



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial**

Versão definitiva após defesa pública

**Ângela Filipa Martins Ferrão**

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Carvalho  
Coorientadores: Prof.<sup>a</sup> Doutora Cláudia Silva  
Prof.<sup>o</sup> Doutor Miguel Castelo Branco

**Covilhã, dezembro de 2019**

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

*“A persistência é o caminho para o êxito”*

*Charles Chaplin*

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

## **Agradecimentos**

Ao finalizar mais um dos melhores e gratificantes percursos que fiz, percebo que tal não seria possível sem um conjunto de pessoas que sempre fizeram questão de caminhar comigo lado a lado nesta longa jornada. Com essas aprendi, partilhei sonhos, ambições, cresci, ri, chorei e foram elas que se tornaram pilares imprescindíveis para conseguir ser tudo aquilo que sou hoje. É agora, ao olhar para trás, para um percurso quase findado e que nem sempre foi fácil, que me vejo a recordar um conjunto de momentos que não teriam sido possíveis sem as pessoas maravilhosas que se cruzaram comigo ao longo destes anos e que me acompanham desde sempre. E foram tantos os momentos e tantas as pessoas que é imperativo não acabar mais uma fase da minha vida de coração cheio!

É dessa forma que começo por agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Paula Carvalho, pelo exemplo de resiliência e pelo salutar espírito de cooperação que denotou desde o início deste desafio. Agradeço-lhe pela ajuda incansável, pela confiança que desde o primeiro momento fez questão de depositar em mim, pelo seu cuidado, pelo incentivo nos momentos menos bons e por todos os ensinamentos. Graças a si levo, indubitavelmente, desta experiência uma bagagem muito mais rica e completa. Foi gratificante e indispensável tê-la como minha orientadora nesta experiência tão enriquecedora a nível profissional e pessoal.

Não poderei descurar também a disponibilidade do Professor Doutor Miguel Castelo Branco, que, num dos momentos mais complicados, se tornou numa preciosa ajuda. A ele e à Professora Doutora Cláudia Silva, o meu Muito Obrigada. Não poderei deixar de mencionar e agradecer, também, à minha supervisora do Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira, Doutora Cristina Brito, que foi um exemplo imprescindível de motivação e força aquando do início de todo este processo. Tenho ainda comigo o seu fiel exemplo de garra, foco e determinação.

Deste longo percurso repleto de aprendizagens, recordo também todos os professores que me preparam de forma exímia para que conseguisse chegar com distinção a esta etapa que, desde cedo, era um dos meus maiores sonhos profissionais.

À Covilhã, à Universidade da Beira Interior e, em especial, à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas por me terem acolhido naquela que considerarei a minha casa durante todos estes magníficos anos. Levarei comigo as melhores memórias, a felicidade e a saudade de, um dia, querer voltar aqui, à minha segunda casa.

Ao meu lado e incondicionalmente, a celebrar todas as vitórias e a confortar-me em todos os momentos menos bons, os meus pais. É a eles que devo todos os sucessos, tudo o que sou hoje. Obrigada por todos os valores e por me incentivarem a sonhar mais e mais, dando-me a liberdade necessária para voar, sempre com a certeza de que, quando voltasse, vocês

estariam sempre lá para me receber. Obrigada por acreditarem sempre em mim, sei que serão para sempre a âncora e o incentivo para ser e dar o melhor de mim todos os dias.

Não menos importante e tão imprescindível como os meus pais, o meu irmão que, mesmo estando longe, estava sempre tão perto. Agradeço-te a cumplicidade, as palavras de encorajamento, carinho e ânimo. Tenho e terei sempre muito orgulho em ti, és um dos meus maiores exemplos de vida. Que continuemos sempre de mãos dadas a acompanhar de perto e a aplaudir as vitórias um do outro, e que tenhamos sempre o colo necessário e as palavras certas para os momentos mais difíceis. À minha cunhada agradeço-lhe o carinho, a compreensão e o grande exemplo de resiliência e determinação. Contigo aprendi que não há limites para os nossos sonhos e que a nossa força é inesgotável. Se há conselhos que levo para a vida toda, são, também, os teus. Obrigada por estarem sempre lá, por acreditarem em mim e por serem a força e o porto seguro que muitas vezes precisei para enfrentar todas as batalhas que travei! À minha pequenina, Mafalda, que todos os dias me mostra mais um bocadinho o que é o amor incondicional. Obrigada por me ensinares a ter coragem e persistência nos momentos difíceis. Que cada sorriso e cada abraço continue a demorar infinitamente para que, mesmo longe, os possa trazer sempre comigo.

Aos meus avós, aos que continuam orgulhosamente a celebrar comigo cada conquista, e aos que já partiram e que iluminam todos os dias o meu caminho, este capítulo é, também, dedicado a vocês.

Não esquecendo a restante família, obrigada por todo o apoio, por caminharem comigo lado a lado e por todo o incentivo para fazer sempre mais e melhor e para nunca desistir das minhas ambições. Não seria possível todo este percurso sem vos ter ao meu lado.

Não posso, ainda, de deixar de mencionar as minhas meninas, também elas importantes pilares neste longo percurso. À Ana, pela amizade incondicional, pelas aprendizagens, pela partilha, por estar sempre presente nos melhores e piores momentos, pelas gargalhadas e por continuarmos sempre de mãos a enfrentar o mundo. Que a distância se torne insignificante perante o caminho que juntas construímos e percorremos. À Daniela, a amiga improvável que apareceu na minha vida no momento certo e permaneceu até hoje. Que continuemos a dar as maiores gargalhadas, a embarcar juntas nas maiores loucuras e que estejamos sempre presentes na vida uma da outra qualquer que seja o momento. Nem mil obrigadas chegam para te agradecer por teres sido um dos grandes pilares nesta longa jornada, por seres o exemplo de força, resiliência e carinho de que muitas vezes precisei. Que continuemos a brilhar juntas.

Um obrigada a todos, mesmo aos que aqui não mencionei, pois foram, também, vocês que contribuíram para que hoje pudesse fazer deste momento, mais um momento de conquista, de realização pessoal e profissional.

## **Resumo**

**Introdução:** Atualmente, segundo dados da DGS os problemas de saúde, nomeadamente as doenças crónicas assumem um papel marcante e crescente, relacionado com os estilos comportamentais que os sujeitos têm vindo a adotar e que se relacionam com fatores de risco associados a determinada doença. Destas patologias a Hipertensão arterial, apresenta uma prevalência que afeta 36% dos portugueses com idades entre os 25 e os 74 anos de idade. Assim, é fundamental promover a saúde e prevenir a doença, o que implica a alteração de hábitos de vida, assim como o controlo e toma correta da terapêutica prescrita. Também os fatores culturais, sociais e ambientais devem ser alvo de preocupação, uma vez que influenciam, por um lado a adesão à medicação e, por outro, influenciam e são influenciados pelos níveis de Literacia em Saúde que cada pessoa apresenta. Assim, são objetivos centrais desta pesquisa avaliar os níveis de adesão ao tratamento e os níveis de literacia em saúde numa amostra de sujeitos com Hipertensão Arterial.

**Método:** A amostra é constituída por 76 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, cujo diagnóstico é hipertensão arterial e que são acompanhados numa das consultas de ambulatório de hipertensão arterial, no Centro Hospitalar da Cova da Beira. O estudo é de natureza quantitativa e descritivo-correlacional e tem um caráter transversal. Os instrumentos utilizados foram o questionário sociodemográfico, a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) e o Inquérito de Literacia em Saúde (ILS-P).

**Resultados:** Os principais resultados obtidos referem que os níveis de adesão ao tratamento são elevados, obtendo-se uma média de 5.5 numa escala de 6; já a literacia em saúde apresenta um índice inadequado/problemático, cujas percentagens rondam os 23.7% no que concerne aos níveis inadequados e 64.5% nos níveis problemáticos na amostra inquirida. Constata-se ainda que sujeitos mais novos e com habilitações académicas mais avançadas, têm maior facilidade em compreender factos e situações relacionadas com a questão da saúde num nível geral, sendo que o mesmo também se verifica nas dimensões de prevenção da doença e promoção da saúde, à exceção dos cuidados de saúde que apenas revela níveis significativos com a idade, não apresentando resultados significativos com os níveis de escolaridade. A variável género somente mostra a sua significância na dimensão da promoção da saúde, evidenciando que é o sexo masculino que mais se mobiliza nesse sentido. De salientar que somente a idade e as habilitações literárias são significativas nas medidas de adesão ao tratamento, denotando, assim, uma relação positiva, sendo, os mais novos e com maiores capacidades escolares, que aderem melhor às terapêuticas. A satisfação com a informação não apresenta diferenças estatisticamente significativas para qualquer uma das variáveis em estudo.

**Conclusão/Discussão:** A baixa consciencialização sobre os cuidados de saúde, as formas de prevenção da doença e de promoção da saúde, constituem um fator relevante no desenvolvimento de uma dada doença, bem como o facto do sujeito aderir ou não a um dado tratamento. Este conhecimento precário sobre a problemática da saúde deve, desta forma, ser entendido como um aspeto fulcral de atenção e intervenção por parte dos profissionais de saúde, tornando-se o mote principal para um aumento nos níveis de literacia na sociedade e na adesão ao tratamento.

## **Palavras-chave**

Hipertensão Arterial; Literacia em Saúde; Adesão ao Tratamento; Doenças Crónicas.

## **Abstract**

Nowadays, according to DGS data compared on health problems, in particular chronic diseases, have assumed a marked and a growing role. This is in line with the behavioral Styles that individuals are increasingly adopting, which highlight the risk factors associated with a given pathology. Of these conditions it has prevalence affects 36% portuguese´s between ages 25 to 74 years (DGS,2018). Thus it is essential to promotion health and prevent the disease, by changing lifestyle habits, urging the subject to control and take correct prescribed therapy. Cultural, social and environmental factors should also be a concern, since they influence medication adherence on the one hand and, influence and are influenced by the levels of Health Literacy that each person presents. Thus, the main objectives of this research are to evaluate the levels of adherence to treatment and the levels of health literacy in a sample of individuals with high blood pressure.

The sample consists of 76 individuals aged between 18 and 65 years old, whose diagnosis is high blood pressure and which are monitored in one of the outpatient consultations of arterial hypertension, in the Centro Hospitalar Cova da Beira. The study is quantitative and descriptive-correlational nature and has a cross-sectional character. The instruments used to evaluate/ test the objectives we have proposed are the sociodemographic questionnaire, the Treatment Adherence Measure (MAT) and the Health Literacy Survey (ILS-P).

The main results obtained indicate that the levels of adherence to treatment are high, obtaining an average of 5.5 on a scale of 6, but health literacy adopts an inadequate/ problematic, with average percentages of 23.7% which do not concern about inadequate levels and 64.5% on problematic levels index in the sample surveyed. We also noted that variables such as age, gender and educational attainment affect the way the individuals look at therapy, as well as their knowledge of the pathology they present. It was concluded, in particular, that younger subjects with more advanced qualifications, are easier to understand facts and situations related to health problems at a general level, and are also verified in evaluations of disease use and health promotion, with exception of health care that only denote the levels that each individual presents. The gender variable only shows its significance in health promotion, showing which male is the most mobilized in this regard. It is noteworthy that only age and educational qualifications, are significant in measures of adherence to treatment, thus, we are denoting a positive relationship, however, only youngest have higher knowledge of the disease. This fact can be explained by the significance levels it presents in relation to health knowledge and, consequently, about a pathology. Satisfaction with the information do not present any differences for any of the variables under study.

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

Low awareness about health care, disease prevention and health promotion are important factors in the development of a given disease, as well as whether or not the subject adheres to a given treatment. This precarious knowledge about health issues should therefore be understood as a key aspect of attention and intervention by health professionals, becoming.

## **Keywords**

High Blood Pressure; Health Literacy; Adherence to treatment; Chronic Diseases

# Índice

Introdução .....	1
Parte I - Enquadramento teórico .....	3
Capítulo 1 - Revisão da Literatura .....	5
1. Doença Crónica .....	5
2. Hipertensão Arterial (HTA).....	7
2.1. Prevalência.....	11
2.2 Tratamento .....	12
2.2.1. Intervenção Psicológica na HTA.....	14
3. Adesão ao Tratamento .....	16
3.1. Modelos de Adesão .....	19
3.2. Fatores associados à não adesão terapêutica .....	23
3.3. Fatores da não adesão terapêutica na HTA .....	26
3.4. Estratégias para aumentar a adesão .....	27
4. Literacia em Saúde .....	29
4.1. Prevalência.....	33
4.2. Modelos da Literacia em Saúde .....	35
4.2. Implicações da Literacia em Saúde .....	38
Parte II - Estudo Empírico .....	43
Capítulo 2 - Metodologia.....	45
2.1. Fundamentação e objetivos do Estudo.....	45
2.3. Caracterização da amostra .....	47
2.4. Instrumentos .....	50
2.4.1. Questionário sociodemográfico .....	51
2.4.2. Medidas de Adesão ao Tratamento (MAT) .....	51
2.4.3. Inquérito de Literacia em Saúde em Portugal (ILS-P) .....	52
2.5. Procedimentos de Investigação .....	54
2.5.1. Análise estatística .....	54
3. Resultados .....	55
3.1. Consistência Interna dos instrumentos.....	56
3.2. Estatísticas Descritivas .....	56
3.3. Estatísticas inferenciais .....	63
3.3.1. Diferenças nos níveis de adesão ao tratamento .....	65
3.3.2. Diferenças nos níveis de literacia em saúde .....	66

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

4. Discussão dos Resultados .....	70
4.1. Adesão à terapêutica .....	71
4.2. Literacia em Saúde .....	74
4.3. Principais Limitações do estudo.....	77
4.4. Implicações Futuras.....	78
Referências Bibliográficas .....	81
ANEXOS.....	89
ANEXO I - Comprovativo da autorização para o estudo .....	91

## **Lista de Figuras**

Figura 1. Modelo Conceptual Integrativo de Literacia em Saúde. ....	377
Figura 2. Modelo Conceptual da Literacia em Saúde .....	388
Figura 3. Dimensões e Sub-dimensões da Literacia em Saúde propostas no Health Literacy Survey. ....	53

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 - Caracterização dos Dados Sociodemográficos da Amostra .....	48
Tabela 2 - Caracterização dos Dados Clínicos Amostra .....	50
Tabela 3 - Consistência Interna dos Instruemntos Utilizados .....	56
Tabela 4 - Estatísticas Descritivas do MAT .....	57
Tabela 5 - Estatísticas Descritivas do ILS-P .....	58
Tabela 6 - Índice Geral de Literacia em Saúde .....	61
Tabela 7 - Índice da Dimensão Cuidados de Saúde .....	62
Tabela 8 - Índice de Dimensão de Prevenção da Doença .....	62
Tabela 9 - Índice de Dimensão da Promoção de Saúde .....	62
Tabela 10 - Correlações de Spearman entre a Escala MAT, ILS-P e os seus Fatores .....	63
Tabela 11 - Correlações de Spearman entre o MAT com a Idade, Tempo de Diagnóstico e Habilitações Literárias .....	64
Tabela 12 - Correlações de Spearman entre o ILS-P com a Idade, Tempo de Diagnóstico e Habilitações Literárias .....	65
Tabela 13 - Resultados do Teste t da Escala MAT em função do Género .....	65
Tabela 14 - Comparação de médias entre o MAT e as Habilitações Literárias .....	66
Tabela 15 - Resultados do Teste ANOVA da Escala MAT em função do Grau de Satisfação com a Informação .....	66
Tabela 16 - Resultados do Teste t do Inquérito de Literacia em Saúde em função do Género .	67
Tabela 17 - Comparação de Médias doInquérito de Literacia em Saúde em Funçãodas Habilitações Literárias .....	68
Tabela 18 - Comparação de Médias das Dimensões do Inquérito de Literacia em Saúde em função das Habilitações Literárias .....	69
Tabela 19 - Resultado do Teste da ANOVA para o Inquérito em Literacia em Saúde em função da Satisfação com a informação .....	70

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

## **Lista de Acrónimos**

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CHUCB	Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira
CIES-ISCTE	Centro de Investigação e Estudos Sociológicos -Instituto Universitário de Lisboa
DGS	Direção Geral de Saúde
DVC	Doenças Cardiovasculares
HLS-EU	European Health Literacy Survey
HTA	Hipertensão Arterial
ILS-P	Inquérito da Literacia em Saúde em Portugal
ILS-P-CD	Inquérito da Literacia em Saúde em Portugal - Cuidados de Saúde
ILS-P-PD	Inquérito da Literacia em Saúde em Portugal - Prevenção da Doença
ILS-P-PS	Inquérito da Literacia em Saúde em Portugal - Promoção da Saúde
LS	Literacia em Saúde
MAT	Medidas de Adesão ao Tratamento
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPP	Ordem dos Psicólogos Portugueses
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
TA	Tensão Arterial
TAS	Tensão Arterial Sistólica
TAD	Tensão Arterial Diastólica
WHO	World Health Organization

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

## **Introdução**

As doenças crónicas apresentam-se como uma das temáticas que merece grande atenção, atendendo aos números elevados da morbilidade e da mortalidade que apresentam. Desta forma, no estudo destas patologias, importa perceber as suas características e como estas têm implicações na vida das pessoas, uma vez que carecem por parte dos portadores de um conjunto de adaptações no que toca aos cuidados diários, implicando, na maioria das vezes, mudanças nos seus hábitos de vida. Tais mudanças, têm um grande impacto na vida dos sujeitos e das suas famílias nos mais diversos níveis, como por exemplo, o nível ambiental, económico, social e psicológico (Dias et al., 2011). Neste sentido e de acordo com diversos autores, a forma como cada sujeito e as respetivas famílias lidam com esta temática é bastante idiossincrática, havendo, por isso, um interesse cada vez maior na compreensão da forma como o indivíduo e a família gerem e se adaptam às condições da doença, nomeadamente ao tratamento que é, como o próprio nome indica, de longo curso (OMS, 2005; Nolte & McKee, 2008). Assim, é fundamental incentivar a adoção de um papel ativo por parte destes na procura de estratégias para lidar com a doença, sendo um tópico fulcral para a boa aceitação da mesma.

Entre as diversas doenças crónicas que se destacam no Serviço Nacional de Saúde, importa, neste estudo, refletir sobre a Hipertensão Arterial. Esta, para além de uma problemática singular, apresenta-se como um dos principais fatores de risco no domínio de outras patologias, nomeadamente nas doenças cardíacas (OMS, 2005). Por se caracterizar por um processo rápido e assintomático, é diagnosticada, muitas vezes, em estádios mais avançados, levando a que os sujeitos não assimilem a problemática tal como ela se apresenta, obtendo-se, baixos níveis de adesão aos tratamentos prescritos (Barreto, Reiners & Marcon, 2014).

Face ao exposto, Ostenberg e Blaschke (2005), enfatizam a adesão ao tratamento como uma problemática de primeira ordem, isto é, denotam cada vez mais um comportamento pouco aderente por parte dos sujeitos, contribuindo para que se manifestem um conjunto de consequências nocivas em várias áreas da vida. Acrescente-se que enquanto doença crónica exige uma mudança drástica no estilo de vida das pessoas que, muitas vezes, as levam a descuidar a gravidade e as consequências da HTA (Radovanovic, Santos, Carvalho, & Marcon, 2014).

Neste sentido, enquanto sujeitos cujas características obedecem a uma singularidade, é fundamental, quando se fala nesta temática, adequar as prescrições terapêuticas às particularidades de vida de cada pessoa, fomentando sempre os benefícios terapêuticos (Leite & Vasconcelos, 2003; Figueiredo & Asakura, 2010). Para além disso, é importante ter

em conta a diversidade de técnicas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, estando as primeiras muito associadas a doenças de caráter físico como a HTA, descurando-se, muitas vezes, o tratamento de fatores psíquicos que, na maioria dos casos, podem contribuir para as causas do despoletar da doença (Gusmão, Ginani, Silva, Ortega & Mion, 2009).

Uma outra temática cuja importância tem vindo a ganhar relevância, é a literacia em saúde que, ao longo dos anos tem vindo a crescer também na sua definição, remetendo para a postura ativa que o sujeito deve assumir como resposta às exigências da saúde e da doença que o contexto em que se insere lhe exige (Sorensen et al., 2012). Os níveis de Literacia em Saúde que as populações apresentam nos dias de hoje, classificam-se, na sua maioria, entre níveis inadequados ou problemáticos no que concerne aos conhecimentos que apresentam sobre a saúde e/ou a doença (Espanha, Ávila & Mendes, 2015). Desta forma, a baixa consciencialização sobre os cuidados de saúde, as formas de prevenção da doença e de promoção da saúde, constituem, também, um fator relevante no desenvolvimento de uma dada doença, bem como o facto do sujeito aderir ou não a um dado tratamento (Loureiro et al., 2012). Este conhecimento precário sobre a problemática da saúde deve, desta forma, ser entendido como um aspeto fulcral de atenção e intervenção por parte dos profissionais de saúde.

Para uma melhor compreensão da presente pesquisa, importa agora mencionar a forma como será apresentada a informação anteriormente abordada. Como linhas orientadoras importa referir que este trabalho se encontra dividido em duas partes: na primeira inclui-se o capítulo 1 onde se encontra exposto o enquadramento teórico e a segunda contempla o estudo empírico. Num primeiro momento (capítulo 1) iremos fazer uma revisão bibliográfica sobre as temáticas supracitadas, isto é, sobre a doença crónica, a hipertensão arterial, a adesão ao tratamento e a literacia em saúde; posteriormente, na segunda parte, o capítulo 2 trata as questões metodológicas, começando com o desenho do estudo, a caracterização da amostra e dos instrumentos, seguindo-se os procedimentos da investigação, os resultados e a discussão. Importa salientar que cada um destes pontos é devidamente desenvolvido ao longo do trabalho, denotando-se, na maioria deles, o desenvolvimento de subtópicos que permite uma melhor compreensão dos assuntos tratados.

## **Parte I - Enquadramento teórico**

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

# Capítulo 1 - Revisão da Literatura

## 1. Doença Crónica

A definição de doença crónica está relacionada com um conjunto de particularidades que advém da nossa própria interpretação do conceito, sendo estas influenciadas por fatores como os valores, as crenças, a cultura, a educação, a idade, o género e a origem social (Nolte & McKee, 2008). É mediante este conjunto de características, idiossincráticas de cada sujeito, que se constroem experiências subjetivas de bem ou mal-estar que formam a perceção de cada pessoa, fornecendo-lhe um conjunto de sinais e sintomas que poderão ser percebidos como padrões estáveis ou instáveis, colocando o sujeito mediante um padrão de características que serão facilmente identificáveis por si próprio e por quem o rodeia (Nolte & McKee, 2008).

Neste sentido, torna-se perceptível que a definição de doença crónica não se baseia apenas num conjunto de aspetos biológicos, englobando e atentando, também, aspetos individuais, familiares e da socialização, permitindo que tal conceito se adapte à singularidade de cada pessoa (OMS, 2005; Nolte & McKee, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005) as doenças crónicas compõem um conjunto de características peculiares que as distingue de outras, nomeadamente o facto de não serem transmissíveis, de perdurarem no tempo e de evoluírem de uma forma tendencialmente vagarosa, não existindo cura para as mesmas. Atualmente, a sua prevalência, em Portugal, tem vindo a aumentar devido a um conjunto diverso de potenciadores de risco, atingindo, deste modo, os 75.7% de mortalidade no ano de 2014. Tal número é representativo no que engloba os principais tipos de doenças crónicas existentes: doenças do aparelho respiratório - asma, doença pulmonar obstrutiva crónica - (11.6%), doenças cardiovasculares (30.6%), cancro (25.0%), doenças do aparelho digestivo (4.4%) e a diabetes (4.1%) (OMS, 2005; PORDATA, 2016).

Existe uma multiplicidade de fatores de risco associados ao predomínio das doenças crónicas, nomeadamente o colesterol elevado, a hipertensão arterial, a obesidade, o tabagismo, o consumo de álcool, a alimentação desadequada e o défice de atividade física praticado (Pereira, et al., 2017). Neste sentido, estima-se, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), que esta caracterização de doença é a que contempla as principais causas de morte nos últimos tempos, predominando, entre as mesmas, as doenças cardiovasculares e o cancro (OMS, 2005). Como forma de prevenção aponta-se a redução dos fatores de risco, nomeadamente a prática de exercício físico, optar por uma alimentação saudável e a não dependência de uma rotina tabágica.

Face ao supramencionado a OMS (2005) preconiza, fundamentalmente, estratégias de prevenção primária, cujo intuito passa pela requalificação dos profissionais de saúde, criar programas e estratégias de gestão de doença e fazer uso de modelos e programas de cuidados integrados. Tais medidas devem ser aplicadas idiossincriticamente nos diversos grupos populacionais. Relativamente à prevenção secundária e terciária, são estilos de prevenção que devem ser adotados somente aquando do aparecimento da doença em que o principal objetivo passa, sobretudo, por minimizar o impacto e as consequências da doença na vida do sujeito (OMS, 2005).

Autores como Berlim e Fleck (2003), denotaram que, por vezes, há uma disparidade entre o que é percecionado pelas pessoas e pelos técnicos de saúde no que aponta para a gravidade dos sintomas e consequente resultado dos tratamentos. Por norma, os profissionais de saúde percebem a melhoria dos sintomas através da evolução da doença, já os portadores da doença crónica tendem a basear a avaliação relativa ao tratamento mediante o seu nível de conforto e atividade diária. Deste modo, é de evidenciar que, muitas vezes, esta discrepância entre os objetivos e expectativas construídos pelo utente e pelo profissional de saúde contribuem para ineficácia das estratégias para lidar com a doença.

Para colmatar tais divergências, atualmente, as ciências médicas têm vindo a salientar a importância de ter em conta o impacto e as modificações que ocorrem na vida da pessoa, a nível biológico, psicológico, social e emocional, orientando uma intervenção centrada, sobretudo, na pessoa. Tal permite que esta seja um agente ativo no domínio da sua patologia, permitindo-lhe uma noção real das suas condições, o que conduz a um equilíbrio ao nível das expectativas e, conseqüentemente, à adoção de melhores padrões de qualidade de vida (Sá & Oliveira, 2017).

Assim, se por um lado o papel dos profissionais de saúde passa por direcionar a pessoa para a mestria, criando ambientes e estruturas de suporte, o papel do sujeito portador da doença crónica centra-se, sobretudo, na manutenção do seu bem-estar (Sá & Oliveira, 2017).

Nem todos os sujeitos lidam de igual modo com o diagnóstico de uma doença crónica. Atendendo à singularidade de cada pessoa, com o aparecimento de determinados aspetos que caracterizam estas doenças, são despoletados um conjunto de peculiaridades que variam no impacto que têm nesses indivíduos. Neste sentido, torna-se pertinente afirmar que existem uma multiplicidade de áreas da vida do sujeito que, tendencialmente, são afetadas, nomeadamente a área pessoal, social, laboral e familiar (Stanton, Revenson & Tennen, 2007). De salientar, ainda, que todas essas vivências diferem mediante o significado que o sujeito e a família atribuem à doença, bem como naquilo que são as exigências e as capacidades que cada pessoa possui para responder à mesma.

Estas alterações ocorrem uma vez que há várias valências e rotinas que são alteradas na vida do sujeito, como a passagem de um contexto saudável para um contexto permanente de doença, a integração a um regime terapêutico, seja ele farmacológico ou não, e a gestão

emocional e de papéis que podem variar com o surgimento de uma nova condição de vida (Câmara & Coletto, 2009). Deste modo, a doença crónica exerce um forte impacto em toda a estrutura familiar, representando um stressor para todos os sujeitos que a compõem, sendo necessária a mobilização de um conjunto de recursos sociais, físicos, emocionais, comportamentais e psicológicos, obrigando, deste modo, a uma reorganização do seu funcionamento (Câmara & Coletto, 2009).

Neste sentido, torna-se fundamental a capacidade de adaptação quer da família, quer da pessoa doente, isto é, a capacidade de aceitar as condições de vida que a doença lhe dá, ajustando-se a uma independência e autonomia mediada pela doença. Uma forma de lidar com tal ajustamento passa por equilibrar as exigências psicossociais proporcionadas pela doença, o funcionamento familiar e os seus recursos, na medida em que é mediante estas três componentes que se entende a adaptação ou fracasso em relação ao confronto com a doença (Golics, Khurshid, Basra, Salek & Finlay, 2013). Ao perceber este processo de adaptação, torna-se pertinente afirmar que o mesmo se pauta por uma coevolução cujas famílias e os próprios indivíduos se influenciam reciprocamente, sendo que diversos autores demonstram o papel preponderante da família na construção da representação da doença (Stanton, 2007; Golics et al., 2013). A família enfatiza, assim, um papel importante no que remete para a definição de saúde e de doença; na promoção da saúde e na prevenção de comportamentos de risco associados ao despoletar da doença; na definição do papel de doente; e na adesão aos tratamentos médicos (Golics et al., 2013).

Em suma, a família exerce um papel determinante na forma como é vivenciada a doença, nos significados que lhe são atribuídos, bem como na forma como é encarado o tratamento terapêutico, uma vez que a doença crónica constitui um processo heterogéneo vivenciado idiossincraticamente por cada sujeito e por cada família (Câmara & Coletto, 2009). Na sequência do supracitado e face à diversidade de doenças crónicas que predominam hoje em dia nas sociedades vigentes, importa, agora, aprofundar a temática da Hipertensão arterial. Sendo esta uma problemática com grande impacto, pode ser vista de múltiplas formas, nomeadamente com um cariz de ordem singular, ou seja, de forma isolada de outras patologias, ou, por outro lado, como parte integrante dos principais fatores de risco que dominam outras patologias, como é o caso, por exemplo, das doenças cardíacas, que mais prevalência têm assumido ao longo dos últimos anos (OMS, 2005).

## **2. Hipertensão Arterial (HTA)**

Cada vez mais é importante ter em conta a diversidade de fatores de risco que, de alguma forma, nos deixam vulneráveis a uma panóplia de patologias significativas para a nossa saúde. Um desses fatores é a hipertensão arterial (HTA) considerada um problema de saúde pública, em Portugal, com bastante impacto nos dias de hoje, requerendo, nesse sentido, uma ênfase peculiar (Mancia et al., 2013).

A hipertensão arterial define-se por “uma doença crónica caracterizada por níveis elevados de pressão sanguínea, sistólica e diastólica, nas artérias” (Duprez, 2010, p. 26). Face ao exposto, vários autores apresentam diferentes perspetivas ao definirem esta doença crónica. Uma outra definição relevante, devido à sua preponderância em vários registos bibliográficos é a de Soares (2005) que preconiza a HTA como “um problema cardiovascular que se caracteriza por apresentar níveis de pressão sanguínea superiores aos requisitos metabólicos do organismo” (p. 245). A tensão arterial, medida que permite saber as condições hipertensas dos sujeitos, aponta valores mediante a pressão a que o sangue tende a circular nas artérias do organismo, em resultado das pulsações que o coração consegue atingir quando bombeia o sangue. Esta, tende a variar mediante as características singulares de cada pessoa, bem como o momento, as atividades e emoções que está a vivenciar (Radovanovic, Santos, Carvalho & Marcon, 2014). Por esta razão é difícil estabelecer um diagnóstico neste sentido, pois, em muitas situações, o facto do sujeito estar na presença do médico potencia indicadores de stress que influenciam de forma direta os valores da TA. Consequentemente, são indicadas várias observações e medições durante alguns meses, de forma a que o diagnóstico seja feito com alguma segurança e estabilidade. Após o período de pré-diagnóstico é importante que o sujeito diagnosticado não tome qualquer medida farmacológica ou não farmacológica para controlar a sintomatologia, de modo a que o diagnóstico se realize de forma fidedigna (Radovanovic et al., 2014).

