



Tiago Ramos Madeira

CONHECIMENTO DOS PORTUGUESES SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde,
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre sob orientação do Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Coimbra, 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Tiago Ramos Madeira

Conhecimento dos Portugueses sobre a Hipertensão Arterial

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde,
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre

Orientador

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Coimbra, 2015

Ao Afonso, Guilherme e ZéCarlos

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos ao orientador deste trabalho, Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira, pela orientação e pertinência das suas observações no decurso da sua execução.

Uma palavra muito afetuosa aos meus pais, aos meus avós e aos meus afilhados, pela compreensão, paciência, carinho, motivação e apoio incondicional ao longo de toda a realização deste estudo.

Um agradecimento especial ao *Grupo Holon*, em particular à Dr.^a Ema Paulino e a toda a equipa de Projetos e Serviços, pela disponibilidade imediata na colaboração deste projeto, ajudando e apoiando no processo de recolha de dados.

Agradeço também, de forma especial, a todos os profissionais de saúde das farmácias do *Grupo Holon* pelo empenho, dedicação e profissionalismo no desenvolvimento do estudo através da aplicação dos questionários

Por último, queria agradecer a todos os meus amigos, pela motivação, apoio, ideias, sugestões e constante alegria, em especial ao Ivo Reis.

RESUMO

As doenças crónicas não transmissíveis (DNT), nomeadamente a hipertensão arterial (HTA), constituem a principal causa de morbi-mortalidade nas sociedades desenvolvidas. A HTA é um dos principais fatores de risco das doenças cardio-cerebrovasculares e em Portugal apresenta uma prevalência de 43%. A maioria dos hipertensos não apresenta a HTA controlada, o que urge definir estratégias eficazes que permitam a adesão ao regime terapêutico. A avaliação do nível de conhecimentos sobre a HTA permite a compreensão da dos diversos fatores da doença e uma colaboração mais ativa do e com o doente, orientando a atuação para a promoção da saúde e gestão da situação crónica.

Pretendemos conhecer o nível de literacia dos portugueses sobre a HTA, realizando a adaptação cultural e a validação de um instrumento de avaliação do nível de conhecimentos e compreendendo a relação entre o conhecimento e as variáveis em estudo.

Desenvolvemos um estudo quantitativo de tipo descritivo-correlacional e transversal e utilizamos o *Hypertension Evaluation of Lifestyle and Management Knowledge Scale* desenvolvido por Schapira *et al* (2012), para avaliar os conhecimentos sobre a HTA. O tratamento de dados foi realizado no SPSS, versão 23.

Os questionários foram aplicados nas farmácias do *Grupo Holon* e obtivemos 791 participantes. A idade média foi de 46 ± 16 anos; 63,7% eram mulheres; 42,5% frequentou o ensino superior; 64% ativos profissionalmente e 59% casados. 27,3% com o diagnóstico de HTA e 42,6% tem o diagnóstico entre 4-12 anos; 62,2% tem história familiar de HTA e 61,8% apresentou níveis adequados de literacia em saúde através da aplicação do *Newest Vital Sign*. A média de respostas corretas do HELM-KS foi de $8,56 \pm 2,45$.

Verificámos uma correlação positiva entre: os níveis de conhecimentos sobre a HTA e os níveis de literacia em saúde ($r=0,425$, $p<0,001$); e o grau de ensino ($r=0,345$, $p<0,001$). Existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade ($p=0,000$), género ($p=0,000$), situação profissional ($p=0,000$), conhecimento do diagnóstico ($p=0,003$) e número de anos de diagnóstico ($p=0,001$). Não verificamos diferenças estatisticamente significativas entre a situação profissional ($p=0,636$) e a história familiar de HTA ($p=0,287$).

Ao desenvolver este estudo, adaptámos uma ferramenta essencial na melhoria da definição das estratégias de gestão da doença crónica. Apesar de o mesmo ainda necessitar de alguns melhoramentos, acreditamos que poderá fazer a diferença na promoção da saúde e na prevenção da HTA. No entanto, é necessário continuar a desenvolver investigação neste domínio.

Deste modo, sugerimos a aplicação do mesmo em projetos futuros e em contexto de prática clínica numa amostra controlada de forma a compreender melhor a funcionalidade e eficácia do mesmo na melhoria da adesão ao regime terapêutico.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial; Conhecimento; Literacia em Saúde; Educação; Adesão ao Regime Terapêutico.

ABSTRACT

The non-transmissible chronic diseases, including high blood pressure (HBP), are the main cause of morbidity and mortality in developed societies. Hypertension is a leading risk factor of cardio-cerebrovascular diseases and Portugal has a prevalence of 43%. Most people with hypertension do not have the disease controlled, which urges the need to define effective strategies that allow adherence to the treatment regimen. The knowledge levels assessment on HBP gives an understanding of the various factors of the disease and allows a more active collaboration with, and of the patient, guiding the strategies to promote health and management of the chronic state.

We intend to know the Portuguese literacy level on HBP, performing cultural adaptation and validating an evaluation instrument of the level of knowledge, understanding the relationship between knowledge and the study variables.

We developed a descriptive-correlational and cross-sectional quantitative study and used the Hypertension Evaluation of Lifestyle and Knowledge Management Scale developed by Schapira *et al* (2012) to assess the knowledge about HBP. The data was processed using SPSS, version 23.

The questionnaires were applied in pharmacies of the Holon Group and we had 791 participants. The mean age was 46 ± 16 years; 63.7% were women; 42.5% attended higher education; 64% were professionally active, and 59% were married. 27.3% were diagnosed with hypertension and 42.6% were diagnosed between 4-12 years ago; 62.2% had family history of hypertension and 61.8% showed adequate levels of health literacy, which became known by implementing the Newest Vital Sign. The average of correct responses HELM-KS was 8.56 ± 2.45 .

We found a positive correlation between: the levels of knowledge about HBP and health literacy levels ($r = 0.425$, $p < 0.001$); and level of education ($r = 0.345$, $p < 0.001$). There are statistically significant differences between age ($p = 0.000$), gender ($p = 0.000$), employment status ($p = 0.000$), knowledge of diagnosis ($p = 0.003$) and number of years of diagnosis ($p = 0.001$). We did not observe statistically significant differences between the employment status ($p = 0.636$) and the family history of hypertension ($p = 0.287$).

Developing this study, we adapted an essential tool for improving the definition of management strategies for chronic disease. Although the study still needs some improvements, we believe we can make a difference in health promotion and in hypertension prevention. But it is necessary to further develop research in this area.

Thus, we suggest applying the same study in future projects and in the context of clinical practice with a controlled sample in order to better understand the functionality and effectiveness of it in improving adherence to treatment regimen.

KEY WORDS: Hypertension; Knowledge; Health Literacy; Education; Adherence to the therapeutic regimen.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CEISUC - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIT - Correlação Item-Total

CV - Cardiovascular

DASH - Abordagem Alimentar Contra a Hipertensão

DCV - Doenças Cardiovasculares

DGS - Direção Geral de Saúde

DNT - Doenças Crónicas Não Transmissíveis

DRC - Doença Renal Crónica

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

EUA - Estados Unidos da América

FR - Fator de Risco

HELM-KS - *Hypertension Evaluation of Lifestyle and Management Knowledge Scale*

HTA - Hipertensão Arterial

ICN- *International Council of Nurses*

IMC - Índice de Massa Corporal

LOA - Lesão de Órgão Alvo

NUTS - Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

NVS - *Newest Vital Sign*

NVS-PT - Versão Portuguesa do *Newest Vital Sign*

OMS - Organização Mundial de Saúde

OND - Observatório Nacional da Diabetes

PA - Pressão Arterial

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica
PHYSA - Portuguese HYPertension and SAlT Study
PNS - Plano Nacional de Saúde
REALM- *Rapid Assessment of Adult Health Literacy in Medicine*
SPH - Sociedade Portuguesa de Hipertensão
SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*
TA – Tensão Arterial

LISTA DE FIGURAS

Foto de Capa – *Tiago Madeira*[®]

Figura 1 – Box-Plot da Hipótese 1.....	49
Figura 2 – Histograma da Hipótese 2.....	50
Figura 3 – Box-Plot da Hipótese 4.....	52
Figura 4 – Histograma da Hipótese 5.....	53
Figura 5 - Histograma da Hipótese 6	54
Figura 6 - Box-Plot da Hipótese 7	55
Figura 7 - Histograma da Hipótese 8	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Definição e classificação dos níveis de pressão arterial	8
Tabela 2 - Estratificação do risco CV total em categorias	9
Tabela 3 - Início de Mudanças de Estilo de Vida e Tratamento Anti-hipertensor.....	11
Tabela 4 – Estrutura do Questionário	28
Tabela 5 - Estrutura do HELM-KS	30
Tabela 6 - Estrutura da Versão Original do HELM-KS.....	32
Tabela 7 - Farmácias e Participantes no Estudo por Distrito.....	41
Tabela 8 - Farmácias e Participantes no Estudo de acordo com a NUTS.....	42
Tabela 9 – Dados Estatísticos das Características da Amostra	43
Tabela 10 – Respostas Corretas do NVS por Participante e Nível de Literacia em Saúde	44

Tabela 11 – Percentagem de Respostas Corretas e Correlação Item-Total do HELM-KS	.46
Tabela 12 - Verificação da Hipótese 1.....	48
Tabela 13 – Verificação da Hipótese 2.....	50
Tabela 14 - Verificação da Hipótese 3.....	51
Tabela 15 - Verificação da Hipótese 4.....	52
Tabela 16 - Verificação da Hipótese 5.....	53
Tabela 17 - Verificação da Hipótese 6.....	54
Tabela 18 – Verificação da Hipótese 7.....	55
Tabela 19 - Verificação da Hipótese 8.....	56
Tabela 20 - Verificação da Hipótese 9.....	57

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de Respostas Corretas do HELM-KS por Participante.....	48
---	----

SUMÁRIO

Introdução	1
Parte I – Enquadramento Teórico	5
1. A Hipertensão Arterial	6
1.1. Um Problema de Saúde Pública.....	6
1.2. Definição e Classificação.....	7
1.3. Regime Terapêutico	10
2. Adesão ao Regime Terapêutico na HTA	14
2.1. O Conceito de Adesão.....	14
2.2. Fatores de Adesão ao Regime Terapêutico.....	16
2.3. Estratégias de Adesão ao Regime Terapêutico	17
3. A Importância do Conhecimento	19
3.1. O papel do Enfermeiro.....	20
3.2. Evidência Científica.....	21
3.3. Avaliação do Nível de Conhecimentos sobre a HTA	23
Parte II – Estudo Empírico.....	25
1. Métodos.....	26
1.1. Tipo de Estudo	26
1.2. População e Amostra	26
1.3. Definição das Variáveis	27
1.4. Instrumento de Colheita de Dados	27
1.4.1. Avaliação do Nível de Conhecimentos sobre a HTA	28
1.4.2. Avaliação do Nível de Literacia em Saúde.....	33
1.4.3. Caracterização da Amostra	35
1.5. Processo de Colheita de Dados	35
1.6. Hipóteses.....	36

1.7.	Análise Estatística.....	37
1.7.1.	Validação do HELM-KS	38
1.8.	Considerações Éticas	40
2.	Apresentação dos Resultados.....	41
2.1.	Caraterização da Amostra	41
2.1.1.	Fatores Sociodemográficos e Perfil de Saúde.....	42
2.1.2.	Nível de Literacia em Saúde – <i>Newest Vital Sign</i>	44
2.2.	<i>Hypertension Evaluation of Lifestyle and Management Knowledge Scale</i>	45
2.3.	Estudo das Hipóteses	48
3.	Discussão de Resultados	58
4.	Conclusões e Recomendações	68
5.	Referências Bibliográficas	72
ANEXOS		79
Anexo I –HELM-KS.....		80
Anexo II – Pedido de Autorização para adaptação e validação do HELM-KS		81
Anexo III – Pedido, Autorização e Versão Original HELM-KS		82
Anexo IV – Versão Portuguesa do HELM-KS.....		85
Anexo V – Pedido, Autorização e Versão Portuguesa do NVS		87
Anexo VI – Características da Amostra		90
Anexo VII – Pedido de Colaboração ao Grupo Holon		91
Anexo VIII – Envio do Questionário para as Farmácias do Grupo Holon.....		94

Introdução

As doenças crónicas não transmissíveis (DNT) - doenças cardiovasculares, cancro, patologia respiratória crónica, diabetes *mellitus*, as doenças osteoarticulares e as perturbações da saúde mental - constituem a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas e, de acordo com a OMS (2002) são as principais responsáveis por situações de incapacidade e perda de qualidade de vida, com expressão muito significativa no consumo de serviços de saúde, meios complementares de diagnóstico, medicamentos e dias de internamento.

A OMS define as doenças crónicas como sendo permanentes, que produzem incapacidades/deficiências residuais e que são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigindo uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podendo exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (Whitworth *et al*, 2003).

Estas doenças são responsáveis por cerca de 60% da carga decorrente das doenças no mundo e estima-se que no ano 2020, 80% da carga de doença nos países em desenvolvimento seja de problemas crónicos. Nesses países, a adesão aos tratamentos dessas mesmas patologias será apenas de 20%, acarretando estatísticas negativas na área da saúde com encargos elevadíssimos (OMS, 2002).

Segundo dados do INE (2010), em Portugal, as DNT geram a maioria das mortes e da carga da doença. Apesar das melhorias registadas, nos últimos anos, a doença cerebrovascular, a doença isquémica cardíaca e algumas afeções originadas no período perinatal mantiveram-se as causas de *Anos Potenciais de Vida Perdidos* evitáveis por cuidados de saúde mais expressivos. Por outro lado, os tumores do cólon e reto, do colo do útero e da pele, bem como as malformações congénitas, a diabetes e a doença hipertensiva tornaram-se mais representativos nos últimos anos.

Em Portugal, o aumento da esperança de vida, aliado às modificações dos estilos de vida da população, tem levado ao aumento dos fatores de risco de doenças crónicas, nomeadamente o excesso de peso, o sedentarismo, o baixo consumo de frutas e produtos hortícolas, bem como o elevado consumo de álcool e de outras substâncias psicoativas (DGS, 2012).

Este cenário acentua o aumento da prevalência da doença crónica, nomeadamente a hipertensão arterial e a diabetes. Estas são, por sua vez, importantes fatores de risco para outras doenças e estima-se que atualmente, no nosso país, a prevalência de hipertensão arterial seja de aproximadamente 43% (Polónia *et al*, 2014) e da diabetes 13 % (OND, 2014).

Muitas DNT são preveníveis através da intervenção nos fatores de risco e seus determinantes, especialmente os relacionados com o tabaco, o consumo de álcool, a dieta desadequada e a inatividade física. Por este motivo e, de acordo o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, as medidas para a sua prevenção e controlo são assumidos como uma prioridade em saúde pública (DGS, 2012).

A promoção da saúde deve ser realizada ao longo do ciclo da vida, quer seja através do rastreio, do diagnóstico precoce, da adesão ao regime terapêutico, assim como pela reabilitação e/ou integração da pessoa com limitações funcionais (DGS, 2012).

O investimento na prevenção e melhoria do controlo das DNT permite o envelhecimento saudável e ativo, a redução da morte prematura, da morbilidade e incapacidade, aumentando a qualidade de vida, o bem-estar, a coesão social e a produtividade das pessoas e das comunidades. Assim, assegurar a saúde da população não é apenas um dever ético, é uma condição indispensável para o sucesso económico num mundo tão competitivo e globalizado (Dinis *et al*, 2011).

Em Portugal, muito se tem apostado no desenvolvimento de estudos sobre a prevalência, tratamento e controlo da HTA, tendo em vista a melhoria da saúde da população, onde se destacam o PAP *Study*, o VALSIM, o PREVADIAB, o PRECISE, o VIVA e o PHYSA.

Os resultados mais recentes revelaram uma melhoria no conhecimento, tratamento e controlo da HTA. No entanto, a maioria dos doentes hipertensos (57,4%) mantém a HTA não controlada pelo que é imperioso melhorar adicionalmente este quadro (Polónia, 2014).

A não adesão ao regime terapêutico, assim como o diagnóstico tardio e o curso prolongado e assintomático da doença, são os principais fatores das complicações da HTA. A não adesão ao regime terapêutico nas doenças crónicas é um fenómeno complexo e multifatorial, muitas vezes associado a baixos níveis socioeconómicos, à prescrição de esquemas terapêuticos complexos e à insatisfação com os serviços de saúde. Por outro lado,

outra explicação está relacionada com a falta de compreensão da doença e do tratamento medicamentoso (Barreto *et al*, 2014).

O nível de conhecimentos do doente hipertenso face à sua doença é importante, pois permite a compreensão dos fatores em jogo e a colaboração mais ativa do doente, orientando a sua atuação para a promoção da saúde e prevenção da doença. Para obter um bom controlo dos valores tensionais da maioria dos hipertensos, bem como a minimização das complicações e atingimento dos órgãos alvo, torna-se necessário adequar as estratégias de educação para a saúde e de comunicação na consulta às reais necessidades dos doentes (Prior *et al*, 2001).

O projeto “Saúde que Conta”, coordenado por Ana Escoval, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) revelou que, nos últimos 15 anos, diferentes estudos têm demonstrado que um nível inadequado de literacia em saúde tem implicações significativas nos resultados em saúde, na utilização dos serviços de saúde e nos gastos em saúde. Simultaneamente, verificaram que os instrumentos de medição dos níveis de literacia em saúde não estão a acompanhar o processo evolutivo, pelo que, nos últimos anos se tem assistido a um esforço considerável de investigação no sentido de desenvolver instrumentos que sejam válidos para a medição da literacia no domínio da saúde, de acordo com as definições atuais.

De acordo com Han *et al* (2011), a avaliação dos níveis de conhecimento sobre a HTA é fundamental e deve ser uma parte integrante no modelo de gestão da doença crónica. Estes autores referem que têm sido desenvolvidos estudos que avaliam o conhecimento sobre a HTA e que tal tem sido uma mais-valia para definir melhor as estratégias de educação para a saúde. Por sua vez, este aumento do nível de conhecimentos tem sido associado a maiores taxas de adesão ao regime terapêutico e a uma melhor gestão da doença crónica.

Definir objetivos é mais fácil quando tentamos responder a questões específicas. Deste modo, definimos como pergunta de partida: “*O que sabe a população portuguesa sobre a hipertensão arterial?*” Ou seja, pretendemos conhecer o nível de conhecimentos sobre a HTA dos portugueses.

