusão para este grupo: **(1)** ausência de diagnóstico clínico de HTA e o seguimento de um tratamento farmacológico para a patologia, no momento da recolha dos dados; e **(2)** ter idade compreendida entre os 35 e os 65 anos.

À semelhança do outro grupo, este grupo também contou com a participação de 76 indivíduos, sendo 41 participantes do género feminino (46.1%) e 35 participantes do género masculino (53.9%), cuja média de idades encontravam-se nos 52 anos (*SD* = 8.02). Ao nível das habilitações literárias verificou-se que 16 participantes concluíram o 4^o ano (21.1%), 14 participantes o 6^o ano (18.4%), 22 participantes o 9^o ano (28.9%), 11 participantes o 12^o ano (14.5%) e 13 participantes obtiveram uma licenciatura (17.1%). Referente ao estado civil, 7 participantes encontravam-se solteiros (9.2%), 51 participantes posicionavam-se como casados (67.1%), 7 participantes viviam em união de facto (9.2%), outros 7 participantes encontravam-se divorciados (9.2%) e, por último, 4 participantes eram viúvos (5.3%). Relativamente à situação profissional enfrentada pelos indivíduos, a grande maioria da amostra, isto é, 76.3% dos participantes encontravam-se empregados (*n* = 58), seguido por 8 participantes que se posicionaram como desempregados (10.5%), 7 participantes estavam reformados (9.2%) e 3 participantes eram domésticos (3.9%) (cf. Tabela 4).

Tabela 4*Caraterização dos Dados Sociodemográficos do Grupo sem Diagnóstico de HTA*

	<i>N</i> = 76	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
Idade	76		51.87	8.02
Género				
Masculino	35	46.1		
Feminino	41	53.9		
Estado Civil				
Solteiro	7	9.2		
Casado	51	67.1		
União de Facto	7	9.2		
Divorciado	7	9.2		
Viúvo	4	5.3		
Habilitações Literárias				
Até ao 4 ^o ano	16	21.1		
6 ^o ano	14	18.4		
9 ^o ano	22	28.9		
12 ^o ano	11	14.5		
Licenciatura	13	17.1		
Situação Profissional				
Doméstico	3	3.9		
Empregado	58	76.3		
Desempregado	8	10.5		
Reformado	7	9.2		

2.2. Instrumentos

Atendendo aos objetivos estabelecidos, às propriedades psicométricas, o número de itens e a validação para a população portuguesa, foram selecionados como instrumentos de avaliação um questionário sociodemográfico e o inquérito em literacia em saúde em Portugal (ILS-PT).

Relativamente ao **Questionário Sociodemográfico**, este era composto por um conjunto de itens acerca da idade, género, habilitações literárias, local de residência, estado civil, situação profissional, entre outras variáveis. Contudo, no grupo com HTA, este questionário continha algumas questões extras relativas à informação clínica da patologia, concretamente: **(1)** a idade que o indivíduo tinha quando foi estabelecido o diagnóstico; **(2)** o tempo de acompanhamento nas consultas de HTA no CHUCB; **(3)** a existência de outra doença crónica a nível físico ou mental; **(4)** o tipo de tratamento realizado para a HTA; **(5)** se têm algum familiar com HTA; **(6)** a frequência do controlo dos níveis de TA; **(7)** se já teve algum internamento devido à HTA; **(8)** as alterações realizadas a nível alimentar; **(9)** a regularidade

do consumo de bebidas alcoólicas; **(10)** a existência de hábitos tabágicos; e **(11)** as complicações associadas à HTA. No final do questionário, ainda continha duas questões relativas à satisfação com a informação sobre a doença e o tratamento, assim como, a satisfação com a qualidade dos serviços prestados pela instituição de saúde que o participante frequentava. Estas duas questões encontravam-se inseridas numa escala de tipo *Likert*, que variava do “muito insatisfeito” ao “muito satisfeito”. Já no grupo sem HTA, existiam duas questões extras relativas à presença de diagnóstico clínico de HTA estabelecido pelo médico e o cumprimento de um tratamento farmacológico para a HTA. Estas duas questões foram inseridas no questionário deste grupo, de forma a garantir que os participantes que compõem este segundo grupo não tinham um diagnóstico ou cumpriam um tratamento para a HTA.

O **Inquérito em Literacia em Saúde em Portugal** (ILS-PT), da autoria de Espanha et al. (2016) é constituído por 47 questões, em que as respostas variam numa escala de tipo *Likert* de 1 a 5, onde 1 significa um elevado grau de dificuldade, o 4 um grau de maior facilidade e o 5 remete para a não resposta à questão. Sobre os níveis de LS, encontram-se estabelecidos os seguintes parâmetros: pontuações entre 0 e 25 remete para um nível “inadequado” de LS; uma pontuação entre 25 e 33 significa um nível “problemático” de LS; uma pontuação entre 33 e 42 traduz-se num nível “suficiente” de LS; e pontuações entre o 42 e 50 corresponde a um nível “excelente” de LS. O cálculo destas pontuações é elaborado através da seguinte fórmula numérica utilizada pelo consórcio europeu responsável pelo desenvolvimento do HLS-EU: $[(\text{média} - 1) / 3] * 50$ (Ribeiro, Lima, & Duarte, 2020).

Ainda, é possível obter através deste instrumento quatro índices: **(1)** Índice Geral de Literacia em Saúde, elaborado através das médias das pontuações obtidas no questionário, permitindo saber o nível de LS que o indivíduo detém; **(2)** Índice de Literacia em Cuidados de Saúde, composto pelos itens Q1 a Q16, onde consta questões relativas à compreensão e avaliação da informação fornecida pelo médico, farmacêutico ou meios de comunicação, o saber atuar perante uma situação de emergência ou a capacidade de procurar uma segunda opinião; **(3)** Índice de Literacia sobre a Prevenção de Doenças, constituído pelos itens Q17 a Q31, abrange questões relativas à capacidade de procurar, compreender, avaliar e decidir sobre as informações obtidas acerca de diferentes temáticas (*e.g.*, hábitos tabágicos, excesso do consumo de sal ou sedentarismo), assim como, na adoção de medidas preventivas para a saúde; e **(4)** Índice de Literacia sobre Promoção da Saúde, obtido através dos itens Q32 a Q47, engloba questões relativas à procura, avaliação, compreensão e tomada de decisão acerca de opiniões de familiares e/ou amigos ou comportamentos saudáveis a adotar no sentido da melhoria da saúde.

Referente ao valor do alfa de *Cronbach* (α), o Índice Geral de LS publicado foi $\alpha = .96$, enquanto que, nos Índices relativos às dimensões de LS mencionados anteriormente, foi obtido um valor de $\alpha = .91$ em todos eles. Perante estes valores, foi possível perceber que o ILS-PT revelou uma consistência interna considerada elevada (Espanha et al., 2016). No presente estudo, o alfa de *Cronbach* do Índice Geral de LS revelou $\alpha = .94$, considerada uma consistência

interna muito boa (Pereira & Patrício, 2016). Já o índice relativo aos cuidados de saúde obteve $\alpha = .85$, à prevenção de doença $\alpha = .88$ e à promoção de saúde $\alpha = .86$, indicando uma consistência interna boa (Pereira & Patrício, 2016).

2.3. Procedimentos da investigação

Finalizada a revisão de literatura e selecionados os instrumentos a serem utilizados na investigação, foi solicitada a autorização para utilizar o ILS-PT aos seus autores, enquanto que, paralelamente, foi efetuado a construção do questionário sociodemográfico ajustado à recolha de informação pertinente à investigação.

A investigação, ao ser composta por dois grupos (um grupo com HTA e outro sem HTA), teve diferentes processos de recolha de dados. Referente ao grupo com diagnóstico de HTA, o protocolo com os instrumentos foi submetido à Comissão de Ética do CHUCB, tendo sido obtida a autorização para a recolha de dados a sujeitos acompanhados nas consultas de Hipertensão Arterial, do Serviço de Medicina Interna, onde a recolha ocorreu entre os meses de maio e julho de 2019. Já no grupo sem diagnóstico de HTA, o protocolo de investigação foi difundido através do *google forms*, por via *online*, durante os meses de maio e julho de 2020, onde era solicitado a participação voluntária. Em ambos os contextos de recolha de dados, os participantes foram informados dos objetivos da presente investigação, sendo garantido o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, cuja finalidade seria exclusivamente para fins da investigação.

2.3.1. Análise Estatística

De forma a efetuar o tratamento dos dados recolhidos foi utilizado o programa estatístico IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), na versão 27, de forma a realizar as estatísticas descritivas, inferenciais e a consistência interna do ILS-PT, tendo como referência para um teste significativo um valor de prova (p) não superior a um nível de significância de 5%.

Num primeiro momento foi realizado as estatísticas descritivas dos dois grupos, onde foram analisados os dados relativos às questões sociodemográficas, no qual, nos dados categóricos (*e.g.*, habilitações literárias, género, situação profissional) foram obtidas as frequências e percentagens, enquanto que, nos dados quantitativos (*e.g.*, idade) procedeu-se ao cálculo da média (M), desvio padrão (SD), mediana (Mdn) e amplitude interquartil (IQR).

De seguida, procedeu-se ao apuramento da consistência interna do ILS-PT, de forma a mensurar a fiabilidade do construto que o instrumento se propõe a avaliar e, por isso, foi realizado o cálculo do valor do alfa de *Cronbach* (α) do ILS-PT. Os valores do alfa de *Cronbach* podem variar de 0 a 1 e considerou-se o seguinte critério: **(1)** valores inferiores a 0.50 são considerados inaceitáveis; **(2)** entre 0.50 a 0.60 é uma consistência fraca; **(3)** entre 0.60 a 0.70

é uma consistência aceitável; **(4)** entre 0.70 a 0.90 é uma consistência boa; e **(5)** 0.90 a 1 é uma consistência muito boa (Pereira & Patrício, 2016).

Seguidamente, foi fundamental averiguar se cada variável quantitativa segue uma distribuição normal, de forma a escolher os testes a realizar, se paramétricos (no caso de a amostra seguir a normalidade), ou os testes não paramétricos (no caso da amostra não seguir a normalidade). Para tal, realizou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, com correção de *Lilliefors*, onde se constatou um $p < .05$ (cf. Anexo 2), evidenciando a violação do pressuposto da normalidade (Marôco, 2011). Também se tornou relevante realizar o teste de *Levene*, de forma a avaliar a homogeneidade das variâncias, tendo sido obtidos valores inferiores a $p < .05$ (cf. Anexo 3), significando a não existência de homogeneidade das variâncias (Almeida, Elian & Nobre, 2008). Perante a violação dos pressupostos necessários para a realização de testes paramétricos, foram adotados os testes não paramétricos de *Mann-Whitney U*, como alternativa ao teste t de *student* para amostras independentes, e de *Kruskal-Wallis H*, como alternativa a uma ANOVA (Pereira & Patrício, 2016). Quanto aplicável, foram ainda realizadas as comparações aos pares, recorrendo-se ao teste de *Dunn* com correção de *Bonferroni* (Dunn, 2012).

Por último, com o objetivo de avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas e o ILS-PT, foi utilizado o coeficiente de *Spearman* (r_s), visto este ser o mais indicado nos casos em que as variáveis não se encontram normalmente distribuídas, sem existir uma tendência linear ou para variáveis categóricas ordinais (Pereira & Patrício, 2016). Este coeficiente, que varia entre -1 e 1, permite avaliar a direção da associação (positiva, em que tendem a variar no mesmo sentido ou negativa, no qual, variam em sentidos opostos), cuja intensidade pode revelar: **(1)** uma associação muito baixa, para valores inferiores a 0.19; **(2)** uma associação baixa, para valores entre 0.20 e 0.30; **(3)** uma associação moderada, para valores entre 0.40 e 0.69; **(4)** uma associação elevada, para valores entre 0.70 e 0.89; e **(5)** uma associação muito elevada, para valores superiores a 0.89 (Pereira & Patrício, 2016).

3. Apresentação dos Resultados

3.1. Estatísticas Descritivas

No que concerne ao **Índice Geral de Literacia em Saúde** (cf. Tabela 5), o grupo com HTA manifestou uma média de 31.40 ($SD = 4.83$), enquanto que, o grupo sem HTA apresentou uma média de 31.80 ($SD = 4.46$). Através deste ligeiro aumento da média, observou-se que os participantes sem HTA possuem um maior conhecimento sobre as questões de saúde e doenças, do que os participantes com HTA.

Ao nível do **Índice de Literacia em Cuidados de Saúde** (cf. Tabela 5), o grupo com HTA obteve uma média de 33.90 ($SD = 5.55$) e, em contrapartida, o grupo sem HTA apresentou uma média de 31.78 ($SD = 5.09$). Perante estes resultados, verificou-se um aumento da média

no grupo com HTA, relativamente ao grupo sem HTA, observando-se que, em média, os participantes com HTA pontuaram mais elevado nas questões relativas aos cuidados de saúde.

Relativamente ao **Índice de Literacia em Prevenção de Doenças** (cf. Tabela 5), o grupo com HTA manifestou uma média de 29.97 ($SD = 6.27$), enquanto que, o grupo sem HTA apresentou uma média de 32.46 ($SD = 4.82$), significando que os participantes deste último grupo pontuaram, em média, mais elevado do que os participantes do grupo com HTA, nas questões relativas aos conhecimentos e comportamentos preventivos de doenças.

Por último, no **Índice de Literacia em Promoção da Saúde** (cf. Tabela 5), o grupo com HTA apresentou uma média de 30.24 ($SD = 6.27$) e, em oposição, o grupo sem HTA revelou uma média de 31.20 ($SD = 5.00$). Assim, em média, os participantes sem HTA pontuaram mais elevado nos itens acerca da temática da promoção da saúde, do que os participantes com HTA.

Tabela 5

Índices do ILS-PT

	Grupo com HTA				Grupo sem HTA			
	<i>(n = 76)</i>				<i>(n = 76)</i>			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mínimo	Máximo
Ind-ILS-PT-Total	31.40	4.83	21.63	49.29	31.80	4.46	24.11	50.00
Ind-ILS-PT-CS	33.90	5.55	21.88	47.92	31.78	5.09	19.79	50.00
Ind-ILS-PT-PD	29.97	6.27	14.44	50.00	32.46	4.82	23.33	50.00
Ind-ILS-PT-PS	30.24	5.05	18.75	50.00	31.20	5.00	17.71	50.00

Notas. Ind-ILS-PT-Total = Índice Geral de Literacia em Saúde; Ind-ILS-PT-CS = Índice de Literacia em Cuidados de Saúde; Ind-ILS-PT-PD = Índice de Literacia em Prevenção de Doença; Ind-ILS-PT-PS = Inquérito de Literacia em Promoção da Saúde.

Atendendo ao supramencionado até ao momento, importa agora referir a classificação aferida sobre os níveis de LS, tanto na generalidade, como nas respetivas dimensões.

Referente ao **ILS-PT** (cf. Tabela 6), o grupo com HTA apresentou, 60.5% e 7.9% dos participantes com um nível “problemático” e “inadequado” de LS, respetivamente. Quando comparámos estes resultados com o grupo sem HTA, observou-se que este grupo manifestou, 61.8% e 6.6% dos participantes com níveis “problemáticos” e “inadequados” de LS, respetivamente. Relativamente ao nível “suficiente” e “excelente”, ambos os grupos revelaram a mesma percentagem, isto é, 27.6% e 3.9% dos participantes, dos dois grupos, apresentaram níveis classificados como “suficientes” e “excelentes”, respetivamente. Os valores obtidos no ILS-PT em ambos os grupos indicam que, na sua generalidade, os participantes manifestaram dificuldades nas questões associadas à doença e saúde.

Tabela 6*Níveis de Literacia em Saúde do ILS-PT*

	Grupo com HTA		Grupo sem HTA	
	<i>(n = 76)</i>		<i>(n = 76)</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Nível Inadequado	6	7.9	5	6.6
Nível Problemático	46	60.5	47	61.8
Nível Suficiente	21	27.6	21	27.6
Nível Excelente	3	3.9	3	3.9

Ao nível da dimensão **Cuidados de Saúde** (cf. Tabela 7), verificámos que o grupo com HTA apresentou uma maior percentagem de participantes com um nível “suficiente” e “excelente” de LS (52.6% e 5.3%, respetivamente), enquanto que, o grupo sem HTA manifestou uma maior percentagem de participantes com um nível “inadequado” e “problemático” de LS (7.9% e 46.1%, respetivamente). Perante estes resultados, observou-se que os participantes com HTA possuem níveis de LS mais elevados no âmbito dos cuidados de saúde.

Tabela 7*Níveis de Literacia em Saúde da dimensão de Cuidados de Saúde*

	Grupo com HTA		Grupo sem HTA	
	<i>(n = 76)</i>		<i>(n = 76)</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Nível Inadequado	5	6.6	6	7.9
Nível Problemático	27	35.5	35	46.1
Nível Suficiente	40	52.6	32	42.1
Nível Excelente	4	5.3	3	3.9

No que concerne à dimensão de **Prevenção de Doenças** (cf. Tabela 8), observou-se, no grupo com HTA, uma elevada percentagem de níveis “inadequados” e “problemáticos” de LS (17.1% e 61.8%, respetivamente). Por outro lado, no grupo sem HTA verificou-se que metade dos participantes apresentaram níveis “inadequados” e “problemáticos” (1.3% e 48.7%, respetivamente) e outra metade níveis “suficientes” e “excelentes” de LS (44.7% e 5.3%, respetivamente). Assim, verificamos percentagens mais elevadas de participantes com HTA com níveis “inadequados” e “problemáticos”, quando comparamos com as percentagens apresentadas pelos participantes sem HTA, sendo, neste sentido, apurado que os participantes com HTA manifestam níveis mais baixos de LS, no âmbito da prevenção de doenças.

Tabela 8*Níveis de Literacia em Saúde da dimensão de Prevenção de Doenças*

	Grupo com HTA		Grupo sem HTA	
	<i>(n = 76)</i>		<i>(n = 76)</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Nível Inadequado	13	17.1	1	1.3
Nível Problemático	47	61.8	47	48.7
Nível Suficiente	10	13.2	34	44.7
Nível Excelente	6	7.9	4	5.3

Por último, na dimensão de **Promoção da Saúde** (cf. Tabela 9), à semelhança do que aconteceu anteriormente, nesta dimensão os participantes com HTA também apresentaram, na sua maioria, níveis “inadequados” e “problemáticos” de LS (15.8% e 59.2%, respetivamente). Todavia, também os participantes sem HTA apresentaram, maioritariamente, níveis “inadequados” e “problemáticos” de LS (10.5% e 50.0%, respetivamente). Face aos resultados obtidos, verificamos que as percentagens de níveis “inadequados” e “problemáticos” apresentados pelos participantes com HTA são mais elevadas, do que dos participantes sem HTA e, por esta razão, observa-se que os participantes com HTA manifestaram maiores dificuldades de LS relativas aos conhecimentos e comportamentos promotores da saúde.

Tabela 9*Níveis de Literacia em Saúde da dimensão de Promoção da Saúde*

	Grupo com HTA		Grupo sem HTA	
	<i>(n = 76)</i>		<i>(n = 76)</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Nível Inadequado	12	15.8	8	10.5
Nível Problemático	45	59.2	38	50.0
Nível Suficiente	17	22.4	27	35.5
Nível Excelente	2	2.6	3	3.9

3.2. Estatísticas Inferenciais

3.2.1. Análise da correlação da Idade e das Habilidades Literárias entre as diferentes dimensões do ILS-PT

De forma a aferir a existência de associações entre a variável idade e habilidades literárias com as dimensões que compõem o ILS-PT (cf. Tabela 10) foi realizado o teste de correlações de *Spearman* (r_s).

Relativamente à variável **idade** encontrou-se uma associação negativa baixa com o ILS-PT, na sua generalidade ($r_s = -.325$, $p < .01$) e com a dimensão de Promoção da Saúde ($r_s = -.372$, $p < .01$). Também se encontrou uma associação negativa moderada com a dimensão de Prevenção de Doenças ($r_s = -.418$, $p < .01$). Todavia, na dimensão de Cuidados de Saúde, não se verificou uma associação entre esta dimensão e a variável ($r_s = -.130$, $p = .11$). Perante estes resultados foi possível concluir que, com o aumento da idade, tendem a diminuir os níveis de LS gerais, bem como, ao nível da prevenção de doenças e promoção de saúde.

Sobre a variável **habilidades literárias**, encontrou-se uma associação positiva baixa entre esta variável e o ILS-PT, na sua generalidade ($r_s = .327$, $p < .01$), assim como, com a dimensão de Cuidados de Saúde ($r_s = .253$, $p < .01$), de Prevenção de Doenças ($r_s = .253$, $p < .01$) e de Promoção da Saúde ($r_s = .277$, $p < .01$). De acordo com estes resultados, verificou-se que à medida que as habilidades literárias aumentam, os níveis de LS tendem também a aumentar, tanto na sua generalidade como nas respetivas dimensões.

Tabela 10

Associações entre as variáveis Idade e Habilidades Literárias com as dimensões do ILS-PT – Coeficiente de Spearman

	Idade		Habilidades Literárias	
	r_s	p	r_s	p
ILS-PT-Total	-.325	<.01*	.327	<.01
ILS-PT-CS	-.130	.11	.253	<.01
ILS-PT-PD	-.418	<.01*	.334	<.01
ILS-PT-PS	-.372	<.01*	.277	<.01

Notas. ILS-PT-Total = Inquérito em Literacia em Saúde; ILS-PT-CS = Inquérito em Literacia em Saúde, na dimensão de Cuidados de Saúde; ILS-PT-PD = Inquérito em Literacia em Saúde, na dimensão de Prevenção de Doenças; ILS-PT-PS = Inquérito em Literacia em Saúde, na dimensão de Promoção da Saúde; r_s = estatística do coeficiente de *Spearman*; * = valores de prova considerados estatisticamente significativos.