Importa agora ressaltar a diversidade de **fatores de risco** associados ao aparecimento da hipertensão arterial, sendo eles a hereditariedade, o sexo, a idade, a raça, a obesidade, o stress, os estilos de vida (sedentarismo), o álcool, os anticoncecionais e a elevada ingestão de alimentos com alto teor em sódio (Carvalho, Siqueira, Sousa & Jardim, 2013).

Para além dos fatores supramencionados, há que ter também em conta outros como as questões físicas e sociais, que apesar de não serem causadores de forma direta da mesma, estão associados à sua perpetuação (Carvalho, Siqueira, Sousa & Jardim, 2013). Com o surgimento da HTA, sobretudo nos primeiros anos, não há, geralmente, sinais e sintomas que o sujeito identifique como anómalos na sua rotina, com exceção de valores de TA elevados aquando da sua medição. Porém, é importante ter em conta os efeitos que a mesma provoca ao longo dos anos, isto é, os vasos sanguíneos tendem a ficar lesionados, bem como outros órgãos vitais como o coração, o cérebro e os rins. Somente quando estas estruturas começam a ficar de alguma forma afetadas é que começam a surgir os primeiros sinais e sintomas da HTA (Carvalho, Siqueira, Sousa & Jardim, 2013).

Existem uma multiplicidade de **patologias associadas** ao aparecimento da hipertensão arterial, como é o caso do Acidente Vascular Cerebral (AVC); a Insuficiência Cardíaca denotada por um aceleração e conseqüente sobrecarga do coração na tarefa de bombear o sangue, levando a que este sofra uma hipertrofia, dilatando-se e diminuindo a capacidade do coração satisfazer as necessidades que o organismo exige; os Aneurismas da aorta em que os

vasos artérias dilatam formando um pequeno “balão”, de seu nome técnico aneurisma; a insuficiência renal; e a cardiopatia isquémica, ou seja, diminuição da afluência do sangue ao miocárdio, ocorrendo quando há um estreitamento dos vasos ou quando algum deles se fecha, formando um coagulo que dificulta a função do miocárdio, podendo incluir angina de peito, quando o fluxo de sangue é insuficiente, o enfarte do miocárdio e a morte súbita (Carvalho & Sousa, 2001; Durez, 2010).

Perante a **etiologia da HTA** importa definir e diferenciar duas categorias: a hipertensão essencial ou primária, em que, tendencialmente, a origem do seu aparecimento não pode ser derivada de questões orgânicas, e a hipertensão secundária cuja origem provém de possíveis lesões no organismo.

Tal significa que, no caso da **HTA essencial ou primária** pode ser despoletada mediante um conjunto de fatores hereditários, ambientais e de erros ao nível do estilo de vida, que, hoje em dia, se pensa serem a combinação essencial que origina este tipo de HTA (Soares, 2005). Ao serem remetidos para análise tais pontos que caracterizam esta patologia, é de constatar a influência que o individuo portador da mesma pode ter no seu controlo, ou seja, ainda que as questões da hereditariedade não possam ser controladas, o estilo de vida das pessoas pode (Duprez, 2010). Tendencialmente, estes sujeitos são caracterizados por um conjunto de erros no seu estilo de vida que desencadeia o aparecimento e/ou agravamento das complicações associadas à hipertensão, nomeadamente o excesso de consumo de sódio; a obesidade, uma vez que a HTA é mais prevalente em sujeitos com excesso de peso corporal; o excesso de consumo de bebidas etilizadas; a adoção de estilos de vida sedentários ao invés da prática de exercício físico que promove benefícios ao nível do sono, do peso e do stresse, reduzindo, conseqüentemente, os níveis de TA; e o tabagismo que agrava, de forma progressiva, a diminuição dos vasos sanguíneos, sendo um potenciador de risco para o aparecimento de outras patologias associadas à HTA (Duprez, 2010).

A HTA essencial ou primária evidencia como sintoma primordial as cefaleias, decorrentes, sobretudo, no período da manhã e que vão desaparecendo ao longo do dia. Dentro desta há que ter em conta que pode, por vezes, existir uma evolução acelerada da hipertensão arterial, que resulta, em linguagem comum, na “hipertensão arterial maligna” que se caracteriza por uma panóplia de sintomas que devem ser tidos em conta no diagnóstico da HTA, são eles a sonolência, a confusão mental, distúrbios ao nível da visão, náuseas e vômitos. Existem outros sintomas associadas a esta patologia como a fadiga, os zumbidos, a epistaxe (sangramento do nariz) e escotomas cintilantes (perda total ou parcial de um campo de visão até então preservado - ponto cego na visão), no entanto já não são considerados parte integrante e fundamental para o diagnóstico (Balbani, Formigoni, & Butugan, 1999; Soares, 2005).

No que concerne à segunda caracterização, a **hipertensão arterial secundária**, apontam-se as causas orgânicas como mote para o seu aparecimento. Ainda que incomum, apresentam

um grande potencial nas técnicas curativas, representando apenas 5% de pessoas na população considerada hipertensa (Duprez, 2010). Deste modo, importa salientar algumas das causas orgânicas/patologias associadas ao aparecimento deste tipo de HTA: as doenças renais são consideradas a principal causa do surgimento da HTA secundária, ainda que nem todos os sujeitos com esta patologia apresentem tensão arterial elevada; as doenças iatrogénicas, isto é, em mulheres que tomam anticoncecionais orais, pode verificar-se um ligeiro aumento da TA, sendo que apenas num diminuto número de casos é considerado significativo; e as doenças endócrinas, que em contrapartida são as menos frequentes no despoletar da hipertensão secundária (Duprez, 2010).

Neste sentido, torna-se importante conhecer os valores estabelecidos para considerar se estamos perante um sujeito com uma hipertensão essencial ou primária, ou com uma hipertensão secundária (Soares, 2005). Quando os valores da TA estão entre os 140mmHG e os 160mmHG de pressão arterial sistólica (PAS) e os valores da pressão arterial diastólica (PAD) estão entre os valores 90mmHG e os 100mmHG, estamos perante uma HTA essencial ou primária. Já quando os valores, respetivamente, vão até aos 180mmHG (PAS) e até aos 110mmHG (PAD), então apontamos valores que correspondem a uma HTA secundária (Duprez, 2010; Oigman, 2014).

Normalmente, o sujeito hipertenso é seguido somente pelo seu médico, no entanto há outras variáveis, como a adesão terapêutica, que requerem o auxílio de outros profissionais de saúde, de modo a que os objetivos que categorizam a patologia sejam cumpridos, sendo, assim, necessário e crucial a adoção de uma abordagem multidisciplinar (Nobre, 2010). Tal abordagem permite que a pessoa tenha acesso a um conjunto de informação mais vasta e transversal a todo o processo terapêutico. O médico não atua de forma isolada, dando a oportunidade às pessoas de contactar com diferentes perspetivas e com um maior número de informação procurando, essencialmente, que estes adotem uma atitude ativa e desenvolvam um conjunto de estímulos motivacionais intrínsecos que o levem a encarar o desafio de lidar com a doença de uma forma diferente (Nobre, 2010).

A equipa de profissionais deve ser constituída por elementos que lidem com a patologia, nomeadamente médicos, cuja principal função passa pela avaliação clínica e a prescrição terapêutica, podendo fornecer apoio, também, a outros elementos do núcleo familiar da pessoa doente; os enfermeiros ou técnicos/auxiliares de enfermagem que devem atuar ao nível das avaliações da TA de modo a que seja possível, também, perceber os seus possíveis sintomas, bem como orientar o uso de anti-hipertensivos, dando a conhecer os possíveis efeitos secundários associados ao mesmo; a participação de nutricionistas com o objetivo de realizarem uma avaliação e educação nutricional e promover hábitos de vida saudável; os psicólogos que podem atuar na avaliação e tratamento de aspetos emocionais que estejam relacionados com a qualidade de vida do sujeito hipertenso, fornecer suporte à família de modo a impulsionar e facilitar as mudanças necessárias e criar grupos de apoio como método

de autoajuda e de modelagem para os portadores da HTA; os assistentes sociais remetem a ajuda para os fatores de âmbito socioeconómicos, laborais, familiares e sociais; os farmacêuticos que auxiliam na planificação quantitativa e qualitativa do uso medicamentoso; e, inclusive, agentes da comunidade, que se debruçam sobre a temática da saúde cujo intuito passa por serem a ligação entre a equipa multidisciplinar e a comunidade, promovendo campanhas preventivas primárias e secundárias de modo a que se verifiquem progressos na saúde dos que habitam na comunidade (Nobre, 2010). Todos estes membros devem ter por base a idiosincrasia de cada sujeito, preconizando-lhes um tratamento e medidas adequadas à sua realidade (Nobre, 2010).

Desta forma, este tipo de atuação multidisciplinar apresenta um conjunto de vantagens: 1) o número de pessoas a que se chega é, tendencialmente, maior; 2) a adesão terapêutica sofrerá uma evolução significativa; 3) o número de pessoas com hipertensão será mais controlado, adotando, conseqüentemente, hábitos de vida mais saudáveis; 4) e, cada utente receberá um conjunto de medidas educativas e preventivas adequado e restrito às suas características (Nobre, 2010).

Assim, torna-se crucial o controle da evidência desta patologia, pois irá permitir, por um lado a perceção de novas ou já existentes implicações para lidar com a doença, e também de novas estratégias e abordagens que, de alguma forma, possam identificar com mais precisão os sujeitos em situação de risco. Tais constatações oferecem quer benefícios para o próprio indivíduo, quer para a comunidade (Radovanovic et al., 2014). Todavia, torna-se importante relembrar e ter em consideração que, a hipertensão arterial, enquanto uma doença crónica, irá sempre necessitar de cuidados transversais ao longo do ciclo de vida do sujeito, envolvendo um conjunto de medidas terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas) (Radovanovic et al., 2014).

## **2.1. Prevalência**

A hipertensão arterial é considerada o problema de saúde pública, em Portugal, que mais requer a atenção de especialistas, uma vez que é responsável pelo despoletar e pela manutenção de algumas doenças crónicas, nomeadamente as doenças cardiovasculares (DCV) (Radovanovic et al., 2014). Estas doenças são as que, atualmente, mais mortes causam a nível da população mundial, sendo responsáveis por 51% das mortes por AVC e 45% dos óbitos associados a doenças cardíacas, no ano de 2015 em indivíduos cuja idade varia entre os 25 e os 74 anos (Rodrigues et al., 2017). Sabe-se, através da Direção Geral de Saúde (DGS) que tais óbitos poderiam ter sido reduzidos, por meio de um conjunto de estratégias e cuidados que estão, ao alcance, sobretudo, da população hipertensa. A Organização Mundial de Saúde, prevê que no ano de 2030, haverá um possível aumento significativo desta população (Radovanovic et al., 2014).

A Hipertensão arterial surge como um dos principais fatores de risco que põe em causa a saúde cardíaca e cerebrovascular da população em geral, sendo que uma taxa de 26.9% das pessoas com HTA apresentam concomitantemente estes fatores de risco. Face a estes dados, há ainda de salientar que esta se evidencia mais elevada na população do sexo feminino (29.5%) ao invés do sexo masculino (23.9%), de acordo com os dados apresentados pela DGS no ano de 2013 (DGS, 2016).

Face ao exposto, torna-se agora fulcral fazer a ponte para dados relativos a 2016, os últimos emitidos pela Direção Geral de Saúde até à data, em que se apresenta um acentuado aumento comparativamente com os valores anteriores. Desta forma, a prevalência da hipertensão arterial passa para os 36%, verificando-se um aumento significativo com o avançar da idade, bem como um maior predomínio no sexo masculino, cujo valor passa para 39.6%. Nas mulheres, é também verificado um ligeiro aumento da população hipertensa, no entanto não se verifica tão significativo face aos valores acima mencionados (32.7%) (DGS, 2016).

No mesmo sentido, um estudo elaborado por Macedo e Ferreira (2013), referiu que o controlo e a prevalência da hipertensão arterial são muito baixos em jovens, assim como a falta de controlo da HTA nos idosos. Refere ainda que existe alguma prevalência de pessoas com hipertensão na diabetes; e, mais de metade da população considerada com HTA, apresenta valores de colesterol também elevados.

## **2.2 Tratamento**

Os benéficos do controlo e deteção precoce da HTA estão bem documentados, uma vez que, para além de ser uma patologia bastante prevalente em Portugal, é também considerada uma patologia assintomática pelo que é necessário um controlo mais restrito para ser diagnosticada precocemente (Barreto, Reiners & Marcon, 2014).

Atualmente, uma das questões que tem predominado nesta área é a falta de controlo desta patologia. Ainda que sejam conhecidas as evidências da efetividade e eficiência das medidas preventivas, a HTA tende a apresentar uma prevalência crescente, representando um dos grandes desafios ao nível da saúde da sociedade atual (Barreto et al., 2014). Neste sentido, são preconizados alguns dos principais fatores que contribuem para o agravamento do quadro clínico, nomeadamente “a não adesão aos tratamentos anti-hipertensivos, o diagnóstico tardio e o curso prolongado e assintomático da doença” (Barreto et al., 2014, p.492).

A prevenção e o tratamento da HTA, envolve um processo complexo uma vez que implica mudanças no estilo de vida do sujeito, quer ao nível da aquisição de um tratamento medicamentoso (anti-hipertensivo), quer ao nível do tratamento não medicamentoso (Nobre, 2010). Tendencialmente, tais mudanças propagam-se na vida do sujeito de uma forma lenta e gradual, sendo necessário e transversal a todo este processo um conjunto de medidas

educativas e de prevenção secundária para controlar a evolução ou agravamento da patologia (Nobre, 2010).

Relativamente à decisão terapêutica, esta depende e varia consoante os valores da TA, a presença ou ausência de lesões em órgãos específicos e mediante os fatores de risco das doenças cardiovasculares que estejam associados ou não ao sujeito, isto é, a decisão de um tratamento, quer seja ele farmacológico ou não, varia perante as características individuais de cada sujeito. Quando se alcança uma HTA elevada ou severa, é aconselhável que seja administrado um tratamento medicamentoso, ou seja, é indicado para casos de HTA com lesões no organismo, doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* e na doença renal (Duprez, 2010).

Quanto ao **tratamento medicamentoso** anti-hipertensivo, este permite por um lado a redução dos níveis de TA e, por outro, a redução da existência de eventos cardiovasculares (fatais e não fatais). Até então este tipo de medida farmacológica tem-se mostrado eficaz, principalmente quando combinado com medidas não farmacológicas. O tratamento medicamentoso visa, deste modo, reduzir a TA para valores inferiores a 140mmHG de PS e a 90mmHG de PD, tendo sempre em conta a individualidade de cada pessoa (Nobre, 2010). Existem um conjunto de aspetos que é importante atender quando se determina a medicação que um indivíduo vai tomar, nomeadamente a eficácia da via oral; a sua tolerância; administrar o medicamento as menores vezes possíveis, de preferência apenas uma toma diária; iniciar-se com a dose mínima recomendada uma vez que quanto maior for a dosagem, maior a probabilidade de haver efeitos colaterais; serem apenas considerados em estados mais evoluídos da doença e não quando esta ainda é considerada apenas leve ou moderada; e, ser utilizado num período mínimo possível, de modo a que seja substituído pelo tratamento não farmacológico (Duprez; Nobre, 2010).

Assim, a escolha de qual o tipo de medicação que deve ser adotada varia com as necessidades do sujeito, existindo 6 grupos de anti-hipertensivos: os diuréticos, os inibidores adrenérgicos, os vasodilatadores diretos que são frequentemente usados na HTA leve e moderada para sujeitos que não aderem, por algum motivo, à terapia não farmacológica, os inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas dos canais de cálcio e os antagonistas do recetor da angiotensina II (Duprez, 2010).

O **tratamento não medicamentoso** tem como intuito diminuir as consequências da patologia através de modificações do estilo de vida que contribuam para a redução da tensão arterial. Este tipo de medida terapêutica está indicado para todos os portadores de HTA uma vez que representam baixo custo, reduzem a TA, podendo-se controlar os fatores de risco e diminuir a probabilidade de ser necessário o uso de medicação e, caso seja necessário reduzi-la, aumentando a sua eficácia (Duprez, 2010). Algumas medidas que, comprovadamente, reduzem a TA são: a diminuição da gestão de sal, a redução do peso corporal, a diminuição de bebidas etilizadas, a prática frequente de exercício físico e a anulação de qualquer consumo

de drogas. Uma outra componente que deve ser levada em conta é o stress psicoemocional, uma vez que há estudos que têm revelado uma elevação significativa da TA aquando da vivência de episódios stressantes ou de privação de sono (Labiano & Brusasca, 2002; Soares, 2005; Leopaci, Santos, Honorato & Coqueiro, 2016). A pobreza, níveis socioeconómicos baixos, menor literacia, o desemprego, a inatividade física e atividades profissionais cujo fator essencial do mesmo se concentra na área psicológica, constituem-se como predisponentes de condições stressoras, cujo tratamento pode passar pela área do relaxamento, da psicoterapia, da prática de ioga, a inoculação do stress e o *biofeedback*. No entanto, as áreas de atuação anteriormente mencionadas que permitem a modificação de respostas comportamentais, ainda não estão totalmente aferidas no tratamento desta patologia (Labiano & Brusasca, 2002; Soares, 2005; Leopaci et al., 2016). Neste sentido, qualquer mudança de estilo de vida na HTA deve ser algo permanente e sistemático para que sejam visíveis as evidências deste tipo de tratamento.

A não adesão aos tratamentos medicamentosos continua a ser considerado uma questão complexa nas doenças crónicas, nomeadamente na hipertensão arterial, pois está frequentemente associado a um conjunto de fatores como os níveis socioeconómicos baixos, prescrições terapêuticas difusas e a insatisfação constante com os serviços de saúde (Barreto et al., 2014). Concomitantemente aos fatores apresentados, parecem haver outros que evidenciam a não adesão terapêutica, como a falta de conhecimento dos sujeitos em relação à doença e ao tratamento médico, provocado muitas vezes pela descontinuidade que a patologia apresenta. Neste contexto, os sujeitos parecem evidenciar crenças de que apenas as terapias não farmacológicas surtem efeitos benéficos no controlo da mesma, adotando-as em detrimento da necessidade das terapias farmacológicas (Barreto et al., 2014)

Face ao exposto torna-se imperativo ressaltar que cabe aos profissionais de saúde adequarem a sua intervenção face à panóplia de características que o sujeito apresenta, nomeadamente características socioeconómicas, culturais, sociais, psicoemocionais e pessoais. Tal intervenção deve visar sempre a educação para a saúde, a atitude ativa do indivíduo no reconhecimento da doença e na forma que lida com a mesma, bem como reconhecer a imperatividade da adesão terapêutica (Bezerra, Lopes & Barros, 2014). Deste modo, o acompanhamento terapêutico deve ser permanente, rigoroso e sistemático para que sejam evitadas quaisquer complicações, e, da mesma forma, seja evitado a aplicação da terapia farmacológica (Bezerra et al., 2014).

### **2.2.1. Intervenção Psicológica na HTA**

Perante a evidência da utilização benéfica de tratamentos não farmacológicos em sujeitos hipertensos, vários estudos têm verificado a pertinência da aplicação de intervenções psicológicas e comportamentais nestes sujeitos (Labiano & Brusasca, 2002).

Grande parte dos hipertensos evidenciam características de HTA essencial ou primária, o que os leva a ser considerados hipertensos leves, e nestes casos as intervenções psicológicas assumem um papel fulcral. Desta forma, o uso de medidas não farmacológicas, como a intervenção psicológica, tem-se verificado exímia no que concerne à redução dos valores de TA, na redução da utilização das medidas medicamentosas e na diminuição dos efeitos secundários provocados pela utilização dos mesmos (Labiano & Brusasca, 2002).

Tal como já referido, tem sido cada vez mais reconhecido o trabalho das equipas de saúde multidisciplinares a fim de educar o sujeito hipertenso na adaptação da doença bem como na promoção de inúmeros programas educativos, quer a nível individual quer a nível grupal na área dos cuidados de saúde primários, secundários ou terciários (Cardoso, 1999). A adoção de uma abordagem psicológica visa, sobretudo, a promoção de uma maior qualidade de vida, nunca descurando as variáveis psicossociais inerentes à adaptação de cada sujeito à patologia.

Num primeiro momento, torna-se fundamental salientar a importância de uma **abordagem educativa** que incida, não só nos processos cognitivos, ao nível da consciencialização das ações para a saúde, mas também nos fatores motivacionais, dado a sua influência na adesão ao tratamento (Morais & Castro, 2016). Ao nível da prevenção primária, tem-se procurado promover a **adoção de estilos de vida saudável**, na delimitação de atividades de educação tendo por base os comportamentos de risco que a hipertensão envolve, como uma dieta rica em sódio, a manutenção de um estilo de vida sedentário e baixa adesão à prática de exercício físico, o tabagismo, entre outros já supramencionados (Gorayeb, 2000). No que concerne ao tipo de cuidados que esta patologia exige, procuram-se realizar atividades que proporcionem o confronto e a adaptação à patologia, bem como um maior controlo sobre a doença, utilizando, por exemplo, os **registos de auto monitorização** que nos podem ajudar nos ajustes que se devem considerar fazer. Estas práticas requerem que o terapeuta conheça bem as necessidades do sujeito, não esquecendo que cada indivíduo é único, tendo, por isso, um maior cuidado na utilização de técnicas de intervenção (Gorayeb, 2000). Já na prevenção secundária, é de destacar a prevenção de um possível agravamento da doença e a gestão das consequências que esta pode acarretar para o sujeito portador da doença, ajudando-o a desenvolver um conjunto de ferramentas que o mobilizem para lidar aquando do aparecimento das mesmas (Gorayeb, 2000).

Existem várias técnicas que são usadas neste âmbito que permitem a diminuição dos estados ansiosos, sendo que a literatura evidência como mais eficazes duas delas: o relaxamento e o *biofeedback* (Gorayeb, 2000).

Relativamente ao **relaxamento muscular progressivo**, consiste numa técnica em que o sujeito doente irá aprender, de uma forma gradual, a controlar a sua respiração, os seus músculos e, posteriormente, os seus pensamentos, atingindo um estado de relaxamento que reduz consequentemente os níveis de tensão arterial. Para além disto, tem sido demonstrado

que o estado de relaxamento pode, também, ser induzido por meio de técnicas de meditação, estando associado à redução da função respiratória, do consumo de oxigénio do sangue, dos batimentos cardíacos, entre outras descritas como as mais essenciais para a patologia acima estudada (Labiano & Bursasca, 2002). Comparativamente a técnicas como a meditação, o relaxamento produz efeitos menores, no entanto são caracterizados como mais duradouros, exercendo resultados indiretos sobre a pressão arterial, sobre a reatividade cardiovascular (regulariza os mecanismos cardiovasculares) e sobre os estados ansiosos que a pessoa pode apresentar (Cottier, Shaopiro & Ulius, 1984). Devido às características que a hipertensão apresenta, a motivação que os sujeitos evidenciam na continuação do relaxamento tende a decair, inibindo os efeitos até então adquiridos. Pelo contrário, sujeitos que pratiquem este tipo de estratégia ao longo do seu quotidiano, apresentam uma menor reatividade a situações percebidas como stressantes, dando-lhes mais *insight* para investirem nesse tipo de estratégias cognitivas (Labiano & Bursasca, 2002).

Quanto ao ***biofeedback***, tal como a técnica anterior, é pertinente ser utilizada quer em sujeitos com hipertensão ligeira cuja medicação é dispensável, como em sujeitos que já fazem uso da medicação de forma rotineira, sendo este tipo de técnicas um excelente mote para a redução da mesma (Patel, Marmot & Terry, 1981). Esta técnica permite mostrar aos sujeitos, através de sensores, o grau de relaxamento que os mesmos conseguem atingir, podendo ser especificado em que musculo tal está a acontecer. Segundo a literatura, o facto das pessoas conseguirem perceber os efeitos da técnica de forma imediata, pode favorecer uma maior motivação para incluírem o tratamento no seu dia-a-dia (Gorayeb, 2000).

Em suma, é de ressaltar o papel imperativo que as técnicas de intervenção psicológica assumem no controlo desta doença crónica, uma vez que há diversos fatores comportamentais na base dos fatores de risco e tratamento desta patologia e de outras que derivam da mesma, como as doenças cardiovasculares (Gorayeb, 2000). O papel que o médico e as equipas multiprofissionais assumem torna-se fulcral no sentido de uma maior envolvimento com o próprio sujeito, tendo sempre em conta os seus aspetos comportamentais e as mudanças progressivas que vão ocorrendo na vida dos sujeitos antes e após a adoção das técnicas recomendadas (Gorayeb, 2000).

### **3. Adesão ao Tratamento**

A adesão do sujeito às condições que a própria doença exige tem sido um tema de debate entre os autores e profissionais que estudam e se debruçam na área terapêutica. Ao fazerem uma breve análise à temática, denota-se que esta varia em função de dois elementos: eficácia e tratamento prescrito e o cumprimento do tratamento, ou seja, o nível de adesão. Neste sentido, após a comparação de alguns estudos, tem-se percebido que a adesão é cada vez menor, conduzindo a consequências nefastas na vida dos sujeitos (Ostenberg & Blaschke, 2005).

Para além dos modelos explicativos da adesão e dos fatores determinantes para a mesma, torna-se oportuno, num primeiro momento, aludir ao conceito de “adesão”. Historicamente, até à época do renascimento a temática da adesão terapêutica não era abordada junto das populações uma vez que os tratamentos prescritos pelos médicos se pautavam por um caráter obrigatório (Cruz, 2017). Tal incumprimento dessa obrigatoriedade por parte da pessoa doente, era percecionada, por um lado, como uma “falha na medicina e, por outro como um comportamento desviante pelo que obedecer seria uma regra absoluta” (Dias et al., 2011, p.205).

Na década de 70 surge no Centro Médico da Universidade de McMaster um seminário em que se discute, pela primeira vez, o conceito de *compliance* terapêutica, cuja definição seria a correspondência entre a prescrição e o cumprimento clínico, surgindo da pesquisa de diversos autores como Sackett e Haynes (Ostenberg & Blaschke, 2005; Cruz, 2017). Após diversas pesquisas, outros autores, surgem com a perspetiva de que o conceito de *compliance* está estritamente relacionado com duas variáveis: o comportamento do indivíduo e a sua relação com a prescrição do médico. Esta perspetiva pautava-se por uma discrepância significativa na culpabilização da pessoa doente, sendo que cabia a este ter as ferramentas necessárias para entender as prescrições medicamente propostas. O médico era considerado um elemento ativo e de autoridade, já o doente seria o sujeito passivo que apenas teria de acatar as recomendações médicas, sem autonomia para tomar qualquer tipo de decisão (Ostenberg & Blaschke, 2005; Cruz, 2017). Tais premissas anteriormente descritas, dizem respeito e descrevem o modelo biomédico adotado à época pelos especialistas, dando ênfase à disciplina médica.

Até ao final da década de 90 assiste-se a este modelo de direitos e deveres irregulares na relação médico-doente, sendo que é nesta altura que o papel do médico começa a desvanecer, enaltecendo-se o papel ativo do indivíduo na adoção de cuidados de saúde. Esta mudança começa a ser possível e representativa devido ao surgimento de um novo conceito, o termo *adherence*, que apesar de não existir uma definição consensual e, por consequência, não existirem grandes impactos clínicos provenientes do mesmo, serviu para a mudança de papel dos intervenientes na terapêutica (Vermeire, Hearnshaw, Royen & Denekens, 2001). Começa, neste momento, a existir uma “aliança terapêutica” em que são perceptíveis a responsabilidade e o papel que o médico e o doente assumem no processo de tratamento (Vermeire et al., 2001; Ostenberg & Blaschke, 2005).

Neste sentido, o termo adesão pode surgir com múltiplas definições, sendo que mediante uma abordagem médica, assenta na conformidade em que o sujeito segue as recomendações medicamente prescritas (Haynes, Sahota, McDonald & Yao, 2008; Dias et al., 2011). Concomitantemente com a definição anterior, importa analisar outras variáveis que podem complementar a mesma, tais como: o ato de tomar a medicação e adotar estilos de vida saudáveis, segundo o que é recomendado pelo médico. Autores como Leite e Vasconcelos

(2003) e Giroto, Andrade, Cabrera e Matsuo, (2013), limitam o conceito de adesão terapêutica, preconizando que o comportamento da pessoa cuja patologia acomete, só pode ser considerado como adesão médica, quando este segue pelo menos 80% do que é proposto pelo médico.

A não adesão aos regimes terapêuticos é considerado como um dos principais fatores que despoletam o crescimento da mortalidade e morbidade, da diminuição da qualidade de vida e da utilização exacerbada dos cuidados de saúde, levando, conseqüentemente, ao aumento dos custos relacionados com a mesma (Telles-Correia, Barbosa, Mega & Monteiro, 2008). São caracterizados como variáveis da não adesão o incumprimento das prescrições medicamentosas, a não comparência do doente aos serviços de saúde e a manutenção de estilos de vida que vão contra ao que seria esperado (Telles-Correia et al., 2008). Neste sentido, a não adesão exerce uma forte influência sobre um conjunto de fatores sociais e médicos que implicam um conjunto de medidas que, por vezes, vão para além destes fatores. Autores como Vermeire e colaboradores (2001), apontam que cerca de 30% a 50% dos sujeitos diagnosticados com alguma patologia, não aderem ao regime terapêutico, qualquer que seja o tratamento e o prognóstico sugerido. A não adesão terapêutica, à semelhança do conceito de adesão, pode categorizar-se como intencional, quando é o caso em que não é cumprida a prescrição médica por parte do indivíduo, e não intencional que resulta, na maioria das vezes, por uma comunicação precária entre a pessoa doente e o profissional de saúde, bem como na dificuldade e esquecimento por parte do sujeito na gestão da medicação (WHO, 2003).

Recentemente, têm surgido outros termos que advêm do conceito principal de adesão terapêutica. O conceito de “adesão parcial” que engloba situações em que o sujeito doente não manifesta interesse numa adesão total ao tratamento médico. Este conceito pode, também, adotar uma abordagem intencional, quando o a pessoa portadora da doença se encontra numa fase aguda da doença em que orienta o tratamento médico de forma regrada, e não intencional que é mais prevalente na população idosa e em crianças, derivando de fatores como o esquecimento da medicação, a falta de perceção sobre o tratamento e pela possibilidade de serem tratados perante o rótulo de “doentes” (Rudd et al., 1988).

Para que as prescrições médicas, como o tratamento farmacológico, a alimentação saudável, a prática de exercício físico e a indicação de exames de rotina, sejam adotadas pelos indivíduos, torna-se fundamental que seja estabelecida uma boa relação terapêutica médico-paciente. Assim, é fundamental ter em conta a motivação de cada pessoa, as suas expectativas, ter uma linguagem adequada no decorrer das explicações e sugestões médicas e saber colocar-se no lugar do “outro”, estabelecendo, assim, uma relação empática e de confiança que levará a um crescimento clinicamente significativo nas taxas de adesão terapêutica (Gorayed, 2002).

