INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LISBOA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Barreiras à utilização da medicação em doentes com Hipertensão Arterial – Que influência da Literacia em Saúde?

Otília Maria de Campos Barroso Amaro

Orientador:

Doutor André Filipe Ferreira Coelho – Escola Superior de Saúde de Lisboa

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2025

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Barreiras à utilização da medicação em doentes com Hipertensão Arterial – Que influência da Literacia em Saúde?

Otília Maria de Campos Barroso Amaro

Orientador:

Doutor André Filipe Ferreira Coelho – Escola Superior de Saúde de Lisboa

Júri:

Presidente: Doutora Margarida Maria e Silva Eiras- Escola Superior de Saúde de Lisboa

Arguente: Doutor Rui Santos Cruz – Escola Superior de Tecnologias da saúde Coimbra

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2025

DIREITOS DE CÓPIA

A Escola Superior de Saúde de Lisboa do Instituto Politécnico de Lisboa e a Universidade do Algarve – Escola Superior de Saúde têm o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar esta dissertação através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, e de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito aos autores.

Este trabalho não possui qualquer conflito de interesses de ordem pessoal, comercial, académico, político e financeiro nem qualquer apoio financeiro para o desenvolvimento da pesquisa que resultou na sua elaboração.

"Não é o mais forte o que sobrevive, nem o mais inteligente, mas o que melhor se adapta às mudanças."

Charles Darwin

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não é apenas uma dissertação, é um testemunho de perseverança, resiliência e amor. Olhando para trás, cada página escrita carrega consigo noites em claro, momentos de incerteza e, acima de tudo, a força que encontrei nas pessoas que caminharam ao meu lado.

Em primeiro lugar, a minha gratidão ao Professor Doutor André Coelho, meu orientador, que acreditou em mim mesmo quando eu duvidei de mim própria. O seu apoio e incentivo foram essenciais nos momentos mais desafiadores.

Ao Técnico Diretor da ULSAR, Luís Antunes, que me estendeu a mão sempre que a fragilidade tentou vencer-me. Obrigada por acreditar na minha capacidade e não permitir que eu desistisse.

Às minhas colegas do serviço de Técnicas de Cardiologia do Hospital Nossa Sra. do Rosário, que partilharam comigo não apenas o trabalho, mas também a força que tantas vezes me faltou.

Aos meus amigos João, Joana e Josélia, pelo contributo incansável na organização e apoio informático. Foram peças fundamentais para que este trabalho ganhasse forma.

À minha amiga e colega de Mestrado Dina, pelas palavras amigas e reconfortantes que tornaram este caminho fácil.

Mas é à minha família que devo a maior parte deste caminho. Aos meus pais, que mesmo tendo colocado todo o processo de redação da dissertação em segundo plano devido à cirurgia cardíaca do meu pai, nunca deixaram de me incentivar. Foram um exemplo vivo de otimismo e coragem. À minha filha Catarina, que com a sua determinação e palavras certeiras me impediu de abandonar quando tudo parecia difícil. E ao meu marido, meu suporte inabalável.

Sem eles, este momento não seria possível. Este triunfo é nosso. Este trabalho é a prova de que, por mais árduo que seja o percurso, com amor, coragem e esperança, conseguimos chegar ao fim.

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial é uma das doenças crónicas mais prevalentes e um fator de risco significativo para complicações cardiovasculares e mortalidade prematura. Apesar de existirem terapêuticas eficazes, a adesão à medicação anti-hipertensiva permanece um desafio, influenciada por múltiplos fatores, um deles a literacia em saúde. Níveis reduzidos de LS associam-se a menor compreensão do regime terapêutico, maior perceção de barreiras e piores resultados clínicos.

Objetivo: Analisar como o nível de literacia em saúde influencia a perceção das barreiras ao uso da medicação anti-hipertensiva.

Metodologia: Estudo transversal, descritivo-correlacional, quantitativo, realizado no Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E., no último trimestre de 2022, com uma amostra não probabilística de conveniência. Integrou 93 participantes com diagnóstico de hipertensão arterial que realizaram Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, nomeadamente Medição Ambulatória da Pressão Arterial ou Registo de *Holter* de 24 horas. Para a recolha de dados, foram utilizados o *European Health Literacy Survey Questionnaire* que avalia a literacia em saúde e o *My Experience of Taking Medicines Questionnaire* que identifica barreiras à adesão à terapêutica, ambos nas versões validadas para Português.

Resultados: A literacia em saúde global da amostra apresentou-se problemática (média=32,76±8,16), sendo mais elevada nos Cuidados de Saúde (33,66) e menor na Promoção da Saúde (30,21). Verificou-se uma associação significativa entre literacia em saúde e idade ($p<0,05$), escolaridade ($p<0,001$) e situação profissional ($p<0,01$), destacando maior vulnerabilidade em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, baixa escolaridade e desempregados/reformados. Quanto às barreiras à toma da medicação, destacam-se o desconforto com medicação vitalícia (34,5%) e receio de efeitos adversos (24%), bem como dificuldades práticas (receitas: 26,7%; leitura de rótulos: 24,4%) e esquecimento (25,9%). Observou-se correlação significativa entre literacia em saúde e barreiras percecionadas: níveis mais baixos de literacia em saúde associaram-se a maiores preocupações e dificuldades com a utilização da medicação.

Conclusão: A literacia em saúde influencia diretamente a perceção das barreiras à toma da medicação: níveis mais baixos associam-se a maiores dificuldades e preocupações, aumentando o risco de não adesão, enquanto níveis mais elevados favorecem uma gestão mais eficaz da terapêutica e menos barreiras percebidas.

Palavras-chave: Literacia em Saúde; Adesão à Terapêutica; Hipertensão Arterial; Barreiras à toma da medicação.

Abstract

Introduction: Hypertension is one of the most prevalent chronic diseases and a significant risk factor for cardiovascular complications and premature mortality. Despite the availability of effective therapies, adherence to antihypertensive medication remains a challenge, influenced by multiple factors, including health literacy. Lower health literacy levels are associated with poorer understanding of treatment regimens, greater perception of barriers, and worse clinical outcomes.

Objective: To analyze how health literacy levels influence the perception of barriers to antihypertensive medication use.

Methods: A cross-sectional, descriptive-correlational, quantitative study was conducted at the Barreiro Montijo Hospital Center, E.P.E., during the last quarter of 2022. A non-probabilistic convenience sample included 93 participants diagnosed with hypertension who underwent complementary diagnostic and therapeutic tests, namely 24-hour Ambulatory Blood Pressure Monitoring or 24-hour Holter monitoring. Data collection used the European Health Literacy Survey Questionnaire, which assesses health literacy, and the My Experience of Taking Medicines Questionnaire, which identifies barriers to treatment adherence, both in the Portuguese validated versions.

Results: Overall health literacy in the sample was problematic (mean=32.76±8.16), being higher in the domain of Health Care (33.66) and lower in Health Promotion (30.21). A significant association was found between health literacy and age ($p<0.05$), education ($p<0.001$), and employment status ($p<0.01$), with greater vulnerability among individuals aged 65 years or older, with low education, and unemployed/retired. Reported barriers to medication included discomfort with lifelong treatment (34.5%) and fear of adverse effects (24%), as well as practical difficulties (prescriptions: 26.7%; reading labels: 24.4%) and forgetfulness (25.9%). A significant correlation was observed between health literacy and perceived barriers: lower health literacy was associated with greater concerns and difficulties in medication use.

Conclusion: Health literacy directly influences the perception of barriers to medication use: lower health literacy is associated with greater difficulties and concerns, increasing the risk of non- adherence, whereas higher health literacy favors more effective management and fewer perceived barriers.

Keywords: Health Literacy; Medication Adherence; Hypertension; Barriers.

ÍNDICE

INDICE
AGRADECIMENTOS vi
Resumo viii
Abstract x
ÍNDICE xii
ÍNDICE DE TABELAS xv
ÍNDICE DE FIGURAS xvi
SIGLAS, ACRÓNIMOS xvii
1. INTRODUÇÃO 1
1.1 Justificação e pertinência do estudo 1
1.2. Objetivos 3
1.2.1. Objetivo Geral 4
1.2.2. Objetivos Específicos 4
1.3 Organização Estrutural da Dissertação 4
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 5
2.1. Hipertensão arterial 5
2.1.1. Conceito e definição clínica de hipertensão arterial 5
2.1.2. Epidemiologia da hipertensão arterial 6
2.1.3. Fisiopatologia e consequências clínicas associadas à hipertensão arterial 7
Fatores Genéticos 7
Fatores Comportamentais 7
Fatores Ambientais 8
Fatores Socioeconómicos e Psicossociais 8
2.1.4. Mecanismos Fisiopatológicos Envolvidos 8
2.1.5. Integração dos Fatores e Mecanismos 9
2.1.6 Prevenção e tratamento da pressão arterial elevada e da hiperensão arterial 10
2.1.6.1. Tratamento não farmacológico da HTA e redução de risco cardiovascular 10
2.1.6.2. Estratégia farmacológico da HTA 11
2.1.7. Importância do controlo da hipertensão arterial na saúde pública 12
2.2. Adesão à terapêutica 13
2.2.1 Conceito de adesão à terapêutica 13

2.2.1.1. O modelo Necessidade-Preocupações……...16
2.2.1.2. A Teoria do Autocuidado de Orem……....17
2.2.2. Fatores determinantes da adesão à terapêutica 18
2.2.2.1. Barreiras individuais e psicológicas……...……..18
2.2.2.2. Barreiras relacionados com a doença e tratamento……19
2.2.23. Barreiras relacionados com o sistema de saúde……...19
2.2.2.4. Barreiras socioeconómicos e culturais……...20
2.2.2.5. O instrumento MYMEDS como ferramenta de avaliação das barreiras……...20
2.2.3. Consequências da não adesão à terapêutica.....21
2.2.3.1. Consequências clínicas……...……..21
2.2.3.2. Consequências económicas……21
2.2.3.3. Consequências psicossociais……..21
2.2.4. Estratégias para melhorar a adesão à terapêutica 22
2.3 Literacia em saúde 22
2.3.1. Evolução do conceito 23
2.3.2. Dimensões Operacionais da Literacia em Saúde 24
2.3.3. Instrumentos de Avaliação da Literacia em Saúde.....25
2.3.4. Literacia em Saúde e Adesão à terapêutica.....26
2.3.5. Custos Económicos da Baixa Literacia em Saúde 27
2.3.6. Intervenções para Melhorar a Literacia em Saúde 28
3. METODOLOGIA.....29
3.1 Tipo de estudo 29
3.2 População e amostra 29
3.3 Critérios de inclusão e exclusão.....30
3.3.1. Critérios de inclusão.....30
3.3.2. Critérios de exclusão.....30
3.4 Instrumento de recolha de dados 30
3.4.1. Versão extensa do European Health Literacy Survey Portuguese Version (HLS- EU-PT) 31
3.5. Análise de dados e tratamento estatístico.....35
3.5.1 Variáveis em Estudo 35
3.6. Procedimento de análise de dados 36
3.7. Considerações éticas e de confidencialidade.....37
4. RESULTADOS 39
4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....39

4.2. Caracterização do Nível de Literacia em Saúde dos participantes do estudo 42
4.3. Associação entre as características sociodemográficas e os níveis de literacia em saúde....44
4.4. Perceções das barreiras à utilização de medicação anti-hipertensiva....52
4.5. Nível de literacia em saúde e barreiras à utilização de medicação....53
5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS....55
5.1. Limitações do estudo 58
5.2. Recomendações futuras 59
6. CONCLUSÕES 60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS....61
ANEXOS.... xx
ANEXO I – European Health Literacy Survey versão Portuguesa (HLS-EU-PT) xxvii
ANEXO II - A MINHA EXPERIÊNCIA EM TOMAR MEDICAMENTOS (MYMEDS)…xxx
ANEXO III - Autorização para aplicação do Questionário HLS-EU-PT xxxviii
ANEXO IV - Autorização para utilização do questionário: A minha experiência em tomar medicamentos (MYMEDS) xxxix
ANEXO V - Autorização CE ESTESL xl
ANEXO VI – Autorização CA CHBM E.P.E.... xli
ANEXO VII – Autorização CE CHBM E.P.E.... xlii
ANEXO VIII – Autorização Diretora Serviço CHBM E.P.E. xliii
ANEXO IX – Garantia de sigilo de estudo.... xlv

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Índices Geral e Específicos de Literacia em Saúde com as respetivas questões associadas; Número mínimo e máximo de respostas válidas para o cálculo dos Índices; Mínimo e máximo da escala métrica 32
Tabela 2 - Classificação das variáveis em estudo 36
Tabela 3 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra 40
Tabela 4 - Doença Cardíaca e Outras Doenças Crónicas 41
Tabela 5 - Perceção da Situação Financeira 42
Tabela 6 - Nível de Literacia em Saúde Geral da Amostra 43
Tabela 7 - Estatística Descritiva da Literacia em Saúde 43
Tabela 8 - Literacia Geral Em Saúde e Características Sociodemográficas 45
Tabela 9 - Testes t Para Comparação de Médias entre Géneros 46
Tabela 10 - Anova Para Comparação de Médias entre Grupos Etários 46
Tabela 11 - Testes t Para Comparação de Médias Entre Grupos de Estado Civil 47
Tabela 12 - Anova Para Comparação de Médias entre Níveis de Escolaridade 47
Tabela 13 - Anova Para Comparação de Médias Entre Grupos de Situação Profissional 48
Tabela 14 - Testes t Para Comparação de Médias Entre Grupos Com Quem Vive 48
Tabela 15 - Testes t Para Comparação de Médias Entre Grupos Profissionais ou Com Formação Em Saúde 49
Tabela 16 - Testes t Para Comparação de Médias Entre Grupos Com e Sem Outras Doenças Crónicas 50
Tabela 17 - Perceções das Barreiras à Utilização de Medicação 52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação e definições de Hipertensão Arterial (Mateus-Pinheiro A et al., 2024) 6
Figura 2 - Modelo Conceptual do *Health Literacy Survey - European Union* (Sorensen et al., 2012) 31

SIGLAS, ACRÓNIMOS

ARA - Antagonistas dos Recetores da Angiotensina

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BCC - Bloqueadores dos Canais de Cálcio

CHBM E.P.E. - Centro Hospitalar Barreiro Montijo Entidade Pública e Empresarial

DCV - Doença Cardiovascular

ESTeSL - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

HLS-EU-PT - *European Health Literacy Survey* para Portugal

HLS-EU-Q - *European Health Literacy Survey Questionnaire*

HTA - Hipertensão Arterial

HVE- Hipertrofia Ventricular Esquerda

LS - Literacia em Saúde

MAPA - Medição Ambulatória da Pressão Arterial

MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica

mmHg - milímetros de mercúrio

MYMEDS - *My Experience of Taking Medicines* (A Minha Experiência em Tomar Medicamentos)

OMS - Organização Mundial da Saúde

NVS - ***Newest Vital Sign***

PA - Pressão Arterial

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

REALM - *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*

SRA - Sistema Renina Angiotensina

SRAA - Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona

TOFHLA - *Test of Functional Health Literacy in Adults*

1. INTRODUÇÃO

1.1 Justificação e pertinência do estudo

A hipertensão arterial (HTA) constitui uma das doenças crónicas mais prevalentes em todo o mundo e representa atualmente, um dos maiores desafios de saúde pública. A sua elevada prevalência, o impacto clínico associado e os custos socioeconómicos que acarreta fazem desta patologia um problema prioritário nos sistemas de saúde, independentemente do nível de desenvolvimento dos países (World Health Organization [WHO], 2023), contribuindo significativamente para a carga de doença e para elevados custos diretos e indiretos nos sistemas de saúde. De acordo com dados epidemiológicos, estima-se que aproximadamente 1,28 mil milhões de adultos, entre os 30 e os 79 anos, vivam com HTA, sendo preocupante que cerca de 46% destes indivíduos desconheçam o seu diagnóstico (WHO, 2023).

A HTA apresenta uma distribuição heterogénea a nível mundial, refletindo não apenas fatores biológicos, mas também determinantes sociais, económicos e culturais. As diferenças regionais são marcantes: enquanto, nos países de alto poder económico verificam-se taxas de diagnóstico e tratamento mais elevadas, em contextos de baixo e médio rendimento a maioria dos casos permanece não controlada, contribuindo de forma expressiva para a carga global de doença (Mills et al., 2020).

A urbanização, as alterações nos padrões alimentares, o sedentarismo, bem como o consumo excessivo de sal, álcool e tabaco, são fatores que têm impulsionado o aumento da prevalência da HTA nas últimas décadas (Geldsetzer et al., 2019). Este cenário é particularmente relevante, uma vez que a hipertensão constitui um dos principais determinantes de eventos cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC) e doença renal crónica, representando uma das maiores causas de mortalidade prematura e incapacidade ajustada por anos de vida (GBD 2021 Risk Factors Collaborators, 2022).

Deste modo, a HTA deve ser entendida não apenas como uma condição clínica isolada, mas como um fenómeno de grande impacto epidemiológico, cuja distribuição reflete desigualdades em saúde e evidencia a necessidade de políticas globais eficazes de prevenção e controlo. O impacto da HTA transcende os indicadores clínicos, tendo implicações sociais e económicas significativas. Os custos diretos incluem consultas médicas, exames complementares de diagnóstico, aquisição de fármacos e hospitalizações relacionadas com complicações cardiovasculares (Wierzejska et al., 2020; Elliott, 2007). Por sua vez, os custos indiretos resultam da perda de produtividade,

absentismo laboral e incapacidade funcional decorrentes de complicações associadas à doença (Adane et al., 2020; Dalaba et al., 2025).

O tratamento da HTA assenta na adoção de estilos de vida saudáveis e no uso consistente da terapêutica farmacológica, cuja eficácia na redução da pressão arterial e na prevenção de eventos cardiovasculares se encontra amplamente demonstrada (Burnier & Egan, 2019). Contudo, o impacto positivo do tratamento depende de forma crítica da adesão, entendida como o grau em que o comportamento do doente corresponde às recomendações acordadas com o profissional de saúde, seja no que respeita à toma da medicação, ao cumprimento de regimes alimentares ou à implementação de mudanças no estilo de vida (Krousel-Wood et al., 2015). Apesar da sua importância, a não adesão à terapêutica constitui um dos maiores desafios na gestão da HTA, comprometendo o controlo tensional e aumentando a probabilidade de complicações graves. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que apenas metade dos doentes crónicos cumpra corretamente a medicação prescrita, salientando tratar-se de um problema universal (Nieuwlaat et al., 2014).

A adesão à terapêutica deve, assim, ser compreendida como um processo multifatorial e dinâmico, condicionado por fatores clínicos, psicológicos, sociais e organizacionais (Vrijens et al., 2012). Entre as barreiras mais frequentemente identificadas encontram-se os efeitos adversos dos fármacos, a complexidade dos regimes terapêuticos, o esquecimento ou dificuldade em integrar a medicação na rotina diária, os custos associados, a insuficiência de comunicação com profissionais de saúde e ainda aspetos subjetivos, como as crenças sobre a doença, a perceção de necessidade do tratamento ou o receio de dependência (Bennett et al., 2009; Krousel-Wood et al., 2015). A forma como estas barreiras são percecionadas pelos doentes é um elemento determinante para compreender os motivos da não adesão.

Neste contexto, ganha destaque o conceito Literacia em Saúde (LS), entendido como conjunto de competência cognitivas e sociais que influenciam a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de modo a tomar decisões adequadas e promover o autocuidado (Nutbeam, 2008; Sørensen et al., 2012). A LS é hoje reconhecida como um dos principais determinantes sociais da saúde, mas também a sua capacidade de gerir doenças crónicas como a HTA.

A evidência científica tem demonstrado, de forma consistente, que baixos níveis de LS estão associados a menor utilização de medidas preventivas, maior frequência de hospitalizações, menor capacidade de autogestão da doença e piores desfechos clínicos

(Berkman et al., 2011; Zhang et al., 2014). No caso da HTA, a baixa LS pode traduzir-se em dificuldades na interpretação de prescrições, na compreensão da posologia e dos efeitos adversos, na perceção da importância da continuidade do tratamento e na adoção de comportamentos de saúde adequados, reforçando a perceção de barreiras e comprometendo a adesão à terapêutica (Bennett et al., 2009).

Em Portugal, a LS tem sido objeto crescente de investigação, destacando-se a validação do *European Health Literacy Survey Questionnaire* - Versão Portuguesa (HLS-EU-PT), desenvolvido por Pedro (2016), que permitiu identificar que uma proporção considerável da população adulta portuguesa apresenta níveis problemáticos ou inadequados de LS, sinalizando a existência de desigualdades significativas no acesso, compreensão e utilização da informação em saúde. Estes resultados evidenciam a pertinência de aprofundar o estudo deste fenómeno em grupos populacionais específicos, como os doentes crónicos, em particular aqueles com HTA, dada a sua prevalência e impacto clínico.

Apesar da relevância crescente da LS na literatura internacional, em Portugal persiste uma escassez de estudos que explorem, de forma sistemática, a relação entre LS, perceção de barreiras à utilização da medicação e adesão à terapêutica em doentes hipertensos. A ausência de dados nacionais limita a compreensão das especificidades do contexto português e, consequentemente, a formulação de estratégias de intervenção adaptadas às necessidades reais da população.

Identificar estas barreiras e compreender a forma como se articulam com a LS é fundamental para delinear estratégias de intervenção personalizadas e culturalmente sensíveis, que promovam a adesão à terapêutica e, consequentemente, o autocontrolo da HTA.

Neste sentido, o presente estudo propõe-se analisar a influência da LS na perceção das barreiras à utilização da terapêutica farmacológica em indivíduos com HTA no Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E. Pretende-se que os resultados possam sustentar o desenvolvimento de estratégias educativas e interventivas personalizadas, culturalmente adequadas e orientadas para a promoção do autocuidado, a melhoria da adesão e, em última instância, melhores resultados clínicos nesta população.

1.2. Objetivos

Para direcionar a realização do estudo, estabeleceu-se um objetivo geral e traçaram-se quatro objetivos específicos.

1.2.1. Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo consiste em determinar como o nível de literacia em saúde influencia a perceção dos doentes em relação às barreiras ao uso da medicação anti-hipertensiva.

1.2.2. Objetivos Específicos

Definiram-se cinco objetivos específicos que visam concretizar o objetivo geral:

O1 - Caracterizar o nível de literacia em saúde dos participantes do estudo**.**

O2 - Avaliar a associação entre as características sociodemográficas e os níveis de literacia em saúde dos participantes do estudo

O3 - Identificar/definir as barreiras percecionadas pelos participantes do estudo à utilização da medicação anti-hipertensiva.

O4 - Avaliar a associação entre as características sociodemográficas e as barreiras percecionadas pelos participantes do estudo.

O5 - Determinar a associação entre o nível de literacia em saúde e as barreiras percecionadas pelos participantes do estudo à utilização da medicação anti-hipertensiva.

1.3 Organização Estrutural da Dissertação

A presente dissertação estrutura-se em seis capítulos. O primeiro foca-se na introdução, onde é fornecida uma visão geral sobre a dissertação, descrevendo a problemática de estudo, as motivações que levaram ao estudo do tema proposto, os objetivos gerais e específicos. O segundo capítulo consiste no enquadramento teórico resultante da análise documental efetuada para suportar o estudo conduzido. O terceiro corresponde à metodologia adotada, nomeadamente os instrumentos de recolha de dados, a definição da amostra, o protocolo de tratamento de dados e as questões éticas do estudo. No quarto capítulo são descritos os resultados obtidos e no quinto capítulo estes resultados são analisados e discutidos face à literatura existente. No sexto e último capítulo são apresentadas as principais conclusões do estudo e algumas considerações estratégicas futuras que visam apoiar práticas mais inclusivas e sustentadas em evidência reduzindo desigualdades e promovendo melhores resultados clínicos na gestão da HTA.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Hipertensão arterial

2.1.1. Conceito e definição clínica de hipertensão arterial

A HTA é definida como uma condição clínica crónica caracterizada por valores persistentemente elevados de Pressão Arterial (PA), acima dos limites considerados normais, resultante de alterações hemodinâmicas complexas e multifatoriais (*European Society of Cardiology*, 2024). De acordo com as mais recentes recomendações da ESC (2024), a HTA em ambiente de consultório é diagnosticada quando a pressão arterial sistólica (PAS) é igual ou superior a 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica (PAD) é igual ou superior a 90 mmHg, em medições repetidas e adequadas.

Importa salientar que o risco cardiovascular aumenta progressivamente a partir de valores tensionais muito inferiores a estes limiares diagnósticos. Assim, a ESC (2024) introduz a designação de "pressão arterial elevada" para valores de PAS entre 120-139 mmHg e/ou PAD entre 70-89 mmHg, sublinhando que mesmo os níveis abaixo dos critérios diagnósticos de HTA podem associar-se a risco cardiovascular significativo, especialmente em indivíduos com outros fatores de risco concomitantes.