- **Análise da correlação da Idade e das Habilidades Literárias entre as diferentes dimensões do ILS-PT, nos grupos com e sem HTA**

Ao nível do **grupo com HTA** (cf. Tabela 11), encontrou-se uma associação negativa moderada entre a **idade** e o ILS-PT, no geral ($r_s = -.422, p = < .01$), e com a dimensão Prevenção de Doenças ($r_s = -.477, p < .01$). Sobre as dimensões de Cuidados de Saúde e Promoção de Saúde observou-se uma associação negativa baixa entre estas dimensões e a variável idade ($r_s = -.296, p = .01$ e $r_s = -.376, p < .01$, respetivamente). Assim, verificou-se que, com o aumento da idade, os níveis de LS tendem a diminuir, tanto a nível geral como nas dimensões. Relativamente à variável **habilidades literárias** encontrou-se uma associação positiva baixa com o ILS-PT geral ($r_s = .363, p < .01$) e a dimensão de Promoção da Saúde ($r_s = .305, p < .01$). Já na dimensão de Prevenção de Doenças, detetou-se uma associação positiva moderada entre esta dimensão e a variável habilidades literárias ($r_s = .403, p < .01$). Todavia, não se encontrou uma associação relevante entre a dimensão Cuidados de Saúde e as habilidades literárias ($r_s = .215, p = .06$). Perante os resultados supramencionados, foi possível concluir que, quando aumentam as habilidades literárias, tendem também a aumentar os níveis de LS, tanto na sua generalidade, como ao nível da prevenção de doença e promoção da saúde.

No **grupo sem HTA** (cf. Tabela 11) é de ressaltar a existência de apenas uma associação negativa baixa entre a dimensão de Promoção de Saúde e a variável **idade** ($r_s = -.269, p = .02$), não tendo sido possível observar associações significativas entre esta variável e o ILS-PT geral ($r_s = -.182, p = .12$), a dimensão Cuidados de Saúde ($r_s = -.156, p = .18$) e a dimensão de Prevenção de Doenças ($r_s = -.157, p = .18$). Assim, pode-se afirmar que, com o aumento da idade, os níveis de LS relativos à promoção de saúde tendem a diminuir. Referente à variável **habilidades literárias**, apenas não se encontrou uma associação com a dimensão de Promoção da Saúde ($r_s = .194, p = .09$). Porém, encontraram-se associações positivas baixas entre esta variável e o ILS-PT, na sua generalidade ($r_s = .279, p = .02$), bem como, nas dimensões de Cuidados de Saúde ($r_s = .331, p < .01$) e Prevenção de Doenças ($r_s = .255, p = .03$). Assim, constatou-se que com o aumento das habilidades literárias, tendem a aumentar também os níveis de LS na generalidade e relativos à temática de cuidados de saúde e prevenção de doenças.

Tabela 11

Associações entre a Idade e Habilitações Literárias e as diferentes dimensões do ILS-PT, nos grupos com HTA e sem HTA – Coeficiente de Spearman

	Idade		Habilitações Literárias	
	r_s	p	r_s	p
Grupo com HTA				
ILS-PT-Total	-.422	<.01*	.363	<.01*
ILS-PT-CS	-.296	.01*	.215	.06
ILS-PT-PD	-.472	<.01*	.403	<.01*
ILS-PT-PS	-.376	<.01*	.345	<.01*
Grupo sem HTA				
ILS-PT-Total	-.182	.12	.279	.02*
ILS-PT-CS	-.156	.18	.331	<.01*
ILS-PT-PD	-.157	.18	.255	.03*
ILS-PT-PS	-.269	.02*	.194	.09

Notas. ILS-PT-Total = Inquérito em Literacia em Saúde; ILS-PT-CS = Inquérito em Literacia em Saúde, na dimensão de Cuidados de Saúde; ILS-PT-PD = Inquérito em Literacia em Saúde, na dimensão de Prevenção de Doenças; ILS-PT-PS = Inquérito em Literacia em Saúde, na dimensão de Promoção de Saúde; r_s = estatística do coeficiente de Spearman; * = valores de prova considerados estatisticamente significativos.

3.2.2. Diferenças entre os níveis de Literacia em Saúde, em função das Habilitações Literárias

Com a amostra deste estudo, encontrou-se uma influência estatisticamente significativa das habilitações literárias na LS ao nível do **ILS-PT** ($H(2) = 17.49$, $p < .01$; cf. Tabela 12). Recorrendo ao teste *Dunn* com correção de *Bonferroni* (cf. Tabela 13) verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre o ILS-PT dos participantes com uma habilitação literária até ao 4º ano e dos participantes com uma habilitação literária do 6º ao 9º ano ($p = .01$), sendo possível verificar que os participantes com uma instrução até ao 4º ano de escolaridade apresentaram níveis de LS mais baixos do que os participantes com uma instrução do 6º ao 9º ano de escolaridade. Também se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre o ILS-PT dos participantes com uma habilitação literária até ao 4º ano e dos participantes com uma habilitação literária do 12º ano à licenciatura ($p < .01$), observando-se, novamente, nos participantes com uma instrução até ao 4º ano de escolaridade níveis significativamente mais baixos de LS, quando comparados com os participantes com uma instrução do 12º ano à licenciatura.

Ao nível das dimensões que configuram este instrumento (cf. Tabela 12), importa ressaltar que as habilitações literárias influenciaram significativamente as dimensões Cuidados de Saúde ($H(2) = 10.34$, $p = .01$), Prevenção de Doença ($H(2) = 17.07$, $p < .01$) e Promoção da Saúde ($H(2) = 12.13$, $p < .01$). Referente à dimensão de **Cuidados de Saúde** foi possível observar que os participantes com uma instrução até ao 4º ano de escolaridade apresentaram

diferenças estatisticamente significativas quando comparados com os participantes com uma instrução do 6º ao 9º ano ($p = .03$) e do 12º ano à licenciatura ($p = .01$). No que concerne à dimensão de **Prevenção de Doenças**, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas, ao nível dos participantes com uma instrução até ao 4º ano, quando estes são comparados com os participantes com uma instrução do 6º ao 9º ano ($p = .02$) e do 12º ano à licenciatura ($p < .01$). Por último, e à semelhança das dimensões já referidas, na dimensão de **Promoção da Saúde**, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas na comparação entre os participantes com uma instrução até ao 4º ano e os participantes com uma instrução do 6º ao 9º ano ($p = .02$) e do 12º ano à licenciatura ($p < .01$) (cf. Tabela 13). Perante estes resultados, pudemos concluir que, nas três dimensões do ILS-PT, os participantes com uma instrução ao nível do 4º ano de escolaridade revelaram níveis significativamente mais baixos de LS, quando comparados com os participantes com uma instrução entre o 6º e o 9º ano de escolaridade e com os participantes com uma instrução entre o 12º ano e uma licenciatura.

Tabela 12

Influência das Habilitações Literárias nos níveis de Literacia em Saúde, nas diferentes dimensões do ILS-PT – Teste de Kruskal-Wallis

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
ILS-PT-Total							
Até ao 4º ano	29.28	2.87	29.43	3.90	51.96		
Do 6º ao 9º ano	31.53	3.43	32.09	3.63	80.92	17.49	<.01*
Do 12º ano à licenciatura	33.44	6.07	32.62	4.96	89.89		
ILS-PT-CS							
Até ao 4º ano	30.66	4.27	30.20	5.21	57.49		
Do 6º ao 9º ano	33.13	4.48	33.33	4.43	80.54	10.34	.01*
Do 12º ano à licenciatura	34.15	6.68	33.33	8.33	86.13		
ILS-PT-PD							
Até ao 4º ano	28.51	3.90	28.89	4.44	53.49		
Do 6º ao 9º ano	30.79	4.51	31.67	4.44	78.48	17.07	<.01*
Do 12º ano à licenciatura	33.79	7.03	32.22	7.78	91.69		
ILS-PT-PS							
Até ao 4º ano	28.63	3.61	29.17	5.21	56.00		
Do 6º ao 9º ano	30.65	3.60	31.25	5.21	80.69	12.13	<.01*
Do 12º ano à licenciatura	32.39	6.67	31.25	6.25	87.10		

Notas. ILS-PT-Total = Inquérito em Literacia em Saúde; ILS-PT-CS = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Cuidados de Saúde; ILS-PT-PD = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Prevenção de Doenças; ILS-PT-PS = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Promoção de Saúde; *H* = estatística de teste *Kruskal-Wallis*; * = valores de provas considerados estatisticamente significativos.

Tabela 13

Comparação dos níveis ILS-PT total e das diferentes dimensões do ILS-PT entre as Habilitações Literárias – Teste de Dunn com correção de Bonferroni

	Z	p
ILS-PT-Total		
Até ao 4º ano vs Do 6º ano ao 9º ano	-28.96	.01*
Até ao 4º ano vs Do 12º ano à licenciatura	-37.93	<.01*
Do 6º ano ao 9º ano vs Do 12º ano à licenciatura	-8.97	.84
ILS-PT-CS		
Até ao 4º ano vs Do 6º ano ao 9º ano	-23.05	.03*
Até ao 4º ano vs Do 12º ano à licenciatura	-28.64	.01*
Do 6º ano ao 9º ano vs Do 12º ano à licenciatura	-5.59	1.00
ILS-PT-PD		
Até ao 4º ano vs Do 6º ano ao 9º ano	-25.00	.02*
Até ao 4º ano vs Do 12º ano à licenciatura	-38.20	<.01*
Do 6º ano ao 9º ano vs Do 12º ano à licenciatura	-13.20	.33
ILS-PT-PS		
Até ao 4º ano vs Do 6º ano ao 9º ano	-24.68	.02*
Até ao 4º ano vs Do 12º ano à licenciatura	-31.10	<.01*
Do 6º ano ao 9º ano vs Do 12º ano à licenciatura	-6.42	1.00

Notas. ILS-PT-Total = Inquérito em Literacia em Saúde; ILS-PT-CS = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Cuidados de Saúde; ILS-PT-PD = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Prevenção de Doenças; ILS-PT-PS = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Promoção de Saúde; * = valores de prova considerados estatisticamente significativos.

• Influência das Habilitações Literárias nos níveis de Literacia em Saúde dos grupos com e sem HTA

Verificou-se que as habilitações literárias influenciaram significativamente os níveis ILS-PT dos grupos com HTA e sem HTA ($H(2) = 7.72, p = .02$ e $H(2) = 12.31, p < .01$, respetivamente; cf. Tabela 14). O teste de *Dunn* com correção de *Bonferroni* (cf. Tabela 15) evidenciou no **grupo com HTA** diferenças estatisticamente significativas entre os níveis ILS-PT dos participantes com uma instrução até ao 4º ano e dos participantes com uma instrução do 12º ano à licenciatura ($p = .02$). Já no **grupo sem HTA** encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os níveis ILS-PT dos participantes com uma instrução até ao 4º ano e dos participantes com uma instrução do 6º ao 9º ano ($p < .01$) e do 12º ano à licenciatura ($p = .01$). Posto isto, é possível afirmar que, na generalidade, os participantes com HTA e com uma habilitação literária até ao 4º ano de escolaridade apresentaram níveis de LS significativamente mais baixos, quando comparados com os participantes com uma habilitação literária entre o 12º ano e uma licenciatura. Por outro lado, os participantes sem HTA e com uma habilitação literária até ao 4º ano apresentaram níveis significativamente mais baixos de

LS, quando comparados com os participantes com uma habilitação literária do 6º ao 9º ano e do 12º ano à licenciatura.

Relativamente às diferentes dimensões do ILS-PT, apenas no grupo sem HTA foi encontrada uma influência estatisticamente significativa das habilitações literárias nos níveis de LS da dimensão **Cuidados de Saúde** ($H(2) = 12.61, p < .01$; cf. Tabela 14), enquanto que, no **grupo com HTA** essa influência não se mostrou estatisticamente significativa ($H(2) = 3.63, p = .16$). Assim, no **grupo sem HTA**, após a realização do teste de *Dunn* com correção de *Bonferroni* (cf. Tabela 15), foi possível detetar diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de LS da dimensão Cuidados de Saúde dos participantes com uma instrução até ao 4º ano e dos participantes com uma instrução do 6º ao 9º ano ($p < .01$) e do 12º ano à licenciatura ($p < .01$), evidenciando que os participantes sem HTA com uma instrução até ao 4º ano detinham níveis significativamente mais baixos de LS, relativos à temática de cuidados de saúde, do que os participantes com uma habilitação literária do 6º ao 9º ano e do 12º ano à licenciatura.

Na dimensão de **Prevenção de Doenças**, encontraram-se nos dois grupos, com HTA e sem HTA, influências estatisticamente significativas das habilitações literárias nos níveis de LS ($H(2) = 9.52, p = .01$ e $H(2) = 7.81, p = .02$, respetivamente, cf. Tabela 14). Das comparações com o teste de *Dunn* com correção de *Bonferroni* (cf. Tabela 15), foi possível observar que no **grupo sem HTA**, os participantes com uma habilitação literária até ao 4º ano revelaram mais dificuldades no âmbito da prevenção de doenças, quando comparados com os participantes sem diagnóstico e com uma habilitação literária do 12º ano à licenciatura ($p = .02$). Algo semelhante também se verificou no **grupo com HTA**, no qual, os participantes com uma habilitação literária até ao 4º ano revelaram níveis significativamente mais baixos de LS, quando comparados com os participantes com uma instrução do 12º ano à licenciatura ($p = .01$).

Por último, na dimensão de **Promoção da Saúde** (cf. Tabela 14) também se verificou influências estatisticamente significativas das habilitações literárias nos níveis de LS dos grupos com HTA ($H(2) = 7.31, p = .03$) e sem HTA ($H(2) = 6.78, p = .03$). Recorrendo ao teste *Dunn* com correção de *Bonferroni* (cf. Tabela 15), verificou-se no **grupo com HTA** que os participantes com uma habilitação literária até ao 4º ano revelaram níveis mais baixos de LS, quando comparados com os participantes com uma instrução entre o 12º ano e uma licenciatura ($p = .03$). Já no **grupo sem HTA**, os participantes com uma instrução até ao 4º ano demonstraram níveis mais baixos de LS, quando comparados com os participantes com uma instrução entre o 6º e o 9º ano ($p = .03$).

Tabela 14

Influência das Habilitações Literárias nos níveis de Literacia em Saúde e das respetivas dimensões, nos grupos com HTA e sem HTA – Teste de Kruskal-Wallis

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
ILS-PT-Total							
Grupo com HTA							
Até ao 4º ano	29.43	3.13	29.79	6.03	29.37		
Do 6º ao 9º ano	30.93	4.72	30.85	6.21	38.02	7.72	.02*
Do 12º ano à licenciatura	33.52	5.42	32.98	6.74	46.74		
Grupo sem HTA							
Até ao 4º ano	29.08	2.52	28.72	2.66	21.34		
Do 6º ao 9º ano	31.97	2.05	32.27	2.84	42.93	12.31	<.01*
Do 12º ano à licenciatura	33.35	6.84	32.45	5.41	43.29		
ILS-PT-CS							
Grupo com HTA							
Até ao 4º ano	32.07	4.34	31.25	6.25	31.20		
Do 6º ao 9º ano	34.54	6.02	33.85	9.64	41.65	3.63	.16
Do 12º ano à licenciatura	34.84	5.83	35.42	8.33	41.69		
Grupo sem HTA							
Até ao 4º ano	28.65	3.34	28.13	4.17	21.31		
Do 6º ao 9º ano	32.12	2.58	33.33	3.12	42.43	12.61	<.01*
Do 12º ano à licenciatura	33.38	7.58	32.81	5.99	44.06		
ILS-PT-PD							
Grupo com HTA							
Até ao 4º ano	27.39	4.40	27.78	6.67	29.78		
Do 6º ao 9º ano	28.97	5.83	30.00	6.67	35.81	9.59	.01*
Do 12º ano à licenciatura	33.13	6.86	31.11	7.78	48.52		
Grupo sem HTA							
Até ao 4º ano	30.14	2.33	30.00	3.06	25.66		
Do 6º ao 9º ano	32.10	2.65	33.33	3.33	40.11	7.81	.02*
Do 12º ano à licenciatura	34.54	7.29	33.33	7.50	44.65		
ILS-PT-PS							
Grupo com HTA							
Até ao 4º ano	28.71	2.89	29.17	5.21	31.67		
Do 6º ao 9º ano	29.17	4.36	29.69	4.95	35.21	7.31	.03*
Do 12º ano à licenciatura	35.56	6.28	31.25	6.25	47.48		
Grupo sem HTA							
Até ao 4º ano	28.51	4.55	30.21	6.77	26.03		
Do 6º ao 9º ano	31.71	2.50	32.29	2.08	42.65	6.78	.03*
Do 12º ano à licenciatura	32.20	7.21	31.77	7.29	40.58		

Notas. ILS-PT-Total = Inquérito em Literacia em Saúde; ILS-PT-CS = Inquérito de Literacia em Saúde, dimensão de Cuidados de Saúde; ILS-PT-PD = Inquérito de Literacia em Saúde, dimensão de Prevenção de Doenças; ILS-PT-PS = Inquérito de Literacia em Saúde, dimensão de Promoção da Saúde; *H* = estatística de *Kruskal-Wallis*; * = valores de prova considerados estatisticamente significativos.

Tabela 15

Comparação de cada dimensão do ILS-PT entre as Habilitações Literárias nos grupos com HTA e sem HTA – Teste de Dunn com correção de Bonferroni

	Grupo com HTA		Grupo sem HTA	
	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
ILS-PT-Total				
Até ao 4 ^o ano <i>vs</i>				
Do 6 ^o ano ao 9 ^o ano	-8.65	.51	-21.59	<.01*
Até ao 4 ^o ano <i>vs</i>				
Do 12 ^o ano à licenciatura	-17.37	.02*	-21.95	.01*
Do 6 ^o ano ao 9 ^o ano <i>vs</i>				
Do 12 ^o ano à licenciatura	-8.72	.45	-0.36	1.00
ILS-PT-CS				
Até ao 4 ^o ano <i>vs</i>				
Do 6 ^o ano ao 9 ^o ano	-	-	-21.19	<.01*
Até ao 4 ^o ano <i>vs</i>				
Do 12 ^o ano à licenciatura	-	-	-22.75	<.01*
Do 6 ^o ano ao 9 ^o ano <i>vs</i>				
Do 12 ^o ano à licenciatura	-	-	-1.63	1.00
ILS-PT-PD				
Até ao 4 ^o ano <i>vs</i>				
Do 6 ^o ano ao 9 ^o ano	-6.03	1.00	-14.46	.08
Até ao 4 ^o ano <i>vs</i>				
Do 12 ^o ano à licenciatura	-18.74	.01*	-18.99	.02*
Do 6 ^o ano ao 9 ^o ano <i>vs</i>				
Do 12 ^o ano à licenciatura	-12.71	.12	-4.54	1.00
ILS-PT-PS				
Até ao 4 ^o ano <i>vs</i>				
Do 6 ^o ano ao 9 ^o ano	-3.54	1.00	-16.62	.03*
Até ao 4 ^o ano <i>vs</i>				
Do 12 ^o ano à licenciatura	-15.81	.03*	-14.55	.12
Do 6 ^o ano ao 9 ^o ano <i>vs</i>				
Do 12 ^o ano à licenciatura	-12.27	.13	2.07	1.00

Notas. ILS-PT-Total = Inquérito em Literacia em Saúde; ILS-PT-CS = Inquérito de Literacia em Saúde, dimensão de Cuidados de Saúde; ILS-PT-PD = Inquérito de Literacia em Saúde, dimensão de Prevenção de Doenças; ILS-PT-PS = Inquérito de Literacia em Saúde, dimensão de Promoção da Saúde; * = valores de prova considerados estatisticamente significativos.

- **Diferenças nos níveis de Literacia em Saúde entre os grupos com e sem HTA para cada Habilitação Literária**

No âmbito do **ILS-PT** (cf. Tabela 16), para os participantes com escolaridade até ao 4º ano, do 6º ao 9º ano e do 12º ano à licenciatura, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de LS entre os grupos com e sem HTA ($U = 169.00, p = .69$; $U = 513.00, p = .52$; $U = 309.00, p = .77$, respetivamente).

Sobre as dimensões deste instrumento, na dimensão de **Cuidados de Saúde** (cf. Tabela 16), para os participantes com escolaridade do 6º ao 9º ano ($U = 345.00, p = .08$) e do 12º ano à licenciatura ($U = 273.00, p = .34$) não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de LS entre os grupos com e sem HTA. Contudo, para os participantes com escolaridade até ao 4º ano encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de LS entre os grupos com e sem HTA ($U = 104.00, p = .02$), verificando-se que foi no grupo com HTA onde se revelou uma maior adoção de atitudes de cuidados de saúde ($M = 36.07, SD = 4.34, Mdn = 31.25$), quando comparado com o grupo sem diagnóstico ($M = 28.65, SD = 3.34, Mdn = 28.13$).

No âmbito da **Prevenção de Doenças** (cf. Tabela 16), apenas no grupo com uma habilitação do 12º ano à licenciatura não se encontrou diferenças estatisticamente significativas nos níveis de LS entre os grupos com e sem HTA ($U = 371.00, p = .37$). Em compensação, o grupo com escolaridade até ao 4º ano apresentou uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de LS ($U = 253.50, p = .05$), sendo o grupo sem HTA, aquele que apresentou mais atitudes preventivas de doenças ($M = 30.14, SD = 2.33, Mdn = 30.00$), do que o grupo com HTA ($M = 27.39, SD = 4.40, Mdn = 27.78$). Também no grupo com uma habilitação literária do 6º ao 9º ano é observado diferenças estatisticamente significativas ($U = 677.00, p < .01$), apresentando o grupo sem HTA melhores níveis de LS nesta temática ($M = 32.10, SD = 2.65, Mdn = 33.33$), do que o grupo com HTA ($M = 28.97, SD = 5.83, Mdn = 30.00$).

Por fim, na dimensão de **Promoção de Saúde** (cf. Tabela 16), não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de LS entre os grupos com e sem HTA para as escolaridades até ao 4º ano ($U = 197.00, p = .72$) e do 12º ano à licenciatura ($U = 312.50, p = .83$). Contudo, para a escolaridade do 6º ao 9º ano encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de LS entre os grupos com e sem HTA ($U = 640.50, p = .01$), sendo possível observar que o grupo sem HTA revelou adotar mais atitudes de promoção de saúde ($M = 31.71, SD = 2.50, Mdn = 32.29$), do que o grupo com HTA ($M = 29.17, SD = 4.36, Mdn = 29.69$).