Para Labiano e Bursasca (2002) existem componentes essenciais que determinam o sucesso do tratamento: as técnicas que são utilizadas e as características do indivíduo doente e do terapeuta. As pessoas possuem um conjunto de características singulares o que, por consequência, faz com que as suas necessidades mediante um dado problema e tratamento variem, sendo fundamental por parte do terapeuta a adoção de um conjunto de estratégias que sejam adequadas e que forneçam os benefícios terapêuticos necessários às suas rotinas diárias. Tais premissas anteriormente descritas, se não forem cumpridas ou levadas em conta, podem contribuir para processos de não adesão (Leite & Vasconcelos, 2003; Figueiredo & Asakura, 2010).

Quando há a evidência de doenças crónicas, como o caso da HTA, a tendência é procurar métodos terapêuticos medicamentosos que atuem de forma rápida e mais eficaz na patologia, descurando outros métodos que podem ser igualmente eficientes, como os métodos não farmacológicos (Gusmão, Ginani, Silva, Ortega & Mion, 2009). Porém, apesar do crescente investimento existe um problema que tem vindo a ser transversal ao longo dos anos, a adesão ou não adesão terapêutica, que se aplica quer aos tratamentos medicamentosos, quer aos tratamentos não medicamentosos.

A hipertensão arterial, devido às suas características assintomáticas, é pautada por uma evolução “lenta e silenciosa” (Gusmão et al., 2009, p. 38) cujo tratamento requer mudanças comportamentais e dos estilos de vida, não descurando o tratamento medicamentoso quando necessário. Tendencialmente, devido às próprias peculiaridade da patologia, os efeitos, aquando da não adoção dos métodos supracitados, são percecionados a longo prazo, sendo eles as lesões em órgãos-alvo e a mortalidade e morbidade (Gusmão et al., 2009).

Ainda que já estejam disponíveis um número razoável de alternativas, ainda não foi estabelecido um método pertinente, ideal e transversal à temática da adesão (Vermeire et al., 2001; Cabral & Silva, 2010).

Ao longo dos anos têm sido elaborados uma multiplicidade de modelos explicativos da adesão terapêutica, tendo sido possível, através destes, encontrar fatores explicativos e significativos que posicionam, de diferentes maneiras, os indivíduos na aceitação ou não aceitação das estruturas terapêuticas que lhes são propostas (Dias et al., 2011). Deste modo, e perante a temática acima exposta, torna-se fundamental aludir, no próximo ponto num primeiro momento, ao Modelo de Auto-Regulação de Leventhal e, posteriormente, ao Modelo de Crenças de Saúde.

### **3.1. Modelos de Adesão**

Cada indivíduo, devido às suas características peculiares, perceciona a doença e os sintomas que dela advêm de diferentes formas, construindo estratégias, também elas idiossincráticas, para lidar com o processo de doença (Petrie & Weinmam, 2006). Desta forma, começa-se a perceber que tal diferença de perceções resulta e é influenciada por um

conjunto de crenças pessoais e representações mentais que delimitam a forma como a doença atua no quotidiano do sujeito, isto é, o impacto que exerce no seu dia-a-dia (Ogden, 2004). Após diversos estudos cujo objetivo seria perceber em que medida o sujeito percecionava determinados sintomas patológicos e como se motivava para os encarar, surge o **Modelo de Auto-Regulação da Doença** (Figueiras, 2006).

Este modelo preconiza que um sujeito, mediante uma complicação de saúde, é impulsionado para adquirir um determinado nível de motivação e, conseqüentemente voltar ao seu nível de equilíbrio, passando, essencialmente, por três fases: a representação, o *coping* e a ponderação. Relativamente à **fase das representações**, a pessoa é confrontada com um determinado problema e é impelida a interpretá-lo como uma ameaça à sua saúde, de forma a que fique motivada a resolvê-lo. É com base num conjunto de informações retiradas dos próprios sintomas ou das mensagens sociais, como por exemplo as informações médicas, que o sujeito mobiliza um conjunto de estratégias para responder às disfuncionalidades. Nesta fase são identificadas algumas dimensões que podem caracterizar as representações da doença: a identidade que pode envolver a rotulação ao nível da doença; as conseqüências que podem ter origem física, social, económica ou emocional; as causas que podem derivar de complicações internas, como os fatores hereditários, ou externas, como o stress, o trabalho ou aspetos do estilo de vida; a evolução que pode ser crónica, aguda ou cíclica; e, por último, a perceção de controle/cura da doença, que aponta para a crença que é possível atingir bons resultados ao nível do tratamento (Figueiras, 2006). Neste sentido, sabe-se que a identidade é a dimensão fundamental e desencadeadora das restantes componentes uma vez que, é mediante o rótulo atribuído à situação que surgem as perceções relativas às condições que a patologia coloca (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992). A **fase do coping**, aponta para o desenvolvimento de estratégias que respondam de forma adequada à necessidade dos sujeitos, podendo estas ser estratégias de *coping* de aproximação, em que a pessoa explora as emoções subjacentes à patologia, ou estratégias de *coping* de evitamento, cuja realidade patológica é negada pela pessoa. A **fase da ponderação** evidencia-se como a fase em que se avalia o que até então foi decidido, nomeadamente a eficiência das estratégias utilizadas para responder às necessidades que a patologia obriga o sujeito a encarar (Figueiras, 2006). Face ao exposto, as estratégias para serem adequadas devem fazer frente à doença, isto é, devem incluir explicações de causalidade, contribuir para o desenvolvimento pessoal do sujeito e devem fornecer-lhe o sentimento de controlo pessoal e suporte social (Leventhal et al., 1992).

Tendo por base o modelo explicado anteriormente na problemática da HTA, autores como Horne, Weinman, Barber, Elliot e Morgan (2005) evidenciam que as expetativas e a experiência da sintomatologia influenciam em grande medida a perceção que cada sujeito tem da mais valia em aderir ao processo terapêutico, fazendo, concomitantemente, uma avaliação dos possíveis resultados que podem obter. Do mesmo modo, vários estudos têm apontado maiores resultados quando há uma congruência entre as expetativas, estruturas e

crenças do sujeito e as do profissional de saúde, havendo, por isso, uma aceitação mais favorável do diagnóstico e, conseqüentemente, do tratamento para ele recomendado. Atualmente, sabe-se que quanto maior for a percepção sobre os benefícios e a necessidade da adoção de medidas terapêuticas, maior será a probabilidade de adesão aos mesmos, sendo que, no caso da HTA, os portadores da mesma têm relatado uma crescente necessidade do uso de medicação (Ross, Walker & MacLeod, 2004). Devido ao facto da HTA constituir uma etiologia crónica e fundamentalmente assintomática, sabe-se que por parte destes indivíduos tende a existir uma menor probabilidade de adesão terapêutica uma vez que, sem sintomas, não têm a percepção da gravidade e complexidade da patologia.

Neste sentido, portadores de HTA cuja sintomatologia é mais prevalente conseguem perceber as causas e conseqüências da patologia de forma mais clara, levando, por seu turno, a uma noção mais negativa sobre a sua condição de vida, o que, por vezes, os deixa mais predispostos a aderir ao tratamento (Matos, Alfonso & Veia, 2007).

Ainda de forma complementar, importa salientar a perspetiva de Pires e Mussi (2008) que, à luz dos seus postulados, referem que, sujeitos cujo diagnóstico é de HTA, percebem a patologia, segundo o **modelo de crenças de saúde**, em três perspetivas que complementam e ajudam a perceber, em grande medida, o modelo supracitado de **autor-regulação**. A primeira aponta para uma **percepção negativa da doença**, o que sugere que têm uma maior noção da gravidade e conseqüências da mesma, expressam emoções mais negativa, isto é, mais preocupação e têm, conseqüentemente uma maior cooperação e controlo no que remete para o tratamento. Numa segunda perspetiva encontram-se as pessoas com características patológicas que têm **crenças menos negativas sobre a patologia**, o que diminui as suas preocupações e emoções negativas que estão, tendencialmente, associadas à mesma. Por fim, encontram-se os sujeitos cuja **visão da doença é mais positiva** que em ambos os grupos anteriores, levando a uma visão mais otimista dos sintomas e riscos da HTA, o que, por seu turno, diminui as possibilidades de cooperação e controlo ao nível do tratamento (Ross et al., 2004; Pires & Mussi, 2008).

Em suma, diversos autores postulam que o Modelo de Auto-regulação da doença, constitui um mecanismo exímio na explicação da não adesão intencional, sendo que tal se verifica em grande medida na HTA. Sendo a adesão um conjunto de estratégias que impulsionam o indivíduo a aderir ao tratamento, então o modelo sugere que são as representações que a pessoa doente enuncia, que lhe permitem perceber o tratamento como adequado ou inadequado (Leventhal et al., 1992). Desta forma, uma medida terapêutica, como tomar a medicação, segundo Leventhal e colaboradores (1992), é influenciado pela percepção e crenças que o sujeito tem construído sobre a própria doença, sobre os seus sintomas e sobre as suas conseqüências.

Assim, este modelo torna-se exímio e preponderante na explicação das questões de saúde e de doença, dando enfase não só a fatores fisiológicos, mas também a fatores emocionais e

às crenças e representações que cada sujeito valoriza. Face ao mencionado, torna-se fulcral que as equipas multiprofissionais tenham por base a compreensão dos fatores psicológicos no que remete para a compreensão do comportamento e atitudes que o sujeito manifesta em relação quer à perceção de saúde, quer à perceção de doença (Pires & Mussi, 2008).

Torna-se agora importante aludir ao **Modelo das Crenças de Saúde**, uma vez que este se tornou uma base fundamental na explicação do motivo pelo qual as pessoas adotavam métodos preventivos face a determinadas doenças (Pires & Mussi, 2008).

Tal modelo postula que a perceção, as crenças e os valores que cada pessoa determina face a uma situação, circunscrevem a forma que esta se vai comportar, o que corrobora o modelo descrito anteriormente cujo fundamento principal seria que o comportamento de uma pessoa vai para além das suas características fisiológicas (Coleta, 1999). Neste sentido, a estrutura que compõe o modelo divide-se em quatro dimensões explicativas: a suscetibilidade percebida, que se refere à perceção que tem sobre os riscos que corre em contrair uma determinada doença; a severidade percebida, em que o sujeito avalia a gravidade da doença mediante a sua perceção que passa, sobretudo, por bases emocionais, biológicas, sociais e económicas; os benefícios percebidos cuja crença central é a aquisição de resultados novos e positivos; e, as barreiras percebidas em que os aspetos negativos são mediados através da perspetiva custo-benefício, por meio da perceção de um conjunto de variáveis relacionadas com a doença, como por exemplo, o domínio da dor ou a vivência dos sintomas (Pires & Mussi, 2008). Ao conjunto das perceções anteriormente referidas, o sujeito atribui-lhes um significado que o leva a investir ou não na eficiência das ações benéficas para a sua saúde. Os desenvolvimentos dessas perceções são influenciados por variáveis transversais à vivência do sujeito, nomeadamente variáveis sociodemográficas, variáveis psicossociais e variáveis estruturais (informação e conhecimento que o sujeito apresenta ter sobre a doença) (Couto, 1998).

Mediante a perceção que o sujeito tem sobre a sua situação de doença, bem como os fatores que lhe estão associados, pode optar ou não por desencadear comportamentos que vão ao encontro da manutenção da sua saúde. Neste sentido, a perceção pode, por um lado originar uma ação, quando a suscetibilidade e gravidade sobressaem e, por outro, quando os benefícios superam as barreiras de uma determinada ação, há a probabilidade do individuo fazer perdurar essa ação no tempo (Couto, 1998).

No entanto, este tipo de fatores desencadeadores internos pode não ser o suficiente para despoletar a tomada de decisão e conseqüente ação no individuo, necessitando este de um conjunto de fatores externos, como por exemplo campanhas de sensibilização, conselhos por parte dos cuidadores ou obtenção de informação mais clara e objetiva por parte do médico (Couto, 1998).

### **3.2. Fatores associados à não adesão terapêutica**

Avaliar e predefinir a natureza da adesão e falta de adesão terapêutica é algo que não pode ser definido de forma absoluta e concreta. Porém, as investigações sobre a temática permitem nomear e perceber um conjunto de fatores que lhe estão associados (Fava, Teraoka, Oliveira, Calixto, Eid & Veiga, 2014). Relativamente à não adesão, este tem vindo a ser considerado “um problema de etiologia multifatorial, (...) que se verifica em todas as situações em que existe auto-administração do tratamento, muitas vezes independentemente do tipo de doença, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos de saúde” (Bugalho & Carneiro, 2004, p.10).

Assim, a adesão ao tratamento médico é influenciada por um conjunto de fatores que têm influência na qualidade de vida dos sujeitos, podendo ser estes extrínsecos ou intrínsecos, deixando de lado o modelo biomédico que colocava o a pessoa, cuja patologia era evidente, como o centro do problema (Cabral & Silva, 2010).

Têm surgido um conjunto de abordagens que integram fatores que apontam para os comportamentos de adesão terapêutica (WHO, 2003; Jin, Sklae, Oh & Li, 2008). Segundo a World Health Organization (2003), existem cinco fatores que devem ser tidos em conta nos comportamentos de não adesão terapêutica:

1) **Fatores socioeconómicos:** Desta categoria de fatores fazem parte a situação profissional, o sexo, a idade, as condições habitacionais, o custo dos medicamentos e dos transportes, a distância ao local de tratamento, as desigualdades sociais, o estado civil, o grau de escolaridade e as condições de saúde. Salienta-se a importância que a rede de suporte social (família, amigos, serviços de saúde), exerce na decisão de aderir ao tratamento. Consequentemente, o isolamento social, a instabilidade habitacional, a falta de apoio de pessoas significativas para o utente e a ausência de meios adequados, leva a uma menor probabilidade de adesão terapêutica (Haynes, McKibbin, & Kanani, 1996; Levy & Feld, 1999; Vermeire et al., 2001; WHO, 2003; Giorgi, 2006; Cabral & Silva, 2010). As questões económicas, têm grande influência na adesão terapêutica, sendo que caso sejam condições debilitantes, os sujeitos têm a tendência a estabelecer prioridades, remetendo fatores, como a medicação, para segundo plano (WHO, 2003; Giorgi, 2006). É também evidenciado, na literatura, que estilos de vida menos adaptativos, como a toxicodependência, são indicadores da não adesão terapêutica na medida em que, por vezes, surgem impedimentos que dificultam a comunicação com estes sujeitos (DunbarJacob & Mortimer-Stephens, 2001). Quanto às variáveis sociodemográficas, vários estudos enfatizam o papel destas como preditores exímios do grau de adesão que o sujeito decide optar (WHO, 2003; Bugalho & Carneiro, 2004). A idade na adesão à terapêutica constitui uma variável importante, evidenciando que a população idosa é, tendencialmente, mais cumpridora do que a população mais jovem (Griffith, 1990) uma vez que, os

adolescentes apresentam uma falta de controlo maior, acrescendo o excesso de autonomia, a importância da autoimagem e as influências sociais. Todos estes aspetos, nesta fase da vida, constituem preditores vinculativos da baixa adesão terapêutica (WHO, 2003; Bugalho & Carneiro, 2004). Outros fatores como a baixa taxa de escolaridade, os baixos rendimentos e o desemprego, também constituem barreiras à adesão (WHO, 2003; Bugalho & Carneiro, 2004).

2) **Fatores relacionados com os serviços e profissionais de saúde:** Este tipo de fatores têm um papel cada vez maior na adesão ao tratamento, na medida em que o papel dos técnicos e das instituições são determinantes na adoção de crenças que envolvam os benefícios dos tratamentos (Osterberg & Blaschke, 2005; Cabral & Silva, 2010). Uma relação terapêutica empática e uma comunicação de qualidade, cuja escuta ativa deve ser prioridade, é o mote para o sucesso terapêutico em tudo o que isso implica. Neste sentido é fundamental que o médico/terapeuta tenha em consideração a idiosincrasia de cada sujeito, adaptando o seu estilo comunicacional aos hábitos de vida que cada pessoa apresenta. Variáveis como a escuta ativa, as expectativas e dificuldades de cada pessoa são de ter em consideração, de modo a possibilitar aos profissionais de saúde a prevenção antecipada de possíveis consequências decorrentes do regime terapêutico sugerido (Griffith, 1990). A *World Health Organization* (2003) acrescenta alguns fatores que dificultam a adesão terapêutica, nomeadamente o desenvolvimento deficitário dos sistemas de saúde, o acesso aos tratamentos medicamentosos e os baixos conhecimentos ao nível da saúde, nomeadamente nas patologias crónicas e nas crenças erróneas sobre a gestão terapêutica.

3) **Fatores Relacionados com a doença:** Características como os sintomas, a gravidade da doença e os efeitos secundários associados à mesma, são importantes indicadores da adesão ou não adesão terapêutica. Quando todas essas características estão relacionadas com a diminuição das capacidades a nível físico, social e psicológico, então há uma maior predisposição para a não adesão aos tratamentos médicos sugeridos (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001; Cabral & Silva, 2010). No entanto, face ao descrito anteriormente, sabe-se que há variáveis com maior impacto, como a assintomatologia da patologia, a cronicidade, as comorbilidades face a doenças já existentes e o avanço da doença associada aos efeitos secundários específicos (WHO, 2003). Deste modo, sabe-se que a etiologia que caracteriza a doença é um condicionante exímio na forma como os sujeitos lidam com a patologia, exercendo uma grande influência na questão da adesão ou não adesão terapêutica (WHO, 2003). Relativamente à HTA, os autores apontam um conjunto de fatores que, apontam para o fenómeno da não adesão, sendo eles a assintomatologia da doença, o seu carácter crónico, bem como as consequências que se manifestam de forma mais tardia e prolongada no tempo. Para além destas características, Gusmão e

colaboradores (2009) consideram pertinente salientar as comorbilidades que esta patologia tem associada, como por exemplo as doenças cardíacas.

4) **Fatores Relacionados com o tratamento:** Neste âmbito, a complexidade, duração e frequência com que tem de ser administrada a medicação é determinante para uma boa adesão terapêutica. No mesmo sentido, os utentes valorizam em grande medida, por um lado o efeito imediato da medicação e, por outro os efeitos secundários que lhes estão associados e as ferramentas e o apoio que lhes são fornecidos para lidar com isso (Bugalho & Carneiro, 2004; Giorgi, 2006). São apresentados níveis elevados e representativos de adesão terapêutica quando os esquemas terapêuticos são acessíveis, isto é, de curta duração, sem efeitos secundários significativos e que não modifiquem as rotinas diárias de quem os adota (WHO, 2003).

5) **Fatores Relacionados com a Pessoa Doente:** Neste ponto é preponderante ter em conta as crenças, valores, atitudes, perceções e expectativas que o doente tem relativamente à patologia. A ausência de informação, a ansiedade inerente ao tratamento, a relutância na obtenção de resultados, a falta de motivação, o estigma relacionado com a doença, a falta de perceção sobre a necessidade terapêutica, a baixa eficácia e o suporte comportamental deficitário, levam o sujeito a questionar a pertinência da adesão terapêutica (WHO, 2003; Bugalho & Carneiro, 2004; Osterberg & Blaschke, 2005; Giorgi, 2006; Cabral & Silva, 2010). No caso da hipertensão arterial, o esquecimento relativo à administração da medicação e a perceção deficitária da necessidade de tratamento, constituem fatores relevante quanto à temática da não adesão devido às características que a patologia apresenta, nomeadamente a falta de evidência de sintomatologia (WHO, 2003).

Diversos estudos preconizam os fatores apontados anteriormente como preditores importantes da adesão terapêutica, no entanto não descuram o facto dos mesmos serem influenciados pelo grau de empenho que cada pessoa mobiliza na prevenção, na adesão e na permanência do tratamento (Dias et al., 2011).

Autores como Almeida e colaboradores citado por Dias et al. (2011) enunciam três categorias para os cinco fatores apresentados: fatores externos, fatores internos e fatores relacionais ao doente. Os fatores externos englobam o acesso à medicação, o conhecimento sobre a patologia e sobre o plano terapêutico. Rozenfeld (2003) debruçou-se sobre o estudo destas variáveis na população idosa, verificando que, comparativamente a outras faixas etárias, este grupo populacional tem um acesso mais restrito no que concerne à aquisição e controlo da medicação. Neste grupo fatorial externo postula-se, ainda, que quanto maior for o processo de tratamento, quer seja medicamentoso ou não, menor será a adesão terapêutica (Leite & Vasconcelos, 2003). Quanto aos **fatores internos**, destacam-se os fatores relacionados com o doente, nomeadamente fatores psicológicos, comportamentais e características sociodemográficas. Já os **fatores relacionais** dizem respeito aos aspetos

sociais, à relação com os profissionais e instituições de saúde, postulando que quanto melhor e mais colaborativa for a relação terapêutica médico-paciente, maior será a probabilidade de aumentarem os níveis de adesão (Leite & Vasconcelos, 2003). Com a avanço dos estudos realizados na área da adesão, tem-se percebido que há uma lacuna ao nível do desenvolvimento da relação terapêutica médico-doente, que é transversal a todo o processo terapêutico (Giorgi, 2006). Este aspeto é apontado como uma das principais barreiras ao processo de adesão no sentido em que dificulta a comunicação entre ambas as partes, a exposição de opiniões e as expectativas e preocupações que o indivíduo tem face ao tratamento. Deste modo, torna-se imperativo que esta questão comunicacional seja colmatada e que o médico e a pessoa doente trabalhem no mesmo sentido. Cabe ao médico contrabalançar adequadamente as expectativas da pessoa com as realidades profissionais, mas nunca interferindo nas suas crenças e valores (Leite & Vasconcelos, 2003; Giorgi, 2006).

### **3.3. Fatores da não adesão terapêutica na HTA**

Relativamente à HTA são destacadas algumas características que levam esta patologia a não ter altos níveis de adesão terapêutica. Autores como Delgado e Lima (2001), apontam um conjunto de fatores que contribuem para uma baixa adesão terapêutica na HTA, nomeadamente a cronicidade da doença, ou seja, como é uma doença que não é curável, para os sujeitos deixa de fazer sentido esforçarem-se para o tratamento; a complexidade terapêutica que a patologia apresenta derivado das suas características assintomáticas e pouco evidentes; a aquisição e toma de medicamentos prescritos; a mudança dos regimes alimentares e a conseqüente prática de exercício físico; e, o isolamento social. A adoção de estilos de vida baixos em sódio e com maior frequência de atividade física corroboram o supracitado, uma vez que são os pontos recomendados pela equipa terapêutica que menos são cumpridos e valorizados pelos sujeitos que padecem de HTA (Figueiredo & Asakura, 2010). Além disso acrescentam-se as características individuais dos portadores da patologia como ser do sexo masculino, pertencer a faixas etárias mais jovens e com níveis de escolaridade mais baixos.

Desta forma, a baixa adesão que se tende a observar nesta patologia pode ter como resultado o agravamento do estado geral da saúde do sujeito, bem como dos sintomas que caracterizam a doença, levando, a uma deterioração da qualidade de vida e conseqüente aumento da mortalidade (Cabral & Silva, 2010; Magnabosco, Teraoka, Oliveira, Felipe, Freitas, & Marchi-Alves, 2015).

Por outro lado, existem aspetos que influenciam o sujeito no processo de adesão terapêutica da HTA, nomeadamente aspetos psicossociais que, tendencialmente, o sujeito valoriza como a relação estabelecida com o médico. Tal relação implica empatia, uma boa explicação do processo terapêutico e um cuidado com as características idiossincráticas de cada pessoa (Figueiredo & Asakura, 2010). Desta forma, postula-se que esquemas

terapêuticos simples e bem estruturados aumentam as taxas de permanência e adesão terapêutica.

Qualquer tratamento que envolva uma doença crónica, caracteriza-se por ser prolongado no tempo e, a HTA não constitui uma exceção, sendo que a sua taxa de sucesso vai depender, em grande medida, dos efeitos do tratamento na qualidade de vida dos sujeitos. Com efeito, um marcador importante que deve ser tido em conta na adesão terapêutica é a qualidade de vida uma vez que se esta for mantida aquando da prescrição do tratamento, há uma maior possibilidade da pessoa com características patológicas aderir ao tratamento sem mostrar reticência (Cabral & Silva, 2010).

Para perceber a forma como uma determinada pessoa investe no tratamento, são utilizadas um conjunto de estratégias que podem ser diretas (observação direta, marcadores químicos, entre outros) ou indiretas (auto-relato, entrevistas, diários alimentares, resultados terapêuticos, relatos dos profissionais de saúde, monitorização da medicação, entre outros) (Delgado & Lima, 2001). Os métodos de avaliação diretos são considerados como mais precisos e credíveis na medida em que são utilizados procedimentos médicos. Apesar destas vantagens, são evidentes algumas desvantagens, nomeadamente o seu carácter invasivo e dispendioso, bem como o facto de, apesar da sua objetividade, dependerem de fatores que não é possível serem controlados, ou seja, variáveis externas ao sujeito (Vermeire et al., 2001).

A utilização de métodos indiretos aponta o relato que o sujeito nos fornece como o mais utilizado para perceber se está ou não a aderir ao tratamento, seguindo-se o conhecimento da medicação prescrita, o controle da pressão arterial e a atitude perante a ingestão de medicamentos (Gusmão et al., 2009). Este tipo de método é considerado como subjetivo, necessitando do auxílio de uma multiplicidade mais vasta de técnicas para analisar os resultados recolhidos (Vermeire et al., 2001; Cabral & Silva, 2010).

Face ao exposto, a *World Health Organization* (2003), denota que as dificuldades na adesão terapêutica são o reflexo das consequências que a doença provoca quer ao nível médico, quer ao nível social e psicológico, reduzindo a qualidade de vida dos sujeitos em todas as áreas do quotidiano, contribuindo para que necessite de cuidados e recursos de saúde de forma mais persistente e exacerbada.

Assim, torna-se fulcral compreender os fatores que levam à adesão ou não adesão terapêutica no seu todo e não de forma isolada, procurando adaptar estratégias e mecanismos facilitadores do processo, nunca descurando o sujeito como pessoa, isto é, como um ser com expectativas, preocupações e projetos de vida (Dias et al., 2011).

### **3.4. Estratégias para aumentar a adesão**

Atualmente, apesar da adesão terapêutica se ter mostrado eficiente nos tratamentos e em tudo o que estes implicam, não há uma intervenção específica e que sirva de suporte para

aumentar as taxas de adesão dos sujeitos com HTA à terapêutica (WHO, 2003). Sabe-se que, tal como outras patologias de etiologia crónica, a hipertensão arterial requer orientações terapêuticas prolongadas no tempo, o que implica, evidentemente, mudanças comportamentais que envolvem a adoção e manutenção de novos estilos de vida.

Tal como Bugalho e Carneiro (2004) referem, são as estratégias educacionais e comportamentais as que mais profícuas se têm demonstrado. As **estratégias de intervenção educacionais** pretendem promover informação sobre a doença ou medicação, tendo em conta os diferentes meios de disseminação da mesma (panfletos, filmes, documentários, entre outros), integrando programas educacionais individuais e de grupo. Neste sentido, torna-se preponderante adequar os diferentes meios de propagação da informação às características únicas de cada sujeito, utilizando uma linguagem clara e objetiva, isto é, que seja facilmente percebida pelos recetores. Este tipo de estratégia, tem-se mostrado bastante eficiente no caso das terapias medicamentosas, envolvendo sempre os próprios indivíduos, os familiares e os seus cuidadores formais e informais, fomentando uma comunicação e relação adequada na díade médico-doente (Osterberg & Blaschke, 2005).

Face ao referido anteriormente, Gusmão e colaboradores (2009) preconiza que o facto de haver uma alta ou baixa adesão terapêutica depende, em grande medida, da relação que é estabelecida entre o profissional de saúde e o indivíduo, considerando esta premissa como o impulso para o sucesso de um tratamento. Tal é aplicável a qualquer patologia crónica, como o caso da HTA, sendo que para tal é fundamental: fazer entender, de forma adequada, ao sujeito e aos seus cuidadores a existência da patologia; esclarecer a necessidade e proficiência que o tratamento terá; ser claro e específico na delimitação da estrutura terapêutica; selecionar o medicamento de forma adequada, isto é, tendo em conta as características da pessoa e os efeitos colaterais que isso lhe pode causar; definir e explorar as contraindicações da medicação anti-hipertensiva; e, motivar a pessoa para uma participação ativa na doença, implicando o controlo e monitorização da mesma, garantido sempre uma compreensão por parte do mesmo (Gusmão et al., 2009).

No que concerne às **estratégias comportamentais**, os lembretes, a atribuição de recompensas, o suporte e reforço familiar, o papel ativo do portador da doença face ao tratamento e a estruturação e simplificação das medidas terapêuticas, têm sido fundamentais nas melhorias que a adesão terapêutica tem verificado ao longo do tempo (WHO, 2003; Bugalho & Carneiro, 2004). A relação terapêutica que é estabelecida, os estilos de comunicação e prescrição utilizados, são ferramentas imprescindíveis relativamente ao tema da adesão, pois é determinante que o indivíduo veja esclarecidas um conjunto de premissas fundamentais como: as indicações de como o tratamento deve decorrer; os efeitos secundários que podem advir da medicação e como podem ser ultrapassados; as alterações ao nível dos estilos de vida que devem ser feitas; e, a evolução e consequentes resultados que a terapia tem estado a produzir (Bugalho & Carneiro, 2004; Dias et al., 2011). O papel da

pessoa doente assume, neste sentido, um fator hegemónico na evolução e adesão ao tratamento, na medida em que devem ser dadas à mesma, ferramentas para que consiga adotar uma postura ativa e de cooperação face ao controlo e monitorização da doença. Assim, cabe, por um lado, ao sujeito reunir um conjunto de estratégias que lhe permitam prevenir possíveis esquecimentos, como por exemplo a adoção dos lembretes para a toma da medicação, e, por outro lado, cabe ao médico evitar a alteração repetida dos regimes terapêuticos (Bugalho & Carneiro, 2004).

Devido às características multifatoriais em torno da HTA, é necessária uma **visão multiprofissional** que permita a implementação de ações únicas e individuais em cada portador desta patologia crónica, de forma a que os regimes terapêuticos sejam adequados e prolongados no tempo (Gusmão et al., 2009). A adoção de equipas multidisciplinares é considerada por Jardim e Jardim e por Gusmão e colaboradores (2006; 2009) um meio proficiente para a adesão ao tratamento uma vez que permite uma diversidade de profissionais e, conseqüentemente, uma diversidade de perspetivas que levam a que sejam focadas as características que cada sujeito apresenta. Deste modo, a pessoa torna-se elemento ativo na mobilização do seu tratamento, havendo a necessidade transversal de um reforço contínuo, bastante característico desses grupos de profissionais.

Por forma a concluir o supracitado, é de evidenciar a atuação da **díade médico-doente** que, segundo a literatura, no caso da HTA o papel do cuidador também assume uma total importância na obtenção das metas terapêuticas (WHO, 2003; Jardim & Jardim, 2006; Gusmão et al., 2009).