Para conseguir responder a esta questão definimos alguns objetivos específicos. O primeiro é realizar a adaptação cultural e a validação de um instrumento que permita a avaliação dos níveis de conhecimento sobre a HTA. O segundo surge como consequência e pretendemos compreender a relação entre o nível de conhecimento sobre a HTA e as diversas

variáveis em estudo. Ou seja, queremos compreender se existe relação entre o nível de conhecimento sobre a HTA e: os fatores sociodemográficos (idade, gênero, grau de ensino, situação profissional e familiar); as características do perfil de saúde (conhecimento do diagnóstico; número de anos de diagnóstico; e história familiar de HTA); e o nível de literacia em saúde.

No que diz respeito à estrutura desta dissertação ela dividiu-se em duas grandes partes: a primeira parte ficou designada por *Enquadramento Teórico*, onde foram exploradas e apresentadas diversas teorias que fundamentam a nossa investigação, como sendo: a hipertensão arterial; adesão ao regime terapêutico e a importância do conhecimento.

Na segunda parte, identificada por *Estudo Empírico*, foram apresentadas as várias opções metodológicas e estratégias adotadas na realização do estudo. Apresentamos e discutimos os resultados, e por fim, as conclusões mais relevantes e as suas implicações para a prática profissional. Referimos algumas limitações sentidas no decurso da investigação e apresentamos recomendações sugestões para estudos posteriores.

Finalmente terminamos esta dissertação com a lista das nossas referências bibliográficas e com a apresentação de alguns anexos julgados pertinentes.

Parte I – Enquadramento Teórico

1. A Hipertensão Arterial

1.1. Um Problema de Saúde Pública

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH, 2014) a hipertensão arterial é a doença cardiovascular mais comum e o fator de risco mais influente no desenvolvimento da doença vascular cerebral, da doença coronária e da insuficiência cardíaca, o que a torna num problema de saúde pública emergente.

O conhecimento da evolução, as tendências e a situação atual das medidas epidemiológicas de frequência da HTA são importantes em saúde pública para o planeamento, avaliação e administração da saúde da comunidade acerca do peso da HTA na população (Uva *et al*, 2014).

Globalmente, as doenças cardiovasculares (DCV) provocam aproximadamente 17 milhões de mortes por ano. Destas, 9,4 milhões resultam de complicações da HTA, afetando cerca de 40% dos adultos com mais de 25 anos de idade e sendo responsável por, pelo menos, 45% das mortes por doença cardíaca e 51% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) (OMS, 2013).

Segundo Uva *et al* (2014), Portugal não é exemplo de bons resultados, sendo a população portuguesa referida como tendo dos mais elevados níveis de tensão arterial média.

As DCV são a principal causa de morbi-mortalidade em Portugal sendo responsáveis por um terço de todas as mortes e elevado número de incapacidades. Por sua vez, é o principal fator de risco para o AVC e um fator de risco importante para eventos coronários, insuficiência cardíaca e renal (SPH, 2014).

O estudo PHISA levado a cabo pela SPH revelou uma prevalência de HTA de 42,2% na população adulta do nosso país, tendo demonstrado que na última década as taxas de conhecimento e tratamento da HTA praticamente duplicaram e a taxa de doentes hipertensos controlados aumentou cerca de quatro vezes (Polónia *et al*, 2014).

Esta melhoria está relacionada com uma maior consciencialização e conhecimentos quer dos profissionais de saúde quer da população, e com o aumento concomitante da utilização de medicamentos anti hipertensores mais eficazes e melhor tolerados (SPH, 2014).

No entanto, apesar das proporções de pessoas com HTA em tratamento e pessoas com doença controlada ter aumentado, a população está a envelhecer e a prevalência da HTA tende a aumentar com a idade, assim como as suas complicações.

Apesar de algumas melhorias das doenças cérebro-cardiovasculares na grande maioria dos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, estas patologias, se nada for feito, vão continuar a ser até 2030-50 as principais causas de morbi-mortalidade em todo o mundo, contribuindo para uma despesa de saúde que poderá ser incontrolável para quase todas as economias mundiais (Macedo *et al.*, 2007).

Mesmo sendo conhecida a eficácia e efetividade de várias das medidas preventivas e de controlo disponíveis, sejam ou não farmacológicas, a HTA continuará, por décadas, a representar um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ônus para a pessoa hipertensa e para a sociedade (Santos, 2011).

1.2. Definição e Classificação

A HTA é o fator de risco mais prevalente na população portuguesa e apesar de ser simples o seu diagnóstico, este deve obedecer a um processo criterioso e rigoroso de avaliação, diagnóstico e classificação (DGS, 2013a).

A HTA é uma doença silenciosa, que não provoca quaisquer sintomas, à exceção de valores tensionais elevados, que só se detetam através da medição da tensão arterial. Em alguns casos pode manifestar-se através de sinais como cefaleias, tonturas, dispneia, dor pré cordial, palpitações, epistaxes, ou um mal-estar vago e difuso, comuns a muita outras patologias (OMS, 2013).

Desta forma, a HTA define-se, pela medição em consultório, como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg (milímetros de mercúrio) e/ou da pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg. Devemos notar que esta classificação apenas é aplicável a adultos com 18 ou mais anos de idade, não sujeitos a terapia anti-hipertensiva e que não têm associado outro processo patológico agudo (DGS, 2013a).

Polónia *et al* (2006) apresentam algumas normas sobre a deteção e avaliação da HTA que estão de acordo com as atuais normas da DGS (2013a) e *Guidelines* de 2013 da ESH/ESC (SPH, 2014). O profissional de saúde aquando a realização da medição da tensão arterial deve seguir algumas regras. O utente deve estar sentado, num ambiente calmo, homeotérmico, sem poluição sonora ou luminosa e sem ingestão ou inalação de produtos excitantes (bebidas com cafeína, álcool, tabaco, etc.) no período imediatamente antecedente (15-30 minutos). Deve ser efetuada acima da região do sangradouro com aparelho aferido, usando uma braçadeira em que a câmara insuflável ocupe entre metade e 80% do diâmetro do braço. Há conveniência na realização de duas avaliações separadas duns minutos, pelo menos na primeira abordagem em consulta ou nas situações isoladas (situações de urgência ou inquéritos epidemiológicos), eventualmente complementadas por nova avaliação após duas a quatro semanas.

De acordo com a SPH (2014) os grupos tensionais preconizados como referência são o ótimo, o normal, o normal alto, hipertensão grau 1, hipertensão grau 2, hipertensão grau 3 e hipertensão sistólica isolada. Os valores em causa encontram-se descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Definição e classificação dos níveis de pressão arterial

Categoria	Sistólica		Diastólica
Ótima	<120	e	<80
Normal	120–129	e/ou	80–84
Normal alta	130–139	e/ou	85–89
Hipertensão de Grau 1	140–159	e/ou	90–99
Hipertensão de Grau 2	160–179	e/ou	100–109
Hipertensão de Grau 3	≥180	e/ou	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	e	<90

Fonte: SPH (2014)

Os limiares para a definição e classificação numérica devem ser considerados flexíveis, sendo mais ou menos elevados, dependendo do perfil do risco cardiovascular global de cada indivíduo.

Segundo Polónia *et al* (2006) qualquer classificação de hipertensão arterial baseia-se em valores de divisão arbitrários. Deste modo, tentar escalonar um risco contínuo só serve para homogeneizar grupos em avaliação, para hierarquizar em estratos esse risco e as atitudes terapêuticas nesses grupos.

Em relação ao risco cardiovascular global, a HTA classifica-se em quatro categorias (Tabela 2): risco baixo, risco moderado, risco alto e risco muito alto. Referimos todos a um risco a 10 anos de um episódio cardiovascular fatal ou não fatal (DGS, 2013a).

Tabela 2 - Estratificação do risco CV total em categorias

Outros fatores de risco, lesão de órgãos assintomática	Pressão Arterial (mmHg)			
	Normal alta P AS 130–139 ou PAD 85–89	HTA Grau 1 PAS 140–159 ou PAD 90–99	HTA Grau 2 PAS 160–179 ou PAD 100–109	HTA Grau 3 PAS ≥180 ou PAD ≥110
Sem fatores de risco		Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
1–2 fatores de risco	Risco baixo	Risco moderado	Risco moderado a alto	Risco alto
≥3 fatores de risco	Risco baixo a moderado	Risco moderado a alto	Risco alto	Risco alto
LOA, DRC em fase 3 ou diabetes	Risco moderado a alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto a muito alto
DCV, DRC sintomática fase ≥ 4 ou diabetes com LOA/FR	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Fonte: SPH (2014); Legenda: CV - cardiovascular; DCV - doença cardiovascular; DRC - doença renal crónica; FR - fator de risco; HTA - hipertensão; LOA - lesão de órgão; PA - pressão arterial; PAD - pressão arterial diastólica; PAS - pressão arterial sistólica.

As complicações da HTA incluem a doença vascular periférica, a insuficiência renal, a hemorragia da retina e o défice visual (cegueira), podendo afetar duas vezes mais a pessoa com diabetes *mellitus* do que a população em geral (Carvalho, 2011).

A classificação da HTA preconiza a necessidade de uma intervenção contínua na gestão e controlo da situação clínica, e na prevenção das complicações (DGS, 2013b). Desta forma os cuidados de saúde primários desempenham um papel central na gestão e controlo da HTA.

É fundamental reorientar o planeamento de estratégias de intervenção eficientes, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, para favorecer o diagnóstico precoce e tratamento

eficaz da HTA. Polónia *et al* (2006) afirmam que a deteção precoce da HTA, particularmente nos indivíduos com risco cardiovascular acrescido, a correta orientação terapêutica e a prossecução dos objetivos de controlo tensional ao longo dos anos, constituem prioridades de intervenção.

1.3. Regime Terapêutico

O principal objetivo do tratamento do doente hipertenso é obter a longo prazo a máxima redução da morbidade e mortalidade cardiovascular e renal. A concretização destes objetivos é conseguida pela redução dos valores elevados da tensão arterial e pelo tratamento dos fatores de risco modificáveis e de doenças associadas, através da adoção de medidas farmacológicas e não-farmacológicas (Polónia *et al*, 2006).

Na população hipertensa em geral, o objetivo será a redução da TA para valores inferiores a 140/90 mmHg. Nos doentes hipertensos diabéticos ou com doença renal, o objetivo será a redução da TA para valores <130/80 mmHg. Em doentes com insuficiência renal e proteinúria >1 g/dia o objetivo será a redução da TA para valores <125/75 mmHg. Dever-se-á ter em conta que a exequibilidade de se alcançarem estes valores desejáveis deverá ser adaptada a cada caso individual e que a redução da TAS <140 mmHg pode ser difícil de obter em alguns casos, particularmente em pessoas idosas (Polónia *et al*, 2006).

A maioria dos indivíduos com HTA tem outros fatores de risco que condicionam um risco cardiovascular total. Desta forma torna-se necessário o tratamento de todos os fatores de risco identificados, assim como a abordagem de outras condições clínicas associadas, para além da descida da pressão arterial. Embora a intervenção na modificação de um fator de risco seja mais eficaz nos indivíduos de risco elevado, a maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos de baixo risco, já que são estes os mais prevalentes (Pereira, 2010).

Desta forma, segundo Pereira (2010), deve ser implementada a intervenção sobre as medidas de estilo de vida a todos os indivíduos com hipertensão arterial e o uso criterioso de terapêuticas farmacológicas, a fim de maximizar o custo/benefício da abordagem da HTA. As *Guidelines* de 2013 da ESH/ESC (SPH, 2014), no seu capítulo de abordagem ao tratamento, esquematizam de forma simples estas medidas (Tabela 3).

Tabela 3 - Início de Mudanças de Estilo de Vida e Tratamento Anti-hipertensor

Outros fatores de risco, lesão assintomática de órgão ou doença	Pressão Arterial (mmHg)			
	Normal alta P AS 130–139 ou PAD 85–89	HTA Grau 1 PAS 140–159 ou PAD 90–99	HTA Grau 2 PAS 160–179 ou PAD 100–109	HTA Grau 3 PAS ≥180 ou PAD ≥110
Sem outros FR	• Sem intervenção na PA	• Mudanças de estilo de vida durante vários meses • Depois acrescentar fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida durante várias semanas • Depois acrescentar fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Acrescentar imediatamente fármacos anti-HTA para atingir <140/90
1–2 FR	• Mudanças de estilo de vida • Sem intervenção na PA	• Mudanças de estilo de vida durante várias semanas • Depois acrescentar fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida durante várias semanas • Depois acrescentar fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Acrescentar imediatamente fármacos anti-HTA para atingir <140/90
≥3 FR	• Mudanças de estilo de vida • Sem intervenção na PA	• Mudanças de estilo de vida durante várias semanas • Depois acrescentar fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Acrescentar imediatamente fármacos anti-HTA para atingir <140/90
LOA, DRC estágio 3 ou diabetes	• Mudanças de estilo de vida • Sem intervenção na PA	• Mudanças de estilo de vida • Fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Acrescentar imediatamente fármacos anti-HTA para atingir <140/90
DCV sintomática, DRC estágio ≥ 4 ou diabetes com LOA/FR	• Mudanças de estilo de vida • Sem intervenção na PA	• Mudanças de estilo de vida • Fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Acrescentar imediatamente fármacos anti-HTA para atingir <140/90

Fonte: SPH (2014); Legenda: CV - cardiovascular; DCV - doença cardiovascular; DRC - doença renal crônica; FR - fator de risco; HTA - hipertensão; LOA - lesão de órgão; PA - pressão arterial; PAD - pressão arterial diastólica; PAS - pressão arterial sistólica.

De acordo com Polónia *et al* (2006) e SPH (2014) a modificação dos estilos de vida é o primeiro passo a adotar na terapêutica não farmacológica de todas as pessoas hipertensas. Estas poderão reduzir a pressão arterial de 5 a 20 mmHg, e conseqüentemente a redução do risco cardiovascular global. A saber:

- redução do peso em indivíduos obesos ou com excesso ponderal, idealmente para valores de IMC de 18,5 a 24,9 kg/m²;
- adoção de dieta rica em frutos, vegetais e com baixo teor de gorduras saturadas;
- redução da ingestão de sal;

- atividade física, por exemplo, exercício aeróbio, como caminhar 30 min/dia, 5-7 dias/semana;
- consumo moderado de álcool com um máximo 30 mL etanol/dia nos homens e 15 mL/dia para as mulheres;
- cessação do hábito de fumar.

Nos indivíduos suscetíveis de desenvolverem HTA estas medidas podem prevenir o seu aparecimento, enquanto nos hipertensos podem baixar a TA e reduzir o número de fármacos anti hipertensores necessários para o seu controlo. Estas medidas são reconhecidas em melhorar a qualidade de vida e diminuir outros fatores de risco cardiovascular (Pereira, 2010).

Relativamente à decisão de se iniciar o tratamento farmacológico anti hipertensor só será tomada mediante o valor da TA sistólica e diastólica e o risco cardiovascular global.

Vários estudos demonstraram a redução da TA com diversas classes de fármacos utilizados na maioria das vezes em associação, reduz as complicações da HTA. A associação de um segundo fármaco de diferente classe terapêutica deverá ser empreendida perante a incapacidade de se obter o desejável controlo da TA com as doses adequadas de um único fármaco. No entanto, tal associação deve ser rodeada de determinadas precauções, sobretudo em doentes com disfunção autonómica, diabetes ou pessoas idosas, com propensão para hipotensão ortostática (Polónia *et al*, 2006).

No sentido de facilitar a adesão dos doentes à terapêutica e de obter um controlo equilibrado da TA ao longo das 24 horas, é preferível optar, sempre que possível, por formulações que, em toma única diária, assegurem uma duração de ação superior a 24 horas (Polónia *et al*, 2006).

A abordagem farmacologia é complexa uma vez que no indivíduo hipertenso a presença de outros fatores de risco ou doenças com risco aterotrombótico vai condicionar a associação de terapêuticas específicas e que demonstraram benefício na redução do risco cardiovascular. Fármacos como os anticoagulantes, antidiabéticos, β -bloqueadores, fármacos que interferem no sistema renina-angiotensina e antagonistas dos canais de cálcio são usados em situações específicas e não como prevenção primária. Já outros fármacos

como as estatinas e outros antilipídicos e antiagregantes demonstraram benefício na redução do risco cardiovascular e podem ser usados como prevenção primária (Pereira, 2010).

2. Adesão ao Regime Terapêutico na HTA

Como vimos anteriormente, apesar do progresso que se tem verificado ao longo dos últimos anos no controlo, tratamento e taxas de conhecimento da HTA, a maioria dos hipertensos (57,4%) mantém a HTA não controlada (Polónia *et al*, 2014).

Tal deve-nos fazer refletir, pois como Perdigão (2009) afirma, algo está a falhar nas estratégias de tratamento da HTA. Apesar de existirem planos de educação para a saúde no âmbito da mudança de estilos de vida e existirem agentes farmacológicos disponíveis, o seu controlo na comunidade está longe de ser o ideal.

Santos (2011) também aponta que uma das dificuldades encontradas no atendimento às pessoas hipertensas é a falta de adesão ao tratamento, pois 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tratamento e entre os que fazem, poucos têm a TA controlada. Entre 30 e 50% dos hipertensos interrompem o tratamento no primeiro ano; e 75%, depois de cinco anos.

Desta forma importa identificar o que se entende pelo conceito de adesão ao regime terapêutico, quais os fatores que lhe estão associados, as consequências da não adesão e as estratégias descritas na literatura que podem ajudar a uma melhor adesão ao regime terapêutico dos utentes com HTA.

2.1. O Conceito de Adesão

A investigação sugere que existem problemas de adesão em todas as situações em que a autoadministração do tratamento é necessária, independentemente do tipo de doença ou da sua gravidade (OMS, 2003).

A adesão ao regime terapêutico possui extrema relevância nas pessoas portadoras de doenças crónicas, constituindo a ausência da mesma um grave problema de saúde pública. O problema da adesão ao tratamento é um indicador central de avaliação da qualidade em qualquer sistema de saúde que se queira moderno e eficaz (Bugalho & Carneiro, 2004).

De acordo com Dias *et al* (2011), o regime que o doente deve seguir, muitas das vezes pode apresentar-se complexo, sendo fundamental o papel do profissional de saúde junto deste, pois a doença crónica exige uma abordagem aos diferentes níveis de prevenção e a intervenção do profissional deve dirigir-se para o controlo dos sintomas e manutenção da qualidade de vida do doente, mais do que para a cura da doença em causa.