Tabela 16

Comparação dos níveis de Literacia em Saúde, nas dimensões do ILS-PT, entre os grupos com e sem HTA para cada Habilitação Literária – Teste de Mann-Whitney

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
ILS-PT-Total							
Até ao 4º ano							
Grupo com HTA	29.43	3.13	29.79	6.03	20.65	169.00	.69
Grupo sem HTA	29.08	2.52	28.72	2.66	19.06		
Do 6º ao 9º ano							
Grupo com HTA	30.93	4.72	30.85	6.21	29.77	513.00	.52
Grupo sem HTA	31.97	2.05	32.27	2.84	32.75		
Do 12º ano à licenciatura							
Grupo com HTA	33.52	5.42	32.98	6.74	26.56	309.00	.77
Grupo sem HTA	33.35	6.84	32.45	5.41	25.38		
ILS-PT-CS							
Até ao 4º ano							
Grupo com HTA	36.07	4.34	31.25	6.25	23.48	104.00	.02*
Grupo sem HTA	28.65	3.34	28.13	4.17	15.00		
Do 6º ao 9º ano							
Grupo com HTA	34.54	6.01	33.85	9.64	36.23	345.00	.08
Grupo sem HTA	32.12	2.58	33.33	3.12	20.08		
Do 12º ano à licenciatura							
Grupo com HTA	34.84	5.83	35.42	8.33	27.89	273.00	.34
Grupo sem HTA	33.38	7.58	32.81	5.99	23.88		
ILS-PT-PD							
Até ao 4º ano							
Grupo com HTA	27.39	4.40	27.78	6.67	16.98	253.50	.05**
Grupo sem HTA	30.14	2.33	30.00	3.06	24.34		
Do 6º ao 9º ano							
Grupo com HTA	28.97	5.83	30.00	6.67	23.46	677.00	<.01*
Grupo sem HTA	32.10	2.65	33.33	3.33	37.31		
Do 12º ano à licenciatura							
Grupo com HTA	33.13	6.86	31.11	7.78	24.26	371.00	.37
Grupo sem HTA	34.54	7.29	33.33	7.50	27.96		

Tabela 16 (continuação)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
ILS-PT-PS							
Até ao 4º ano							
Grupo com HTA	28.71	2.89	29.17	5.21	19.23	197.00	.72
Grupo sem HTA	28.52	4.55	30.21	6.77	20.81		
Do 6º ao 9º ano							
Grupo com HTA	29.17	4.36	29.69	4.95	24.87	640.50	.01*
Grupo sem HTA	31.71	2.50	32.29	2.08	36.29		
Do 12º ano à licenciatura							
Grupo com HTA	32.56	6.28	31.25	6.25	26.43	312.50	.83
Grupo sem HTA	32.20	7.21	31.77	7.29	25.52		

Notas. ILS-PT-Total = Inquérito em Literacia em Saúde; ILS-PT-CS = Inquérito de Literacia em Saúde, dimensão de Cuidados de Saúde; ILS-PT-PD = Inquérito de Literacia em Saúde, dimensão de Prevenção de Doenças; ILS-PT-PS = Inquérito de Literacia em Saúde, dimensão de Promoção da Saúde; *U* = estatística de *Mann-Whitney*; * = valores de prova considerados estatisticamente significativos; ** = $p = .046$

3.2.3. Comparação dos níveis de Literacia em Saúde entre os grupos etários

No que concerne à comparação dos níveis de LS entre os grupos etários 35-54 anos e 55-65 anos, ao nível do **ILS-PT** (cf. Tabela 17), encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos etários ($U = 1883.00, p < .01$), sendo o grupo com menor idade o que apresentou níveis de literacia mais elevados ($M = 33.16, SD = 5.02, Mdn = 32.45$), quando comparado com o grupo 55-65 anos ($M = 30.46, SD = 4.01, Mdn = 30.50$).

Referente às dimensões do ILS-PT (cf. Tabela 17), observou-se a ausência de uma diferença estatisticamente significativa dos níveis de LS entre os grupos etários na dimensão de **Cuidados de Saúde** ($U = 2415.00, p = .13$). Todavia, na dimensão de **Prevenção de Doenças**, encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa ($U = 1744.50, p < .01$), sendo o grupo etário 35-54 anos aquele que revelou níveis de literacia referente à prevenção de doenças mais elevados ($M = 33.71, SD = 5.78, Mdn = 33.33$), quando comparado ao grupo com idades compreendidas entre os 55-65 anos ($M = 32.21, SD = 5.08, Mdn = 31.78$). Por fim, na dimensão de **Promoção da Saúde** também se encontrou uma diferença estatisticamente significativa ($U = 1667.00, p < .01$), sendo os mais novos os que apresentaram níveis mais elevados de LS nas questões relacionadas com a promoção da saúde ($M = 32.44, SD = 5.23, Mdn = 32.29$), do que o grupo etário 55-65 anos ($M = 29.46, SD = 4.51, Mdn = 29.69$).

Tabela 17

Comparação dos níveis de Literacia em Saúde nas dimensões do ILS-PT entre os grupos etários – Teste de Mann-Whitney

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
ILS-PT-Total							
35-54 anos	33.16	5.02	32.45	3.55	91.08	1883.00	<.01*
55-65 anos	30.46	4.01	30.50	5.23	65.90		
ILS-PT-CS							
35-54 anos	33.71	5.78	33.33	5.21	82.76	2415.00	.13
55-65 anos	32.21	5.08	31.78	5.21	71.95		
ILS-PT-PD							
35-54 anos	33.35	5.77	33.33	4.44	93.24	1744.50	<.01*
55-65 anos	29.66	5.16	30.00	5.28	64.32		
ILS-PT-PS							
35-54 anos	32.44	5.23	32.29	3.12	94.45	1667.00	<.01*
55-65 anos	29.46	4.51	29.69	4.51	63.45		

Notas. ILS-PT-Total = Inquérito em Literacia em Saúde; ILS-PT-CS = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Cuidados de Saúde; ILS-PT-PD = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Prevenção de Doenças; ILS-PT-PS = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Promoção da Saúde; *U* = estatística de teste *Mann-Whitney*; * = valores de prova estatisticamente significativos.

- **Influência dos níveis de Literacia em Saúde entre os grupos etários para cada grupo, com e sem HTA**

Ao nível do **ILS-PT** (cf. Tabela 18) não se verificou no **grupo sem HTA** uma diferença estatisticamente significativa dos níveis de LS entre os grupos etários ($U = 579.50$, $p = .24$). No entanto, no **grupo com HTA** observou-se a presença de uma diferença estatisticamente significativa dos níveis de LS ($U = 215.00$, $p < .01$), em que o grupo etário 35-54 anos apresentou níveis mais elevados de LS ($M = 35.62$, $SD = 5.76$, $Mdn = 34.04$), quando comparado com o grupo etário 55-65 anos ($M = 30.09$, $SD = 3.67$, $Mdn = 29.79$).

Referente às dimensões do instrumento (cf. Tabela 18), na dimensão de **Cuidados de Saúde**, o **grupo sem HTA** voltou a não apresentar uma diferença estatisticamente significativa dos níveis de LS entre os grupos etários ($U = 571.00$, $p = .20$). Em oposição, no **grupo com HTA** observou-se uma diferença estatisticamente significativa dos níveis de LS ($U = 291.00$, $p = .01$), sendo o grupo dos mais novos o que apresentou níveis mais elevados de LS relativos aos cuidados de saúde ($M = 37.62$, $SD = 6.13$, $Mdn = 37.50$), do que o grupo etário 55-65 anos ($M = 32.74$, $SD = 4.87$, $Mdn = 33.33$).

Na dimensão de **Prevenção de Doenças** (cf. Tabela 18), novamente o **grupo sem HTA** não manifestou uma diferença estatisticamente significativa dos níveis de LS ($U = 665.00$, $p = .79$). Em contrapartida, no **grupo com HTA** apresentou-se uma diferença estatisticamente significativa dos níveis de LS ($U = 200.00$, $p < .01$), no qual, o grupo etário 35-54 anos

evidenciou níveis mais elevados de LS ($M = 35.74$, $SD = 7.21$, $Mdn = 33.33$), relativos à prevenção de doenças, quando comparado com o grupo etário 55-65 anos ($M = 28.18$, $SD = 4.73$, $Mdn = 28.89$).

Por último, na dimensão de **Promoção da Saúde** (cf. Tabela 18), tanto o grupo com HTA ($U = 254.50$, $p < .01$) como o grupo sem HTA ($U = 497.00$, $p = .04$) apresentaram diferenças estatisticamente significativas. No **grupo com HTA**, os participantes com idades compreendidas entre os 35-54 anos ($M = 33.51$, $SD = 6.34$, $Mdn = 32.81$) apresentaram níveis de LS, referente à promoção da saúde, mais elevados ($M = 29.22$, $SD = 4.14$, $Mdn = 29.17$), do que o grupo etário 55-65 anos. Já no **grupo sem HTA**, também foram os participantes mais novos a obterem níveis mais elevados de LS sobre esta temática ($M = 32.02$, $SD = 4.74$, $Mdn = 32.29$), quando comparados com os do grupo etário 55-65 anos ($M = 29.93$, $SD = 5.19$, $Mdn = 30.21$).

Tabela 18

Comparação dos níveis de Literacia em Saúde, nas dimensões do ILS-PT, entre os grupos etários nos grupos com HTA e sem HTA – Teste de Mann-Whitney

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
ILS-PT-Total							
Grupo com HTA							
35-54 anos	35.62	5.76	34.04	7.18	55.56	215.00	<.01*
55-65 anos	30.09	3.67	29.79	5.67	33.21		
Grupo sem HTA							
35-54 anos	32.20	4.40	32.27	3.28	40.90	579.50	.24
55-65 anos	31.18	4.57	30.67	4.61	34.82		
ILS-PT-CS							
Grupo com HTA							
35-54 anos	37.62	6.13	37.50	8.59	51.33	291.00	.01*
55-65 anos	32.74	4.87	33.33	6.77	34.52		
Grupo sem HTA							
35-54 anos	32.18	4.91	32.29	4.17	41.09	571.00	.20
55-65 anos	31.18	5.39	31.25	5.21	34.53		

Tabela 18 (continuação)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
ILS-PT-PD							
Grupo com HTA							
35-54 anos	35.74	7.21	33.33	11.67	56.39	200.00	<.01*
55-65 anos	28.18	4.73	28.89	5.56	32.95		
Grupo sem HTA							
35-54 anos	32.42	4.88	33.33	4.44	39.04	665.00	.79
55-65 anos	32.52	4.81	32.22	3.61	37.67		
ILS-PT-PS							
Grupo com HTA							
35-54 anos	33.51	6.34	32.81	6.51	53.36	254.50	<.01*
55-65 anos	29.22	4.14	29.17	5.21	33.89		
Grupo sem HTA							
35-54 anos	32.02	4.74	32.29	2.34	42.68	497.00	.04*
55-65 anos	29.93	5.19	30.21	7.29	32.08		

Notas. ILS-PT-Total = Inquérito em Literacia em Saúde; ILS-PT-CS = Inquérito em Literacia em Saúde, na dimensão de Cuidados de Saúde; ILS-PT-PD = Inquérito em Literacia em Saúde, na dimensão de Prevenção de Doenças; ILS-PT-PS = Inquérito em Literacia em Saúde, na dimensão de Promoção da Saúde; *U* = estatística de *Mann-Whitney*; * = valores de prova estatisticamente significativos.

- **Comparação dos níveis de Literacia em Saúde entre os grupos com e sem HTA para cada grupo etário**

No **ILS-PT** (cf. Tabela 19) foi detetado, no grupo etário 35-54 anos, uma diferença estatisticamente significativa dos níveis de LS entre os grupos com e sem HTA ($U = 236.50$, $p = .01$), apresentando o grupo com HTA níveis de LS gerais mais elevados ($M = 35.62$, $SD = 5.76$, $Mdn = 34.04$), do que no grupo sem HTA ($M = 32.20$, $SD = 4.40$, $Mdn = 32.27$). Por outro lado, no grupo etário 55-65 anos, não se encontrou uma diferença estatisticamente significativa similar ($U = 767.00$, $p = .36$).

Relativamente à dimensão **Cuidados de Saúde** (cf. Tabela 19), no grupo etário 55-65 anos não se encontrou, novamente, uma diferença estatisticamente significativa dos níveis de LS entre os grupos com e sem HTA ($U = 692.50$, $p = .12$). Contudo, no grupo etário dos mais novos encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os níveis de LS ($U = 196.00$, $p < .01$), tendo o grupo com HTA apresentado níveis mais elevados de LS sobre esta temática ($M = 37.62$, $SD = 6.13$, $Mdn = 37.50$), quando comparado com o grupo sem HTA ($M = 32.18$, $SD = 4.91$, $Mdn = 32.29$).

Ao nível da dimensão de **Prevenção de Doenças** (cf. Tabela 19), no grupo etário dos 35-54 anos não se encontrou uma diferença estatisticamente significativa dos níveis de LS entre os grupos com e sem HTA ($U = 322.50$, $p = .17$). Enquanto que, no grupo etário 55-65 anos, tal

diferença já se mostrou estatisticamente significativa ($U = 422.50, p < .01$), tendo o grupo sem HTA apresentado níveis de LS, nesta temática, mais elevados ($M = 32.52, SD = 4.81, Mdn = 32.22$), do que o grupo com HTA ($M = 28.18, SD = 4.73, Mdn = 28.89$).

Já na dimensão de **Promoção da Saúde** (cf. Tabela 19) não se encontrou qualquer diferença estatisticamente significativa dos níveis de LS entre os grupos com e sem HTA, tanto no grupo etário 35-54 anos ($U = 345.50, p = .30$) como no grupo etário 55-65 anos ($U = 794.50, p = .35$).

Tabela 19

Comparação dos níveis de Literacia em Saúde entre os grupos com e sem HTA para cada grupo etário – Teste de Mann-Whitney

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
ILS-PT-Total							
35-54 anos							
Grupo com HTA	35.62	5.76	34.04	7.18	42.36	236.50	.01*
Grupo sem HTA	32.20	4.40	32.27	3.28	28.64		
55-65 anos							
Grupo com HTA	30.09	3.67	29.79	5.67	42.72	767.00	.36
Grupo sem HTA	31.18	4.57	30.67	4.61	47.93		
ILS-PT-CS							
35-54 anos							
Grupo com HTA	37.62	6.13	37.50	8.59	44.61	196.00	<.01*
Grupo sem HTA	32.18	4.91	32.29	4.17	27.76		
55-65 anos							
Grupo com HTA	32.74	4.87	33.33	6.77	47.56	692.50	.12
Grupo sem HTA	31.18	5.39	31.25	5.21	38.58		
ILS-PT-PD							
35-54 anos							
Grupo com HTA	35.74	7.21	33.33	11.67	37.58	322.50	.17
Grupo sem HTA	32.42	4.88	33.33	4.44	30.51		
55-65 anos							
Grupo com HTA	28.18	4.73	28.89	5.56	36.78	422.50	<.01*
Grupo sem HTA	32.52	4.81	32.22	3.61	59.42		

Tabela 19 (continuação)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
ILS-PT-PS							
35-54 anos							
Grupo com HTA	33.51	6.34	32.81	6.51	36.31	345.50	.30
Grupo sem HTA	32.02	4.74	32.29	2.34	31.01		
55-65 anos							
Grupo com HTA	29.22	4.14	29.17	5.21	42.68	794.50	.35
Grupo sem HTA	29.93	5.19	30.21	7.29	48.02		

Notas. ILS-PT-Total = Inquérito em Literacia em Saúde; ILS-PT-CS = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão Cuidados de Saúde; ILS-PT-PD = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão Prevenção de Doenças; ILS-PT-PS = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Promoção da Saúde; *U* = estatística de *Mann-Whitney*; * = valores de prova estatisticamente significativos.

4. Discussão dos Resultados

A HTA é uma das doenças crónicas que apresenta maior número de diagnósticos (Tan et al., 2017), estimando-se que, em Portugal, 42.2% da população padece desta doença (Polónia et al., 2014). Para além da elevada prevalência de diagnósticos, a HTA também apresenta uma elevada percentagem de não adesão ao tratamento, tanto farmacológico como não farmacológico (Polónia et al., 2014). Consequentemente, verifica-se, um ineficaz controlo dos níveis de TA (Fu et al., 2020), potenciando o surgimento de doenças cardiovasculares (Barreto et al., 2014; Bezerra et al., 2014), como os acidentes vasculares cerebrais (Ferezin et al., 2020; Malachias et al., 2016) ou as insuficiências cardíacas (Bezerra et al., 2014; Fonseca et al., 2018). De acordo com Gaffari-fam et al. (2020), uma forma de aumentar a adesão ao tratamento destes doentes é melhorando os níveis de LS, que contribui para aumentar os conhecimentos e a compreensão do doente acerca da patologia (Heimozi et al., 2020).

De forma a compreender os níveis de LS dos doentes com diagnóstico de HTA, este estudo teve como principal objetivo a avaliação e comparação dos níveis de LS entre adultos com e sem HTA. Para isso, contou-se com a participação de 152 sujeitos, com uma média de idades de 55 anos, divididos em dois grupos: um primeiro grupo composto por 76 participantes com diagnóstico de HTA, maioritariamente, do género feminino (59.2%), casados (84.7%), empregados (55.3%) e com uma habilitação literária até ao 4º ano (30.3%); e um segundo grupo com 76 participantes sem HTA, na sua maioria, do género feminino (53.9%), casados (67.1%), empregados (76.3%) e uma habilitação literária ao nível do 9º ano (28.9%).

Dos resultados obtidos constatou-se, em ambos os grupos, elevadas percentagens de níveis inadequados e problemáticos de LS, tanto a nível geral, como nas áreas de cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde. Estes dados são consistentes com os resultados obtidos por outros estudos realizados em Portugal (*e.g.* Costa et al., 2016; Pedro et

al., 2016) que demonstraram que os seus participantes apresentaram, maioritariamente, níveis inadequados e problemáticos de LS.

Estes resultados revelam-se preocupantes pois, no caso dos participantes com HTA, estes níveis de LS relacionam-se com dificuldade na compreensão de informações sobre a doença, levando a uma menor eficácia na gestão da patologia, provocando uma dificuldade em prevenir os fatores de risco e o surgimento de complicações, como as doenças cardiovasculares (Fu et al., 2020). Para além disso, também podem revelar dificuldades na adoção de atitudes promotoras de saúde e na utilização correta dos serviços de saúde (Araújo et al., 2018). Já no caso dos participantes sem diagnóstico, ao apresentarem níveis de LS inadequados e problemáticos podem vivenciar dificuldades na utilização do sistema de saúde, contribuindo para problemas relativos ao conhecimento sobre os serviços e recursos disponíveis (Pedro et al., 2016), dificuldades na procura, seleção e compreensão de informações relativas à saúde ou doenças (OPP, 2015), comprometendo o processo de tomada de decisão (Kickbusch et al., 2006).

Apesar das elevadas percentagens de níveis problemáticos e inadequados de LS, é importante ressaltar que, no grupo com HTA, verificou-se que a maioria dos participantes apresentavam níveis suficientes e excelentes no âmbito dos cuidados de saúde. Estes dados revelam que os participantes estão conscientes do seu estado hipertensivo e, conseqüentemente, possuem maior informação sobre os cuidados de saúde a ter, de forma a alcançar o controlo dos níveis de TA (Heimozi et al., 2020) e em evitar futuras complicações (Sany et al., 2020). Por outro lado, metade dos participantes sem HTA revelaram níveis suficientes e excelentes de LS, no âmbito da prevenção de doenças, demonstrando a existência de competências básicas de saúde e a sua aplicação, no sentido de prevenir o surgimento de possíveis doenças, entre elas, as crónicas (Kickbusch et al., 2006).

Face aos resultados obtidos relativos aos níveis de LS, de ambos os grupos, é importante analisá-los à luz de outros estudos. Da comparação dos níveis de LS, em ambos os grupos, como já foi supramencionado, verificou-se que o grupo com HTA, apenas manifesta níveis mais elevados de LS relativos à área de cuidados de saúde. Já o grupo sem HTA apresentou uma percentagem mais elevada de níveis de LS, na temática de prevenção de doença e promoção da saúde. Referente à generalidade dos níveis de LS, não foi possível verificar qual o grupo com melhores níveis, uma vez que, através do somatório dos níveis inadequados e problemáticos, se verificou que, ambos os grupos têm a mesma percentagem de participantes com estes níveis, assim como, também acontece com os níveis suficientes e excelentes. Perante estes resultados, verificamos que o nosso estudo não corrobora a investigação de Borges et al. (2019), no qual, ao procederem à comparação dos níveis de LS obtidos nos grupos com e sem HTA, foi este último grupo o que apresentou melhores níveis de LS gerais.

Todavia, tanto os nossos resultados como de Borges et al. (2019) devem ser analisados com uma certa preocupação, pois os indivíduos ao serem portadores de uma doença crónica e ao

revelarem níveis inadequados e problemáticos de LS, como referido anteriormente, demonstram dificuldades na gestão da doença, na compreensão das informações transmitidas pelos profissionais de saúde, levando a possíveis problemas de adesão ao tratamento, visto que, os doentes podem não compreender a prescrição do mesmo (Pedro et al., 2016; OPP, 2015). Contudo, esta realidade não é exclusiva dos doentes de HTA, uma vez que, num estudo de Schiavone e Attena (2020), quando comparam os níveis de LS entre os participantes com e sem diagnóstico de doença crónica, concluíram que são os doentes crónicos os portadores de piores níveis de LS. No mesmo sentido, o estudo de Araújo et al. (2018), também verificou que os doentes com diagnóstico de Diabetes e HTA detêm níveis baixos de LS, porém, quando é analisado cada patologia separadamente, foram os participantes hipertensos que apresentaram níveis mais baixos de LS. Uma das razões apontadas pelos autores, reside no facto de a HTA ser uma doença provocada, na maioria dos casos, pela adoção de comportamentos de risco, além de ser uma doença assintomática, levando a que os cuidados de saúde de um hipertenso sejam percecionados como mais fáceis, do que de um diabético (Araújo et al., 2018).

No que diz respeito à relação entre a LS e as habilitações literárias, no nosso estudo constatou-se que conforme aumentaram as habilitações literárias, os níveis de LS gerais também tendem a aumentar, em ambos os grupos. Esta relação também foi encontrada no estudo de Pedro et al. (2016), sendo possível verificar que um maior nível de escolaridade aparenta estar associado a um maior conhecimento sobre a saúde e doença. Assim, quanto mais elevadas as habilitações literárias, maior é a compreensão das informações, mais capacitados os indivíduos se sentem para a colocação de questões ao profissional de saúde, de forma a esclarecer possíveis dúvidas (Pedro et al., 2016) e conseguem recorrer aos serviços de saúde adequadamente atendendo às suas necessidades (Araújo et al., 2018).