Face ao referido anteriormente, Gusmão e colaboradores (2009) preconiza que o facto de haver uma alta ou baixa adesão terapêutica depende, em grande medida, da relação que é estabelecida entre o profissional de saúde e o indivíduo, considerando esta premissa como o impulso para o sucesso de um tratamento. Tal é aplicável a qualquer patologia crónica, como o caso da HTA, sendo que para tal é fundamental: fazer entender, de forma adequada, ao indivíduo e aos seus cuidadores a existência da patologia; esclarecer a necessidade e proficiência que o tratamento terá; ser claro e específico na delimitação da estrutura terapêutica; selecionar o medicamento de forma adequada, isto é, tendo em conta as características da pessoa e os efeitos colaterais que isso lhe pode causar; definir e explorar as contra-indicações da medicação anti-hipertensiva; e, motivar o sujeito para uma participação ativa na doença, implicando o controlo e monitorização da mesma, garantido sempre uma compreensão por parte do mesmo (Gusmão et al., 2009).

#### **4. Literacia em Saúde**

A temática da Literacia em Saúde (LS) tem vindo, ao longo dos anos, a assumir um papel preponderante e de destaque nas sociedades atuais, assumindo diferentes perspetivas

comummente com a diversidade de autores que se debruçam, à época, sobre a temática (Baker, 2006).

Atualmente, esta temática abrange várias áreas e domínios do saber, como a medicina, a enfermagem, a psicologia, as áreas do serviço social e a sociologia, por exemplo, fornecendo diferentes meios de aplicação devido à diversidade de intervenções que todas essas áreas acarretam (Kickbusch, Maag & Saan 2005). No entanto, até este conceito ser pautado como abrangente, era utilizado por Simonds (1974, citado por Loureiro, Mendes, Barroso, Santos, Oliveira & Ferreira, 2012) na década de 70 do século XX, incluindo apenas as áreas da educação, nomeadamente o contexto escolar e da saúde. Hoje em dia, existem diversas definições aplicadas a este conceito na vertente da educação para a saúde, sendo a da Organização Mundial de Saúde (OMS) a que é mais reconhecida até aos dias de hoje. Neste sentido, a literacia em saúde define-se como “as habilidades cognitivas e sociais que influenciam a motivação e a aptidão dos indivíduos para obterem, compreenderem e utilizarem informações, tendo por objetivo a prevenção e manutenção de uma boa saúde” (WHO, 1998, p.10).

Deste modo, e ao longo dos anos, o conceito de Literacia em Saúde foi-se tornando cada vez mais concreto e específico, abandonando a temática da educação para a saúde que se centra e influencia, sobretudo, a capacidade dos sujeitos pensarem e adquirirem um conjunto de competências que os levem a ter comportamentos promotores da saúde (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005). Por outro lado, a LS corresponde a um processo dinâmico que não se estreita apenas na aquisição de comportamentos de ensino/ aprendizagem de questões relativas à saúde, mas sim à prática desses conhecimentos, provendo a pessoa de um conjunto de competências cujo papel passa a ser ativo nas suas várias dimensões de vida (Loureiro et al., 2012). Tendo por base o supramencionado, verifica-se que tal conceito tem denotado um sentido evolutivo bastante profícuo, remetendo para a capacidade do sujeito ter as ferramentas necessárias para saber responder às exigências da saúde e da doença que o contexto e a cultura que o integram, lhe exige (Sorensen et al., 2012). Tal é comprovado pela definição que Kickbusch e colaboradores (2005) citado por Pedro, Amaral e Escoval, (2016) atribuem, evidenciando a componente social, definindo a literacia em saúde como “a capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso de vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local e trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir as responsabilidades” (p.261). A presente definição é, atualmente, considerada a mais aceite entre o meio profissional e académico uma vez que integra uma multiplicidade de conceitos que anteriormente foram descuidados, integrando-os e aplicando-os a uma perspetiva mais contemporânea (Pedro et al., 2016).

Por forma a perceber melhor o conceito, Brownfield e Parker (2005), citado por Loureiro e colaboradores (2012) construíram uma analogia, cujo carácter é exemplificador, e que descreve o conceito. Os autores remetem o exemplo para um automobilista cujo intuito é deslocar-se para um lugar que não conhece. Nesse sentido, num primeiro momento é fundamental que recorra a um conjunto de estratégias como avaliar o percurso mais adequado e eficiente, tomar notas sobre os locais por onde terá de passar até ao destino, usar o mapa, usar o GPS, sendo que nem toda a gente tem acesso a esta inovação e sabe funcionar com a mesma. Assim, pode ter de levar o telemóvel e manter-se em contacto com alguém que saiba o trajeto, ou então pode ir parando o carro à medida que as dúvidas surjam e perguntar às pessoas da rua qual o melhor percurso a fazer, ainda que isso implique algum embaraço ou vergonha devido à exposição que o sujeito sofre. Os autores, ao exporem esta analogia, remetem algumas semelhanças com o conceito da LS na medida em que, da mesma forma que é exigido ao condutor que adquira um conjunto de capacidades e competências para lidar com a situação, é, também, fundamental que os sujeitos o façam de forma a que percebam melhor o seu estado de saúde ou de doença.

Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2015), a LS diz respeito, essencialmente, ao modo como os sujeitos percecionam e integram toda e qualquer informação sobre a temática da saúde, nomeadamente os cuidados relativos à mesma. Neste sentido, é fundamental que estes apliquem tais conhecimentos ao seu quotidiano pois, perspetivar altos níveis de saúde, é influenciado pelo nível de Literacia que cada sujeito integra. São apontados alguns fatores que contribuem para a proficiência da LS: 1) ter conhecimentos básicos ao nível da saúde, isto é, ter a noção de quais os comportamentos que são considerados promotores da saúde e da doença, bem como quais os comportamentos preventivos adequados; 2) perceber, minimamente, como funciona o sistema de saúde, adotando, nesse sentido, uma postura ativa e de interesse, ou seja, perceber o seu papel e o do profissional de saúde como membros integradores de uma equipa; 3) e, ter a noção de quais os seus direitos e deveres na Saúde, de forma a que possa dar a sua opinião informada perante assuntos relacionados com a temática (OPP, 2015).

Alguns autores como Nutbeam (2000) e Sorensen et al., (2012) complementam a definição apresentando três níveis distintos de Literacia em Saúde que, a longo prazo, determinam a progressiva passagem para níveis mais elevados de autonomia e *empowerment* nas questões relativas a questões de saúde: 1) o nível funcional que abarca as capacidades superficiais que cada sujeito é capaz de desenvolver, ao nível da leitura e da escrita, que lhe permitam uma boa compreensão e funcionamento nos serviços de saúde; 2) o nível interativo cujas capacidades ao nível da saúde passam de um nível básico para um nível mais avançado, que permite uma postura de participação independente e ativa por parte do individuo, adotando, com maior facilidade, comportamentos preventivos em relação aos cuidados de saúde; e, 3) por fim, o nível crítico, em que a postura com que o individuo se apresenta e perceciona a informação é, sobretudo, crítica, o que lhe permite ter uma postura informativa perante os

acontecimentos que provêm no contexto de saúde. Desta forma, com o evoluir das décadas, o interesse em capacitar os indivíduos com papéis ativos e de responsabilidade nas temáticas da saúde, tem manifestado um caráter crescente, refletindo-se na evolução do próprio conceito de Literacia em Saúde. Num outro artigo científico Nutbeam (2009), sugere uma outra visão para o conceito, referindo que este é composto por dois fatores: as tarefas (*tasks*) e as competências (*Skills*). Com base nas tarefas, a literacia é vista como a capacidade que o sujeito tem para realizar situações que compreendam a leitura ou escrita de frases simples. A literacia com base nas competências refere-se às capacidades e características que cada sujeito deve ter para que consiga de forma profícua a realização das tarefas.

Alguns exemplos que se devem ter em conta ao nível da promoção da LS em saúde passam por englobar os três níveis anteriormente mencionados como: adotar uma vida saudável, em que pautado o equilíbrio, ter ações individuais e de caráter pessoal que tenha em vista a prevenção de patologias e a procura de informação relacionada com a temática da saúde nos diferentes meios para o efeito e, desenvolver cursos de primeiros socorros ou cursos de suporte básico de vida, bem como formações na área (OPP, 2015).

Neste sentido, cada vez mais tem sido reconhecido, pelo sistema de saúde, a importância e o direito dos cidadãos se envolverem nos processos relacionados com as questões ligadas à saúde e à doença (Serrão, 2014). Desenvolver competências em torno de níveis razoáveis de LS é um processo complexo e que exige esforço e ponderação por parte dos sujeitos, sendo a sua construção transversal ao longo da vida (OPP, 2015).

Os Registos bibliográficos nesta área têm proposto que, tendencialmente, sujeitos que padecem de algum tipo de patologia, têm um menor nível de LS quando comparados com indivíduos sem qualquer diagnóstico médico, porém a primeira situação é contrariada aquando de um acompanhamento desses sujeitos a longo prazo, pois seria esperado um maior envolvimento das pessoas nas questões ligadas à saúde (Serrão, 2014). Desta forma, a educação, a comunicação social, o desenvolvimento infantil, o envelhecimento, as condições de vida, a família, o ambiente laboral, cultural e sociopolítico são importantes variáveis que podem ser considerados, também, como fatores de risco.

Até há poucos anos, a sociedade estava em contacto com um conjunto de informação restrita e cingida a um pequeno número de fontes seguras de informação clínica, sendo, na maioria, a mesma disseminada pelos próprios profissionais da área. Atualmente, essa panóplia de informação tem vindo a crescer, direcionando-se cada vez mais para a comunidade através, na grande maioria, dos meios de comunicação como a televisão, os jornais, a rádio, a internet e as revistas (Serrão, 2014). No entanto, segundo Wallace (2004), muita dessa informação chega às pessoas de forma errónea, não se pautando por níveis adequados no que concerne à promoção da saúde e à prevenção da doença.

Assim, torna-se preponderante aludir e ter em conta que as pessoas apresentam diferentes níveis de literacia, sendo, deste modo, fulcral que os profissionais tenham isso em

consideração, adaptando-se a esse fator. Respeitando a idiosincrasia de cada pessoa, as equipas de saúde devem atender à forma como: devem comunicar as informações médicas e de saúde; devem adequar a linguagem aquando da interpretação de exames, por exemplo; e, devem explicar de forma apropriada como irá decorrer e quais os resultados que se esperam ao nível do tratamento. Face ao exposto, torna-se, ainda, pertinente atender a alguns sinais que podem indicar níveis de LS mais minoritários, sendo eles o facto de adiar constantemente o processo de tomada de decisão, o incumprimento ou a objeção ao plano terapêutico, o adiar constante de diversas situações e recusar frequentemente as sugestões médicas (Mark, 2009). Tais sinais equivalem, como consequência, a determinantes de risco para a vida da pessoa.

Em suma, nos dias de hoje, a Literacia em Saúde é um importante propulsor para os valores culturais na construção da cidadania, sendo, por isso, estimada como um fator de preponderância nas sociedades vigentes uma vez que afeta, em grande medida, a construção de ideias socioculturais e ao nível da saúde nas comunidades e nas pessoas enquanto parte integrante da mesma (Loureiro et al., 2012). Se, por um lado, importa tratar a temática pelo impacto que a mesma pode ter na qualidade de vida dos sujeitos, a literatura mostra, que por outro lado, importa prevalecer níveis ótimos de LS devido aos custos que o contrário acarreta para a vida das pessoas e para a sociedade (Serrão, 2014).

#### **4.1. Prevalência**

À luz do supracitado, nomeadamente no que concerne às várias definições e abordagens que o conceito de LS pode assumir, ao analisarmos a literatura verifica-se uma escassez relativa a estudos quantitativos em torno desta temática, pelo que, a avaliação e o interesse da mesma só ainda agora está a crescer, principalmente a nível da população portuguesa, uma vez que os estudos que existem são, predominantemente, realizados nos Estados Unidos.

O *National Assessment of Adult Literacy* (NAAL), desenvolveu um dos primeiros estudos em torno da temática da literacia em saúde numa amostra de 18.000 adultos representativos da população americana, sendo que 14% apresentava indicadores de níveis baixos de literacia em saúde e 22% níveis básicos relativamente à temática. Face ao exposto, à época estimava-se que cerca de 75 milhões de adultos nos EUA apresentavam conhecimentos limitados a nível da saúde (Kutner, Greenberg, Jin, Paulsen, & White, 2006 cit in. von Wagner et al., 2009).

Na Europa, em países como a Áustria, a Bulgária, a Alemanha, a Grécia, a Irlanda, a Polónia e em Espanha, foi desenvolvido e implementado o projeto *European Health Literacy Survey* (HLS-EU), constituindo-se como o primeiro estudo Europeu face a esta temática, cujo intuito era avaliar 1000 cidadãos cuja idade deveria ser igual ou superior a 15 anos de idade, de modo a perceber como estes adquiriam, compreendiam e utilizavam a informação nos diferentes domínios de vida (Sorensen et al., 2015). Assim, face aos resultados, estimou-se que cerca de 12.4% da população inquirida apresentava níveis de literacia em saúde

inadequados, 35.2% evidenciava uma literacia em saúde problemática, 36.0% dos inquiridos apresentou níveis adequados de literacia em saúde, e 16.5% níveis ótimos no que remete para a temática. Face a estes valores, os resultados indicavam discrepâncias quando analisadas somente algumas variáveis, nomeadamente o sexo e o estado de saúde, em que o sexo feminino e sujeitos cujo estado de saúde era normativo, evidenciavam pontuações mais elevadas no que respeita às questões da literacia em saúde (Sorensen et al., 2015).

No que concerne à população portuguesa, o primeiro estudo foi desenvolvido por Benavente, Rosa, Costa e Ávila (1995), com o *Estudo Nacional de Literacia*, tendo como principal objetivo geral mensurar os níveis de literacia na população portuguesa. O estudo envolveu 2449 indivíduos portugueses, cujas idades variavam entre os 15 e os 64 anos. De salientar, ainda, um outro critério específico, em que a residência dos sujeitos deveria ser em Portugal Continental (Benavente et al., 1995). Os resultados do presente estudo, denotaram que a população portuguesa apresentava, na sua grande maioria, níveis de literacia em saúde muito baixos, delimitando grupos que, face à estatística, tinham evidenciado resultados de maior vulnerabilidade, sendo estes os idosos, desempregados e empregadas domésticas. Em 2014, Pedro, Amaral e Escoval (2016) traduziram e adaptaram para a população portuguesa o Health Literacy Survey, monitorizando o primeiro estudo HLS-EU-PT, cuja amostra foi de 1004 sujeitos com idades superiores a 16 anos, sendo aplicado em todo o território nacional (continente e ilhas). Como principais resultados, é de reter que 61% da população inquirida apresentava níveis de literacia inadequados ou problemáticos, sendo que a média de todos os países europeus apresentava valores que rondavam os 49.2%. Face ao exposto, e como forma de comparação, é de mencionar que a Bulgária se encontra com níveis de literacia mais deficitários apresentando 62.1% (Pedro et al., 2016). Noutras dimensões, como a prevenção da doença, os resultados apontam para que 45% da população apresenta níveis suficientes de literacia, em comparação com a média dos 9 países cujo valor é de 54.5%. Contrariamente a estes resultados, na dimensão que remete para a promoção da saúde, os sujeitos inquiridos voltam a apresentar níveis de literacia deficitários cuja percentagem é de 60.2%.

Um outro estudo mais recente desenvolvido em Portugal, foi baseado no Inquérito em Saúde em Portugal (ILS-PT) cuja base metodológica decorreu a partir do HLS-EU. Desenvolvido pela Fundação Calouste Glubenkian, o ILS-PT denota como objetivo primordial contribuir para o aumento dos níveis de literacia em saúde em Portugal, identificando as principais limitações, problemáticas e entraves no âmbito da temática supramencionada na população portuguesa (Espanha, Ávila & Mendes, 2015). No estudo de validação do presente instrumento foram questionados 2104 sujeitos com idade superior a 15 anos de idade, residentes em Portugal continental. Os resultados face ao exposto permitiram perceber que somente 11% dos sujeitos apresentavam níveis inadequados de literacia, 38% níveis problemáticos, 41.4% níveis suficientes e apenas 8.6% evidenciavam níveis de literacia em saúde excelente. No que concerne aos diferentes domínios que a literacia em saúde envolve, os cuidados de saúde apresentam valores de 45.4%, o que indica um nível de literacia limitado neste contexto;

relativamente à prevenção da doença, os inquiridos também apresentavam algumas limitações (45.5%); e, no âmbito da promoção da saúde 48.9% dos sujeitos apresentavam níveis adequados de literacia, já 51.1% denotavam algumas limitações nessa valência (Espanha et al., 2015).

Contudo, fazendo uma análise mais abrangente e sistemática aos diversos estudos, os dados relativos à população portuguesa têm vindo a demonstrar que a literacia em saúde é, sobretudo, circunscrita às condições escolares dos sujeitos, isto é, sujeitos cujos níveis de escolaridade são mais limitados, tendem a apresentar, também, um nível de literacia mais deficitário, no entanto, este pode aumentar consoante os restantes anos que o indivíduo leve a estudar; outra variável que é pertinente ter em conta é a idade, em que sujeitos que apresentam faixas etárias mais avançadas têm, por sua vez, níveis de literacia também eles mais baixos quando comparados com sujeitos mais novos; e, a situação social em que as pessoas se encontram também parece exercer um grande impacto nos níveis de literacia, isto é, comunidades que apresentem situações de pobreza e exclusão social, serão mais dependentes dos poucos recursos que têm, o que, por sua vez, aumenta as taxas deficitárias no que concerne à literacia em saúde (Àvila, 2008, citado por Espanha et al., 2015). Face a este tipo de resultados, é importante denotar que existem um conjunto de fatores externos aos sujeitos que delimitam, em grande medida, o acesso e disseminação de determinado tipo de informação, como por exemplo o acesso à internet ou às Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Assim, sendo Portugal um país cuja faixa etária mais velha, a baixa literacia e os escassos recursos financeiros predominam, o acesso e a utilização das TIC é também ele bastante limitado. Tal autonomia dada, por exemplo, por este tipo de recursos, não descarta a pertinência da disseminação da informação pelos profissionais de saúde ou pessoas letradas nesses domínios (Espanha et al., 2015).

Apesar da escassa evidencia de estudos que permitam perceber os níveis de literacia em saúde nas diferentes populações, os que até ao momento foram produzidos têm revelado resultados e contribuições bastante relevantes para a compreensão de melhores abordagens no âmbito da temática trabalhada neste capítulo (Pleasant, McKinney & Rikard, 2011).

#### **4.2. Modelos da Literacia em Saúde**

Face ao conjunto de definições que o conceito de Literacia em Saúde pode assumir, diversos autores começaram a construir modelos que explicassem a dinâmica e o objetivo da temática, cujos aspetos relevantes pudessem ser reunidos sinteticamente. Um dos modelos foi desenvolvido por Sorensen e colaboradores (2012) e outro dos modelos conceptuais da Literacia em Saúde foi desenvolvido e explicado por Mancuso (2008, citado por Loureiro et al., 2012).

Com o passar do tempo, tem vindo a abandonar-se, quer pelo sistema de saúde, quer pelos indivíduos, o modelo biomédico em que o profissional de saúde decidia pelo sujeito,

tendo este um papel passivo nos processos relativos aos cuidados de saúde. Atualmente privilegiam-se os modelos colaborativos, em que há a ênfase na responsabilidade e poder de decisão dos indivíduos, descentralizando o poder da decisão da equipa de saúde (Sousa, 2009; Serrão, 2014; OPP, 2015; Barbers, Rademakers, Groenewegen, Dijk & Jong, 2017).

Sorensen e colaboradores (2012) desenvolveram um **modelo conceptual integrativo** que faz a distinção entre três vertentes da LS, isto é, os cuidados de saúde, a prevenção da doença e a promoção de saúde, distinguindo, também, quatro modos exímios de lidar com a informação que chega à pessoa: obtenção/ acesso, isto é, a destreza que cada pessoa disponibiliza para procurar e adquirir informações sobre a saúde; a compreensão da informação de saúde que é encontrada no processo de procura; a avaliação da capacidade de gestão, que aponta para a capacidade de cada sujeito filtrar e avaliar a pertinência da informação que busca; e a utilização dessa informação, que diz respeito à forma como o sujeito usa a informação adquirida em prol da sua saúde. Após a junção destas valências, surgem doze sub-dimensões, sendo consideradas com igual relevância na explicação geral da LS. As **12 sub-dimensões** teóricas são: 1) Habilidades para aceder à informação clínica ou médica; 2) habilidades para compreender o significado da informação clínica; 3) habilidades para interpretar e avaliar informação médica; 4) capacidade para tomar decisões face à informação obtida; 5) habilidades para perceber os fatores de risco a que pode estar sujeito; 6) competências para interpretar a informação que envolve os determinantes de risco na LS; 7) habilidades para avaliar os fatores de risco a que pode estar sujeito; 8) competências para avaliar a pertinência e prevalência dos fatores de risco na vida do sujeito; 9) competência e interesse para estar a par dos assuntos médicos e clínicos; 10) habilidades para filtrar informações de saúde relevantes; 11) habilidades para avaliar e interpretar assuntos que tenham por base fatores relacionados com a saúde; 12) e, competências para estabelecer uma opinião sobre temáticas relacionadas com a saúde (Sorensen et al., 2012; OPP, 2015).

Desta forma, este processo ao nível das competências, faz com que a pessoa adquira um conjunto de capacidades que a habilita para o contínuo dos três domínios supramencionados, isto é, ser uma pessoa que se permite a busca da promoção da saúde na sua sociedade, ser uma pessoa cujo risco de contrair uma doença está patente, mas que é abrangido pelos sistemas de prevenção e, estar doente, sendo uma pessoa que integra os serviços de cuidados de saúde (OPP, 2015).

Assim, o modelo não implica só habilidades, mas sim a adequação do próprio a essas competências envolvendo fatores pessoais ou situacionais que o levem a executar e gerir tarefas e informação relacionadas com a temática da saúde (Sorensen et al., 2012). Face ao supracitado, a capacidade que cada sujeito adquire para lidar com qualquer domínio que o modelo aponta, varia consoante determinantes cognitivas e psicossociais, assim como da

experiência prévia e atual do sujeito, podendo estas ser influenciadas, também, por um conjunto de fatores externos ao sujeito (Sorensen et al., 2012).

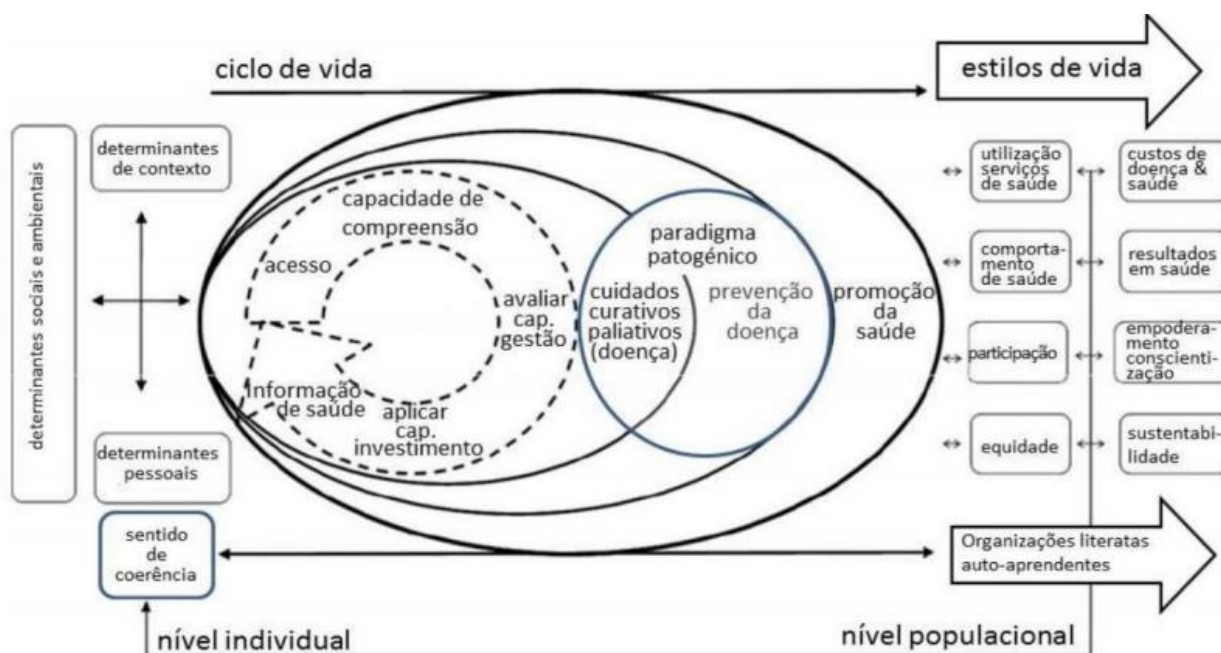


Figura 1. Modelo Conceptual Integrativo de Literacia em Saúde.

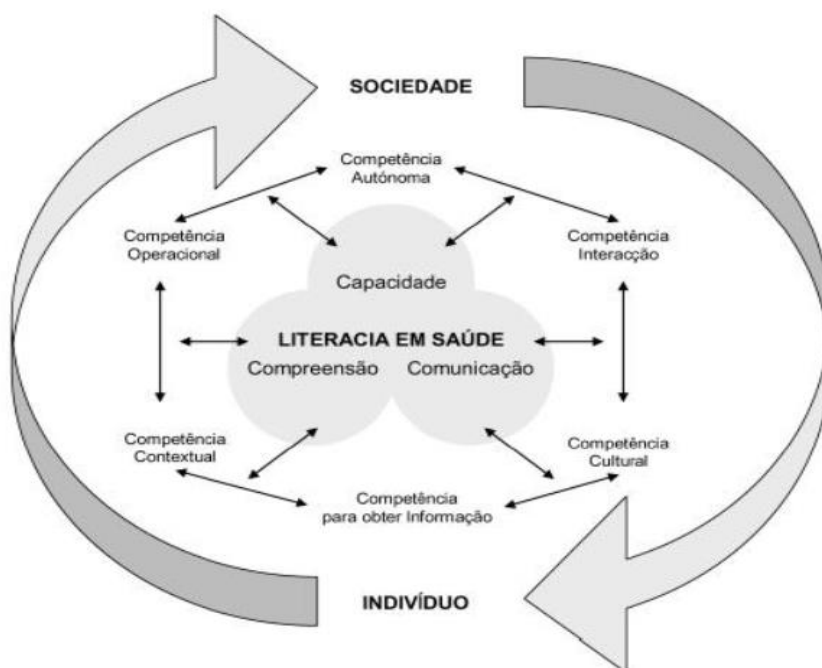
Fonte: Adaptado de Sorensen e colaboradores (2012). Health Literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 1-13.

Um outro modelo conceptual de LS foi explicado por Mancuso (2008, citado por Loureiro et al., 2012), sugerindo um modelo que engloba de forma sintética as competências, aptidões e consequências, tendo por base a relação individuo-sociedade.

Desta forma, o autor atribui uma crescente importância à competência, delimitando-a como antecedente, enquanto os conhecimentos e capacidades que o individuo tem para mobilizar um conjunto de recursos fundamentais para responder perante uma situação de forma adequada. As aptidões da LS englobam as capacidades, a compreensão e a comunicação para delimitar estratégias e competências que promovam o alcance da LS. Desta forma, a capacidade diz respeito quer às competências inatas, quer às competências adquiridas que resultam do processo de aprendizagem, sendo que na LS essas competências incluem a avaliação, a interpretação, a análise da informação, a procura de ajuda nos serviços de saúde e, a capacidade de integrar o sistema de saúde. Quanto à compreensão, esta variável aponta para um conjunto de fatores que mobilizem a capacidade de interpretação e entendimento da informação existente, o que permite que o individuo assuma uma posição crítica mediante a informação disponibilizada, facilitando-lhe os processos de tomada de decisão. A aptidão comunicacional aponta para a troca de informação que deve

promover uma atitude ativa, de escuta e crítica perante a informação adquirida, promovendo melhorias ao nível da saúde (Mancuso, 2008 citado por Loureiro et al., 2012). Estas trocas comunicacionais podem ocorrer entre o sujeito e os profissionais de saúde, mas também entre os meios mais prevalentes de disseminação da mesma, sendo que para Mancuso (2008, citado por Loureiro et al., 2012), o conteúdo da comunicação deve ser rigoroso, assertivo, consistente e compreensivo, possibilitando a sua perceção por todos os elementos de uma dada comunidade.

Face ao exposto, torna-se imperativo concluir que, de acordo com este autor, a LS não se trata de um conceito estático com apenas uma única compreensão e interpretação. Este evolui ao longo do tempo e engloba um conjunto de facetas importantes para a sua promoção, compreensão e adoção. Tais atributos estão integrados e são regidos por um conjunto de processos individuais na medida em que se o sujeito integra níveis adequados de literacia, então tem capacidade e potencial para influenciar a dicotomia individuo-sociedade (Mancuso, 2008 citado por Loureiro et al., 2012).



**Figura 2.** Modelo Conceptual da Literacia em Saúde

Fonte: Mancuso (2008, p.251) citado por Loureiro e colaboradores (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. Revista de Enfermagem Referência, 3(6)157-166.

## 4.2. Implicações da Literacia em Saúde

Os domínios que a LS abrange, não são percecionados de igual forma por todas as pessoas de uma comunidade, tal acontece devido às discrepâncias que existem nos níveis de literacia que cada individuo aparenta ter, sendo estes influenciados por um conjunto de determinantes idiossincráticos da cultura em que se insere (OPP, 2015).

Segundo a OPP (2015), as pessoas que evidenciem níveis de LS mais baixos, têm tendência em apresentar uma capacidade mais básica para interpretar e compreender informações, cujo conteúdo se insere na temática das doenças (e.g. compreensão de exames médicos e a importância, por vezes, da medicação) e da saúde (e.g. importância de praticar exercício físico e fazer uma alimentação saudável). Além disso apresentam algumas restrições em pesquisar, interpretar, compreender, avaliar e assimilar informações relativas à temática, disponíveis nos diferentes meios de disseminação. Como consequência dos baixos níveis de LS, são apresentados um conjunto de parâmetros negativos, nomeadamente: evidências de um pior estado de saúde para estes indivíduos; fraca adesão terapêutica e, aliado a este fator, uma baixa adesão à medicação; as taxas de internamento e re-internamento são superiores ao esperado; os serviços de urgência são procurados com maior frequência; devido à baixa informação sobre a temática da saúde e da doença, os sujeitos adotam, crescentemente, comportamentos de risco; há uma menor capacidade de comunicar com os profissionais de saúde, levando, conseqüentemente, a que os processos de tomada de decisão, fiquem, também eles, comprometidos; existe uma maior propensão para o aparecimento de doenças crónicas; e, como a informação não é compreendida, as medidas de promoção da saúde e de prevenção de doença, não são levadas a cabo corretamente (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern & Crotty, 2011; OPP, 2015).

Contudo, há cada vez mais evidências do interesse das pessoas por questões relacionadas com as temáticas da saúde, apresentando, conseqüentemente, níveis de literacia mais elevados (OPP, 2015). Esses níveis, ao contrário do supracitado, estão associados a um conjunto positivo de impactos, quer na vida da pessoa, quer na comunidade que integra, sendo eles: resultados mais favoráveis de saúde e bem-estar no quotidiano dos sujeitos; uma utilização mais profícua e proveitosa dos serviços de saúde; diminuição dos comportamentos considerados de risco para a saúde e, conseqüentemente, uma menor taxa de gastos; maior participação ativa e ponderada relativamente aos cuidados de saúde, havendo, também, uma redução das desigualdades ao nível dos serviços de saúde; e, as comunidades tornam-se mais capazes e resilientes face a situações adversas, o que, naturalmente, leva a um enriquecimento económico e social das comunidades (Berkman et al., 2011; OPP, 2015).