Deste modo, podemos afirmar que a adesão ao regime terapêutico é a chave para o sucesso na prevenção e gestão de doenças crónicas, nomeadamente a hipertensão arterial, sendo a efetividade do tratamento prescrito dependente diretamente da adesão ao regime terapêutico negociado.

Whitworth *et al* (2003) referem existir adesão quando o comportamento de uma pessoa, na toma de medicação, no cumprimento de uma dieta, e/ou nas mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde.

Desta forma, o termo adesão sugere que o paciente não é um sujeito passivo e pode ser definida como “sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervençãoativa voluntária do doente, que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue” (Bugalho & Carneiro, 2004:9).

A CIPE (2011) engloba todas as dimensões do processo de adesão ao regime terapêutico na definição deste conceito afirmando que esta é uma ação auto-iniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. A adesão ao regime terapêutico engloba também a toma dos medicamentos como prescrito, a muda do comportamento para melhor, sinais de curas, procura medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.

Este conceito é definido de forma holística salientando que a adesão está frequentemente associada ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente (CIPE, 2011).

2.2. Fatores de Adesão ao Regime Terapêutico

Santos (2011) considera que existem vários fatores que exercem influência neste processo: características biológicas e socioculturais; representações da doença e do tratamento; relação com profissional de saúde-pessoa hipertensa; participação familiar; e acesso ao sistema de saúde.

A OMS (2003) agrupou os diferentes fatores que poderão afetar a adesão ao regime terapêutico em cinco grupos, enfatizando que a sua influência pode ser variável:

- Fatores *sociais e económicos* - a pobreza; um estatuto socioeconómico inferior; o analfabetismo; o desemprego; a instabilidade habitacional; o alto custo dos transportes e da medicação; a acessibilidade dos centros de tratamento; e as crenças e costumes;
- Fatores relacionados com os *profissionais e os serviços de saúde* - o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde; o sistema de distribuição de medicamentos e o seu acesso por parte do utente; os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços; os horários e duração das consultas; os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das doenças crónicas; a falta de incentivos; a incapacidade de avaliar o grau de adesão e a repercussão nos indicadores de saúde;
- Fatores relacionados com a *doença de base e as co-morbilidades* - a gravidade dos sintomas; a incapacidade física, psicológica, social e profissional; o grau de risco que a pessoa atribui à doença; o impacto que esta representa na sua vida; a presença de outras doenças concomitantes;
- Fatores relacionados com a *terapêutica prescrita* - a complexidade, a duração e a realização de alterações frequentes na medicação; a ausência imediata de melhoria dos sintomas e os efeitos secundários da medicação;
- Fatores *individuais relativos ao doente* - a ausência de informação e de conhecimento/educação dos doentes relativamente à sua doença; a diminuição da motivação e da confiança no tratamento; a ansiedade inerente às tomas de fármacos a incapacidade em manusear o esquema terapêutico; a ausência de

percepção da necessidade do tratamento; o medo de dependência ou a discriminação.

A não adesão provoca complicações no paciente e por sua vez, reduz a qualidade de vida do mesmo, desperdiça recursos de cuidados de saúde e desgasta a confiança do público nos sistemas de saúde (OMS, 2003).

2.3. Estratégias de Adesão ao Regime Terapêutico

Bugalho & Carneiro (2004) defendem que para melhorar a adesão terapêutica devem existir dois tipos de intervenções: as educacionais e as comportamentais. As educacionais são intervenções que visam a promoção do conhecimento sobre a doença e o tratamento, enquanto as comportamentais visam sobretudo incorporar na rotina diária os mecanismos de adaptação ao tratamento pretendendo facilitar a adesão.

As intervenções educacionais, promotoras de conhecimento acerca da medicação e ou doença, facultam informação oral, escrita, audiovisual e informatizada, através de programas educacionais individuais ou em grupo. O ensino pode ser de transmissão oral e escrita, sob a forma de panfletos e de filmes, entre outros métodos. É obrigatória a clareza e a objetividade da linguagem, que deve ir de encontro ao nível cultural e cognitivo do doente e ser de fácil memorização. Assim, a educação é uma medida simples e vital destinada a melhorar a adesão à medicação (Bugalho & Carneiro, 2004).

As intervenções comportamentais visam auxiliar a pessoa a integrar na prática diária mecanismos de adaptação, facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos, otimizar a comunicação e o aconselhamento, simplificar os regimes terapêuticos, envolver os doentes no tratamento, fornecer memorandos e atribuir um reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação (Bugalho & Carneiro, 2004).

Melhorar a adesão ao regime terapêutico é um processo contínuo e dinâmico em que o envolvimento e capacitação do cidadão são decisivos, sendo também uma responsabilidade dos profissionais de saúde. Intervir ao nível educacional e comportamental permite atingir o preconizado no conceito de promoção da saúde, que visa capacitar a pessoa para que atue no sentido da melhoria da qualidade de vida e aumento do nível de saúde.

Para favorecer a adesão ao regime terapêutico, é necessário que os profissionais de saúde estabeleçam com as pessoas um diálogo. Para que sejam bem-sucedidos devem usar uma linguagem clara, atender às necessidades de informação e esclarecimento, às capacidades cognitivas, crenças culturais e situação socioeconómica das pessoas. Deste modo, a relação empática é fulcral para o estabelecimento de regras e de um clima de confiança, que entendemos ser de extrema relevância para a aceitação das orientações relativas ao tratamento (Dias *et al*, 2011).

Os profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, são responsáveis por ajudar as pessoas com HTA a desenvolverem uma consciencialização facilitadora da mudança. Para isso, devem fornecer-lhes estratégias que capacitem as pessoas saudáveis e pessoas já com a doença, de habilidades de autogestão da sua situação de saúde/doença, de forma a prevenir, detetar e/ou controlar a HTA.

Segundo Santos (2011) a população mais vulnerável à HTA, necessita ampliar o conhecimento sobre os fatores de risco da hipertensão arterial, para aderir às condutas de controlo e tratamento. Tal deve ser feito através da educação para a saúde, pela capacidade que esta tem em transformar indivíduos, tornando-os mais autónomos para tomar as suas decisões sobre o próprio corpo, com base nos conhecimentos cada vez mais aprimorados sobre sua saúde, tendo a opção de adotar ou não, hábitos e atitudes saudáveis.

3. A Importância do Conhecimento

A OMS (2012) define a educação para a saúde como a combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes positivas. Esta definição visa contribuir para a operacionalização do conceito de promoção da saúde definido na Carta de *Ottawa* (OMS, 1986), como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar.

O PNS 2012/2016 salienta que o desenvolvimento da cidadania em saúde passa pelo reforço do poder e da responsabilidade do cidadão para a melhoria individual e coletiva, exigindo um investimento na promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento, aumentando a literacia para a saúde, proporcionando pró-atividade, compromisso e autocontrolo do cidadão, com a finalidade de o tornar autónomo e responsável, fomentando o empoderamento (DGS, 2012).

A OMS (1998) entende a literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar informação, de forma a promover e manter um bom estado de saúde.

De acordo com Serrão (2014), esta abordagem pressupõe a combinação de competências cognitivas e de competências sociais de comunicação, considerando que é no âmbito de um processo comunicacional bilateral que as pessoas desenvolvem a própria capacidade para usar a informação de saúde de modo eficiente, reforçando a motivação para a ação.

Cunha *et al* (2014) reforçam que a literacia para a saúde é importante para o desenvolvimento social, económico e da saúde. Cidadãos letrados em saúde são mais capazes de desenvolver comportamentos efetivamente promotores da sua saúde uma vez que compreendem com mais facilidade as informações prestadas pelos profissionais relativamente a cuidados preventivos e opções de tratamento (Serrão, 2014).

Desta forma, urge impulsionar a saúde dos portugueses, através da alteração de estilos e condições de vida, sendo essencial elevar o nível de alfabetização funcional dos

adultos e idosos, sendo também fulcral existir uma adequada literacia para a saúde (Cunha *et al*, 2014).

3.1. O papel do Enfermeiro

A educação em saúde é uma das estratégias mais importantes ao nível dos cuidados de saúde primários, contribuindo não só para a melhoria das condições gerais de saúde da população, mas desempenhando um papel crucial na relação terapêutica, na melhoria da qualidade dos cuidados, no aumento dos níveis de literacia em saúde e reduzindo custos financeiros dos serviços de saúde.

Costa *et al* (2014) afirmam que o conhecimento sobre a doença e o tratamento são variáveis que podem influenciar o controlo da hipertensão arterial e que estão intimamente relacionadas à adesão ao regime terapêutico. Estudos recentes evidenciam isso mesmo, mas reforçam ainda que o utente com HTA não deve ser apenas mero recetor de informações, devendo ser despertado para o autocuidado e mudanças no seu estilo de vida, tornando-se agentes e coprodutores do processo educativo (Moura & Nogueira, 2013).

O enfermeiro assume um papel fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença, assim como no controlo e acompanhamento do utente hipertenso. Por meio do conhecimento científico e do seu papel como educador, tem a possibilidade de instrumentalizar o portador da doença para o tratamento, melhorando sua qualidade de vida (Moura & Nogueira, 2013). Torna-se então imprescindível que o enfermeiro conheça atitudes, crenças, perceções, pensamentos e práticas desenvolvidas no quotidiano do utente para que possa incentivá-lo a uma participação ativa na adesão ao regime terapêutico (Costa *et al*, 2014).

As estratégias educacionais não devem ser individualizadas. Estas devem englobar o utente de forma holística, tornando a família parte do processo terapêutico. Costa *et al* (2014) afirmam que é preciso considerar que para intervir nos fatores de risco modificáveis é de suma importância que a equipa multidisciplinar saiba como se relacionar com o utente e com sua família, pois só através de vínculos de confiança é que será possível a aceitação de algumas mudanças nos hábitos diários.

Por outro lado, as competências e estratégias de comunicação não devem ser utilizadas à margem das características individuais, culturais e ambientais dos sujeitos. Em particular, é necessário perceber qual o nível de literacia em saúde do sujeito, a acuidade visual e/ou auditiva, o estilo cognitivo, a afetação do discurso, os aspetos linguísticos e culturais, para que a informação sobre a saúde/doença, sobre o tratamento, sobre a terapêutica seja abarcada de forma plena (Serrão, 2014).

O papel do enfermeiro é imperativo para que a partilha de conhecimentos seja eficaz e para que ambos, enfermeiro e utente hipertenso, consigam dominar o conhecimento sobre a doença, a fim de estabelecerem, juntos, condutas precisas. Como Bastos (2012) afirma, só se consciencializa o que se reconhece e só se reconhece o que se identifica como fazendo parte da condição de doença. Deste modo, o conhecimento é um fator mediador entre a atitude e a consciencialização.

O conhecimento do utente sobre a sua doença é um forte contributo para a consciencialização, permitindo a compreensão do que está a acontecer e relacionando o que este experiencia, com a progressão da condição, fazendo sentido e permitindo interpretar e discriminar situações (Bastos, 2012). Não há *empowerment* sem conhecimento, e este conhecimento não é só útil para o utente, mas também para o profissional de saúde, pois ao tomar consciência do que o utente sabe sobre a sua doença, define melhor as estratégias de educação para a saúde. Costa *et al* (2014) referem que o domínio do profissional sobre a situação de doença do utente proporciona maior segurança e interesse ao portador, o que poderá impactar positivamente sobre seu comportamento e na adesão ao tratamento.

3.2. Evidência Científica

De entre várias razões que possam influenciar a não adesão ao regime terapêutico e, nomeadamente, a falta de controlo da hipertensão arterial, uma das principais está relacionada com a falta de conhecimento sobre a doença (Viera *et al* 2008).

Viera *et al* (2008) afirmam que ao identificarmos as lacunas no conhecimento das pessoas sobre a sua doença, tal pode ajudar no desenvolvimento de estratégias adequadas para melhorar esse conhecimento. Da mesma forma, a identificação de grupos mais

propensos a ter baixos conhecimentos sobre a hipertensão arterial pode ajudar da mesma forma a definir uma estratégia mais ampla.

Barreto *et al* (2014) consideram que o fato de os indivíduos com HTA apresentarem conhecimento satisfatório sobre a doença é bastante positivo, revelando que essas pessoas têm mais acesso a informações, seja por iniciativa própria, por maior divulgação nos veículos de comunicação de massas, ou, até mesmo, por melhor atuação dos profissionais de saúde.

Oliveira *et al* (2013), no seu estudo, verificaram a eficácia da educação para a saúde na adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Observaram que as estratégias definidas pelos profissionais de saúde foram eficazes, tendo encontrado uma mudança estatisticamente significativa no consumo de legumes, na adesão à prática de atividade física, na redução do IMC e do perímetro abdominal e no controlo da tensão arterial.

Da mesma forma, Ribeiro *et al* (2015) através da revisão bibliográfica que realizaram afirmam que as estratégias de educação para a saúde aumentam os níveis de conhecimentos dos participantes sobre a hipertensão arterial e que tal influencia positivamente as crenças sobre a doença.

Estas estratégias educacionais criam oportunidades para os utentes entenderem melhor a sua doença e o regime terapêutico, assim como a evolução da doença crónica e as suas complicações. Tal influencia não só a adesão ao regime terapêutico proposto pelo profissional, mas também melhora o controlo e a gestão da doença, podendo também afetar, a longo prazo, a prevalência de condições resultantes da hipertensão não controlada, tais como o enfarte agudo do miocárdio e o AVC (Ribeiro *et al*, 2015).

De acordo com o exposto, podemos constatar que quanto maior o grau de conhecimento do paciente sobre sua doença maior o comprometimento no autocuidado e adesão ao tratamento. No entanto, como Barreto *et al* (2014) relatam, o problema da adesão é mais complexo, porque o acesso a informações sobre a hipertensão arterial não implica, necessariamente, em maior adesão às medidas de controlo e devemos estar atentos a isso mesmo.

Tal ocorre porque há incongruência entre ter informação a respeito da doença e aderir ao regime terapêutico. Assim, existe uma diferença essencial entre conhecimento e prática, ou seja, apesar de conhecerem o que deve ser feito, os pacientes, não agem em conformidade

com tal saber, pois, enquanto o conhecimento é racional, a adesão envolve um processo multifatorial influenciado por fatores emocionais, sociais, biológicos e culturais (Barreto *et al*, 2014).

Uma revisão levada a cabo pela *Cochrane* (Ribeiro *et al*, 2010) demonstrou que existem muitas categorias de intervenções que, isoladamente ou em uníssono, têm o potencial de reduzir a pressão arterial em pacientes com hipertensão. No entanto, tais estratégias não evidenciaram grandes reduções dos níveis de tensão arterial. Contudo, são recomendadas como terapia adicional, juntamente com outros tipos de intervenções.

3.3. Avaliação do Nível de Conhecimentos sobre a HTA

O *status* de conhecimento pode ser um indicador do envolvimento da pessoa no processo de transição: desconhece o tratamento; não procura informação; enquanto o oposto, a procura de informação, é um indicador de envolvimento. Desta forma, o conhecimento tem um papel fundamental, não apenas enquanto determinante no processo de gestão do regime terapêutico mas também no processo de consciencialização, no envolvimento, na construção dos significados, na interpretação da situação de forma a “fazer sentido” e por isso, é também um indicador de processo e de resultado (Bastos, 2012).

A abordagem do tema educação em saúde deve possibilitar aos envolvidos no processo o conhecimento dos limites e possibilidades de cada um, especialmente em se tratando de educação em saúde em portadores de doença crónica. Portanto, identificar quais são as dificuldades daqueles que desenvolvem educação em saúde, seja individualmente ou em grupo, ainda é um desafio (Moura & Nogueira, 2013).

Erkoc *et al* (2012) afirma que ao longo dos anos têm sido desenvolvidos instrumentos que têm sido utilizados em várias populações de forma a determinar o nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial e os seus fatores de risco. No entanto, estes são escassos e no nosso caso, não existe nenhum instrumento válido e confiável que possa ser aplicado para a população portuguesa. Estes autores não são os únicos a evidenciar a escassez deste tipo de instrumentos.

Schapira *et al* (2012) referem também que embora muitas intervenções sejam orientadas para a alterações de comportamentos dos utentes, há falta de instrumentos válidos para avaliar os conhecimentos e habilidades de autogestão dos doentes com hipertensão arterial. Estes autores, por sua vez, desenvolveram um instrumento com base no modelo integrado da gestão da doença crónica.

Tal fornece uma estrutura organizada que permite definir da melhor forma as estratégias educativas para melhorar a gestão da hipertensão arterial. Um componente chave deste modelo está relacionado com a autogestão da doença crónica, em que o paradigma é tornar os utentes participantes ativos na gestão da sua condição no dia-a-dia (Schapira *et al*, 2012).

Em suma, ao determinamos o nível de conhecimento que cada utente tem sobre a sua doença, ou até mesmo ao determinar o conhecimento da população geral, o mesmo pode permitir lançar luzes sobre futuros estudos que possam ser desenvolvidos ao nível da intervenção na educação para a saúde. Ou seja, permite redefinir melhor as estratégias de intervenção na promoção da saúde e prevenção da doença, quer a nível micro, quer a nível macro (Erkoc *et al*, 2012).

Parte II – Estudo Empírico

1. Métodos

Neste capítulo serão descritas as características da população e amostra; especificadas as variáveis em estudo; e escolhido o instrumento de recolha de dados, assegurando a sua validade, fiabilidade e adaptação cultural. São apresentadas as questões de investigação e as hipóteses em estudo. Por último, é descrito o processo de colheita de dados tendo por base as condições ético-legais requeridas e justificam-se todas as técnicas e medidas estatísticas adotadas.

1.1. Tipo de Estudo

Tendo em conta a nossa pergunta de partida (*O que sabe a população portuguesa sobre a hipertensão arterial?*) e natureza dos objetivos definidos, a investigação desenvolvida enquadra-se na investigação quantitativa de tipo descritivo-correlacional e transversal.

1.2. População e Amostra

Uma vez que pretendemos conhecer os níveis de literacia da população portuguesa sobre a HTA, interessa que a amostra tenha alguma representatividade. Por este motivo, foi desenvolvida uma parceria com o *Grupo Holon*. A escolha do *Grupo Holon* não teve apenas em consideração a disponibilidade imediata do mesmo para colaborar no estudo, mas também pelas características e princípios do mesmo.