Relativamente a esta variável, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de LS gerais dos grupos com e sem HTA, sendo verificado que em ambos os grupos, os participantes com uma habilitação literária até ao 4º ano eram os detentores de níveis de LS mais baixos. Referente às dimensões do ILS-PT, também se verificou algo similar, à exceção da dimensão de cuidados de saúde, onde não se obteve uma diferença estatisticamente significativa no grupo com HTA. Estes resultados reforçam a tendência assinalada noutras investigações (Espanha et al., 2016; Pedro et al., 2016; Ramos, Jesus, Souto, & Santos, 2016; Schiavone & Attena, 2020), sendo, neste sentido, importante sensibilizar os profissionais de saúde para esta influência. Assim, autores como Araújo et al. (2018) sinalizam os indivíduos com baixos níveis educacionais como um grupo vulnerável, pois demonstram uma menor capacidade e competência ao nível das dimensões inerentes a esta temática.

Na comparação entre os grupos com e sem HTA, de acordo com as habilitações literárias, o nosso estudo revelou a inexistência de diferenças estatisticamente significativas nos níveis de LS gerais, algo que não vai ao encontro do estudo de Borges et al. (2019), que identificaram os participantes sem HTA como os detentores de melhores níveis de LS, em

função das habilitações literárias, quando comparados com os participantes com HTA. No que remete às dimensões do ILS-PT, não foram apuradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de LS, entre os dois grupos, na habilitação literária 12º ano e licenciatura. Contudo, os dados demonstraram que os participantes com HTA e uma habilitação literária até ao 4º ano possuem melhores conhecimentos acerca da gestão e cuidados que devem ter com a sua saúde e doença, enquanto que, os participantes sem HTA e com o mesmo nível educacional revelam adotar comportamentos direcionados para a prevenção de doenças. Por outro lado, relativamente aos participantes com uma habilitação literária do 6º ao 9º ano, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na dimensão de prevenção de doença e promoção da saúde. Assim, no estudo verificou-se que os participantes sem HTA e este nível educacional demonstraram deter maior conhecimento e adoção de atitudes direcionadas para medidas preventivas de doenças e promotoras de saúde. Os nossos resultados obtidos nas dimensões do ILS-PT não são sustentados pela literatura da temática, devido à escassez de investigações comparativas entre amostras normativas e clínicas. Este cenário vem reforçar a necessidade e importância de investigações deste género, de forma a identificar as características presentes, tanto nos doentes hipertensos como na população normativa. Consequentemente, será possível delinear ações e medidas de intervenção, permitindo o melhoramento dos níveis de LS, tendo em consideração as habilitações literárias que o indivíduo possui, pois, como já foi supracitado, são diversos os estudos que identificam a influência que esta variável tem sobre a obtenção e desenvolvimento dos níveis de LS (Espanha et al., 2016; Pedro et al., 2016; Ramos et al., 2019; Schiavone & Attena, 2020).

Em relação à variável idade apenas se verificou uma relação entre esta e os níveis de LS, no grupo com HTA, no qual, conforme a idade dos participantes com HTA aumentava, tenderam a diminuir os níveis de LS gerais. Estes resultados obtidos corroboram o estudo de Pedro et al. (2016), significando que as pessoas com diagnóstico de HTA mais velhas revelam piores níveis de LS, levando a que sejam elas a vivenciarem maiores problemas na navegação pelo sistema de saúde (Pedro et al., 2016).

Remetendo à variável supracitada, o nosso estudo demonstrou a existência de diferenças estatisticamente significativas em ambos os grupos, em função da faixa etária. Assim, constatou-se que tanto na generalidade como nas dimensões do ILS-PT, os participantes com HTA e idade compreendidas entre os 35 e 54 anos apresentavam melhores níveis de LS, significando que estes participantes, mais novos, possuem melhores conhecimentos e praticam comportamentos em prol da sua saúde e bem-estar, de forma a prevenir futuras complicações advindas da HTA. Por outro lado, no grupo sem HTA, apenas foi obtida uma diferença estatisticamente significativa na dimensão de promoção da saúde, tendo sido os participantes mais novos (35-54 anos) a demonstrarem um maior conhecimento relativo a comportamentos e ações que sejam promotoras da saúde. Estes resultados vão ao encontro da literatura sobre a LS, onde são sinalizados os participantes mais jovens como os detentores de melhores níveis de LS,

em detrimento dos participantes mais velhos, tornando a população envelhecida num grupo de risco (Espanha et al., 2016; Pedro et al., 2016; Ramos et al., 2019; Schiavone & Attena, 2020).

Procedendo à comparação entre os grupos com e sem HTA, de acordo com a faixa etária, apenas se verificou uma diferença estatisticamente significativa no grupo etário mais jovem (35-54 anos), onde foram os participantes com HTA a revelarem melhores níveis de LS gerais. Estes dados mostram-se incongruentes com os resultados obtidos no estudo de Borges et al. (2019), onde realçam que os participantes mais velhos e com HTA apresentaram níveis mais baixos de LS, quando comparados com os participantes sem HTA e na mesma faixa etária. Relativamente às dimensões do ILS-PT, no nosso estudo identificou-se os participantes com HTA mais jovens (35-54 anos) como os detentores de melhores conhecimentos relativos aos cuidados de saúde, revelando que estes indivíduos demonstram preocupação e consciência acerca da patologia e dos cuidados que devem tomar para alcançarem o controlo dos níveis de TA. Por outro lado, ainda foi possível identificar que os participantes sem HTA mais velhos (55-65 anos) apresentam melhores níveis de LS, no âmbito da prevenção de doenças, demonstrando que estes indivíduos possuem uma maior preocupação relativa ao possível surgimento de doenças e, por isso, procuram deter melhores conhecimentos e a prática de comportamentos preventivos. Assim como aconteceu na comparação de ambos os grupos, em função das habilitações literárias, também os resultados relativos às dimensões do ILS-PT com a variável idade não são sustentados pela literatura, devido à escassez de investigações relacionadas com as temáticas de cuidados de saúde, prevenção de doença e promoção da saúde, quando se procede à comparação de amostras clínicas com amostras normativas. Neste sentido, é fundamental investir em mais investigações deste género, procurando conhecer melhor as características destes grupos.

À semelhança dos resultados obtidos ao nível das habilitações literárias, os dados demonstrados relativos à variável idade também devem ser considerados com bastante atenção e preocupação. Tanto os resultados deste estudo como de outras investigações consideram a população envelhecida um grupo vulnerável aos baixos níveis de LS (*e.g.*, Araújo et al., 2018). Esta faixa etária é considerada a mais propícia ao desenvolvimento de doenças crónicas (Sá & Oliveira, 2017), entre elas a HTA, sendo fundamental e imprescindível a obtenção e desenvolvimento de uma LS adequada. Desta forma, este grupo será capaz de evitar o surgimento de possíveis doenças crónicas, através da adoção de comportamentos que sejam promotores de um melhor estado de saúde. Ou, nos casos em que já existe um diagnóstico de doença crónica, estes indivíduos sejam eficientes e autónomos no processo de gestão da sua patologia. Para que isto aconteça, autores como Araújo et al. (2018) apontam os médicos como os primeiros responsáveis neste processo de educação do paciente, sendo seguidos pelos enfermeiros, visto serem estes os profissionais a quem, geralmente, os indivíduos recorrem quando existe algum problema de saúde. Por esta razão, tem sido cada vez mais enfatizado na literatura a importância de os profissionais de saúde adaptarem a comunicação das informações à idiosincrasia do paciente, de forma a que este consiga compreender e aplicar as informações

obtidas à sua condição de saúde, permitindo o desenvolvimento de melhores níveis de LS (Almeida et al., 2019; OPP, 2015) e, conseqüentemente, o paciente se torne eficiente e autónomo nos cuidados com a sua própria saúde (Araújo et al., 2018).

5. Conclusão

A doença crónica é considerada um dos maiores problemas e desafios de saúde pública. Dentro do conjunto de doenças crónicas encontra-se a HTA, estimando-se que, em Portugal, 42.2% da população é hipertensa (Polónia et al., 2014). Estudos como o de Araújo et al. (2018) apontam que os hipertensos apresentam níveis mais baixos de LS, influenciado o processo de autogestão desta doença, principalmente, na adesão ao tratamento (Polónia et al., 2014), tornando-se importante o aumento de estudos acerca do impacto da LS nos doentes hipertensos.

No nosso estudo foi possível identificar como grupos vulneráveis aos baixos níveis de LS, indivíduos com poucos anos de escolaridade e os mais envelhecidos, sendo também estes identificados noutras investigações (Espanha et al., 2016; Pedro et al., 2016; Schiavone & Attena, 2020). São estes grupos que revelam uma maior dificuldade na pesquisa, seleção e compreensão de informações relativas à saúde e doença, presentes em diferentes meios de difusão, tendo como conseqüências, a deterioração do estado de saúde, o aumento das idas às urgências e dos internamentos, e a prática de comportamentos que colocam em risco a saúde do indivíduo. Perante este cenário é importante o investimento em ações que permitam o aumento dos níveis de LS destes grupos, pois baixos níveis de LS acarretam elevados custos económicos para o sistema de saúde (OPP, 2015).

De acordo com diversas investigações (*e.g.*, Costa et al., 2016; Pedro et al., 2016), a população portuguesa apresenta níveis inadequados e problemáticos de LS, algo que também foi verificado no nosso estudo, tanto nos grupos com e sem HTA. Por esta razão, é fundamental o investimento em programas de educação em saúde, objetivando o aumento dos níveis de LS da nossa população, que poderá contribuir para uma melhoria da saúde e, conseqüentemente, uma diminuição dos diagnósticos de doença crónica (Almeida et al., 2019). Em Portugal, a LS já se encontra estabelecida como um meio essencial para o melhoramento dos cuidados de saúde e, por isso, na última década, têm-se verificado o aumento do investimento, através da implementação de medidas de políticas de saúde (Pedro et al., 2016), presentes em inúmeros programas, encontrando-se atualmente em vigor o Plano de Ação de Literacia em Saúde 2019-2021 (Almeida et al., 2019).

No que concerne aos níveis de LS presentes nos dois grupos desta investigação, concluiu-se que, os participantes sem HTA apresentam melhores níveis de LS nas dimensões de prevenção de doença e promoção da saúde, enquanto que, os participantes com HTA apresentam melhores níveis de LS na dimensão de cuidados de saúde. Relativamente à generalidade dos níveis de LS observa-se que, independentemente da presença de diagnóstico

de doença crónica, os participantes deste estudo demonstram elevadas dificuldades relativas às questões de doença e saúde. Estes resultados devem ser encarados com bastante preocupação, especialmente dos participantes com HTA, uma vez que são estes, como doentes crónicos, os que mais recorrem ao sistema de saúde e que necessitam de níveis adequados e excelentes de LS para conseguirem realizar uma gestão eficiente e autónoma da patologia crónica (Araújo et al., 2018).

Relativamente à nossa investigação, podem ser apontadas como possíveis limitações: **(1)** a presença de comorbilidades, nos participantes com HTA, levando a que possam ter respondido às questões baseando-se nas outras patologias; **(2)** tendo sido primeiro feito a recolha de dados à população hipertensa e o facto que o participante mais jovem ter 35 anos e o mais velho 65 anos, levou a que o grupo sem diagnóstico tivesse a idade limitada, de forma a se proceder à comparação entre os grupos; **(3)** a extensão do questionário, que requeria um grande tempo de concentração e atenção; **(4)** a presença de uma linguagem confusa e complexa do ILS-PT, pode ter dificultado as respostas dos participantes que detêm níveis mais baixos de habilitações literárias; **(5)** a desejabilidade social, principalmente presente nos participantes com HTA, devido à extensão do ILS-PT ou a dificuldades de leitura e compreensão, alguns participantes solicitaram que fosse a investigadora a ler e a preencher o questionário; e **(6)** não existir o mesmo número de participantes com a mesmas características sociodemográficas, poderá ter alguma influência nos resultados obtidos.

Por último, seria pertinente em futuras investigações continuar a estudar os níveis de LS, principalmente em contexto clínico, onde se encontram ainda poucos estudos sobre a influência da LS nos doentes hipertensos. Apesar de já existirem estudos que aferem os níveis de LS na população, será importante começar a investir nas investigações comparativas entre amostras normativas e amostras clínicas, de forma a identificar e delinear as possíveis variáveis, não só as sociodemográficas como da própria doença (*e.g.*, satisfação com a informação ou tratamento), que possam ter influência nos níveis de LS.

Referências

- Almeida, A., Elian, S., & Nobre, J. (2008). Modificações e alternativas aos testes de Levene e de Brown e Forsythe para igualdade de variância e médias. *Revista Colombiana de Estadística*, 31(2), 241-260. <https://www.emis.de/journals/RCE/V31/bodyv31n2/v31n2a08AlmeidaElianNobre.pdf>
- Almeida, C.V., Silva, C.R., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., Mata, F., ... Assunção, V. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde – Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Direção Geral de Saúde. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>
- Araújo, I.M.B, Jesus, R.A.F., Teixeira, M.L., Cunha, A.R.S., Santos, F.M.S., & Miranda, S.R.F. (2018). Literacia em saúde de utentes com hipertensão e diabetes de uma região do norte de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(18), 73-82. <http://doi.org/10.12707/RIV18008>
- Barreto, M.S., Reiners, A.A.O., & Marcon, S.S. (2014). Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 487-490. <http://doi.org/10.1590/0104-1169.3447.2442>
- Becker, R.M., & Heidemann, I.T.S.B. (2020). Promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível: revisão integrativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 29, 1-18. <http://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0250>
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an up dated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107. <http://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Bezerra, A.S.M., Lopes, J.L., & Barros, A.L.B.L. (2014). Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4), 550-555. <http://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670408>
- Borges, F.M., Silva, A.R.V., Lima, L.H.O., Almeida, P.C., Vieira, N.F.C., & Machado, A.L.G. (2019). Health literacy of adults with and without arterial hypertension. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 645-653. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0366>
- Bortolotto, L.A. (2008). Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 15(3), 152-155. <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-3/09-hipertensao.pdf>
- Broeiro, P. (2017). Literacia em saúde e utilização de serviços. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(1), 6-8. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v33n1/v33n1a01.pdf>
- Casado, L., Vianna, L.M., Thuler, L.C.S. (2009). Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: uma Revisão Sistêmica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(4), 379-388. https://www.researchgate.net/publication/288630193_Fatores_de_risco_para_doencas_cronicas_nao_transmissiveis_no_Brasil_Uma_Revisao_sistematica

- Costa, A., Saboga-Nunes, L., & Costa, L. (2016). Avaliação do nível de literacia para a saúde numa amostra portuguesa. *Observações_Boletim Epidemiológico*, 5(17), 38-40. <https://hdl.handle.net/10400.18/4111>
- Dias, A.M., Cunha, M., Santos, A.M.M., Neves, A.P.G., Pinto, A.F.C., Silva, A.S.A., & Castro, S.A. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. *Millenium*, 40, 201-219. <https://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>
- Dunn, O.J. (2012). Multiple Comparisons Using Rank Sums. *Technometrics*, 6(3), 241-252. <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/00401706.1964.10490181?scroll=top&needAccess=true>
- Espanha, R., Àvila, P., & Mendes, R. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal*. Fundação Caloust Gulbenkian. https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB_FINAL.2016.pdf
- Fava, S.M.C.L., Silva, P.C.S., Gonçalves, I.W.P., Gomes, P.M., Machado, J.P., & Veiga, E.V. (2017). Clases de antihipertensivos y su combinación entre persona con hipertensión arterial sistémica en el sistema público. *Enfermería Global*, 16(1), 20-50. <http://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.234511>.
- Fawcett, S.B., Dobe, M., Arora, M., & Liburd, L.C. (2010). Constructing na action agenda for community empowerment at the 7th Global Conference on Health Promotion in Nairobi. *Global Health Promotion*, 17(4), 52-56. <http://doi.org/10.1177/1757975910383933>
- Ferezin, S.M.R., Castro, B.M.C., & Ferreira, A.A. (2020). Epidemiologia do ataque isquémico transitório no Brasil. *Brazilian Journal of Development*, 6(8), 61125-61136. <http://doi.org/10.34117/bjdv6n8-506>
- Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., & Ceia, F. (2018). Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(2), 97-104. <http://doi.org/10.1016/j.recp.2017.11.010>
- Forouzanfar, M.H., Liu, D., Roth, G.A., Ng, M., Biryukov, S., Marczak, L., ... Murray, L. (2017). Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of Least 110 to 115 mm Hg, 1990-1995. *JAMA*, 317(2), 165-182. <http://doi.org/10.1001/jama.2016.19043>
- Fu, S.N., Dao, M.C., Wong, C.K.H., & Cheung, B.M.Y. (2020). The Association of Health Literacy with High-Quality Home Blood Pressure Monitoring for Hypertensive Patients in Outpatient Settings. *International Journal of Hypertension*, 1, 1-15. <https://doi.org/10.1155/2020/7502468>
- Gaffari-fam, S., Babazadeh, T., Oliaei, S., Behboodi, L., & Daemi, A. (2020). Adherence to a Health Literacy and Healthy Lifestyle with Improved Blood Pressure Control in Iran. *Patient Preference and Adherence*, 14, 499-506. <https://doi.org/10.2147/PPA.S244820>
- Giannotti, A. (2002). Prevenção da doença coronária: perspetiva psicológica em um programa multiprofissional. *Psicologia USP*, 13(1), 167-195. <http://doi.org/10.1590/S0103-65642002000100009>
- Guarnaluses, L.J.B. (2016). Alguns consideraciones sobre la hipertensión arterial. *MEDICAN*, 20(1), 5185-5190. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n11/san152011.pdf>

- Guzmán, E.R. (2008). Hipertensão Arterial: Enemigo Silencioso. *Acta Universitária*, 18, 14-16. <https://www.redalyc.org/pdf/416/41630176002.pdf>
- Heizomi, H., Iraj, Z., Vaezi, R., Bhalla, D., Morisky, D., & Nadrian, H. (2020). Gender Differences in the Associations Between Health Literacy and Medication Adherence in Hypertension: A Population-Based Survey in Heris County, Iran. *Vascular Health and Risk Management*, 16, 157-166. <https://doi.org/10.2147/VHRM.S245052>
- Kickbusch, I., Wait, S., Maag, D., McGuire, P., & Banks, I. (2006). *Navigating health: The role of health literacy*. Alliance for Health and the Future, Internacional Longevity Centre-UK. <https://ilcuk.org.uk/wp-content/uploads/2018/10/NavigatingHealth.pdf>
- Malachias, M.V.B., Souza, W.K.S.B., Plavnik, F.L., Rodrigues, C.I.S., Brandão, A.A., Neves, M.F.T., ... Júnior, H. (2016). 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 107(3), 1-104. <http://doi.org/10.5935/abc.20160151>
- Mangena, P., Sabban, S., Hlabyago, K.E., & Rayner, B. (2016). Na approach to the young hypertensive patient. *The South African Medical Journal*, 106(1), 36-38. <http://doi.org/10.7196/SAMJ.2016.V106I1.10329>
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Reportnumber.
- Mengue, S.S., Bertoldi, A.D., Ramos, L.R., Farias, M.R., Oliveira, M.A., Tavares, N.V.L., ... Pizzol, T.S. (2016). Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 50(2), 1-9. <http://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006154>
- Mozaffarian, D., Benjamin, E.J., Go, S.A., Arnett, D.K., Blaha, M.J., Cushman, M., ... Turner, M.B. (2016). Heart Disease and Stroke Statistics – 2016 Update. *Circulation*, 133(4), 38-360. <http://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000350>
- Novais, E., Conceição, A.P., Domingos, J., & Duque, V. (2009). O saber da pessoa com doença crónica no auto-cuidado. *Revista HCPA*, 29(1), 36-44. <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/7376/4964>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2015). *Literacia em Saúde*. http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/literacia_em_sa_de.pdf
- Pereira, A. & Patrício, T. (2016). *Guia Prático de Utilização do SPSS*. Sílabo, LDA.
- Pedro, A.R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*, 34(3), 259-275. <http://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Polónia, J., Martin, L., Pinto, F., & Nazaré, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: Changes over a decade. The PHYSA study. *Journal of Hypertension*, 32(2), 1211-1221. <https://doi.org/10.1097/HJH.000000000000162>
- Ramos, C.L.B., Jesus, L.A.R., Souto, A.M.T.S., & Santos, A.L.C.A. (2019). Conhecimento dos utentes com hipertensão arterial de uma unidade de saúde familiar sobre a sua patologia. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(23), 41-48. <https://doi.org/10.12707/RIV19052>

- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Quarteto.
- Ribeiro, O., Lima, S., & Duarte, J. (2020). Literacia em Saúde em Cuidados Paliativos. *Millenium*, 2(5), 281-292. <https://doi.org/10.29352/millo205e.30.00321>
- Sá, M.C., & Oliveira, A. (2017). Compromisso do autocuidado em pessoas com doença crónica. *Qualitativa em saúde*, 2, 752-757. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1270/1230>
- Sany, S.B.T., Behzhad, F., Ferns, G., & Peyman, N. (2020). Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 20(60), 1-10. <https://doi.org/10.1186/S12913-020-4901>
- Schiavone, S., & Attena, F. (2020). Measuring Health Literacy in Southern Italy: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 15(8), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236963>
- Silva, A.P.B., Silva, A.V.D., & Herkenhoff, F.L. (2002). Retinopatia hipertensiva: revisão. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 64, 487-493. <http://doi.org/10.1590/S0004-27492002000400019>
- Soares, S.C. (2005). Hipertensão arterial essencial: psicopatologia, avaliação e tratamento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1-2), 245-255. https://www.researchgate.net/publication/235890409_Hipertensao_Arterial_Essencial_Psicopatologia_Avaliacao_e_Tratamento
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2014). Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 39(Suplemento), 3-91. https://www.sphta.org.pt/files/guidelines_31janeiro2014-final.pdf
- Sørensen, K., Pelikan, P.M., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., ... Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058. <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sousa, A.C., Reis, R.P., Pereira, A., Borges, S., Freitas, A.I., Guerra, G., ... Medonça, M.I. (2018). Polimorfismos Genéticos Associados ao Aparecimento de Hipertensão Arterial numa População Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 31(10), 542-550. <http://doi.org/10.20344/amp.9184>
- Tan, C.S., Hassali, M.A., Neoh, C.F., & Saleem, F. (2017). A qualitative exploration of hypertensive patients' perception towards quality use of medication and hypertension management at the community level. *Pharmacy Practice*, 15(4), 1-12. <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2017.04.1074>
- Walker, R.C., Tong, A., Howardm K., Palmer, S.C. (2019). Patient expectations and experiences of remote monitoring for chronic diseases: Systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *International Journal of Medical Informatics*, 214, 78-85. <http://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.01.013>
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Rosei, E.A., Azizi, M., Burnier, M., ... Desormais, I. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The

Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal*, 39(33), 3021-3104. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua>

World Health Organization. (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions*. <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccglobareport.pdf?ua=1>

Anexos

Anexo 1. Revisão da Literatura

1. Doença Crónica

A doença crónica é definida, como uma doença de longa duração, com progressão lenta, advinda de uma alteração patológica irreversível, implicando uma gestão de cuidados de saúde (World Health Organization, 2002). Neste tipo de patologias, os sintomas podem variar ao longo do tempo, ou seja, podem existir alturas em que o doente apresenta episódios agudos, tendo os sintomas uma manifestação mais intensa, enquanto que noutros momentos, a doença pode ser assintomática, levando a uma ausência da manifestação dos sintomas (Casado, Vianna, & Thuler, 2009). Quando diagnosticada ocorrem alterações a vários níveis, como por exemplo, na qualidade de vida, no trabalho, nas atividades de lazer e, conseqüentemente, provoca um impacto económico que afeta não só o doente, como a sua família (Becker & Heidemann, 2020; Dias et al., 2011; Novais, Conceição, Domingos, & Duque, 2009; Ribeiro, 2007; Walker, Tong, Howard, & Palmer, 2019).