A deteção precoce da HTA é extremamente importante dado que esta patologia é, na maioria dos casos, assintomática nas suas fases iniciais, o que contribui frequentemente para um diagnóstico tardio e para um risco acrescido de desenvolvimento de complicações cardiovasculares (Mingote et al., 2024).

Tendo em consideração a sua etiologia, classifica-se a HTA em primária ou secundária (Figura 1). Em mais de 90% dos casos não se identificam causas, pelo que a HTA é classificada em essencial (ou primária). Nos restantes 5 a 10% dos casos é estabelecida uma causa secundária, potencialmente tratável, quando decorre de patologias específicas, como doenças renais, endócrinas ou vasculares (Mateus-Pinheiro A et al, 2024).

Classificação	PA sistólica (mmHg)		PA diastólica (mmHg)
Normal	120 - 129	e/ou	80 - 84
Normal Alto	130 - 139	e/ou	85 - 89
Grau I	140 - 159	e/ou	90 - 99
Grau II	160 - 179	e/ou	100 - 109
Grau III	≥ 180	e/ou	≥ 110
Urgência Hipertensiva [a]	≥ 180	e/ou	≥ 120
Emergência Hipertensiva [b]	≥ 180	e/ou	≥ 120
Sistólica Isolada [c]	≥ 140	e	< 90

Definições

HTA Primária (Idiopática ou *Essencial*)

Diagnóstico de hipertensão arterial, na ausência de causa secundária identificável; corresponde a 90 - 95% dos casos.

HTA Secundária

Diagnóstico de hipertensão arterial na dependência de uma patologia subjacente potencialmente tratável; corresponde a 5 - 10% dos casos.

HTA Resistente

Definida como pressão arterial que se mantém persistentemente acima do alvo terapêutico (confirmada por MAPA ou AMPA e tendo sido excluídas causas de pseudo-resistência, como a não adesão terapêutica), apesar do uso concomitante de **três agentes anti-hipertensores de classes farmacológicas distintas**, nas doses máximas toleradas, **um dos quais deverá pertencer à classe dos diuréticos**. Doentes com pressão arterial com bom controlo com a **utilização de quatro (ou mais) fármacos** também cumprem critérios de hipertensão resistente.[c]

[a] na ausência de lesões agudas de órgão alvo mediadas pela HTA. [b] ou qualquer outro valor de pressão arterial na presença de lesões agudas de órgão alvo mediadas pela HTA.
[c] Também classificada em Grau I, II ou III de acordo com os intervalos de PA sistólica indicados. [d] ESC/ESH, 2018.
MAPA - Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial; AMPA - Auto-Medição da Pressão Arterial

Figura 1 *- Classificação e definições de Hipertensão Arterial (Mateus-Pinheiro A et al., 2024)*

2.1.2. Epidemiologia da hipertensão arterial

A HTA representa um dos problemas de saúde mais prevalentes a nível global. De acordo com dados da OMS (WHO, 2023), estima-se que aproximadamente 1,28 mil milhões de adultos entre os 30 e os 79 anos vivam com HTA, sendo particularmente preocupante o facto de cerca de 46% não terem conhecimento do seu diagnóstico. A prevalência da HTA tende a aumentar com a idade, sendo superior nos homens até cerca dos 50 anos e nas mulheres após a menopausa (Mills et al*.,* 2020).

Estudos internacionais revelam uma diferença acentuada entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Embora a prevalência seja relativamente uniforme entre regiões, as taxas de diagnóstico, tratamento e controlo são substancialmente mais baixas em países de baixo e médio rendimento (WHO, 2023; ESC, 2024). A tendência mundial evidencia que menos de metade dos indivíduos hipertensos têm a doença adequadamente controlada, o que contribui significativamente para o peso global da doença cardiovascular (Mills et al., 2020).

Em Portugal, a HTA apresenta uma elevada prevalência, superior à média europeia. Estudos nacionais indicam que entre 30% a 45% da população padece desta condição, sendo que a frequência aumenta com a idade e ultrapassa os 60% nas pessoas com mais de 65 anos (Polónia et al., 2014; Santos, 2022), com prevalências estimadas entre 41,9% e 46,5% nos homens e entre 37,4% e 42% nas mulheres adultas (Sousa Uva et al*.,* 2014). Contributos significativos para a manutenção desta elevada prevalência incluem o envelhecimento demográfico, o aumento da obesidade, o sedentarismo, o consumo excessivo de sal e álcool, bem como as desigualdades socioeconómicas (Polónia et al., 2014; DGS, 2021).

Embora se observe uma tendência de redução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório, dados do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares evidenciam que a HTA continua a constituir um problema central, associado a um número elevado de hospitalizações e a custos indiretos significativos (DGS, 2017). Exemplo paradigmático desta realidade nacional é o estudo conduzido em Vila Velha de Ródão, onde foi identificada uma prevalência de HTA de 45%, sendo que metade dos indivíduos desconhecia o seu diagnóstico, apenas 35% se encontravam sob terapêutica farmacológica e, destes, cerca de um terço não apresentava controlo tensional adequado, revelando um cenário preocupante relativamente ao diagnóstico tardio e à adesão ao tratamento (Mingote et al., 2024).

2.1.3. Fisiopatologia e consequências clínicas associadas à hipertensão arterial

A HTA é uma condição multifatorial complexa, resultado da interação entre mecanismos fisiológicos alterados e diversos determinantes genéticos, ambientais, comportamentais e psicossociais. A ESC (2024) descreve da seguinte forma esses domínios e a sua integração no mecanismo que levam à HTA crónica:

Fatores Genéticos

Envolvem características hereditárias e biológicas, como:

- Sexo biológico;
- Polimorfismos genéticos associados à PA
- Formas monogénicas de hipertensão;
- Programação epigenética e fetal, que pode predispor à disfunção vascular e renal desde o desenvolvimento intrauterino.

Fatores Comportamentais

Influenciam diretamente os mecanismos reguladores da PA e incluem:

- Atividade física e comportamento sedentário;

- Qualidade e quantidade de sono;
- Padrões dietéticos (excesso de sódio, défice de potássio);
- Obesidade, consumo de álcool e uso de substâncias que aumentam a PA.

Fatores Ambientais

Fatores externos que modulam a resposta do organismo:

- Situação geopolítica;
- Poluição sonora e atmosférica;
- Clima e exposição ambiental crónica.

Fatores Socioeconómicos e Psicossociais

Afetam o acesso a cuidados e desencadeiam stress crónico:

- Stress e carência social;
- Nível socioeconómico baixo;
- Discriminação, violência baseada no género, normas sociais e papéis de género.

2.1.4. Mecanismos Fisiopatológicos Envolvidos

A HTA é uma condição multifatorial caracterizada pela elevação sustentada da PA, resultante da interação entre fatores genéticos, ambientais e fisiológicos. Os principais mecanismos fisiopatológicos incluem:

1. **Ativação do sistema nervoso simpático**: o aumento da atividade simpática contribui para a vasoconstrição, aumento da frequência cardíaca e da libertação de renina, promovendo o aumento da PA (Grassi et al*,* 2015). Este processo é agravado pela disfunção dos barorreceptores, que são responsáveis pela deteção de alterações na PA e pelo ajuste reflexo da atividade simpática. Em doentes com HTA, a sensibilidade barorreflexa encontra-se reduzida, o que compromete a inibição adequada do sistema simpático em resposta ao aumento da PA, perpetuando assim o estado hipertensivo (Chapleau & Abbound,2001).
2. **Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA)**: a ativação do SRAA promove a produção de angiotensina II, um potente vasoconstritor, e de aldosterona, que aumenta a retenção de sódio e água pelos rins. Esse processo eleva o volume circulante e a resistência vascular periférica (Fountain,2023).
3. **Disfunção endotelial**: a redução na produção de óxido nítrico e o aumento de fatores vasoconstritores como a entelina-1 comprometem a vasodilatação, favorecendo a hipertensão (Bryan et al*.,* 2022).

4. **Alterações na função renal**: a capacidade dos rins de excretar sódio pode estar diminuída, levando à retenção de sal e água, aumento do volume plasmático e, consequentemente, da PA (ESC,2024).
5. **Rigidez arterial**: com o envelhecimento e outras condições como a aterosclerose, há perda da elasticidade das artérias, aumentando a resistência ao fluxo sanguíneo e aumentado a PAS (ESC,2024).

Os referidos mecanismos coexistem frequentemente e reforçam-se mutuamente, dando origem a um aumento da PA observada da HTA.

2.1.5. Integração dos Fatores e Mecanismos

A HTA é reconhecida como o principal fator de risco modificável para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), (WHO, 2023; ESC, 2024). A elevação persistente da PA provoca alterações estruturais e funcionais na parede vascular e nos órgãos-alvo, conduzindo tanto a lesões subclínicas como a manifestações clínicas evidentes, fenómeno designado por lesão de órgão-alvo hipertensiva. Esta lesão resulta frequentemente de valores tensionais elevados continuamente e representa um marcador precoce de risco elevado para eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e para o desenvolvimento de doença renal crónica, contribuindo de forma significativa para a carga global das doenças crónicas (Wang,2025).

No coração, a HTA favorece o desenvolvimento de hipertrofia ventricular esquerda (HVE), disfunção diastólica e insuficiência cardíaca, particularmente com fração de ejeção preservada, que afeta sobretudo pessoas idosas com longa história de HTA e HVE (Wang, 2025); a fibrilhação auricular, associada a risco elevado de eventos tromboembólicos e AVC (Wang, 2025); e a doença renal crónica com progressão para insuficiência renal terminal, intensificada por retenção de sódio e ativação do RAAS (Wang, 2025).

Importa ainda salientar que a lesão de órgão-alvo hipertensiva pode apresentar perfis distintos entre homens e mulheres, sendo, por exemplo, a HVE e a dilatação da aurícula esquerda alterações observadas com maior frequência no sexo feminino (Aune,2024; ESC,2024). Em pacientes com HTA não controlada, verificou-se que as mulheres apresentam uma prevalência significativamente mais elevadas de HVE (46% vs. 33%) e de dilatação da aurícula esquerda (79% vs 65%) em comparação com os homens, independentemente da adesão ao tratamento (Aune,2024).

2.1.6 Prevenção e tratamento da pressão arterial elevada e da hipertensão arterial

O principal propósito da prevenção e do tratamento da PA elevada e da HTA consiste na redução de DCV na melhoria da qualidade de vida e na prevenção da mortalidade precoce. Para alcançar esse objetivo de forma eficaz, é essencial adotar uma abordagem abrangente que contemple não apenas o controlo da PA, mas também outros fatores de risco cardiovascular, como o tabagismo, os níveis de glicose e as dislipidemias. Esta abordagem integrada está em consonância com as diretrizes que reforçam a importância da avaliação do risco cardiovascular global (ESC,2024).

2.1.6.1. Tratamento não farmacológico da HTA e redução do risco cardiovascular

De acordo com as recomendações da ESC, 2024, as intervenções não farmacológicas na HTA constituem a base essencial no controlo da PA e na DCV, devendo ser aplicadas de forma sistemática em todos os indivíduos com PA elevada ou HTA. As principais estratégias não farmacológicas incluem:

- **Redução da ingestão de sódio**: Recomenda-se limitar o consumo de sal a cerca de 5 g por dia (equivalente a aproximadamente 2 g de sódio, esta medida tem benefícios comprovados na redução da PA. *(Classe I, Nível A)*
- **Prática regular de exercício físico**: Aconselha-se a realização de atividade aeróbia moderada durante pelo menos 150 minutos por semana (idealmente, 30 minutos por dia, 5-7 dias por semana), ou exercício aeróbio intenso durante 75 minutos semanais, associado a treino de resistência de baixa a moderada intensidade 2 a 3 vezes por semana. *(Classe I, Nível A)*
- **Manutenção de um peso corporal saudável**: É recomendado alcançar e manter um índice de massa corporal entre 20-25 kg/m², assim como perímetros abdominais inferiores a 94 cm nos homens e 80 cm nas mulheres, de modo a reduzir tanto a PA como o risco de DCV. *(Classe I, Nível A)*
- **Adoção de uma alimentação equilibrada**: Dietas saudáveis como a Mediterrânica ou a DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) estão associadas à melhoria do perfil cardiovascular e à redução da PA. *(Classe I, Nível A)*
- **Limitação do consumo de álcool**: A ingestão de bebidas alcoólicas deve manter-se abaixo de 100g de álcool puro por semana para ambos os sexos, o que se traduz, consoante o país, em 7 a 12 bebidas por semana. Idealmente, a abstenção total de álcool traz maiores benefícios para a saúde cardiovascular. *(Classe I, Nível B)*

- **Redução do consumo de açúcares livres**: É recomendada a limitação do consumo de açúcares livres, particularmente em bebidas açucaradas, a um máximo de 10% da ingestão energética diária, sendo desejável desencorajar o seu consumo desde a infância. *(Classe I, Nível B)*
- **Cessação tabágica**: A eliminação total do tabagismo, com apoio estruturado e, se necessário, encaminhamento para programas de cessação, é uma medida essencial na prevenção das doenças cardiovasculares e da mortalidade geral. *(Classe I, Nível A)*

2.1.6.2 Estratégia farmacológica no tratamento da hipertensão arterial

A estratégia farmacológica da HTA baseia-se no uso combinado de fármacos, geralmente um bloqueador do sistema renina-angiotensina associado a um bloqueador dos canais de cálcio ao tratamento (ESC,2024).

A escolha do tratamento farmacológico para a HTA, de acordo com as *guidelines* da ESC (2024) deve basear-se na eficácia na redução da PA e na prevenção de eventos de DCV. Entre as classes de fármacos mais eficazes, destacam-se os antagonistas dos recetores da angiotensina (ARA), os bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) dihidropiridínicos e os diuréticos tiazídicos ou do tipo tiazida, como a clortalidona e a indapamida, os quais são recomendados como terapêutica de primeira linha *(Classe I, Nível A)*.

Os betabloqueadores devem ser utilizados em combinação com outras classes apenas quando existem indicações clínicas claras para o seu uso, como nos casos de angina de peito, pós-enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou necessidade de controlo da frequência cardíaca *(Classe I, Nível A)*.

É ainda recomendado que os medicamentos sejam tomados numa altura conveniente do dia, com o objetivo de estabelecer um padrão regular de toma, promovendo assim maior adesão ao tratamento. *(Classe I, Nível B)*

Para a maioria dos doentes com HTA confirmada (PA ≥ 140/90 mmHg), recomenda-se que o tratamento seja iniciado com uma associação de dois fármacos, em vez de monoterapia. As combinações preferenciais incluem um bloqueador do sistema renina-angiotensina (SRA) (inibidor da enzima de conversão da angiotensina - IECA ou ARA) com um BCC dihidropiridínico ou um diurético tiazídico ou do tipo tiazídico. *(Classe I, Nível B)*. A monoterapia poderá ser considerada em doentes mais frágeis, com idade igual ou superior a 85 anos, ou na presença de hipotensão ortostática sintomática.

Sempre que possível, deve-se optar por associações fixas em comprimido único, com vista a simplificar o regime terapêutico e melhorar a adesão. *(Classe I, Nível B)*

Nos casos em que o controlo da PA não é atingido com dois fármacos, recomenda-se a progressão para uma terapêutica tripla com um bloqueador do SRA, um BCC dihidropiridínico e um diurético do tipo tiazida, preferencialmente em formulação única. *(Classe I, Nível B)*

Se mesmo com esta combinação a PA permanecer descontrolada, deve considerar-se a adição de espironolactona. Caso esta não seja eficaz ou não seja tolerada, podem ser utilizadas alternativas como a eplerenona, betabloqueadores (se ainda não indicados), ou outros agentes como fármacos de ação central, alfabloqueadores ou diuréticos poupadores de potássio. *(Classe IIa, Nível B)*

Importa salientar que não se recomenda a associação de dois bloqueadores do SRA (como um IECA com um ARA), devido ao risco acrescido de efeitos adversos sem benefício clínico adicional.

2.1.7. Importância do controlo da hipertensão arterial na saúde pública

O controlo eficaz da HTA é uma prioridade em saúde pública, dado constituir um dos fatores mais relevantes para a diminuição da carga global da DCV da mortalidade associada (ESC, 2024; WHO, 2023). A evidência científica demonstra que uma redução modesta da PAS como por exemplo, 10 mmHg está associada a uma diminuição significativa no risco de AVC (aproximadamente 27-35 %), de doença cardíaca isquémica (cerca de 17- 20 %), e da mortalidade por todas as causas (~13 %) (Mills *et al*., 2020).

Para além das implicações clínicas, a HTA acarreta um impacto económico significativo, envolvendo custos diretos, associados a cuidados de saúde, hospitalizações e tratamentos farmacológicos, bem como custos indiretos associados à perda de produtividade laboral e incapacidade (WHO, 2023; DGS, 2021).

A ESC (2024) sublinha que o controlo adequado da HTA não depende apenas do acesso a terapêuticas farmacológicas eficazes, mas também da adesão à terapêutica, da educação para a saúde e da implementação de programas de prevenção primária e secundária. A promoção da LS, o envolvimento ativo dos doentes na gestão da sua doença e o aconselhamento para mudanças no estilo de vida são estratégias fundamentais para alcançar níveis ótimos de controlo tensional.

Em Portugal, as autoridades de saúde têm desenvolvido várias iniciativas no âmbito do Plano Nacional de Saúde, orientadas para a deteção precoce e controlo da HTA, reconhecendo o impacto que esta condição exerce na carga de DCV (DGS, 2021). Apesar destes esforços, persistem desafios significativos, nomeadamente na adesão à terapêutica

e na perceção dos doentes relativamente à necessidade do tratamento e às potenciais barreiras à utilização da medicação, aspetos intimamente relacionados com o nível de LS (Burnier & Egan, 2019; Pedro, 2016).

2.2 Adesão à terapêutica

2.2.1 Conceito de adesão à terapêutica

A adesão à terapêutica é um conceito complexo e multidimensional, que se tem vindo a desenvolver e a consolidar ao longo das últimas décadas, em paralelo com a evolução dos modelos de prestação de cuidados de saúde.

Com esta temática surgiram conceitos como a “compliance” e “adherence”, em português “cumprimento” e “adesão”. No passado, o termo mais utilizado era *compliance*, que se referia ao comportamento do doente que seguia as instruções do profissional de saúde, implicando uma postura passiva e de obediência às indicações médicas (Cruz, 2017; Camarneiro, 2021). Contudo, esta perspetiva revelou-se limitada e desajustada ao atual modelo de cuidados centrado na pessoa. Por isso, foi progressivamente substituída pelo conceito de *adherence,* que destaca o papel ativo do doente na gestão da sua doença e no cumprimento do tratamento, refletindo uma abordagem mais participativa e centrada no indivíduo (Vrijens et al., 2012; Cruz, 2017). Posteriormente, surge a noção de *maintenance*, que indica a incorporação do tratamento no estilo de vida, promovendo autocuidado contínuo (Cruz, 2017).

De acordo com a OMS (WHO, 2003), a adesão à terapêutica corresponde ao grau em que o comportamento do doente em relação à medicação, ao cumprimento da dieta e à alteração de hábitos ou estilos de vida corresponde às recomendações veiculadas pelos profissionais de saúde. Este conceito. integra tanto terapêuticas farmacológicas como não farmacológicas, sublinhando a participação ativa do doente e a corresponsabilização na tomada de decisões.

Esta definição destaca dois aspetos fundamentais. Em primeiro lugar, sublinha a participação ativa do doente no processo terapêutico, refletindo a evolução do modelo biomédico para um paradigma centrado na pessoa, onde o doente deixa de ser apenas um recetor passivo de ordens médicas e passa a desempenhar um papel ativo na gestão da sua saúde (Camarneiro, 2021; Cruz, 2017; WHO, 2003). Esta mudança é essencial, sobretudo no tratamento de doenças crónicas como a HTA, em que a adesão prolongada aos regimes terapêuticos depende fortemente do envolvimento e motivação do próprio doente (Burnier & Egan, 2019).

Em segundo lugar, realça a necessidade de corresponsabilização entre profissionais de

saúde e doente na tomada de decisões, promovendo uma relação terapêutica baseada no diálogo, na empatia e na partilha de informações. A literatura demonstra que os doentes que participam ativamente na escolha do seu tratamento tendem a apresentar melhores níveis de adesão e a alcançar melhores resultados clínicos, porque compreendem melhor os objetivos terapêuticos e sentem maior controlo sobre a sua doença (Vrijens et al., 2012); Burnier & Egan, 2019; WHO, 2003). O modelo de decisão partilhada surge, assim, como uma estratégia essencial para potenciar a adesão, reduzir a não conformidade e melhorar a eficácia global das intervenções em saúde (Krousel-Wood et al., 2015).

Adicionalmente, a adesão à terapêutica integra dimensões específicas que permitem uma análise mais pormenorizada do comportamento dos doentes perante a terapêutica. Vrijens et al. (2012) propuseram um modelo inovador que distingue três componentes fundamentais:

- **Início da terapêutica:** refere-se ao momento em que o doente toma a primeira dose do medicamento prescrito. Estudos demonstram que uma proporção não negligenciável de doentes nunca chega a iniciar o tratamento, fenómeno muitas vezes associado à ausência de sintomas ou ao receio de efeitos adversos (Vrijens et al., 2012).
- **Implementação da terapêutica:** diz respeito ao grau em que o doente segue o regime posológico prescrito, incluindo a frequência, a dose e o horário de administração dos medicamentos. A execução irregular da terapêutica é uma das formas mais frequentes de não adesão, sendo observada em doentes que, embora motivados, se esquecem ocasionalmente de tomar a medicação ou a tomam fora dos horários indicados (Vrijens et al., 2012; Burnier & Egan, 2019).
- **Persistência na terapêutica:** corresponde ao período de tempo total durante o qual o doente mantém a terapêutica prescrita, desde o início até à interrupção definitiva. A interrupção precoce da terapêutica é um problema crítico em doenças crónicas como a HTA, onde a continuidade do tratamento é essencial para prevenir complicações (Vrijens et al., 2012; WHO, 2003).

Este modelo da adesão permite diferenciar situações clínicas distintas, tais como: doentes que nunca iniciam a terapêutica, doentes que começam, mas apresentam falhas intermitentes na execução do regime, e doentes que abandonam totalmente o tratamento

(Vrijens et al., 2012). Esta diferenciação é crucial, uma vez que cada tipo de não adesão requer estratégias específicas de intervenção (Burnier & Egan, 2019).

Num contexto prático, especialmente em patologias crónicas como a HTA, a adesão à terapêutica assume particular relevância. A HTA é frequentemente assintomática, o que contribui para a baixa perceção subjetiva do risco por parte do doente, fator identificado como determinante para a falta de motivação em manter a terapêutica (Ferreira, 2018; Corrêa et al., 2016). De facto, diversos estudos sublinham que a ausência de sintomas é uma das principais razões apontadas pelos doentes para interromper a medicação ou para não seguir recomendações médicas (Burnier & Egan, 2019; ESC, 2024).

Para além do comportamento estritamente farmacológico, o conceito de adesão à terapêutica engloba também a adesão a medidas não farmacológicas, como modificações na dieta (redução do consumo de sal e gorduras), prática regular de exercício físico, restrição do consumo de álcool, cessação tabágica e gestão do stress (WHO, 2003; ESC, 2024).

A adesão à terapêutica constitui, portanto, um fenómeno complexo, condicionado por fatores psicológicos, sociais, culturais, económicos e organizacionais. O seu estudo exige uma abordagem multidisciplinar, que integre perspetivas médicas, psicológicas e sociais, de forma a delinear intervenções personalizadas que sejam culturalmente adequadas e eficazes (Burnier & Egan, 2019; Camarneiro, 2021).

Em Portugal, diversos trabalhos recentes apontam para níveis preocupantes de má adesão, não apenas no que respeita à terapêutica farmacológica, mas também à implementação de estilos de vida saudáveis. Estudos como o de Mingote et al. (2024) e Santos (2022) revelam que uma parte significativa dos doentes hipertensos apresenta dificuldades em manter a continuidade do tratamento ou em adotar medidas preventivas, o que contribui para baixos índices de controlo da HTA e aumenta o risco de complicações cardiovasculares e renais. Estes dados reforçam a necessidade de estratégias focadas na LS, na educação terapêutica e na simplificação dos regimes farmacológicos (ESC, 2024; WHO, 2003).