O *Grupo Holon* é uma rede nacional de farmácias, independentes e autónomas que partilham uma mesma marca, imagem e forma de estar e ser farmácia que têm como principal objetivo otimizar a forma como as farmácias desenvolvem a sua atividade no dia-a-dia, nomeadamente o nível de serviço prestado ao utente. O *Grupo Holon* pretende assim que a farmácia deixe de ser um mero dispensador de medicamentos para se transformar no espaço de eleição da população no âmbito da promoção da saúde e bem-estar. Deseja também que

a farmácia seja dinâmica, viva, dando resposta positiva às necessidades dos utentes e da comunidade onde se insere (Holon, 2015).

Definiu-se como critérios de inclusão na amostra os participantes terem mais de 18 anos de idade. O processo de constituição da amostra foi da amostragem por conveniência, tendo sido solicitados para participar no estudo, voluntariamente, todos aqueles que cumpriam o critério de inclusão, tendo ou não o diagnóstico de HTA.

1.3. Definição das Variáveis

As variáveis consideradas no presente estudo derivam das hipóteses em estudo. Deste modo, consideram-se como variável central do nosso estudo o nível de conhecimento sobre a HTA. De acordo com o papel que exerce nesta investigação, o nível de conhecimento sobre a HTA é a variável dependente e as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, grau de ensino, situação profissional e situação familiar), as características do perfil de saúde dos participantes (conhecimento do diagnóstico e história familiar de HTA) e o nível de literacia em saúde são as variáveis independentes.

1.4. Instrumento de Colheita de Dados

No processo de investigação definido para este trabalho foi decidido utilizar um inquérito por questionário como instrumento de recolha de dados para alcançar o objetivo a que este estudo se propõe. Considerados como um meio prático e eficiente de avaliação das características, condições ou expectativas das populações ou grupos de indivíduos, os questionários são frequentemente utilizados como base para estudos de investigação.

No entanto, como todas as técnicas de colheita de dados, o questionário também apresenta diversas vantagens e desvantagens. Das vantagens enumeradas por Marconi & Lakatos (2003:201-202) destacamos as seguintes: "a) economiza tempo, viagens e obtém grande número de dados; b) obtém respostas mais rápidas e precisas; c) há mais segurança devido ao anonimato das respostas; d) há mais tempo para responder e a uma hora mais

favorável". E como desvantagens: "a) há grande número de perguntas sem resposta; b) impossibilidade de esclarecer dúvidas e reformular perguntas; c) o desconhecimento das circunstâncias em que foram preenchidos, tornando difícil o controle e a verificação; d) nem sempre é o escolhido quem responde ao questionário, invalidando, portanto, as questões".

O questionário aplicado está dividido em três partes, apresentadas na Tabela 4:

Tabela 4 – Estrutura do Questionário

		Instrumento/Variáveis	Questões
1	Avaliação do Nível de Conhecimentos sobre a HTA	<i>Hypertension Evaluation of Lifestyle and Management Knowledge Scale - PT</i>	1 - 17
2	Avaliação do Nível de Literacia em Saúde	<i>Newest Vital Sign - PT</i>	I - VI
3	Caracterização da Amostra	Dados Sociodemográficos Perfil de Saúde	a) - i)

O questionário desenvolvido é de autopreenchimento, não pressupondo esclarecimentos adicionais. No entanto, foram considerados os participantes cujo grau de ensino se enquadrava nos que não sabiam ler nem escrever. Deste modo, foi solicitado aos profissionais de saúde do *Grupo Holon* para ler as instruções e questões aos participantes em voz alta e os mesmos transmitiam ao profissional de saúde as respostas que consideravam corretas.

Seguidamente passamos à apresentação de forma mais detalhada, de cada uma das partes que constituem o questionário.

1.4.1. Avaliação do Nível de Conhecimentos sobre a HTA

Uma vez que em Portugal não existe nenhum instrumento/escala válida que permita avaliar o conhecimento sobre a HTA, houve a necessidade de realizar uma pesquisa bibliográfica de forma a encontrar um instrumento que nos permita atingir os objetivos definidos. Da revisão bibliográfica realizada através das bases de dados científicas *Scielo*,

B-on e Ebscohost, foi selecionado o *Hypertension Evaluation of Lifestyle and Management Knowledge Scale* (HELM-KS).

O HELM-KS foi desenvolvido por Schapira *et al* (2012) no âmbito de um estudo maior que tinha como objetivo avaliar as estratégias educacionais que permitem melhorar a gestão da doença crónica em pacientes com HTA.

Schapira *et al* (2012) apresentam o HELM-KS como uma escala de 14 itens que avalia o conhecimento da HTA, sendo um instrumento válido e com conteúdo relevante que pode ser utilizado para a melhorar a gestão desta doença crónica (Anexo I). Estruturalmente o HELM-KS está dividido em três domínios:

- *Conhecimento Geral sobre a HTA*

Os pacientes devem ter uma compreensão básica da definição de hipertensão arterial, dos seus sintomas e das suas complicações;

- *Estilos de vida e Gestão Terapêutica*

Os pacientes devem ter uma compreensão básica do papel do exercício, do peso e da dieta no controle da tensão arterial, bem como a relação entre estilo de vida e a gestão terapêutica;

- *Monitorização e Estabelecimento de Metas*

Os pacientes devem ter conhecimento dos objetivos do tratamento e de como realizar a monitorização dos parâmetros de forma a atingir as metas definidas.

Na Tabela 5 apresentamos as características de cada domínio e o conteúdo de cada item do instrumento apresentado no artigo de Schapira *et al* (2012).

Tabela 5 - Estrutura do HELM-KS

Domínio	Item	Conteúdo	Tipo de Pergunta
Conhecimento Geral sobre a HTA	1	Definição de HTA	V/F
	2	Sintomas da HTA	V/F
	3	Complicações da HTA	E.M.
Estilos de Vida e Gestão Terapêutica	4	Comportamentos Saudáveis e Níveis de TA	E.M.
	5	Exercício Físico e Terapêutica	E.M.
	6	Como tomar Medicação.	E.M.
	7	Fontes de Consumo de Sal	V/F
	8	Calorias em Bebidas	V/F
	9	Estilos de Vida e Controlo da TA	E.M.
	10	Dieta DASH	E.M.
Monitorização e Estabelecimento de Metas	11	Exercício e Níveis de TA	E.M.
	12	Variações esperadas nas Leituras da TA	E.M.
	13	Monitorização em Casa	E.M.
	14	Objetivos das leituras da TA Máxima/Mínima	E.M.

Legenda:HTA – Hipertensão arterial; TA – Tensão Arterial; DASH - Abordagem Alimentar Contra a Hipertensão; V/F – Verdadeiro/Falso; E.M. – Escolha Múltipla

Adaptado de Schapira *et al* (2012)

Schapira *et al* (2012) consideram que a metodologia utilizada para definir a construção do conhecimento sobre a HTA é o que dá maior validade e consistência a este instrumento, fazendo do mesmo uma ferramenta essencial para o uso em pacientes com o diagnóstico de HTA, tendo em vista a participação ativa dos pacientes na gestão da sua doença. No entanto, consideram que este não é um instrumento perfeito e que o mesmo é algo extenso e com algumas questões de elevado grau de dificuldade.

Contudo, tais limites são vistos também como um ponto positivo, afirmando que a extensão da escala reflete o âmbito da construção que se pretende medir e que o grau de dificuldade de alguns itens oferece a oportunidade para a discriminação entre os paciente com diferentes níveis de conhecimento hipertensão, aumentando a utilidade da escala para diversos os ambientes clínicos e de pesquisa (Schapira *et al*, 2012).

Foram estas as principais razões que nos levaram a optar pela escolha deste instrumento.

Adaptação Cultural do HELM-KS

Antes de realizar a adaptação cultural do HELM-KS para a versão portuguesa foi necessário solicitar às autoras do instrumento a autorização para uso do mesmo (Anexo II). O pedido de autorização foi realizado pelo orientador do estudo e no próprio dia obtivemos feedback positivo das autoras que nos facultaram o endereço eletrônico onde poderíamos encontrar a versão original do HELM-KS (Anexo III).

Esta versão era ligeiramente diferente da escala apresentada no artigo de Schapira *et al* (2012). Em vez de uma escala com os 14 itens, foi-nos facultada uma escala que possuía 17 e a estrutura de apresentação era relativamente diferente.

No entanto, foram seguidas as instruções das autoras do HELM-KS e foi a versão facultada que foi adaptada e validada para a versão portuguesa. Na Tabela 6 apresentamos a estrutura do questionário com os 17 itens. A ordem dos itens está de acordo com o domínio a que a cada um pertence, uma vez que nesta versão não foram colocados por ordem de domínio. As três questões adicionais foram colocadas nos domínios que nos pareceram ser os mais adequados de acordo com o seu conteúdo.

Tabela 6 - Estrutura da Versão Original do HELM-KS

Domínio	Item	Conteúdo	Tipo de Pergunta
Conhecimento Geral sobre a HTA	1	Definição de HTA	V/F
	2	Sintomas da HTA	V/F
	12	Complicações da HTA	E.M.
Estilos de Vida e Gestão Terapêutica	3	Exercício Físico e Terapêutica	V/F
	4*	<i>Gestão Terapêutica</i>	V/F
	5	Fontes de Consumo de Sal	V/F
	6	Calorias em Bebidas	V/F
	8	Comportamentos Saudáveis e Níveis de TA	E.M.
	11	Estilos de Vida e Controlo da TA	E.M.
	14	Como tomar Medicação.	E.M.
	16	Dieta DASH	E.M.
Monitorização e Estabelecimento de Metas	7	Variações esperadas nas Leituras da TA	E.M.
	9*	<i>Relação da HTA com a idade</i>	E.M.
	10	Objetivos das leituras da TA Máxima/Mínima	E.M.
	13*	<i>Relação da TA com a idade e comorbilidade</i>	E.M.
	15	Monitorização em Casa	E.M.

Legenda: HTA – Hipertensão arterial; TA – Tensão Arterial; DASH - Abordagem Alimentar Contra a Hipertensão; V/F – Verdadeiro/Falso; E.M. – Escolha Múltipla; *Itens que não fazem parte do HELM no artigo de Schapira *et al* (2012)

Adaptado de Schapira *et al* (2012)

A tradução de um instrumento de medida para uma outra língua exige diferentes níveis de equivalências, quer de natureza lexical (linguagem) quer cultural. A versão portuguesa do HELM foi desenvolvida através de um procedimento de tradução-retroversão, em conformidade com as recomendações para a tradução de questionários propostas pelo *Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust* (2002), tendo a mesma sido desenvolvida pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).

Dois tradutores, nativos da língua portuguesa, com elevado nível de fluência na língua inglesa, traduziram de forma independente e integral a versão original do HELM-KS que estava em inglês dos EUA.

Ambas as traduções foram analisadas no seio de um primeiro painel de consenso, tendo sido obtida uma versão preliminar. Esta versão preliminar foi sujeita a retroversão cega para a língua inglesa por um especialista bilingue independente.

Foram analisadas e tratadas todas as inconsistências entre a versão inglesa obtida e a versão original por um segundo painel de consenso, para assim garantir a obtenção de um instrumento compreensível e conceitualmente consistente com o original. Embora garantindo a consistência com o instrumento original, algumas expressões ou frases foram ligeiramente alteradas de forma a poderem ser compreendidas na íntegra pela população portuguesa. Tais alterações foram autorizadas pelas autoras do estudo. Deste modo, obtivemos assim a versão final da versão portuguesa do HELM-KS (Anexo IV).

Foi realizado um pré-teste da versão preliminar da versão portuguesa do HELM-KS a um grupo piloto de dez indivíduos com o objetivo de identificar eventuais dificuldades de interpretação decorrentes da tradução. Após o preenchimento, os respondentes foram questionados acerca de cada um dos itens (i.e. se sentiram dificuldade na compreensão de algum item).

1.4.2. Avaliação do Nível de Literacia em Saúde

O nível de literacia em saúde foi avaliado recorrendo à versão portuguesa do *Newest Vital Sign*¹ (NVS-PT). Este instrumento recorre a um rótulo nutricional de um gelado e a um conjunto de seis questões que permitirem avaliar a literacia e numeracia dos participantes. A principal vantagem deste teste é a sua facilidade e rapidez de administração, cerca de três a seis minutos (Weiss *et al*, 2005).

Durante a aplicação do teste é dada ao inquirido uma cópia do rótulo nutricional, que deverá ser consultado ao longo de toda a avaliação. É atribuído 1 ponto por cada resposta correta e 0 pontos por cada resposta errada. Os participantes que respondam de forma correta a 0-1 questões apresentam 50% ou mais de probabilidade de literacia limitada (*Nível de Literacia Inadequada*); 2-3 questões corretas indicam possibilidade de uma limitada literacia

¹ Os direitos de autor das versões original e em Português do teste NVS são propriedade da *Pfizer Inc.* e as mesmas só podem ser utilizadas com sua permissão. Como tal, o pedido, a autorização e a versão do NVS utilizada no nosso estudo encontram-se no Anexo V.

(Nível de *Literacia Marginal*); 4-6 questões corretas demonstram níveis elevados de literacia (*Nível de Literacia Adequada*) (Weiss *et al*, 2005).

O uso de um rótulo para avaliar literacia em saúde é bastante atraente, uma vez que rótulos nutricionais são itens familiares importantes na manutenção da saúde e essenciais para o controlo de diversas doenças crónicas (Weiss *et al*, 2005; Osborn *et al*, 2007). Para além do mais, a capacidade que um indivíduo tem para ler ou analisar qualquer tipo de rótulo nutricional requer as mesmas competências analíticas e conceptuais que são necessárias para compreender e cumprir algumas instruções médicas. Estas competências constituem a literacia em saúde e incluem a compreensão e aplicação de palavras, números e formulários.

Schapira *et al* (2012), no seu artigo original também avaliaram o nível de literacia em saúde dos seus participantes. No entanto, o instrumento utilizado foi o *Rapid Assessment of Adult Health Literacy in Medicine* (REALM). Contudo, a nossa escolha residiu pelo NVS, uma vez que este instrumento tem a vantagem de não ser apenas um teste de conhecimentos de palavras e sim abranger funções cognitivas mais complexas associadas à leitura e compreensão e à capacidade de resolver problemas básicos (Osborn *et al*, 2007).

O NVS-PT utilizado teve por base o estudo de adaptação e validação desta escala realizado por Martins & Andrade (2014). Segundo estas autoras, o NVS-PT revelou ser um instrumento adequado como medida do conceito de literacia em saúde na população portuguesa. O valor satisfatório do coeficiente de alfa de *Cronbach* para as duas subescalas e para a escala total, bem como dos coeficientes item-total para os seis itens, confirmou a consistência interna das subescalas do NVS-PT, com correlação entre os seus itens.

Martins & Andrade (2014) compararam ainda os dados obtidos no seu estudo com os resultados de Weiss *et al* (2005) em que foi obtido um coeficiente de alfa de *Cronbach* igual a 0,76 e 0,69 respetivamente para a versão original em língua inglesa e para a versão em espanhol (administrada a nativos de língua inglesa e nativos de língua espanhola, ao nível dos cuidados de saúde primários), os resultados foram semelhantes, tendo obtido 0.67 para a subescala 1 e 0.83 para a subescala 2.

Os níveis aceitáveis de coerência interna do NVS-PT sugerem a sua utilidade na monitorização da literacia em saúde ao longo do tempo, quer na avaliação do nível basal quer na avaliação de resultados de estratégias de intervenção.

Apesar de existirem outros instrumentos de avaliação da literacia em saúde, a maioria requer um tempo significativo para a sua administração e análise. O NVS foi construído para possibilitar uma administração simples e fácil e poder assim ser usado por si só, ou acoplado a outras medidas de saúde, como parte de um protocolo padrão de avaliação de saúde ao nível dos cuidados de saúde primários ou como medida de suporte de um plano de promoção da saúde (Martins & Andrade, 2014).

1.4.3. Caracterização da Amostra

Relativamente as características sociodemográficas foram consideradas a idade, o género, o grau de ensino, a situação familiar e a situação profissional. Por sua vez, de forma a caracterizar o perfil de saúde dos participantes interessou-nos saber se os mesmos tinham conhecimento do diagnóstico de HTA (*Já algum profissional de saúde lhe disse que tinha hipertensão arterial?*) e há quanto tempo tinham o diagnóstico; e, se tinham história familiar de hipertensão arterial (*Tem história familiar de Hipertensão Arterial?*). É possível consultar a última parte do questionário aplicado no Anexo VI.

1.5. Processo de Colheita de Dados

Estabelecida a parceria com o *Grupo Holon* (Anexo VII) foram definidas datas para a aplicação do questionário. Este foi enviado para a sede do *Grupo Holon* no dia 8 de Junho de 2015 e divulgado por todas as farmácias no dia 11 de Junho (Anexo VIII). O período de aplicação estava planeado para ser de 15 a 19 de Junho. No entanto, por questões de agenda e disponibilidade das farmácias este prazo foi alargado, tendo terminado o período de recolha de dados apenas no dia 8 de Julho.

Contando já com alguns imprevistos, durante o período de 15 a 23 de Junho, todas as farmácias do grupo, num total de 302, foram contactadas telefonicamente. Deste modo, foi possível entrar em contato com 216 e explicar mais pormenorizadamente as razões do estudo e agradecer a possível colaboração no mesmo. As restantes farmácias não atenderam a chamada.

Inicialmente foi solicitado um número mínimo de 15 questionários por farmácia. No entanto, não era esperado que todas as farmácias conseguissem atingir este objetivo, pois se o mesmo fosse cumprido iríamos ter mais de 4000 participantes no nosso estudo.

Estávamos conscientes de que esta não seria uma tarefa fácil para as farmácias e para os seus profissionais de saúde pois, para além de todo o trabalho diário, tinham mais esta tarefa adicional. Por estes motivos, aquando os contatos telefónicos as farmácias foram alertadas que caso não conseguissem atingir o objetivo mínimo de participantes não haveria qualquer problema, uma vez que iríamos considerar todos os participantes.

Terminada a fase de aplicação do questionário, os mesmos foram recolhidos na sede do *Grupo Holon* no dia 13 de Julho de 2015. As farmácias tinham a opção de enviar o questionário quer por correio, quer pelos prestadores de serviços do *Grupo Holon*.

Não saberíamos ao certo o número de participantes que iríamos obter com a parceria estabelecida e com as instruções que foram definidas. No entanto, podemos desde já adiantar que o resultado desta parceria foi mais positivo do que o esperado, tendo a amostra sido constituída por um total de 791 participantes com o instrumento de recolha de dados válido.