Tal como Berkman e colaboradores (2011) apontam, a gestão da doença crónica é um dos fatores que mais reflete o impacto dos diferentes níveis de LS uma vez que, quando se fala em doença crónica, sabe-se que esta variável afeta várias dimensões. Níveis de LS desajustados numa patologia crónica como a HTA, são percecionados como impedimentos na educação para os cuidados de saúde, sendo esta uma variável importante e transversal nesta patologia, pois, conseqüentemente, leva a que haja dificuldades exacerbadas na compreensão, nos cuidados e na adesão terapêutica que a HTA exige (Williams, Baker, Parker & Nurss, 1998). Neste sentido, segundo Williams e colaboradores (1998), “utentes com HTA e com inadequada LS, apresentam níveis de pressão sistólica mais elevados do que pacientes com LS adequada” (p. 170).

Desta forma, para colmatar as dificuldades que os diferentes níveis de literacia apresentam, é necessário e fundamental promover a LS, cujo intuito passa, sobretudo, por uma participação ativa e informada dos indivíduos nos serviços de saúde. Neste sentido, são apontadas algumas estratégias elementares que devem ser tidas em conta, nomeadamente: integrar a LS nas políticas e serviços de saúde, isto é, implementar políticas e ações de saúde que promovam os conhecimentos em torno da LS para que os sujeitos consigam adquirir e integrar um conjunto de informação pertinente, facilitando os processos de tomada de decisão; assegurar que os diferentes meios de disseminação da informação sejam eficazes e apropriados às capacidades e necessidades de cada sujeito/ comunidade; e, integrar o conceito de LS na educação para a saúde, incluindo programas de prevenção, estratégias de promoção da saúde, campanhas de marketing social e ações de formação dirigidas às comunidades e aos profissionais de saúde (OPP, 2015).

Assim, as estratégias de promoção da LS devem compreender todos os meios possíveis de propagação da informação, cuja linguagem deve ser perceptível para todas as pessoas, bem como diretiva e útil. Tal compreende um conjunto de objetivos transversais a todo esse processo, tais como: promover a divulgação de informação simples e acessível às pessoas que as impele a agir; impulsionar mudanças nos sistemas de saúde que melhorem os processos de aquisição e compreensão de informação, que facilite os processos de tomada de decisão; aumentar o desenvolvimento de práticas e intervenções no âmbito da LS; e, incorporar nos currículos educacionais em todas as faixas etárias informações sobre a saúde (OPP, 2015).

Para além de todos estes parâmetros que, segundo a OPP (2015), promovem competências ao nível da Literacia em Saúde, importa, também, não descurar um conjunto de características individuais, tais como as crenças, a cultura, os valores sociais e pessoais e os fatores ambientais que predisõem o indivíduo para o alcance de todos esses determinantes.

Neste sentido, torna-se ainda importante salientar a perspetiva de Serrão (2014) no que concerne à **intervenção nos níveis de LS segundo três eixos primordiais**: o eixo comunicacional, sociocomunitário e educacional.

O **eixo comunicacional** é o que maior ênfase e impacto demonstra ter na temática da LS. Esta dimensão remete para a importância da comunicação entre os pacientes e os profissionais de saúde, bem como para a forma como toda a informação é disseminada até chegar ao recetor, refletindo-se tais processos nas melhorias dos cuidados de saúde, quando bem-sucedida. Tais competências comunicacionais cooperam no sentido de facilitar, por um lado a entrevista médica e, por outro, o auxílio da compreensão e interpretação do que é prescrito e das complicações sintomatológicas (físicas e psicológicas) que a pessoa evidencia. De destacar, ainda, a importância do fator motivacional uma vez que quanto melhor as pessoas compreendem as dinâmicas comunicacionais e de informação, mais motivados estarão para atender aos processos medicamente propostos, havendo uma mais rápida adaptação a

todo o processo (Bennet, Chen, Soroui & White, 2009). É através de processos comunicacionais multilaterais que a capacidade de usar os vários tipos de informação em saúde aumenta, reforçando o *empowerment* que mobiliza o sujeito para agir. Deste modo, é fundamental a partilha, troca e complementaridade de informação que pressupõe as capacidades dos sujeitos, no sentido de evoluírem conceitualmente, e as capacidades dos profissionais de saúde, que devem consciencializar os sujeitos para a necessidade de partilha de informação, nomeadamente dúvidas, diretrizes ou possibilidades no que concerne ao tratamento. Face ao exposto, tais medidas comunicacionais devem ser utilizadas e adaptadas às características individuais, sociais e culturais que compõem cada sujeito, adaptando-se, assim, o modo como se acede e explora toda a informação (Serrão, 2014).

Para além das variáveis descritas anteriormente, a WHO (1998), aponta outras como primordiais na forma como a informação é usada e compreendida, nomeadamente: o género (as mulheres têm menores níveis de literacia quando comparadas com os homens); a idade (faixas etárias mais avançadas têm níveis mais baixos de literacia); a presença ou não de patologia (pessoas com doenças, nomeadamente crónicas, têm menores níveis de LS); e, a perceção de saúde e qualidade de vida (quanto menor for a perceção de bem-estar, menores são os níveis de LS que o sujeito apresenta).

Relativamente ao **eixo sociocomunitário**, as redes de suporte social são, também, vistas como um elemento fundamental na promoção da literacia junto das comunidades. Segundo a literatura, este eixo funciona de forma ponderada quando os recursos e capacidades que cada membro integrante dessa rede tem, interagem e combinam de forma adequada, proporcionando aos elementos da comunidade níveis comunicacionais equilibrados. Tal verifica-se quando os cuidados de saúde se centram no indivíduo e têm em conta os seus recursos e necessidades uma vez que, tendencialmente, superam as estratégias e os métodos que os sujeitos têm para lidar com elas. Quando tal acontece é fundamental que se adequem expectativas, mobilizando-se, a partir da rede de suporte social, um conjunto de esforços que ajudem o sujeito a superar a dificuldade (Serrão, 2014). Como forma de prevenir e responder com mais eficácia a esses acontecimentos, o autor sugere que sejam desenvolvidas redes mistas, compostas por profissionais, pelo indivíduo e pela sua rede de suporte social, que em alguns casos pode funcionar como cuidador informal. Neste sentido, é sugerido que se criem espaços na comunidade onde o sujeito possa partilhar, refletir e questionar sobre as suas necessidades, ajudando-o a tomar decisões e a mobilizar recursos adequados às mesmas (Carmo, 2007 citado por Serrão, 2014).

Por fim, o **eixo educacional** que transcende os processos de ensino-aprendizagem relacionados com a saúde, dando prevalência à aquisição de competências pessoais que levem as pessoas a obter melhores resultados no campo da saúde, e em tudo o que isso implica (Serrão, 2014). Neste sentido, devem-se adotar boas práticas de disseminação da informação, nomeadamente, usar mensagens visuais e verbais adequadas e pormenorizar imagens e

símbolos; referir o papel que os profissionais de saúde podem ter nesse contexto uma vez que podem ajudar a pessoa a desenvolver uma postura ativa e participativa nas questões relacionadas com a saúde, e o impacto que todos esses fatores podem ter no público-alvo. Face ao exposto, é preponderante que todas as estratégias tenham por base o alcance de benefícios individuais e coletivos uma vez que devem ter como intuito melhorar o conhecimento sobre as consequências positivas e negativas sobre os serviços de saúde, favorecer a resiliência e motivação dos sujeitos para agirem individualmente face às adversidades a que podem estar expostos e fomentar o envolvimento ativo da comunidade em formações e programas de saúde (Serrão, 2014). Atualmente, como principais meios de propagação da informação, evidenciam-se os mass media uma vez que cobrem uma área populacional bastante extensa e facilitam o acesso à informação. Porém, é fundamental ter em conta que a maioria da população idosa não dispõe de recursos como o computador e a internet, daí que seja fulcral que continue a existir informação não digital. Contudo, Serrão (2014) enfatiza a importância dos meios digitais, pois são considerados facilitadores do acesso à informação de pessoas que padeçam de algum tipo de limitação, como por exemplo, limitações ao nível da mobilidade.

Concomitantemente ao exposto e por forma a concluir, é fundamental que o acesso à informação e às oportunidades de aprendizagem sejam fomentadas ao longo do ciclo vital, na medida em que facilitará a adaptação das pessoas aos contextos de saúde, dando-lhes competências, capacidades e recursos para lidarem e perceberem os serviços de saúde que lhes são disponibilizados (Serrão, 2014).

## **Parte II - Estudo Empírico**

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

## **Capítulo 2 - Metodologia**

Neste capítulo apresentam-se os aspetos metodológicos adotados para a realização do presente estudo, aludindo a uma breve apresentação do mesmo, aos procedimentos adotados em cada fase, bem como aos objetivos que este se propõe a estudar. Face ao exposto, num segundo momento irá ser abordado o tipo de amostra utilizada, nomeadamente o que a caracteriza e os seus critérios de inclusão, de modo a facilitar um melhor entendimento da população abrangida nesta investigação. Num último momento, pretende-se que sejam abordados os instrumentos utilizados e quais os procedimentos para a recolha e tratamento dos dados.

### **2.1. Fundamentação e objetivos do Estudo**

No que concerne aos objetivos gerais do presente estudo, estes compreendem a avaliação, de uma amostra de sujeitos com hipertensão, dos níveis de adesão terapêutica e dos níveis de literacia em saúde, mediante a perspetiva da pessoa doente. O primeiro pressuposto foi mensurado através da aplicação do questionário da Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), que remete para questões que envolvem a adesão ou não adesão terapêutica, como por exemplo, se deixou de tomar a medicação por alguma razão que não a indicada pelo médico. Relativamente aos níveis de literacia em saúde, estes foram avaliados segundo o Inquérito de Literacia em Saúde em Portugal (ILS-P), cujos itens dizem respeito ao grau de dificuldade que os sujeitos têm face a determinadas problemáticas relacionadas com a temática da saúde, como por exemplo, o que fazer numa emergência médica. Tais questões relativas à problemática da saúde, são, também, avaliadas no questionário sociodemográfico, denotando-se na questão que mede o grau de satisfação/insatisfação com a informação que é obtida no contexto.

Como questão de investigação foi definida: será que os níveis de literacia em saúde interferem no nível de adesão ao tratamento em sujeitos com hipertensão arterial? Assim, passamos a enunciar, segundo as variáveis em estudo, alguns dos objetivos específicos desta investigação, dos quais:

- Adesão ao Tratamento:

Obj.1- Explorar se existem diferenças entre os níveis de adesão ao tratamento em função do género.

Obj.2- Averiguar a existência de diferenças significativas entre a adesão ao tratamento e as habilitações literárias dos sujeitos da amostra.

Obj.3- Analisar a relação entre o tempo de diagnóstico da doença e a adesão ao tratamento.

Literacia em Saúde:

Obj.4- Explorar a relação entre os níveis de literacia em saúde com as habilitações literárias dos sujeitos com HTA.

Obj.5- Averiguar se existem diferenças entre o nível de satisfação da informação sobre a doença e o tratamento em função dos níveis de LS.

Obj.6- Averiguar a relação entre os níveis da dimensão de prevenção da doença e a idade.

Obj.7- Explorar a relação entre a dimensão de promoção da saúde e as habilitações literárias.

Obj.8- Explorar se existem diferenças entre a dimensão dos cuidados de saúde e os níveis de satisfação com a informação.

Para a construção destes objetivos, tivemos em conta a revisão bibliográfica supramencionada, sendo que a escolha das variáveis que compõem os mesmos foi feita mediante aquelas que mais prevalência têm à luz dos diferentes estudos previamente realizados, bem como as que mais pertinência têm na presente investigação.

## **2.2. Desenho do Estudo**

Quando se fala de adesão ou não adesão terapêutica importa ter em conta um conjunto de variáveis que podem influenciar em qual dos níveis um determinado sujeito se situa. Neste sentido, os níveis de literacia em saúde de uma pessoa, podem constituir uma relação direta entre os parâmetros de adesão e não adesão ao tratamento, isto é, a forma como o sujeito percebe (mais difícil ou mais fácil) uma informação relacionada com a saúde, pode influenciar o tipo de adesão que este assume perante um dado tratamento. Por vezes, os regimes de não adesão terapêutica, quando aplicados a doenças crónicas como a hipertensão, podem remeter para consequências que se manifestam na qualidade de vida destes sujeitos, bem como dos que os rodeiam.

Como forma de obter uma escolha adequada para o tipo de estudo que seria previsto, foi feita uma revisão da literatura, e tendo em conta os objetivos propostos, optou-se por um estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional, na medida em que se pretende recolher uma amostra cujos dados possam ser quantificáveis por meio de instrumentos padronizados. O estudo é não-experimental, uma vez que as principais variáveis são observadas no seu contexto real, isto é, em contexto hospitalar, não havendo qualquer tipo de manipulação de variáveis independentes. Por seu turno é um estudo quantitativo, pois evidencia a relação entre as variáveis supracitadas nos objetivos, manipulando procedimentos

estatísticos como forma de as quantificar (Pereira, 2010). É também transversal na medida em que os questionários foram aplicados num período de tempo pré-estabelecido e somente uma única vez. Por fim, considera-se descritivo-correlacional, uma vez que explora a relação entre as variáveis, descrevendo as características que pautam a amostra, bem como a relação entre as variáveis selecionadas para levar a cabo o presente estudo (Pereira, 2010).

### **2.3. Caracterização da amostra**

Por amostra entende-se um conjunto de indivíduos representativos da população geral, isto é, que tenham determinadas características semelhantes entre si e que possam ser generalizadas face a uma determinada temática. Desta forma, pretende-se perceber quais os níveis de literacia em saúde e de adesão terapêutica de sujeitos com diagnóstico de HTA, na medida em que, sendo esta uma doença crónica assintomática e que manifesta as suas consequências e principais riscos a longo prazo (Carvalho, Siqueira, Sousa & Jardim, 2013), é desvalorizada pela maior parte dos sujeitos, nomeadamente pelas camadas mais jovens e pelas faixas etárias mais idosas (Macedo e Ferreira, 2013).

A amostra da presente investigação foi notada como não probabilística e, por conveniência, uma vez que não existe nenhum marco amostral no estudo, isto é, apenas foram considerados elementos da população que manifestavam algum interesse e disponibilidade na participação do estudo (Santos & Candeloro, 2006). Neste sentido, recorreu-se a sujeitos portadores de HTA, em regime de ambulatório, que recorrem à consulta de Hipertensão Arterial no Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira, cuja idade deve variar entre os 18 e os 65 anos.

Como critérios de inclusão no estudo, foram delimitados alguns com o intuito de delimitar a população alvo do estudo, sendo estes: apresentar o diagnóstico de HTA; estarem informados do diagnóstico; não terem nenhuma alteração do estado da consciência; o diagnóstico deve ter sido feito pelo menos há 6 meses; apresentarem idade compreendida entre os 18 e os 65 anos de idade; e não possuírem patologias significativas que, de algum modo, lhe causem incapacidade ou que necessitem de tratamentos com elevado grau de complexidade. Por outro lado, os critérios de exclusão consistem: na recusa por parte dos sujeitos em participar no estudo; a presença de limitações intelectuais evidentes; o utente encontrar-se sob o efeito de álcool ou drogas.

Neste estudo participaram 76 sujeitos, os quais reponderam de forma válida e pertinente aos questionários, formando assim a amostra total do estudo. Estes sujeitos foram inquiridos na consulta externa da Medicina Interna do Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira, às segundas-feiras durante uma hora no período da tarde, 31 indivíduos do sexo masculino (40.8%) e 45 do sexo feminino (59.2%), cujas idades compreendem os 35 e os 65 anos de idade ( $M=57.97$ ;  $SD=7.70$ ), verificando-se que a maioria da amostra tem mais de 56 anos de idade (Tabela 1). É, ainda possível notar que a idade mais baixa é de 35 anos de idade e a mais alta

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

é de 65 anos, havendo, portanto, uma maior predominância nas idades superiores aos 61 anos. No que concerne ao estado civil dos participantes, é de salientar que a maioria da amostra é casada (84.2%). Relativamente à área de residência dos inquiridos, a maior parte provém do distrito de Castelo Branco, sendo que a maior percentagem diz respeito ao concelho da Covilhã, constituindo um total de 59.2% da amostra ( $n=45$ ), denotando-se a predominância de algumas freguesias, nomeadamente Teixoso, Dominguiso, Belmonte, Boidobra, Canhoso, Castelejo, Paúl, Penedos Altos, Tortosendo, Unhais da Serra, Vales do Rio e Vila do Carvalho (19.5%), seguindo-se do concelho do Fundão com 6 participantes (7.9%) e de Castelo Branco (5.3%). Importa ainda relevar que existem concelhos que pertencem ao distrito da Guarda (1.3%), nomeadamente o concelho de Manteigas com 5 participantes (6.6%).

No que diz respeito ao nível de escolaridade, 23 pessoas concluíram o 4º ano de escolaridade (30.3%); 11 elementos da amostra têm o 6º ano (14.5%); 15 indivíduos (19.7%) frequentaram até ao 9º ano; 16 sujeitos têm o 12º ano de escolaridade (21.1%); e, somente 11 são dotados da Licenciatura (14.5%). Quanto à situação profissional, verifica-se que a maioria da amostra está empregada ou é doméstica (60.6%) e que 30 sujeitos estão reformados ou desempregados (39.4%) ( $M=3.70$ ;  $SD=1.02$ ). Relativamente ao agregado familiar, 68 dos sujeitos dizem viver acompanhados (89.5%), e somente 8 vivem sozinhos (10.5%). Destes, 72 têm filhos (94.7%) e 4 afirmam não ter (5.3%). No que concerne há existência concomitante de doenças crónicas (físicas ou mentais), 45 sujeitos denotam a não existência das mesmas (59.2%), ao passe que 31 afirmam padecer das mesmas (40.8%), sendo, na sua maioria, diabetes, problemas de tiroide e outras doenças degenerativas (Parkinson no estágio inicial e Esclerose Múltipla).

Tabela 1  
*Caracterização dos Dados Sociodemográficos da Amostra*

Variáveis	Classes	N = 76	Frequências (%)
Género	Masculino	31	40.8%
	Feminino	45	59.2%
Idade	Até 56 anos de idade	21	27.6%
	Dos 57 aos 65 anos de idade	55	72.4%
Estado civil	Solteiro	4	2.3%
	Casado	64	84.2%
	União de facto	1	1.3%
	Divorciado	4	5.3%
	Viúvo	3	3.9%
Nível de escolaridade	Até ao 4º ano	23	30.3%
	6º ano	11	14.5%
	9º ano	15	19.7%
	12º ano	16	21.1%
	Licenciatura	11	14.5%

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

Situação profissional	Reformados ou desempregados	30	39.4%
	Empregados ou domésticos	46	60.6%
Problemas de Saúde	Não	45	59.2%
	Sim	31	40.8%

Quando colocadas questões referentes à hipertensão arterial, é de salientar que 54 pessoas indicam origem genética (71.1%) e somente 22 sujeitos indicam a não existência dessa componente (28.9%). No item referente à medicação, apenas 1 sujeito refere a não toma da mesma, pelo que, a restante amostra, ou seja, 75 sujeitos estão medicados para o efeito (98.7%). Relativamente à medição da HTA, 66 sujeitos são assíduos na tarefa supracitada, sendo que, neste sentido, apenas 10 não o fazem ( $M=2.39$ ;  $SD=0.34$ ). Destes, 30 participantes fazem-no semanalmente (39.5%); 20 fá-lo mensalmente (26.3%); e, 18 sujeitos (23.7%) realizam essa tarefa diariamente. No que concerne aos níveis de hipertensão arterial nas últimas quatro semanas, 54 dos sujeitos relatam que estes estão “mais ou menos” (51.3%) e apenas 34 (44.7%) inquiridos alegam ter tido “bons” níveis de HTA. Dos restantes, somente 1 sujeito evidencia níveis “maus”. Quanto ao tempo de diagnóstico, este varia entre 1 ano até 30 anos, sendo que em média é de salientar o diagnóstico realizado há 13 anos ( $M= 13.22$ ). Assim 38 (50.0%) sujeitos referem ter o seu diagnóstico entre 1 e 10 anos, e 25 (32.9%) referem ter sido diagnosticados entre 11 e 20 anos, sendo que somente 13 referem diagnósticos mais longos, isto é, entre os 21 e os 30 anos. O mesmo se verifica no tempo em que os participantes referem ser seguidos no CHCB, isto é, 41 (53.9%) referem ser seguidos há pelo menos 10 anos, ao passo que apenas 10 (13.2%) indicam um seguimento entre os 20 e os 30 anos. Relativamente à classificação dos níveis de tensão arterial, 39 sujeitos (51.3%) referem uma classificação “normal”, 28 imperam “Hipertensão em estágio 1” (36.8%) e 4 sujeitos (5.3%), evidenciam ter “Hipertensão em estágio 2” e “Hipertensão Sistólica Isolada”.

No que diz respeito aos itens dos comportamentos de saúde, a fim de atingir a homeostase dos níveis normais de tensão arterial, 39 indivíduos afirmam fazer o controlo do seu peso, ao passo que os restantes 37, isto é 48.7% da amostra, referem não o fazer; 51 mantêm uma dieta equilibrada rica em legumes, fruta e fibra (67.1%); 60 inquiridos revelam não praticar qualquer tipo de atividade física, o que compreende 78.9% do total da amostra; 61 dos sujeitos evidenciam, também, uma alimentação cuja diminuição de sal é transversal (80.3%); e, 64 (84.2%) e 63 (82.9%) sujeitos, alegam ter reduzido o consumo de álcool e tabaco, respetivamente. Por fim, no que refere às enfermidades adjacentes à temática da HTA, é de salientar que a perda de capacidade oftalmológica foi a mais mencionada pelos sujeitos, obtendo um  $n=29$  (38.2%), seguindo-se problemas de insuficiência cardíaca com 11 dos inquiridos (14.5%). Por outro lado, as problemáticas que menos foram referenciadas dizem respeito ao enfarte do miocárdio, com uma percentagem de 3.9%, seguidamente, somente 2 sujeitos (2.6%) apresentam diminuição da função renal e, apenas 1 evidencia ter sofrido um Acidente Vascular Cerebral (AVC).

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

Os itens que remetiam para a satisfação com a informação e com os serviços de saúde prestados pela instituição (CHCB), é de notar que os sujeitos, na resposta ao primeiro tópico, se situaram, maioritariamente, no “satisfeito”, representando 76.3% da amostra, seguindo-se 11 (14.5%) no “muito satisfeito”, 7.9% mencionaram “nem satisfeito, nem insatisfeito” e, apenas 1 sujeito referiu “insatisfeito”. No segundo tópico, a satisfação com os serviços, evidencia que 55 sujeitos responderam com a opção “satisfeito”, 15.8% “nem satisfeito, nem insatisfeito”, 7 (9.2%) inquiridos optaram pelo “muito satisfeito” e somente 1 sujeito respondeu quer ao “muito insatisfeito”, quer ao “insatisfeito”.

Tabela 2  
*Caracterização dos Dados Clínicos da Amostra*

Variáveis	Classes	n = 76	Frequências (%)
Classificação da pressão arterial	Normal <sup>a</sup>	39	51.3%
	Hipertensão estágio 1 <sup>b</sup>	28	36.8%
	Hipertensão estágio 2 <sup>c</sup>	4	5.3%
	Hipertensão estágio 3 <sup>d</sup>	1	1.3%
	Hipertensão Sistólica Isolada <sup>e</sup>	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%
Familiares com diagnóstico de HTA	Não	22	28.9%
	Sim	54	71.1%
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%
Satisfação com a informação	Muito insatisfeito	1	1.3%
	Insatisfeito	-	-
	Nem satisfeito nem insatisfeito	6	7.9%
	Satisfeito	58	76.3%
	Muito satisfeito	11	14.5%

*Notas:* <sup>a</sup> (TAS mmHg < 140; TAD mmHg < 90); <sup>b</sup> (TAS mmHg 140-159; TAD mmHg 90-99); <sup>c</sup> (TAS mmHg 160-179; TAD mmHg 100-109); <sup>d</sup> (TAS mmHg ≥180; TAD mmHg ≥110); <sup>e</sup> (TAS ≥ 140; TAD mmHg < 90).

## 2.4. Instrumentos

Para que o desenvolvimento deste projeto de investigação fosse profícuo e pertinente, a escolha dos instrumentos foi um processo fundamental, pois é fulcral que estes tenham em conta todas as variáveis que se pretendem estudar, da mesma forma que se adequem aos objetivos do estudo. Após uma análise e pesquisa exaustiva e transversal a todos os instrumentos que sugeriam a medição das variáveis em estudo, foram selecionados os que

mais se adequavam ao cumprimento das características da presente investigação, sendo estes o questionário sociodemográfico, o questionário das Medidas de Adesão ao Tratamento (MAT) e o questionário da Literacia em Saúde em Portugal (ILS-P).

Para a seleção dos respetivos instrumentos, foram tidas em conta as medidas psicométricas, a brevidade da aplicação (nº de itens) e a pertinência para a avaliação das variáveis selecionadas. Importa ainda mencionar que todos os instrumentos utilizados foram validados para a população portuguesa.

#### **2.4.1. Questionário sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico inclui um conjunto de itens cujo formato das questões varia entre perguntas de tipo aberto e fechado. Este questionário considera, sobretudo, variáveis sociodemográficas como o sexo, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, o agregado familiar, a situação profissional, entre outros itens igualmente relevantes. Neste há, também, espaço para itens que envolvem a recolha de informação clínica sobre a HTA, nomeadamente a idade com que o diagnóstico foi feito, se há, para além desta, outra patologia crónica a nível mental ou físico, se tem familiares com a mesma patologia, que tipo de tratamento faz para a HTA, com que frequência controla os níveis de tensão arterial, se já houve algum internamento devido à presença da patologia, entre outras questões no mesmo sentido. Existem, ainda, três questões do tipo *Likert* que avaliam questões terapêuticas e possíveis complicações derivadas da HTA.

#### **2.4.2. Medidas de Adesão ao Tratamento (MAT)**

Um dos principais entraves ao nível da saúde, é a adesão terapêutica, isto é, o abandono ou o cumprimento incorreto da prescrição médica. Neste sentido, autores como Gallagher, Viscoli & Horwitz (1993, citado por Delgado e Lima, 2001), consideram que a não adesão aos tratamentos, constitui um desafio uma vez que contribui em grande medida para o insucesso da maioria das terapias. Com efeito, a não adesão ao tratamento pode ocorrer de diferentes formas em momentos diversos do processo terapêutico, dependendo de variáveis como o tipo de patologia diagnosticada, a metodologia utilizada e o regime terapêutico proposto (Delgado & Lima, 2001).

O questionário de Medidas de Adesão ao Tratamento (MAT), é um questionário composto por 7 itens em que o sujeito, mediante um conjunto de questões, utiliza uma escala de *Likert* para responder. A pontuação da escala varia de 1 a 6, em que 1 corresponde a “sempre” e 6 corresponde a “nunca”, sendo que quanto mais elevada for a pontuação, maior adesão ao tratamento. Mais especificamente, de forma a quantificar a variável “adesão terapêutica” foram criadas três categorias, tendo em conta o valor da mediana: Baixa Adesão ( $\leq M - 0,25dp$ ); Adesão Razoável ( $> M - 0,25dp$  e  $< M + 0,25dp$ ); e, Boa Adesão ( $\geq M + 0,25dp$ ) (Delgado & Lima, 2001). A escala tipo *Likert* é, neste contexto, considerada pelos autores bastante pertinente, na medida em que possibilita perceber e discriminar melhor as

particularidades dos comportamentos dos indivíduos na adesão terapêutica aos tratamentos (Delgado & Lima, 2001).

Reportando ao facto da baixa adesão terapêutica em virtude de diversos fatores, a utilização de um instrumento fiável e adequadamente válido de *self-report* (flexível e adaptável aos diversos contextos), tornou-se primordial para os profissionais de saúde, no sentido de delimitar o perfil de cada pessoa perante as questões da adesão e não adesão (Delgado & Lima, 2001). Face ao exposto, a versão portuguesa do questionário supracitado foi aferida por Delgado e Lima (2001), com uma amostra de 162 sujeitos com idades compreendidas entre os 32 e os 87 anos, com diagnóstico de uma doença crónica (predominantemente hipertensos e diabéticos). Quanto à validade psicométrica, a consistência interna ( $\alpha = 0.74$ ) e a validade concorrente apresentam bons resultados no estudo de aferição à população portuguesa.

### **2.4.3. Inquérito de Literacia em Saúde em Portugal (ILS-P)**

Ao longo das décadas, tem-se cada vez mais evidenciado a importância dos conhecimentos para a saúde, sendo que nos últimos anos, a literacia em saúde tem vindo a ganhar uma centralidade eximia no que concerne às questões que abrangem a temática da saúde. Esta importância tornou-se cada vez mais evidente e fulcral para a vida dos sujeitos, quando se percebeu que altas ou baixas noções acerca da saúde, constituem fatores de grande impacto nos momentos de tomada de decisão, pondo em causa a qualidade de vida dos sujeitos e de todos os que constituem o seu suporte (Hernandez, 2013, citado por Espanha et al., 2015).

O inquérito de Literacia em Saúde foi desenvolvido com o intuito de fomentar o conhecimento sobre o nível de literacia em saúde em Portugal, bem como destacar algumas lacunas e limitações da presente temática na sociedade portuguesa. Além disso, pretende orientar os sujeitos no sentido da proatividade para que se verifiquem níveis mais adequados de literacia, uma vez que Portugal é um dos países cuja literacia em saúde se tem verificado limitada nas suas diversas áreas. O presente inquérito foi desenvolvido recentemente, em Portugal, por Espanha e colaboradores (2015), membros da equipa de CIES-IUL, apoiado pelo Programa Gulbenkian Inovarem Saúde, da Fundação Calouste Gulbenkian. Como forma de comparação perante a realidade de outros países, os autores seguiram uma metodologia proposta pelo HLS-EU Consortium (2012), cujo estudo se denomina “Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU”. Tal metodologia foi adaptada para uma amostra representativa da população portuguesa, sendo um instrumento que já teria sido posto em prática em 8 países da União Europeia, procurou, sobretudo, apurar a realidade da população portuguesa face à temática da LS.

As principais dimensões que o questionário tem subjacentes foram a capacidade de acesso à informação, a compreensão da informação, a aptidão dos sujeitos para interpretar e avaliar

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

a informação que lhes chega e a aplicação/ utilização da mesma nas situações mais pertinentes para o efeito (Espanha et al., 2015). Perante tais dimensões, surgiram três domínios: os cuidados de saúde, a prevenção da doença e a promoção da saúde. O primeiro domínio, os cuidados de saúde, é avaliado com os itens de Q1 a Q16, cujas questões envolvem temáticas sobre a procura de informação sobre os sintomas, avaliar a capacidade de perceber as vantagens e desvantagens de um determinado tratamento, a necessidade de uma segunda opinião médica, entre outras (e.g. “Avaliar como é que a informação dada pelo seu médico se aplica à sua condição clínica”); a prevenção da doença engloba os itens de Q17 a Q31, remetendo para o controlo, mediante ações preventivas para a saúde, do aparecimento de patologias (e.g. “Compreender as recomendações de saúde relativas a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool”); e, a última dimensão, a promoção da saúde, diz respeito aos itens Q32 a Q47 (e.g. “Decidir como deve proteger-se de doenças com base em informação transmitida pelos meios de comunicação.”). A combinação das dimensões e dos domínios que o questionário envolve, sugerem 12 sub-dimensões que propõem a construção do questionário (Figura 3.)