Assim, compreender o conceito de adesão à terapêutica, as suas dimensões específicas e os fatores que a condicionam, é essencial para o desenvolvimento de intervenções dirigidas, fundamentais para promover comportamentos terapêuticos eficazes, reduzir a morbilidade e mortalidade associadas às doenças crónicas, e minimizar o impacto económico sobre os sistemas de saúde (Burnier & Egan, 2019; Vrijens et al., 2012).
No contexto da HTA, a falta de adesão ao tratamento aumenta o risco de complicações graves (Ferreira, 2018; Corrêa et al., 2016).

2.2.1.1. O Modelo Necessidade-Preocupações

No aprofundamento do conceito de adesão à terapêutica, destaca-se o Modelo Necessidade-Preocupações (*Necessity-Concerns Framework*), desenvolvido por Horne e colaboradores, como uma das abordagens teóricas mais utilizadas para compreender os mecanismos que influenciam o comportamento dos doentes perante a medicação (Horne et al., 2013). Este modelo sustenta que a adesão resulta de **um equilíbrio dinâmico** entre duas dimensões principais:

- a **perceção da necessidade da terapêutica**, associada à importância atribuída ao tratamento para controlar a doença e prevenir complicações;
- e **as preocupações relacionadas com o tratamento**, como o receio de efeitos adversos, dependência ou impacto negativo na qualidade de vida.

Quando a perceção de necessidade prevalece sobre as preocupações, a probabilidade de adesão aumenta; inversamente, quando predominam as preocupações, tende a observar-se menor adesão (Horne et al., 2013; Khatib et al., 2020).

Neste enquadramento, a LS assume um papel central. A LS condiciona a forma como o doente interpreta a sua condição clínica, avalia riscos e benefícios da medicação e constrói confiança no tratamento. Assim, níveis elevados de LS potenciam uma compreensão crítica das recomendações médicas, reforçando a perceção de necessidade e reduzindo preocupações infundadas; por outro lado, níveis baixos de LS podem amplificar receios, perpetuar crenças negativas e comprometer a adesão (Berkman et al., 2011; Nutbeam, 2008).

A inclusão deste modelo é particularmente relevante no contexto da HTA, dado que se trata de uma doença frequentemente assintomática, em que a perceção subjetiva de risco é reduzida e as preocupações com a terapêutica podem sobrepor-se à necessidade percebida do tratamento.

Assim, o Modelo Necessidade-Preocupações fornece uma base conceptual para compreender como diferentes fatores, psicológicos, cognitivos e contextuais, influenciam o comportamento de adesão. Esta perspetiva sustenta a análise dos fatores determinantes da adesão desenvolvida na secção seguinte (2.2.2), na qual se exploram de forma detalhada as barreiras individuais, psicológicas, clínicas, socioeconómicas e organizacionais que interferem na continuidade terapêutica.

2.2.1.2. A Teoria do Autocuidado de Orem

No aprofundamento do conceito de adesão à terapêutica, destaca-se igualmente a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, amplamente utilizada na enfermagem para compreender os processos de gestão da saúde em contexto de doença crónica. De acordo com Orem (1995), o autocuidado corresponde às ações deliberadas que o indivíduo realiza para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Quando a capacidade de autocuidado não é suficiente para responder às exigências terapêuticas, verifica-se um défice de autocuidado, que exige intervenção profissional.

No caso da HTA, a adesão à terapêutica medicamentosa pode ser entendida como um requisito de autocuidado universal, essencial para o controlo da doença e para a prevenção de complicações. As barreiras identificadas em diversos estudos, tais como, o esquecimento da medicação, as dificuldades operacionais na renovação de receitas ou leitura de rótulos, e ainda as preocupações relacionadas com efeitos adversos ou com a necessidade de tratamento crónico, podem ser interpretadas como manifestações de défices de autocuidado.

A teoria prevê diferentes sistemas de enfermagem para responder a estas necessidades: o compensatório total, o parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação. Este último assume particular relevância no âmbito da adesão à terapêutica, uma vez que os doentes possuem capacidade para realizar o autocuidado, mas necessitam de apoio profissional para desenvolver competências, conhecimento e motivação que lhes permitam ultrapassar barreiras. Assim, o papel dos profissionais de saúde centra-se em capacitar o doente, promovendo estratégias educativas, comunicacionais e de suporte que reforcem a perceção da necessidade do tratamento e reduzam as preocupações associadas.

Neste enquadramento, a articulação entre a Teoria de Orem e o Modelo Necessidade-Preocupações (Horne et al., 2013) revela-se complementar. Enquanto o modelo de Horne enfatiza as crenças individuais sobre a medicação como determinantes da adesão, Orem fornece uma visão mais abrangente, integrando a adesão como parte do processo de autogestão da doença crónica, em que os défices de autocuidado podem ser colmatados através de intervenções de apoio-educação (Sousa, 2015).

Deste modo, a Teoria do Autocuidado de Orem fornece um enquadramento conceptual sólido para compreender a adesão à terapêutica anti-hipertensiva, ao destacar o papel ativo do doente na gestão da sua condição e a importância de estratégias profissionais centradas na promoção da autonomia, da LS e da capacidade de autogestão.

2.2.2. Fatores determinantes da adesão à terapêutica

A adesão à terapêutica constitui um fenómeno complexo e multifatorial, resultante da interação de variáveis que abrangem o doente, o tratamento, a doença, os profissionais de saúde e o contexto socioeconómico e cultural (WHO, 2003; Kardas et al., 2013). Diversas revisões sistemáticas confirmam que estes fatores funcionam como determinantes centrais da adesão, influenciando tanto a continuidade como a eficácia da terapêutica (Kardas et al., 2013; Mathes et al., 2014; Gast & Mathes, 2019).

Na prática, os determinantes dos níveis de adesão manifestam-se como barreiras percecionadas pelos doentes**,** que condicionam de forma direta a adesão à terapêutica.

2.2.2.1. Barreiras individuais e psicológicas

As barreiras individuais e psicológicas desempenham um papel central na adesão à terapêutica, influenciando diretamente o comportamento dos doentes perante o tratamento.

A LS é amplamente reconhecida como um fator determinante da adesão, uma vez que níveis reduzidos de LS limitam a compreensão das indicações médicas, a gestão dos efeitos adversos e a perceção da importância do tratamento contínuo (Bennett et al., 2009; Camarneiro, 2021). Em Portugal, estudos recentes revelam que uma parte substancial da população apresenta níveis problemáticos ou inadequados de LS, o que pode comprometer o controlo da HTA (Mingote et al., 2024; Ferreira et al.,2025).

As **Crenças e perceções sobre a doença e o tratamento** constituem igualmente barreiras relevantes. A baixa perceção de gravidade da doença, associada ao carácter assintomático da HTA, leva muitos doentes a subestimarem o risco e a interromperem a terapêutica. A crença de que o desaparecimento dos sintomas significa cura, bem como a desconfiança em relação à eficácia dos medicamentos, reforçam comportamentos de não adesão (Ferreira, 2018; Corrêa et al., 2016; Silva et al., 2023).

Os **Fatores psicológicos** exercem também forte influência. A depressão, ansiedade, stresse ou défices cognitivos podem dificultar o seguimento de planos terapêuticos complexos (Camarneiro, 2021; Kirk et al., 2017). O esquecimento**,** frequentemente relatado em doentes hipertensos, representa uma das razões mais comuns para a não adesão, podendo ser involuntário ou associado à ausência de sintomas (Guedes et al., 2011). Além disso, a falta de motivação para seguir a terapêutica e o medo dos efeitos adversos são

barreiras amplamente reportadas, sobretudo em contextos de doenças crónicas e silenciosas (Silva et al., 2023; Kvarnström et al., 2018)

2.2.2.2. Barreiras relacionados com a doença e tratamento

A HTA, por ser habitualmente assintomática, induz muitos doentes à desvalorização da necessidade de tratamento, favorecendo o abandono terapêutico, fenómeno descrito no modelo *perceived necessity-concerns framework* (Guedes et al., 2011; Horne et al., 2013). A **complexidade dos regimes terapêuticos**, em particular quando envolve polimedicação ou múltiplas doses diárias, constitui uma barreira significativa, sobretudo em idosos com comorbilidades (Vrijens et al., 2012; Ferreira, 2018; Kvarnström et al., 2018).

Os **efeitos adversos**, reais ou antecipados, bem como experiências negativas prévias, levam frequentemente os doentes a interromper a medicação sem orientação médica (Corrêa et al., 2016; Silva et al., 2023).

Adicionalmente, o **custo económico dos medicamentos** continua a ser um obstáculo crítico, em especial em populações com menor rendimento ou dificuldades no acesso a recursos de saúde (WHO, 2003; DGS, 2021).

Por fim, a **dificuldade em manter mudanças no estilo de vida**, como a adoção de uma dieta equilibrada e a prática regular de exercício físico, é também amplamente reconhecida como um fator que limita a adesão à terapêutica (Silva et al., 2023).

2.2.2.3. Barreiras relacionados com o sistema de saúde

As barreiras associadas ao sistema de saúde refletem-se sobretudo na relação entre profissionais e doentes e nas condições de acesso aos cuidados.

Uma **comunicação deficiente**, o tempo insuficiente das consultas e a ausência de envolvimento do doente no processo de decisão terapêutica comprometem a relação médico-doente e reduzem a probabilidade de adesão (Camarneiro, 2021; Burnier & Egan, 2019).

No âmbito do sistema de saúde, **o acesso aos serviços constitui uma barreira crítica**, sendo frequentemente dificultado pela distância às unidades de saúde ou pela escassez de recursos de transporte (WHO, 2003).

2.2.2.4. Barreiras socioeconómicas e culturais

Condições financeiras precárias, o custo dos fármacos e a dificuldade de deslocação às unidades de saúde constituem obstáculos relevantes (Guedes et al., 2011). Paralelamente, **crenças culturais** e **interpretações erróneas** sobre a doença e o tratamento podem comprometer a continuidade da terapêutica (Silva et al., 2023).

2.2.2.5. O instrumento MYMEDS como ferramenta de avaliação das barreiras

A identificação das barreiras à adesão é essencial para orientar intervenções personalizadas. Neste âmbito, o questionário MYMEDS (*My Experience of Taking Medicines*) desenvolvido por Khatib et al., 2020, tem-se revelado uma ferramenta útil para avaliar as experiências e preocupações reportadas pelos doentes relativamente ao uso da medicação.

O instrumento foi inicialmente aplicado em populações com DCV e permitiu identificar, de forma sistemática, fatores individuais e contextuais que comprometiam a adesão, servindo de base para a implementação de intervenções educativas e de apoio farmacoterapêutica (Duncan et al., 2018).

O MYMEDS organiza-se em domínios que se alinham com as categorias de barreiras amplamente descritas na literatura (WHO, 2003; Kvarnström et al., 2018; Silva et al., 2023):

- **Individuais e psicológicas**, avaliando esquecimento, motivação e crenças sobre a eficácia da terapêutica;
- **Relacionadas com a doença e o tratamento**, contemplando complexidade do regime, polimedicação e efeitos adversos;
- **Socioeconómicas e culturais**, explorando dificuldades financeiras e contextuais que afetam a adesão;
- **Relacionadas com o sistema de saúde**, abordando necessidades de informação, comunicação e apoio profissional.

Ao traduzir conceitos teóricos em informação prática e centrada no doente, o MYMEDS contribui para delinear intervenções direcionadas, especialmente relevantes no contexto da HTA, em que a complexidade do regime e a ausência de sintomas constituem obstáculos adicionais à adesão.

2.2.3. Consequências da não adesão à terapêutica

A não adesão é reconhecida como um grave problema de saúde pública, sobretudo no contexto doenças crónicas., nas quais o tratamento é geralmente prolongado e complexo (Cruz, 2017). A utilização inadequada ou irregular da medicação compromete a eficácia terapêutica, traduzindo-se em menor controlo da doença e maior risco de evolução desfavorável (Cruz, 2017; Kardas, Lewek, & Matyjaszczyk, 2013; WHO, 2003).

2.2.3.1. Consequências clínicas

Estudos demonstram que a não adesão está associada a um aumento de quase três vezes do risco de eventos cardiovasculares em comparação com doentes aderentes (Corrêa et al., 2016). Mesmo reduções modestas da PA, como uma diminuição de 10 mmHg na PAS, podem reduzir significativamente o risco de AVC (em cerca de 35 %), doença cardíaca isquémica (em cerca de 20 %) e mortalidade cardiovascular (Mills et al., 2020).

As suas consequências abrangem dimensões clínicas, económicas e sociais. Clinicamente, associam-se à progressão da doença, ao aumento da incidência de complicações e à deterioração da qualidade de vida. No caso da HTA, a não adesão compromete o controlo dos valores tensionais, potenciando complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, além de aumentar o risco de mortalidade prematura (ESC, 2024; Corrêa et al., 2016).

Do ponto de vista económico, traduz-se em maior utilização dos serviços de saúde, através do aumento de consultas, exames e hospitalizações, bem como, em custos acrescidos decorrentes do tratamento de eventos agudos e complicações do mau controlo da doença. No plano social, acarreta perda de produtividade, absentismo laboral e sobrecarga para cuidadores e sistemas de proteção social.

Deste modo, a não adesão deve ser entendida como um fenómeno multidimensional, que ultrapassa a esfera individual do doente e impacta diretamente a sustentabilidade dos sistemas de saúde e a saúde pública em geral.

2.2.3.2. Consequências económicas

A não adesão representa um peso financeiro expressivo, tanto para o sistema de saúde, pelos custos diretos associados a hospitalizações, exames e terapias mais dispendiosas, como para a sociedade, pelos custos indiretos relacionados com absentismo laboral e

perda de produtividade (WHO, 2003; Ferreira, 2018). Em alguns países, estima-se que até 10 % dos custos totais em saúde sejam atribuíveis à má adesão (Vrijens et al., 2012).

2.2.3.3. Consequências psicossociais

Do ponto de vista psicossocial, a não adesão à terapêutica pode desencadear repercussões importantes na vida do doente. A dificuldade em cumprir adequadamente o regime prescrito pode gerar sentimentos de culpa, frustração e ansiedade, frequentemente associados à perceção de falhanço pessoal (Camarneiro, 2021; Carvalho, 2019). Além disso, este fenómeno pode originar dificuldades na relação com os profissionais de saúde, pela desconfiança ou pela perceção de julgamento, prejudicando a comunicação e a cooperação no processo terapêutico. Em consequência, observa-se frequentemente uma diminuição significativa da qualidade de vida, não apenas pelo impacto clínico do mau controlo da doença, mas também pelo peso emocional e social que a não adesão acarreta (WHO, 2003; Horne et al., 2005).

2.2.4. Estratégias para melhorar a adesão à terapêutica

Reconhecendo a dimensão multifatorial do problema, a literatura aponta para a necessidade de intervenções integradas que combinem:

- Educação para a saúde, ajustada ao nível de literacia do doente (Mingote et al., 2024);
- Simplificação dos regimes terapêuticos, recorrendo sempre que possível a terapêutica combinada em dose fixa (ESC, 2024);
- Monitorização regular, incluindo tecnologias digitais e ferramentas como o questionário MYMEDS, que identifica barreiras individuais à adesão (Khatib et al., 2020);
- Intervenções comportamentais personalizadas, como as propostas pelo modelo *Rubin's Four Tendencies Framework*, que permite adaptar estratégias ao perfil psicológico do doente (Kirk et al., 2017).

Assim, a adesão à terapêutica, especialmente no contexto da HTA, assume- se como uma dimensão estratégica, determinante para o sucesso das intervenções terapêuticas e para a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

2.3 Literacia em saúde

A LS representa, atualmente, um dos pilares conceptuais mais relevantes em saúde pública, não só pela sua importância individual na gestão da saúde, mas também pelo seu

impacto coletivo na eficiência, qualidade e sustentabilidade dos sistemas de saúde (Nutbeam, 2008; Eichler et al., 2009; DGS, 2021).

Segundo a OMS, a LS corresponde à capacidade dos indivíduos para aceder, compreender, avaliar e utilizar informação relacionada com a saúde, de modo a tomar decisões informadas que visem manter ou melhorar o seu estado de saúde (OMS, 1998). Este conceito ultrapassa, assim, a literacia funcional básica, integrando dimensões cognitivas, sociais e comportamentais que determinam a forma como os indivíduos interagem com os serviços de saúde e com os determinantes da sua própria saúde (Nutbeam, 2008; Sørensen et al., 2012).

2.3.1. Evolução do conceito

A literacia tem sido definida de diferentes formas ao longo do tempo, mas sempre associada a um conjunto de competências essenciais para a vida em sociedade. Para Kirsch, Jungeblut, Jenkins e Kolstad (1993), a literacia corresponde à capacidade de utilizar a informação escrita e impressa para satisfazer as exigências da vida quotidiana, alcançar objetivos pessoais e desenvolver conhecimentos e potenciais próprios. Numa linha semelhante, Soares (2003) defende que a literacia ultrapassa a simples aprendizagem da leitura e da escrita, integrando práticas sociais de uso da linguagem. Já segundo Street (1984), a literacia deve ser entendida como um fenómeno social e cultural, não apenas como um conjunto de habilidades técnicas. Por sua vez, UNESCO (2006) enfatiza que a literacia é um direito humano fundamental e a base para a aprendizagem ao longo da vida. Assim, pode-se afirmar que a literacia envolve não apenas competências elementares tais como: leitura, escrita e cálculo, mas também, capacidades mais amplas de interpretação, reflexão e participação crítica na sociedade.

Por outro lado, a evolução do conceito de LS tem acontecido paralelamente ao acréscimo e desenvolvimento de evidência científica sobre a saúde, e mais especificamente sobre os determinantes e os fatores influentes na mesma.

A LS é entendida como um conceito dinâmico que tem evoluído de forma significativa desde 1974, quando foi inicialmente associada às questões da educação para a saúde escolar (Simonds, 1974). Desenvolvida inicialmente nos Estados Unidos da América e Canadá, esta área tem vindo a expandir-se progressivamente em termos internacionais, refletindo-se num crescente interesse académico, político e social. Nas últimas décadas, o conceito adquiriu uma dimensão mais ampla e complexa, revelando-se um fator estratégico de transformação não apenas dos indivíduos, mas também de grupos, organizações, comunidades e sociedades, dada a sua abrangência e versatilidade (Nutbeam, 2000;

Sørensen et al., 2012). Assim, a LS assume-se atualmente como uma competência essencial para a promoção da saúde, para a equidade no acesso aos cuidados e para o fortalecimento da cidadania em saúde.

Inicialmente, a LS foi entendida de forma restrita, focava-se nas pessoas com baixos níveis de LS e nas suas competências cognitivas, limitando-se à capacidade funcional de compreender instruções médicas escritas ou orais (Nutbeam, 2008). Contudo, a evolução do conceito veio reconhecer que a LS envolve também competências interativas e críticas, necessárias para analisar a credibilidade da informação, participar na tomada de decisões e exercer maior controlo sobre a própria saúde (Nutbeam, 2008; Eichler et al., 2009).

Nutbeam (2008) sistematizou a LS em três níveis principais:

- **Literacia funcional/básica em saúde:** engloba competências básicas de leitura, escrita e compreensão, essenciais para lidar com tarefas do quotidiano no sistema de saúde, como interpretar folhetos informativos, rótulos de medicamentos ou instruções médicas simples.
- **Literacia interativa ou comunicacional:** refere-se a competências cognitivas e sociais mais avançadas, permitindo ao indivíduo participar ativamente na comunicação com profissionais de saúde e aplicar essa informação na gestão de condições crónicas.
- **Literacia crítica em saúde:** corresponde à capacidade de analisar, avaliar criticamente e utilizar a informação sobre saúde, ponderando riscos e benefícios, o que potencia decisões mais autónomas e informadas.

Esta evolução reflete a transição de um modelo centrado no cumprimento passivo de recomendações para um paradigma que valoriza a autonomia e a capacitação do cidadão.

Organizações como a OMS e a União Europeia reconhecem a LS como um determinante social fundamental, com impacto direto nos comportamentos de saúde, na utilização dos serviços e nos resultados clínicos. A LS passou, assim, a ser considerada um elemento central para reduzir desigualdades e promover sistemas de saúde mais sustentáveis, evidenciando a sua relevância nas estratégias de saúde pública atuais (OMS, 1998; Sørensen et al., 2012).

2.3.2. Dimensões Operacionais da Literacia em Saúde

Sørensen et al. (2012), através do *European Health Literacy Survey* (HLS-EU), operacionalizaram o conceito de LS em quatro competências centrais, aplicáveis

transversalmente nos domínios dos cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde:

- **Acesso à informação em saúde:** capacidade de procurar e obter informação relevante em diferentes contextos.
- **Compreensão:** habilidade para processar e interpretar corretamente a informação recolhida.
- **Avaliação:** análise crítica da qualidade, veracidade e relevância da informação obtida.
- **Aplicação:** utilização eficaz da informação para tomar decisões que promovam a saúde individual e coletiva.

Estes modelos são fundamentais para a compreensão dos comportamentos de saúde, sublinhando o papel da LS como determinante essencial para a adesão à terapêutica, o recurso atempado aos cuidados de saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis (Mingote et al., 2024; Burnier & Egan, 2019)

2.3.3. Instrumentos de Avaliação da Literacia em Saúde

A avaliação precisa da LS assumiu-se como essencial para identificar grupos populacionais mais vulneráveis e delinear estratégias de intervenção eficazes. Para este efeito, foram desenvolvidos diversos instrumentos, destacando-se entre eles:

- **REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*):** mede a capacidade de leitura e pronúncia de termos médicos, funcionando como indicador indireto de literacia (Davis et al., 1993).
- **TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*):** avalia a compreensão de textos médicos e capacidades numéricas através da interpretação de instruções de medicação (Parker et al., 1995).
- **NVS (*Newest Vital Sign*):** avalia a literacia funcional e numeracia através da interpretação de rótulos nutricionais (Weiss et al., 2005).
- **HLS-EU-Q (*European Health Literacy Survey Questionnaire*):** instrumento multidimensional que avalia competências em aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde. Em Portugal, a versão validada (HLS-EU-PT) revelou excelente fiabilidade psicométrica, sendo amplamente utilizada em estudos populacionais (Pedro et al., 2016).

No contexto português, o *European Health Literacy Survey* para Portugal (HLS-EU-PT) revelou resultados preocupantes, demonstrando que cerca de 61 % da população adulta apresenta níveis problemáticos ou inadequados de LS, valor superior à média europeia (Pedro et al., 2016).

2.3.4. Literacia em Saúde e Adesão à terapêutica

A relação entre LS e adesão à terapêutica tem sido objeto de crescente interesse, particularmente no contexto das doenças crónicas.

A evolução conceptual da LS reforça a ligação entre LS e adesão terapêutica, uma vez que a adesão ao regime terapêutico não depende apenas do conhecimento sobre a doença e a medicação, mas também da capacidade do indivíduo para interpretar informações complexas, avaliar riscos e benefícios e integrar a terapêutica no seu quotidiano. A adesão terapêutica apresenta uma natureza multifatorial, não linear, resultando da interação entre dimensões que incluem o doente, a doença, o tratamento, os profissionais de saúde e o contexto socioeconómico e cultural (*World Health Organization*, 2003; Kardas et al., 2013). A baixa LS pode comprometer esta interação, conduzindo a dificuldades na compreensão das recomendações médicas, insegurança na utilização da medicação e menor capacidade de resolução de problemas relacionados com o tratamento (Shahid, 2022).

Diversos estudos sugerem que níveis mais elevados de LS estão associados a melhores resultados terapêuticos, incluindo maior adesão aos planos de tratamento (Corrêa et al., 2016; Santos & Ramos, 2022). Esta associação é particularmente relevante em patologias crónicas e frequentemente assintomáticas, como a HTA, nas quais a perceção da gravidade da doença e a compreensão da necessidade de terapêutica contínua são fundamentais para a adesão.

A avaliação rigorosa da LS, através de instrumentos como o TOFHLA, REALM e NVS, permite identificar grupos vulneráveis e orientar estratégias de intervenção específicas (Parker et al., 1995; Davis et al., 1993; Weiss et al., 2005).

No contexto europeu, os resultados do estudo HLS-EU, mostraram que quase metade da população inquirida apresenta níveis problemáticos ou inadequados de LS, com impacto direto na capacidade de compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas com a saúde (Sørensen et al., 2015). Estes dados reforçam a necessidade de integrar a LS como prioridade nas políticas de promoção da saúde, visando não apenas a adesão à terapêutica, mas também a redução das desigualdades em saúde

Indivíduos com baixos níveis de LS enfrentam dificuldades significativas em várias

dimensões, incluindo a interpretação de regimes posológicos complexos (Burnier & Egan, 2019; Mingote et al., 2024), a compreensão da importância da terapêutica contínua, sobretudo em doenças assintomáticas como a HTA (Corrêa et al., 2016; Santos & Ramos, 2022), a gestão de efeitos adversos e o reconhecimento de sinais de alerta clínico (Mingote et al., 2024), bem como maior propensão a lapsos ou abandono do tratamento (Vrijens et al., 2012).