1.6. Hipóteses

Como vimos anteriormente, o presente projeto de investigação procura dar resposta à seguinte questão: “*O que sabe a população portuguesa sobre a hipertensão arterial?*” Ou seja, pretendemos conhecer o nível de conhecimentos da população portuguesa sobre a hipertensão arterial.

Desta forma, para atingir o objetivo precisamos de validar e adaptar culturalmente um instrumento que nos permita avaliar o nível de conhecimentos da população portuguesa sobre a HTA. Com base na revisão da literatura, com a adaptação cultural e validação do HELM-KS e de acordo com os objetivos específicos pretendemos compreender as relações entre as variáveis em estudo. Sendo assim formulamos as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1 – Relação entre o nível de conhecimento sobre a HTA e a Idade;
- Hipótese 2 – Relação entre o nível de conhecimento sobre a HTA e o Género;
- Hipótese 3 – Relação entre o nível de conhecimento sobre a HTA e o Grau de Ensino;

- Hipótese 4 – Relação entre o nível de conhecimento sobre a HTA e a Situação Profissional;
- Hipótese 5 – Relação entre o nível de conhecimento sobre a HTA e a Situação Familiar;
- Hipótese 6 – Relação entre o nível de conhecimento sobre a HTA e o Conhecimento do Diagnóstico;
- Hipótese 7 – Relação entre o nível de conhecimento sobre a HTA e o número de anos de diagnóstico de HTA;
- Hipótese 8 – Relação entre o nível de conhecimento sobre a HTA e a História Familiar de HTA;
- Hipótese 9 – Relação entre o nível de conhecimento sobre a HTA e os Níveis de Literacia em Saúde;

1.7. Análise Estatística

Com o intuito de responder às questões de investigação e alcançar os objetivos propostos, para a interpretação dos resultados obtidos, utilizou-se a análise descritiva e inferencial.

Após recolher a informação através da aplicação do questionário, os dados obtidos foram transcritos para o Microsoft Office Excel versão 2013 e posteriormente foram tratados e analisados através do programa de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) na versão 23.0 para o Microsoft Windows.

Como medidas de estatística descritiva foram calculadas as medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (desvio padrão). Os dados de caracterização da amostra foram apresentados em quadros contendo as distribuições de frequências absolutas (N) e percentuais (%).

A distribuição normal é uma das mais importantes distribuições de probabilidades da estatística e grande quantidade de métodos estatísticos supõe que seus dados provêm de uma distribuição normal, permitindo que seja utilizada a maioria das técnicas de inferência estatística, por exemplo: a estimação e os testes de hipóteses (Lopes *et al*, 2013).

Para a verificação da normalidade realizámos os testes de *Kolmogorov-Smirnov* (K-S) e de *Shapiro-Wilk* (S-W).

De acordo com Lopes *et al* (2013), os testes K-S e S-W fornecem o parâmetro valor de prova (valor-p), que pode ser interpretado como a medida do grau de concordância entre os dados e a hipótese nula (H0), sendo H0 correspondente à distribuição normal. Quanto menor for o valor-p, menor é a consistência entre os dados e a hipótese nula. Então, a regra de decisão adotada para saber se a distribuição é normal ou não é rejeitar H0: se valor-p $\alpha \leq$, rejeita-se H0, ou seja, não se pode admitir que o conjunto de dados em questão tenha distribuição Normal; se valor-p $\alpha >$, não se rejeita H0, ou seja, a distribuição Normal é uma distribuição possível para o conjunto de dados em questão. O nível de significância considerado foi de 0,01.

De acordo com os resultados obtidos da aplicação dos testes de normalidade, as respostas às hipóteses de investigação formuladas foram obtidas através da análise inferencial pelos testes não-paramétricos: coeficiente de correlação de *Spearman* (r); teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes (diferença de médias entre dois grupos); teste de *Kruskal-Wallis* para comparação de três ou mais grupos independentes. Nas tabelas de apresentação dos resultados são apresentados os níveis de significância utilizados.

1.7.1. Validação do HELM-KS

A metodologia utilizada para a validação do HELM-KS por Schapira *et al* (2012) teve em conta a fiabilidade e validade da escala. Deste modo e de acordo com os resultados obtidos, optámos por adotar, sempre que possível, a mesma metodologia.

Segundo é possível constar, a técnica utilizada por Schapira *et al* (2012) para avaliar a fiabilidade do instrumento teve por base a técnica do teste-reteste. As autoras aplicaram o mesmo instrumento 12 meses depois à mesma população para verificar se as intervenções específicas realizadas estavam a ser mais eficazes do que o grupo que mantinha o mesmo esquema educacional.

Schapira *et al* (2012) realizaram a correlação de *Pearson* com os níveis de educação, níveis de literacia em saúde, autoeficácia, ativação do paciente e controlo da tensão arterial.

Deste modo, realizamos a correlação de *Spearman* com a idade, grau de ensino e com o nível de literacia em saúde dos participantes.

Esquemáticamente, Schapira *et al* (2012) apresentam a percentagem de respostas corretas por cada questão do HELM-KS e determinam a correlação item-total para cada um dos itens do questionário e, por este motivo, apresentaremos da mesma forma os resultados obtidos, comparando-os com os obtidos por Schapira *et al* (2012).

Relativamente à correlação item-total Ferketich (1991) recomenda que esta deve variar entre 0,30 e 0,70 para uma boa escala. No entanto, a correlação item-total inferior a 0,20 por vezes pode adicionar variância confiável para uma escala. Na prática, os itens com valor de correlação item-total negativo lutam para exibir realmente boas características psicométricas e muitas vezes encontram-se na faixa de correlação item-total corrigido de 0,20-0,40. Um valor de correlação inferior a 0,2 ou de 0,3 indica que o item correspondente não se correlaciona muito bem com a escala global e, assim, pode ser descartado (Field 2005).

Devemos ter em conta que Schapira *et al* (2012) excluem os itens que apresentaram um valor fraco ou negativo de correlação item-total. No entanto, não são apresentados os valores de correlação dos itens que são excluídos. Todos os resultados de correlação item-total do estudo são apresentados nos resultados, comparando-os com os do estudo de Schapira *et al* (2012).

Devemos ter em conta que a validade total de um instrumento de colheita de dados é obtida pela validade de *conteúdo*, de *critério* e de *construto* e quanto mais evidências se obtiver de cada uma, maior a certeza de que se está a medir o que se pretende medir, o que no nosso caso é o nível de conhecimentos da população sobre a HTA (Martins, 2006).

Quando apresentamos as razões da escolha do instrumento de colheita de dados foram destacadas algumas das características que levam Schapira *et al* (2012) a considerar o HELM-KS um instrumento válido e com conteúdo relevante que pode ser utilizado para a melhorar a gestão da HTA.

Seguindo os critérios de validade apresentados por Martins (2006), podemos afirmar que o HELM-KS apresenta *validade aparente* e de *conteúdo*, uma vez o instrumento mede o que se pretende medir – nível de conhecimento sobre HTA – dado que Schapira *et al*

(2012) para a construção do instrumento de colheita de dados basearam-se em diversas escalas já existentes, e estruturaram o mesmo segundo o modelo de gestão de doença crónica.

1.8. Considerações Éticas

A ética é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. Na realização de qualquer estudo de investigação, deve-se sempre ter em conta a interligação das questões relacionadas com os princípios éticos. Segundo Nunes (2013) é importante que o investigador se guie pelos seis princípios delineados pelo *International Council of Nurses* (ICN):

- Beneficência - «fazer o bem» para o próprio participante e para a sociedade;
- Avaliação da Maleficência, sob o princípio de «não causar dano»;
- Fidelidade – o princípio de «estabelecer confiança» entre o investigador e os participantes do estudo ou sujeito de investigação;
- Justiça – o princípio de «proceder com equidade» e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro;
- Veracidade – seguindo o princípio ético de «dizer a verdade», informando sobre os riscos e benefícios. Associa-se ao consentimento livre e esclarecido;
- Confidencialidade – o princípio de «salvaguardar» a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo. Distingue-se do anonimato.

Ao longo de todo o estudo foram tidos em conta estes princípios, quer durante o desenvolvimento do questionário, quer nos procedimentos para a sua aplicação e no tratamento de todos os resultados obtidos.

Deste modo, foram realizados todos os pedidos formais para a utilização dos instrumentos de recolha de dados (HELM-KS e NVS); formalizada a parceria com o *Grupo Holon*; respeitada e garantidos os direitos dos participantes assim como a confidencialidade e o anonimato das respostas e agradecida toda a colaboração na participação no estudo.

2. Apresentação dos Resultados

Neste capítulo, serão apresentados os resultados da análise da amostra, tendo por base os dados recolhidos com a aplicação do questionário. Primeiramente iremos caracterizar a amostra. Seguidamente, analisamos os níveis de literacia em saúde através dos resultados da aplicação do NVS. Noutro subcapítulo é realizada a análise e validação do HELM-KS e, por último, são apresentados os resultados das hipóteses em estudo.

2.1. Caraterização da Amostra

As 302 farmácias do *Grupo Holon* encontram-se distribuídas por 18 distritos, segundo a informação obtida no *site* do Grupo aquando a realização do presente estudo. Na Tabela 7 encontramos: o número total de farmácias do *Grupo Holon* existentes em cada um dos distritos; o número total de farmácias que participaram no estudo; e, o número de participantes do estudo por distrito.

Tabela 7 - Farmácias e Participantes no Estudo por Distrito.

Distrito	FT (N)	FT (%)	FE (N)	FE (%)	PE (N)	PE (%)
Aveiro	5	1,66	3	4,62	26	3,29
Beja	16	5,30	3	4,62	34	4,30
Braga	2	0,66	0	0	0	0
Castelo Branco	10	3,31	4	6,15	42	5,31
Coimbra	12	3,97	1	1,54	13	1,64
Évora	9	2,98	1	1,54	12	1,52
Faro	24	7,95	1	1,54	4	0,51
Guarda	8	2,65	-	-	-	-
Leiria	14	4,64	5	7,69	64	8,09
Lisboa	67	22,19	23	35,38	293	37,04
Portalegre	16	5,30	2	3,08	25	3,16
Porto	12	3,97	6	9,23	70	8,85
R.A. da Madeira	23	7,62	-	-	-	-
R.A. dos Açores	13	4,30	-	-	-	-
Santarém	18	5,96	2	3,08	14	1,77
Setúbal	38	12,58	13	20	184	23,26
Vila Real	1	0,33	-	-	-	-
Viseu	14	4,64	1	1,54	10	1,26
TOTAL	302	100	65	100	791	100

Legenda: R.A. – Região Autónoma; FT – n.º farmácias total; FE – n.º farmácias do estudo; PE – n.º participantes no estudo.

Das 302 farmácias do *Grupo Holon* colaboraram no estudo 65. O maior número de farmácias que participou no estudo, assim como o maior número de participantes, pertencem aos distritos de Lisboa (23 farmácias; 293 participantes) e Setúbal (13 farmácias; 184 participantes). Não foram obtidos resultados nos distritos de Braga, Guarda, Vila Real e Regiões Autónomas da Madeira e Açores.

No total, foram obtidos 791 questionários válidos, tendo sido excluídos os questionários que não tinham qualquer resposta e que, simultaneamente, não apresentavam informações sociodemográficas e características dos perfis de saúde dos participantes.

Uma outra forma de perceber a dispersão geográfica da nossa amostra é através da análise por região de acordo com a NUTS (2015) - Tabela 8. O maior número de farmácias e participantes que participou no estudo é da região de Lisboa e Vale do Tejo, com um total de 36 (55,38%) e 477 (60,3%), respetivamente.

Na região Centro colaboraram um total de 16 farmácias com 160 participantes. Nas regiões do Norte e Alentejo participaram o mesmo número de farmácias, seis, e obtivemos 80 participantes no Alentejo e 70 no Norte.² A região com menor número de participantes foi o Algarve, com quatro, onde apenas uma farmácia colaborou no estudo.

Tabela 8 - Farmácias e Participantes no Estudo de acordo com a NUTS

Região	FE	% FE	PE	% PE
Norte	6	9,23	70	8,85
Centro	16	24,62	160	20,23
Lisboa e Vale do Tejo	36	55,38	477	60,30
Alentejo*	6	9,23	80	10,11
Algarve	1	1,54	4	0,51
TOTAL	65	100	791	100

Legenda: **FE** – n.º farmácias do estudo; **PE** – n.º participantes do estudo.

2.1.1. Fatores Sociodemográficos e Perfil de Saúde

Os resultados apresentados de seguida são representativos dos fatores sociodemográficos e do perfil de saúde dos participantes.

² As farmácias do distrito de Santarém que participaram no estudo, uma pertence a Chamusca - integrada na região estatística do Alentejo e na sub-região estatística da Lezíria do Tejo; e a outra pertence a Abrantes - integrada na região estatística da região Centro e na sub-região do Médio Tejo.

Tabela 9 – Dados Estatísticos das Características da Amostra

			(N)	(%)
Fatores Sociodemográficos	Idade	<35 anos	251	31,7
		35-65 anos	429	54,2
		> 65 anos	111	14,0
		<i>Média ± dp</i>	46,30 ±16,34	
		<i>Min - Max</i>	18 - 90	
		<i>Mediana - Moda</i>	45 - 24	
	Género	Feminino	504	63,7
		Masculino	287	36,3
	Grau de Ensino	Sem Escola Primária	27	3,4
		Ensino Básico	183	23,1
Ensino Médio		241	30,5	
Ensino Superior		336	42,5	
Situação Profissional	Ativo(a)	506	64,0	
	Reformado(a)	153	19,3	
	Desempregado(a)	60	7,6	
	Estudante	36	4,6	
	Doméstico(a)	13	1,6	
Situação Familiar	Casado(a)	467	59,0	
	Não-casado(a)	320	40,5	
Perfil de Saúde	Conhecimento do Diagnóstico	Sim	216	27,3
		0-4 anos	62	28,7
		4-12 anos	92	42,6
		>12 anos	42	19,4
		Sem Resposta	20	9,3
		Não	574	72,6
	Sem Resposta	1	0,1	
	História Familiar de HTA	Sim	492	62,2
		Não	290	36,7
		Sem Resposta	9	1,1

Através da análise da Tabela 9, relativamente à idade, o grupo etário entre os 35-65 anos de idade é o mais representativo com 429 participantes (54,2%), enquanto os participantes com menos de 35 anos de idade são 251 (31,7%) e os com mais de 65 anos são os menos representativos com apenas 111 participantes (14%). A média etária situa-se nos 46 anos, com um desvio padrão de 16 anos. A idade mais prevalente entre todos os participantes foi 24 anos de idade (Moda). O participante mais novo tinha 18 anos de idade e o mais velho 90.

De acordo com os testes de normalidade realizados (*Kolmogorov-Smirnov* - KS e *Shapiro-Wilk* - SW) foi possível compreender que a variável idade não segue uma distribuição normal (rejeita-se a hipótese nula), uma vez que KS <0,001, SW <0,001.

Em relação aos restantes fatores sociodemográficos, podemos observar que a amostra é maioritariamente do sexo feminino (63,7%). No que respeita ao Grau de Ensino, a maioria dos participantes frequentou o Ensino Superior (42,5%) e apenas 3,4 % não frequentou a Escola Primária. A maioria dos participantes está ativo profissionalmente (64%) e 19,3% estão reformados. A maioria dos participantes é casada (59%).

Apenas 27,3% dos participantes afirmam que um profissional de saúde lhes disse que tinham HTA. Destes, 19,4% afirmam ter o diagnóstico há mais de 12 anos e apenas 28,7% dos participantes tem o diagnóstico há menos de quatro anos.

Relativamente à história familiar de HTA apenas 36,7% dos participantes afirmam não ter nenhum familiar com o diagnóstico.

2.1.2. Nível de Literacia em Saúde – *Newest Vital Sign*

Da aplicação do NVS interessa observar o número de respostas certas por participante, de forma a determinar o nível de literacia em saúde dos participantes em estudo.

Tabela 10 – Respostas Corretas do NVS por Participante e Nível de Literacia em Saúde

Respostas Certas do NVS	Participantes		Nível de Literacia em Saúde
	(N)	(%)	
0	105	13,3	Inadequada 19,8%
1	52	6,6	
2	72	9,1	Marginal 18,3%
3	73	9,2	
4	102	12,9	Adequada 61,8%
5	174	22,0	
6	213	26,9	

Apenas 213 dos 791 participantes acertaram em todas as questões do NVS, o que corresponde a 26,9%; por outro lado, 105 dos participantes não soube responder a nenhuma das questões apresentadas após a análise do rótulo.

De acordo com Weiss *et al* (2005), os participantes que responderam de forma correta a 0-1 questões apresentam 50% ou mais de probabilidade de literacia limitada (*Inadequada*); 2-3 questões corretas indicam possibilidade de uma limitada literacia (*Marginal*); 4 ou mais questões corretas demonstram níveis elevados de literacia em saúde (*Adequada*). Deste modo, verifica-se que 19,8% dos inquiridos (157 participantes) regista entre 0 e 1 respostas corretas (*Inadequada*); 18,3% nível de literacia *Marginal*; sendo que a maioria dos inquiridos (61,8%) apresenta entre 4 a 6 respostas corretas, ou seja, demonstram níveis elevados de literacia em saúde.

2.2. *Hypertension Evaluation of Lifestyle and Management Knowledge Scale* (HELM-KS)

Na análise do HELM-KS iremos apresentar os resultados da validação do questionário de acordo com a metodologia utilizada no estudo de Schapira *et al* (2012), determinando a correlação item-total para cada um dos itens. Importa também observar as frequências relativas e absolutas do número de respostas corretas resultante da aplicação do HELM-KS e comparar os nossos resultados com os de Schapira *et al* (2012).

Tabela 11 – Percentagem de Respostas Corretas e Correlação Item-Total do HELM-KS

Domínio	Item	Conteúdo	PRC	RC (%)	RC* (%)	CIT	CIT*
Conhecimento Geral sobre a HTA	1	Definição de HTA	587	74	88	0,06	0,22
	2	Sintomas da HTA	481	61	74	0,26	0,27
	12	Complicações da HTA	458	58	36	0,32	0,17
Estilos de Vida e Gestão Terapêutica	3	Exercício Físico e Terapêutica	728	92	89	0,25	0,20
	4*	Gestão Terapêutica	339	43	-	0,03	-
	5	Fontes de Consumo de Sal	341	43	59	0,18	0,24
	6	Calorias em Bebidas	78	10	25	-0,07	0,13
	8	Comportamentos Saudáveis e Níveis de TA	315	40	50	0,05	0,06
	11	Estilos de Vida e Controlo da TA	400	51	50	0,19	0,16
	14	Como tomar Medicação.	445	56	44	0,29	0,21
	16	Dieta DASH	355	45	88	-0,06	0,09
	17	Exercício e Níveis de TA	551	70	52	0,08	0,09
Monitorização e Estabelecimento de Metas	7	Variações esperadas nas Leituras da TA	600	76	83	0,26	0,17
	9*	Relação da HTA com a idade	239	30	-	0,02	-
	10	Objetivos das leituras da TA Máxima/Mínima	532	67	69	0,17	0,14
	13*	Relação da TA com a idade e comorbilidade	285	36	-	0,11	-
	15	Monitorização em Casa	367	46	63	0,19	0,12

Notas: A tabela apresentada tem em conta a versão original do HELM-KS que foi adaptada para a versão portuguesa.