As doenças crónicas, ao longo dos anos, transformaram-se num dos maiores problemas e desafios de saúde pública (Faller, Barreto, Ganassim, & Marcon, 2012), estimando-se que, aproximadamente, um terço da população dos países desenvolvidos apresenta este diagnóstico (Sá & Oliveira, 2017). A nível mundial, no ano de 2012, as doenças crónicas foram responsáveis por 38 milhões de mortes e estima-se que, em 2030, este número poderá alcançar os 52 milhões (Becker & Heidemann, 2020). Perante este cenário, as doenças crónicas são uma realidade cada vez mais presente tanto na nossa sociedade como a nível mundial (Cunha, Cribante, & André, 2014; Novais et al., 2009).

De acordo com alguns autores, o aumento da prevalência do diagnóstico de doenças crónicas encontra-se relacionado com dois fatores: o aumento da esperança de vida e os fatores de risco (Sá & Oliveira, 2017). No que se refere à **esperança de vida**, sabemos que este aspeto esta inerente ao processo de envelhecimento. A população, a nível mundial, está a ficar envelhecida, provocando mudanças na forma de viver o final do ciclo vital. Dentro dessas alterações, encontra-se o aumento da incidência de doenças crónicas (Schiavone & Attena, 2020) e, por esta razão, tem sido verificado a tendência de quanto maior for a esperança de vida, maior será a probabilidade de desenvolver uma doença crónica e, conseqüentemente, verifica-se uma redução da qualidade de vida do doente (Amaral et al., 2019; Ribeiro, 2007). Relativamente aos **fatores de risco**, releva-se de extrema importância, para o indivíduo, possuir conhecimento sobre estes fatores, principalmente os que são possíveis de alterar, permitindo detetar este tipo de patologias, aos primeiros sinais. Estes fatores podem ser distinguidos em dois tipos: **(1) os não modificáveis** que são compostos pela hereditariedade, o género, a etnia e a idade; e **(2) os modificáveis**, nos quais encontramos o excesso de ingestão de álcool, o tabagismo, a obesidade, o sedentarismo, o colesterol elevado, o *stress* e a hipertensão arterial (Casado et al., 2009).

Os profissionais de saúde assumem um importante papel na gestão das doenças crónicas. São eles os responsáveis por transmitir as informações acerca do diagnóstico e as instruções sobre o tratamento, promovendo a capacidade de o doente tomar uma decisão informada. Porém, verificam-se algumas discrepâncias entre a perceção do profissional de saúde e a do doente, referente aos sintomas. Ou seja, nalgumas situações o profissional de saúde tem uma perceção de melhoria dos sintomas, enquanto que o doente não percebe da mesma forma, pois para ele ainda não conseguiu voltar ao seu estado de normalidade (Novais et al., 2009). Para colmatar estas situações, têm vindo a ser reforçado junto dos profissionais de saúde, a importância de adaptarem as suas intervenções à idiosincrasia do doente, isto é, terem em consideração os aspetos psicológicos, emocionais, físicos, familiares, sociais e profissionais próprios do doente. Assim, é possível o doente ter conhecimento concreto sobre a sua saúde, promovendo a criação de expectativas reais sobre o futuro e a qualidade de vida, para além de permitir ao doente assumir um papel ativo e autónomo nos cuidados com a sua saúde (Berlim & Fleck, 2003; Sá & Oliveira, 2017).

Como já foi supramencionado, o diagnóstico de doença crónica implica alterações na vida do doente e da sua família, possibilitando o aparecimento de dificuldades na adaptação à nova realidade, entre elas: **(1)** a adesão ao tratamento médico; **(2)** o isolamento social; **(3)** a alteração da rotina diária; **(4)** a redefinição da gestão do tempo e das relações familiares; **(5)** aprender a prevenir e controlar os sintomas, assim como, as crises associadas à patologia; e **(6)** as alterações alimentares e físicas que devem ser efetuadas como medida auxiliar ao tratamento (Novais et al., 2009). Para além disto, dependendo do tipo, da gravidade e do significado atribuído à patologia, a adaptação a esta nova realidade pode se tornar num *stressor*, tanto para o doente como para a sua família (Coletto & Câmara, 2009).

Com o diagnóstico de doença crónica no seio familiar, está inerente uma reestruturação nos papéis e funções de cada membro da família, levando a que haja mudanças significativas no seu funcionamento, de modo a ser possível gerir e viver com esta nova realidade (Bustos, Martínez, & Rodríguez, 2019; Novais et al., 2009). A forma como cada família vai gerir esta mudança, dependerá da relação existente entre todos os membros da família com o doente, assim como, da própria estrutura familiar. Perante todas as mudanças no quotidiano, a longo prazo, isto poderá acarretar uma sobrecarga a nível económico, psicológico, emocional e físico sobre a família, o cuidador e o próprio doente (Busto et al., 2019; Faller et al., 2012).

Assim, o doente irá necessitar de uma rede de apoio e cuidado, que envolva não só o cuidador, mas a família e os profissionais de saúde. Dentro dos tipos de apoio, os mais presentes nestes casos são: **(1)** o **apoio emocional**, que passa pela preocupação, cuidado e expressões de afeto facultados ao doente; **(2)** o **apoio informativo**, composto pelo auxílio dos profissionais de saúde, através da transmissão de informação, de forma a orientar o doente na tomada de decisão e na resolução de problemas; e **(3)** o **apoio instrumental**, decorrente do auxílio prestado, pelas outras pessoas, ao doente (Bustos et al., 2019).

2. Hipertensão Arterial

Dentro das doenças crônicas não transmissíveis encontra-se a doença de Hipertensão Arterial (HTA) que potencia problemas no funcionamento do sistema cardiovascular (Soares, 2005). Esta doença ocorre devido a uma tensão arterial (TA) elevada, independentemente da sua causa, que se origina devido a uma elevada pressão arterial (Guzmán, 2008). Denomina-se por pressão arterial, a força por unidade de área exercida pelo sangue contra as paredes das artérias. A dita pressão depende da quantidade de sangue bombeada pelo coração num minuto e da resistência que opõem as artérias na passagem do sangue, a chamada resistência vascular. Sabe-se que durante o bombeamento do coração, é possível identificar dois tipos de pressão arterial: **(1)** uma denominada de **sistólica**, que ocorre quando o coração contrai, fazendo com que o sangue seja expelido através da artéria aorta atingindo a sua pressão máxima; e **(2)** outra chamada de **diastólica**, que se origina quando a pressão nas artérias vai diminuindo até o coração entrar em estado de repouso, atingindo a sua pressão mínima (Guarnaluses, 2016; Guzmán, 2008).

A HTA é uma doença silenciosa e assintomática, podendo desenvolver-se durante vários anos, sem que o indivíduo se aperceba. Esta doença acaba por ser descoberta através da medição da TA ou quando os principais órgãos vitais, como o coração, rins ou cérebro, começam a ser afetados (Guzmán, 2008). Geralmente, quando é atingido o normal funcionamento destes órgãos, esta doença é descoberta, devido ao surgimento de alguns sintomas, levando o indivíduo a recorrer ao sistema de saúde (Soares, 2005).

Perante isto, o **diagnóstico** desta doença é estabelecido após uma avaliação em consultório, na qual são detetados valores de TA elevados, tendo em consideração as diferentes medições, em diferentes ocasiões. Assim, para ser estabelecido este diagnóstico, o indivíduo deve apresentar valores de pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superiores a 140 milímetros de mercúrio (mmHg) e de pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superiores a 90 mmHg (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014), assim como, a ausência da toma de medicação anti-hipertensiva (Guarnaluses, 2016; Soares, 2005; Williams et al., 2018).

Referente aos **fatores de risco** associados à HTA, sabe-se que esta tem a sua origem através de uma combinação de fatores genéticos e ambientais, de estilos de vida, o envelhecimento e o baixo nível educacional (Mozaffarian et al., 2016; Soares, 2005; Sousa et al., 2018). De todos os fatores que originam a doença, o mais acessível de modificar é o estilo de vida, através de uma mudança de comportamento. Assim, existe um conjunto de erros que são cometidos no quotidiano que podem contribuir e/ou reforçar o aparecimento da doença, entre eles: **(1)** o excesso do consumo de sal; **(2)** sedentarismo; **(3)** consumo de calorias densas; **(4)** alimentos gordurosos; **(5)** excesso de ingestão de bebidas alcoólicas; **(6)** tabagismo (Foroucanfar et al., 2017); e **(7)** excesso de peso corporal (Mangena, Saban, Hlabyago, & Rayner, 2016).

Importa agora ressaltar a **etiologia** da HTA, sendo esta composta por dois tipos: a hipertensão primária ou essencial, na qual não existe uma causa orgânica e a hipertensão secundária, onde é possível identificar a origem da doença, através da presença de lesões orgânicas (Soares, 2005).

Como foi referido, a **hipertensão primária ou essencial** não tem a sua origem num problema orgânico, contudo é o tipo mais comum nos diagnósticos de HTA, correspondendo a 95% dos mesmos. Este tipo de hipertensão origina-se através de um conjunto de fatores hereditários, ambientais e de estilo de vida. Em relação ao fator do estilo de vida, este pode influenciar o desenvolvimento e/ou agravamento da doença, devido aos erros que são cometidos no quotidiano, sendo eles: **(1)** a ingestão excessiva de álcool; **(2)** nicotina (hábitos tabágicos); **(3)** alimentos gordurosos; e **(4)** o sedentarismo (Soares, 2005). A hipertensão primária ou essencial caracteriza-se, pela possibilidade de ter um desenvolvimento acelerado, tendo como principal sintoma a cefaleia. Para além do sintoma anteriormente referido, outros sintomas como a sonolência, o défice visual, o vômito, a náusea e a confusão mental, devem ser levados em conta, no momento do diagnóstico, visto que, estes podem ser um indicador da presença da doença (Oigman, 2014).

Por outro lado, a **hipertensão secundária** tem uma prevalência nos diagnósticos muito inferior quando comparado com o outro tipo de hipertensão, estando presente em cerca de 5% a 10% dos diagnósticos (Dinis, Cachulo, Fernandes, & Gonçalves, 2017; Soares, 2005). Como já foi supramencionado, este tipo de HTA origina-se através de lesões orgânicas, presentes em distintos órgãos. Entre as lesões mais comuns encontra-se: **(1)** hiperaldosteronismo primário, que é um grupo de doenças, no qual, ocorre o excesso de produção da hormona aldosterona, localizada no córtex da glândula suprarrenal; **(2)** feocromocitoma e paragangliomas são tumores originados nas células argentafins, localizadas na medula adrenal ou na extra-adrenal; **(3)** problemas endócrinos, originários de doenças como o hipotireoidismo, hipertireoidismo e hiperparatireoidismo; **(4)** síndrome de *Cushing*, que resulta do aumento do cortisol, levando a um acumular de sódio e de água no organismo; e **(5)** hipertensão renovascular, que advém da obstrução completa de uma ou ambas as artérias renais, provocando uma isquemia renal (Nobre, 2010).

Apesar da HTA ser uma doença, ela pode ser considerada um fator de risco no desenvolvimento de alterações no normal funcionamento dos órgãos vitais, provocando o surgimento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (Aronow, 2015; Rodrigues et al., 2017). A HTA é vista como um problema de saúde pública a nível mundial (Souza & Yamaguchi, 2015; Radovanovic, Santos, Carvalho, & Marcon, 2014), que provoca elevados internamentos e custos económicos (Bezerra, Lopes, & Barros, 2014), sendo ainda, considerada a doença crónica que mais contribui para o aumento de mortes por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (Lim et al., 2012), tornando-se num dos principais fatores que leva à morte nos idosos (Santimaria, Borim, Leme, Neri, & Fattori, 2019). Particularmente, as doenças cardiovasculares

são umas das principais causas de morte em todo o mundo, sendo considerada em Portugal, como a principal causa de mortalidade e morbidade (Landázuri, Loango, & Gallego, 2011; Mancia et al., 2014).

Assim, a HTA tem algumas **patologias associadas**, como: **(1)** acidente vascular cerebral, que consiste no aparecimento repentino de sinais e sintomas focais e/ou globais de disfunção cerebral, com uma duração superior a 24 horas, podendo levar à morte (Ferezin, Castro, & Ferreira, 2020; Malachias et al., 2016); **(2)** insuficiência cardíaca, advém do surgimento de sinais devido a uma insuficiência cardíaca objetiva (Bezerra et al., 2014; Fonseca, Brás, Araújo, & Ceia, 2018); **(3)** insuficiência renal, oriunda de lesões nos rins provocando alterações nas estruturas e funções dos mesmos (Bezerra et al., 2014; Bortolotto, 2008; Malachias et al., 2016); **(4)** retinopatia hipertensiva, consiste em alterações no fundo do olho, podendo surgir manchas ou hemorragias oculares (Bezerra et al., 2014; Silva, Silva, & Herkenhoff, 2002); e **(5)** doença coronária, que passa pela obstrução progressiva das artérias coronárias de gorduras, não permitindo a irrigação do coração (Bezerra et al., 2014; Giannotti, 2002; Malachias et al., 2016)

2.1. Prevalência

A HTA, em 2010, contava com cerca de 1.39 bilhões de pessoas diagnosticadas, sendo estimado que, em 2025, este número poderá atingir o valor de 1.56 bilhões de pessoas (Tan et al., 2017). Por ano, estima-se que a HTA seja responsável por, aproximadamente, 4 milhões de mortes no mundo (Heizomi et al., 2020). Já, em Portugal, segundo Polónia, Martin, Pinto & Nazaré (2014), 42.2% da população é hipertensa.

Esta doença tornou-se num problema de saúde pública e, como tal, requer uma maior atenção por parte dos especialistas, devido aos problemas associados com a HTA, visto que, esta patologia poderá levar ao despoletar de outras doenças, entre elas, as cardiovasculares (Radovanovic et al., 2014). As doenças cardiovasculares são consideradas uma das maiores causas de morte e incapacidade no mundo, estando comprovado que a HTA é responsável por cerca de 45% dos óbitos por doenças cardíacas e de 51% dos óbitos por acidentes vasculares cerebrais (Rodrigues et al., 2017). Já a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2011) estima que, até 2030, cerca de 23.6 milhões de pessoas irão falecer por doenças cardiovasculares.

Referente a Portugal, no último Inquérito Nacional em Saúde foi evidenciado que 36% da população, com idade compreendida entre os 25 e os 74 anos, tinha diagnóstico de HTA, sendo que, há maior prevalência no grupo etário com idades compreendidas entre os 65 e 74 anos (74.3%). Para além da idade, foi ainda possível apurar que género masculino detém um maior número de diagnósticos, quando comparado ao género feminino (39.6% e 32.7%, respetivamente) (Rodrigues et al., 2017). Acrescenta-se que dos 36% dos indivíduos com HTA, 69.8% tinham conhecimento da sua doença e 69.4% cumpria a toma de fármacos anti-

hipertensivos, nas últimas duas semanas. Referente a estes dois tópicos, verificou-se um aumento do conhecimento e do cumprimento da toma dos fármacos consoante o aumento da idade, ou seja, o grupo etário mais velho (66-74 anos) são os que detêm uma maior percentagem de conhecimento (82.2%) e de cumprimento da medicação (85%). Em relação à variável género, foi evidenciado que as mulheres detêm um maior conhecimento (77.8%) quando comparados ao outro grupo (Rodrigues et al., 2017).

Em relação ao controlo dos valores de TA, constatou-se que 71.3% da população tinham os valores controlados, sendo que os indivíduos com idades compreendidas entre os 55 e 64 anos apresentavam uma maior percentagem (75.5%), assim como, novamente, eram as mulheres que detinham um maior controlo dos valores de TA (74.7%) (Rodrigues et al., 2017).

Dos resultados obtidos, os valores que provocam alguma preocupação são referentes ao grupo etário dos 25 aos 44 anos, que apesar de serem o grupo com menor prevalência de diagnósticos (12.1%), é o grupo que revela menor conhecimento sobre a doença (44.7%) e que detém maior dificuldade em seguir um tratamento médico (38.4%) (Rodrigues et al., 2017).

2.2. Tratamento

A HTA é considerada, dentro do grupo das doenças crónicas não transmissíveis, aquela que detém um maior número de diagnósticos. Esta doença não tem cura, contudo é possível ser controlada, permitindo atrasar ou evitar o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Mengue et al., 2016).

Devido a esta patologia ter uma prevalência elevada na população, nomeadamente em Portugal, é imperativo que os doentes cumpram as recomendações e prescrições estabelecidas por uma equipa multidisciplinar. Todavia, segundo um estudo da autoria de Polónia et al. (2014) foi verificado que cerca de 57.4% da população com um diagnóstico de HTA não detém os valores de TA controlados, revelando que estes doentes demonstram dificuldades de adesão ao tratamento (Barreto, Reiners, & Marcon, 2014; Bezerra et al., 2014). Perante estes valores é importante refletir sobre a causa desta dificuldade de adesão, visto que, vários estudos demonstraram que o aumento dos níveis de adesão terapêutica, constitui um desafio clínico e de saúde pública (Holt, Rung, Leon, Firestein & Krousel-Wood, 2014; Margolis et al., 2019; Munger, Van Tassel, & LaFleur, 2007; Turnbull & Blood Pressure Lowering Treatment Trialist' Collaboration, 2003).

A não adesão ao tratamento é considerado um processo complexo. Um dos grandes problemas está relacionado com o curso assintomático desta doença, visto que, muitos doentes, devido à ausência de sintomas, acreditam que a doença é algo que se resolve com a adoção de medidas temporárias, como por exemplo, a diminuição do *stress* e do consumo de alimentos com excesso de sal (Barreto et al., 2014). Contudo, depois de implementadas este tipo de medidas e obtidos os resultados esperados, existe uma tendência em regressar aos hábitos

anteriores. Este cenário reflete a influencia de determinados fatores, tais como: **(1)** a falta de conhecimento sobre a HTA (Barreto et al., 2014; Bezerra et al., 2014); **(2)** as crenças que os doentes detêm sobre a doença (Moura & Nogueira, 2013); **(3)** a desmotivação no cumprimento do plano terapêutico (Bezerra et al., 2014); **(4)** dificuldade de acesso ao sistema de saúde (Bezerra et al., 2014); **(5)** insatisfação com a equipa médica (Barreto et al., 2014; Bezerra et al., 2014; Skowron, Polak, & Brandys, 2011); **(6)** custos económicos associados à doença (Bezerra et al., 2014; Skowron et al., 2011); **(7)** os efeitos secundários da terapêutica medicamentosa (Barreto et al., 2014); **(8)** a prescrição de planos terapêuticos complexos (Barreto et al., 2014); e **(9)** a ineficaz mudança de comportamento (Barreto et al., 2014).

Considerando todos estes fatores que dificultam a adesão do doente, é imperativo salientar alguns aspetos que possam contribuir para melhorar os níveis de adesão, como por exemplo: **(1)** a equipa multidisciplinar adotar uma comunicação clara e adaptada ao doente (Deli Esposti et al., 2004; Giorgi, 2006; Skowron et al., 2011); **(2)** a cooperação entre todos os membros da equipa multidisciplinar (Jokisalo, Kumpusalo, Enlund, & Takala, 2001); **(3)** estimular/motivar o doente a controlar a sua TA (Degli Esposti et al., 2004); e **(4)** o aumento do conhecimento e compreensão dos indivíduos sobre a doença e as complicações advindas da mesma (Gaffari-fam, Babazaded, Oliaei, Behboodi, & Daemi, 2020), através do aumento dos níveis de literacia em saúde (Heimozi et al., 2020).

Posto isto, passamos a referir as duas linhas de intervenção terapêutica nesta patologia: uma via farmacológica e outra não farmacológica.

O **tratamento farmacológico** consiste na prescrição, tendo em consideração fatores como a idade, histórico familiar ou outras patologias (Fava et al., 2017), de fármacos anti-hipertensivos como: **(1)** diuréticos; **(2)** vasodilatores diretos; **(3)** bloqueadores dos canais de sódio; **(4)** bloqueadores do recetor AT da angiotensina II; **(5)** inibidor direto da renina; **(6)** inibidores adrenérgicos; e **(7)** inibidores da enzima conversora da angiotensina (Kohlman et al., 2010). Esta linha de tratamento objetiva reduzir e controlar os elevados valores de TA, assim como, os riscos associados à doença. É uma das linhas de tratamento que é recomendada quando o tratamento não farmacológico se demonstra ineficaz ou pode ser prescrito como auxiliar no tratamento não farmacológico (Amaral et al., 2019). Como já foi mencionado, esta doença não tem cura, por isso, este tipo de tratamento deverá ser cumprido e mantido pelo resto da vida do doente. Todavia, o que tem sido verificado é que entre 16% a 50% dos doentes abandonam o tratamento no final do primeiro ano, tendo como consequência o aumento dos valores da TA e das complicações inerentes (Daniel & Veiga, 2013).

O **tratamento não farmacológico** consiste numa linha de tratamento, na qual, não faz parte a prescrição de fármacos, mas sim uma mudança no estilo de vida, passando pela adoção de um comportamento mais saudável. Esta linha de tratamento é sempre recomendada como um reforço ao tratamento farmacológico. Contudo, existem situações como os efeitos secundários dos fármacos ou o doente se encontrar nos estágios iniciais da doença, em que esta

via de tratamento é uma forma eficaz de controlar a TA (Guarnaluses, 2016). Devido a esta via de tratamento privilegiar a adoção de um estilo de vida saudável, é fundamental a intervenção de uma equipa multidisciplinar, de forma a diminuir a probabilidade da não adesão ao tratamento (Gorayeb, 2000).