Evidências científicas confirmam este impacto, Bennett et al. (2009) verificaram que indivíduos com baixa LS têm até 50 % mais probabilidades de não aderirem ao tratamento prescrito. Em Portugal, Mingote et al. (2024) demonstraram uma associação estatisticamente significativa entre baixos níveis de LS e dificuldades na gestão da terapêutica anti-hipertensiva. Uma revisão sistemática de Hyvert et al. (2022) reforça estes achados: de 27 estudos analisados, 14 evidenciaram uma associação positiva entre LS e adesão à terapêutica, nove não encontraram relação significativa, um reportou associação negativa e três apresentaram resultados mistos. Esta heterogeneidade levou os autores a sublinhar a importância da uniformização metodológica na medição da LS e da adesão à terapêutica.

Determinados grupos populacionais revelam maior vulnerabilidade. Os idosos constituem frequentemente o grupo com menor LS, devido a alterações cognitivas, visuais e auditivas que dificultam a compreensão de instruções médicas (WHO, 2013; DGS, 2021). Em Portugal, cerca de 72 % dos indivíduos com mais de 65 anos apresentam níveis problemáticos ou inadequados de LS (Pedro et al., 2016). Outro grupo de risco são os doentes crónicos, como aqueles com HTA, diabetes ou insuficiência cardíaca, que necessitam de gerir regimes terapêuticos complexos (Burnier & Egan, 2019; Camarneiro, 2021). Nestes casos, a baixa LS associa-se a maior probabilidade de hospitalizações e a piores resultados clínicos (Berkman et al., 2011; Corrêa et al., 2016).

Assim, idosos e doentes crónicos constituem prioridades estratégicas para intervenções dirigidas à promoção da LS, de modo a reduzir desigualdades e melhorar os resultados em saúde.

2.3.5. Custos Económicos da Baixa Literacia em Saúde

A baixa LS tem repercussões económicas expressivas. Eichler et al. (2009) estimaram que os custos da baixa LS podem representar entre 3 % e 5 % dos orçamentos nacionais de saúde, refletindo-se em:

- Maior número de hospitalizações evitáveis.

- Utilização inadequada de serviços de urgência.
- Aumento dos erros na administração de medicamentos, com consequentes complicações clínicas.
- Custos indiretos como redução da produtividade laboral e absentismo.

No caso específico da HTA, a baixa LS contribui para um aumento da prevalência de complicações cardiovasculares e renais, agravando significativamente o peso económico da doença (Burnier & Egan, 2019; Mingote et al., 2024).

2.3.6. Intervenções para Melhorar a Literacia em Saúde

A promoção da LS exige estratégias a vários níveis, centradas nos indivíduos, nas comunidades e nas organizações de saúde (Nutbeam, 2008; DGS, 2021). Intervenções eficazes incluem:

- **Comunicação clara:** utilização de linguagem acessível, complementada com materiais visuais e instruções simples (Berkman et al., 2011).
- **Ferramentas de decisão partilhada (*decision aids*):** facilitam a participação do doente no processo terapêutico, promovendo a autonomia (Sørensen et al., 2012).
- **Programas de educação em saúde:** dirigidos a grupos vulneráveis, realizados em centros de saúde ou comunidades locais (DGS, 2021; Antunes, 2020).
- **Literacia digital:** desenvolvimento de plataformas digitais acessíveis, como a Biblioteca Digital de LS, criada pela DGS (Costa et al., 2019).

Em Portugal, o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 estabeleceu como prioridades a capacitação dos profissionais de saúde em técnicas de comunicação eficaz e a criação de materiais educativos adaptados a diferentes níveis de LS (DGS, 2021).

3. METODOLOGIA

Segundo (Fortin M., 1999), o investigador determina os métodos necessários que deve utilizar para obter respostas às questões de investigação ou às hipóteses formuladas no início do estudo.

Neste capítulo será descrito como foram planeadas e realizadas as etapas metodológicas do presente estudo, nomeadamente: o tipo de estudo, a definição da população e amostra, as variáveis e dimensões a estudar, a descrição dos instrumentos de recolha de dados e as considerações éticas do estudo.

3.1 Tipo de estudo

Foi adotado para esta investigação um estudo transversal, descritivo-correlacional de abordagem quantitativa.

Fortin (1999) descreve este tipo de estudo como sendo uma pesquisa que procura observar, descrever fenómenos num determinado período, sem a manipulação de variáveis. Neste tipo de estudo, os investigadores recolhem os dados em um único ponto no tempo, permitindo a análise de relações entre diferentes variáveis.

Este tipo de abordagem é útil para identificar padrões e tendências, além de permitir a formulação de hipóteses para estudos futuros. Os dados são frequentemente recolhidos através de questionários, entrevistas ou observações, e a análise estatística é realizada para obter as relações entre as variáveis envolvidas.

3.2 População e amostra

A população pode ser entendida como um conjunto de todos os indivíduos nos quais se deseja investigar algumas propriedades (Vilelas J., 2009). Esse conjunto possui uma ou mais características comuns, encontrando-se num espaço ou território conhecido. Contudo, se a população for constituída por um número relativamente elevado de pessoas, é quase praticamente impossível utilizar toda a população. Procede-se então, por fator de tempo e de custos, à extração de uma amostra dessa população. (Vilelas J., 2009).

A população do presente estudo é constituída pelos doentes do CHBM E.P.E. que tenham diagnóstico de HTA.

Uma análise a uma amostra, ou seja, a inquirição a um número restrito de pessoas, com a condição que estas sejam corretamente escolhidas, permite obter as mesmas informações com uma certa margem de erro (Sousa Maria José & Batista Cristina S., 2014). Neste

estudo, a amostra é não probabilística de conveniência: doentes com diagnóstico de HTA que realizaram os Meios Complementares Diagnóstico e Terapêutica (MCDT): Medição Ambulatória da Pressão arterial (MAPA) ou Registo de *Holter* de 24 horas no CHBM E.P.E. no último trimestre do ano 2022.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

3.3.1. Critérios de inclusão

Foram definidos como critérios de inclusão do presente estudo:

- Doentes com mais de 18 anos;
- Doentes com diagnóstico de HTA, que tenham prescrita medicação anti-hipertensiva há pelo menos um mês e que recorreram à realização dos MCDT: MAPA ou Registo Ambulatório de Holter de 24 horas no CHBM E.P.E.

3.3.2. Critérios de exclusão

Como critérios de exclusão foi definido que:
- Doentes que não sabem ler ou escrever;
- Doentes que não acedam participar no estudo

3.4 Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados deve reunir a informação sobre as variáveis em estudo de modo a dar resposta aos objetivos e às questões de investigação (M. HILL & A. Hill, 2009).

Tendo em consideração o problema em estudo, o tipo de estudo e a amostra, o instrumento selecionado foi o inquérito por questionário.

A escolha do instrumento de recolha de dados recaiu sobre o questionário por ser simples de aplicar e poder ser ministrado num grande número de pessoas num curto período de tempo, utilizando poucos recursos humanos e financeiros na sua distribuição, preenchimento e recolha (Fortin M., 1999).

A recolha de dados foi processada com recurso a dois questionários traduzidos e validados para a população portuguesa, mediante autorização dos autores dos mesmos:

- Versão extensa do *European Health Literacy Survey - Portuguese Version* (HLS-EU-PT) (Pedro, A.R, 2016) (Anexo I)
- A minha experiência em tomar medicamentos – MYMEDS (A. Suelen, 2023) (Anexo II)

3.4.1. Versão extensa do *European Health Literacy Survey Portuguese Version* (HLS-EU-PT)

O *European Health Literacy Survey* (HLS-EU-PT), validado para a língua portuguesa por Pedro et al. em 2016, é uma versão adaptada do *European Health Literacy Survey Questionnaire* (HLS-EU-Q), sendo o instrumento que melhor capta todos os aspetos mais relevantes da LS. O HLS-EU-Q procura incorporar alguns princípios sublinhados por Pleasant et al. (2011), como o facto de ser uma ferramenta multidimensional em conteúdo e metodologia, refletindo o conceito de LS como uma construção com diversos domínios conceptuais e componentes práticas.

Esta ferramenta é composta por um total de 47 questões, elaboradas com base no modelo conceptual (Figura 2) desenvolvido por Sorensen et al. (2012) que abrange três áreas fundamentais da saúde: cuidados de saúde (16 questões), promoção da saúde (16 questões) e prevenção da doença (15 questões)

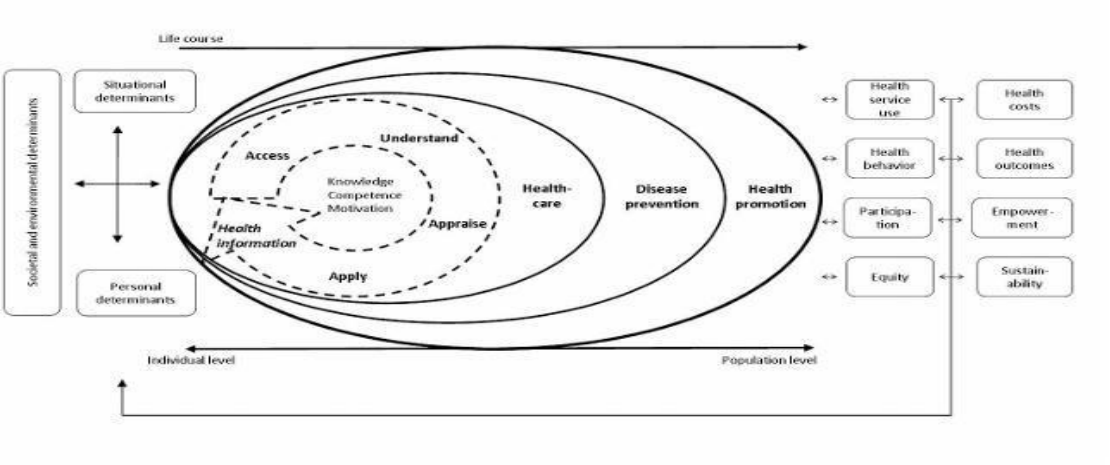


Figura 2 *- Modelo Conceptual do Health Literacy Survey - European Union (Sorensen et al., 2012)*

Esta estrutura metodológica oferece uma base sólida para avaliar a capacidade dos indivíduos em lidar com informação em contextos de saúde distintos, reforçando a utilidade do instrumento para estudos comparativos e intervenções direcionadas.

O referido questionário utiliza uma escala de quatro pontos (de muito fácil a muito difícil), com o objetivo de o inquirido responder fazendo uma autoavaliação quanto à dificuldade que sente na execução de tarefas relacionadas com a gestão da sua saúde. As respostas são dadas sob a forma de escala de *Likert*, em que: 1- Muito fácil, 2-Fácil, 3-Dificil e 4-Muito difícil, existindo a alternativa “Não sei”.

A organização das questões que dizem respeito a cada índice são sintetizadas na Tabela 1.

Tabela 1 *- Índices Geral e Específicos de Literacia em Saúde com as respetivas questões associadas; Número mínimo e máximo de respostas válidas para o cálculo dos Índices; Mínimo e máximo da escala métrica*

Questões	General-HL	HC-HL	DP-HL	HP-HL
Q1.1	✓	✓		
Q1.2	✓	✓		
Q1.3	✓	✓		
Q1.4	✓	✓		
Q1.5	✓	✓		
Q1.6	✓	✓		
Q1.7	✓	✓		
Q1.8	✓	✓		
Q1.9	✓	✓		
Q1.10	✓	✓		
Q1.11	✓	✓		
Q1.12	✓	✓		
Q1.13	✓	✓		
Q1.14	✓	✓		
Q1.15	✓	✓		
Q1.16	✓	✓		
Q1.17	✓		✓	
Q1.18	✓		✓	
Q1.19	✓		✓	
Q1.20	✓		✓	
Q1.21	✓		✓	
Q1.22	✓		✓	
Q1.23	✓		✓	
Q1.24	✓		✓	
Q1.25	✓		✓	
Q1.26	✓		✓	
Q1.27	✓		✓	
Q1.28	✓		✓	
Q1.29	✓		✓	
Q1.30	✓		✓	
Q1.31	✓		✓	
Q1.32	✓			✓
Q1.33	✓			✓
Q1.34	✓			✓
Q1.35	✓			✓
Q1.36	✓			✓
Q.37	✓			✓
Q1.38	✓			✓
Q1.39	✓			✓
Q1.40	✓			✓
Q1.41	✓			✓
Q1.42	✓			✓
Q1.43	✓			✓
Q1.44	✓			✓
Q1.45	✓			✓
Q1.46	✓			✓
Q1.47	✓			✓
Número mínimo e máximo de respostas válidas para cálculo dos índices				
Número de Questões	43	15	14	14
Escala métrica				

Fonte: Sorensen,2012

Com o objetivo de proceder à forma correta de calcular os índices e de assegurar uma correta comparação entre eles, os quatro índices de LS foram uniformizados numa escala métrica variável entre 0 (nível mínimo de LS) e 50 (nível máximo de LS), de acordo com a seguinte fórmula (Pedro et al 2016):

$$I = [(X - 1)/3]*50$$

na qual:

I - Índice específico calculado

X - Média das questões respondidas por cada participante

1 - Valor mínimo possível da média (conduz a um valor mínimo do índice igual a 0)

3 - Intervalo da média

50 - Valor máximo escolhido para a escala.

Para cada um dos índices, identificam-se os seguintes pontos de corte:

Scores ≤ a 25 pontos corresponde a LS Inadequada;

Scores entre 25-33 pontos correspondem a LS Problemática;

Scores entre 33-42 pontos correspondem a LS Suficientes;

Scores entre 42-50 pontos correspondem a LS Excelente (Consortium HD, 2012).

3.4.2. The *My Experience of Taking Medicines* (MYMEDS) - versão Portuguesa

O questionário MYMEDS é um questionário que tem como objetivo a recolha de dados sobre a experiência dos pacientes em relação à medicação, com a finalidade de os incentivar a refletirem sobre aspetos relacionados com a toma dos medicamentos, tentando identificar fatores que possam influenciar a adesão.

Segundo Khatib et al (2020) este questionário permite que os profissionais de saúde obtenham informações valiosas sobre como os pacientes lidam com as suas prescrições, sendo uma ferramenta de avaliação para compreender melhor a adesão dos pacientes ao tratamento. Para além disso esta ferramenta fornece um quadro mais completo sobre a realidade do tratamento do ponto de cista do paciente.

O questionário MYMEDS foi validado para a língua portuguesa por Arcego et al. (2023), sendo composto por duas partes principais, cada uma com um objetivo distinto na avaliação da experiência do doente com a medicação.

A primeira parte foca-se na identificação dos medicamentos em uso (nesta secção os doentes fornecem informações tais como, todos os medicamentos que estão a tomar no momento. Inclui informações como o nome do medicamento, dosagem, frequência e motivo da toma) ajudando a contextualizar as respostas da segunda parte.

A segunda parte permite identificar as barreiras à adesão à terapêutica, sendo composta por afirmações organizadas em categorias temáticas, onde o doente indica o seu grau de concordância com as afirmações. É composta por 12 afirmações agrupadas de acordo com o tema abordado:

- **Compreensão e satisfação com os seus medicamentos** – Três afirmações que avaliam o nível de conhecimento e confiança nos medicamentos:

i. "Compreendo perfeitamente os meus medicamentos para o coração e porque é que me foram receitados"
ii. "Estou convencido da importância de todos os meus medicamentos para o coração"
iii. "Os meus medicamentos para o coração parecem estar a funcionar em mim"

- **Preocupação acerca dos seus medicamentos** – duas afirmações que abordam os medos sobre efeitos adversos ou subprescrições:

i. "Preocupa-me que um ou mais medicamentos me façam mais mal que bem"
ii. "Sinto-me preocupado por me receitarem medicamentos a mais"

- **Aspetos práticos acerca dos seus medicamentos** – quatro afirmações sobre as dificuldades com o medicamento, como engolir comprimidos ou abrir embalagens:

i. "Tenho dificuldades em abrir os frascos dos medicamentos ou em retirar os comprimidos do invólucro e gostaria de ter uma solução ou outra alternativa"
ii. "Tenho dificuldade em engolir o(s) meus(s) medicamentos e gostaria de ter uma solução ou outra alternativa"
iii. "Tenho dificuldade em conseguir as receitas dos medicamentos e gostaria de ter ajuda em obter mais facilmente as receitas do meu médico"
iv. "Tenho dificuldade em ler o rótulo das caixas ou frascos de medicamentos e gostaria de ter uma solução ou outra alternativa"

- **Ajuste da toma dos medicamentos às suas rotinas** – três afirmações que abordam como os medicamentos se encaixam no dia a dia:

i. "Por vezes esqueço-me de tomar os meus medicamentos para o coração"
ii. "Estou a ter dificuldade em encaixar na minha rotina diária a toma de um ou mais dos meus medicamentos para o coração"

iii. “Sinto-me incomodado/aborrecido por ter de tomar os meus medicamentos do coração para o resto da minha vida”.

As opções de respostas são dadas sob a forma de escala de *Likert*, em que: 1-Concordo Fortemente, 2-Concordo, 3- Discordo e 4- Discordo Fortemente, existindo a alternativa “Elabore/Comente”.

Em seguida, é avaliado em que medida o doente toma os vários medicamentos de acordo com a prescrição médica, podendo a resposta ser dada numa escala de *Likert* de cinco pontos (Sempre, Quase Sempre, A maioria das vezes, Cerca de Metade das Vezes e Menos de Metade das Vezes). Esta última secção do questionário avalia exclusivamente a adesão à terapêutica do doente e são considerados não aderentes se selecionarem qualquer resposta diferente de “sempre” para a toma de qualquer um dos medicamentos utilizados.

3.5. Análise de dados e tratamento estatístico

3.5.1 Variáveis em Estudo

De acordo com Fortin (1999) aos conceitos utilizados num estudo, passam a chamar-se variáveis e desta forma passam a ser definidas de forma operacional e a permitir a sua medida. As variáveis podem ser qualitativas ou quantitativas.

Utilizando a terminologia proposta por Stevens (1946) as variáveis podem ser classificadas da seguinte forma: nominais, ordinais, intervalares e proporcionais ou de razão. Na Tabela 2 estão apresentadas as variáveis estudadas, assim como a sua tipologia. Este processo de identificação e reflexão sobre as variáveis em estudo é crucial, uma vez que segundo o tipo de variável em estudo poderão ser realizados determinados tipos de testes.

***Tabela 2** - Classificação das variáveis em estudo*

Variáveis	Tipo de Variável
Género	Qualitativa, Nominal
Grupo Etário	Qualitativa, Ordinal
Estado Civil	Qualitativa, Nominal
Nível de escolaridade	Qualitativa, Ordinal
Situação profissional	Qualitativa, Nominal
Situação de Habitação	Qualitativa, Nominal
Situação Financeira	Qualitativa, Ordinal
Formação/Trabalhou na área de saúde	Qualitativa, Nominal
Outras patologias	Qualitativa, Nominal
Para além de doença cardíaca sofre de:	Qualitativa, Nominal
Score literacia geral em saúde	Quantitativa, intervalar
Score de literacia em cuidados de saúde	Quantitativa, intervalar
Score de literacia em prevenção da saúde	Quantitativa, Intervalar
Score da literacia em prevenção da doença	Quantitativa, intervalar
Score da literacia em prevenção da saúde	Quantitativa, Intervalar
Literacia geral em saúde por classes	Qualitativa, Ordinal
Itens relativos à perceção da compreensão e satisfação com os medicamentos	Qualitativa, Ordinal
Itens relativos à perceção da preocupação acerca dos medicamentos	Qualitativa, Ordinal
Itens relativos à perceção dos aspetos práticos acerca dos medicamentos	Qualitativa, Ordinal
Itens relativos à perceção do ajuste da toma dos medicamentos às rotinas	Qualitativa, Ordinal

3.6. Procedimento de análise de dados

Numa primeira fase foi construída uma base de dados com recurso ao programa "IBM® SPSS® *Statistics*" (versão 26), a partir da informação obtida através dos instrumentos de recolha de dados. Posteriormente e de acordo com o tipo de variável de estudo, foram selecionados os testes estatísticos.

Com o objetivo de caracterizar o nível de LS dos participantes do estudo, recorreu-se à estatística descritiva das escalas do instrumento. Inicialmente, analisaram-se as frequências absolutas e relativas dos quatro níveis (inadequada, problemática, suficiente e excelente); num segundo momento, calcularam-se as medidas de tendência central e de dispersão dos *scores* correspondentes aos diferentes tipos de literacia (literacia geral em

saúde, literacia em cuidados de saúde, literacia em prevenção da doença e literacia em promoção da saúde).

Para avaliar a associação entre os níveis de literacia geral em saúde, os diferentes tipos de literacia e as características sociodemográficas (género, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, profissional de saúde ou com formação e comorbilidades). Para esta análise, recorreu-se a tabelas de contingência e ao teste do qui-quadrado. Nos casos em mais de 20% das células apresentaram frequências esperadas inferiores a cinco, foi aplicado o teste exato de *Fisher* (Laureano, 2011). Na comparação de médias, recorreu-se ao teste *t* para duas amostras independentes e à ANOVA quando se tratou para mais de duas amostras.

Com o objetivo de identificar/definir as barreiras percecionadas pelos participantes em estudo à utilização de medicação anti-hipertensiva, procedeu-se à análise de frequências das respostas às questões correspondentes. As categorias “concordo fortemente” e “concordo” foram agrupadas numa única categoria, assim como “discordo fortemente” e “discordo”. Para avaliar a existência de diferenças na distribuição das proporções, aplicou-se o teste do qui-quadrado, recorrendo-se ao teste exato de Fisher quando mais de 20% das células apresentaram frequências esperadas inferiores a cinco. (Laureano, 2011).

Para avaliar a associação entre as características sociodemográficas dos participantes (género, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, pertença à área da saúde ou formação na área, e presença de comorbilidades) e as barreiras percecionadas à utilização de medicação anti-hipertensiva, recorreu-se à utilização de tabelas de contingência e ao teste do qui-quadrado. Nos casos em que mais de 20% das células apresentaram frequências esperadas inferiores a cinco, foi aplicado o teste exato de Fisher (Laureano, 2011).

Para determinar a associação entre os níveis de literacia geral em saúde e as barreiras percecionadas pelos participantes do estudo à utilização de medicação anti-hipertensiva, recorreu-se ao teste de Qui-Quadrado.

Para todos os testes de hipóteses, considerou-se um nível de significância de 0,05.

3.7. Considerações éticas e de confidencialidade

Os valores éticos de conduta profissional são baseados nos valores da sociedade, incluindo a estabilidade entre os direitos e a privacidade dos indivíduos e o bem-estar (Sousa Maria José & Batista Cristina S., 2014). Todos os projetos de investigação realizados com seres humanos levantam questões éticas e morais. É necessário tomar

medidas para proteger o bem-estar, os direitos e a privacidade dos indivíduos que participam nas investigações. Para isso, existem os códigos de ética para a investigação clínica que contemplam princípios fundamentais que deverão ser cumpridos aquando da realização de qualquer projeto de investigação com seres humanos, nomeadamente: direito de autodeterminação, intimidade, anonimato, confidencialidade dos dados, proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, direito a um tratamento justo e leal.

Inicialmente foram solicitadas aos autores por meio de correio eletrónico as autorizações para a utilização dos questionários HLS-EU-PT e MYMEDS, tendo sido concedidas para ambos os questionários (Anexos III e IV).

Foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética da ESTeSL- Nº 57/2022 para a realização do presente estudo (Anexo V)

Os dados para a realização deste estudo foram recolhidos no CHBM E.P.E., no serviço de Cardiologia, após autorização do Conselho de Administração do CHBM E.P.E. (Anexo VI), do Conselho de Ética do CHBM E.P.E. (Anexo VII) e da Diretora do Serviço de Cardiologia do CHBM E.P.E. (Anexo VIII).

A recolha de dados foi realizada num único momento, sendo fornecido um documento informativo ao participante com a devida explicação dos objetivos do estudo, procedimentos e garantia de anonimato, solicitando a sua concordância em participar no estudo (Anexo IX).

A informação recolhida no questionário foi utilizada exclusivamente para fins académicos, sendo acedida apenas pelos dois investigadores envolvidos no projeto. Não existirá transferência de dados para entidades terceiras. Os resultados do estudo poderão ser divulgados de forma agregada, nunca individualmente, em conferências, publicações em revistas ou outros meios de comunicação científicos.

4. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos após a análise dos dados recolhidos através dos questionários mencionados no capítulo anterior.