Literacia em Saúde	Acesso à informação relevante para a saúde	Entender informação relevante para a saúde	Avaliação de informação relevante para a saúde	Utilização de informação relevante para a saúde
Cuidados de saúde	Capacidade de aceder a informação médica ou clínica	Capacidade de entender informação médica e o seu significado	Capacidade de avaliar a informação médica	Capacidade de tomar decisões informadas em assuntos médicos
Prevenção da doença	Capacidade de aceder a informação sobre fatores de risco	Capacidade de entender informação sobre fatores de risco e o seu significado	Capacidade de interpretar informações sobre fatores de risco	Capacidade de julgar a relevância de fatores de risco
Promoção da saúde	Capacidade de atualizar temas de saúde	Capacidade de compreender informação relacionada com a saúde e o seu significado	Capacidade de interpretar e avaliar informações relacionadas com a saúde	Capacidade de formar uma informação refletida

**Figura 3.** Dimensões e Sub-dimensões da Literacia em Saúde propostas no Health Literacy Survery.

Fonte: Rita Espanha, Patrícia Ávila e Rita Veloso Mendes (2015), “A Literacia em saúde em Portugal”, CIES-IUL e FCG - Adaptado

O questionário ILS-P é constituído por 47 itens, cujas respostas variam numa escala de 1 a 5, em que o 1 remete para um nível de maior grau de dificuldade, o 4 para níveis de maior facilidade e o 5 para a não resposta ao item por parte do sujeito. Em Portugal, a aplicação do respetivo instrumento considerou novas áreas pertinentes, de forma a perceber o conhecimento dos portugueses nas informações relativas à temática da saúde. A amostra utilizada na população portuguesa foi de 2104 sujeitos (Espanha et al., 2015). Relativamente aos índices que determinam os diversos níveis de literacia em saúde, importa delimitar alguns parâmetros: no nível inadequado, os sujeitos devem pontuar entre 0 e 25 pontos; o nível problemático inclui uma pontuação entre 25 e 33; o nível suficiente abarca pontos entre os 33 e 42; e, no nível excelente, os indivíduos devem pontuar entre 42 e 55. No que respeita ao valor do alfa de *Cronbach*, cada sub-dimensão relativa aos itens que as definem, o valor foi superior a .9, obtendo-se um índice geral de literacia em saúde de .96 e de cuidados de saúde, prevenção de doença e promoção de saúde igual a .91. Tais resultados revelam uma consistência interna elevada (Espanha et al., 2015).

## **2.5. Procedimentos de Investigação**

Posteriormente à seleção das escalas e testes psicométricos a aplicar na presente investigação, foram solicitadas as autorizações devidas para a sua utilização. Concomitantemente a este processo, procedemos à construção do questionário sociodemográfico com a informação relevante e adequada aos objetivos da pesquisa. Após a finalização desta primeira etapa, o protocolo foi submetido à Comissão de ética do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, obtendo-se o consentimento informado para a recolha de uma amostra de sujeitos com o diagnóstico de hipertensão arterial, acompanhados nas consultas do Prof. Dr. Miguel Castelo Branco, no Serviço de Medicina Interna. Após a obtenção do consentimento, prosseguimos com a aplicação dos questionários, que ocorreu de forma presencial durante a última semana de abril e os meses de maio, junho e julho. A investigadora esteve sempre presente aquando da assinatura do consentimento informado de cada sujeito, tendo estes sido previamente confrontados com a leitura do mesmo, bem como a do protocolo de investigação.

### **2.5.1. Análise estatística**

Os dados que resultaram da recolha da amostra foram analisados sob uma metodologia quantitativa, recorrendo ao IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) (versão 23), cujo intuito se baseava no tratamento dos dados estatísticos. Num primeiro momento, com recurso às estatísticas descritivas, foram realizadas análises aos dados sociodemográficos e clínicos, cujo fim foi caracterizar a amostra, calculando os valores que remetem para a indicação da média, desvio-padrão, valores mínimos e máximos de cada item. atendendo ao tamanho da amostra ( $n > 30$ ), pode aplicar-se o Teorema do Limite Central que remete para que, quando quanto maior uma amostra se verifica, mais próxima a distribuição amostral fica

da normalidade (Pereira & Patrício, 2016). Diferentes teorias e respetivos autores denotam que amostras cujo número se verifique igual ou superior a 30, admite-se uma distribuição normal, pelo que se evidencia a utilização pertinente de testes paramétricos para o tratamento dos dados.

Seguidamente foi, também, fulcral averiguar a consistência interna dos instrumentos supracitados, ou seja, mensurar a confiabilidade do construto que estes se propõem a avaliar, por meio da análise do valor do alfa de *Cronbach*. Numa etapa posterior, procedeu-se à análise descritiva das duas escalas empregues (Medida de Adesão ao Tratamento e Inquérito de Literacia em Saúde).

Relativamente à análise estatística inferencial, foi posto em prática o teste de correlação de *Spearman* ( $r$ ), para mensurar a associação que ocorria entre as variáveis pertinentes para o estudo em causa. Neste sentido, e para a interpretação exímia dos resultados, torna-se fulcral atender aos parâmetros básicos que regem este tipo de teste, ou seja, a correlação pode variar entre -1 (quando é uma associação negativa perfeita) e 1 (quando é uma associação positiva perfeita), sendo que 0 aponta para inexistência de uma relação linear entre variáveis (Pereira & Patrício, 2016). Segundo os autores, as associações que variam entre 1 - 0,90 são muito boas, entre 0,70 - 0,90 são boas, de 0,60 - 0,70 são consideradas aceitáveis, de 0,50-0,60 são fracas e inferiores a 0,50 são fracas. Finalmente, importa ainda mencionar que também foi essencial utilizar os testes  $t$  de *Student* com a finalidade de averiguar as diferenças existentes nas escalas MAT e ILS-P, em função das variáveis sociodemográficas, particularmente o género e a idade. Já para a variável satisfação com a informação e Habilitações Literárias foi pertinente utilizar a ANOVA, um teste de análise de variância, pois esta é composta por mais do que três grupos independentes.

De acrescentar, ainda, ao supracitado que para qualquer análise estatística efetuada nos tópicos que se seguem, foram tidos em conta valores estatisticamente significativos, ou seja, valores de  $p$  iguais ou inferiores a .05, uma vez que foi tido em conta um nível de significância de 95%.

### **3. Resultados**

Passamos agora a apresentar os resultados referentes à análise estatística dos dados, cujo tratamento ocorreu através do programa estatístico IBM SPSS (versão 23). Assim, serão apresentados os resultados obtidos da consistência interna de cada teste, seguindo-se a análise descritiva de cada instrumento, bem como a relação entre variáveis e as suas variações, nomeadamente em função do género, habilitações literárias e o nível de satisfação da informação.

### **3.1. Consistência Interna dos instrumentos**

De forma a mensurar a consistência interna dos instrumentos utilizados, calculou-se o alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), com o intuito de examinar o grau de confiabilidade do construto que cada escala se propõe a medir. Relativamente ao questionário de Medida de Adesão ao Tratamento, obteve-se um alfa de .73, apontando, deste modo, para uma consistência interna boa ( $\alpha > .7$ ), tendo em conta os valores padronizados para a interpretação do alfa de Cronbach (Pereira & Patrício, 2015) e, ligeiramente baixa quando comparado com o valor que os autores, Delgado e Lima (2001), obtiveram na adaptação da escala para português ( $\alpha = .74$ ).

Quanto ao Inquérito de Literacia em Saúde (ILS-P), estimou-se uma consistência interna cujo  $\alpha = .88$ , pelo que, segundo os valores normativos para o mesmo (Pereira & Patrício, 2016), apresenta uma boa consistência interna, no entanto, comparativamente aos valores obtidos da adaptação da escala para português ( $\alpha = .96$ ), este encontra-se ligeiramente inferior, tal como é corroborado pelo estudo realizado por Espanha e colaboradores (2015). Relativamente aos valores de consistência interna das três dimensões que compõem este questionário, Espanha e colaboradores (2015), obtiveram um valor de  $\alpha = .91$ . Já segundo a análise estatística do presente estudo, a dimensão de Cuidados de Saúde evidencia um  $\alpha = .86$ , a dimensão da Prevenção da Doença um valor de  $\alpha = .89$  e, por último, a dimensão da Promoção da Saúde estima um valor de  $\alpha = .59$ , pelo que, à exceção deste último que se apresenta com uma consistência fraca, os restantes ostentam uma consistência interna boa. Deste modo importa, ainda, salientar que estes resultados devem ser interpretados com alguma cautela, na medida em que são aplicados a uma amostra clínica, ao passo que os de Espanha e colaboradores (2015) são provenientes de uma amostra normativa e, não havendo ainda estudos com o tipo de amostra do presente estudo, tornou-se imperativo interpretar os dados com alguma cautela.

Tabela 3  
*Consistência Interna dos Instrumentos utilizados*

Instrumento	Dimensões	Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )
MAT	Total	.73
ILS-P	Total	.88
	Dimensão de Cuidados de Saúde	.86
	Dimensão de Prevenção da Doença	.89
	Dimensão da Promoção da Saúde	.59

### **3.2. Estatísticas Descritivas**

Neste subcapítulo torna-se, agora, essencial fazer uma análise descritiva, de modo a se obter uma caracterização mais pormenorizada dos resultados que as escalas utilizadas patenteiam. Desta forma, serão, posteriormente, apresentados os valores referentes às

médias e aos desvios-padrão. Primeiramente começamos por apresentar os resultados do questionário de Medida de Adesão ao Tratamento, seguindo-se o Inquérito de Literacia em Saúde (ILS-P).

Na tabela que se segue é possível contemplar as estatísticas descritivas do MAT na sua totalidade, destacando-se a média cujo valor é de 5.52 e um valor de  $SD = 0.45$ , perante uma pontuação máxima de 6. Assim, apraz-nos enunciar que a resposta aos itens se situa com uma média superior a 5 (variando a escala entre 0 e 6), o que aponta para que os sujeitos de amostra revelem uma boa adesão ao tratamento.

Tabela 4  
*Estatísticas Descritivas do MAT*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mínimo	Máximo
Adesão ao tratamento	5.52	0.45	4.00	6.00

De forma similar, é de constatar a igual importância de analisar o questionário anterior em toda a sua extensão, isto é, item a item. O item que maior média apresenta ( $M = 5.83$ ), é o item 7 (“Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?”), onde se denota a não existência de resultados abaixo de 3, pelo que somente 4 mencionaram “por vezes”, havendo, pelo contrário uma abundância de respostas na opção “nunca”, com uma percentagem de 88.2%.

Seguidamente 64 sujeitos respondem “nunca” (84.2%) ao item “Alguma vez tomou um ou vários comprimidos para a sua doença, por iniciativa própria após se ter sentido pior?” e, somente 5 participantes (6.6%) revelaram “por vezes” tê-lo feito, efetivando uma  $M = 5.78$ . Por sua vez, é de verificar que 62 inquiridos (81.6%) indicam “nunca” ter deixado de tomar a medicação para a problemática, por sua iniciativa, após se ter sentido pior, sendo que apenas 1 sujeito salientou a opção “com frequência”, 9.2% da amostra atenta que “raramente” e 6 sujeitos indicam que “por vezes” o fazem. Como se pode verificar seguem-se os itens 3 e 6 (“Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por sentido pior” e “Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos”, respetivamente) que apresentam uma  $M = 5.54$ , no entanto no primeiro item 57 sujeitos (75%) responderam “nunca”, ao passo que no segundo essa opção foi mencionada por 48 pessoas (63.2%). Ainda que no item 3 houvesse 1 pessoa a responder “quase sempre”, no item 6 essa opção não obteve pontuação por parte desta amostra, seguindo-se apenas 1 sujeito com a opção “com frequência”. De salientar, ainda, que, neste último, a opção “raramente” ainda contemplou 22 dos inquiridos (28.9%)

No item 2 ( $M = 5.25$ ), que remete para o descuido nas horas de tomar a medicação, somente 37 sujeitos referem a opção “nunca”, 23 (30.3%) indicam que o fizeram “raramente”, 14 inquiridos evidenciaram a resposta “por vezes” e os restantes dos 76 sujeitos referiram fazê-lo “com frequência”. Contrariamente ao supracitado, o item cuja média se evidencia mais baixa ( $M = 4.96$ ) é o primeiro, pelo que 31 sujeitos (40.8%) assumem que

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

“raramente” se esquecem de tomar a medicação para a sua patologia, seguindo-se de 28.9% da amostra refere que “nunca” o fez, 21 (27.6%) indicam “por vezes” e, somente 2 o fazem “com frequência”.

A média total do Inquérito de Literacia em Saúde é de 2.89 ( $SD = 0.30$ ), numa pontuação total de 5 pontos. Neste sentido, numa escala que varia de 1 a 5 (1 - muito difícil e 5 - não sei, não respondo), verifica-se que em todos os itens a média é superior a 2, o que remete para algumas dificuldades nas diversas questões que se relacionam com a saúde/doença. Importa, ainda, analisar as dimensões que este inquérito também se propõe avaliar, tendo, igualmente, em conta a escala anteriormente indicada (Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e Promoção da Saúde). No que concerne à dimensão dos Cuidados de Saúde, esta indica uma média de 3.03 ( $SD = 0.33$ ), pelo que os sujeitos desta amostra evidenciam facilidade nas questões que envolvem este fator. Já na segunda dimensão, a média é de 2.80 ( $SD = 0.38$ ), o que parece indicar alguma dificuldade no que refere à prevenção da doença, bem como na promoção da saúde, uma vez que os sujeitos revelam, também, respostas muito próximas de 3 ( $M = 2.84$ ;  $SD = 0.38$ ). No entanto, é de notar que esta última é a que mais evidencia respostas cuja perceção do conteúdo dos itens é “muito fácil” pelos participantes.

Tabela 5  
*Estatísticas descritivas do ILS-P*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mínimo	Máximo
Inquérito de Literacia em Saúde - Total	2.89	0.30	2.30	4.00
Dimensão de Cuidados de Saúde	3.03	0.33	2.31	3.88
Dimensão de Prevenção da Doença	2.80	0.38	1.87	4.00
Dimensão da Promoção da Saúde	2.84	0.38	2.13	4.88

Com intuito de compreender melhor as questões que o inquérito indicado trata, procedemos à análise descritiva e das frequências de cada item, bem como os fatores que o sustentam. Deste modo é possível perceber que os participantes não responderam “Muito Difícil” aos itens 4 (“Saber onde encontrar ajuda profissional quando está doente”), 5 (“Compreender o que o seu médico lhe diz”), 8 (“Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma de um medicamento que lhe foi receitado”), 9 (“Avaliar como é que a informação dada pelo seu médico se aplica à sua condição clínica”), 10 (“Avaliar as vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento”), 11 (“Avaliar a necessidade de uma segunda opinião”), 13 (“Usar a informação do seu médico para decidir sobre a sua doença”), 14 (“Seguir as instruções sobre a medicação prescrita”), 16 (“Seguir as indicações do seu médico ou farmacêutico”), 17 (“Encontrar informações sobre como gerir comportamentos pouco saudáveis, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool”), 18 (“Encontrar informação sobre como gerir problemas de saúde mental como stress ou depressão”), 23 (“Compreender porque precisa de fazer exames médicos de rotina?”), 28

(“Avaliar se a informação transmitida pelos meios de comunicação sobre os riscos de saúde é de confiança?”), 30 (“Decidir como proteger-se de doenças com base nos conselhos de família e amigos?”), 31 (“Decidir como proteger-se de doenças com base em informação transmitida pelos meios de comunicação?”), 32 (“Encontrar informação sobre comportamentos saudáveis como exercício físico, alimentação saudável e nutrição”), 34 (“Encontrar informação sobre como é que a zona onde vive pode ser mais amiga da saúde (reduzir a poluição sonora, a poluição, criar espaços verdes e de lazer”), 37 (“Compreender os conceitos sobre saúde dados pela sua família e amigos?”), 39 (“Compreender a informação transmitida pelos meios de comunicação para se tornar mais saudável”), 40 (“Compreender informação sobre como manter a sua mente saudável”), 41 (“Avaliar a forma como o local onde vive afeta a sua saúde e bem-estar?”), 42 (“Avaliar se as condições da sua habitação o ajudam a manter-se saudável”), 43 (“Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a saúde”), 44 (“Tomar decisões que melhorem a sua saúde”), 45 (“Frequentar um ginásio ou uma modalidade desportiva, se o desejar”), 46 (“Alterar as condições de vida que afetam a sua saúde e bem-estar”) e 47 (“Participar em ações que melhorem a saúde e o bem-estar na sua comunidade”).

O item que pontuou mais em termos de média remete para o item 16 ( $M = 3.55$ ;  $SD = 0.53$ ) que evidencia questões que remetem para seguir as indicações do seu médico ou farmacêutico, em que apenas são exibidas respostas que atentam para a facilidade da questão, isto é, 40 sujeitos (52.6%) afirmam ser “muito fácil”, 35 (46.1%) dizem ser “fácil” e, somente 1 respondeu não saber. De forma igualmente alta, segue a média dos itens 14 e 15 ( $M = 3.45$ ;  $SD = 0.53$ ;  $SD = 0.68$ ). Quanto ao primeiro item, é de salientar que somente 1 sujeito respondeu “Difícil”, permanecendo a resposta “Fácil” com 52.6% ( $n = 40$ ) da amostra e “Muito Fácil” com cerca de 35 inquiridos (42.1%). Relativamente ao item 15 que infere a questões relacionadas à facilidade ou dificuldade em chamar uma ambulância, 38 sujeitos (50.0%) responderam como sendo “Muito Fácil”, 32 como “Fácil” e apenas 4 (5.3%) indicaram como sendo “Difícil”. No mesmo item, as restantes opções de resposta (“Muito Difícil” e “Não sei, não respondo”) foram respondidas, ambas, apenas por 1 sujeito.

O item 8 (“Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma de um medicamento que lhe foi receitado”) obteve, também uma média de 3.36 ( $SD = 0.51$ ), em que 47 participantes (61.8%) evidenciaram ser “Fácil”, 36.8% ( $n = 28$ ) consideraram ser “Muito Fácil” e, 1 achou “Difícil”. Com uma média igual a 3.26, encontram-se os itens 4 e 5, em que prevalecem em ambos as respostas “Fácil” com um  $n = 50$  (65.8%), seguindo-se o “Muito Fácil” com 30.3% dos inquiridos a assinalar a resposta e o “Difícil” com uma prevalência de 3.9% da amostra. Avaliar como a informação médica se adapta à condição clínica e como as condições da habitação ajudam a manter os sujeitos saudáveis, dizem respeito aos itens 9 e 42, cuja média é de 3.16 ( $SD = 0.49$ ;  $SD = 0.46$ , respetivamente). No primeiro é de notar que 56 pessoas (73.7%) afirmaram ser “Fácil”, 16 “Muito Fácil” e, 5.3% da amostra evidencia ser “Difícil”, o que, do mesmo modo, também é verificado no item 42, em que 58 participantes

(76.3%) assinalam a resposta “Fácil”, 19.7 % afirma ser “Muito Fácil” e 3 encaram a tarefa que a afirmação constitui como sendo “Difícil”.

Ainda de relevar o item 41 ( $M = 3.13$ ;  $SD = 0.41$ ) com uma prevalência de 62 indivíduos a responderem como “Fácil” e, unicamente, 2.6% a assinalarem como “Difícil” a afirmação que diz respeito a este item. O mesmo ocorre no item 43 ( $M = 3.12$ ;  $SD = 0.49$ ), em que 57 indivíduos consideraram ser “Fácil” avaliar os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde, 18.4% ( $n = 14$ ) encaram a tarefa como sendo “Muito Fácil” e 5 dos restantes participantes exibem alguma dificuldade quando questionados com o tema do presente item.

Ainda com respostas cujas opções se posicionam com uma média acima de 3, encontram-se os itens 3 “Saber o que fazer em caso de emergência médica?” ( $M = 3.05$ ;  $SD = 0.69$ ), 7 “Perceber o que fazer numa emergência médica?” ( $M = 3.03$ ;  $SD = 0.75$ ), 13 “Usar a informação do seu médico para decidir sobre a sua doença” ( $M = 3.01$ ;  $SD = 0.50$ ), 21 “Compreender as recomendações de saúde relativas a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?” ( $M = 3.00$ ;  $SD = 0.54$ ), 22 “Compreender porque precisa de ser vacinado?” ( $M = 3.04$ ;  $SD = 0.55$ ), 23 “Compreender porque precisa de fazer exames médicos de rotina?” ( $M = 3.07$ ;  $SD = 0.34$ ), 29 “Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe?” ( $M = 3.01$ ;  $SD = 0.90$ ), 34 “Encontrar informação sobre como é que a zona onde vive pode ser mais amiga da saúde (reduzir a poluição sonora, a poluição, criar espaços verdes e de lazer)” ( $M = 3.05$ ;  $SD = 0.46$ ) e 40 “Compreender informação sobre como manter a sua mente saudável” ( $M = 3.07$ ;  $SD = 3.52$ ), cuja maior prevalência de respostas se situa na opção “Fácil”, “Muito Fácil” e “Difícil”.

Neste sentido, importa, ainda, dar ênfase aos itens que evidenciam uma média inferior ou próxima de 2.50, uma vez que a maioria dos restantes enunciados têm médias mais próximas de 3, isto é, superiores a 2.50. O item 35 é o que mais apresenta uma média próxima de 2 ( $M = 2.26$ ;  $SD = 0.88$ ), isto é, o item a que mais os sujeitos apelaram à opção “difícil”, contando com 42 respostas (55.3%), 23.7% mencionou ter facilidade em encontrar informação sobre as políticas de saúde (legislação), 11 (14.5%) participantes consideraram “muito difícil”, 2 (2.6%) inquiridos acham “muito fácil” e 3 pessoas selecionaram a resposta “não sei, não respondo”. Relativamente à avaliação que fazem sobre a informação passada através dos meios de comunicação, item 12, obteve-se uma média de 2.43 ( $SD = 0.55$ ), sendo que 42 inquiridos (55.3%) considerou essa tarefa “difícil”, 32 (42.1%) evidenciou ser “fácil” e os restantes sujeitos da amostra apresentaram respostas nas opções “muito fácil” e “muito difícil”.

Do mesmo modo que também é evidente o grau de dificuldade que os participantes aparentam ter quando lhes é perguntado como se posicionam em relação à avaliação da informação que os meios de comunicação transmitem no que concerne aos riscos de saúde ( $M = 2.47$ ;  $SD = 0.58$ ). Assim, mais de metade da amostra respondeu “difícil” ( $n = 46$ , 56.6%), seguindo-se de 30 sujeitos a encontrar facilidade na tarefa e apenas 3 a considerarem-na “muito fácil”. Quando questionados os participantes sobre a facilidade ou dificuldade em

encontrar informação sobre os tratamentos das doenças que os preocupam (item 2), 39 (51.3%) sujeitos consideraram “difícil” e 31 (40.8%) “fácil”, ao passo que somente 1 assinalou as respostas “muito fácil” e “muito difícil” ( $M = 2.53$ ;  $SD = 0.64$ ). Com uma média de 2.54 ( $SD = 0.74$ ), encontra-se o item 26 cujas respostas predominantes dizem também respeito à opção “difícil”, denotando um  $n = 38$ , a seguir regista-se que 40.8% dos sujeitos redarguíram “fácil”, 3 sugeriram ser “muito fácil” e 2 responderam “muito difícil” e “não sei, não respondo”.

Face ao exposto, é, ainda, de reter que os restantes itens, por apresentarem uma média acima de 2.50, ou seja, próxima de 3, consideram, na sua maioria que é “fácil” atender às afirmações dos itens correspondentes. São estes o item 31 ( $M = 2.55$ ;  $SD = 0.55$ ), o item 45 ( $M = 2.55$ ;  $SD = 0.60$ ), o item 46 ( $M = 2.61$ ;  $SD = 0.52$ ), o item 33 ( $M = 2.63$ ;  $SD = 0.65$ ), o item 36 ( $M = 2.63$ ;  $SD = 0.59$ ), o item 27 ( $M = 2.64$ ;  $SD = 0.64$ ) o item 11 ( $M = 2.67$ ;  $SD = 0.50$ ), o item 19 ( $M = 2.70$ ;  $SD = 0.63$ ), o item 18 ( $M = 2.72$ ;  $SD = 0.72$ ), o item 38 ( $M = 2.72$ ;  $SD = 0.53$ ), o item 10 e 25 ( $M = 2.74$ ;  $SD = 0.60$ ;  $SD = 0.55$ , respetivamente), o item 1 ( $M = 2.76$ ;  $SD = 0.67$ ), o item 30 ( $M = 2.79$ ;  $SD = 0.50$ ), o item 6 ( $M = 2.82$ ;  $SD = 0.62$ ), o item 24 ( $M = 2.85$ ;  $SD = 0.56$ ), o item 47 ( $M = 2.87$ ;  $SD = 0.50$ ), o item 20 ( $M = 2.88$ ;  $SD = 0.59$ ), o item 37 ( $M = 2.93$ ;  $SD = 0.44$ ), o item 17 ( $M = 2.96$ ;  $SD = 0.50$ ), o item 44 ( $M = 2.97$ ;  $SD = 0.43$ ) e o item 32 ( $M = 2.99$ ;  $SD = 0.48$ ).

Face ao exposto anteriormente, torna-se agora elementar fazer alusão à classificação dos Índices de Literacia em Saúde, quer no que acomete a sua generalidade, quer nas dimensões integrantes (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção de saúde).

Para a literacia em saúde a nível geral, os índices evidenciam-se problemáticos. Tal é possível observar na tabela 6, que denotam uma parte representativa da população em estudo, isto é, 64.5% dos participantes apresentam problemas no que concerne à literacia em saúde. Uma elevada percentagem é, também, notória na classificação “inadequado”, obtendo uma percentagem de 23.7%. Neste sentido, pode considerar-se esta amostra clínica como problemática e inadequada no que toca aos conhecimentos relativos à saúde nos parâmetros gerais que a temática da literacia acomete. Note-se que somente 10.5% e 1.3% dos sujeitos apresentam capacidades satisfatórias ou excelentes, respetivamente, a nível da literacia em saúde. Neste sentido, importa deixar novamente referenciado que tais resultados devem ser analisados e interpretados com cautela, na medida em que os valores propostos como normativos para a classificação dos índices supracitados estão propostos para uma população não clínica, ao passo que estes dizem respeito a uma amostra somente de índole clínica.

Tabela 6  
*Índice Geral de Literacia em Saúde*

	<i>n</i>	%	<i>M</i>
Nível Inadequado	18	23.7%	
Nível Problemático	49	64.5%	1.89
Nível Satisfatório	8	10.5%	
Nível Excelente	1	1.3%	

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

Concomitantemente à análise feita à generalidade da temática, a dimensão dos cuidados de saúde também apresenta resultados menos positivos no que toca à literacia em saúde desta amostra, pautando-se por uma percentagem de 64.5% no nível problemático e 35.5% no nível satisfatório. Deste modo, é de notar o carácter novamente hermético destes sujeitos no que remete para os cuidados de saúde.

Tabela 7  
*Índice da Dimensão Cuidados de Saúde*

	<i>n</i>	%	<i>M</i>
Nível Problemático	49	64.5%	2.36
Nível Satisfatório	27	35.5%	

Contrariamente ao referido anteriormente, ainda que só se denotem classificações problemáticas ou satisfatórias na dimensão da prevenção da doença, é esta última que se destaca com valores percentuais de 86.8%. Este número indica que, nesta amostra de 76 sujeitos, 66 dos mesmos, no nível da prevenção patológica, apresentam conhecimentos suficientes no que toca a esta dimensão da literacia em saúde. De forma ilustrativa, tal pode ser visto na tabela 8, com uma grande fatia percentual que se destaca.

Tabela 8  
*Índice da Dimensão Prevenção da Doença*

	<i>n</i>	%	<i>M</i>
Nível Problemático	10	13.2%	2.87
Nível Satisfatório	66	86.8%	

Por fim, a última dimensão, a promoção da saúde, torna-se interessante de analisar face aos resultados obtidos anteriormente. Como se pode observar na tabela seguinte, apesar da presente amostra ser bastante eficiente relativamente à prevenção das doenças, o mesmo não se verifica nos comportamentos de promoção da saúde, apresentando um valor de 90.8% no nível problemático. Tal resultado parece indicar que os sujeitos têm alguma dificuldade em mobilizar comportamentos que sejam promotores da sua saúde.

Os valores obtidos nesta dimensão vão ao encontro dos que a dimensão dos cuidados de saúde apresenta, o que vai corroborar o facto dos sujeitos inquiridos para esta amostra não terem conhecimentos suficientes, nem contribuir de forma salutar para a promoção da sua saúde, descurando a mobilização de esforços em torno da mesma, uma vez que em ambas as situações os resultados apontam percentagens para mais de metade da amostra.

Tabela 9  
*Índice da Dimensão Promoção da Saúde*

	<i>n</i>	%	<i>M</i>
Nível Problemático	69	90.8%	2.11
Nível Satisfatório	6	7.9%	
Nível Excelente	1	1.3%	

### 3.3. Estatísticas inferenciais

Neste ponto irá proceder-se ao estudo das variáveis, nomeadamente analisar a relação que existe entre elas. Para o efeito irá ser utilizado o teste da correlação de *Spearman*, cujo intuito passa por perceber se há ou não associações entre a adesão ao tratamento e os níveis de literacia em saúde. Após realizado o teste para verificar as associações entre as escalas utilizadas para levar a cabo o presente estudo (MAT e ILS-P), verificou-se que não há associações entre os mesmos, na medida que não há evidência de valores significativos, para uma significância de 95%, como é visível na tabela 10. Deste modo, podemos inferir que não há associações entre a adesão ao tratamento e o nível de literacia em saúde dos participantes.

Contudo, é possível averiguar a existência de correlações entre os fatores da escala ILS-P. O Inventário de Literacia em Saúde correlaciona-se positivamente com a subescala dos **cuidados de saúde** ( $r = .785, p < .01$ ), com a **prevenção da doença** ( $r = .855, p < .01$ ) e com a **promoção da saúde** ( $r = .883, p < 0.01$ ). Tais resultados apontam que à medida que os níveis de literacia em saúde (a nível geral) aumentam, maior serão os cuidados de saúde e mais serão as atitudes preventivas em relação à doença e de promoção de saúde por parte dos sujeitos. De outra forma, quanto maiores os conhecimentos que os sujeitos têm relativamente à temática da saúde, mais predispostos estão a ter atitudes que envolvam a prevenção da doença, a promoção da saúde e, por consequência, maiores serão os cuidados relativos à mesma.

Relativamente à dimensão dos cuidados de saúde, quanto mais esta aumenta, maiores são as atitudes preventivas ( $r = .479, p < .01$ ) e de promoção da saúde ( $r = .551, p < .01$ ) por parte dos inquiridos.