A equipa multidisciplinar deve ter um objetivo comum, de forma a que todos os profissionais trabalhem na mesma direção. No caso da HTA, na maioria dos pacientes, os objetivos delineados passam pelas alterações no estilo de vida, levando adoção de comportamentos saudáveis, para além de auxiliar na gestão da própria doença, como a organização da medicação ou das consultas marcadas. A intervenção de uma equipa multidisciplinar tem algumas vantagens, tais como: **(1)** o aumento da adesão do paciente ao tratamento delineado, permitindo um aumento de doentes com os níveis de TA controlados; **(2)** o paciente fica dotado de conhecimentos, oriundos de diferentes áreas de atuação (*e.g.*, nutrição, psicologia ou enfermagem); e **(3)** é um tipo de intervenção que permite atender uma maior quantidade de doentes, devido a cada profissional se dedicar à sua área de atuação (Jardim, Sousa, & Monego, 1996).

Dentro da equipa multidisciplinar, temos o caso dos **enfermeiros**, que podem auxiliar na educação para a saúde, ou seja, explicar ao doente a sua doença, as causas, as complicações e o que poderá fazer para as evitar. Para além disso, sendo eles os profissionais que atuam nos cuidados de saúde primários, podem auxiliar os nutricionistas na promoção de estilos de vida saudáveis, pois irão ter mais contacto com o doente, visto que, estes profissionais serão responsáveis pelo registo dos valores da TA (Ferreira, Graça & Calvino, 2016).

O papel dos **nutricionistas**, dentro desta equipa, passa pela elaboração de uma dieta adaptada ao doente, isto é, tendo em conta as suas características pessoais e económicas (Ferreira-Sae et al., 2009; Giorgi, 2006). Assim sendo, um dos primeiros passos que estes profissionais podem realizar é o registo escrito, juntamente com o doente, dos seus hábitos alimentares. Depois de efetuado esse registo, o nutricionista terá acesso aos hábitos alimentares do doente, o que permitirá realizar um novo plano alimentar adequado ao mesmo, que será introduzido de forma gradual. Para além da informação que o registo fornece ao nutricionista, também permitirá ao doente ser confrontado com os seus hábitos alimentares, acabando por poder reconhecer quais são os seus erros, o que poderá alterar e, mais tarde, assumir o compromisso de manter essas alterações apesar do nutricionista não se encontrar presente (Goroyeb, 2000). Geralmente, as medidas introduzidas no novo plano alimentar passam: **(1)** redução do consumo de sal (Agondi, Gallani, Cornélio, & Rodrigues, 2012; Aronow, 2015; Cornélio et al., 2009; Goroyeb, 2000); **(2)** diminuição do hábito tabágico; **(3)** diminuição do consumo de bebidas alcoólicas; **(4)** aumento da prática de exercício físico (Amaral et al., 2019; Aronow, 2015); e **(5)** aumento do consumo de produtos hortícolas e frutas (Aronow, 2015).

Um outro profissional que integra esta equipa multidisciplinar é o **psicólogo**. O diagnóstico de HTA pode provocar uma transição difícil na vida do doente. Nesse sentido, o

psicólogo poderá auxiliar o doente e/ou a família em identificar as expectativas para o seu futuro e quais delas são ou não exequíveis (Jardim et al., 1996). Para além disso, o psicólogo também poderá cumprir uma função de educação em saúde, onde poderá esclarecer dúvidas relacionadas com a HTA, não recorrendo aos termos técnicos utilizados pelos médicos e enfermeiros (Ferreira et al., 2016; Gorayeb, 2000). Sabendo que o diagnóstico de uma doença crónica é um *stressor* na vida do indivíduo, e estando comprovado a relação entre os elevados níveis de ansiedade e os elevados valores de TA, o psicólogo poderá ensinar técnicas que permitam a redução dos níveis de ansiedade (Leopaci, Santos, Honorato, & Coqueiro, 2016). Uma das técnicas que se demonstra eficaz é o **relaxamento muscular progressivo**, que consiste em ensinar ao doente, de forma gradual, a controlar a sua respiração, músculos e pensamentos, permitindo atingir um estado de relaxamento e, conseqüentemente, a diminuição dos níveis de ansiedade e de TA. A outra técnica é o **biofeedback**, que permite, através da utilização de sensores, mostrar ao doente o grau de relaxamento que determinado músculo consegue atingir. Esta técnica promove a consciencialização para os efeitos do relaxamento, levando a que o doente se sinta motivado para inserir esta técnica no seu tratamento quotidiano (Gorayeb, 2000).

3. Literacia em Saúde

Nos últimos anos, a temática da Literacia em Saúde (LS) tem vindo a adquirir um maior destaque na sociedade, por parte dos investigadores e das Organizações Políticas (Araújo et al., 2018), especialmente, por duas razões: **(1)** os elevados custos no sistema de saúde associados com os baixos níveis de LS da população (Gazmararian et al., 1999); e **(2)** a sua influência dentro das áreas do cuidado, prevenção e promoção da saúde (Araújo et al., 2018; Neto et al., 2019; Santos & Portella, 2016).

Este conceito abrange diferentes contextos, desde a medicina, enfermagem, psicologia, serviço social ou sociologia, adquirindo diferentes tipos de abordagem, dependendo dos objetivos e das preocupações inerentes a cada um dos contextos (Loureiro et al., 2012). Apesar de atualmente a LS ter esta diversidade, durante muitos anos esteve associada exclusivamente à educação em saúde. Num artigo da autoria de Simonds (1974), defendeu pela primeira vez a importância da instrução das crianças, no contexto escolar, acerca dos conceitos relacionados com a área da saúde. Desde a primeira vez que surgiu, este conceito tem vindo a evoluir, acabando por deter diversas definições. Porém, a mais reconhecida é da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 1998, p. 10), onde estabelece que a LS corresponde a “uma habilidade cognitiva e social que determina a motivação e a capacidade de o indivíduo obter acesso, compreender e utilizar informações, de forma a promover e a manter uma boa saúde”.

Ao longo dos anos, a LS foi evoluindo até se tornar num conceito concreto, distanciando-se da temática da educação em saúde, encontrando-se esta vocacionada para o processo de aprendizagem, quer seja a nível individual ou grupal, permitindo a ocorrência de

mudanças de comportamento, estilo de vida, competências, atitudes e valores (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005, citado por Loureiro et al., 2012). Assim, a LS não se restringe ao simples processo de aprendizagem, passando por colocar em prática os conhecimentos adquiridos, oriundos da integração e compreensão da informação, permitindo que, através do processo da tomada de decisão, o indivíduo tenha um papel ativo sobre os vários domínios da sua saúde (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2015). Portanto, o conceito de LS, ao longo da sua evolução, passa de uma perspetiva individual, onde defende que este conceito estava relacionado com execução de certas tarefas, para uma perspetiva na qual abrange não só a componente individual, como também a social (Pedro, Amaral & Escoval, 2016). A definição desenvolvida por Kickbusch, Wait, Maag, McGuire e Banks (2006, p. 8), é a confirmação disso, onde consta que a LS é a “capacidade de tomar decisões corretas sobre saúde no contexto diário, quer seja em casa, comunidade, local de trabalho, sistema de saúde, mercado ou no contexto político, sendo ainda, uma estratégia de procurar informações e de assumir responsabilidades”. Anos mais tarde, Sørensen et al. (2012, p. 3), após um trabalho de revisão de literatura, reformularam este conceito, passando a defender que a LS se relaciona com “o conhecimento, motivação e competência individual para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações sobre saúde, permitindo julgamentos e tomada de decisão no quotidiano, relativos aos cuidados e promoção da saúde e prevenção de doenças ao longo da vida”.

Como já foi supramencionado, a LS está ativamente presente na sociedade e no quotidiano e, por essa razão, esta temática é considerada um direito à cidadania, sendo um aspeto fulcral para que o indivíduo consiga funcionar na sociedade. Existe, assim, um conjunto de competências que um indivíduo com um nível adequado de LS deve ter como: **(1)** competências básicas de saúde e saber aplicá-las na proteção e promoção da saúde, assim como, na prevenção de doenças; **(2)** a capacidade de utilização do sistema de saúde e de trabalhar, em conjunto, com os profissionais de saúde; **(3)** as competências de tomada de decisão, em relação a bens e serviços, que sejam os mais adequados para a saúde; e **(4)** as competências relacionadas com o papel de cidadão informado, que passam pela participação ativa na sociedade e no conhecimento sobre os direitos em saúde (Kickbusch, Wait, Maag, McGuire & Banks, 2006). Contudo, quando o indivíduo não detém níveis adequados de LS, significa que este poderá ter dificuldades em participar e em exercer os seus direitos. Por isso, vários estudos indicam que um indivíduo que detenha um nível de LS inadequado ou insuficiente, acaba por revelar dificuldades em: **(1)** compreender a informação transmitida pela equipa médica; **(2)** aceder e utilizar o sistema de saúde, pois não sabe quais os serviços médicos que estão disponíveis e a quais recorrer; e **(3)** seguir as prescrições dadas pela equipa médica (Pedro et al., 2016).

Referente aos níveis de LS, autores como Nutbeam (2000) e Sørensen et al. (2012), acrescentaram à definição deste conceito, três níveis diferentes de LS que, num contínuo, representam a passagem progressiva para níveis mais elevados, que requerem uma maior autonomia e *empowerment* relativos ao contexto de saúde. O primeiro nível de LS denomina-se

de **literacia funcional/básica**, correspondente às habilidades básicas em leitura e escrita, de forma a poder funcionar efetivamente no contexto de saúde. No segundo nível de LS, a **literacia interativa/comunicativa**, é composta pelas habilidades cognitivas e de literacia mais avançadas que, juntamente com as habilidades sociais, permitem uma participação ativa do indivíduo nos cuidados de saúde. Por último, temos a **literacia crítica** que corresponde às habilidades cognitivas mais avançadas que, juntamente com as habilidades sociais, podem ser aplicadas para analisar criticamente as informações, de maneira a conseguir ultrapassar as barreiras estruturais à saúde. Perante esta classificação, estes autores defendem que a LS não se baseia especificamente nos níveis de escolaridade do indivíduo, visto que, as competências de LS podem ser adquiridas e desenvolvidas ao longo da vida. Assim, o indivíduo pode passar de um papel passivo na literacia funcional, para um papel ativo ao nível da literacia interativa ou até mesmo, no nível mais elevado de LS, alcançar um papel pró-ativo (Loureiro et al., 2012; Neto et al., 2019). Já outros autores acrescentaram novos níveis de LS como: **(1) a mediática** correspondente à competência de avaliar as mensagens dos *medias*, de uma forma crítica (Manganello, 2008, citado por Almeida et al., 2019); **(2) a fundamental** está relacionada como a capacidade e as estratégias envolvidas na fala, escrita, leitura e interpretação numérica; **(3) a científica** engloba os níveis de capacidade numérica referente à ciência e tecnologia; **(4) a cívica** corresponde à consciencialização do indivíduo sobre as questões públicas e a capacidade de envolvimento no processo de tomada de decisão sobre os números; e **(5) a cultural** é composta pela interpretação de informações de saúde, tendo em consideração as crenças, a identidade social e os costumes (Zarcadoolas, 2005, citado por Almeida et al., 2019).

Entretanto, noutra trabalho publicado, Nutbeam (2009) acrescenta dois componentes à definição de LS: as tarefas (*tasks*) e as competências (*skills*). Segundo este autor, a literacia baseada nas **tarefas** concentra-se na execução das principais tarefas de literacia como ler um texto básico ou escrever uma simples declaração. Já a literacia baseada nas **competências** está relacionada com o conhecimento e as habilidades que o indivíduo deve possuir para executar as tarefas mencionadas anteriormente.

A constatação que um baixo nível de LS pode significar que a população possui um deficitário conhecimento e compreensão sobre os serviços de saúde disponíveis, os cuidados de saúde a ter, deterioração das condições do sistema de saúde e, conseqüentemente, uma reduzida utilização dos serviços voltados para a prevenção e deteção de doenças, levando a um aumento da prevalência de doenças crónicas, contribuiu para um maior investimento na melhoria dos níveis de LS na população (Pedro et al., 2016). Para além do mencionado, um baixo nível de LS pode estar ainda associado a maiores dificuldades de adesão ao tratamento e a elevados números de internamentos, assim como, o acentuar da prevalência e gravidade de certas doenças crónicas (Broeiro, 2017).

Em Portugal, esta temática já foi identificada como meio primordial para o melhoramento dos cuidados de saúde, sendo esta uma via reconhecida para auxiliar no acesso

aos cuidados e autogestão da saúde (Almeida et al., 2019). Por estas razões, durante a última década, tem sido reforçado o investimento nesta temática, através da adoção de medidas como a implementação de políticas de saúde, objetivando a melhoria dos cuidados de saúde, no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Pedro et al., 2016). Já em 2016, foi criado o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, no qual se pretende aumentar a participação do cidadão no sistema de saúde, através da informação, conhecimento e da decisão informada (Pedro et al., 2016). Na atualidade, encontra-se em vigor o Plano de Ação de Literacia em Saúde 2019-2021, que estabelece um conjunto de estratégias políticas e de orientações, no sentido, de promover a LS da nossa população (Almeida et al., 2019).

3.1. Prevalência

Um dos primeiros estudos a serem desenvolvidos dentro desta temática, foi originário nos Estados Unidos da América. O *National Assessment of Adult Literacy* (NAAL) contou com a participação de 18 000 sujeitos, sendo eles todos maiores de idade. Deste estudo ressaltou que 53.0% dos participantes tinham níveis satisfatórios de LS, 12.0% tinham níveis elevados, 22.0% revelaram níveis básicos e 14.0% obtiveram níveis baixos de LS. Em relação às variáveis género e idade, evidenciou-se que o género feminino apresentava uma menor percentagem de níveis baixos de LS (12.0%), quando comparados com o outro grupo (16.0%). Sobre a variável idade, o grupo etário com idade igual ou superior a 65 anos, foi o que revelou uma maior percentagem de níveis baixos de LS, quando comparados com os restantes grupos etários (Kutner, Greenberg, Jin, & Paulsen, 2006).

Na Europa foi implementado o projeto *European Health Literacy Survey* (HLS-EU), que contou com a participação da Áustria, Alemanha, Bulgária, Espanha, Grécia, Irlanda, Países Baixos e Polónia. Este projeto foi o primeiro estudo desenvolvido no âmbito desta temática, no continente europeu, e contou com a participação de 1 000 sujeitos de cada país, com idade igual ou superior a 15 anos. O grande objetivo deste projeto passou pela aferição dos níveis de LS, mas também pela obtenção de conhecimento relativamente aos processos de aquisição, compreensão e utilização da informação, nos diferentes domínios de LS. Dos resultados obtidos, constatou-se que 12.4% da amostra apresentava níveis de LS inadequados, 35.2% níveis problemáticos, 36.0% níveis adequados e 16.5% um nível excelente de LS (Sørensen et al., 2015).

Na Itália, foi desenvolvido um estudo da autoria de Schiavone e Attena (2020) que contou com a participação de 503 sujeitos, com idade mínima de 18 anos. Os objetivos desta investigação passaram pela avaliação dos níveis de LS dos indivíduos atendidos nas consultas de medicina geral, de diferentes cidades italianas e, ainda, uma investigação acerca da associação entre a LS com os comportamentos e estado de saúde. Para a realização da presente investigação, os autores recorreram ao HLS-EU, concretamente, na versão de 16 itens do instrumento. Dos resultados obtidos destaca-se o facto dos participantes com idades superiores a 45 anos apresentarem níveis de LS mais baixos, quando comparados com os participantes com

idades compreendidas entre os 18 e 45 anos, para além de, ter sido identificado que os participantes com um menor nível de habilitações literárias manifestaram níveis mais baixos de LS (80.4%), quando comparados com os participantes com níveis elevados de habilitações literárias (Schiavone & Attena, 2020).

Em Portugal, o primeiro estudo realizado à população para apurar os níveis de LS foi desenvolvido por Benavente, Rosa, Costa e Ávila (1995, citado por Pinto, 1996), denominado de Estudo Nacional de Literacia. Este estudo contou com a participação de 2 449 sujeitos, com idades entre os 15 e os 64 anos, residentes em Portugal. Detinha como objetivo averiguar as competências de literacia da população portuguesa e delinear possíveis problemáticas que pudessem originar investigações futuras (Benavente, Rosa, Costa, & Ávila, 1995, citado por Pinto, 1996). Dos resultados obtidos constatou-se que a população portuguesa revelava baixos e muito baixos níveis de LS, assim como, também foi possível identificar que são os idosos, as domésticas e os desempregados que detêm os níveis mais baixos de LS (Benavente, Rosa, Costa, & Ávila, 1995, citado por Pedro et al., 2016).

Alguns anos mais tarde, foi desenvolvido por Pedro, Amaral e Escoval (2016), um novo estudo sobre esta temática em Portugal, no qual adaptaram o HLS-EU. Este estudo contou com a participação de 1 000 sujeitos, com idade igual ou superior a 16 anos, residentes em Portugal. Tinha como objetivos a tradução e validação do HLS-EU, averiguar os níveis de LS da população portuguesa e, posteriormente, efetuar uma comparação dos resultados portugueses com os resultados dos restantes países europeus. Os resultados demonstraram que 17.0% dos participantes revelaram níveis inadequados, 44.4% níveis problemáticos, 30.1% níveis suficientes e 8.4% níveis excelentes de LS. Em relação ao domínio referente aos cuidados de saúde, dos resultados obtidos, 16.9% dos participantes tinham níveis inadequados, 38.9% níveis problemáticos, 35.1% níveis suficientes e 9.1% níveis excelentes. Já sobre o domínio de prevenção da doença, 19.4% dos participantes detinham níveis inadequados, 35.7% níveis problemáticos, 33.7% níveis suficientes e 11.1% níveis excelentes de LS. Por último, no domínio de promoção da saúde, 22.4% dos participantes demonstraram ter níveis inadequados, 37.8% níveis problemáticos, 30.3% níveis suficientes e 9.5% níveis excelentes de LS. Para além destes valores, também se constatou uma tendência para os níveis de LS diminuírem consoante o avançar da idade. O mesmo ocorreu à variável habilitações literárias, contudo, num sentido oposto, isto é, quanto maior eram as habilitações literárias, mais elevados eram os níveis de LS. Em relação à situação profissional, observou-se que os participantes desempregados detinham níveis inferiores de LS, quando comparados com os restantes grupos. Com este estudo, os autores puderam comparar a situação portuguesa com os restantes países europeus e constatou-se que Portugal se encontrava em todos os domínios inferior à média europeia, porém a situação mais preocupante era referente ao domínio dos cuidados de saúde, no qual, os resultados portugueses foram os piores dos nove países participantes (Pedro et al., 2016).

Um estudo da autoria de Costa, Saboga-Nunes e Costa (2016), contou a participação de 1180 inquiridos residentes em Portugal continental, tinha como grandes objetivos a avaliação dos níveis de LS da população, através da metodologia do HLS-EU, e a comparação dos resultados portugueses com os resultados europeus. Deste estudo concluiu-se que 59.9% dos participantes apresentaram níveis inadequados e problemáticos de LS gerais, sendo que, apenas 40.1% dos participantes demonstraram níveis suficientes e excelentes de LS. Após a comparação dos resultados portugueses com os europeus, os autores verificaram que a população portuguesa se encontrava abaixo da média europeia, tendo somente atrás a Bulgária com 62% da sua população a revelarem limitações de LS (Costa, Nunes-Saboga, & Costa, 2016).

Outro estudo português mais recente, datado de 2016, foi o Inquérito em Saúde em Portugal (ILS-PT), desenvolvido pela Fundação Calouste Gulbenkian, tendo como base metodológica o HLS-EU. Esta investigação tinha como objetivo identificar os obstáculos e os níveis de LS da população portuguesa, assim como, o desenvolvimento de orientações para o aumento dos níveis nesta temática (Espanha, Ávila, & Mendes, 2016). Neste estudo, participaram 2 104 sujeitos com idade igual ou superior a 15 anos, residentes em Portugal continental. Dos resultados obtidos, ressalta-se que 11.0% da população detinha um nível de LS inadequado, 38.0% um nível problemático, 41.4% um nível suficiente e 8.6% um nível excelente. Referente às dimensões de LS, 45.4% da população apresentava uma literacia limitada na dimensão dos cuidados de saúde, sendo que desta percentagem, 10.1% corresponde a um nível inadequado e 35.3% a um nível problemático. Em relação à prevenção da doença, 45.5% da população revelou algumas limitações nesta dimensão. Relativamente à promoção da saúde, constatou-se que 48.9% dos sujeitos detinham níveis elevados de literacia, contudo, os restantes 51.1% revelaram limitações nesta dimensão (Espanha et al., 2016). Deste estudo foi ainda possível obter resultados significativos referentes às variáveis idade e habilitações literárias. Sobre a idade verificou-se que o grupo etário mais envelhecido concentrava uma maior percentagem de baixos níveis de LS. Já, na relação entre os níveis de LS e a habilitações literárias constatou-se que, quanto mais elevadas as habilitações literárias, maiores eram os níveis de LS. Assim, foi possível identificar que mais de 60% dos sujeitos com instrução ao nível do ensino superior apresentaram níveis de LS excelentes e suficientes, enquanto que, mais de 60% dos sujeitos com uma instrução até ao 9º ano de escolaridade detinham níveis problemáticos e inadequados de LS (Espanha et al., 2016). Perante estes resultados, Espanha, Ávila e Mendes (2016) conseguiram sinalizar os grupos vulneráveis resultantes dos baixos níveis de LS, sendo eles: **(1)** indivíduos com idade igual ou superior a 66 anos; **(2)** ter rendimentos inferiores a 500€; **(3)** com diagnóstico de doenças prolongadas; **(4)** recorrer aos cuidados de saúde primários mais de seis vezes, no último ano; **(5)** a presença de um sentimento de limitação, devido ao diagnóstico de doença crónica; e **(6)** deter uma auto percepção de saúde baixa. Após a realização do estudo anteriormente referido, foi possível fazer uma comparação entre os resultados portugueses e os restantes países europeus que participaram no HLS-EU. Desta comparação conclui-se que, Portugal tem níveis de LS ligeiramente inferiores à média

européia, sendo a maior diferença referente ao domínio de cuidados de saúde, apesar desta ser pouco expressiva (Espanha et al., 2016).