4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Os dados relativos às características sociodemográficas da amostra estão apresentados na Tabela 3. A amostra inclui 93 participantes, embora um deles não tenha indicado o seu género, idade, nível de escolaridade e formação. Podemos observar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros para todas as características sociodemográficas ($p>0,05$).

Do total, 55 (59,8%) participantes são do género feminino e 37 (40,2%) do género masculino, com idades compreendidas entre os 25 e os 85 anos (média±DP: 58,7±12,6 anos e mediana 59,0 anos), situando-se a maioria (56,5%) entre os 45 e 64 anos. O género feminino apresenta uma média de idades de 58,1 ± 12,6 anos e o masculino de 59,8 ± 12,7 anos.

No que diz respeito ao estado civil, 62,2 % da amostra refere ter companheiro (64,8% do género feminino *versus* 58,3% do género masculino), sendo que 72,8% vive acompanhado (76,4% do sexo feminino versus 67,6% do sexo masculino).

Quanto ao nível de escolaridade, 47,3% da amostra frequentou a escola até ao 3º ciclo (44,4% do género feminino *versus* 51,4% do género masculino); 18,7% frequentou o ensino secundário (20,4% do género feminino e 16,2% masculino); e 34,1% refere ter formação académica de nível superior (35,2% do género feminino *versus* 32,4% do género masculino).

Relativamente à situação profissional 53,6% dos participantes no estudo estão empregados (59,3% do género feminino *versus* 43,3% do género masculino), estando os restantes reformados ou desempregados (32,4% e 14,3%, respetivamente).

Por fim, relativamente à formação ou trabalho na área da saúde, 66,3% da amostra refere não ser profissional de saúde (63,6% feminino e 70,3% masculino).

Tabela 3 *- Caracterização Sociodemográfica da Amostra*

Variáveis	Feminino (n=55)		Masculino (n=37)		Total (n=92)		
	Média	**DP**	**Média**	**DP**	**Média**	**DP**	**Sig**
Idade (anos)	58,1	12,6	59,8	12,7	58,7	12,6	0,550[u]
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**Sig**
Escalões Etários (anos)							0,384*
25-44	8	14,5	2	5,4	10	10,9	
45-64	30	54,5	22	59,5	52	56,5	
> 65	17	30,9	13	35,1	30	32,6	
Estado Civil							0,534*
Sem companheiro	19	35,2	15	41,7	34	37,8	
Com companheiro	35	64,8	21	58,3	56	62,2	
Nível de Escolaridade							0,789*
Até 3º ciclo	24	44,4	19	51,4	43	47,3	
Ensino Secundário	11	20,4	6	16,2	17	18,7	
Ensino Superior	19	35,2	12	32,4	31	34,1	
Situação Profissional							0,320*
Empregado	32	59,3	13	43,3	45	53,6	
Desempregado	6	11,1	6	20,0	12	14,3	
Reformado	16	29,6	11	36,7	27	32,1	
Vive com							0,352*
Sozinho	13	23,6	12	32,4	25	27,2	
Acompanhado	42	76,4	25	67,6	67	72,8	
Formação/trabalhou na área de saúde							0,333[f]
Sim	17	30,9	7	18,9	24	26,1	
Não	35	63,6	26	70,3	61	66,3	
Não responde	3	5,5	4	10,8	7	7,6	

*Legenda: DP, Desvio-padrão; [u], Teste de U de Mann-Whitney; *Teste de Qui-Quadrado; [f], Teste Exato de Fisher.*

Na Tabela 4 apresentam-se os dados referentes às patologias dos participantes no estudo. Podemos observar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros (p>0,05). Para além da doença cardíaca, 47,8% da amostra refere sofrer de outras doenças crónicas (49,1% do género feminino e 45,9% do género masculino). Destes, 48,8% afirma sofrer de diabetes (48% do género feminino *versus* 50% do género masculino); 19,5% afirma sofrer de doenças respiratórias (24% do género feminino *versus* 12,5% masculino); 4,9% de doenças osteoarticulares (8% feminino *versus* 0% masculino). Finalmente, 26,8% dos participantes afirmam sofrer de outras doenças (20% do género feminino e 37,5% do género masculino).

Tabela 4 *- Doença Cardíaca e Outras Doenças Crónicas*

	Feminino (n=55)		Masculino (n=37)		Total (n=92)		Sig
	N	%	N	%	N	%	
Para além de doença cardíaca sofre de outras doenças crónicas?							0,833*
Sim	27	49,1	17	45,9	44	47,8	
Não	28	50,9	20	54,1	48	52,2	
Para além de doença cardíaca sofre de:							0,475 [f]
Diabetes	12	48	8	50,0	20	48,8	
Doenças Respiratórias	6	24	2	12,5	8	19,5	
Doenças osteoarticulares	2	8	0	0,0	2	4,9	
Outras	5	20	6	37,5	11	26,8	

**Teste de Qui-Quadrado; [f], Teste Exato de Fisher*

Relativamente às perceções sobre a situação financeira do agregado familiar, os dados apresentam-se na Tabela 5. Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros (p>0,05). Observa-se que 89,4% considera que a sua situação financeira permite satisfazer "sempre ou quase sempre" as necessidades básicas de alimentação (86% do género feminino e 94,3% do género masculino). Em relação às necessidades básicas de habitação, esse valor sobe para 97,6% (97,9% do género feminino e 97,1% do género masculino), embora em relação às necessidades básicas de saúde desça para 86,9% (83,7% do género feminino e 91,4% do género masculino). Para 89,8% da amostra, a situação financeira do agregado familiar permite satisfazer "sempre" ou quase sempre" as necessidades básicas de educação (89,9% do género feminino e 90,9% do masculino). Relativamente a outras necessidades básicas, esse valor corresponde a 83,3% (71,4% do género feminino e 90,9% do género masculino).

Tabela 5 *- Perceção da Situação Financeira*

	Feminino (n=55)		Masculino (n=37)		Total (n=92)		Sig
	N	%	N	%	N	%	
Permite-lhe satisfazer as necessidades básicas alimentação							0,518[f]
Nunca ou raramente	2	4,0	0	0,0	2	2,4	
Às vezes	5	10,0	2	5,7	7	8,2	
Sempre ou quase sempre	43	86,0	33	94,3	76	89,4	
Permite-lhe satisfazer as necessidades básicas de Habitação							0,669[f]
Nunca ou raramente	1	2,1	0	0,0	1	1,2	
Às vezes	0	0,0	1	2,9	1	1,2	
Sempre ou quase sempre	47	97,9	34	97,1	81	97,6	
Permite-lhe satisfazer as necessidades básicas de Saúde							0,560[f]
Nunca ou raramente	2	4,1	0	0,0	2	2,4	
Às vezes	6	12,2	3	8,6	9	10,7	
Sempre ou quase sempre	41	83,7	32	91,4	73	86,9	
Permite-lhe satisfazer as necessidades básicas de Educação							1,000[f]
Nunca ou raramente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Às vezes	4	10,8	2	9,1	6	10,2	
Sempre ou quase sempre	33	89,2	20	90,9	53	89,8	
Permite-lhe satisfazer as necessidades básicas de outra natureza							0,483[f]
Nunca ou raramente	1	14,3	0	0,0	1	5,6	
Às vezes	1	14,3	1	9,1	2	11,1	
Sempre ou quase sempre	5	71,4	10	90,9	15	83,3	

[f], Teste Exato de Fisher.

4.2. Caracterização do Nível de Literacia em Saúde dos participantes do estudo

Os dados referentes à LS encontram-se apresentados na Tabela 6. Numa segunda fase da análise, foram calculadas as medidas de tendência central e de dispersão para a literacia geral em saúde, bem como para cada uma das suas dimensões: literacia em cuidados de saúde, literacia em prevenção da doença e literacia em promoção da saúde.

Relativamente à distribuição dos níveis de literacia (Tabela 6), verificou-se que mais de metade da amostra (52,7%) apresenta um nível de LS considerado problemático. As classificações de literacia suficiente e excelente foram atribuídas, cada uma, 18,3% dos participantes. Por sua vez, 10,8% da amostra registou um nível de LS considerado inadequado.

Destaca-se ainda que, de forma cumulativa, 63,4% dos participantes apresentam um nível de LS negativo, englobando os níveis de LS inadequado e problemático. Em contrapartida,

36,6% da amostra apresenta níveis considerados positivos, ou seja, LS suficiente e excelente.

***Tabela 6** - Nível de Literacia em Saúde Geral da Amostra*

Nível de Literacia em saúde (Geral)	n	%	% cum
Inadequada *(score ≤ 25*)	10	10,8	10,8
Problemática *(score* 26 a 33*)*	49	52,7	63,4
Suficiente *(score* 34 a 42*)*	17	18,3	81,7
Excelente (score 43 a 50)	17	18,3	100,0
Total	93	100,0	

Relativamente às medidas de tendência central e de dispersão (Tabela 7), observa-se que a literacia geral em saúde, apresenta uma Mediana (P25-P75): 31,56 (26,60–36,52), valor próximo da média, sugerindo uma distribuição simétrica. Assim, a literacia geral em saúde pode ser classificada de problemática. O intervalo interquartil mostra que a maioria dos participantes tem pontuações entre 26,60 e 36,52, portando entre um nível problemático e suficiente. O menor score é 17,73 e o maior é 50,00, abrangendo toda a escala possível. Quanto à dimensão literacia em cuidados de saúde, a Média (M) ± DP: 33,66 ± 8,97 é ligeiramente superior à literacia geral sendo ainda baixa, mas com maior variação entre os participantes (desvio padrão mais elevado). A Mediana (P25-P75): 31,25 (27,08–39,60) é um pouco menor que a média, indicando uma leve assimetria positiva, sendo os extremos semelhantes aos da literacia geral. Ao analisar a literacia em prevenção de doença, a sua Média (M) ± DP: 31,11 ± 8,23 é inferior às dimensões anteriores, mas podendo ser ainda classificada de problemática. O desvio padrão indica variações semelhantes à da literacia geral. A amplitude Min-Max: 18,89–50,00 é semelhante às outras dimensões, com o mínimo um pouco mais alto que na literacia geral. Quando se analisa a dimensão literacia em promoção de saúde a Média (M) ± DP: 30,21 ± 8,49, tem a menor pontuação média entre todas, indicando um desempenho inferior nesse domínio. No entanto situa-se num score que pode ser considerado ainda de problemático. Quanto à Mediana (P25-P75): 30,21 (25,26–34,38) verifica-se que está bem próxima da média, com o intervalo interquartil ligeiramente mais estreito. A amplitude é a mesma da literacia em cuidados de saúde, mas o menor valor observado é igual ao mínimo da escala.

***Tabela 7** - Estatística Descritiva da Literacia em Saúde*

Mediana (P25-P75)	Min-Max
31,56 (26,60-36,52)	17,73-50,00
31,25 (27,08-39,60)	16,67-50,00
31,11 (27,78-37,50)	18,89-50,00
30,21 (25,26-34,38)	16,67-50,00

Abreviaturas: M: Média; DP: Desvio Padrão; P25, Percentil 25; P75, Percentil 75; Min: Mínimo; Max: Máximo

4.3. Associação entre as características sociodemográficas e os níveis de literacia em saúde

Os dados referentes à associação entre as características sociodemográficas e os níveis de literacia apresentam-se na Tabela 8. Podemos observar que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de literacia geral em saúde entre homens e mulheres ($p>0,05$). No entanto, as mulheres apresentaram maior proporção de literacia inadequada (14,5%) comparativamente aos homens (5,4%). Já os homens apresentaram valores superiores nos níveis problemático (59,5%) e excelente (21,6%) face às mulheres (47,3% e 16,4%, respetivamente). No nível suficiente, as mulheres registaram maior proporção (21,8%) comparado aos homens (13,5%).

Também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos etários ($p>0,05$). Ainda assim, os níveis de literacia suficiente e excelente foram mais prevalentes no grupo dos 25-44 anos (30% cada). Por outro lado, o nível problemático foi mais frequente nas faixas etárias mais elevadas (51,9% entre 45-64 anos; 58,6% nos ≥65 anos), sendo o nível inadequado mais prevalente nos participantes ≥65 anos (20,7%).

Na variável estado civil, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) entre os grupos em análise. De realçar, no entanto, que se verificou maior proporção do grupo sem companheiro(a) no nível mais baixo, ou seja, de literacia considerada inadequada (17,1%), comparativamente ao grupo com companheiro(a) (7,1%). Adicionalmente, este último grupo apresentam uma percentagem bastante mais elevada no nível suficiente (21,4%), comparativamente ao grupo sem companheiro(a) (11,4%).

Também a situação profissional apresentou diferenças significativas ($p<0,05$). Reformados e desempregados mostraram maiores proporções nos níveis inadequado e problemático, destacando-se os desempregados com 16,7% inadequado e 58,3% problemático. Em contraste, os empregados apresentaram apenas 4,4% no nível inadequado e registaram proporções mais elevadas nos níveis suficiente e excelente (26,7% cada).

Relativamente à profissão, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$). Quanto Profissionais de saúde apresentaram melhores níveis de literacia, com 37,5% no nível suficiente e 29,2% no nível excelente, e nenhum participante neste grupo se encontrava no nível inadequado (0%). Entre os não profissionais de saúde, 61,3% encontravam-se no nível problemático e 12,9% no nível inadequado.

Por fim, não se encontraram diferenças significativas ($p>0,05$) entre participantes com e sem outras doenças crónicas além da doença cardíaca. Observou-se apenas uma maior

proporção de literacia excelente entre os participantes sem doenças crónicas (25%) em comparação com os que têm outras doenças (11%).

Tabela 8 - *Literacia Geral Em Saúde e Características Sociodemográficas*

Variáveis	Classificação da Literacia em Saúde								Sig.
	Inadequada		Problemática		Suficiente		Excelente		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Género									0,323
Feminino (n=55)	8	14,5	26	47,3	12	21,8	9	16,4	
Masculino (n=37)	2	5,4	22	59,5	5	13,5	8	21,6	
Grupos etários									0,152
25-44 anos (n=10)	1	10	3	30	3	30	3	30	
45-64 anos (n=52)	3	5,8	27	51,9	10	19,2	12	23,1	
>65 anos (n=30)	6	20,7	17	58,6	4	13,8	2	6,9	
Estado civil									0,363
Sem companheiro(a) (n=30)	6	17,1	19	54,3	4	11,4	6	17,1	
Com companheiro(a) (n=56)	4	7,1	30	53,6	12	21,4	10	17,9	
Escolaridade									0,000 [f]
3º ciclo (n=44)	9	20,5	27	61,4	6	13,6	2	4,5	
Secundário (n=17)	1	5,9	11	64,7	3	17,6	2	11,8	
Superior (n=31)	0	0	10	32,3	8	25,8	13	41,9	
Situação profissional									0,000 [f]
Empregado (n=45)	2	4,4	19	42,2	12	26,7	12	26,7	
Desempregado (n=12)	2	16,7	7	58,3	1	8,3	2	16,7	
Reformado (n=28)	6	21,4	17	60,7	3	10,7	2	7,1	
Profissional ou formação em saúde									0,003 [f]
Sim (n=24)	0	0	8	33,3	9	37,5	7	29,2	
Não (n=62)	8	12,9	38	61,3	7	11,3	9	14,5	
Doença cardíaca e outras doenças									0,387
Sim (n=45)	5	11,1	26	57,8	9	20	5	11,1	
Não (n=48)	5	10,4	23	47,9	8	16,7	12	25	

[f], Teste Exato de Fisher.

Na comparação das médias dos scores dos diferentes tipos de LS, entre géneros (Tabela 9), podemos observar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros feminino e masculino em todos os scores. Efetivamente as médias são muito idênticas em todos os scores, variando de (M) ± DP: 32,4 ± 8,6 e (M) ± DP: 34,7 ± 8,0 no género feminino e de (M) ± DP: 33,2 ± 9,7 e (M) ± DP: 34,7 ± 9,0 no género masculino.

Tabela 9 *- Testes t Para Comparação de Médias entre Géneros*

Classificação	Género		Sig.
	Feminino (n=55) Média ± DP	Masculino (n=37) Média ± DP	
Literacia geral em saúde	33,7 ± 7,8	34,1 ± 8,9	0,810
Literacia em cuidados de saúde	34,2 ± 9,1	34,7 ± 9,0	0,797
Literacia em prevenção de doença	34,7 ± 8,0	34,3 ± 9,0	0,842
Literacia em promoção de saúde	32,4 ± 8,6	33,2 ± 9,7	0,660

Legenda: DP: Desvio Padrão.

Podemos observar pelos dados da Tabela 10, que existem diferenças estatisticamente significativas em pelo menos um grupo etário nos scores da literacia em geral em saúde (p<0,0,5), cuidados de saúde (p<0,05) e prevenção em saúde (p<0,05). Assim, os scores das faixas etárias mais novas são superiores às dos mais velhos. Para a literacia geral em saúde temos uma média de (M) ± DP: 37,4 ± 9,6 no grupo dos 25 aos 44 anos; de (M) ± DP: 35,2 ± 8,3 no grupo dos 45 aos 64 anos e de (M) ± DP: 30,5 ± 6,8 no grupo maior de 65 anos. Para a literacia em cuidados de saúde temos uma média de (M) ± DP: 37,8±10,4 no grupo dos 25 aos 44 anos; de (M) ± DP: 36,3 ± 8,5 no grupo dos 45 aos 64 anos e de (M) ± DP: 30,0 ± 8,0 no grupo maior de 65 anos. Relativamente à literacia em prevenção da doença, temos uma média de (M) ± DP: 38,1 ± 8,5 no grupo dos 25 aos 44 anos, de (M) ± DP: 35,8 ± 8,6 no grupo dos 45 aos 64 anos e de (M) ± DP: 31,2 ± 7,1 pra o grupo de maiores de 65 anos. Para a literacia em promoção de saúde as médias das faixas mais novas também são superiores à dos mais velhos, no entanto, estas diferenças não estatisticamente significativas (p>0,05).

Tabela 10 *- Anova Para Comparação de Médias entre Grupos Etários*

Classificação	Grupos Etários			Sig
	25-44 (n=10) Média ± DP	45-64 (n=52) Média ± DP	>65 (n=29) Média ± DP	
Literacia geral em saúde	37,4 ± 9,6	35,2 ± 8,3	30,5 ± 6,8	0,017
Literacia em cuidados de saúde	37,8 ± 10,4	36,3 ± 8,5	30,0 ± 8,0	0,004
Literacia em prevenção de doença	38,1 ± 8,5	35,8 ± 8,6	31,2 ± 7,1	0,021
Literacia em promoção de saúde	36,6 ± 10,6	33,4 ± 9,3	30,5 ± 7,8	0,147

Legenda: DP: Desvio Padrão.

No que diz respeito à comparação dos scores entre os dois grupos de estado civil (Tabela 11), apesar do grupo com companheiro ter scores superiores às de sem companheiro para três scores de literacia geral em saúde, prevenção de doença e promoção de saúde, essas

diferenças não são estatisticamente significativas.

Tabela 11 *- Testes t Para Comparação de Médias Entre Grupos de Estado Civil*

Classificação	Estado Civil		Sig.
	Sem Companheiro (n=35) Média ± DP	Com Companheiro (n=56) Média ± DP	
Literacia geral em saúde	32,5 ± 8,5	34,4 ± 7,9	0,292
Literacia em cuidados de saúde	35,6 ± 8,9	35,1 ± 8,8	0,186
Literacia em prevenção de doença	33,2 ± 8,3	34,9 ± 8,3	0,332
Literacia em promoção de saúde	31,8 ±9,4	32,9 ± 8,6	0,563

Legenda: DP: Desvio Padrão.

Relativamente à comparação dos scores entre os níveis de escolaridade (Tabela 12), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas, em pelo menos um nível de escolaridade, para todos os scores (p<0,05). Com efeito, os níveis de escolaridade inferior apresentam scores bastante mais baixos do que os níveis de escolaridade superior. Temos, para o score de literacia em geral, uma média de (M) ± DP: 30,2 ± 6,2, para o 3º ciclo; de (M) ± DP: 32,9 ± 8,0 para o secundário; e de (M) ± DP: 39,7 ± 7,9 para o ensino superior. No score de literacia em cuidados de saúde temos uma média de (M) ± DP: 29,6 ± 6,7 para o 3º ciclo; de (M) ± DP: 34,4 ± 8,5 para o secundário; e de (M) ± DP: 40,9 ± 8,1 para o ensino superior. No score de literacia em prevenção de doença, temos uma média de (M) ± DP: 30,9 ± 6,5 para o 3º ciclo; de (M) ± DP: 32,7 ± 7,6 para o secundário e de (M) ± DP: 40,8 ± 7,6 para o ensino superior. Finalmente, para a literacia em promoção da saúde, temos uma média de (M) ± DP: 30,1 ± 7,5 para o 3º ciclo, de (M) ± DP: 31,4 ± 9,1 para o secundário e de (M) ± DP: 37,1 ± 9,6 para o ensino superior.

Tabela 12 *- Anova Para Comparação de Médias entre Níveis de Escolaridade*

Classificação	Escolaridade			Sig
	3º Ciclo (n=44) Média ± DP	Secundário (n=17) Média ± DP	Superior (n=31) Média ± DP	
Literacia geral em saúde	30,2 ± 6,2	32,9 ± 8,0	39,7 ± 7,9	0,000
Literacia em cuidados de saúde	29,6 ± 6,7	34,4 ± 8,5	40,9 ± 8,1	0,000
Literacia em prevenção de doença	30,9 ± 6,5	32,7 ±7,6	40,8 ± 7,6	0,000
Literacia em promoção de saúde	30,1 ± 7,5	31,4 ± 9,1	37,1 ± 9,6	0,003

Legenda: DP: Desvio Padrão.

Em relação à situação profissional (Tabela 13), também se observaram diferenças estatisticamente significativas, em pelo menos um dos grupos, nos scores de literacia geral em saúde (p<0,05), literacia em cuidados de saúde (p<0,05) e literacia em prevenção de doença (p<0,05). Para a literacia em promoção de saúde, não se observaram diferenças

estatisticamente significativas (p>0,05). O grupo de empregados, apresenta as médias mais elevadas dos três grupos, por outro lado os reformados as mais baixas, para todos os scores. Assim, temos para a literacia em geral, e para o grupo dos empregados, uma média de (M) ± DP: 37,0 ± 8,1, para o grupo de desempregados uma média (M) ± DP: 31,2 ± 8,5, para o grupo de reformados de (M) ± DP: 30,4 ± 6,9. No score de literacia em cuidados de saúde, para os empregados a média é de (M) ± DP: 38,4 ± 8,8, para os desempregados de (M) ± DP: 31,4 ± 7,3, para os reformados de (M) ± DP: 29,5 ± 7,3. Finalmente, no score de literacia em prevenção de doença, a média dos empregados é de (M) ± DP: 37,8 ± 7,9, dos desempregados de (M) ± DP: 31,7 ± 9,3 e dos reformados de (M) ± DP: 31,0 ± 7,1. Para a literacia em promoção de saúde, apesar da média dos empregados (M) ± DP: 34,8 ± 9,1 ser superior, à dos desempregados (M) ± DP: 30,1 ± 9,9 e dos reformados (M) ± DP: 30,3 ± 8,0; estas diferenças não são estatisticamente significativas, para este score.

Tabela 13 *- Anova Para Comparação de Médias Entre Grupos de Situação Profissional*

Classificação	**Situação Profissional**			
	Empregado (n=45)	**Desempregado (n=12)**	**Reformado (n=28)**	**Sig**
	Média ± DP	**Média ± DP**	**Média ± DP**	
Literacia geral em saúde	37,0 ± 8,1	31,2 ± 8,5	30,4 ± 6,9	0,002
Literacia em cuidados de saúde	38,4 ± 8,8	31,4 ± 7,3	29,5 ± 7,3	0,000
Literacia em prevenção de doença	37,8 ± 7,9	31,7 ± 9,3	31,0 ± 7,1	0,001
Literacia em promoção de saúde	34,8 ± 9,1	30,1 ± 9,9	30,3 ± 8,0	0,075

Legenda: DP: Desvio Padrão..

Relativamente à variável com quem vive (Tabela 14), não se identificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em nenhum dos scores de literacia. Ainda assim, podemos observar que as médias do grupo que vive acompanhado são superiores às do que vivem sozinhos, para todos os scores. Assim, as médias do primeiro grupo variam entre (M) ± DP: 32,9 ± 8,4 da literacia em promoção de saúde e (M) ± DP: 34,3 ± 7,6 do score de literacia geral em saúde. Já as médias do grupo de quem vive sozinho variam entre (M) ± DP: 32,3 ± 9,9 e (M) ± DP: 33,6 ± 9,7, respetivamente para os scores de literacia geral em saúde e literacia em prevenção da doença.