Na subescala da prevenção da doença, há uma associação positiva ( $r = .754, p < .01$ ) com a promoção da saúde, pelo que, à medida que a prevenção da saúde aumenta, a promoção da saúde também se torna mais elevada nos participantes deste estudo, revelando-se o mesmo com os cuidados de saúde e com os níveis de literacia em saúde na generalidade.

Uma associação positiva ocorre, também, entre a dimensão da prevenção da doença, cuidados de saúde e no índice geral de literacia em saúde, ou seja, quanto maior é a consciencialização da importância da promoção de saúde, maior são as atitudes de prevenção e de cuidados de saúde por parte dos sujeitos da presente amostra.

Tabela 10  
Correlações de *Spearman* entre a Escala MAT, ILS-P e os seus Fatores

	1	2	3	4
1. MAT	—			
2. ILS-P total	.078	—		
3. Cuidados de Saúde	.034	<b>.785**</b>	—	

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

4. Prevenção da Doença	.39	<b>.855**</b>	<b>.479**</b>	—
5. Promoção da Saúde	.002	<b>.883**</b>	<b>.551**</b>	<b>.754**</b>

*Notas:* MAT= Medida de Adesão ao Tratamento; ILS-P= Inquérito de Literacia em Saúde - Versão Portuguesa; a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos.

\*p < .05. \*\*p < .01. \*\*\*p < .001.

A tabela que se segue faz alusão às correlações realizadas entre a escala MAT e as variáveis sociodemográficas que mais pertinência têm face ao carácter do estudo (idade, tempo de diagnóstico e habilitações literárias). Desta forma, podemos verificar que a adesão ao tratamento está associada positivamente com a **idade** ( $r = .283, p < .05$ ), isto é, à medida que a idade avança, os participantes aderem melhor ao tratamento que lhes é proposto pelo médico. Ao invés, as restantes variáveis sociodemográficas testadas, não apresentam qualquer tipo de associação com a adesão ao tratamento, não apresentado, assim, qualquer pertinência estatística.

Tabela 11

*Correlações de Spearman entre o MAT com a Idade, Tempo de diagnóstico e Habilitações literárias*

	Idade	Tempo de diagnóstico	Habilitações literárias
1.MAT	<b>.283*</b>	.204	-.209

*Notas.* a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos.

\*p < .05. \*\*p < .01. \*\*\*p < .001.

Analisando a tabela 12, observa-se os resultados relativos ao teste das correlações de *Spearman* entre a escala de literacia em saúde e as respetivas dimensões com as três variáveis sociodemográficas supramencionadas. No que concerne ao **tempo de diagnóstico**, é possível averiguar que esta não se correlaciona nem com a literacia em saúde, nem com as suas dimensões. Relativamente à **idade**, verificamos correlações negativas moderadas e fracas com o total do ILS-P ( $r = -.401, p < .01$ ), com a dimensão dos cuidados de saúde ( $r = -.296, p = .01$ ), da prevenção da doença ( $r = -.472, p < .01$ ) e com a promoção da saúde ( $r = -.359, p < .01$ ). Neste sentido, os valores indicam que à medida que a idade diminui, maior será a predisposição do mesmo para ter cuidados relativos com a sua saúde, com a prevenção das doenças e com a promoção de comportamentos em prol da sua saúde, o que prediz níveis mais elevados de conhecimentos a nível da saúde na sua generalidade.

Pelo contrário, no que à variável das **habilitações literárias** diz respeito, verifica-se uma correlação positiva e moderada transversal aos níveis e dimensões de literacia em saúde, à exceção do fator de cuidados de saúde. Face ao exposto, quanto maior forem as habilitações literárias dos sujeitos, maior será o seu nível de literacia em saúde ( $r = .314, p < .01$ ), do mesmo modo que estará predisposto a ter comportamentos de prevenção da doença ( $r = .352, p < .01$ ) e de promoção da saúde ( $r = .293, p < .01$ ). Assim, sujeitos com níveis de escolaridade mais avançados apresentam níveis de literacia mais elevados a nível geral, demonstrando

também uma maior predisposição para o que remete para a prevenção das doenças e promoção da saúde.

Tabela 12  
Correlações de Spearman entre o ILS-P com a Idade, Tempo de diagnóstico e Habilitações literárias

	Idade	Tempo de diagnóstico	Habilitações literárias
1. ILS-P - total	<b>-.401**</b>	-.160	<b>.314**</b>
2. ILS-P-CS	<b>-.296**</b>	-.084	.186
3. ILS-P-PD	<b>-.472**</b>	-.172	<b>.352**</b>
4. ILS-P-PS	<b>-.359**</b>	-.164	<b>.293*</b>

Notas. a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos.

\*p < .05. \*\*p < .01. \*\*\*p < .001.

### 3.3.1. Diferenças nos níveis de adesão ao tratamento

Recorrendo ao teste das diferenças, pretendeu-se averiguar se existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis em estudo, iniciando-se a análise com variáveis de cariz sociodemográfico, nomeadamente o género, as habilitações literárias e a satisfação com a informação.

Com auxílio do teste *t* de *Student*, verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de adesão e a variável **género** [ $t(74) = 0.69, p = .50$ ], apesar do sexo masculino evidenciar valores mais elevados no que concerne à média, isto é, um  $M = 5.56$  ( $SD = 0.40$ ), indicando, conseqüentemente, um maior nível de adesão quando comparado com o sexo feminino que obteve uma média de  $5.49$  ( $SD = 0.48$ ).

Tabela 13  
Resultados do Teste *t* da Escala MAT em Função do Género

Escala	Masculino		Feminino		<i>T</i>	<i>p</i>	95% CI	
	<i>n</i>	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>n</i>	<i>M</i> ( <i>SD</i> )			<i>LL</i>	<i>UL</i>
MAT	31	5.56 (0.40)	45	5.49 (0.48)	0.69	.50	-0.14	0.28

Notas. LL = limite inferior; UL = limite superior.

Posteriormente foram testadas outras variáveis, nomeadamente a adesão ao tratamento e as **habilitações literárias** de cada pessoa, com recurso à ANOVA. Deste modo, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre a adesão terapêutica e a escolaridade básica e superior [ $F(2,73) = 2.90$ ]. De salientar que existem apenas algumas diferenças nas respetivas médias, em que até ao 4º ano a média é de  $5.68$  ( $SD = 0.29$ ) e do 6º ao 9º ano de escolaridade a média é de  $5.50$  ( $SD = 0.35$ ) e do 12º ano ao mestrado a respetiva média apresenta um valor igual a  $5.39$  ( $SD = 0.58$ ).

Desta forma, recorreu-se ao teste de *Bonferroni* com intuito de verificar as comparações que existem entre os grupos definidos para analisar a presente variável, observando-se que é no grupo cuja escolaridade foi efetuada até ao 4º ano que tais diferenças se manifestam ( $p =$

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

.05), isto é, são os sujeitos com escolaridade mais baixa que apresentam maiores níveis de adesão aos tratamentos prescritos.

Tabela 14  
Comparação das médias entre o MAT e as Habilitações Literárias

		Teste de Comparação de Médias				F	p
		M	(SD)	Diferenças entre médias	p		
MAT- Total	Até ao 4º ano	Do 6º ano ao 9º ano		5.68	0.29	.18	.44
		Do 12º ano à Licenciatura				.30	<b>.05*</b>
	Do 6º ano ao 9º ano	Até ao 4º ano		5.50	0.35	-.18	.44
		Do 12º ano à Licenciatura				.12	1.00
	Do 12º ano à Licenciatura	Até ao 4º ano		5.39	0.58	-.30	<b>.05*</b>
		Do 6º ano ao 9º ano				-.12	1.00

Notas. a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos para \*p < .05. Os valores que se repetem derivam da comparação entre grupos do teste de *Bonferroni*.

Relativamente à variável **satisfação com a informação** que os participantes têm relativamente à temática da HTA, é possível constatar que não há a evidência de resultados estatisticamente significativos, o que é possível verificar na tabela 15 [F(2,72) = 0.28]. A média mais baixa é exibida pela opção “muito insatisfeito” (M = 5.29), já a mais elevada é representada pela opção “nem satisfeito, nem insatisfeito” (M = 5.64, SD = 0.31).

Tabela 15  
Resultados do Teste ANOVA da Escala MAT em Função do Grau de Satisfação com a Informação

Escala	Muito insat.	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisf.	F	p
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
MAT	5.29 —	—	5.64 (0.31)	5.51 (0.49)	5.47 (0.29)	0.28	.36

Notas. Muito insat. = muito insatisfeito; Muito satisf. = muito satisfeito; LL = limite inferior; UL = limite superior.

### 3.3.2. Diferenças nos níveis de literacia em saúde

No tópico que se segue pretendeu-se analisar as diferenças entre os níveis de literacia em saúde (ILS-P) em função das variáveis descritas no ponto supracitado, ou seja, segundo o género, as habilitações literárias, e com a satisfação com a informação que cada inquirido apresentava.

No que concerne à variável **género**, verifica-se que na escala ILS-P total não existem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros [t(74) = 1.07, p = .29], ainda que a média se apresente ligeiramente mais elevada no sexo masculino (M = 2.94, SD = 0.33), em detrimento do sexo feminino (M = 2.86, SD = 0.28). Verifica-se, do mesmo modo, que na

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

dimensão dos cuidados de saúde também não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da variável género [ $t(74) = 0.36, p = .72$ ], apesar do sexo masculino evidenciar uma média ligeiramente mais elevada ( $M = 3.05, SD = 0.30$ ) que o sexo oposto. Relativamente à dimensão da prevenção da doença, os resultados apontam, novamente, para a não existência de diferenças estatisticamente significativas [ $t(74) = -0.01, p = .99$ ], apresentando, no entanto, médias iguais para ambos os sexos, cujo valor é de 2.80. Contrariamente acima descrito, na dimensão da promoção da saúde em função do género, há diferenças estatisticamente significativas [ $t(74) = 2.22, p = .03$ ], sendo que o sexo masculino apresenta uma média superior ( $M = 2.95; (SD = 0.50)$ ) ao sexo oposto  $M = 2.76 (SD = 0.26)$ . Neste sentido, podemos concluir que os sujeitos do sexo masculino apresentam maiores níveis de literacia em saúde, na dimensão da promoção da saúde, comparativamente aos sujeitos do sexo feminino.

Tabela 16

*Resultados do Teste t do Questionário ILS-P em Função do Género*

Escala	Masculino		Feminino		T	p	95% CI	
	M	(SD)	M	(SD)			LL	UL
ILS-P	2.94	(0.33)	2.86	(0.28)	1.07	.29	-0.06	0.22
ILS-P-CS.	3.05	(0.30)	3.02	(0.36)	0.36	.72	-0.13	0.18
ILS-P-PD.	2.80	(0.39)	2.80	(0.37)	-0.01	.99	-0.18	0.18
ILS-P-PS.	2.95	(0.50)	2.76	(0.26)	2.22	.03*	0.02	0.37

*Nota.* ILS-P = Inquérito de Literacia em Saúde; ILS-P-CS = Inquérito de Literacia em Saúde, dimensão cuidados de saúde; ILS-P-PD = Inquérito de Literacia em Saúde, dimensão prevenção da doença; ILS-P-PS = Inquérito da Literacia em Saúde, dimensão promoção da saúde.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

Na tabela 17 encontram-se os valores correspondentes às **Habilitações literárias**, onde se pode apurar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, à exceção da dimensão dos cuidados de saúde cujo  $p < .05$ . Os resultados indicam que os sujeitos que referem habilitações literárias correspondentes ao 12º ano e superiores ( $M = 3.01, SD = 0.33$ ) têm maiores níveis de literacia em saúde [ $F(2,47.16) = 4.51$ ], ao invés do grupo de escolaridade inferior ( $M = 2.83, SD = 0.28$ ). Tal é verificado aquando da realização do teste de comparação de médias, ANOVA, tendo como particular linha orientadora o teste de *Bonferroni* para analisar as variáveis em estudo.

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

Neste sentido, é de notar os sujeitos com escolaridade superior ao 12º ano que, para o teste anteriormente mencionado, apresentam um valor de  $p < .01$ , tendo os restantes grupos não manifestado qualquer nível de significância.

Tabela 17

*Comparações de médias do Inventário da Literacia em Saúde em Função das Habilitações Literárias*

				Teste de Comparação de Médias		F	p		
		M	(SD)	Diferenças entre médias	p				
ILS-P- Total	Até ao 4º ano	Do 6º ano ao 9º ano			-.11	.51	4.51	.00*	
		Do 12º ano à Licenciatura		2.77	0.19	-.25			.01*
	Do 6º ano ao 9º ano	Até ao 4º ano			.11	.51			
		Do 12º ano à Licenciatura		2.88	0.32	-.13			.31
	Do 12º ano à Licenciatura	Até ao 4º ano			.25	.01*			
		Do 6º ano ao 9º ano		3.01	0.33	.13			.31

*Notas.* a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

Os valores que se repetem derivam da comparação entre grupos do teste de *Bonferroni*.

De forma oposta, para um nível de significância de 95%, para a dimensão dos cuidados de saúde [ $F(2,73) = 1.85$ ] e da promoção da saúde [ $F(2,43.16) = 2.37$ ] do ILS-P, não se verificam diferenças estatisticamente significativas. Relativamente aos cuidados de saúde, as médias variam entre grupos somente ligeira. Para o grupo entre o 6º e o 9º ano de escolaridade a média é de 3.07 ( $SD = 0.36$ ), já para o grupo entre o 12º ano e os restantes anos o valor da respetiva média é de 3.09 ( $SD = 0.35$ ). Na promoção da saúde o grupo até ao 4ºano e entre o 6º e o 9º ano de escolaridade apresenta uma média inferior ( $M = 2.72$ ,  $SD = 0.17$ ;  $M = 2.82$ ,  $SD = 0.49$ , respetivamente) quando comparado com o grupo entre o 12º ano e o mestrado ( $M = 2.95$ ,  $SD = 0.38$ ), pelo que é possível inferir que os sujeitos do segundo grupo têm mais competências no âmbito da promoção da saúde do que os inquiridos que pertencem ao primeiro grupo. A dimensão da prevenção da doença apresenta diferenças estatisticamente significativas em função do género [ $F(2,48.33) = 6.55$ ], isto é, o grupo entre o último grupo (12º ano até à Licenciatura) ( $M = 2.99$ ,  $SD = 0.41$ ), comparativamente com o grupo entre o 4º ano e 9º ano de escolaridade, apresenta maiores níveis de literacia em saúde no que toca à prevenção da doença.

Face ao exposto, recorrendo ao teste de *Bonferroni* para a comparação de médias, as conclusões supracitadas são verificadas em qualquer um dos grupos, tendo maior pertinência analisar a dimensão da prevenção da doença face à sua significância. Desta forma, constata-se que são os sujeitos pertencentes ao grupo com escolaridade entre o 6º ano e o 9º ano que apresentam maiores níveis de prevenção da doença ( $p < .05$ ), o que se verifica também no

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

grupo cuja escolaridade é superior ao 12º ano de idade, manifestando um  $p = .04$ . Assim, é possível apurar que com o aumento do nível de escolaridade, os sujeitos mobilizam mais comportamentos a nível preventivo face às doenças.

Tabela 18

*Comparações de médias das Dimensões do Inventário da Literacia em Saúde em Função das Habilitações Literárias*

				Teste de Comparação de Médias		F	p
		M	(SD)	Diferenças entre médias			
					p		
ILS-P-CS	Até ao 4º ano	Do 6º ano ao 9º ano		2.92	0.26	-.15	.36
		Do 12º ano à Licenciatura				-.17	.24
	Do 6º ano ao 9º ano	Até ao 4º ano		3.07	0.36	.15	.36
		Do 12º ano à Licenciatura				-.02	1.00
	Do 12º ano à Licenciatura	Até ao 4º ano		3.09	0.35	.17	.24
		Do 6º ano ao 9º ano				-.02	1.00
ILS-P-PD	Até ao 4º ano	Do 6º ano ao 9º ano		2.64	0.26	-.95	1.00
		Do 12º ano à Licenciatura				-.34	.00*
	Do 6º ano ao 9º ano	Até ao 4º ano		2.74	0.35	.95	1.00
		Do 12º ano à Licenciatura				-.25	.04*
	Do 12º ano à Licenciatura	Até ao 4º ano		2.99	0.41	.34	.00*
		Do 6º ano ao 9º ano				.25	.04*
ILSP-P-PS	Até ao 4º ano	Do 6º ano ao 9º ano		2.72	0.17	-.09	1.00
		Do 12º ano à Licenciatura				-.23	.10
	Do 6º ano ao 9º ano	Até ao 4º ano		2.82	0.49	.09	1.00
		Do 12º ano à Licenciatura				-.13	.62
	Do 12º ano à Licenciatura	Até ao 4º ano		2.95	0.38	.23	.10
		Do 6º ano ao 9º ano				.13	.62

Notas. a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

Os valores que se repetem derivam da comparação entre grupos do teste de *Bonferroni*.

No que diz respeito à **satisfação com a informação**, pode-se verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas no que refere aos níveis de literacia em saúde bem como aos seus respetivos domínios. Assim, pode-se verificar que o facto dos sujeitos estarem insatisfeitos ou satisfeitos com a informação acerca da sua patologia não interfere nos níveis de literacia em saúde em geral [ $F(2,72) = 1.10$ ], assim como no domínio dos cuidados de saúde [ $F(2,72) = 1.84$ ], na prevenção da doença [ $F(2,72) = 0.87$ ] e na promoção da saúde [ $F(2,72) = 1.71$ ]. De notar ainda que a média mais alta se centra na resposta “muito satisfeito” no domínio total ( $M = 2.98$ ;  $SD = 0.30$ ) do ILS-P e nos restantes fatores que compõem o referido questionário (ILS-P-CS,  $M = 3.20$ ,  $SD = 0.30$ ; ILS-P-PD,  $M = 2.87$ ,  $SD =$

0.42; ILS-P-PS,  $M = 2.85$ ,  $SD = 0.27$ ). Já a resposta que evidencia uma média mais inferior é o “muito insatisfeito”, salientando o domínio da promoção da saúde ( $M = 2.13$ ).

Tabela 19

*Resultados do Teste ANOVA para o ILS-P em Função da Satisfação com a Informação*

Escala	Muito ins.	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito sat.	F	p
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
ILS-P	2.47	–	2.81 (0.22)	2.89 (0.31)	2.98 (0.30)	1.10	.79
ILS-P-CS	2.68	–	3.16 (0.27)	3.00 (0.34)	3.20 (0.30)	1.84	.73
ILS-P-PD	2.60	–	2.59 (0.26)	2.81 (0.38)	2.87 (0.42)	0.87	.90
ILS-P-PS	2.13	–	2.67 (0.18)	2.87 (0.41)	2.85 (0.27)	1.71	.61

*Notas.* Muito insat. = muito insatisfeito; Muito satisf. = muito satisfeito; LL = limite inferior; UL = limite superior.

#### 4. Discussão dos Resultados

Não descurando a multiplicidade de definições que dão significado ao conceito de doença crónica, é de salientar as características que comumente se destacam de forma transversal a todas elas, ou seja, as modificações permanentes que se evidenciam no processo vital dos sujeitos portadores das mesmas (Oliveira, Sá & Freitas, 2013; Ventura, 2016). Nos dias de hoje, e segundo o serviço nacional de saúde, as patologias cuja índole se manifesta crónica, são a principal causa da mortalidade na Europa, chegando aos 80%. Na sua maioria, tal prevalência deve-se a um conjunto de condicionantes quer individuais, quer de nível social, como por exemplo o sedentarismo, a obesidade e a alimentação desadequada, entre outros (SNS, 2018). Mais particularmente, falando na população portuguesa, os dados têm vindo a indicar que, apesar de haver maior longevidade, os sujeitos evidenciam, no final da vida, uma maior taxa de patologias, nomeadamente doenças crónicas (SNS, 2018). A conjugação das variáveis anteriormente referidas conduziu a novos olhares perante tal enfermidade, o que, por consequência, mobilizou os serviços de saúde a atenderem aos novos desafios a nível dos cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde (SNS, 2018).

Constituindo-se como uma patologia cuja predominância a denomina como um dos mais relevantes problemas de saúde pública das sociedades atuais, a HTA, assume-se como um fator lacunar nas causas de morbilidade a nível mundial, sendo a principal responsável pelo despoletar de doenças cardiovasculares (Silva, Oliveira & Pierin, 2016). Concomitantemente ao acima referido, devido à panóplia de características peculiares que a HTA assume, esta tem constituído um desafio para os profissionais de saúde, pois o controlo da doença, na maioria das vezes, vai para além do seu alcance, incumbindo aos portadores desta um papel ativo (Silva et al., 2016). Desta forma, surge a necessidade de definir estratégias fundamentais e necessárias que visem a adesão terapêutica, uma vez que, quer a terapêutica

farmacológica, devido à duração da doença, quer a terapêutica não farmacológica, devido à mudança atroz dos estilos de vida, se tornam, na maioria dos casos, ineficazes e insuficientes (Gusmão et al., 2009; Silva et al., 2016). Na grande maioria, é de salientar, que a não adesão à terapêutica se encontra relacionada com uma imensidão de variáveis que predizem o seu sucesso ou insucesso no tratamento, sendo algumas delas os níveis socioeconómicos, as habilitações literárias dos sujeitos, a complexidade do regime terapêutico e a satisfação com a informação que lhe é passada pelos profissionais da área da saúde (Gusmão et al., 2009).

Assim, os diferentes autores que se propõem em estudar a presente área, concordam que é fulcral ter como objetivo que os tratamentos para a hipertensão visem limar as lacunas que põem esta patologia como a principal causa de risco para a propagação de diversas doenças, como por exemplo as patologias de ordem cardíaca, ou seja, pretende-se que estas diminuam a mortalidade e morbilidade que intitula a mesma (Gusmão et al., 2009; Pinto & Martins, 2017).

O estudo aqui exposto tem como principal intuito compreender em que medida se relacionam os níveis de literacia em saúde, tendo por base o a adesão ao tratamento dos sujeitos com hipertensão arterial. Assim e aludindo ao tópico anteriormente descrito, os resultados, torna-se fulcral elaborar uma análise e dar resposta aos objetivos que foram delimitados para a presente investigação. Posteriormente, serão expostas algumas limitações de natureza metodológica, bem como alguns aspetos a melhorar e sugestões com vista a contribuir para a melhoria na construção de pesquisas e intervenções futuras.

#### **4.1. Adesão à terapêutica**

De modo a perceber o nível de adesão à terapêutica da amostra do presente estudo, foi selecionado o instrumento MAT, que nos permitiu compreender alguns aspetos quando focamos a temática do cumprimento da prescrição ao regime terapêutico.

Face ao exposto, importa, agora, analisar os resultados obtidos face ao regime de adesão terapêutica, mais especificamente ao tratamento farmacológico. De um modo mais geral, torna-se oportuno referir uma média de 5.5 o que, perante uma pontuação máxima de 6, indica bons níveis de adesão ao tratamento. Como se pode observar por outros estudos elaborados na área, os nossos resultados, perante o conjunto de condições a que foi elaborado, quando comparado com a investigação de Ferreira, Graça e Calvino (2016) que obteve uma média de 5.63 num total de 332 pessoas, não fica aquém do mesmo. O mesmo se pode verificar num estudo realizado por Silva (2013), que numa amostra de 101 sujeitos, a média de medida de adesão ao regime terapêutico medicamentoso não ultrapassa os 42%. Ainda de notar que nos estudos acima referidos, não são apresentadas quaisquer associações com variáveis sociodemográficas.

No que a estas últimas diz respeito, importa aludir, desde já, ao género, uma vez que, segundo vários autores é uma variável que pode ter, em certa medida, algum tipo de impacto

na adesão ao tratamento da HTA (Freitas et al., 2001; Pierin, Jr, Fukushima, Pinto & Kaminaga, 2001). Neste sentido, um estudo feito por Radovanovic e colaboradores (2014) corroboram os resultados da presente pesquisa, evidenciando que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre mulheres e homens. Tal vai ao encontro do objetivo 1 definido na presente pesquisa cujos resultados demonstram a não existência de uma associação com a adesão terapêutica. Num estudo de Vermeire e colaboradores (2001), verifica-se, novamente, tal pressuposto. Contrariamente ao acima referenciado, uma panóplia de investigadores afirma existirem dissemelhanças entre os sexos, afirmando que as mulheres apresentam melhores valores nos níveis de adesão quando comparadas com os homens, enunciando que estes são menos preocupados e atentos a questões desse foro (Pereira & Silva, 2002; Sousa, Peixoto & Martins, 2008).

Um outro fator que é preconizado por outros estudos e que é fundamental referir passa pelos comportamentos de saúde em que vários estudos em que são as mulheres que se pautam por uma boa adesão no que concerne à adoção de comportamentos saudáveis, nomeadamente a alimentação e o exercício físico (Sarquis et al., 1998; Polónia, Ramalinho, Martins & Saavedra, 2006; Carragueta, 2008). No presente estudo somente a adoção de comportamentos de alimentação saudáveis são maioritariamente efetuados pelas mulheres, ao passo que a prática de exercício físico é, maioritariamente, adotada pelos sujeitos do sexo masculino. Ao encontro desta abordagem, é de referir, também, um estudo elaborado por Silva, Oliveira & Pierin (2016), que apresenta que os sujeitos do sexo feminino têm um maior controlo da pressão arterial do que os homens, o que é, também, corroborado pelos resultados obtidos neste estudo.

Para além do supracitado, outra premissa que se torna curioso constatar, passa pela problemática do esquecimento ser um fator na explicação da não adesão à terapêutica medicamente prescrita. Horne e colaboradores (2005), determinam o fator esquecimento como uma das grandes causas para os sujeitos não aderirem adequadamente aos tratamentos. O mesmo parece também ser ponto de interesse na nossa investigação, pois é o item que mais baixo pontua na escala de Medida de Adesão ao Tratamento, o que pode significar um nível reduzido de adesão. No que concerne à idade dos participantes, autores diversos defendem que esta variável tende a dificultar a adesão à terapêutica à medida que os anos avançam, isto é, que sujeitos mais velhos têm menores níveis de adesão à terapêutica (Polónia et al., 2006; Carragueta, 2008). Tal resultado não vai ao encontro dos encontrados na presente pesquisa, uma vez que, foi encontrada uma relação entre a presente variável e a escala MAT, apontando para que à medida que a idade aumenta, a adesão ao tratamento também é maior. Um estudo de Macedo e colaboradores (2007) apontam, também, para os mesmos resultados, enunciando que a adesão ao tratamento vai aumentando com a idade. Ainda que existam múltiplos estudos que abordem esta temática, nomeadamente esta variável sociodemográfica, os resultados nem todos se encontram consensuais devido às múltiplas teorias que abordam o estado desenvolvimental do ser humano. Deste modo, importa

salientar a que mais vai ao encontro dos resultados por nós obtidos, em que a adesão à terapêutica medicamentosa é explicada pela forma idiossincrática da idade ao encarar a doença, isto inclui a forma como gerem a doença e com fatores de manutenção da saúde. Araújo e Garcia (2006), postulam que à medida que a idade aumenta, as pessoas tendem a preocupar-se mais com a sua saúde, bem como com os tratamentos possíveis para as suas patologias. De forma mais específica, há uma diversidade de estudos que relaciona a HTA com estados avançados do desenvolvimento humano, denotando que a partir dos 40 anos, os sujeitos com esta patologia, apresentam maiores taxas no que indica aos comportamentos de adesão (Oliveira & Oliveira, 2013). Em comparação com indivíduos de faixas etárias mais jovens que apresentam mais despreocupação das consequências que advêm das patologias, os sujeitos mais velhos denotam uma maior perceção do desenvolvimento de doenças, o que, conseqüentemente, leva a que adotem comportamentos mais preventivos no que respeita aos comportamentos relacionados com os cuidados de saúde, que, muitas vezes, passa por aderir eficazmente aos tratamentos (Sarafino, 2002; WHO, 2003a; Araújo & Garcia, 2006; Macedo et al., 2007; Oliveira & Oliveira, 2013).

Quando analisado, no presente estudo, o nível de escolaridade, é perceptível que existem diferenças significativas com a adesão ao tratamento, em que são os sujeitos até ao 4º que denotam um maior cumprimento da terapêutica prescrita. Autores como Motter, Olinto & Paniz (2015) preconizam que as informações dadas pelo médico e a forma como as mesmas lhe são transmitidas é uma parte fulcral para uma adesão correta e eficiente ao tratamento médico, favorecendo a compreensão de parte a parte no decorrer da consulta. Porém, outros autores como Bastos (2012), reconhecem o nível de escolaridade como algo desnecessário para que os sujeitos adiram de forma competente às prescrições médicas, postulando, ainda, que apesar de ser importante não é uma variável determinante. A mesma autora, no estudo que conduziu, constatou, de igual forma, que pessoas com baixa escolaridade ou analfabetas, conseguiam acatar a informação de forma equivalente, quando comparadas com sujeitos com níveis de escolaridade mais avançados. Assim, tais resultados apresentados por Bastos (2012), vão ao encontro do objetivo 2 acima definido, que enunciava a possível existência de diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de adesão ao tratamento farmacológico receitado pelo médico e as habilitações literárias. De forma a fomentar a não relação destas variáveis, importa ainda mencionar que, sujeitos cuja escolaridade é precária, tendem a utilizar outro tipo de estratégias como reconhecer a medicação, fixar os nomes ou algo que os identifique, bem como colocá-los em lugares distintos (Bastos, 2012).

No objetivo 3, propusemos analisar a relação que existia entre o tempo de diagnóstico e a adesão ao tratamento, não obtendo, assim, quaisquer diferenças estatisticamente significativas, ainda que o nosso estudo apresentasse uma amplitude de anos considerável, não podemos afirmar que o tempo de diagnóstico está associado a uma melhor ou pior adesão terapêutica. Estudos neste âmbito tendem a contradizer o supracitado, referindo a importância desta variável como fundamental para uma boa adesão ao regime terapêutico,

uma vez que sujeitos com um diagnóstico de mais anos, olham para as prescrições médicas como uma medida a adotar indiscutivelmente, o que, na maioria das vezes, é transversal às doenças crónicas na sua generalidade (Ross, Walker & MacLeod, 2004; Matos, Alfonso & Veia, 2007).

## **4.2. Literacia em Saúde**

Foi, igualmente, objetivo de estudo os níveis de Literacia em Saúde e a forma como estes podem ter impacto e influenciar ou não a adesão ao regime terapêutico na HTA.

No que diz respeito à relação que existe entre os níveis de literacia em saúde e as suas dimensões com as habilitações literárias, é de notar que, no presente estudo, se verificam diferenças estatisticamente significativas, à exceção da dimensão dos cuidados de saúde. Assim, o objetivo 4 e 7 são confirmados, remetendo para a existência de uma relação direta entre os níveis de escolaridade com a literacia em saúde e a dimensão da promoção de saúde, em sujeitos portadores de HTA. À medida que os níveis de escolaridade aumentam, os conhecimentos sobre a temática da HTA também aumentam e vice-versa. Ao comparar os resultados obtidos neste domínio com outros estudos postulados, encontramos dados congruentes com os obtidos, nomeadamente o estudo de Madeira (2015) que aponta, também, para uma correlação positiva entre as variáveis supracitadas. Outro estudo que importa referir é o de Araújo e colaboradores (2018), que enuncia e que dá ênfase ao facto da temática necessitar, em grande medida, uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde, pois as pessoas cujo nível académico se manifesta baixo, são as que do mesmo modo possuem menos recursos e competências nos domínios que esta área acomete. Deste modo, o objetivo 7 não é corroborado por este estudo, uma vez que o mesmo apresenta diferenças significativa na dimensão da promoção da saúde, enfatizando as dificuldades dos sujeitos com baixa escolaridade no domínio de competências da prevenção da doença e da promoção da saúde (Araújo et al., 2018).