Legenda: HTA – Hipertensão arterial; TA – Tensão Arterial; DASH - Abordagem Alimentar Contra a Hipertensão; PRC – Número de Participantes com Resposta Correcta (N=791); RC (%) – Percentagem de Respostas Corretas; CIT - Correlação Item-Total

*Valores obtidos no estudo de Schapira *et al* (2012)

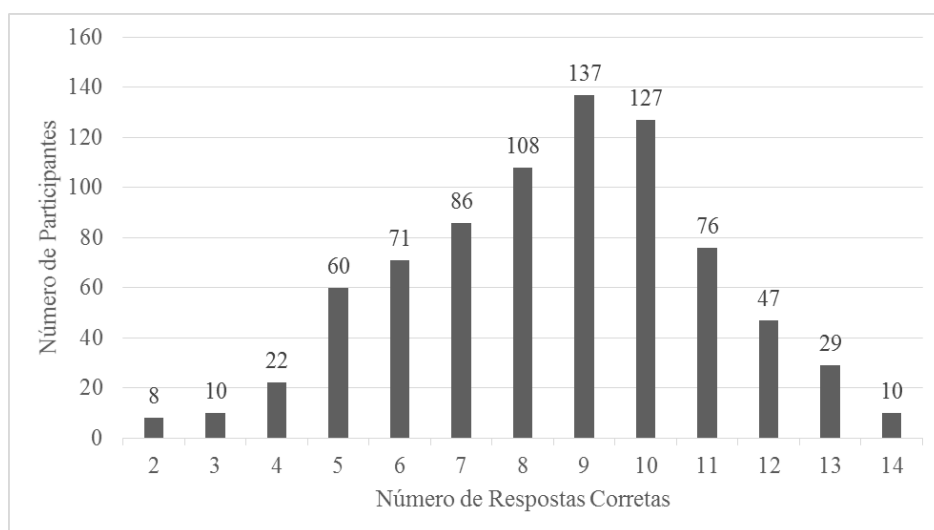
Analisando a Tabela 11, compreendemos que a questão que suscitou menos dúvidas foi a questão 3 (exercício físico e terapêutica), o que correspondeu a uma percentagem de respostas corretas na ordem dos 92%. Por outro lado, a questão 6 (calorias em bebidas) foi a que obteve os piores resultados, onde apenas 10% dos participantes (78) acertaram.

As questões 9 e 13 (relação da HTA com a idade; relação da TA com a idade e comorbilidade) foram também as questões onde os participantes sentiram mais dificuldades, tendo obtido apenas uma percentagem de respostas certas de 30 e 36%, respetivamente.

Apenas nas questões 1, 2, 7, 10, 11, 12, 14 e 17 mais de metade dos participantes acertou na resposta. Ou seja, dos 17 itens do questionário, 9 foram respondidos de forma positiva, se considerarmos como positivo uma percentagem superior a 50%.

Relativamente à correlação item-total obtivemos duas questões com valores negativos, nomeadamente a questão 6 (-0,07) e a questão 16 (-0,06). Os valores positivos obtidos na correlação item-total variam entre 0,02 (questão 9) e 0,32 (questão 12). Temos ainda dois itens cujo valor foi igual ou inferior a 0,06. Consideramos estes valores tendo em conta a metodologia adotada por Schapira *et al* (2012), e os mesmos correspondem às questões 4 (0,03) e 8 (0,05).

Gráfico 1 – Número de Respostas Corretas do HELM-KS por Participante



Média	8,53
DP	±2,45
Mediana	9
Moda	9
Mínimo	2
Máximo	14

O número mínimo de respostas corretas por participante foi de duas, apenas oito deles atingiram esta meta. No entanto, os participantes que acertaram mais questões não foram

além das 14 respostas, atingidas por 10 participantes; ou seja, ninguém obteve o total de 17 respostas corretas. O maior número de participantes (137) acertou em 9 questões, o que vai de encontro com os valores da moda (9), mediana (9) e média de respostas certas que ronda os 8,53, com um desvio padrão de $\pm 2,45$.

De acordo com os testes de normalidade realizados (*Kolmogorov-Smirnov* - KS e *Shapiro-Wilk* - SW) foi possível compreender que a variável nível de conhecimento sobre a HTA (HELM-KS) não segue uma distribuição normal (rejeita-se a hipótese nula), uma vez que $KS < 0,001$, $SW < 0,001$.

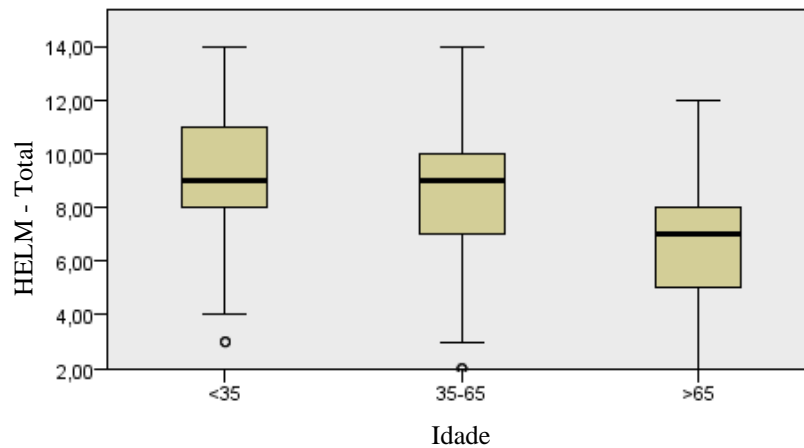
2.3. Estudo das Hipóteses

2.3.1. Hipótese 1 – Relação entre o Nível de Conhecimento sobre a HTA e a Idade

Tabela 12 - Verificação da Hipótese 1

Hipótese Nula		Teste		Sig.
Não existe diferença entre o nível de conhecimento sobre a HTA, avaliada através do HELM-KS, segundo o fator sociodemográfico da idade.		<i>Independent-Samples Kruskal-Wallis Test</i>		0,000
<i>As significâncias assintóticas são apresentadas. O nível de significância é de 0,05.</i>				
Idade	N	\bar{X}	$\pm dp$	M
<35 anos	251	9,37	2,18	9
35-65 anos	429	8,54	2,37	9
>65 anos	111	6,57	2,21	7

Figura 1 – Box-Plot da Hipótese 1



Analisando a Tabela 12 e a Figura 1, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de conhecimento sobre a HTA e a idade dos participantes no estudo ($p=0,000$). Os participantes com menos de 35 anos apresentam o maior nível de conhecimentos sobre a HTA de acordo com os resultados obtidos no HELM-KS tendo obtido uma média de respostas corretas de $9,37 \pm 2,18$. Por outro lado, os participantes com idade superior a 65 anos apresentam os piores resultados com uma média de $6,57 \pm 2,21$. Desta forma, podemos afirmar que o nível de conhecimentos sobre a HTA é inversamente proporcional à idade dos participantes em estudo.

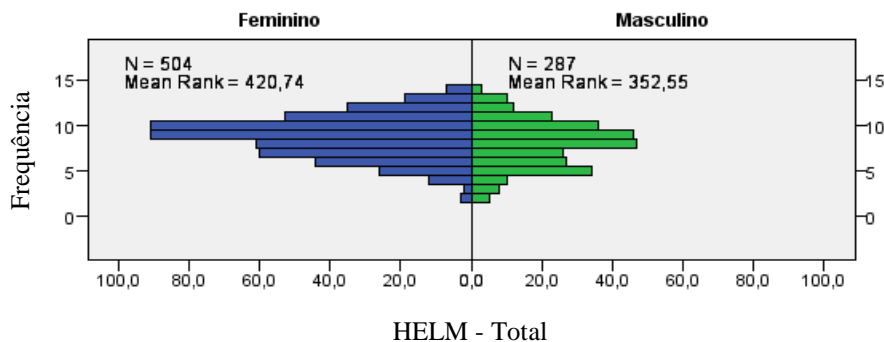
Decisão: Rejeita-se a hipótese nula.

2.3.2. Hipótese 2 – Relação entre o Nível de Conhecimento sobre a HTA e o Género

Tabela 13 – Verificação da Hipótese 2

Hipótese Nula		Teste			Sig.
Não existe diferença entre o nível de conhecimento sobre a HTA, avaliada através do HELM-KS, segundo o fator sociodemográfico do género.		<i>Independent-Samples Mann-Whitney U Test</i>			0,000
<i>As significâncias assintóticas são apresentadas. O nível de significância é de 0,05.</i>					
Género	N	\bar{X}	$\pm dp$	M	
Masculino	287	8,04	2,60	8	
Feminino	504	8,81	2,32	9	

Figura 2 – Histograma da Hipótese 2



Analisando a Tabela 13 e a Figura 2, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de conhecimento sobre a HTA e o género dos participantes no estudo ($p=0,000$). As mulheres apresentam um maior nível de conhecimentos sobre a HTA de acordo com os resultados obtidos no HELM-KS tendo obtido uma mediana de respostas corretas de 9 e uma média de $8,81 \pm 2,18$. Por outro lado, os homens apresentam uma mediana de 8 e uma média de $8,04 \pm 2,21$.

Decisão: Rejeita-se a hipótese nula.

2.3.3. Hipótese 3 – Relação entre o Nível de Conhecimento sobre a HTA e o Grau de Ensino

Tabela 14 -Verificação da Hipótese 3

Hipótese Nula		Teste		
Não existe diferença entre o nível de conhecimento sobre a HTA, avaliada através do HELM-KS, segundo o fator sociodemográfico do grau de ensino.		Correlação de Spearman.		
**. A correlação é significativa no nível 0,01 (Bilateral).				
<i>Ró de Spearman</i>	HELM-KS (Total)	<i>Coeficiente de Correlação</i>	1,000	,345**
		<i>Sig. (Bilateral)</i>	.	,000
		N	791	787
	Grau de Ensino	<i>Coeficiente de Correlação</i>	,345**	1,000
		<i>Sig. (Bilateral)</i>	,000	.
		N	787	787

Quando analisamos a Tabela 14, verificamos que existe relação estatisticamente significativa entre o nível de conhecimento sobre a HTA e o grau de ensino dos participantes em estudo, segundo a correlação de Spearman $r=0,345$, $p<0,001$. Segundo Dancey & Reidy (2006) a correlação é positiva linear e fraca, o que nos indica que o nível conhecimentos é proporcional ao grau de ensino.

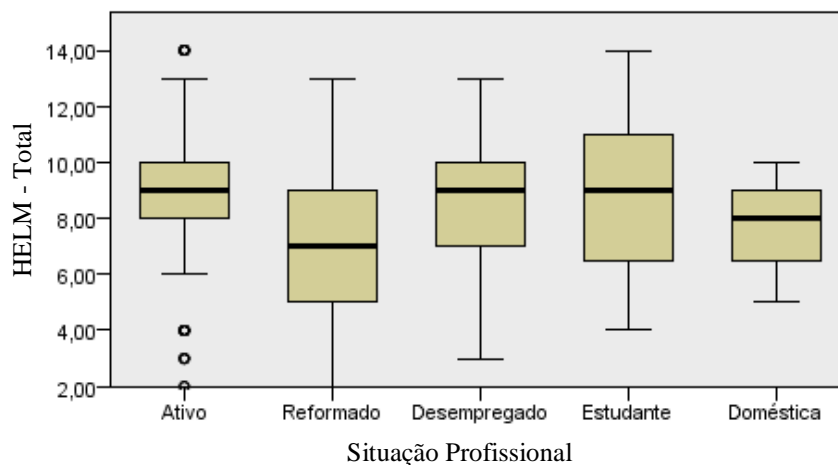
Decisão: Rejeita-se a hipótese nula.

2.3.4. Hipótese 4 – Relação entre o Nível de Conhecimento sobre a HTA e a Situação Profissional

Tabela 15 - Verificação da Hipótese 4

Hipótese Nula		Teste			Sig.
Não existe diferença entre o nível de conhecimento sobre a HTA, avaliada através do HELM-KS, segundo o fator sociodemográfico da situação profissional.		<i>Independent-Samples Kruskal-Wallis Test</i>			0,000
<i>As significâncias assintóticas são apresentadas. O nível de significância é de 0,05.</i>					
Situação Profissional	N	\bar{X}	$\pm dp$	M	
Ativo	506	8,97	2,30	9	
Reformado	153	7,07	2,45	7	
Desempregado	60	8,53	2,40	9	
Estudante	36	9,11	2,84	9	
Doméstica	13	7,69	1,44	8	

Figura 3 – Box-Plot da Hipótese 4



Analisando a Tabela 15 e a Figura 3, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de conhecimento sobre a HTA e a situação profissional dos participantes no estudo ($p=0,000$). Os estudantes apresentam os melhores resultados no HELM-KS com uma média de respostas corretas de $9,11 \pm 2,84$, seguidos dos

que estão ativos ($8,97 \pm 2,30$) e dos desempregados ($8,53 \pm 2,40$). Os que comparativamente apresentam piores resultados são os reformados ($7,07 \pm 2,45$).

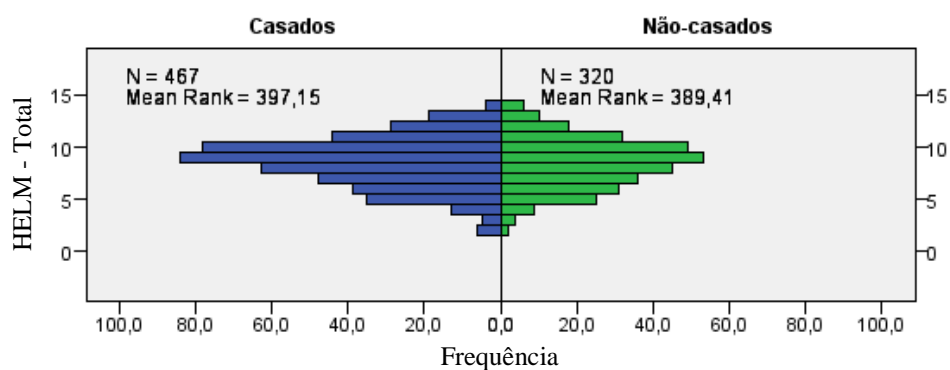
Decisão: Rejeita-se a hipótese nula.

2.3.5. Hipótese 5 – Relação entre o Nível de Conhecimento sobre a HTA e a Situação Familiar

Tabela 16 - Verificação da Hipótese 5

Hipótese Nula		Teste		Sig.
Não existe diferença o nível de conhecimento sobre a HTA, avaliada através do HELM-KS, segundo o fator sociodemográfico da situação familiar.		<i>Independent-Samples Kruskal-Wallis Test</i>		0,636
<i>As significâncias assintóticas são apresentadas. O nível de significância é de 0,05.</i>				
Situação Familiar	N	\bar{X}	$\pm dp$	M
Casados	467	8,56	2,45	9
Não-Casados	324	8,48	2,46	9

Figura 4 – Histograma da Hipótese 5



Analisando a Tabela 16 e a Figura 4, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de conhecimento sobre a HTA e a situação familiar dos participantes no estudo ($p=0,636$). Os casados e os não-casados apresentam uma diferença de médias pouco significativas relativamente ao número de respostas corretas obtidas no HELM-KS, tendo os casados obtido $8,56 \pm 2,45$ e os não-casados $8,48 \pm 2,46$.

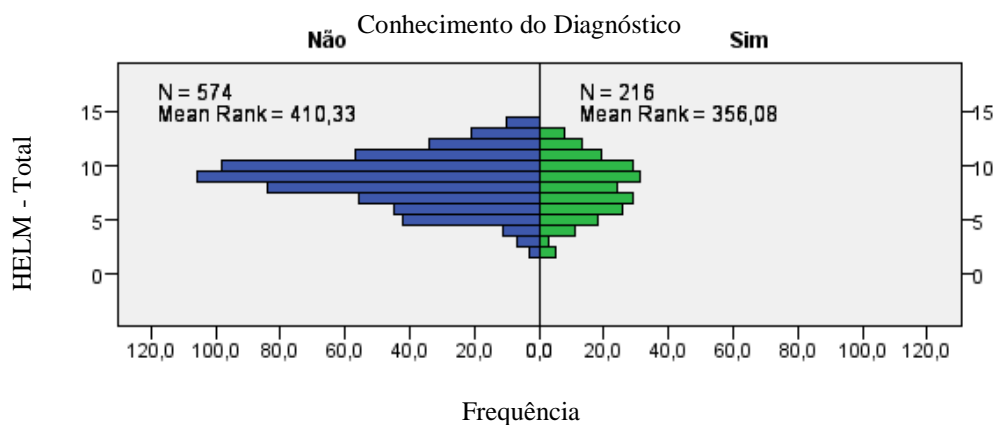
Decisão: Não se pode rejeitar hipótese nula.

2.3.6. Hipótese 6 – Relação entre o Nível de Conhecimento sobre a HTA e o Conhecimento do Diagnóstico

Tabela 17 - Verificação da Hipótese 6

Hipótese Nula		Teste			Sig.
Não existe diferença entre o nível de conhecimento sobre a HTA, avaliada através do HELM-KS, e o conhecimento do diagnóstico.		<i>Independent-Samples Mann-Whitney U Test</i>			0,003
<i>As significâncias assintóticas são apresentadas. O nível de significância é de 0,05.</i>					
Conhecimento do Diagnóstico	N	\bar{X}	$\pm dp$	M	
Sim	216	8,06	2,60	8	
Não	574	8,71	2,37	9	

Figura 5 - Histograma da Hipótese 6



Analisando a Tabela 17 e a Figura 5, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de conhecimento sobre a HTA e o conhecimento do diagnóstico dos participantes no estudo ($p=0,003$). Os participantes que afirmam não ter diagnóstico de HTA apresentam um maior nível de conhecimentos sobre a HTA de acordo com os resultados obtidos no HELM-KS tendo obtido uma mediana de

respostas corretas de 9 e uma média de $8,71 \pm 2,37$. Por outro lado, os que afirmam ter o diagnóstico apresentam uma mediana de 8 e uma média de $8,06 \pm 2,60$.