Tabela 14 *- Testes t Para Comparação de Médias Entre Grupos Com Quem Vive*

Classificação	Com Quem Vive		Sig.
	Sozinho(a) (n=25)	Acompanhado(a) (n=67)	
	Média ± DP	Média ± DP	
Literacia geral em saúde	32,3 ± 9,9	34,3 ± 7,6	0,453
Literacia em cuidados de saúde	32,8 ± 10,5	34,9 ± 8,4	0,296
Literacia em prevenção de doença	33,6 ± 9,7	34,9 ± 7,9	0,501
Literacia em promoção de saúde	32,2 ± 10,7	32,9 ± 8,4	0,730

Legenda: DP: Desvio Padrão.

No que diz respeito à variável de profissionais de saúde ou com formação nesta área (Tabela 15), podemos encontrar diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, nos scores de literacia geral em saúde (p<0,05), em cuidados de saúde (p<0,05) e prevenção de doença (p<0,05). De facto, observa-se que os profissionais de ou com formação de saúde, apresentam médias de scores superiores aos do grupo que não tem formação em saúde. Assim, no score de literacia geral em saúde, o grupo de profissionais em saúde, apresenta uma média de (M) ± DP: 38,1 ± 6,9 e o grupo dos que não são profissionais de saúde de (M) ± DP: 32,7 ± 8,1. Para o score de literacia em cuidados de saúde, os profissionais de e com formação em saúde apresentam uma média de (M) ± DP: 40,0 ± 7,5, enquanto que o outro grupo uma média de (M) ± DP: 32,6 ± 8,6. No score de literacia em prevenção de doença temos, para os profissionais de saúde uma média de (M) ± DP: 39,3 ± 66,8 e o outro grupo de (M) ± DP: 33,0 ± 8,1. Finalmente, e como já referido, para a literacia em promoção de saúde, apesar dos profissionais de e com formação em saúde apresentarem uma média superior ao outro grupo, esta diferença não é estatisticamente significativa, para este score.

Tabela 15 *- Testes t Para Comparação de Médias Entre Grupos Profissionais ou Com Formação Em Saúde*

Classificação	**Profissional ou Formação em Saúde**		**Sig.**
	Sim	**Não**	
	(n=24)	**(n=62)**	
	Média ± DP	**Média ± DP**	
Literacia geral em saúde	38,1 ± 6,9	32,7 ± 8,1	0,005
Literacia em cuidados de saúde	40,0 ± 7,5	32,6 ± 8,6	0,000
Literacia em prevenção de doença	39,3 ± 6,8	33,0 ± 8,1	0,001
Literacia em promoção de saúde	34,5 ± 8,7	32,4 ± 9,1	0,333

Legenda: DP: Desvio Padrão.

Finalmente, na comparação dos scores de literacia entre os dois grupos com e sem doenças crónicas (Tabela 16), não se encontraram diferenças estatisticamente significativas. Ainda assim, podemos observar que as medias de scores do grupo que não tem doenças são superiores às dos que têm, sendo que as médias do primeiro grupo variam entre (M) ± DP: 33,9 ± 10,1, no score de literacia em promoção de saúde e (M) ± DP: 35,3 ± 8,9 no score de literacia em cuidados de saúde. Já as médias do grupo com doenças, variam entre (M) ± DP: 31,4 ± 7,5 para o score de promoção em saúde e (M) ± DP: 33,9 ± 7,8, para o score de prevenção em doença.

Tabela 16 *- Testes t Para Comparação de Médias Entre Grupos Com e Sem Outras Doenças Crónicas*

Classificação	Outras Doenças Crónicas		Sig.
	Sim (n=45) Média ± DP	Não (n=48) Média ± DP	
Literacia geral em saúde	32,8 ± 6,9	34,8 ± 9,3	0,240
Literacia em cuidados de saúde	33,3 ± 8,1	35,3 ± 9,7	0,284
Literacia em prevenção de doença	33,9 ± 7,8	35,0 ± 8,9	0,500
Literacia em promoção de saúde	31,4 ± 7,5	33,9 ± 10,1	0,178

Legenda: DP: Desvio Padrão.

4.4. Perceções das barreiras à utilização de medicação anti-hipertensiva

Com o objetivo de identificar as principais perceções sobre as barreiras à utilização de medicação anti-hipertensiva, procedeu-se à análise de frequências das questões relacionadas com as referidas perceções. Como já referido, usou-se o instrumento MYMEDS que divide as perceções em quatro dimensões: compreensão e satisfação com os medicamentos, preocupação acerca dos medicamentos, aspetos práticos acerca dos medicamentos, e ajustando a toma de medicamentos às rotinas. Os dados apresentam-se na Tabela 17. Podemos observar que, de um modo geral não se observaram elevadas percentagens de participantes a manifestarem barreiras à utilização da medicação. Assim, e no que diz respeito à dimensão de compreensão e satisfação com os medicamentos, esta não constitui uma barreira à utilização da medicação, uma vez que a quase totalidade dos participantes concordaram ou concordaram fortemente com todas as afirmações (entre 92% a 98,9%), referentes a esta dimensão (e.g. compreendo perfeitamente os meus medicamentos para o coração e porque é que me foram receitados, estou convencido da importância de todos os meus medicamentos para o coração, os meus medicamentos para o coração parecem estar a funcionar em mim).

Já na dimensão sobre a preocupação acerca dos medicamentos, cujas afirmações apresentam um sentido negativo (e.g. preocupa-me que um ou mais medicamentos me façam mais mal que bem, sinto-me preocupado por me receitarem medicamentos a mais), a percentagem de participantes a concordarem ou a concordarem totalmente foi de 24% para cada afirmação, indicando barreiras em alguns participantes. No entanto, a grande maioria discordou das mesmas (76%). Relativamente à dimensão dos aspetos práticos, cujas afirmações apresentam igualmente um sentido negativo, observam-se maiores barreiras nas questões que têm a ver com dificuldades em obter receitas e ler os rótulos, com 26,7% e 24,4% dos participantes a manifestarem estas preocupações, respetivamente. Ainda assim, a grande maioria discordou ou

discordou fortemente, destas afirmações (73,3% na dificuldade da obtenção de receitas e 75,6% na questão da leitura dos rótulos). Quanto às outras afirmações, que se prendem com a dificuldade em abrir frascos, retirar medicamente do invólucro e engolir os mesmos, a grande maioria discordou ou discordou fortemente, com 81,1% e 87,8% dos participantes, respetivamente.

Finalmente, na dimensão sobre ajustar a toma dos medicamentos às suas rotinas, observa-se que a maior preocupação reside na questão dos participantes se sentirem incomodados e aborrecidos por terem de tomar os medicamentos para o resto da vida, com cerca de 34,5% dos participantes a concordarem ou concordarem fortemente com esta afirmação. Já a afirmação que se prende com a dificuldade em encaixar na rotina diária a toma dos medicamentos, foi a que apresentou a frequência mais baixa desta dimensão nos participantes que concordam ou concordam fortemente (11,5%). Finalmente, é de sublinhar que a afirmação que se prende com o esquecimento de tomar os medicamentos foi uma das barreiras que apresentou maior frequência de participantes a concordarem ou concordarem fortemente (25,9%).

Tabela 17 *- Perceções das Barreiras à Utilização de Medicação*

	Concordo fortemente ou concordo		Discordo fortemente ou discordo	
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**
Dimensão - Compreensão e satisfação com os seus medicamentos				
- Compreendo perfeitamente os meus medicamentos para o coração e porque é que me foram receitados	89	98,9	1	1,1
- Estou convencido da importância de todos os meus medicamentos para o coração	87	96,7	3	3,3
- Os meus medicamentos para o coração parecem estar a funcionar em mim	82	92,1	7	7,9
Dimensão - Preocupação acerca dos seus medicamentos				
- Preocupa-me que um ou mais medicamentos me façam mais mal que bem	21	24,4	65	75,6
- Sinto-me preocupado por me receitarem medicamentos a mais	21	24,1	66	75,9
Dimensão - Aspetos Práticos acerca dos seus medicamentos				
- Tenho dificuldades em abrir os frascos dos medicamentos ou em retirar os comprimidos do invólucro e gostaria de ter uma solução ou outra alternativa	17	18,9	73	81,1
- Tenho dificuldade em engolir o(s) meus(s) medicamentos e gostaria de ter uma solução ou outra alternativa	11	12,2	79	87,8
- Tenho dificuldade em conseguir as receitas dos medicamentos e gostaria de ter ajuda em obter mais facilmente as receitas do meu médico	24	26,7	66	73,3
- Tenho dificuldade em ler o rótulo das caixas ou frascos de medicamentos e gostaria de ter uma solução ou outra alternativa	22	24,4	68	75,6
Dimensão - Ajustando a toma dos medicamentos às suas rotinas				
- Por vezes esqueço-me de tomar os meus medicamentos para o coração	22	25,9	63	74,1
- Estou a ter dificuldade em encaixar na minha rotina diária a toma de um ou mais dos meus medicamentos para o coração	10	11,5	77	88,5
- Sinto-me incomodado/aborrecido por ter de tomar os meus medicamentos do coração para o resto da minha vida	29	34,5	55	65,5

4.5. Nível de Literacia em saúde e barreiras à utilização de medicação

Em relação aos dados referentes à associação entre os níveis de LS e as barreiras à utilização da medicação, podemos observar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) entre as proporções dos níveis de literacia nas categorias concordo fortemente/concordo e discordo fortemente/discordo, nas respostas às questões 5), 6) 10) e 12). No que diz respeito à questão 5) "preocupa-me que um ou mais medicamentos me façam mais mal que bem", os níveis de literacia inadequado, problemático e suficiente, apresentam proporções mais elevadas na categoria concordo fortemente/concordo, comparativamente à categoria discordo fortemente/discordo. Assim temos, para o nível de literacia inadequado, 14,3% em concordo fortemente/concordo e 9,2 em discordo fortemente/discordo; no nível de literacia problemática, 61,9% em concordo fortemente/concordo e 43,2% em discordo fortemente/discordo; e no nível suficiente, 23,8% em concordo fortemente/concordo e 18,5% em discordo fortemente/discordo. Por outro lado, no nível de literacia excelente a categoria concordo fortemente/concordo não apresentou qualquer participante (0%), enquanto a categoria discordo fortemente/discordo apresentou uma proporção de 26,2%. Como referido, esta diferença na distribuição das proporções é estatisticamente significativa, o que leva a concluir que existe associação entre as duas variáveis, níveis de literacia e barreiras à utilização de medicação, sendo que, quanto menores forem os níveis de literacia maiores as preocupações com os efeitos dos medicamentos; por outro lado, quanto maiores forem os níveis de literacia, menores serão as preocupações.

Relativamente à questão 6) "sinto-me preocupado por me receitarem medicamentos a mais", verifica-se maiores diferenças entre as duas categorias de resposta nos níveis de literacia problemático, suficiente e excelente. Assim, para o nível problemático a categoria concordo fortemente/concordo (66,7%), apresenta uma proporção mais elevada do que a categoria discordo fortemente/discordo (45,5%). O mesmo sucede no nível suficiente, ou seja, a categoria concordo fortemente/concordo (23,8%) tem uma proporção superior à discordo fortemente/discordo (18,2%). Por outro lado, o nível de literacia excelente não apresentou respostas na categoria concordo fortemente/concordo (0%), comparativamente à categoria discordo fortemente/discordo (25,8%). Como referido, esta diferença é estatisticamente significativa. Deste modo, há evidências que nos levam a concluir que existe associação entre as duas variáveis, sendo que quanto menores forem os níveis de literacia geral em saúde, maiores as preocupações com o facto de se receitar medicamentos a mais.

Quanto à questão 10) “tenho dificuldade em conseguir as receitas dos medicamentos (…)”, verifica-se maiores diferenças nos níveis de literacia problemático, suficiente e excelente. Assim, para o nível problemático a categoria concordo fortemente/concordo (75%), apresenta uma proporção mais elevada que a categoria discordo fortemente/discordo (42,2%). Já no nível suficiente, a categoria concordo fortemente/concordo (12,5%) apresenta uma proporção mais baixa, comparativamente à categoria discordo fortemente/discordo (21,2%). O mesmo sucede no nível de literacia excelente, em que a categoria concordo fortemente/concordo (4,2%) apresenta uma proporção bastante mais baixa que a da categoria discordo fortemente/discordo (24,2%). Como referido, esta diferença é estatisticamente significativa, logo, existem evidências que nos permitem concluir que há associação entre as duas variáveis, sendo que quanto menores forem os níveis de literacia em saúde, maiores serão as dificuldades em obter receitas.

Finalmente, temos a dimensão ajustando a toma dos medicamentos às rotinas, a apresentar diferenças na questão 12) “por vezes, esqueço-me de tomar os meus medicamentos para o coração”. Assim, temos para o nível de literacia inadequado a categoria concordo fortemente/concordo não apresenta qualquer resposta (0%). Já a categoria discordo fortemente/discordo apresenta 15,9%. Tal indica que pessoas com um nível de literacia baixo tendem a esquecer-se menos dos medicamentos. No entanto, no nível problemático, a categoria concordo fortemente/concordo (59,1%) é superior à categoria discordo fortemente/discordo (46%); o mesmo sucedendo no nível suficiente, ou seja, a categoria concordo fortemente/concordo (36,4%), é superior à categoria discordo fortemente/discordo (12,7%), indicando que pessoas com um nível de literacia relativamente baixo, tendem a esquecer-se mais. Finalmente, em linha com esta observação, no nível excelente a categoria concordo fortemente/concordo (4,5%) é muito inferior à categoria discordo fortemente/discordo (25,4%). Assim, pessoas com nível de literacia superior tendem a esquecer-se menos.

5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo é apresentada a interpretação dos principais resultados obtidos, procurando relacioná-los com os objetivos definidos, bem como a literatura existente. Esta discussão pretende compreender o significado dos dados recolhidos, identificar padrões ou divergências e refletir sobre as suas possíveis implicações teóricas e práticas.

Os resultados obtidos neste estudo revelam que os Scores de LS da população em estudo, em média inserem-se no nível problemático (M = 32,76 ± 8,16). Este resultado é consistente com os dados do *European Health Literacy Survey* adaptado para Portugal (Pedro, 2016; Pedro, Amaral, & Escoval, 2016), que identificaram uma proporção significativa de adultos com níveis inadequados ou problemáticos de LS. A literatura internacional confirma este padrão, evidenciando que a baixa LS está associada a menor adesão à terapêutica, maior frequência de hospitalizações e piores desfechos clínicos (Berkman et al., 2011; Sørensen et al., 2012). O que o torna um resultado particularmente preocupante. A LS assume um papel central no comportamento de autocuidado e na utilização eficaz dos recursos do sistema de saúde.

Do ponto de vista conceptual, estes achados corroboram o modelo de Nutbeam (2000, 2008), que entende a LS como um recurso de *empowerment* essencial para o autocuidado e para a tomada de decisão informada. Assim, níveis reduzidos de LS podem comprometer a adesão à terapêutica anti-hipertensiva, ao dificultar a compreensão das instruções médicas e a adoção de comportamentos de prevenção e gestão da doença.

A análise das variáveis sociodemográficas, revelou padrões consistentes no respeita à a LS. A idade mostrou-se um fator determinante, com valores significativamente mais baixos entre participantes com ≥65 anos. Este resultado confirma a vulnerabilidade das populações idosas, frequentemente afetadas por limitações cognitivas, reduzida literacia digital e dificuldades acrescidas na interpretação de informação em saúde (Berkman et al., 2011). Esta constatação reforça a importância de desenvolver estratégias adaptadas a este grupo, tal como proposto por Nutbeam (2000), que defende intervenções específicas para grupos com baixo nível de LS.

A escolaridade destacou-se como um dos preditores mais relevantes, com diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de ensino. Os participantes com ensino superior registaram valores substancialmente mais elevados de LS, enquanto os indivíduos com escolaridade básica apresentaram maior risco de literacia inadequada. Este padrão evidencia a LS como um determinante social da saúde (Kickbusch et al., 2013), refletindo desigualdades estruturais que condicionam o acesso equitativo à informação e aos cuidados de saúde.

A situação profissional também demonstrou impacto relevante nos níveis de LS. Os participantes reformados e desempregados, apresentam scores mais baixos, enquanto, os participantes empregados registam valores mais elevados. Destaca-se em particular, o grupo de profissionais de saúde ou com formação na área, que revelou resultados significativamente superiores e ausência de casos de LS inadequada. Este achado evidência que exposição continua à informação técnica e científica, característica das profissões ligadas à saúde. Constitui um fator determinante para o desenvolvimento da literacia funcional e crítica. Tais resultados, alinhados com, alinhados com a literatura (Fernandez et al., 2016), sustentam a ideia de que a LS é influenciada não apenas por condições socioeconómicas, mas também pelo contacto profissional com conhecimento especializado enquadrando-se no modelo de Nutbeam (2008), que conceptualiza a LS como um recurso dinâmico dependente do contexto.

Embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto ao género, estado civil ou situação habitacional, observaram-se tendências relevantes, como médias superiores de LS entre participantes que vivem acompanhados. Tal poderá indicar um possível efeito protetor do suporte social, reconhecido na literatura como um elemento promotor do autocuidado (Schillinger et al., 2002).

No que respeita às barreiras à adesão à medicação anti-hipertensiva, a maioria dos participantes não reportou dificuldades graves, embora tenham emergido questões críticas. Esta aparente discrepância pode ser compreendida à luz do facto de muitos doentes não percecionarem estas barreiras como impeditivas, mas sim como obstáculos manejáveis no quotidiano, tendência já descrita na literatura (Brown & Bussell, 2011). Entre estas, destacam-se as preocupações psicológicas, como o desconforto face à necessidade de tomar medicação de forma crónica (34,5%) e o receio de efeitos adversos (24%), bem como barreiras operacionais como dificuldades na renovação de receitas (26,7%), no esquecimento da toma (25,9%) e a leitura de rótulos (24,4%). Estes achados estão em consonância com o Modelo Necessidade-Preocupações (Horne et al., 2013), que salienta que a adesão resulta do equilíbrio entre a perceção da necessidade do tratamento e as preocupações associadas. Assim, quando a perceção da necessidade da terapêutica se sobrepõe às preocupações, os doentes tendem a relativizar as dificuldades, o que explica porque não as classificam como graves, apesar do seu impacto potencial na adesão.

Verificou-se ainda uma associação estatisticamente significativa entre níveis mais baixos de LS e maior perceção de barreiras à adesão. Este resultado confirma a hipótese teórica do estudo e reforça os pressupostos de Nutbeam (2008), que aponta para a importância das dimensões crítica e interativa da LS na capacidade de gerir eficazmente a terapêutica.

Indivíduos com LS limitada apresentam dificuldades acrescidas na interpretação de instruções médicas, avaliação de riscos e benefícios e implementação de comportamentos de autocuidado.

Do ponto de vista teórico, os resultados obtidos alinham-se com a Teoria do Autocuidado de Orem (2001), que valoriza as capacidades cognitivas e a tomada de decisão informada na manutenção da saúde. A coexistência de baixa LS com crenças negativas e obstáculos práticos compromete o autocuidado eficaz, confirmando igualmente os postulados do modelo de Nutbeam (2000), que destaca a LS como instrumento de *empowerment* em saúde.

Estudos prévios reforçam estas conclusões. McNaughton et al. (2014) e Zhang et al. (2021) demonstram que níveis adequados de LS se associam a melhor adesão à terapêutica e menor perceção de barreiras, enquanto Gonzalez et al. (2018) identificam preocupações com a medicação como obstáculos frequentes à continuidade do tratamento. Estes dados reforçam a validade externa dos resultados agora apresentados.

Em termos de implicações, os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de delinear intervenções educativas adaptadas ao nível de LS dos doentes. Estratégias que utilizem linguagem clara, materiais visuais e recursos multimodais, como lembretes eletrónicos e pictogramas, mostram-se particularmente adequadas para ultrapassar barreiras operacionais como as dificuldades na leitura de rótulos e o esquecimento da toma, ambas reportadas pelos participantes. Estudos prévios confirmam que intervenções visuais e digitais simples contribuem para reduzir a complexidade da terapêutica e melhorar a adesão em populações com níveis problemáticos de LS (Bennett et al., 2009; Kvarnström et al., 2018).

Adicionalmente, a capacitação dos profissionais de saúde para uma comunicação clara, empática e centrada no doente é crucial para mitigar barreiras de natureza psicológica, como o receio de efeitos adversos e o desconforto associado à necessidade de tomar medicação de forma crónica. A literatura sublinha que a comunicação centrada no doente fortalece a confiança terapêutica, promove a tomada de decisão partilhada e contribui para a diminuição das preocupações que interferem na adesão (Brown & Bussell, 2011; Krousel-Wood et al., 2015).

Por fim, a simplificação dos processos administrativos e o apoio na renovação de receitas assumem particular relevância, dada a frequência com que esta barreira foi identificada no estudo. A redução da burocracia e a implementação de mecanismos facilitadores no acesso à terapêutica, como a prescrição eletrónica ou a disponibilização de períodos

alargados de medicação, têm sido apontadas como estratégias eficazes para melhorar a continuidade terapêutica em doenças crónicas (Kardas et al., 2013; WHO, 2003).

5.1. Limitações do estudo

Apesar da relevância dos resultados obtidos, este estudo apresenta algumas limitações que importa reconhecer. Em primeiro lugar, a natureza da amostra, circunscrita a um determinado contexto de cuidados de saúde, pode limitar a generalização dos resultados a toda a população hipertensa. Ainda assim, os padrões identificados são consistentes com a literatura internacional sobre barreiras à adesão, o que reforça a pertinência e a transferibilidade dos achados para contextos semelhantes (Kardas et al., 2013).

Outro aspeto a salientar diz respeito ao recurso a instrumentos de autorrelato para a recolha de dados, quer na avaliação da LS, quer na identificação das barreiras à adesão à terapêutica anti-hipertensiva. Embora se trate de uma metodologia amplamente utilizada na investigação em saúde, importa reconhecer que pode introduzir viéses relacionados com memória, perceção individual ou desejabilidade social**,** levando alguns participantes a reportarem respostas socialmente mais aceitáveis em detrimento da descrição rigorosa dos seus comportamentos. Uma alternativa metodológica seria a adoção de uma abordagem mista, combinando instrumentos validados como o MYMEDS com indicadores objetivos de adesão, como registos de dispensa de medicamentos ou monitorização eletrónica, permitindo assim a triangulação dos resultados e o reforço da robustez metodológica. Complementarmente, a inclusão de entrevistas qualitativas ou semiestruturadas poderia enriquecer a análise, captando dimensões emocionais, culturais e contextuais que influenciam a adesão, mas que dificilmente emergem em questionários padronizados. Não obstante, dado que para o cumprimento do objetivo central deste estudo se pretendiam identificar as barreiras percebidas pelos doentes, a opção pelo autorrelato manteve-se a mais adequada, sendo mitigada pela utilização de um instrumento previamente validado, que assegura maior consistência e fiabilidade dos dados obtidos.

Por fim, a recolha de dados decorreu num contexto geograficamente limitado, o que restringe a extrapolação dos resultados para outras regiões do país ou para a população nacional como um todo. A natureza local do estudo poderá refletir especificidades socioculturais não generalizáveis, pelo que se recomenda cautela na transposição dos resultados para outras populações. No entanto, este tipo de limitação é comum em estudos exploratórios e não compromete a validade externa, uma vez que os resultados obtidos se mostram consistentes com evidência internacional e refletem barreiras já descritas em

populações semelhantes. Assim, estas limitações devem ser entendidas não como fragilidades que invalidam os resultados, mas como características inerentes ao desenho do estudo, que reforçam a necessidade de interpretação contextualizada e abrem caminho para futuras investigações mais amplas e complementares.

Apesar destas limitações, o presente estudo oferece contributos relevantes para a compreensão da influência da LS na gestão da HTA e constitui uma base sólida para o desenvolvimento de futuras investigações e intervenções em saúde, particularmente no contexto dos cuidados de saúde primários.

A não adesão à terapêutica mantém-se como um dos principais desafios contemporâneos na gestão da HTA, não apenas pela sua elevada prevalência, mas sobretudo pelas implicações clínicas, económicas e sociais associadas. A identificação dos seus determinantes e a implementação de estratégias direcionadas, individualizadas e multidisciplinares são passos essenciais para melhorar o controlo da HTA e reduzir a morbilidade e mortalidade cardiovascular, em Portugal e a nível global

5.2. Recomendações futuras

Com base nos resultados obtidos e na análise crítica realizada, emergem recomendações relevantes que poderão orientar a prática clínica, as políticas de saúde e futuras investigações fundamentais para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes e equitativas no âmbito dos cuidados de saúde primários. Estas recomendações visam aprofundar o conhecimento sobre LS e otimizar as intervenções dirigidas a populações com HTA:

- **Implementar desenhos longitudinais** que permitam avaliar relações causais entre LS e a adesão à terapêutica, de forma a superar as limitações inerentes a estudos transversais e fortalecer a evidência científica nesta área.