Face à complexidade e precariedade que predomina hoje em dia relativamente à temática da literacia em saúde, torna-se fulcral olhar para os resultados obtidos no presente estudo, à luz de outros realizados no âmbito da presente temática. Um estudo de Araújo e colaboradores (2018) com uma população de hipertensos apresenta algumas conclusões nesse sentido, usando o instrumento *European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT)*, que, em certa medida, corroboram os resultados acima expostos. Também no estudo desses autores a amostra apresenta níveis de literacia inadequados, exceto na dimensão de cuidados de saúde, cujos resultados se centram nos níveis problemáticos. Face ao nosso estudo, é sobretudo nos níveis problemáticos que os sujeitos se situam, à exceção da prevenção da doença que obtém resultados satisfatórios para essa dimensão. Tal facto pode, talvez, ser melhor explicado por estarmos presente uma amostra clínica, cujo propósito dos participantes é sobretudo prevenir o não aparecimento de mais patologias ou do agravamento da atual. No entanto, e ainda que

os resultados não possam ser generalizados, pode, a nosso ver, ser algo preocupante uma vez que são obtidos resultados bastante idênticos entre amostras ditas saudáveis (não clínicas) e a presente amostra que é na sua totalidade clínica, isto é, 76 sujeitos que padecem de HTA e, em alguns casos, outras comorbidades. Assim, é possível perceber que, face ao nosso estudo, não há uma relação de dependência entre as dimensões e a literacia em saúde na generalidade, ao passo que nos estudos de Araújo e colaboradores (2018), é verificada uma relação de interdependência diretamente proporcional (quando os conhecimentos numa dimensão aumentam, os conhecimentos gerais a nível da literacia também aumentam).

Níveis inadequados no que remete para a temática da literacia em saúde podem ser interpretados segundo um conjunto de variáveis que, nem sempre, são controláveis de forma direta. Na maioria dos casos esta classificação de literacia em saúde obtém-se nos grupos de idosos e nos mais desfavorecidos socioeconomicamente, podendo obedecer a um conjunto de circunstâncias como o baixo ímpeto que os serviços preventivos têm, o controlo deficitário da cronicidade das patologias, baixa adesão à medicação (o que neste estudo não se verifica), taxas de hospitalização elevadas e crescimento do nível das taxas de mortalidade (Apolinário et al., 2012). De salientar que, nos grupos de risco é crescente a recorrência a esse tipo de serviços, pelo que estão numerosos custos associados aos mesmos, explicando assim os níveis baixos de literacia (Apolinário et al., 2012). Um outro estudo realizado por Gonçalves (2015) vem corroborar o nosso, indicando que os sujeitos apresentam níveis de literacia em saúde predominantemente problemáticos.

Ainda relacionado com a temática anteriormente abordada, a satisfação com a informação apraz ao estudo também um carácter de uma importância evidente, uma vez que se trata de um estudo que acomete conhecimentos sobre saúde, mais especificamente sobre como mobilizá-los para a compreensão da HTA.

Neste sentido, os objetivos 5 (averiguar as diferenças entre o nível de satisfação da informação sobre a doença e o tratamento com os níveis de LS) e 8 (explorar a diferença entre a dimensão dos cuidados de saúde e os níveis de satisfação da informação) não apresentam diferenças estatisticamente significativas, isto é, a satisfação que os sujeitos têm com a informação sobre a patologia e os serviços não interfere nos níveis de literacia em saúde a nível geral nem na dimensão dos cuidados de saúde. Outros estudos como o de Araújo e colaboradores (2018) e Espanha e colaboradores (2015), vêm contrapor tais factos daqui resultantes, afirmando que o facto dos sujeitos apresentarem menores classificações nos níveis de literacia em saúde, faz com que estes estejam menos capacitados para compreender a informação que lhes chegue, nomeadamente informação que alude aos fatores de risco e principais determinantes da doença, pelo que tendem a utilizar essa panóplia de informações de forma menos eficiente e profícua. Por outro lado, e remetendo ainda para os objetivos supracitados, o mesmo estudo de Araújo (2018), afirma que, tendencialmente, quando os níveis de literacia em saúde são inadequados ou problemáticos,

os sujeitos têm maior predisposição para recorrer aos cuidados de saúde, pois não se sentem capazes para cuidar da sua condição, necessitando de um apporto profissional adequado. Tal leva a que os níveis de literacia aumentem e, conseqüentemente, a satisfação com a patologia e com o tratamento também ela aumente, obtendo-se um maior interesse pela procura e recolha de informação. Um estudo realizado por Howard, Sentell e Gazmararian (2006) mostra uma relação positiva entre níveis adequados de LS, isto é, uma compreensão e satisfação maior com as questões relacionadas com a doença, com os cuidados de saúde, o que difere das conclusões a que Friendland (1998, citado por Gonçalves, 2015) e a presente pesquisa obtiveram, enfatizando que a procura dos cuidados de saúde diminui quando os sujeitos têm informação e conhecimento precário sobre a sua patologia. Ainda a título de curiosidade, no mesmo estudo já mencionado, é descrito que a satisfação com a informação que chega às pessoas, é tanto maior se for o médico a fornecê-la, seguindo-se o enfermeiro como o profissional mais credível no estudo (Araújo et al., 2018).

Relativamente ao objetivo 6, em que nos propusemos em averiguar a relação entre os níveis de prevenção da doença e a idade, destaca-se uma correlação negativa. Os resultados da presente pesquisa, nesse sentido, dão-nos conta de que à medida que a idade dos sujeitos aumenta, os níveis de prevenção da doença tendem a diminuir e vice-versa, ou seja, pessoas mais velhas descuram mais comportamentos preventivos em relação às doenças. Estes dados denotam congruência com resultados de outras pesquisas face ao assunto supracitado, uma vez que esta premissa assume um papel justificativo para os idosos constituírem um dos grupos de risco relativamente à Literacia em Saúde e suas dimensões. Um estudo realizado por Pedro (2018), corrobora as conclusões retiradas dos resultados desta pesquisa para o presente objetivo, enfatizando, também, uma predisposição decrescente na sub-dimensão da prevenção da doença quando relacionada com a idade. Tal relação inversa pode ser explicada pela satisfação com a informação que é disponibilizada à pessoa, pois grande parte desta dimensão passa pelo papel que o sistema de saúde e que os seus profissionais desempenham no processo comunicacional. É importante que passem a mensagem adequada para que o sujeito assuma um papel ativo e de compreensão, permitindo-lhe agir e decidir com base na panóplia de opções que tem ao seu alcance. A mesma informação, quando aplicada à temática das doenças crónicas assume um papel ainda mais preponderante e decisivo face ao carácter heterogéneo e idiossincrático que estas assumem (Sudore et al., 2009). Desta forma, a literatura aponta para a necessidade de um sistema de saúde mais incisivo e proativo na disseminação da informação, de modo a que as respostas às necessidades da Literacia em Saúde sejam dadas de forma profícua e que cheguem a todas as populações, direcionando a sua atuação com vista a anular as necessidades das mesmas, tornando a prevenção uma intervenção também ela de primeira linha para que a afluência aos cuidados de saúde diminua (Sudore, 2009; Sorensen et al., 2015).

Também a Direção Geral de Saúde (2019), enfatiza a relevância que a LS assume nas diferentes fases do ciclo vital, assumindo as diferenças que se manifestam desde a concepção

da vida ao envelhecimento. Neste sentido, toma a literacia como uma oportunidade de promoção da saúde, transversal ao desenvolvimento maturacional a que os sujeitos vão estando expostos. Apesar de promover o autocuidado e a propagação de uma vida saudável, infere a importância de acompanhar os estados de desenvolvimento, pelo que os dados mostram que a promoção da saúde e a prevenção da doença estão mais presente em idades menos avançadas, ao passo que idades mais maduras descurem em grande medida essas dimensões, focando-se, sobretudo no autocuidado e gestão da doença (DGS, 2019).

Como forma de sumarizar esta temática, torna-se interessante olhar para a generalidade de estudos que acomete esta temática à população portuguesa, evidenciando que Portugal se encontra entre os países Europeus que mais elevada Literacia em Saúde exhibe, apresentando valores que indicam que metade da população tem um índice de LS, na sua generalidade, acima de 50%, seguindo-se países como a Holanda e a Irlanda cujas percentagens disparam para acima de 60% (Espanha et al., 2015). Relativamente às dimensões que incluem a LS, os cuidados de saúde, a prevenção da doença são os que mais limitações apresentam, denotando-se a promoção da saúde que, apesar de se situar num nível também ele inadequado/problemático, evidencia melhores resultados no que concerne à temática. Estes resultados significam que, ainda que haja uma compreensão, por parte da população portuguesa, na importância das respetivas dimensões, estas ainda são descuidadas em grande escala, levando a que sejam constituídos grupos de risco e um conjunto de variáveis que interferem nos resultados em grande medida (Espanha et al., 2015).

### **4.3. Principais Limitações do estudo**

No decorrer deste trabalho houve a oportunidade de nos depararmos com um conjunto de evidências que, se por um lado ajudaram na construção dos requisitos que a compõem, por outro despoletaram situações lacunares no desenvolvimento da mesma. Desta forma, urge agora a necessidade de ponderar os resultados obtidos a fim de identificar algumas limitações, valências e perspetivas futuras neste âmbito que, no nosso ponto de vista, devem ser tomadas em consideração. Primeiramente, é de ressaltar o facto de a amostra pertencer a um contexto exclusivamente clínico, nomeadamente aos sujeitos que frequentam as consultas de Hipertensão Arterial do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira. Tal circunstância atenta para a importância de não descuidarmos, na interpretação dos resultados, os fatores socioculturais que mais predominam na região onde o contexto de recolha se situa. Neste sentido, em estudos posteriores, ou na replicação do mesmo, tornar-se-á pertinente aplicar-se os mesmos questionários a uma amostra probabilística que, neste caso, não ocorreu, não podendo generalizar-se a outras populações. Será pertinente, num futuro, conseguir uma maior representatividade da amostra a nível geográfico. Ainda no âmbito da generalização dos resultados, é de ter em conta que muitos dos indivíduos com HTA não têm qualquer acompanhamento médico ou farmacológico, pelo que os resultados, mais uma vez, devem ser interpretados com precaução. Outra questão passa pela extensão que o protocolo de

investigação apresentava, o que obrigava a despende muito tempo na sua aplicação, o que, conseqüentemente, dificultava e impossibilitava, na maioria dos casos, a sua administração a todos os sujeitos que frequentavam a consulta. De salientar que alguns indivíduos apresentavam algumas dificuldades de leitura e compreensão, pelo que em muitos casos foi a investigadora a aplicá-los a cada sujeito. Ainda referente à compreensão, de notar o ILS-P que apresentava uma linguagem bastante confusa e complexa na grande maioria dos itens que o compunham, pelo que, para pessoas com baixa literacia era bastante complexo.

A deseabilidade social, tal como na grande maioria dos estudos com estas características, constitui, também, um entrave, uma vez que pode contribuir para que a informação seja deturpada. A recolha dos questionários foi feita na sala de espera, na presença inevitável de outras pessoas, pelo que juntamente com as restantes interferências do próprio contexto pode ter contribuído para tal. Uma outra questão passa por grande parte dos sujeitos da referida amostra apresentarem patologias comórbidas e, conseqüentemente, tomar diversos tipos de medicação, pelo que os sujeitos podem se ter sentido compelidos a basear-se noutra patologia e tratamento que não a HTA. Esta questão pode também ser explicada pela faixa etária em que estes se posicionavam que, sendo ela bastante homogênea, implicou um nível de adesão ao tratamento elevado. Ainda no contexto da deseabilidade social, de enfatizar o formato dos questionários, de autorresposta, era propenso a que existissem efetivamente discrepâncias entre a realidade do sujeito e o que este transpunha para os questionários.

Um importante item que foi proposto a avaliar foi a satisfação com a informação, uma vez que acomete um significado e importante nas questões da Literacia em Saúde e na adesão ao tratamento, no entanto esta foi subvalorizada face à importância que denotava, pelo que seria interessante, em estudos da mesma índole, que esta fosse de alguma forma mais aprofundada.

#### **4.4. Implicações Futuras**

Face ao exposto torna-se fundamental, no futuro, elaborar mais estudos cujas amostras façam parte de uma componente clínica, uma vez que, segundo alguma revisão bibliográfica, sujeitos com determinadas patologias, sobretudo crónicas, têm maior tendência a apresentar níveis de literacia em saúde inadequados e, conseqüentemente, tal repercute-se nas conseqüências manifestantes das patologias. Deve-se, por isso, fomentar competências quer nos serviços de saúde, quer nos profissionais que os compõem, de modo a que estes serviços consigam prestar auxílio e intervir adequadamente nos problemas das populações, combatendo, assim os baixos níveis de literacia que Portugal apresenta. Mediante esta panóplia de resultados é, também, fulcral a construção de programas de educação para a saúde, construídos de forma adequada à idiosincrasia das patologias que mais carecem deste tipo de programa, nomeadamente as que cuja cronicidade prevalece. É importante que este

trabalho seja fomentado da base para o topo, ou seja, é fundamental instruir estas competências nos profissionais de saúde para que possam chegar às pessoas dos serviços de forma profícua e credível, pois são eles os principais e mais importantes disseminadores das componentes que envolvem a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Desta forma, importa ressaltar que, ainda que os resultados por este estudo obtidos não possam ser generalizados, considera-se que representam mais um contributo para a temática da LS, no entanto denota-se a importância da continuação da centralidade desta temática para que as necessidades dos sujeitos sejam atendidas com intervenções adequadas a cada problemática. Outro fator interessante para pesquisas futuras seria incluir outro tipo de variáveis que se adequem, igualmente, às vivências do mundo atual, como por exemplo perceber até que ponto as crenças que cada sujeito apresenta, influenciam ou não os seus níveis de Literacia em Saúde, bem como questões relativas à satisfação com a informação e com o tratamento, cujo intuito passaria por perceber como este fator influenciava a os níveis de adesão e literacia, fazendo-se acompanhar, também, por outras abordagens metodológicas de forma a fazer crescer a panóplia de possibilidades de análise face à temática.

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

## Referências Bibliográficas

- Apolinário, D., Braga, R., Magaldi, R., Busse, A., Campora, F., Brucki, S. & Lee, S. (2012). Short Assessment of health Literacy for Portuguese-Speaking Adults. *Revista de Saúde Pública*, 46(4), 702-711.
- Araújo, G. & Garcia, T. (2006). Adesão ao tratamento Anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(2), 529-272.
- Araújo, I., Jesus, R., Teixeira, M., Cunha, A., Santos, F. & Miranda, S. (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.
- Baker, D.W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878-883.
- Balbani, A., Formigoni, G., & Butugan, O. (1999). Tratamento da Epistaxe. *Revista da Associação Médica Brasil*, 45(2), 189-193.
- Bastos, S. F. (2012). *A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto.
- Brabers, A., Rademakers, J., Groenewegen, P., Dijk, L., & Jong, J. (2017). What role does health literacy play in patients involvement in medical decisionmaking? *Plos One*, 12, 1-8.
- Barreto, M., Reiners, A., & Marcon, S. (2014). Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. *Revista Latino-America de Enfermagem*, 22(3), 484-490.
- Benavente, A., Rosa, A., Costa, A. F., Ávila, P. (1995). *Estudo nacional de literacia: Relatório preliminar*. Universidade de Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, Lisboa.
- Bennet, I., Chen, J., Soroui, J. & White, S. (2009). The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Annals of family medicine*, 7(3), 204-211.
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J. & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Berlim, M. & Fleck, M. (2003). “Quality of life”: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(4), 249-252.
- Bezerra, A., Lopes, J., & Barros, A. (2014). Adherence of hypertensive patients to drug treatment, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4), 550-555.
- Bugalho, A. & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

- Cabral, M. V. & Silva, P.A. (2010). *A Adesão à Terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Cardoso, C. (1999). Group psychotherapy with diabetic and hypertenses patients in public health centers. *Revista de estudos de Psicologia*, 16(2), 5-15.
- Câmara, S. & Coletto, M. (2009). Estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença crónica: o contexto do cuidador. *Revista Diversitas- Perspectivas em Psicologia*, 5(1), 99-110.
- Carvalho, A. & Sousa, J. (2001). Cardiopatia Isquêmica. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 8, 297-305.
- Carvalho, M., Siqueira, L., Sousam A., & Jardim, P. (2013). The influence of Hypertension on Quality of life. *Arquivo Brasileiro de Cradiologia*, 100(2), 164-174.
- Carregata, M. (2008). Boletim Informativo do Clube Rei do Coração da Fundação Portuguesa de Cardiologia. *Fundação Portuguesa de Cardiologia*, 9, 1-12.
- Coleta, M. (1999). O modelo de crenças em saúde (HMB): uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. *Temas em Psicologia*, 7(2), 175-182.
- Cottier, c., Shapiro, K. & ulius, S. (1984). Treatment of mild hypertension with progressive muscle relaxation: predictive value of indexes of sympathetic tones. *Archives Imemational of Medicine*, 144, 1954-1958.
- Couto, A. (1998). O Modelo das Crenças em Saúde e a Teoria do Comportamento Planeado na Educação para a Saúde. *Revista Referência*, 1, 5-9.
- Cruz, R. (2017). Adherence therapy concept evolution. *Saúde & Tecnologia*, 18, 11-16.
- Delgado, A. & Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 81-100.
- Dias, A., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A. & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura. *Millenium*, 40, 201-219.
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2013). [Página Oficial da Direção Geral de Saúde]. Recuperada de <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pndccv-hta-pdf> .
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2016). *A Saúde dos Portugueses*. Lisboa: Direção Geral de saúde.
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2018). [Página Oficial da Direção Geral de Saúde]. Recuperada de <https://www.dgs.pt/?cr=11708>.
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Dumbar-Jacob, J. & Mortimer-Stephens, M. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 57-60.
- Duprez, D. (2010). Arterial Hypertension. *Contemporary Cardiology: Comprehensive Cardiovascular Medicine in the Primary Care Setting*, 25-58.

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

- Espanha, R., Àvila, P. & Mendes, R. (2015). *Literacia em Saúde em Portugal*. Fundação Caloust Gulbenkian, Lisboa.
- Fava, S., Teraoka, E., Oliveira, A., Calixto, A., Eid, L. & Veiga, E. (2014). Fatores relacionados à adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistémico. *Revista de Rede de Enfermagem de Nordeste*, 15(2), 354-361.
- Fawcett, S., Abeykoon, p., Aroa, M., Dobe, M., Galloway-Gilliam, L., Liburd, l. & Munodawafa, D. (2010). Construting na action agenda for community empowerment at the 7th Global Conference on Health Promotion in Nairobi. *Global Helath Promotion*, 17(4), 52-56.
- Ferreira, R., Graça, L. & Calvino, M. (2016). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 7-15.
- Figueiras, M. (2006). Psicologia da Doença vs. Psicologia da Saúde: a relevância dos modelos de senso comum. In L., Leal, *Perspetivas em Psicologia da Saúde* (99-116). Coimbra: Quarteto.
- Figueiredo, N. & Asakura, L. (2010). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(6), 782-787.
- Freitas, O., Carvalho, F., Neves, J., Veludo, P., Parreira, R., Gonçalves, R., Lima, S. & Bestetti, R. (2001). Prevalence of Hypertension in the Urban Population of Catanduva, in the State of São Paulo, Brazil. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 77(1), 16-21.
- Giorgi, D. (2006). Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 13 (1), 47-50.
- Golics, C., Khurshid, M., Barsa, A., Salek, M. & Finlay, A. (2013). The impacto of patient's chronic disease on family quality of life: na experience from 26 specialties. *International Journal of General Medicine*, 6, 787-798.
- Gonçalves, A. (2015). *Literacia em Saúde e utilização dos serviços de saúde* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico do Porto, Porto.
- Gorayeb, R. (2002). Psicologia e hipertensão. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 7(2), 185-187.
- Griffith, S. (1990). A review of the factos associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines. *British Journal of General Practice*, 40, 114-116.
- Griotto, E., Andrade, S., Cabrera, M. & Matsuo, T. (2013). Adesão ao trataemto farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciências & Saúde Coletiva*, 18(6), 1763-1772.
- Gusmão, J., Ginani, G., Silva, g., Ortega, K. & Mion, D. (2009). Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 16(1), 38-43.
- Haynes, RB., McKibbon, K. & Kanani, R. (1996). Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *The Lancet*, 348, 383-386.

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

- Haynes, RB., Sahota, E., McDonald, N. & Yao, X. (2008). Intervention for Enhancing Medication Adherence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1-127.
- Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R. & Morgan, M. (2005). *Concordance, Adherence and Compliance in Medicine Taking*. Brighton: NCCSDO.
- Howard, D., Sentell, T. & Gazmararian, J. (2006). Impacto f Health Literacy on Socioeconomic and Racial Differences in Health in na Elderly Population. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 857-861.
- Jardim, P. & Jardim, T. (2006). Modelos de estudo de adesão ao tratamento anti hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), 26-29.
- Jin, J., Sklar, G., Oh, S. & Li, S. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutic and Clinical Risk Management*, 4(1), 269-286.
- Kickbusch, I.; Maag, D.; Saan, H. (2005). *Enabling healthy choices in modern health societies*. Badgastein: European Health Forum.
- Labiano, M. & Brusasca, C. (2002). Tratamientos psicologicos en la hipertension arterial. *Interdisciplinaria*, 19(1), 85-97.
- Leite, S. & Vasconcellos, M. (2003). Adherence to prescribed therapy: points for concepts and presuppositions discussion. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(3), 775-782.
- Leopaci, J., Santos, I., Honorato, N., & Coqueiro, D. (2014). Traços de Personalidade de pessoas portadoras de hipertensão arterial crónica e doenças associadas. *Mudanças Psicologia da Saúde*, 2(1), 19-23.
- Leventhal, H., Diefenbach, M. & Leventhal, E. (1992). Illness cognition: Using common-sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-16.
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R. & Ferreira, R. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6)157-166.
- Macedo, M., Lima, M., Silva, A., Alcântara, P., Ramalinho, V. & Carmona, J. (2007). Prevalência, Conhecimentos, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26(1), 21-39.
- Macedo, M. & Ferreira, R. (2013). *A Hipertensão arterial em Portugal: Análise epidemiológica nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Madeira, T. (2015). *Conhecimentos dos portugueses sobre a Hipertensão Arterial* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Madira, T. (2015). *Conhecimento dos portugueses sobre a hipertensão arterial* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Magnabosco, P., Teraoka, E., Oliveira, E., Felipe, E., Freitas, D. & Marchi-Alves, L. (2015). Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

- arterial sistêmica em população urbana e rural. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 20-27.
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redón, J., Zanchetti, A., Böhm, M., ... Zannad, F. (2013). Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. *Journal of Hypertension*, 31, 1281-1357.
- Mark, L. (2009). Health literacy and the elderly. *Osteopathic Family Physician*, 1, 64-69.
- Martin, L., Williams, S., Haskard, K. & DiMatteo, M. (2005). The challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 1(3), 189-199.
- Matos, Y., Alfonso, L. & Veá, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(1), 1-8.
- Morais, I. & Catro, P. (2016). Psychological aspets in pacientes with hypertension and diabetes: denial of the condition. *Saúde Revista*, 16(43), 13-20.
- Motter, F., Olinto, M. & Paniz, V. (2015). Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: estudo com usuários de uma Farmácia Básica no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 31(2), 395-404.
- Nobre, F. (2010). VI Diretrizes brasileiras da hipertensão. *Revista Brasileira da Hipertensão*, 17(1), 1-64.
- Nolte, E. & Mckee, M. (2008). *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Ed. England: Open University Press.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as public health goal: challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2009). Definig and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?. *International Journal of Public Health*, 54(5), 303-305.
- Ogden, J. (2004). Crenças de Saúde, In Ogden, J, *Psicologia da Saúde* (26-61), Lisboa: Chimepsi.
- Oigman, W. (2014). Sinais e Sintomas em Hipertensão arterial. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 102(5),13-18.
- Oliveira, E. & Oliveira, J. (2013). Hipertensão Arterial: Fatores que interferem no seguimento do regime terapêutico. *Revista de Enfermagem*, 7(11), 6488-6497.
- Oliveira, A., Sá, M. & Freitas, A. (2013). Learning to Live with a Chronic Illness, without Thinking about Death. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*, 2(9), 326-334.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). (2015). Literacia em Saúde [Página Oficial OPP]. Recuperada de [http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/literacia\\_em\\_sa\\_de.pdf](http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/literacia_em_sa_de.pdf).
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2005). *Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital*. s.l.: Ed. Português: Formatos.
- Osterberg, L. & Blascke, T. (2005). Adherence to medication. *The England Journal of Medicine*, 353(3), 487-497.

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

- Pedro, A., 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.
- Patel, C., Marmot, M.G. & Terry, D. (1981). Controlled trial of biofeedback-aided behavioral methods in reducing mild hypertension. *British Medical Journal*, 282, 2005-2008.
- Pedro, A. (2018). *Literacia em Saúde: da gestão da informação à decisão inteligente* (Tese de Doutoramento). Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Pereira, M. & Silva, S. (2002). Atribuição desintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de Centro de Saúde da Zona Norte. *Análise Psicológica*, 1(20), 35-43.
- Pereira, S. (2010). Abordagem do risco cardiovascular no doente hipertenso. *Acta Médica Portuguesa*, 23(2), 223-226.
- Pereira, A. & Patrício, T. (2016). *Guia Prático de Utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo, LDA.
- Pereira, S., Costa, D., Penido, R., Batista, A., Calheiros, A., Ferreira, G., Tavares, J., Marins, B. & Messias, Y. (2017). Risks factors and complications of noncommunicable chronic diseases. *Ciência & Saúde*, 10(4), 213-219.
- Petrie, K. & Weinman, J. (2006). Why Illness Perception Matter. *Clinical Medicine*, 6, 536-539.
- Pinto, I. & Martins, D. (2017). Prevalence and risk factors of arterial hypertension: A literature review. *J Cardiovasc Med Ther*, 1(2), 1-7.
- Pires, C. & Mussi, F. (2008). Crenças em Saúde para o controlo da hipertensão arterial. *Ciências e Saúde Coletiva*, 13, 2257-2267.
- Pierin, A., Jr. D., Fukushima, J., Pinto A. & Kaminaga, M. (2001). *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 35(1), 11-18.
- Pleasant, A., McKinney, J., & Rikard, R. V. (2011). Health literacy measurement: A proposed research agenda. *Journal of Health Communication*, 16(3), 11-21.
- Polónia, J., Ramalinho, V., Martins, L. & Saavedra, J. (2006). *Revista Portuguesa de Cradiologia*, 26(6), 649-660.
- Radovanovic, C., Santos, L., Carvalho, M. & Marcon, S. (2014). Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 547-553.
- Rodrigues, M.; Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores*. Coimbra: Formasau.
- Rodrigues, A., Gaio, V., Kislaya, I., Graff-Iversen, S., Cordeiro, E., Silva, A., ... Matias-Dias, C. (2017). Hypertension prevalence in Portugal: results from the first Portuguese Health Examination Survey 2015. *Artigos Breves*, 2, 11-14.
- Ross, S., Walker, A. & MacLeod, M. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18, 607-613.

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

- Rozenfeld, S. (2003). Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review. *Caderno de Saúde Pública*, 19(3), 717-724.
- Rudd, P., Byyny, R., Zachary, V., LoVerde, M., Mitchell, W., Titus, C., Marshall, G. (1988). Pill Count Measures of Compliance in a Drug Trial: Variability and Suitability. *American Journal Hypertension*, 1 (3), 309-312.
- Sarquis, L., Dell'acqua, M., Gallani, M., Moreira, R., Bocchi, S., Tase, T. & Pierin, A. (1998). *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 32(4), 335-353.
- Santos, V., & Candeloro, R. J. (2006) *Trabalhos acadêmicos uma orientação para a pesquisa e normas técnicas*. Porto Alegre: Editora Age Ltda.
- Sarafino, P. (2002). *Health psychology: biopsychosocial interactions*. 4th Edition. New York: John Wiley & Sons.
- Sá, M. & Oliveira, A. (2017). Compromisso do autocuidado em pessoas com doença crónica. *Investigação Qualitativa em saúde*, 2, 752-757.
- Serviço Nacional de Saúde (SNS) (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO\\_Da\\_SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO_Da_SAUDE_2018_compressed.pdf) .
- Serrão, C. (2014). Grau de literacia em saúde de uma amostra de pessoas portuguesas. In C.Serrão (Ed.), *Manual de boas práticas* (pp. 21-32). Porto: Projeto Literacia em Saúde.
- Silva, J. (2013). *Estudo da Adesão à terapêutica farmacológica anti-hipertensora* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Silva, S. Oliveira, S. & Pierin, A. (2016). O controlo de hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. *Revista da Escola de Enfermagem*, 50(1), 50-58.
- Soares, A. (2005). Hipertensão arterial essencial: psicopatologia, avaliação e tratamento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1(2), 245-255.
- Sorensen, K.; Van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 1-13.
- Sorensen, K., Pelikan, J. M., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health Advance*, 25(6), 1-6
- Sousa, M., Peixoto, M. & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista Referência*, 2(8), 59-67.
- Sousa, P. (2009). O serviço de saúde em Portugal: Realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 884-894.
- Stanton, A., Revenson, T. & Tennen, H. (2013). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Clinical Psychology*, 58, 565-592.

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

- Sudore, R., Landefeld, C., Pérez-Stable, E., Bibbins-Domingo, K., Williams, B. & Schillinger, D. (2009). Unraveling the relationship between literacy, language proficiency, and patient-physician communication. *Patient Education Couns.*, 75(3), 398-402.
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I. & Monteiro, E. (2008). Validação do questionário multidimensional da adesão no doente com transplante hepático. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 31-36.
- Ventura, M. (2016). *Doença Crónica: Intervenção do médico de família para limitar as suas repercussões na pessoa e na família* (Tese de Doutoramento). Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P. & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331-342.
- Von Korff, M., Gruman, J. Schaefer, J. Curry, S.J., & Wagner, E.H. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, 127, 1097-1102.
- Wallace, L. (2004). The impact of limited Literacy on Health Promotion in the Elderly. *Californian Journal of Health Promotion*, 2(3), 1-4.
- von Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, M. S., & Wardle, J. (2009). Health literacy and health actions: A review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior*, 36(5), pp. 860-877. DOI: 10.1177/1090198108322819
- Williams, M.V., Baker, D.W., Parker, R.M. & Nurss, J.R. (1998). Relationship of functional health literacy to patients knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of Internal Medicine*, 158, 166-172.
- World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary. Retirado de <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.
- World Health Organization (WHO). (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: Switzerland.
- World Health Organization (WHO). (2003a). International Society of Hypertension Writing Group, *Statement on management of hypertension*. *Journal of Hypertension*. 21(11), 1983-1992.

## **ANEXOS**

*Avaliação dos Níveis de Adesão ao Tratamento e de Literacia em Saúde numa amostra de Doentes com Hipertensão Arterial*

***ANEXO I - Comprovativo da autorização para o estudo***