3.2. Modelos Teóricos de Literacia em Saúde

Durante a evolução do conceito de LS, diferentes autores desenvolveram modelos conceptuais que tentassem descrever, de uma maneira concreta, o processo dinâmico inerente a esta temática. Perante isto, seguidamente, iram ser abordados dois dos modelos desenvolvidos, sendo eles: o modelo desenvolvido por Mancuso (2008) e um outro da autoria de Sørensen et al. (2012).

O **modelo conceptual desenvolvido por Mancuso** (2008) defende que a LS é um processo multidimensional, envolvendo as habilidades cognitivas e os aspetos sociais. Assim, de uma forma sistematizada, o presente modelo engloba as competências, que são consideradas os antecedentes, os atributos e as consequências da LS, tendo em consideração a relação do indivíduo-meio.

Segundo este modelo, o componente essencial é o conceito de **competência**, que é definida como os conhecimentos, atitudes e habilidades que o indivíduo detém e que, perante uma situação, consegue mobilizar de forma adequada. Dentro da competência, é possível encontrar cinco tipos: **(1) operacional**, considerada como a capacidade de ler, entender e agir de acordo com as informações transmitidas pelos profissionais de saúde; **(2) interativa**, passa pela colaboração entre profissionais de saúde e o indivíduo, de forma a dotá-lo de competências que permitam a autogestão da doença; **(3) autónoma**, relacionada com o *empowerment*, ou seja, é a capacidade de o indivíduo assumir e ter consciência da responsabilidade das suas decisões, em relação à sua saúde; **(4) para obter informação** corresponde a uma capacidade para reconhecer as informações essenciais para a saúde, sendo uma estratégia voltada para a identificação de prováveis fontes de informação e usá-las para obter informações relevantes; e **(5) contextual** está relacionada com o meio em que o indivíduo se encontra inserido e a forma como ele pode influenciar (Mancuso, 2008).

Em relação aos **atributos** são compostos pela capacidade, a compreensão e a comunicação, estando eles interligados às competências. A **capacidade** esta relacionada com as habilitações literárias e com o contexto, acabando por ser adquirida/desenvolvida através do processo de aprendizagem. Referente à LS, este fator está relacionado com a capacidade de reunir, analisar e avaliar as informações sobre a saúde, na procura de ajuda e de saber funcionar dentro do sistema de saúde (Mancuso, 2008). A **compreensão** é considerada um processo complexo, que engloba a interação da lógica, da linguagem e da experiência. A conjugação destes fatores, permite que o indivíduo consiga uma interpretação e compreensão da informação disponibilizada, como por exemplo, as prescrições dos medicamentos ou a informação transmitida pelo médico. Por último, a **comunicação** envolve uma troca de diferentes tipos (*e.g.*, sinais, falas, escrita ou comportamentos) que permitam ao indivíduo a compreensão da

informação. Referente à área da saúde, a comunicação recorre ao uso de diversificadas estratégias, tais como os recursos audiovisuais, a *internet*, os textos ou a comunicação direta entre o profissional de saúde e o indivíduo. Para que a comunicação seja eficaz, esta deve ser equilibrada, consistente e compreensível, tendo em consideração os aspetos culturais.

Para além dos conceitos supramencionados, Mancuso (2008) defende distintas consequências advindas dos baixos níveis de LS, sendo eles: **(1)** os elevados custos para o sistema de saúde; **(2)** o conhecimento errado ou insuficiente sobre as patologias e respetivos tratamentos; **(3)** a baixa competência de autogestão da doença; **(4)** a reduzida capacidade para auxiliar os doentes crónicos; **(5)** os erros na medicação; e **(6)** as dificuldades em utilizar o sistema de saúde.

Perante a explicação deste modelo, segundo Mancuso (2008), a LS não pode ser considerada um conceito estático, pois esta encontra-se em constante evolução ao longo da vida do indivíduo. É um conceito que abrange diferentes componentes (capacidade, compreensão e comunicação) que, quando integrados e precedidos pelas competências, permitirão ao indivíduo atingir níveis adequados de LS, além de deter a capacidade de influenciar a relação indivíduo-meio.

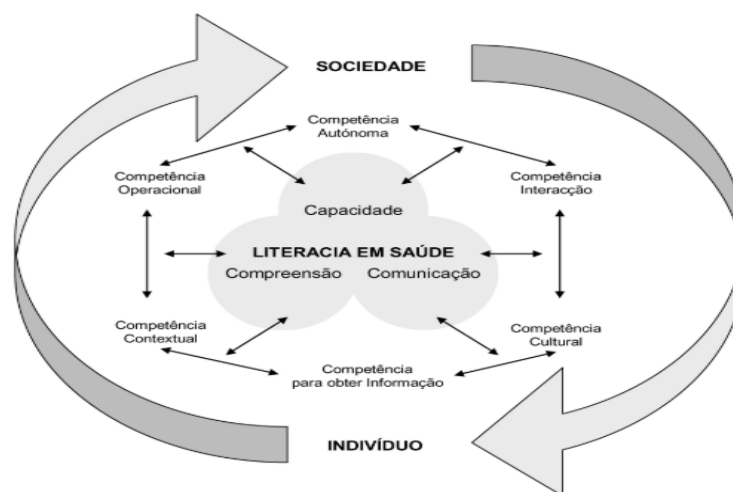


Figura 1. Modelo Conceptual de Literacia em Saúde. Adaptado de “Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios”, de Loureiro e colaboradores, 2012, *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), p. 161.

O **modelo de Sørensen et al.** (2012), através de uma revisão da literatura, tentaram desenvolver um quadro conceptual, em que integra diversos modelos que tinham sido publicados, objetivando desenvolver um modelo completo e atual sobre o processo de LS. Este modelo integrativo combina as principais competências e domínios de LS, levando em consideração os fatores proximais e distais que influenciam este conceito, desde um nível individual até ao nível populacional, tendo em consideração que a LS está presente no decorrer do ciclo vital.

O presente modelo distingue três domínios da LS correspondentes aos cuidados de saúde, à promoção de saúde e à prevenção da doença, que estão inseridas num contínuo. Distingue, ainda, quatro formas de gerir a informação: **(1)** o **acesso** que está relacionado com a capacidade de procurar, encontrar e obter informações relacionadas à saúde; **(2)** a **compreensão** que corresponde à capacidade de compreender as informações de saúde encontradas; **(3)** a **avaliação** que está relacionada com a capacidade individual de interpretar, filtrar, julgar e avaliar as informações; e **(4)** a **utilização** dessa informação e de comunicá-la, de forma a conseguir manter e melhorar a saúde (Sørensen et al., 2012)

Para além do anteriormente referido, estes autores identificam um conjunto de fatores que exercem influência na aquisição e desenvolvimento dos níveis de LS, tanto a nível individual como a nível populacional. Assim, temos os **fatores distais** que são constituídos pelos determinantes sociais e ambientais, como por exemplo, a localização geográfica, a cultura, o idioma, o sistema social ou político; e os **fatores proximais** relacionados com os determinantes pessoais e situacionais, como a idade, o género, as habilitações literárias, profissão, a influência de pares ou dos *media* (Sørensen et al., 2012).

Posto isto, Sørensen et al. (2012) cruzaram os três domínios de LS com as quatro formas de gerir a informação, formando uma **matriz de doze sub-dimensões**, sendo elas: **(1)** habilidade para aceder à informação clínica ou médica; **(2)** habilidade de compreender o significado da informação clínica; **(3)** habilidade para avaliar e interpretar a informação clínica; **(4)** capacidade de tomar decisões baseadas na informação obtida; **(5)** capacidade de perceber os fatores de risco a que está vulnerável; **(6)** capacidade de interpretar a informação referente aos fatores de risco; **(7)** capacidade de avaliar os fatores de risco a que pode estar vulnerável; **(8)** capacidade de avaliar a prevalência dos fatores de risco na vida do indivíduo; **(9)** competência em atualizar-se nos assuntos médicos ou clínicos; **(10)** capacidade de selecionar a informação de saúde relevante; **(11)** capacidade para interpretar e avaliar os assuntos relacionados com a saúde; e **(12)** capacidade de formular uma opinião referente a temas de saúde.

Assim, o presente modelo defende que a LS é responsável pelo processo gerador de conhecimentos e capacidades que levam o indivíduo a ser capaz de funcionar, num contínuo, nos três domínios de saúde já referidos. Perante isto, o indivíduo pode procurar pela promoção da sua saúde, na sociedade, ou ser um indivíduo que se encontra em risco de desenvolver uma doença, mas é abrangido por um sistema de prevenção e, ainda, pode ser um doente que faz parte do sistema de cuidados de saúde (OPP, 2015).

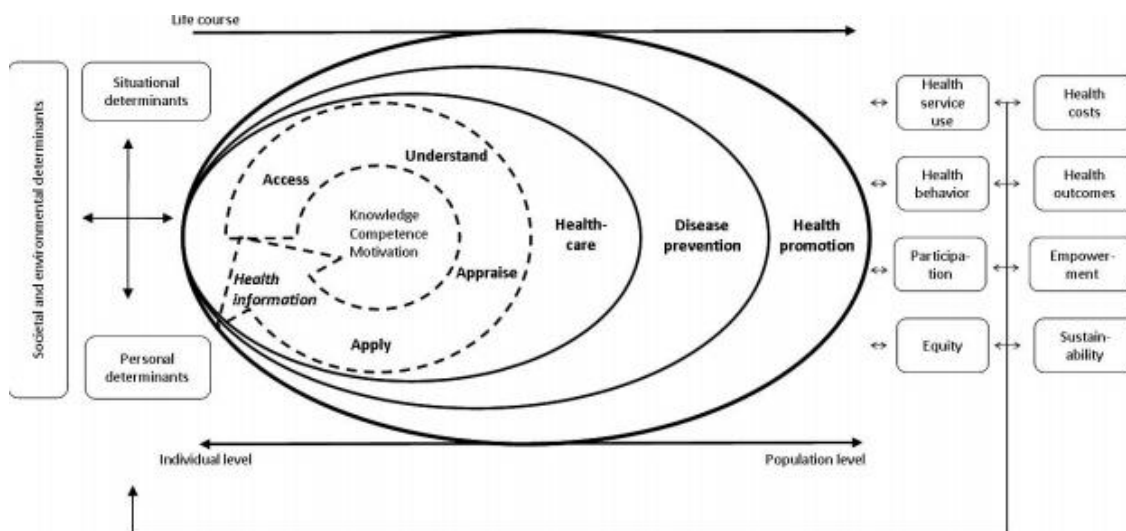


Figura 2. Modelo conceitual integrativo de Literacia em Saúde. Adaptado de “Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models”, de Sørensen e colaboradores, 2012, *BMC Public Health*, 12(80), p. 9.

3.3. Implicações da Literacia em Saúde

A LS não se restringe à capacidade de leitura, de utilizar os serviços de saúde ou à autogestão da saúde e da doença (Loureiro, 2015). Na atualidade, existe um maior acesso a informações complexas, de múltiplas fontes sobre a saúde, provocando uma necessidade de avaliar, compreender e interpretar a informação, permitindo ao indivíduo a tomada de decisão mais adequada. Portanto, a LS também abrange as competências de saber tomar decisões acertadas, assim como, a capacidade de participar nos debates referentes à temática da saúde, como cidadão informado (Monteiro, 2009).

A LS é um processo complexo, estando inerente um conjunto de fatores que vão desde os pessoais ao sistema de saúde. Em relação ao **fator pessoal**, podemos considerar que a idade, a escolaridade, o género, a existência de problemas de saúde, assim como, as competências emocionais e cognitivas que o indivíduo detém, podem influenciar os níveis de LS. Contudo, o próprio **sistema de saúde** pode interferir neste processo, através da forma como a informação é comunicada pelo profissional de saúde, ou seja, as estratégias de comunicação utilizadas pelo profissional podem não ser adequadas à idiosincrasia do indivíduo (*e.g.*, utilização de termos técnicos), tendo como consequência a incompreensão da informação. Para além destes fatores, como o indivíduo vive em sociedade, existem **fatores sociais e culturais** que também interferem na LS, como por exemplo, as crenças existentes sobre determinadas doenças, o próprio sistema escolar, através dos objetivos estabelecidos para o ensino, ou o surgimento das novas tecnologias, que trouxeram novas fontes de informação (Almeida et al., 2019).

De acordo com a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2015), os indivíduos que apresentam baixos níveis de LS tendem a demonstrar dificuldades na pesquisa, seleção e

compreensão da informação relacionada com a doença e a saúde, oriundas de diferentes meios de difusão. Devido aos baixos níveis de LS, diversas investigações conseguiram delinear algumas consequências negativas, sendo elas: **(1)** uma deterioração do estado de saúde; **(2)** uma maior dificuldade de adesão ao tratamento e à toma de medicação; **(3)** elevadas taxas de internamento e reinternamento; **(4)** uma deficitária comunicação entre o indivíduo e o profissional de saúde, comprometendo o processo de tomada de decisão; **(5)** dificuldades na autogestão da doença crónica; **(6)** o fluxo do serviço de urgência é superior ao esperado; e **(7)** a falta de conhecimento leva a que sejam praticados comportamentos de risco para a saúde e, conseqüentemente, uma baixa adesão nas ações de prevenção e promoção da saúde (OPP, 2015).

No contexto das doenças crónicas, a LS desempenha um papel fulcral na gestão da doença e no acesso aos cuidados de saúde. Quando é estabelecido este diagnóstico, o doente depara-se com um conjunto de desafios e de ajustes que devem ser realizados, para além de receber um elevado número de informações que devem ser compreendidas. Alguns estudos têm reforçado que um nível adequado de LS é essencial para controlar a doença e os efeitos colaterais da mesma, enquanto que, uma LS inadequada está associada a uma maior dificuldade relativa aos cuidados de saúde (Sany, Behzad, Ferns, & Peyman, 2020). Contudo, apesar de diferentes investigações terem identificado a importância de uma LS adequada na gestão da doença crónica, num estudo de Schiavone e Attena (2020), após a comparação dos níveis de LS entre pessoas com diagnóstico de doenças crónicas e pessoas sem o diagnóstico da patologia, os investigadores identificaram os doentes crónicos como os detentores de níveis mais baixos de LS.

No caso da HTA, de acordo com Heizomi et al. (2020), indivíduos com uma LS adequada estão mais conscientes do seu estado hipertensivo e são mais propensos a alcançar um controlo dos níveis de TA. Por outro lado, quando estes indivíduos tem uma LS inadequada significa um menor conhecimento sobre a doença, menor autoeficácia na gestão da patologia e uma maior probabilidade de surgir complicações, entre elas, as doenças cardiovasculares (Fu, Dao, Wong, & Cheung, 2020). Num estudo sobre esta temática, da autoria de Araújo et al. (2018), os doentes com diagnóstico de HTA e de Diabetes revelaram na sua grande maioria níveis problemáticos (42.1%) e níveis inadequados (40.4%) de LS. Contudo, quando os autores compararam os níveis de LS entre as duas patologias, constatou-se que são os doentes de HTA que revelaram níveis mais baixos de LS. Num outro estudo comparativo, desta vez entre indivíduos com diagnóstico de HTA e sem diagnóstico da mesma patologia, da autoria de Borges et al. (2019), foi identificado nos participantes sem a patologia níveis elevados de LS, enquanto que, os participantes com HTA apresentaram níveis mais baixos de LS. Relativamente às variáveis idade e habilitações literárias, a mesma investigação apurou que os participantes com HTA mais velhos e com um menor grau de habilitação literária apresentavam níveis mais baixos de LS, quando comparados com os participantes sem diagnóstico de HTA (Borges et al., 2019). Um outro estudo, da autoria de Ramos, Jesus, Souto e Santos (2019), determinou que os participantes com diagnóstico de HTA e uma habilitação literária, ao nível do ensino superior,

apresentavam melhores níveis de LS, enquanto que, os participantes mais velhos com o mesmo diagnóstico revelaram piores níveis de LS. Posto isto, sendo esta doença assintomática, torna-se fundamental deter níveis de LS adequados, pois pode contribuir para que a educação do doente sobre os cuidados, o tratamento e a compreensão dos problemas inerentes a esta patologia seja eficaz (Berkman, Sheridan, Donahue, Holpern & Crotty, 2011; Fawcett, Dobe, Arora, & Liburd, 2010).

Perante o supramencionado, é fundamental o aumento dos níveis de LS na população, sendo que, segundo a OPP (2015), níveis adequados nesta temática provocam um impacto positivo, tanto no indivíduo como na sociedade, sendo eles: **(1)** a melhoria dos resultados da saúde e do bem-estar; **(2)** uma melhor utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, uma redução das desigualdade no acesso a esses serviços; **(3)** o aumento de uma participação consciente e ativa referente aos cuidados de saúde; **(4)** uma diminuição dos comportamentos considerados de risco para a saúde, provocando uma redução dos custos do sistema de saúde; e **(5)** a capacitação e a promoção da resiliência da comunidade face a situações adversas, levando ao enriquecimento social e cultural da mesma.

Assim, para que haja um aumento dos níveis LS é de extrema importância um investimento nas políticas de promoção da LS. A promoção desta temática permite, principalmente, desenvolver competências pessoais, levando a que o indivíduo consiga ter controlo sobre a sua saúde, como também ser capaz de gerir a informação e de assumir responsabilidade pelos seus atos (Almeida et al., 2019). Assim, quando são implementados programas de promoção da LS, geralmente têm como objetivos: **(1)** o incentivo à adoção de atitudes favoráveis à saúde, através do desenvolvimento e divulgação de informação concreta e acessível sobre esta área; **(2)** promover a sensibilização dos profissionais de saúde, sobre a forma como é comunicada as informações, alertando para a importância da adaptação da comunicação à idiosincrasia do indivíduo, permitindo a ocorrência de mudanças no funcionamento do sistema de saúde; e **(3)** a integração do conceito de LS nos programas de educação para a saúde, quer sejam direcionados para a comunidade ou para os profissionais de saúde (OPP, 2015).

Para além dos objetivos já referidos, a promoção da LS utiliza como estratégia fundamental os meios de difusão da informação. Atendendo às características dos canais de transmissão da informação, que podem ser a *internet*, escrita, multimédia ou orais, a mensagem deve ser simples, com informação concreta e útil. Contudo, não se deve descorar da existência de determinados fatores que podem interferir na adoção de novos comportamentos, direcionados para a promoção da saúde, estando entre eles: **(1)** as crenças, valores, atitudes e percepções pessoais; **(2)** os baixos níveis de *locus* de controlo interno e de autoeficácia; e **(3)** as características da comunidade (OPP, 2015).

O grande aliado nos últimos anos à promoção da LS foi as novas tecnologias. Ao estender as estratégias de promoção da LS à *internet*, permitiu que a informação ficasse

acessível a um maior número de pessoas, devido a grande presença de utilizadores dos chamados *social media*. Ao recorrer à *social media* é possível aumentar as competências da população acerca da obtenção, processamento e compreensão da informação sobre o campo da saúde, assim como os serviços disponibilizados e a sua serventia. Para isso, a informação é partilhada através: **(1)** do *marketing* social, visto que é uma opção de partilha rápida e económica da informação sobre a promoção e educação para saúde e encontra-se ao alcance de um número elevado de pessoas; **(2)** as redes sociais *online*, permitem a partilha de informação e o surgimento de grupos de autoajuda *online*; e **(3)** a criação de aplicações para *smartphones* e *tablets*, sendo esta mais uma forma de partilhar a informação sobre esta temática (Almeida et al., 2019).

Devido ao aumento da prevalência de doenças crónicas não transmissíveis e, consequentemente, a diminuição da população ativa no continente europeu, a Direção Geral da Saúde (Almeida et al., 2019) defende que o aumento dos níveis de LS da população, poderá contribuir para uma melhoria da saúde, provocando uma diminuição destes diagnósticos e a manutenção, por mais tempo, da população ativa. Perante este cenário, foi estabelecido em Portugal, um conjunto de recomendações sobre a promoção da LS, que passam pela: **(1)** simplificação do sistema de saúde, de forma a que a população portuguesa conseguia compreender o seu funcionamento; **(2)** o desenvolvimento de novas iniciativas que contemplem toda a sociedade, desde a idade escolar até aos mais velhos e, principalmente, os grupos vulneráveis; **(3)** a implementação de estratégias e meios de comunicação de informação diversificados, atendendo as diferentes características e níveis de LS existentes na sociedade; e **(4)** o desenvolvimento de meios de monitorização dos níveis de LS a nível nacional (Almeida et al., 2019).