- **Testar a eficácia de intervenções de Literacia adaptadas** a populações com HTA, tendo em conta as suas características sociodemográficas e culturais, com o objetivo de promover comportamentos de saúde mais eficazes e sustentáveis.

- **Explorar o impacto da LS crítica interativa** na tomada de decisões dos doentes e nos resultados clínicos, reconhecendo diferentes dimensões da LS podem influenciar de forma destinta o percurso terapêutico e o autocuidado.

6. CONCLUSÕES

A presente investigação permitiu aprofundar o conhecimento sobre a LS e a sua relação com barreiras à toma da medicação em indivíduos com HTA, uma condição crónica de elevada prevalência e impacto na saúde pública. Esta abordagem justifica-se pela relevância da HTA enquanto condição crónica de elevada prevalência e impacto na saúde pública, exigindo não apenas o acesso a cuidados médicos, mas também a capacidade dos indivíduos para compreender, interpretar e aplicar informações relacionadas com a sua saúde.

Partindo deste objetivo, o estudo permitiu refletir sobre o papel da LS como determinante social da saúde e como fator preditor do autocuidado e da adesão à terapêutica. O aprofundamento desta relação evidencia a necessidade de considerar a LS enquanto dimensão estratégica na gestão da HTA, uma vez que influencia diretamente a forma como os indivíduos lidam com a doença, aderem ao tratamento e utilizam os serviços de saúde.

Este estudo permitiu alcançar todos os objetivos definidos. No que respeita ao O1, foi possível caracterizar os níveis de LS da amostra, que se revelaram predominantemente problemáticos. O O2 confirmou a associação entre LS e variáveis sociodemográficas, evidenciando a idade e a escolaridade como fatores determinantes. O O3 possibilitou a identificação de barreiras de natureza psicológica, operacional e comportamental, enquanto o O4 mostrou que essas dificuldades tendem a concentrar-se em grupos específicos, reforçando a necessidade de estratégias direcionadas. Por fim, o O5 demonstrou a relação direta entre LS e barreiras à adesão, confirmando que níveis reduzidos de literacia ampliam os obstáculos à utilização eficaz da terapêutica.

Assim, esta investigação contribui para a compreensão das interações entre LS e adesão à terapêutica, oferecendo fundamentos teóricos e empíricos com potencial para orientar a prática clínica e o planeamento em saúde, sobretudo nos cuidados primários. A promoção da LS deve ser encarada como prioridade para reduzir desigualdades, melhorar os resultados clínicos e garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Por fim, destaca-se a pertinência de desenvolver investigações longitudinais que aprofundem a relação causal entre LS e adesão, bem como a avaliação de programas de promoção da literacia em populações com HTA. A análise do papel da LS crítica na tomada de decisão autónoma revela-se igualmente essencial para uma gestão mais eficaz e participativa da doença crónica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adane, E., et al. (2020). *The cost of illness of hypertension and associated factors*. *PLOS ONE*. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226710

Aguiar, P. (2007). *Estatística em investigação epidemiológica: SPSS*. Lisboa: Climepsi Editores.

Antunes, M. L. (2020). *Literacia em saúde: Conceitos, determinantes e estratégias de intervenção*. Escola Nacional de Saúde Pública.

Arcego, S. (2023). *Tradução, adaptação transcultural e validação do questionário My Experience of Taking Medicines (MYMEDS) para a língua portuguesa* (Dissertação de Mestrado / Relatório de projeto). Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa. . http://hdl.handle.net/10400.21/1614

Aune, A. (2024). Gender differences in cardiac organ damage in arterial hypertension. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*. https://doi.org/10.1007/s40292-024-00632-6

Bennett, I. M., Chen, J., Soroui, J. S., & 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. https://doi.org/10.1370/afm.940

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. https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005

Brown, M. T., & Bussell, J. K. (2011). Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clinic Proceedings, 86*(4), 304–314. https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0575

Bryan, N. S., Sinha, A., & Patel, R. P. (2022). Endothelial dysfunction and hypertension. *Biochemical and Biophysical Research Communications, 635*, 16-23. https://doi.org/10.1016/j.bbrc.2022.05.042

Burnier, M., & Egan, B. M. (2019). Adherence in hypertension. *Circulation Research, 124*(7), 1124–1140. https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313220

Camarneiro, A. P. (2021). Adesão à terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência, 5*(7), e20145.

https://doi.org/10.12707/RV20145

Carvalho, A. S. O. R. (2019). *Adesão à terapêutica nos doentes com Hipertensão Arterial: relação com fatores organizativos dos sistemas de saúde* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto].

Chapleau, M. W., & Abboud, F. M. (2001). Baroreflexes: Arterial and cardiopulmonary. In *Comprehensive Physiology*. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7543454/

Corrêa, N. B., et al. (2016). Não adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo como causa de controlo inadequado da hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão, 23*(3), 58–65.

Costa, A., Carreira, R., Silva, S., & Nunes, J. A. (2019). Literacia digital em saúde: Desafios e oportunidades no contexto português. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 37*(2), 123–130. https://doi.org/10.11565/rpsp.2019.37.2.123

Cruz, M. J. (2017). *Adesão à terapêutica medicamentosa em doentes crónicos: Determinantes e estratégias de intervenção* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. https://hdl.handle.net/10216/108159

Cruz, R. S. (2017). Evolução do conceito de adesão à terapêutica. *Saúde & Tecnologia, 18*, 11–16

Dalaba, M. A., et al. (2025). Economic burden of hypertension to outpatients attending the Ho Teaching Hospital, Ghana. *BMC Health Services Research.* https://doi.org/10.1186/s12913-025-13338-9

Davis, T. C., Crouch, M. A., Long, S. W., Jackson, R. H., Bates, P., George, R. B., & Bairnsfather, L. E. (1993). Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: A shortened screening instrument. *Family Medicine*, 25(6), 391–395.

DGS – Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

DGS – Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Duncan, P., Reddel, H. K., Williams, D., & Valenti, L. (2018). Development and validation

of the “My Experience of Taking Medicines” (MYMEDS) questionnaire to identify barriers to medication adherence. *Patient Preference and Adherence, 12,* 2597–2606. https://doi.org/10.2147/PPA.S185018

Eichler, K., et al. (2009). The costs of limited health literacy. *International Journal of Public Health, 54*(5), 313–324

Elliott, W. J. (2007). The economic impact of hypertension. *Journal of Clinical Hypertension, 5*(3), 3–13. https://doi.org/10.1111/j.1524-6175.2003.02463.x

European Society of Cardiology. (2024). *2024 ESC Guidelines on Arterial Hypertension*. European Heart Journal. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178

Ferreira, A. M. (2018). Adesão à terapêutica – o elefante na sala. *Revista Portuguesa de Cardiologia, 37*(4), 305–306. https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.03.006

Ferreira, M. M. H. P., Martins, M. M. F. P. S., Fernandes, C. S., Silva, A. M., & Ferreira, R. M. R. (2025). Determinantes sociais de literacia em saúde em pessoas internadas em unidades hospitalares. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(4)

Fernandez, S., Scales, K., Pineau, K. A., Schoonover, J., & LaValley, S. (2016). Health literacy and health professionals. In J. M. Pelikan, S. P. Parker, & I. Kickbusch (Eds.), *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the lifespan* (pp. 265–279). Policy Press.

Fountain, J. H. (2023). *Renin-angiotensin system*. In StatPearls. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470410/

Fortin M. (1999). Processo de Investigação da concepção à realização (LUSOCIÊNCIA, Ed.; 1a Edição)

Gast, A., & Mathes, T. (2019). *Medication adherence influencing factors—an updated overview of systematic reviews*. Systematic Reviews, 8, Article 112. https://doi.org/10.1186/s13643-019-1014-8

Gallo, G., Volpe, M., & Rubattu, S. (2022). The endothelium in hypertension: A target for treatment. *International Journal of Molecular Sciences, 23*(4), 1816. https://doi.org/10.3390/ijms23041816

GBD 2021 Risk Factors Collaborators. (2022). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet, 400*(10363), 1229–1264. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01487-

Geldsetzer, P., Manne-Goehler, J., Marcus, M.-E., Ebert, C., Zhumadilov, Z., Wesseh, C. S., ... & Atun, R. (2019). The state of hypertension care in 44 low-income and middle-income countries: a cross-sectional study of nationally representative individual-level data from 1·1 million adults. *The Lancet, 394*(10199), 652–662. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30955-9

Grassi, G., Mark, A., & Esler, M. (2015). The sympathetic nervous system alterations in human hypertension. *Circulation Research, 116*(6), 976-990. https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.303604

Guedes, M. V. C., Araújo, T. L., Lopes, M. V. O., Silva, L. F., Freitas, M. C., & Almeida, P. C. (2011). Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(6), 1038–1042. https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000600009

Hill, M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário* (2.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., & Morgan, M. (2005). *Concordance, adherence and compliance in medicine taking*. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). London: NCCSDO

Horne, R., Chapman, S. C. E., Parham, R., Freemantle, N., Forbes, A., & Cooper, V. (2013). Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: A meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework. *PLoS ONE, 8*(12), e80633.

HLS-EU Consortium. (2012). *Comparative report of health literacy in eight EU member states: The European Health Literacy Survey (HLS-EU)*. https://www.healthliteracyeurope.net

Hyvert, T., Ammouri, W., & Leclercq, A. (2022). Association between health literacy and medication adherence in chronic diseases: A recent systematic review. *Patient Education*

and Counseling, 105(5), 1071–1081. https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.08.024

Kardas, P., Lewek, P., & Matyjaszczyk, M. (2013). Determinants of patient adherence: A review of systematic reviews. *Frontiers in Pharmacology*, 4, 91. https://doi.org/10.3389/fphar.2013.00091

Khatib, R., Patel, N., & Hall, A. S. (2020). The my experience of taking medicines (MYMEDS) questionnaire for assessing medicines adherence barriers in post-myocardial infarction patients: Development and utility. *BMC Cardiovascular Disorders, 20*(1), Article 46. https://doi.org/10.1186/s12872-020-01356-8

Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy: The solid facts*. World Health Organization, Regional Office for Europe

Kirsh,I.S. Jungeblut A, Jenkins L, Kolstad A (1993). Adult Literacy in America: a First Look at the Results of the National Adult Literacy Survey, Washington, National Center for Education Statistics. U.S. Department of Education Office of Educational Research and Improvement. NCES 1993-275. Third Edition

Kirk, J., et al. (2017). Can treatment adherence be improved by using Rubin's Four Tendencies Framework? *Biomed Hub, 2*, 480347. https://doi.org/10.1159/000480347

Krousel-Wood, M., Thomas, S., Muntner, P., & Morisky, D. (2015). Medication adherence: A key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. *Current Opinion in Cardiology, 30*(4), 342–349. https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000177~

Kvarnström, K., Airaksinen, M., & Liira, H. (2018). Barriers and facilitators to medication adherence: A qualitative study with general practitioners. *BMJ Open*, 8(1), e015332. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015332

Laureano, R. M. (2011). *Testes de hipóteses com o SPSS: O meu manual de consulta rápida* (1.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo

Marin, N. S., Santos, M. F., & Moro, A. S. (2016). Percepção de hipertensos sobre a sua não adesão ao uso de medicamentos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *50*(n.esp), 61-67. https://doi.org/10.1590/S0080-62342016000030000

Mateus-Pinheiro A, Carreira A, Silva R, Coutinho-Teixeira V, Ferreira R. Abordagem

diagnóstica na suspeita de Hipertensão Arterial de causa secundária nos cuidados de saúde primários - Guia de abordagem inicial. *Rev Port Hipertens Risco Cardiovasc*. 2024 Mar-Abr;100:14-26. Disponível em: https://doi.org/10.58043/rphrc.122

McNaughton, C. D., Cawthon, C., Kripalani, S., Liu, D., Storrow, A. B., & Roumie, C. L. (2014). Health literacy and medication adherence among patients with hypertension. *Journal of General Internal Medicine, 29*(5), 746–753*. https://doi.org/10.1007/s11606-013-2727-3

Mathes, T., Jaschinski, T., & Pieper, D. (2014). *Adherence influencing factors – a systematic review of systematic reviews*. Archives of Public Health, 72, Article 37. https://doi.org/10.1186/2049-3258-72-37

Mills, K. T., Stefanescu, A., & He, J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology, 16*(4), 223–237. https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2

Mingote, C. M. G., et al. (2024). Literacia em saúde dos utentes com hipertensão arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular, 99*, 10–14.

Nieuwlaat, R., Wilczynski, N., Navarro, T., Hobson, N., Jeffery, R., Keepanasseril, A., Agoritsas, T., Mistry, N., Iorio, A., Jack, S., Sivaramalingam, B., Mustafa, R. A., Jedraszewski, D., Cotoi, C., & Haynes, R. B. (2014). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD000011. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000011.pub4

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259–267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072–2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). St. Louis: Mosby.

Organização Mundial da Saúde (OMS): World Health Organization (1998). Health promotion glossary Geneva: WHO Disponivel em https://apps.who.int/iris/handle/10665/64546

Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional

health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537–541. https://doi.org/10.1007/BF02640361

Pedro, A. R. (2016). *Health literacy in Portugal: Results of the health literacy population survey in Portugal (HLS-PT)* [Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa]. Repositório RUN. https://run.unl.pt/handle/10362/16260

Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 34*, 259–275. http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.00
Pleasant, A., et al. (2011). Coming to consensus on health literacy measurement: An online discussion and consensus-gauging process. *Nursing Outlook, 59*(2), 95–106. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2010.12.005

Polónia, J., Martins, L., Pinto, F., Nazare, J., Maldonado, J., & Silva, J. A. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: The PHYSA study. *Revista Portuguesa de Cardiologia, 33*(5), 279–285. https://doi.org/10.1016/j.repc.2013.12.008

Santos, V. R. C. dos, & Ramos, J. H. B. (2022). Estudo sobre correlação do desenvolvimento da hipertensão arterial e local de trabalho em operadores da área da saúde: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, *11*(1), e7411124963. https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24963

Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., Palacios, J., Sullivan, G. D., & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA, 288*(4), 475–482. https://doi.org/10.1001/jama.288.4.475

Shahid, R. (2022). *Impact of low health literacy on patients' health outcomes*. BMC Health Services Research, 22, 429. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-

Silva, L. A. L. B., Melo, R. C., Toma, T. S., Araújo, B. C., Luquine Jr., C. D., Milhomens, L. M., de Bortoli, M. C., & Barreto, J. O. M. (2023). Adesão, barreiras e facilitadores no tratamento de hipertensão arterial: revisão rápida de evidências. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e67. https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.67

Silva, C. S., Godinho, C., Encantado, J., Rodrigues, B., & Carraça, E. V. (2023). Implementation determinants of physical activity interventions in primary health care settings using the TICD framework. *BMC Health Services Research, 23*, Article 1082.

https://doi.org/10.1186/s12913-023-09881-y

Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs, 2*(Suppl. 1), 1–25. https://doi.org/10.1177/10901981740020S102

Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. BMJ. 2006;333(7557):15.

Soares, M. (2003). *Letramento: Um tema em três gêneros*. Belo Horizonte: Autêntica

Sousa Maria José, & Batista, Cristina S. (2014). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha* (5.ª ed.). Lisboa: PACTOR.

Sousa, V. D. (2015). Self-care in chronic illness: Concept analysis. *Nursing Forum, 50*(2), 96–104. https://doi.org/10.1111/nuf.12065

Sousa Uva, M., et al. (2014). Investigação epidemiológica sobre prevalência e incidência de HTA em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia, 33*(7-8), 451–463.

Sørensen, K., et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review. *BMC Public Health, 12*, Article 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Stevens, S. S. (1946). On the theory of scales of measurement. *Science, 103*(2684), 677–680. https://doi.org/10.1126/science.103.2684.677

Street, B. V. (1984). *Literacy in theory and practice*. Cambridge: Cambridge University Press

UNESCO. (2006). *Understandings of literacy*. In *Education for All Global Monitoring Report 2006: Literacy for Life* (pp. 147–159). Paris: UNESCO.

Vilelas, J. (2009). *Investigação – O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Visseren, F. L. J., … Williams, B., & ESC Scientific Document Group. (2021). *2021 ESC guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice*. *European Heart Journal, 42*(34), 3227–3337. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484

Vrijens, B., et al. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology, 73*(5), 691–705.

https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x

Wang, B. X. (2025). Diagnosis and management of hypertensive heart disease. *Cardiology Reviews*. National Center for Biotechnology Information. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov

Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J., & Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514–522. https://doi.org/10.1370/afm.405

Wierzejska, E., Giernaś, B., Lipiak, A., et al. (2020). A global perspective on the costs of hypertension: A systematic review. *Archives of Medical Science, 16*(5), 1078–1089. https://doi.org/10.5114/aoms.2020.9787

Wijsen, L. D., Borsboom, D., Cabaço, T., & Heiser, W. J. (2019). An academic genealogy of society presidents. *Psychometrika, 84*(2), 562–588. https://doi.org/10.1007/s11336-019-09671-w

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: WHO. https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682

World Health Organization. (2013). *A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis*. World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *Hypertension*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

World Health Organization. (2023, 19 de setembro). *First WHO report details devastating impact of hypertension and ways to stop it*. https://www.who.int/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it

Zhang, N. J. (2014). *Impact of health literacy on medication adherence: A systematic review and meta-analysis*. *The Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 39*(4), 365–377. https://doi.org/10.1111/jcpt.12246

Zhang, N. J., Terry, A., & McHorney, C. A. (2021). Impact of health literacy on medication adherence: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Pharmacotherapy, 55*(1), 101–112*. https://doi.org/10.1177/10600280209

ANEXOS

ANEXO I - ***European Health Literacy Survey*** **versão Portuguesa (HLS-EU-PT)**

Questionário Europeu de Literacia em Saúde

Numa escala de muito difícil (1) a muito fácil (4)

Qual o grau de dificuldade que sente a…:

	1 **Muito Difícil**	**2** **Difícil**	**3** **Fácil**	**4** **Muito Fácil**	**5** **Não Sei**
1.Encontrar informações sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam?					
2.Encontrar informações sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam?					
3.Descobrir o que fazer em caso de uma emergência médica?					
4. Descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente? (por ex. junto de um médico, farmacêutico, psicólogo)					
5.Compreender o que seu médico lhe diz?					

6.Compreender a bula (os folhetos) que acompanham o seu medicamento?	**1** **Muito Difícil**	**2** **Difícil**	**3** **Fácil**	**4** **Muito Fácil**	**5** **Não Sei**
7. Compreender o que fazer numa emergência médica?					
8. Compreender instruções do seu médico ou farmacêutico sobre o modo de tomar um medicamento que lhe foi receitado?					
9. Avaliar como é que a informação proveniente do seu médico se aplica ao seu caso?					
10. Avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?					
11. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?					
12. Avaliar, se a informação sobre a doença, nos meios de comunicação, é de confiança? (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)					
13. Usar informações que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?					
14. Seguir/cumprir instruções sobre medicação?					

15. Chamar uma ambulância numa emergência?	**1** **Muito Difícil**	**2** **Difícil**	**3** **Fácil**	**4** **Muito Fácil**	**5** **Não Sei**
16. Seguir/cumprir as instruções do seu médico farmacêutico?					
17. Encontrar informações para lidar com comportamentos que afetam a sua saúde tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?					
18. Encontrar informações para lidar com problemas de saúde mental, tais como stresse ou depressão?					
19. Encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devia fazer? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)					
20. Encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições tais como o excesso de peso, tensão arterial alta ou colesterol alto?					
21. Compreender avisos relativos à saúde e comportamentos tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?					
22. Compreender porque precisa de vacinas?					

	1 Muito Difícil	2 Difícil	3 Fácil	4 Muito Fácil	5 Não Sei
23. Compreender porque precisa de exames de saúde? (por ex. exame mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)					
24. Avaliar quão seguras são as advertências envolvendo a saúde, em aspetos tais como fumar, atividade insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?					
25. Avaliar quando precisa de ir a um médico para um check-up ou exame geral de saúde?					
26. Avaliar quais são as vacinas de que pode precisar?					
27. Avaliar que exames de saúde precisa fazer? (por ex. exame mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)					
28. Avaliar, se as informações sobre os riscos de saúde nos meios de comunicação são de confiança? (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)					
29. Decidir se deve fazer a vacina contra a gripe?					

30. Decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos de família e amigos?	**1** **Muito Difícil**	**2** **Difícil**	**3** **Fácil**	**4** **Muito Fácil**	**5** **Não Sei**
31. Decidir como pode proteger-se da doença com base em informações dadas através dos meios de comunicação? (por ex. jornais, folhetos, internet ou outros meios de comunicação)					
32. Encontrar informações sobre atividades saudáveis tais como atividade física, alimentação saudável e nutrição?					
33. Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental? (por ex. meditação, exercício, caminhada, pilates, etc.)					
34. Encontrar informações que contribuam para que o seu bairro possa tornar-se mais amigo da saúde? (por ex. redução de ruído e poluição, a criação de espaços verdes, de lazer)					
35. Saber mais sobre as mudanças políticas que possam afetar a saúde? (por ex. legislação, programas de rastreio de saúde, novas mudanças de governo, de reestruturação de serviços de saúde, etc.)					

36. Saber mais sobre os esforços para promover a sua saúde no local onde trabalha?	**1** **Muito Difícil**	**2** **Difícil**	**3** **Fácil**	**4** **Muito Fácil**	**5** **Não Sei**
37. Compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam dos familiares ou amigos?					
38. Compreender informação contida nas embalagens dos alimentos?					
39. Compreender a informação recebida dos meios de comunicação para se tornar mais saudável? (por ex. internet, jornais, revistas)					
40. Compreender a informação que visa manter a sua mente saudável?					
41. Avaliar até que ponto a zona onde vive, afeta a sua saúde e bem-estar? (por ex. a sua comunidade, seu bairro)					
42. Avaliar o modo como as condições da sua habitação ajudam a manter saudável?					
43. Avaliar que comportamento seu do dia a dia está relacionado com a sua saúde? (por ex. beber bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, exercício, etc.)					
44. Tomar decisões para melhorar a sua saúde?					

	1 Muito Difícil	2 Difícil	3 Fácil	4 Muito Fácil	5 Não Sei
45. Integrar um clube desportivo ou aula de ginástica se desejar?					
46. Influenciar as condições da sua vida que afetam a sua saúde e bem-estar? (por ex. ingestão de bebidas alcoólicas. hábitos alimentares, exercício, etc.)					
47. Participar em atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade?					

POR FAVOR, PREENCHA OS SEGUINTES DADOS:

Qual o seu estado Civil?

- Solteiro/a
- Casado/a
- União de facto
- Divorciado/a
- Viúvo/a
- Não responde/Não sei

Qual é atualmente a sua situação perante o emprego?

□ Tempo integral

□ Part-time

□ Desempregado

□ Estudante

□ Reformado/a

□ Incapacidade permanente

□ Militares

□ Dona de casa (tempo integral) pai ou cuidador

□ Inativo

□ Outros

□ não responde

Tem formação ou trabalhou em alguma profissão de saúde, por exemplo em enfermagem, medicina, farmácia?

□ Sim □ Não □ Não sabe/não responde

A situação financeira do seu agregado familiar permite-lhe satisfazer as necessidades básicas de:

	Sempre	Quase sempre	Às Vezes	Raramente	Nunca	Não Responde
Alimentação						
Habitação	Sempre					
Saúde						
Educação						
Outra						

Outra (especifique)----------

ANEXO II - A MINHA EXPERIÊNCIA EM TOMAR MEDICAMENTOS (MYMEDS)

THE MY EXPERIENCE OF TAKING MEDICINES QUESTIONNAIRE (MYMEDS) (A MINHA EXPERIÊNCIA EM TOMAR MEDICAMENTOS)

POR FAVOR, PREENCHA OS SEGUINTES DADOS:

Idade

_____*ano*

s ***Sexo:***

- ○ *Feminino*
- ○ *Masculino*

Nível de escolaridade:

- ○ *Menos de 4 anos de escolaridade*
- ○ *4º ano / Antiga 4ª classe*
- ○ *6º ano / Ciclo preparatório*
- ○ *9º ano / Antigo 5º ano*
- ○ *12ºano / Antigo 7º ano*
- ○ *Bacharelato*
- ○ *Mestrado ou Doutoramento*

○ *Licenciatura*

Vive:

- ○ *Sozinho*
- ○ *Acompanhado*

Para além de doença cardíaca sofre de outras doenças crónicas?