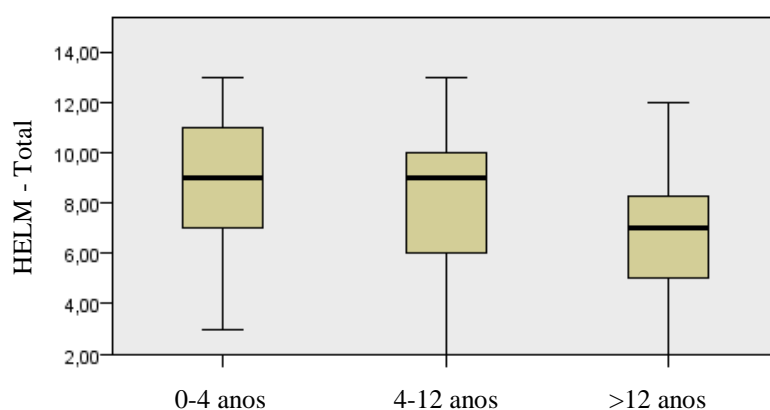
Decisão: Rejeita-se a hipótese nula.

2.3.7. Hipótese 7 – Relação entre o Nível de Conhecimento sobre a HTA e o número de anos de diagnóstico de HTA

Tabela 18 – Verificação da Hipótese 7

Hipótese Nula		Teste	Sig.
Não existe diferença entre o nível de conhecimento sobre a HTA, avaliada através do HELM-KS, e o número de anos de diagnóstico de HTA.		<i>Independent-Samples Kruskal-Wallis Test</i>	0,001
<i>As significâncias assintóticas são apresentadas. O nível de significância é de 0,05.</i>			
Número de Anos de Diagnóstico de HTA	N	\bar{X}	$\pm dp$
0-4 anos	62	8,73	2,64
4-12 anos	92	8,38	2,32
>12 anos	42	6,83	2,53

Figura 6 - Box-Plot da Hipótese 7



Analisando a Tabela 18 e a Figura 6, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de conhecimento sobre a HTA e o número de anos de diagnóstico de HTA dos participantes no estudo ($p=0,001$). Os participantes que afirmam ter o diagnóstico há mais de 12 anos apresentam piores resultados no HELM-KS

com uma média de respostas corretas de $6,83 \pm 2,53$. Por sua vez, os que afirmam ter o diagnóstico entre 0 a 4 anos apresentam uma média de respostas corretas de $8,73 \pm 2,64$.

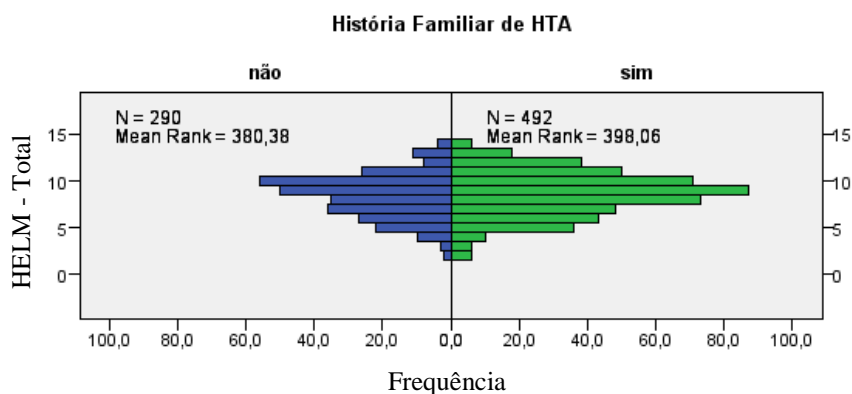
Decisão: Rejeita-se a hipótese nula.

2.3.8. Hipótese 8 – Relação entre o Nível de Conhecimento sobre a HTA e a História Familiar de HTA

Tabela 19 -Verificação da Hipótese 8

Hipótese Nula		Teste		Sig.
Não existe diferença entre o nível de conhecimento sobre a HTA, avaliada através do HELM-KS, e a História Familiar de HTA.		<i>Independent-Samples Mann-Whitney U Test</i>		0,287
<i>As significâncias assintóticas são apresentadas. O nível de significância é de 0,05.</i>				
História Familiar de HTA	N	\bar{X}	$\pm dp$	M
Sim	492	8,63	2,46	9
Não	290	8,44	2,39	9

Figura 7 - Histograma da Hipótese 8



Analisando a Tabela 19 e a Figura 7, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de conhecimento sobre a HTA e a história familiar de HTA dos participantes no estudo ($p=0,287$). Os participantes que afirmam ter história familiar de HTA apresentam uma diferença de médias pouco significativas

relativamente aos participantes que não têm história familiar de HTA, nomeadamente, $8,63 \pm 2,46$ e $8,44 \pm 2,39$, apresentando o mesmo valor de mediana (9).

Decisão: Não se pode rejeitar hipótese nula.

2.3.9. Hipótese 9 – Relação entre o Nível de Conhecimento sobre a HTA e o nível de literacia em saúde

Tabela 20 -Verificação da Hipótese 9

Hipótese Nula		Teste		
Não existe diferença entre o nível de conhecimento sobre a HTA, avaliada através do HELM-KS e o nível de literacia em saúde avaliada através do NVS.		Correlação de Spearman.		
**. A correlação é significativa no nível 0,01 (Bilateral).				
<i>Ró de Spearman</i>	HELM-KS (Total)	<i>Coefficiente de Correlação</i>	1,000	,425**
		<i>Sig. (Bilateral)</i>	.	,000
		N	791	791
	NVS (Total)	<i>Coefficiente de Correlação</i>	,425**	1,000
		<i>Sig. (Bilateral)</i>	,000	.
		N	791	791

Quando analisamos a Tabela 20, verificamos que existe relação estatisticamente significativa entre o nível de conhecimento sobre a HTA e o nível de literacia em saúde dos participantes em estudo, segundo a correlação de Spearman $r=0,425$, $p<0,001$. Segundo Dancey & Reidy (2006) a correlação é positiva linear e moderada, o que nos indica que o nível de conhecimentos sobre a HTA é proporcional ao nível de literacia em saúde.

Decisão: Rejeita-se a hipótese nula.

3. Discussão de Resultados

Após a apresentação e análise dos dados, ir-se-á proceder à apreciação crítica dos resultados apresentados anteriormente, fazendo uma apreciação global do estudo, de modo a destacar os resultados mais significativos, tendo por base o problema em estudo, a fundamentação teórica, os objetivos propostos e outros estudos de relevante pertinência, posteriormente encontrados.

Como verificamos, a idade média dos participantes é de aproximadamente 46 anos de idade (± 16), sendo a faixa etária dos 35-65 anos a mais representativa. Um maior número de mulheres participou no estudo (63,7%) e 42,5% dos participantes frequentou o Ensino Superior. 64% dos inquiridos estão profissionalmente ativos e são maioritariamente casados (59%). Relativamente ao perfil de saúde dos utentes foi estudado o conhecimento do diagnóstico, o número de anos de evolução e a história familiar de hipertensão arterial. A este nível, apenas 27,3% dos participantes afirmam que o diagnóstico foi feito por um profissional de saúde; a maioria tem o diagnóstico há mais de quatro anos e há menos de 12 (42,6%); por sua vez, 62,2% dos inquiridos tem história familiar. No que diz respeito ao nível de literacia em saúde dos participantes, 61,8% demonstraram níveis adequados.

No processo de adaptação cultural do HELM-KS houve necessidade de consultar as autoras do artigo original relativamente a duas questões.

A primeira foi relativamente aos conceitos de “*systolic*” e “*diastolic*” utilizados logo na primeira questão (*A person is considered to have hypertension if either their systolic blood pressure is 140 or higher or their diastolic is 90 or higher on two separate occasions*). Após revisão clínica, houve a sugestão de alterar estes termos por “máxima” e “mínima”, pois são conceitos com os quais os portugueses estão mais familiarizados.

A segunda estava relacionada com o conceito de “*regular cola*” utilizado na questão 6 (*There are about as many calories in 12 ounces of regular orange juice as there are in 12 ounces of regular cola*). De forma a não haver confusão com o termo “cola”, principalmente junto dos participantes de idade mais avançada, foi feita a sugestão de alterar o termo para “*soda*”, o que corresponde a “refrigerante”.

As autoras concordaram com as alterações sugeridas e aparentemente os participantes no pré-teste não apresentaram quaisquer dificuldades de interpretação.

No entanto, após a análise dos resultados obtidos, consideramos que algumas questões possam ter induzido os participantes em erro, nomeadamente no que diz respeito à questão 16.

Na versão original é apresentada a seguinte questão: *Which one of the following changes to your diet is most likely to lower blood pressure? A) Eat more fruits, vegetables, whole grains and low fat dairy products. B) Eliminate spicy foods. C) Drink one glass of red wine daily. D) Drink herbal tea instead of coffee.* Na versão portuguesa temos: *Qual das alterações à alimentação irá mais provavelmente fazer baixar a tensão arterial: A) Comer mais frutas, legumes, cereais integrais e lacticínios magros; B) Eliminar alimentos muito condimentados; C) Beber diariamente um copo de vinho tinto; D) Beber chás de ervas em vez de café.*

O nosso foco está na opção B). Consideramos, que esta opção possa ter induzido em erro alguns participantes. De fato, o conceito “*spicy*” está relacionado com condimentos. No entanto, no sentido que é apresentado no artigo original, refere-se a comidas picantes e não a alimentos muito condimentados, como foi traduzido para a versão portuguesa. Tal conceito pode ter induzido alguns participantes em erro, uma vez que comumente está associado à ingestão de sal. Numa análise mais criteriosa fomos comparar o número de participantes que respondeu em cada uma das opções: A - 355 (44,9%); B - 307 (38,8%); C - 19 (2,4%); D – 101 (12,8%); Sem Resposta – 9 (1,1%). Estes dados confirmam as nossas afirmações.

No processo de validação do HELM-KS utilizamos a mesma metodologia que as autoras do questionário original.

De acordo com os resultados obtidos, pudemos observar que a questão onde houve menos dúvidas foi a 3, tendo obtido um total de 92% de respostas corretas. No estudo de Schapira *et al* (2012) foi esta a questão que também obteve melhores resultados: 89%.

A questão 3 está relacionada com o exercício físico e com a gestão terapêutica, tendo sido apresentada como uma questão de verdadeiro ou falso: “*As pessoas com hipertensão não precisam de tomar medicamentos se fizerem exercício físico regularmente*” – Falso (Opção Correta). Tal percentagem de respostas corretas é bastante positivo, uma vez que revela um ótimo nível de conhecimentos sobre esta temática.

Tal fato é um indicador bastante positivo, uma vez que revela que há um conhecimento geral positivo sobre eficácia da atividade física na promoção da saúde e na gestão da doença. Domingues *et al* (2015) afirmam que o exercício é uma medida conhecida de prevenção primária da HTA e na realidade os indivíduos ativos são considerados mais protegidos da doença cardiovascular. No entanto, apesar desse conhecimento, há também uma maior consciência de que a toma da medicação é essencial no processo de gestão da doença crónica.

Os piores resultados, em ambos os estudos, foi na questão 6. Apenas 10% dos nossos participantes acertaram nesta questão, enquanto no estudo original foi de 25%.

A questão 6 está relacionada com as calorias nas bebidas, tendo sido apresentada como uma questão de verdadeiro ou falso: “*1 copo de sumo natural de laranja tem aproximadamente as mesmas calorias que 1 copo de refrigerante normal*” – Verdadeiro (Opção Correta). Podemos entender esta dificuldade como um défice de conhecimento ao nível do conceito das calorias nas bebidas açucaradas.

Dados de um estudo recente, estimam que 133 mil pessoas tenham morrido em todo o mundo devido a diabetes, 45 mil a patologias cardiovasculares e 6.450 a cancros associados ao consumo deste tipo de bebidas. Os autores do estudo referem ainda que no total, a proporção de jovens adultos que sofrem de doenças crónicas, atribuídas ao consumo destas bebidas, mostrou ser maior do que a dos adultos mais velhos (Singh, G. *et al*, 2015). Tendo em conta as características da nossa população e os resultados obtidos estes dados devem-nos fazer repensar nas estratégias de educação para a saúde que necessitam de ser melhoradas ao nível da alimentação saudável.

No domínio da monitorização e estabelecimento de metas, duas das questões foram excluídas na versão de Schapira *et al* (2012). Tais questões (9 e 13) foram as que os participantes do estudo evidenciaram algumas dificuldades, tendo obtido uma percentagem de respostas certas de 30 e 36%, respetivamente. Estas questões, são mais complexas, uma vez que relacionam os valores de definição da HTA com a idade e com as co-morbilidades. Este grau de exigência pode explicar as dificuldades dos nossos participantes e os resultados obtidos.

Como observamos na apresentação dos resultados, dos 17 itens do questionário, apenas 9 foram respondidos de forma positiva (%>50). Tais resultados são indicadores do

grau de dificuldade elevado do questionário. Apesar de Schapira *et al* (2012) referir tal evidência como um limite no seu estudo, afirma que tal grau de dificuldade possibilita fazer a diferença dos níveis de avaliação de conhecimentos da hipertensão arterial dos participantes, o que aumenta a utilidade da escala.

No entanto, este grau de dificuldade deve-nos fazer refletir à luz das características da nossa amostra, quando analisamos o número de respostas certas por cada participante. Apesar de 42,5% dos participantes ter frequentado o Ensino Superior e 61,8% demonstrarem níveis de literacia em saúde adequados, nenhum dos 791 participantes no estudo conseguiu acertar em todas as questões do questionário. O número máximo de respostas corretas foi de 14 (10 participantes) e o número mínimo de respostas certas por participante foi de duas (8 participantes).

A média das respostas corretas foi de 8,56 com um desvio padrão de $\pm 2,45$. Comparando os nossos resultados com o estudo de Schapira *et al* (2012), podemos observar que foram semelhantes à média obtida aquando a primeira aplicação: $8,7 \pm 2,2$.

Relativamente aos valores de correlação item-total, obtivemos duas questões com valores negativos, nomeadamente a questão 6 (-0,07) e a questão 16 (-0,06). Os valores positivos obtidos na correlação item-total variam entre 0,02 (questão 9) e 0,32 (questão 12). Uma vez que consideramos a metodologia adotada por Schapira *et al* (2012), devemos referir que temos ainda dois itens cujo valor foi igual ou inferior a 0,06 que correspondem às questões 4 (0,03) e 8 (0,05).

Schapira *et al* (2012) excluíram os itens negativos e os que apresentavam correlação item-total baixo. Contudo, não sabemos quais os critérios utilizados para tomar tais decisões, uma vez que os valores de correlação item-total do seu estudo variam entre 0,06 e 0,27. De qualquer forma, segundo Schapira *et al* (2012) tais resultados indicam uma associação positiva entre o conhecimento dos itens individualmente e o conhecimento do constructo no seu todo como instrumento de gestão da hipertensão arterial.

Seguidamente vamos analisar as hipóteses em estudo, comparando, sempre que possível, os resultados com outros estudos semelhantes.

Na primeira hipótese quisemos compreender se existe relação entre o nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial e a idade dos participantes do estudo. De acordo com os dados obtidos verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas

($p=0,000$), tendo sido possível observar que o nível de conhecimentos sobre a hipertensão arterial é inversamente proporcional à idade dos participantes. Os participantes com menos de 35 anos tiveram uma média de respostas corretas de $9,37\pm 2,18$; entre os 35-65 anos os resultados foram de $8,54\pm 2,37$ e os participantes com mais de 65 tiveram resultados abaixo da média, $6,57\pm 2,21$. Os resultados positivos da faixa etária mais jovem podem estar relacionados com o grau de ensino e com os níveis de literacia em saúde dos participantes.

Por sua vez, a idade média dos participantes é de $46,3 \pm 16,3$. Comparando estes dados com o estudo de Schapira *et al* (2012) verificamos que a média das idades é bastante inferior: $68,2\pm 10,1$. Talvez por este motivo as autoras não apresentam qualquer relação com esta variável.

Deste modo, comparámos os resultados com o estudo de Sanne *et al* (2008). Neste, foi observado que os idosos têm menores níveis de conhecimentos sobre a hipertensão arterial do que os adultos mais jovens, dando suporte à relação encontrada. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Prior (2001).

Na segunda hipótese estudámos a relação entre os níveis de conhecimento sobre a HTA e o género. Verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$) e que as mulheres têm um maior nível de conhecimentos sobre a HTA do que os homens ($8,81\pm 2,18$ vs $8,04\pm 2,21$). Estudos recentes demonstram que as mulheres têm uma maior preocupação com sua saúde, apresentando maior tendência a utilizar os serviços de saúde e ao autocuidado. Motter *et al* (2015) constaram ainda que existe uma maior prevalência do conhecimento sobre a hipertensão arterial no sexo feminino.

A percentagem de participantes mulheres foi relativamente superior à dos homens (63,7%). No entanto, no estudo de Schapira *et al* (2012) os resultados foram contrários, tendo uma prevalência bastante acentuada de participantes do sexo masculino (87%). As autoras não apresentaram qualquer resultado sobre a relação entre o nível de conhecimentos dos participantes e o género.

No estudo da terceira hipótese verificámos que existe relação estatisticamente significativa entre o nível de conhecimento sobre a HTA e o grau de ensino, segundo a correlação de Spearman $r=0,345$, $p<0,001$. Igual relação foi encontrada no estudo de Schapira *et al* (2012), segundo a correlação de Pearson $r=0,28$, $p<0,001$.

A escolaridade está diretamente associada a um maior conhecimento sobre a hipertensão, uma vez que influencia no grau de compreensão das informações e favorece a interação do utente com o profissional de saúde durante a consulta médica, no que diz respeito às suas necessidades em saúde (Motter *et al*, 2015; Viera *et al*, 2008; Sanne *et al*, 2008).

Por outro lado, Bastos (2012) afirma que embora o conhecimento sobre a doença e sobre o regime terapêutico tenha relação com o nível educacional, não é condição necessária para o mesmo. No seu estudo comprovou que os utentes analfabetos também conseguem compreender e transmitir a informação mais relevante. No entanto, não saber ler nem escrever dificulta a aquisição e manutenção do conhecimento, exigindo outro tipo de estratégias como conhecer as caixas dos medicamentos, fixar os nomes por nomes similares mais fáceis, colocar diferentes medicamentos em locais diferentes, etc.