Referências

- Agondi, R.F., Gallani, M.C.B.J., Cornélio, M.E., & Rodrigues, R.C.M. (2012). Analysis of action plants and coping plants for reducing salt consumption among women with hypertension. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 20(3), 486-494. <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/a09v20n3>
- Almeida, C.V., Silva, C.R., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., Mata, F., ... Assunção, V. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde – Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Direção Geral de Saúde. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>
- Amaral, I.L.P.S., Rodrigues, A.P.S.B., Miranda, M.S.S., Carvalho, S.C.A., Silva, M.C., & Santos, A.C.S. (2019). Adesão de idosos hipertensos ao tratamento farmacológico. *Enfermagem Brasil*, 18(2), 303-313. <http://doi.org/10.33233/eb.v18i2.2500>
- Araújo, I.M.B., Jesus, R.A.F., Teixeira, M.L., Cunha, A.R.S., Santos, F.M.S., & Miranda, S.R.F. (2018). Literacia em saúde de utentes com hipertensão e diabetes de uma região do norte de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(18), 73-82. <http://doi.org/10.12707/RIVI8008.P.218>
- Aronow, W.S. (2015). Treating hypertension and prehypertension in older people: When, whom and how. *Maturitas*, 80(1), 31-36. <http://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.10.001>
- Barreto, M.S., Reiners, A.A.O., & Marcon, S.S. (2014). Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 487-490. <http://doi.org/10.1590/0104-1169.3447.2442>
- Becker, R.M., & Heidemann, I.T.S.B. (2020). Promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível: revisão integrativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 29, 1-18. <http://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0250>
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an up dated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107. <http://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Berlim, M.T., & Fleck, M.P.A. (2003). “Quality of life”: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(4), 249-252. <http://doi.org/10.1590/S1516-444620030004000013>
- Bezerra, A.S.M., Lopes, J.L., & Barros, A.L.B.L. (2014). Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4), 550-555. <http://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670408>
- Borges, F.M., Silva, A.R.V., Lima, L.H.O., Almeida, P.C., Vieira, N.F.C., & Machado, A.L.G. (2019). Health literacy of adults with and without arterial hypertension. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 645-653. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0366>
- Bortolotto, L.A. (2008). Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 15(3), 152-155. <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-3/09-hipertensao.pdf>

- Broeiro, P. (2017). Literacia em saúde e utilização de serviços. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(1), 6-8. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v33n1/v33n1a01.pdf>
- Bustos, A.H., Martínez, M.V.R., & Rodríguez, G.N.C. (2019). La autopercepción del apoyo social del paciente con enfermedad crónica, mediado por tecnología. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21(2), 1-10. <http://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-2.aasp>
- Casado, L., Vianna, L.M., Thuler, L.C.S. (2009). Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: uma Revisão Sistêmica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(4), 379-388. https://www.researchgate.net/publication/288630193_Fatores_de_risco_para_doencas_cronicas_nao_transmissiveis_no_Brasil_Uma_Revisao_sistematica
- Coletto, M., & Câmara, S. (2009). Estratégias de *coping* e percepção da doença em pais de crianças com doença crônica: o contexto do cuidador. *Revista Diversitas.Perspectivas en Psicología*, 5(1), 97-110. <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v5n1/v5n1a09.pdf>
- Cornélio, M.E., Gallani, M.C.B.J., Godin, G., Rodrigues, R.C.M., Mendes, R.D.R., & Junior, W.N. (2009). Development and reliability of a instrument to measure psychosocial determinants of salt consumption among hypertensive patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(5), 701-707. <http://doi.org/10.1590/S0104-11692009000500017>
- Costa, A., Saboga-Nunes, L., & Costa, L. (2016). Avaliação do nível de literacia para a saúde numa amostra portuguesa. *Observações_Boletim Epidemiológico*, 5(17), 38-40. <https://hdl.handle.net/10400.18/4111>
- Cunha, M., Chibante, R., & André, S. (2014). Suporte Social, Empowerment e Doença Crônica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Edição Especial*, 21-26. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a04.pdf>
- Daniel, A.C.Q.G., & Veiga, E.V. (2013). Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *Einstein*, 11(3), 331-337. <http://doi.org/10.1590/S1679-45082013000300012>
- Degli Esposti, E., Di Martino, M., Sturani, A., Russo, P., Dradi, C., Falcinelli, S., & Buda, S. (2004). Risk factors for uncontrolled hypertension in italy. *Jornal of Human Hypertension*, 18(3), 207-213. <http://doi.org/10.1038/sj.jhh.1001656>
- Dias, A.M., Cunha, M., Santos, A.M.M., Neves, A.P.G., Pinto, A.F.C., Silva, A.S.A., & Castro, S.A. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. *Millenium*, 40, 201-219. <https://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>
- Dinis, P.G., Cachulo, M.C., Fernandes, A., & Gonçalves, L. (2017). Hipertensão Arterial Sistêmica Secundária: Incertezas do Diagnóstico. *Acta Médica Portuguesa*, 30(6), 493-496. <http://doi.org/10.20344/amp.8007>
- Espanha, R., Àvila, P., & Mendes, R. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal*. Fundação Caloust Gulbenkian. https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB_FINAL.2016.pdf

- Faller, J.W., Barreto, M.S., Ganassin, G.S., & Marcon, S.S. (2012). Sobrecarga e mudanças no cotidiano de cuidadores familiares de paciente com doença crônica. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(1), 181-189. <http://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v11i1.18876>
- Fava, S.M.C.L., Silva, P.C.S., Gonçalves, I.W.P., Gomes, P.M., Machado, J.P., & Veiga, E.V. (2017). Clases de antihipertensivos y su combinación entre persona con hipertensión arterial sistémica en el sistema público. *Enfermería Global*, 16(1), 20-50. <http://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.234511>.
- Fawcett, S.B., Dobe, M., Arora, M., & Liburd, L.C. (2010). Constructing na action agenda for community empowerment at the 7th Global Conference on Health Promotion in Nairobi. *Global Health Promotion*, 17(4), 52-56. <http://doi.org/10.1177/1757975910383933>
- Ferezin, S.M.R., Castro, B.M.C., & Ferreira, A.A. (2020). Epidemiologia do ataque isquémico transitório no Brasil. *Brazilian Journal of Development*, 6(8), 61125-61136. <http://doi.org/10.34117/bjdv6n8-506>
- Ferreira, R.S.S., Graça, L.C.C., & Calvinho, M.S.E. (2016). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 7-15. <http://doi.org/10.12707/RIV15070>
- Ferreira-Sae, M.C.S., Gallani, M.C.B.J., Junior, W.N., Rodrigues, R.C.M., Franchini, K.G., Cabral, P.C., & Sales, M.L. (2009). Reliability and validity of a semi-quantitative FFQ for sodium intake in low-income and low-literacy Brazilian hypertensive subjects. *Public Health Nutrition*, 12(11), 2168-2173. <http://doi.org/10.1017/S1368980009005825>
- Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., & Ceia, F. (2018). Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(2), 97-104. <http://doi.org/10.1016/j.recp.2017.11.010>
- Forouzanfar, M.H., Liu, D., Roth, G.A., Ng, M., Biryukov, S., Marczak, L., ... Murray, L. (2017). Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of Least 110 to 115 mm Hg, 1990-1995. *JAMA*, 317(2), 165-182. <http://doi.org/10.1001/jama.2016.19043>
- Fu, S.N., Dao, M.C., Wong, C.K.H., & Cheung, B.M.Y. (2020). The Association of Health Literacy with High-Quality Home Blood Pressure Monitoring for Hypertensive Patients in Outpatient Settings. *International Journal of Hypertension*, 1, 1-15. <https://doi.org/10.1155/2020/7502468>
- Gaffari-fam, S., Babazadeh, T., Oliaei, S., Behboodi, L., & Daemi, A. (2020). Adherence to a Health Literacy and Healthy Lifestyle with Improved Blood Pressure Control in Iran. *Patient Preference and Adherence*, 14, 499-506. <https://doi.org/10.2147/PPA.S244820>
- Gazmararian, J.A., Baker, D.W., Williams, M.D., Paker, R.M., Scott, T.L., & Green, D.C. (1999). Health Literacy Among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization. *JAMA*, 281(6), 545-551. <http://doi.org/10.1001/jama.281.6.545>
- Giannotti, A. (2002). Prevenção da doença coronária: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. *Psicologia USP*, 13(1), 167-195. <http://doi.org/10.1590/S0103-65642002000100009>

- Giorgi, D.M.A. (2006). Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), 47-50. <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/11-estrategias-para-melhorar.pdf>
- Gorayeb, R. (2000). Psicologia e hipertensão. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 7(2), 185-187. <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/7-2/018.pdf>
- Guarnaluses, L.J.B. (2016). Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. *MEDICAN*, 20(1), 5185-5190. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n11/san152011.pdf>
- Guzmán, E.R. (2008). Hipertensión Arterial: Enemigo Silencioso. *Acta Universitária*, 18, 14-16. <https://www.redalyc.org/pdf/416/41630176002.pdf>
- Heizomi, H., Irají, Z., Vaezi, R., Bhalla, D., Morisky, D., & Nadrian, H. (2020). Gender Differences in the Associations Between Health Literacy and Medication Adherence in Hypertension: A Population-Based Survey in Heris County, Iran. *Vascular Health and Risk Management*, 16, 157-166. <https://doi.org/10.2147/VHRM.S245052>
- Holt, E.W., Rung, A.C., Leon, K.A., Firestein, C., & Krousel-Wood, M. (2014). Medication Adherence in Older Adults: A Qualitative Study. *Educational Gerontology*, 40(3), 198-211. <http://doi.org/10.1080/03601277.2013.802186>
- Jardim, P.C.B.V., Sousa, A.L.L., & Monego, E.T. (1996). Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Medicina, Ribeirão Preto*, 29(2/3), 232-238. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v29i2/3p232-238>
- Jokisalo, E., Kumpusalo, E., Enlund, H., & Takala, J. (2001). Patient's perceived problems with hypertension and attitudes towards medical treatment. *Journal of Human Hypertension*, 15(11), 755-761. <http://doi.org/10.1038/sj.jhh.1001276>
- Kickbusch, I., Wait, S., Maag, D., McGuire, P., & Banks, I. (2006). *Navigating health: The role of health literacy*. Alliance for Health and the Future, Internacional Longevity Centre-UK. <https://ilcuk.org.uk/wp-content/uploads/2018/10/NavigatingHealth.pdf>
- Kohlman, O.J., Gus, M., Ribeiro, A.B., Vianna, D., Coelho, E.B., Barbosa, E., ... Santos, R.A.S. (2010). Tratamento medicamentoso. *Brazilian Journal of Nephrology*, 32(1), 29-43. <http://doi.org/10.1590/S0101-28002010000500008>
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). *The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. National Center for Education Statistics. <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>
- Landázuri, P., Loango, N., & Gallego, M. (2011). Cardiovascular risk factors in first-degree relatives of patients with hypertension. *Colombia Médica*, 42(1), 17-25. <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v42n1/v42n1a3.pdf>
- Leopaci, J.A., Santos, I.F., Honorato, N.P., & Coqueiro, D.P. (2016). Traços de personalidade de pessoas portadoras de hipertensão arterial crônica e doenças associadas. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 24(1), 19-25. https://www.researchgate.net/publication/309625038_Tracos_de_Personalidade_de_Pessoas_Portadoras_de_Hipertensao_Arterial_Cronica_e_Doenças_Associadas
- Lim, S.S., Vos, T., Flaxman, A.D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, M., ... Memish, Z.A. (2012). Comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67

- risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859), 2224-2260. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)
- Loureiro, I. (2015). Literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), 1. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v33n1/v33n1a01.pdf>
- Loureiro, L.M.J., Mendes, A.M.O.C., Barroso, T.M.M.D.A., Santos, J.C.P., Oliveira, R.A., & Ferreira, R.O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 157-166. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a15.pdf>
- Malachias, M.V.B., Souza, W.K.S.B., Plavnik, F.L., Rodrigues, C.I.S., Brandão, A.A., Neves, M.F.T., ... Júnior, H. (2016). 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 107(3), 1-104. <http://doi.org/10.5935/abc.20160151>
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redón, J., Lanchetti, A., Bohm, M., ... Lannad, F. (2014). Tradução Portuguesa das Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento de Hipertensão Arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 39(Suplemento), 1-92. https://www.sphta.org.pt/files/guidelines_31janeiro2014-final.pdf
- Mancuso, J.M. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences*, 10, 248-255. <http://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x>
- Mangena, P., Sabban, S., Hlabyago, K.E., & Rayner, B. (2016). An approach to the young hypertensive patient. *The South African Medical Journal*, 106(1), 36-38. <http://doi.org/10.7196/SAMJ.2016.V106I1.10329>
- Margolis, K.L., Buchner, D.M., LaMonte, M.J., Zhang, Y., Di, C., Rillamas-Sun, E., ... LaCroix, A.Z. (2019). Hypertension Treatment and Control and Risk of Falls in Older Women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(4), 726-733. <http://doi.org/10.1111/jgs.15732>
- Mengue, S.S., Bertoldi, A.D., Ramos, L.R., Farias, M.R., Oliveira, M.A., Tavares, N.V.L., ... Pizzol, T.S. (2016). Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 50(2), 1-9. <http://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006154>
- Monteiro, M.M.M.C.F. (2009). *A Literacia em Saúde* [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. Repositório Científico Lusófona. <https://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/1161>
- Moura, A.A., & Nogueira, M.S. (2013). Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura. *Journal of Management & Primary Health Care*, 4(1), 36-41. <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/165/168>
- Mozaffarian, D., Benjamin, E.J., Go, S.A., Arnett, D.K., Blaha, M.J., Cushman, M., ... Turner, M.B. (2016). Heart Disease and Stroke Statistics – 2016 Update. *Circulation*, 133(4), 38-360. <http://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000350>

- Munger, M.A., Van Tassel, B.W., & LaFleur, J. (2007). Medication nonadherence: na unrecognized cardiovascular risk factor. *Medscape General Medicine*, 9(3), 58. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2100116/>
- Neto, J.A.C., Costa, L.A., Estevanin, G.M., Bignoto, T.C., Vieira, C.I.R., Pinto, F.A.R., & Ferreira, R.E. (2019). Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(3), 1121-1134. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.02212017>
- Nobre, F. (2010). VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. *Revista Brasileira da Hipertensão*, 17(1), 1-64. <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz hipertensao associados.pdf>
- Novais, E., Conceição, A.P., Domingos, J., & Duque, V. (2009). O saber da pessoa com doença crónica no auto-cuidado. *Revista HCPA*, 29(1), 36-44. <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/7376/4964>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <http://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Internacional Journal of Public Health*, 54(3), 303-305. <http://doi.org/10.1007/s00038-009-0050-x>
- Oigman, W. (2014). Sinais e sintomas em hipertensão arterial. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 102(5), 13-18. <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n5/a4503.pdf>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2015). *Literacia em Saúde*. [http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/literacia em sa de.pdf](http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/literacia_em_sa_de.pdf)
- Pedro, A.R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*, 34(3), 259-275. <http://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pinto, M.G.L.C. (1996). O estudo nacional de literacia: do recado que encerra às políticas de intervenção que evoca. *Língua e Literaturas*, 13, 357-406. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7894/2/2742.pdf>
- Polónia, J., Martins, L., Pinto, F., & Nazaré, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *Journal of Hypertension*, 32(2), 1211-1221. <http://doi.org/10.1097/HJH.000000000000162>
- Radovanovic, C.A.T., Santos, L.A., Carvalho, M.D.B., & Marcon, S.S. (2014). Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 547-553. <http://doi.org/10.1590/0104-1169.3345.2450>
- Ramos, C.L.B., Jesus, L.A.R., Souto, A.M.T.S., & Santos, A.L.C.A. (2019). Conhecimento dos utentes com hipertensão arterial de uma unidade de saúde familiar sobre a sua

- patologia. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(23), 41-48.
<https://doi.org/10.12707/RIV19052>
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Quarteto.
- Rodrigues, A.P., Gaio, V., Kislaya, I., Graff-Iversen, S., Cordeiro, E., Silva, A.C., ... Matias-Dias, C. (2017). Prevalência de hipertensão arterial em Portugal: resultados do Primeiro Inquérito Nacional com Exame Físico (INSEF, 2015). *Observações_Boletim Epidemiológico, Especial*, 9, 11-14.
[http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4760/1/Boletim Epidemiologico Observacoes_NEspecia8-2017_artigo2.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4760/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_NEspecia8-2017_artigo2.pdf)
- Sá, M.C., & Oliveira, A. (2017). Compromisso do autocuidado em pessoas com doença crónica. *Qualitativa em saúde*, 2, 752-757.
<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1270/1230>
- Sany, S.B.T., Behzad, F., Ferns, G., & Peyman, N. (2020). Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 20(60), 1-10. <https://doi.org/10.1186/S12913-020-4901>
- Santimaria, M.R., Borim, F.S.A., Cunha, D.E., Neri, A.L., & Fattori, A. (2019). Falha no diagnóstico e no tratamento medicamentoso da hipertensão arterial em idosos brasileiros – Estudo FIBRA. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(10), 3733-3742.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.32442017>
- Santos, M.I.P.O., & Portella, M.R. (2016). Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 144-152.
<http://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690121i>
- Schiavone, S., & Attena, F. (2020). Measuring Health Literacy in Southern Italy: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 15(8), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236963>
- Silva, A.P.B., Silva, A.V.D., & Herkenhoff, F.L. (2002). Retinopatia hipertensiva: revisão. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 64, 487-493. <http://doi.org/10.1590/S0004-27492002000400019>
- Simonds, S.K. (1974). Health Education as Social Policy. *Health Education Monographs*, 2(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>
- Skowron, A., Polak, S., & Brandys, J. (2011). The impact of pharmaceutical care on patients with hypertension and their pharmacists. *Pharmacy Practice*, 9(2), 110-115.
<http://doi.org/10.4321/s1886-36552011000200009>
- Soares, S.C. (2005). Hipertensão arterial essencial: psicopatologia, avaliação e tratamento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1-2), 245-255.
https://www.researchgate.net/publication/235890409_Hipertensao_Arterial_Essencial_Psicopatologia_Avaliacao_e_Tratamento
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2014). *Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular*. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 39(Suplemento), 3-91.
https://www.sphta.org.pt/files/guidelines_31janeiro2014-final.pdf

- Sørensen, K., Pelikan, P.M., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., ... Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058. <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, O., Pelikan, J., Slonka, Z., & Brand, H., (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sousa, A.C., Reis, R.P., Pereira, A., Borges, S., Freitas, A.I., Guerra, G., ... Medonça, M.I. (2018). Polimorfismos Genéticos Associados ao Aparecimento de Hipertensão Arterial numa População Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 31(10), 542-550. <http://doi.org/10.20344/amp.9184>
- Souza, A.O., & Yamaguchi, M.U. (2015). Adesão e não adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo. *Saúde e Pesquisa*, 8(Edição Especial), 113-122. <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3769/2518>
- Tan, C.S., Hassali, M.A., Neoh, C.F., & Saleem, F. (2017). A qualitative exploration of hypertensive patients' perception towards quality use of medication and hypertension management at the community level. *Pharmacy Practice*, 15(4), 1-12. <http://doi.org/10.18549/PharmPract.2017.04.1074>.
- Turnbull, F., & Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. (2003). Effects of diferente blood-pressure-lowering regimens on lajor cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials. *THE LANCET*, 362(9395), 1527-1535. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14739-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14739-3)
- Walker, R.C., Tong, A., Howardm K., Palmer, S.C. (2019). Patient expectations and experiences of remote monitoring for chronic diseases: Systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *International Journal of Medical Informatics*, 214, 78-85. <http://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.01.013>
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Rosei, E.A., Azizi, M., Burnier, M., ... Desormais, I. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal*, 39(33), 3021-3104. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua>
- World Health Organization. (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions*. <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2011). *Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control*. https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/

Anexo 2. Testes da Normalidade

Tabela 20.

Teste de normalidade e valores de assimetria e curtose

	Kolmogorov-Smirnov			Assimetria		Curtose	
	Estatística	df	p	Estatística	Erro Padrão	Estatística	Erro Padrão
ILS-PT-Total	.148	152	<.01*	1.308	.197	3.729	.391
ILS-PT-CS	.135	152	<.01*	.550	.197	1.153	.391
ILS-PT-PD	.204	152	<.01*	.866	.197	2.647	.391
ILS-PT-PS	.157	152	<.01*	.875	.197	3.491	.391

Notas. ILS-PT-Total = Inquérito em Literacia em Saúde; ILS-PT-CS = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Cuidados de Saúde; ILS-PT-PD = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Prevenção de Doença; ILS-PT-PS = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Promoção da Saúde; *df* = graus de liberdade; * = valores de prova considerados estatisticamente significativo.

Tabela 21.

Teste de normalidade e valores de assimetria e curtose, referente ao grupo com HTA

Grupo com Hipertensão Arterial							
	Kolmogorov-Smirnov			Assimetria		Curtose	
	Estatística	df	p	Estatística	Erro Padrão	Estatística	Erro Padrão
ILS-PT-TT	.136	76	<.01*	.939	.276	1.993	.545
ILS-PT-CS	.093	76	.17	.248	.276	-.200	.545
ILS-PT-PD	.151	76	<.01*	.760	.276	1.848	.545
ILS-PT-PS	.144	76	<.01*	1.114	.276	3.353	.545

Notas. ILS-PT-TT = Inquérito em Literacia em Saúde; ILS-PT-CS = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Cuidados de Saúde; ILS-PT-PD = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Prevenção de Doença; ILS-PT-PS = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Promoção da Saúde; *df* = graus de liberdade; * = valores de prova considerados estatisticamente significativos.

Tabela 22.

Teste de normalidade e valores de assimetria e curtose, referente ao grupo sem HTA

Grupo sem Hipertensão Arterial							
	Kolmogorov-Smirnov			Assimetria		Curtose	
	Estatística	df	p	Estatística	Erro Padrão	Estatística	Erro Padrão
ILS-PT-Total	.208	76	<.01*	1.832	.276	6.325	.545
ILS-PT-CS	.174	76	<.01*	.908	.276	3.928	.545
ILS-PT-PD	.270	76	<.01*	1.813	.276	4.896	.545
ILS-PT-PS	.216	76	<.01*	.677	.276	4.291	.545

Notas. ILS-PT-Total = Inquérito em Literacia em Saúde; ILS-PT-CS = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Cuidados de Saúde; ILS-PT-PD = Inquérito de Literacia em Saúde, dimensão de Prevenção de Doença; ILS-PT-PS = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Promoção da Saúde; *df* = graus de liberdade; * = valores de prova considerados estatisticamente significativos.

Anexo 3. Teste da Homogeneidade das Variâncias

Tabela 23.

Resultados referente à homogeneidade das variâncias – Teste de Levene

	Idade		Habilitações Literárias	
	<i>Levene</i>	<i>p</i>	<i>Levene</i>	<i>p</i>
ILS-PT-Total	.348	.56	7.042	<.01*
ILS-PT-CS	.183	.67	4.502	.01*
ILS-PT-PD	.163	.69	6.277	<.01*
ILS-PT-PS	.024	.88	5.488	.01*

Notas. ILS-PT-Total = Inquérito em Literacia em Saúde; ILS-PT-CS = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Cuidados de Saúde; ILS-PT-PD = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Prevenção de Doença; ILS-PT-PS = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Promoção da Saúde; * = valores de prova considerados estatisticamente significativos.

Tabela 24.

Resultados referente à homogeneidade das variâncias dos grupos com e sem HTA – Teste de Levene

	Grupo com HTA				Grupo sem HTA			
	Idade		Habilitações Literárias		Idade		Habilitações Literárias	
	<i>Levene</i>	<i>p</i>	<i>Levene</i>	<i>p</i>	<i>Levene</i>	<i>p</i>	<i>Levene</i>	<i>p</i>
ILS-PT-TT	4.046	.05**	1.536	.22	.129	.72	9.399	<.01*
ILS-PT-CS	1.601	.21	1.367	.26	.131	.72	7.681	<.01*
ILS-PT-PD	7.831	.01*	1.475	.24	.136	.71	10.093	<.01*
ILS-PT-PS	2.554	.11	2.964	.06	1.093	.30	6.507	<.01*

Notas. ILS-PT-TT = Inquérito em Literacia em Saúde; ILS-PT-CS = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Cuidados de Saúde; ILS-PT-PD = Inquérito em Literacia em Saúde, dimensão de Prevenção de Doença; ILS-PT-PS = Inquérito em Literacia em Saúde; * = valores de prova considerados estatisticamente significativos; ** = $p = 0.48$