- ○ *Sim*
- ○ *Não*

Se respondeu Sim à pergunta anterior enumere essas doenças:

Tomar medicamentos é uma experiência que difere de um doente para outro. De forma que o possamos ajudar e providenciar a ajuda que precisa, precisamos saber como é que está a gerir os seus medicamentos, que questões tem e que preocupações precisa que sejam atendidas. Por favor, partilhe connosco a sua experiência pessoal a tomar os seus medicamentos para o coração e qualquer outro assunto que queira indicar. Não existem respostas certas ou erradas.

Por favor diga-nos que medicamentos está atualmente a tomar, qual a dose, com que frequência os está a tomar e para que é que os toma. Por favor, inclua quaisquer comprimidos que compra na farmácia, parafarmácia ou ervanária. Abaixo tem um exemplo de como escrever *Ibuprofeno 200mg três vezes ao dia*.

		Quantas vezes por dia?							
Nome do medicamento e dosagem		Manhã, em jejum	Pequeno-almoço	Almoço	Jantar	Deitar	Quando necessário	Variável	Para que toma o medicamento? (se não sabe – escreva "não tenho a certeza")
Exemplo:	*Ibuprofeno 200 mg*		1	1		1			*Para as dores nos meus joelhos*
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
6)									
7)									
8)									
9)									
10)									

Este questionário é essencialmente sobre os seguintes medicamentos para o coração: (no entanto, pode mencionar outros medicamentos que não estejam incluídos na lista)

1. **Antiagregantes plaquetários** – por exemplo, aspirina, Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor
2. **Inibidores da Enzina de Conversão de Angiotensa (IECA)** - por exemplo, Ramipril, Lisinopril, Perindopril, Enalapril, Captopril, Quinapril, Trandolapril
3. **Bloqueadores Beta** - por exemplo, Bisoprolol, Carvedilol, Atenolol, Metoprolol, Nebivolol, Propronalol, Acebutalol
4. **Estatinas** - por exemplo, Simvastatina, Atorvastatina, Rosuvastatina, Pravastatina, Fluvastatina
5. **Antagonistas dos Recetores de Angiotensina II (ARA II)** - por exemplo, Candesartan, Irbesartan, Losartan, Valsartan, Eprosartan, Olmesartan, Telmisartan

POR FAVOR INDIQUE, ASSINALANDO (X), SE CONCORDA/DISCORDA COM AS AFIRMAÇÕES SEGUINTES.

COMPREENSÃO E SATISFAÇÃO COM OS SEUS MEDICAMENTOS	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente	Elabore/ comente
1) Compreendo perfeitamente os meus medicamentos para o coração e porque é que me foram receitados					
2) Estou convencido da importância de todos os meus medicamentos para o coração					
3) Os meus medicamentos para o coração parecem estar a funcionar em mim					

PREOCUPAÇÕES ACERCA DOS SEUS MEDICAMENTOS

4) Preocupa-me que um ou mais dos meus medicamentos me façam mais mal do que Bem					
5) Sinto-me preocupado por me receitarem medicamentos a mais					

ASPETOS PRÁTICOS ACERCA DOS SEUS MEDICAMENTOS

6) Tenho dificuldades em abrir os frascos dos medicamentos ou em retirar os comprimidos do invólucro e gostaria de ter uma solução ou outra alternativa					
7) Tenho dificuldade em engolir o(s) meu(s) medicamentos e gostaria de ter uma solução ou outra alternativa					
8)Tenho dificuldade em conseguir as receitas dos meus medicamentos e gostaria de ter ajuda em obter mais facilmente as receitas do meu médico					
9)Tenho dificuldade em ler o rótulo das caixas ou frascos de medicamentos e gostaria de ter uma solução ou outra alternativa					

AJUSTANDO A TOMA DOS MEDICAMENTOS ÀS SUAS ROTINAS

10)Por vezes esqueço-me de tomar os meus medicamentos para o coração					
11)Estou a ter dificuldade em encaixar na minha rotina diária a toma de um ou mais dos meus medicamentos para o coração					
12)Sinto-me incomodado/aborrecido por ter de tomar todos os meus medicamentos do coração para o resto da minha vida					

Pensando nos pontos mencionados nas questões anteriores e baseado na sua experiência pessoal em tomar medicamentos para o coração, responda por favor à questão seguinte *para cada um ou mais dos medicamentos que toma* (não há uma resposta certa ou errada).

Gostaríamos que estimasse **NO ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA TOMOU OS SEUS MEDICAMENTOS EXATAMENTE COMO O MÉDICO INDICOU?**

	Sempre	Quase sempre	A maioria das vezes	Cerca de metade das vezes	Menos do que metade das vezes
Aspirina					
Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor					
Inibidor da ECA (por exemplo, Ramipril, Lisinopril, Perindopril, Enalapril, Captopril, Quinapril, Trandolapril)					
Bloqueador Beta (por exemplo, Bisoprolol, Carvedilol, Atenolol, Metoprolol, Nebivolol, Propronalol, Acebutalol)					
Estatina (por exemplo, Simvastatina, Atorvastatina, Rosuvastatina, Pravastatina, Fluvastatina)					
ARA II (por exemplo, Candesartan, Irbesartan, Losartan, Valsartan, Eprosartan, Olmesartan, Telmisartan)					
Outro (**por favor especifique)**					

Existe mais alguma coisa relacionada com os seus medicamentos que gostaria de partilhar connosco?

ANEXO III - Autorização para aplicação do Questionário HLS-EU-PT

RE: Pedido de autorização para utilização do questionário HLS-EU-PT

De Ana Rita Pedro em 2022-05-05 15:33

Detalhes Cabeçalhos Texto simples

Este e-mail foi originado de fora da sua organização. Não clique em links ou abra anexos, a menos que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

Cara Otília Amaro,

Muito obrigada pelo seu interesse no nosso trabalho. É com muito gosto que concedemos autorização para utilizar no trabalho a escala por nós validada.

Poderá consultar a restante informação no artigo de validação da escala acessível em:
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902516300311

Na eventualidade de precisar de ajuda no cálculo dos scores, não hesite em contactar-nos.

Gostaríamos muito de ter a oportunidade de ir acompanhando o seu trabalho, pelo que peço que partilhe connosco as conclusões a que for chegando.

Com os meus melhores cumprimentos,

Ana Rita Pedro, PhD
Grupo de Investigação em Políticas e Administração de Saúde
Departamento de Políticas e Gestão de Serviços de Saúde
Tel. +351 21 751 2100 | Fax. +351 21 758 2754

ANEXO IV - Autorização para utilização do questionário: A minha experiência em tomar medicamentos (MYMEDS)

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, e a pedida da interessada, declaro que foi concedida pela equipa de investigação responsável pela tradução e validação para Português, a autorização para a utilização do questionário MYMEDS – A minha experiência em tomar medicamentos, no âmbito de dissertação de mestrado da candidata Otília Amaro, Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Pela equipa de investigação,

Assinado por: **André Filipe Ferreira Coelho**
Num. de Identificação: 11508324
Data: 2025.09.12 15:11:15+01'00'

André Coelho, PhD, Investigador Principal

ANEXO V - Autorização CE ESTESL

CE-ESTeSL-Nº.57-2022 – Otília Amaro

POLITÉCNICO DE LISBOA

De Comissão Ética <conselhodeetica@estesl.ipl.pt>
Para Otília Amaro <2021065@alunos.estesl.ipl.pt>, Andre coelho <andre.coelho@estesl.ipl.pt>
Cc Margarida Eiras <margarida.eiras@estesl.ipl.pt>, mestrados mestrados <mestrados@estesl.ipl.pt>
Data 2022-09-14 14:28

REFERÊNCIA INTERNA DO PROETO: CE-ESTeSL-Nº.57-2022 – Otília Amaro
TÍTULO DO PROJETO: Barreiras à utilização da medicação em doentes com Hipertensão Arterial -Que influência da Literacia em Saúde?
Tipo de Projeto/Estudo: Investigação 2º ciclo
INVESTIGADOR/A RESPONSÁVEL: Otília Maria de Campos Barroso Amaro
Equipa: André Filipe Ferreira Coelho
INSTITUIÇÃO PROMOTORA: Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico de Lisboa
Instituição(ões) envolvidas: ESTeSL-IPL/ Centro Hospitalar Barreiro/Montijo E.P.E.

Exmo. Senhor Prof. DoutorAndré Coelho
Exma. Senhora Dra. Otília Amaro, estudante de mestrado

Após os esclarecimentos a Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (CE-ESTeSL) decidiu por unanimidade a emissão de parecer favorável.

O presente parecer tem em consideração a versão submetida do projeto e demais documentação enviada. Eventuais alterações nestes documentos determinam a necessidade de revisão do presente parecer.

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

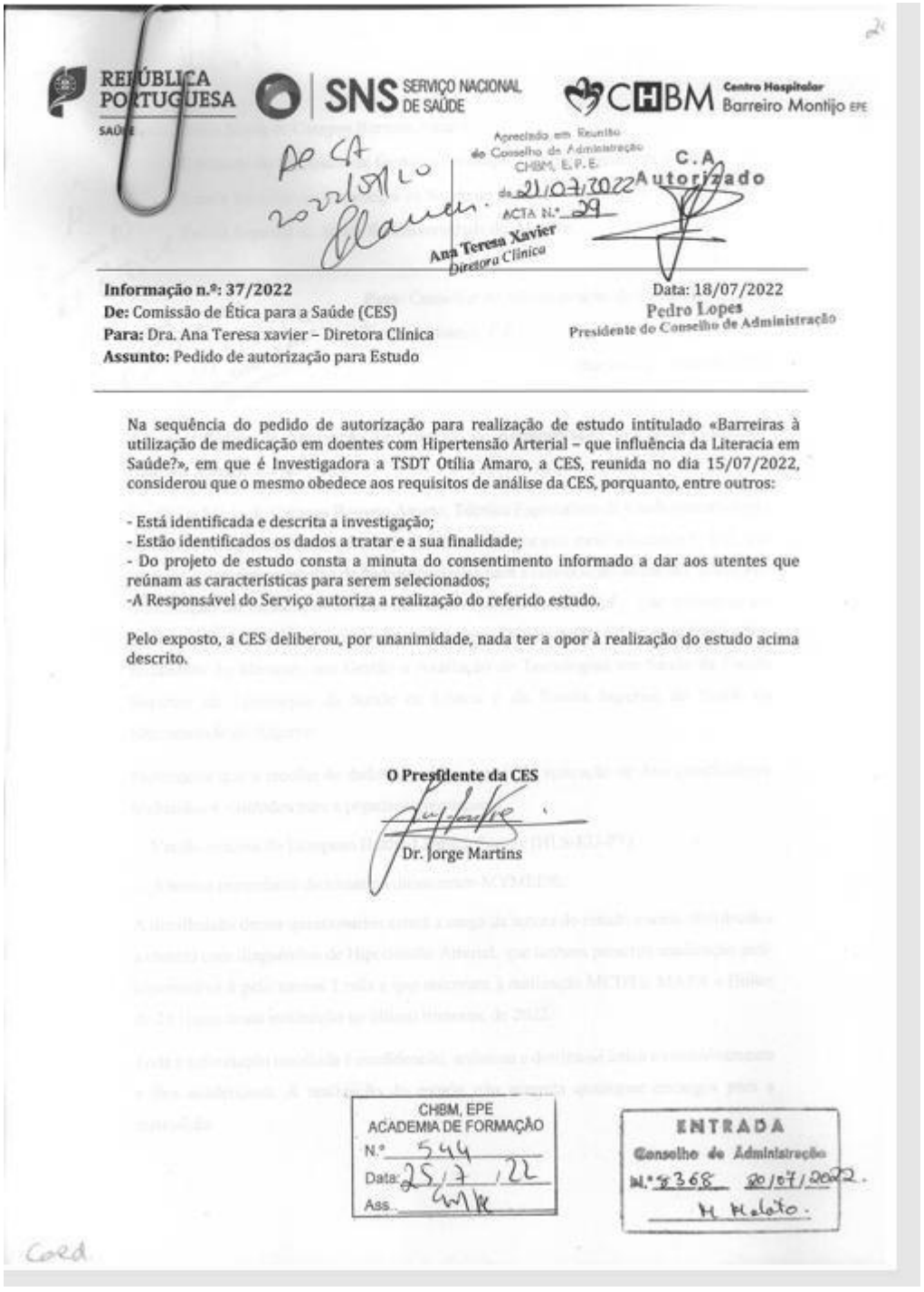
Por último, solicita-se que, ao abrigo do artº 19 da Lei 21/2014 de 16 de abril e do disposto no nº 23 da atual versão da Declaração de Helsínquia, seja dado conhecimento à CE-ESTeSL do relatório final, com as conclusões do estudo, bem como de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes. Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos,
Rute Borrego

Rute Borrego | Professora Adjunta
Presidente da Comissão de Ética

Av. D. João II, lote 4.69.01- Parque das Nações
1990-096 Lisboa | Portugal
conselhodeetica@estesl.ipl.pt
+351 218980447

ANEXO VI – Autorização CA CHBM E.P.E



REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

CHBM Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE

Apreciado em Reunião do Conselho de Administração CHBM, E.P.E. de 21/07/2022 ACTA N.º 29

C.A Autorizado

Ana Teresa Xavier
Diretora Clínica

Informação n.º: 37/2022
De: Comissão de Ética para a Saúde (CES)
Para: Dra. Ana Teresa xavier – Diretora Clínica
Assunto: Pedido de autorização para Estudo

Data: 18/07/2022
Pedro Lopes
Presidente do Conselho de Administração

Na sequência do pedido de autorização para realização de estudo intitulado «Barreiras à utilização de medicação em doentes com Hipertensão Arterial – que influência da Literacia em Saúde?», em que é Investigadora a TSDT Otília Amaro, a CES, reunida no dia 15/07/2022, considerou que o mesmo obedece aos requisitos de análise da CES, porquanto, entre outros:

- Está identificada e descrita a investigação;
- Estão identificados os dados a tratar e a sua finalidade;
- Do projeto de estudo consta a minuta do consentimento informado a dar aos utentes que reúnam as características para serem selecionados;
-A Responsável do Serviço autoriza a realização do referido estudo.

Pelo exposto, a CES deliberou, por unanimidade, nada ter a opor à realização do estudo acima descrito.

O Presidente da CES

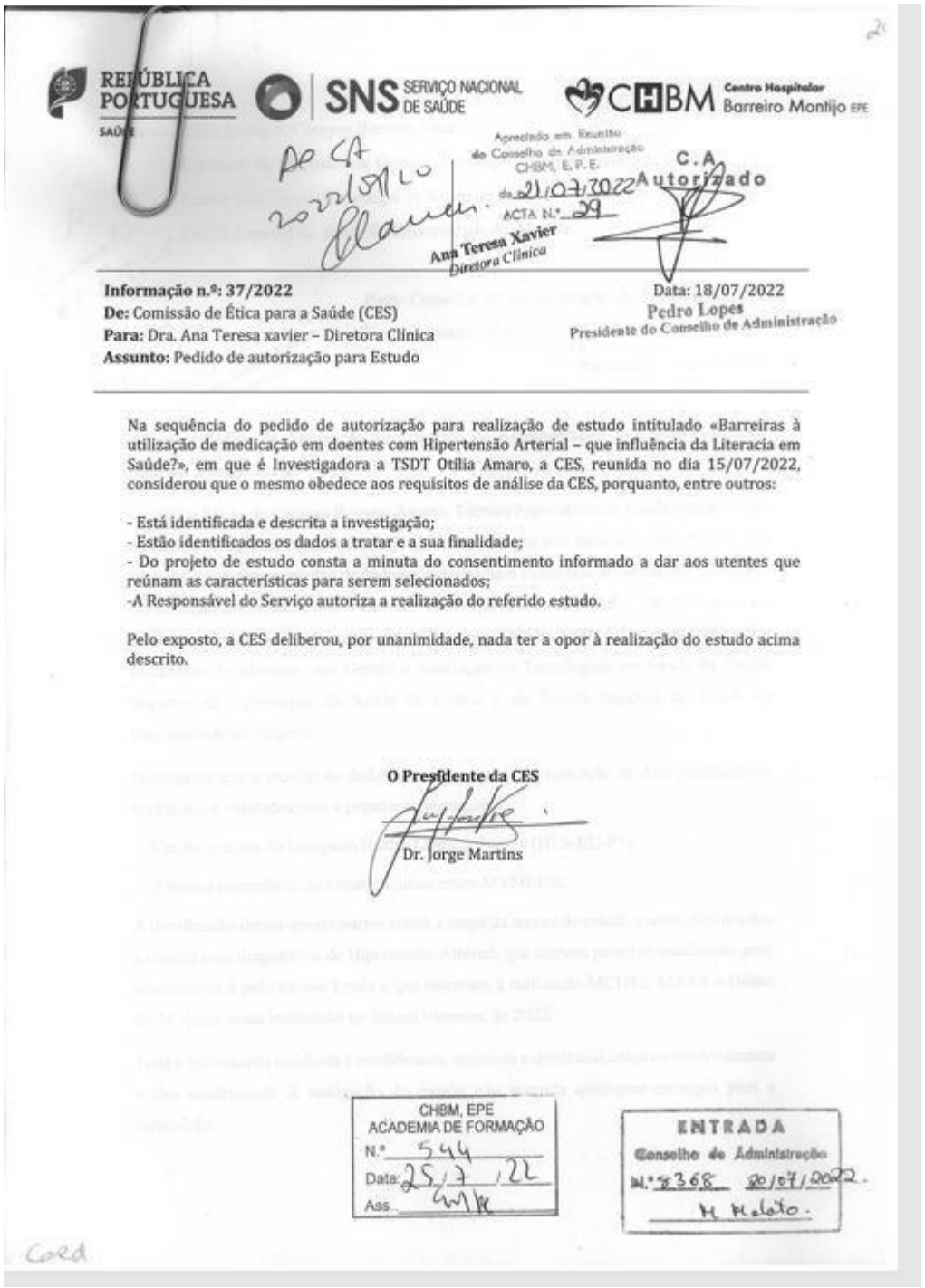
Dr. Jorge Martins

CHBM, EPE
ACADEMIA DE FORMAÇÃO
N.º 544
Data: 25/7/22
Ass.

ENTRADA
Conselho de Administração
N.º 8368 20/07/2022.

Cord

ANEXO VII – Autorização CE CHBM E.P.E



REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

CHBM Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE

Aprovado em Reunião do Conselho de Administração CHBM, E.P.E. de 21/07/2022 ACTA N.º 29
Ana Teresa Xavier
Diretora Clínica

C.A
Autorizado
Pedro Lopes
Presidente do Conselho de Administração

Informação n.º: 37/2022
De: Comissão de Ética para a Saúde (CES)
Para: Dra. Ana Teresa xavier – Diretora Clínica
Assunto: Pedido de autorização para Estudo

Data: 18/07/2022

Na sequência do pedido de autorização para realização de estudo intitulado «Barreiras à utilização de medicação em doentes com Hipertensão Arterial – que influência da Literacia em Saúde?», em que é Investigadora a TSDT Otília Amaro, a CES, reunida no dia 15/07/2022, considerou que o mesmo obedece aos requisitos de análise da CES, porquanto, entre outros:

- Está identificada e descrita a investigação;
- Estão identificados os dados a tratar e a sua finalidade;
- Do projeto de estudo consta a minuta do consentimento informado a dar aos utentes que reúnam as características para serem selecionados;
-A Responsável do Serviço autoriza a realização do referido estudo.

Pelo exposto, a CES deliberou, por unanimidade, nada ter a opor à realização do estudo acima descrito.

O Presidente da CES

Dr. Jorge Martins

CHBM, EPE
ACADEMIA DE FORMAÇÃO
N.º 544
Data: 25/7/22
Ass.

ENTRADA
Conselho de Administração
N.º 8368 20/07/2022.

ANEXO VIII – Autorização Diretora Serviço CHBM E.P.E.

De: Otília Maria de Campos Barroso Amaro
Estudante do Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve

Para: Diretora do Serviço de Cardiologia

Barreiro, 8 junho de 2022

Assunto: Pedido de Aprovação para aplicação de questionários aos pacientes que realizarem MCDT´s : Mapa e Holter de 24h no Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E.

Eu, Otília Maria de Campos Barroso Amaro, Técnica Especialista de Cardiopneumologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E., venho por este meio solicitar a V. Exª, que se digne a autorizar a recolha de dados necessária para a consecução do estudo "*Barreiras à utilização da medicação em doentes com Hipertensão Arterial – que influência da Literacia em Saúde?*", sob orientação do Professor Doutor André Filipe Ferreira Coelho, no âmbito do Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa e da Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve.

Pretende-se que a recolha de dados seja feita através da aplicação de dois questionários traduzidos e validados para a população portuguesa:

- Versão extensa do European Health Litaracy Survey (HLS-EU-PT)
- A minha experiência de tomar medicamentos-MYMEDS;

A distribuição destes questionários estará a cargo da autora do estudo e serão distribuídos a utentes com diagnóstico de Hipertensão Arterial, que tenham prescrita medicação anti-hipertensiva há pelo menos 1 mês e que recorram à realização MCDTs: MAPA e Holter de 24 Horas nesta instituição no último trimestre de 2022.

Toda a informação recolhida é confidencial, anónima e destina-se única e exclusivamente a fins académicos. A realização do estudo não acarreta quaisquer encargos para a instituição.

Agradecendo, desde já, a atenção dispensada, encontro-me disponível para eventuais esclarecimentos adicionais ao protocolo do estudo que irá ser entregue em anexo, solicita deferimento.

Atenciosamente

Com os melhores cumprimentos,

Otília Maria de Campos Barroso Amaro

Tomei conhecimento.
Sem inconvenientes para
o Serviço de Cardiologia,
que se congratula com a iniciativa
da Tese de Especialidade de Cardiologia
Hospital do CHAM.

8/6/11

Drª Lurdes Almeida
Diretora de Serviço
de Cardiologia

ANEXO IX – Garantia de sigilo de estudo

INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES NO ESTUDO:

" Barreiras à utilização da medicação em doentes com Hipertensão Arterial – Que influência da Literacia em Saúde?"

Por favor, leia com atenção a seguinte informação sobre a sua participação neste estudo. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concordar com a proposta que lhe foi feita, assinale com uma cruz no quadrado correspondente.

Os questionários que lhe serão entregues enquadram-se num estudo de investigação a realizar no âmbito de uma dissertação de mestrado realizada na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa do Instituto Politécnico de Lisboa (ESTeSL-IPL), intitulada:" *Barreiras à utilização da medicação em doentes com Hipertensão Arterial – Que influência da Literacia em Saúde?* Orientada pelo Professor Doutor André Filipe Ferreira Coelho. Esta investigação pretende analisar de que forma a literacia em saúde influencia as barreiras percecionadas pelo doente à utilização da medicação anti-hipertensiva. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da ESTeSL-IPL e pelo Conselho de Ética do Centro Hospitalar do Barreiro-Montijo.

A recolha de informação é realizada num único momento, através do preenchimento dos questionários que lhe serão entregues por um membro da equipa de investigação. A informação a recolher inclui dados sociodemográficos (sexo, idade, nível de escolaridade e condições de coabitação), doenças diagnosticadas anteriormente, medicamentos que está presentemente a tomar e dificuldades que tenha sentido relativamente à toma dos medicamentos para a Hipertensão Arterial (HTA). Por outro lado, o HLS-EU-PT pretende aferir o nível de literacia em saúde. Com a aplicação destes dois questionários pretende-se avaliar de que forma as barreiras percecionadas à toma da medicação em doentes com HTA são influenciadas pelo seu nível de literacia em saúde.

A sua participação é voluntária, não existindo nenhuma contrapartida financeira ou de outra natureza à sua participação. Em qualquer momento, poderá livremente recusar ou interromper a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este facto. Este estudo não é financiado por qualquer bolsa ou fundo de investigação. A participação neste estudo não apresenta qualquer risco para os participantes. A confidencialidade e anonimato dos dados serão garantidos – não haverá registo de dados de identificação pessoal, logo os dados recolhidos nestes questionários não permitirão identificá-lo(a). A informação recolhida nos questionários será utilizada exclusivamente para fins académicos, sendo acedidos apenas pelos dois investigadores envolvidos no projeto. Não existirá transferência de dados para entidades terceiras. Os resultados do estudo poderão ser divulgados de

Pode esclarecer quaisquer questões ou dúvidas sobre os seus direitos e deveres como participante com um dos membros da equipa de investigação ou junto da Comissão de Ética da ESTeSL-IPL (conselhodeetica@estesl.ipl.pt), uma vez que é uma das entidades independentes que apreciou e emitiu parecer favorável para este estudo.

Otília Barroso Amaro
Membro da equipa de investigação
(2021065@alunos.estesl.ipl.pt)

☐ Aceito participar no estudo.