Ao analisar a hipótese quatro, observámos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de conhecimento sobre a HTA e a situação profissional ($p=0,000$). Os estudantes, os desempregados e os participantes ativos têm um nível de conhecimento acima da média. Por sua vez, os reformados e as domésticas apresentam resultados algo inferiores à média, $7,07\pm 2,45$ e $7,69\pm 1,44$, respetivamente. No estudo de Schapira *et al* (2012) não foram apresentados quaisquer resultados sobre esta relação uma vez que todos os participantes do estudo faziam parte de uma comunidade de veteranos.

Não encontramos dados na literatura que suportassem os resultados obtidos. Tal pode estar relacionado com a escassez de estudos no âmbito desta temática, mas também pelo fato de a maioria dos estudos apresentarem participantes em idade não ativa e com o diagnóstico de hipertensão arterial.

Relativamente à quinta hipótese observámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de conhecimento sobre a HTA e a situação familiar ($p=0,636$). Os casados e os não-casados apresentam uma diferença de médias pouco significativas relativamente ao número de respostas corretas obtidas no HELM-KS, tendo os casados obtido $8,56\pm 2,45$ e os não-casados $8,48\pm 2,46$.

Schapira *et al* (2012) não caracterizam a sua amostra de acordo com a situação familiar. Por sua vez, também não encontramos dados na literatura que suportassem os resultados obtidos. No entanto, outros estudos evidenciam a importância de os utentes com

hipertensão arterial viverem num contexto familiar (não morar sozinhos). Morgado *et al* (2010) comprovaram que os utentes com hipertensão arterial que moram sozinhos têm cinco vezes mais hipóteses de apresentar a hipertensão arterial não controlada.

Motter *et al* (2015) afirmam que englobar a família no modelo de gestão de cuidados da doença crónica é fundamental, uma vez que esta constitui uma forte rede de apoio para os utentes em relação aos cuidados de saúde.

Ao estudar a hipótese seis verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de conhecimento sobre a HTA e o conhecimento do diagnóstico ($p=0,003$). Os participantes que afirmam não ter diagnóstico de HTA apresentam um nível de conhecimentos superior à média ($8,71\pm 2,37$), comparativamente com os utentes que afirmam ter o diagnóstico ($8,06\pm 2,60$).

No estudo de Schapira *et al* (2012) não foi realizada esta distinção, uma vez que todos os participantes do estudo eram hipertensos. Não foram encontrados também dados na literatura que suportassem os nossos resultados. No entanto, tal deve-nos fazer refletir, tendo em conta os últimos estudos realizados a nível nacional sobre a prevalência, tratamento e conhecimento da hipertensão arterial.

O estudo PHYSA levado a cabo pela SPH revelou uma prevalência de HTA de 42,2% na população adulta do nosso país (SPH, 2014). No entanto, apenas 27,3% dos participantes no estudo afirmam ter o diagnóstico de HTA.

Por sua vez, 72,6% dos participantes afirmam não ter o diagnóstico de HTA. Se olharmos mais atentamente para os resultados do estudo PHYSA, verificamos que dos 42,2% da população adulta que apresenta o diagnóstico de HTA, apenas 76,6% estava consciente da sua situação clínica e destes, 42,5% tinham os valores de tensão arterial controlados. Comparativamente aos resultados de estudos anteriormente realizados em Portugal, as taxas de conhecimento e tratamento da HTA nos últimos 10 anos praticamente duplicaram enquanto a taxa de doentes hipertensos controlados aumentou cerca de 4 vezes (Polónia *et al*, 2014).

Ou seja, apesar de a maioria dos participantes afirmar não ter o diagnóstico de HTA, urge determinar os conhecimentos da população geral, pois a HTA evolui de forma assintomática ou com sintomas que habitualmente são ignorados ou associados a outras patologias (OMS, 2013). Ao determinarmos o nível de conhecimentos sobre a hipertensão

arterial da população geral, poderemos definir melhor as estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença.

O estudo da hipótese sete é consequente do estudo anterior. Ao questionarmos os participantes sobre o conhecimento do diagnóstico quisemos saber há quanto tempo é que a mesma tinha sido diagnosticada e compreender a relação do número de anos de diagnóstico com os níveis de conhecimentos sobre a HTA.

Esperávamos encontrar dados consistentes com a literatura, que nos indicassem que existe uma associação direta entre o tempo de diagnóstico e o conhecimento sobre a HTA. Ou seja, quanto maior o número de anos de diagnóstico, maior o nível de conhecimentos sobre a HTA. Tal é justificado pela utilização mais frequente dos serviços de saúde, o que pressupõem maior exposição às orientações necessárias à gestão da sua situação crónica. Tal sugere que a existência de uma relação duradoura entre médico e o utente pode contribuir para a qualidade das orientações prestadas durante a consulta médica, como também a compreensão das informações recebidas (Motter *et al*, 2015).

No entanto, no estudo verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de conhecimento sobre a HTA e o número de anos de diagnóstico de HTA ($p=0,001$). Os participantes cujo diagnóstico foi realizado há menos de quatro anos apresentam uma média de $8,73\pm 2,64$ (superior à média); entre quatro e 12 anos $8,38\pm 2,32$; e, há mais de 12 anos $6,83\pm 2,53$. Tal pode estar associado com a idade dos participantes que têm HTA há mais de 12 anos e com o nível de escolaridade. Por outro lado, tal deve-nos fazer refletir sobre o acompanhamento que é feito a estes utentes, pois um maior número de anos de doença crónica suporia um maior domínio dos conceitos sobre a sua doença. No estudo de Schapira *et al* (2012) não é feita esta análise.

No estudo da hipótese oito verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de conhecimento sobre a HTA e a história familiar de HTA ($p=0,287$). Os participantes que afirmam ter história familiar de HTA apresentam uma diferença de médias pouco significativas relativamente aos participantes que não têm: $8,63\pm 2,46$ e $8,44\pm 2,39$.

Em relação às características da nossa amostra verificamos anteriormente que existe um grande número de participantes que afirmam não ter o diagnóstico de HTA (72,6%). No entanto, 62,2% do total dos participantes do nosso estudo apresentam história familiar de

HTA. De acordo com a SPH (2014), a história prematura familiar de hipertensão e/ou DCV precoce é um importante indicador de predisposição familiar (genética) para hipertensão e doenças cardiovasculares e podem implicar a realização de testes genéticos se clinicamente indicados.

Deste modo, é importante estar desperto para estes fatores de risco não modificáveis e, como Costa *et al* (2014) afirmam, as práticas educativas devem atender às necessidades individuais e familiares para maior adesão ao tratamento não medicamentoso e ao medicamentoso. A família, ao participar ativamente na gestão da doença do utente hipertenso, vai ganhando também ferramentas e conhecimento que permite a todos atingir as metas definidas de gestão e prevenção da doença crónica.

Por último, estudámos a relação entre o nível de conhecimentos sobre a HTA e o nível de literacia em saúde. Verificamos que existe relação estatisticamente significativa, segundo a correlação de *Spearman* $r=0,425$, $p<0,00$, o que nos indica que o nível de conhecimentos sobre a HTA é proporcional ao nível de literacia em saúde.

Igual relação foi encontrada no estudo de Schapira *et al* (2012), segundo a correlação de *Pearson* de acordo com a aplicação do REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*) $r=0,21$, $p<0,001$; e segundo a correlação de *Pearson* de acordo com os dados da Numeracia, $r=0,17$, $p<0,001$.

Como anteriormente referido, aplicámos o NVS para avaliar os níveis de literacia em saúde. Este teste avalia as duas propriedades estudadas no estudo de Schapira *et al* (2012) em relação à literacia em saúde num único teste. Verificámos que 61,8% dos participantes apresenta níveis de literacia adequados; 18,3% nível marginal e 19,3% nível inadequado.

Os resultados obtidos foram consistentes com o estudo de Martins & Andrade (2014) aquando a validação e adaptação cultural no NVS para a língua portuguesa. As autoras verificaram que 10,3% dos participantes apresentou nível inadequado, 13,7% marginal e 76,0% níveis adequados. No entanto, devemos ter em conta que a média de idades em anos, no estudo referido, era de $27,5 \pm 17,5$.

Estes resultados contrariam um pouco os resultados obtidos no estudo recente realizado no nosso país e coordenado por Ana Escoval, no âmbito do projeto “Saúde que Conta”, onde apenas 8,4% da nossa população apresenta valores excelentes de literacia em saúde; 30,1% nível suficiente; 44% nível problemático; e, 17% nível inadequado. No

entanto, tal pode ser explicado por cerca de 42,5% do total dos participantes ter frequentado o ensino superior e, de acordo com os dados do estudo anteriormente referido, quanto maior o grau de escolaridade, maior o nível de literacia em saúde.

No estudo de Schapira *et al* (2012) podemos igualmente verificar que 80% dos participantes têm mais que o nono ano de escolaridade.

Cunha *et al* (2014) afirmam que aumentar os níveis de literacia da população é crucial para a sua capacidade de realizar escolhas e estilos de vida saudáveis e que um nível de literacia inadequado irá afetar negativamente a saúde das pessoas, uma vez que limita o seu desenvolvimento pessoal, social e cultural. Desta forma, apostar na educação para todos é uma forma de maximizar a igualdade em saúde.

Apesar de Gbemisola *et al* (2012) e Williams *et al* (1998), suportarem os dados obtidos no nosso estudo, Cunha *et al* (2014) reconhecem que não existe evidência crescente, segura e substancial de que o nível de literacia para a saúde influencie o controlo da hipertensão arterial, pelo que é necessário continuar a desenvolver investigação neste domínio.

4. Conclusões e Recomendações

O presente estudo tinha como principal objetivo avaliar os conhecimentos da população portuguesa sobre a hipertensão arterial através da aplicação de um instrumento de medida do nível de literacia da hipertensão arterial, compreendendo a relação entre esta e as variáveis em estudo. Desta forma, neste capítulo, apresentaremos as principais conclusões da nossa investigação, algumas limitações encontradas, faremos sugestões para futuras investigações e apresentaremos algumas recomendações finais.

Devido ao fato de atualmente em Portugal não existir nenhum instrumento válido que nos permitisse avaliar os níveis de literacia da hipertensão, houve necessidade de recorrer à literatura estrangeira de forma a podermos atingir este objetivo. Selecionamos o HELM-KS, um instrumento desenvolvido por Schapira *et al* (2012). Tal instrumento foi desenvolvido com base no modelo de gestão da doença crónica e tem como principal objetivo avaliar os níveis de conhecimentos dos utentes sobre a sua doença, de forma a dar a conhecer a estes e aos profissionais de saúde quais as estratégias que necessitam de ser melhor desenvolvidas a nível educacional para que se consiga atingir um melhor controlo sobre a doença crónica.

A versão portuguesa do HELM-KS verificou ser um instrumento bastante útil e uma ferramenta essencial para a avaliação dos níveis de literacia da hipertensão arterial. A sua estrutura com base no modelo de gestão da doença crónica confere fiabilidade, validade e consistência ao instrumento.

No entanto, assim como Schapira *et al* (2012) consideraram no seu estudo, há algumas questões na versão portuguesa do instrumento que também poderiam ser retiradas. Contudo, para tomar esta decisão, necessitaríamos de consultar um painel de peritos, uma vez que se seguirmos a mesma metodologia utilizada por Schapira *et al* (2012) o instrumento final iria apresentar apenas 12 questões. Tal não nos parece viável, pois estaríamos a excluir algumas questões que nos parecem ser fundamentais ao instrumento. A eliminação de alguns itens no processo de validação dos questionários é um processo normal, de forma a conferir aos instrumentos maior fiabilidade e funcionalidade. Como tal, apuramos que tal seria bastante útil de aplicar à versão portuguesa do HELM-KS, uma vez que as 17 questões que o constituem tornam o instrumento algo extenso. Este fato constituiu uma limitação, já que

o seu preenchimento pode ser moroso, levando a um possível enviesamento das respostas dadas.

Para além da análise ao nível da remoção de alguns itens, consideramos que algumas questões devem ser revistas a nível dos conceitos utilizados, nomeadamente a questão 16, que no nosso entender suscitou confusão aos participantes do estudo.

Uma outra desvantagem que consideramos através da aplicação do questionário está relacionada com o grau de dificuldade de algumas questões. A das respostas corretas foi de apenas $8,56 \pm 2,45$ e dos 791 participantes, o máximo de respostas certas foi 14.

No entanto, apesar deste fator, concordamos com a opinião de Schapira *et al* (2012) que afirma que tal nível de exigência pode ajudar a fazer a distinção entre os níveis de conhecimento e a definir melhor as estratégias educacionais de gestão do autocuidado e controlo da situação de doença crónica.

Após avaliarmos os níveis de conhecimentos procurámos encontrar as relações entre as diferentes variáveis.

Verificámos que existe uma correlação positiva entre os níveis de conhecimentos sobre a hipertensão arterial e os níveis de literacia em saúde ($r=0,425$, $p<0,001$), mas também com o grau de ensino ($r=0,345$, $p<0,001$). Ou seja, quanto maior o grau de ensino e os níveis de literacia em saúde, maiores os níveis de conhecimentos sobre a hipertensão arterial.

Constatámos que existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade ($p=0,000$), género ($p=0,000$), situação profissional ($p=0,000$), conhecimento do diagnóstico ($p=0,003$) e número de anos de diagnóstico ($p=0,001$) relativamente aos níveis de conhecimentos sobre a hipertensão arterial. Os jovens adultos (<35 anos); as mulheres; os estudantes, desempregados e ativos; os não-hipertensos e os utentes com HTA há menos de 4 anos; são os que apresentam melhores níveis de conhecimentos sobre a HTA.

Contrariamente, não existem diferenças estatisticamente significativas entre a situação profissional ($p=0,636$) e a história familiar de HTA ($p=0,287$) relativamente aos níveis de conhecimentos sobre a hipertensão arterial.

O conhecimento sobre a hipertensão arterial pode ser entendido como uma ferramenta essencial para o utente e para o profissional de saúde. O conhecimento ajuda o utente a estar mais informado sobre a sua doença e de todas as dimensões da mesma, a estar

mais desperto para os sinais, sintomas, complicações e evolução da própria doença. A seu tempo, pode ter repercussões ao nível da adesão positiva ao regime terapêutico e consequentemente um melhor controlo sobre a sua situação crónica.

Relativamente ao profissional de saúde, o conhecimento que o utente tem sobre a doença pode ajudar a definir melhor as estratégias de educação para a saúde e a estabelecer com este uma relação terapêutica mais eficaz. O profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, desempenha um papel fundamental nesta avaliação e transmissão de conhecimentos sobre a doença ao utente. No entanto, tal implica que o mesmo deva investir continuamente na aquisição de conhecimentos sobre a doença e tenha a capacidade para estabelecer uma relação terapêutica favorável, de forma a transmitir esses conhecimentos, tendo em vista a melhoria da gestão e o controlo da doença crónica por parte do utente.

Contudo, este é um processo complexo, uma vez que o fato de o utente ter conhecimento sobre a sua doença, quer seja através das informações que o mesmo procurou, quer seja pelos conhecimentos adquiridos junto dos profissionais de saúde, este só os vai colocar em prática se assim motivado para tal.

Cabe ao profissional de saúde tentar garantir que o nível de conhecimentos da população sobre a hipertensão arterial seja favorável ao ponto de prevenir o aparecimento da doença. No entanto, quando esta se verifica, deve tentar garantir que os conhecimentos motivem o utente ao ponto de garantir uma adesão positiva ao regime terapêutico.

Desta forma, verificamos que o desenvolvimento de um instrumento que permita avaliar os níveis de conhecimento sobre a hipertensão é de máxima utilidade e importância.

Esta apreciação é condicionada por algumas limitações que surgiram com o decorrer do processo de investigação e podem resultar num enviesamento dos resultados encontrados, pelo que é necessária prudência na interpretação e generalização dos resultados.

Devemos considerar como limitação do nosso estudo o fato de não terem sido encontrados muitos estudos realizados em Portugal, o que condiciona e dificulta a compreensão dos resultados. Desta forma, optamos por evidenciar os resultados obtidos com os resultados da literatura estrangeira e direcionar para o objetivo final.

Outros aspetos não menos relevantes relacionam-se com o tipo de amostragem. O método de amostragem de que foi feito uso foi a amostragem por conveniência. O problema

presente neste tipo de amostragem é o fato dos sujeitos disponíveis poderem ser atípicos da população, deste modo incorremos o risco de parcialidade e resultados errôneos.

Por outro lado, sabemos que o nosso estudo também apresenta pontos fortes. O fato de termos adaptado e validado um instrumento que permite avaliar os níveis de conhecimentos sobre a hipertensão arterial é o mais notório. Por sua vez, o número de participantes da nossa amostra e o desenvolvimento de parcerias que podem ter contributos muito positivos para a ciência não devem ser descurados.

No entanto, é necessário continuar a desenvolver investigação neste domínio. Desde o início deste projeto que sabíamos que os resultados que iríamos obter seriam um ponto de partida e não um ponto de chegada.

Deste modo, a partir daqui, acreditamos que muitas outras janelas de investigação se podem abrir, tendo em vista a melhoria da saúde da nossa população.

Uma das sugestões futuras é aplicar o questionário num contexto clínico e numa amostra controlada. Tal pode ajudar a compreender melhor a funcionalidade e eficácia do instrumento. Sugerimos ainda a aplicação do instrumento não só aos utentes com hipertensão arterial, mas a todos os que apresentem fatores de risco.

5. Referências Bibliográficas

Barreto, M.; Reiners, A. & Marcon, S. (2014). Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 22 (3), p. 484-90.

Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica - Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde – Porto, http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11990/1/A%20pessoa%20com%20doen%C3%A7a%20cronica_Tese%20Doutoramento_Reitoria.pdf [5 de Dezembro de 2014].

Bugalho, A. & Carneiro, A. (2004). *Intervenção para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.

Carvalho, D. (2011). Diabetes e Hipertensão. *Revista Fato res de Risco*. 22, p. 50-54.

CIPE (2011). *Conselho Internacional de Enfermeiros - CIPE Versão 2, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN:978-92-95094-35-2.

Costa, Y., Araújo, O., Almeida, L. & Viegas, S. (2014). O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. *O Mundo da Saúde*. 38 (4), p. 473-481.

Cunha, M., Santos, E., Fonseca, S., Gaspar, R. & Almeida, D. (2014). Literacia para a Saúde, Obesidade e Hipertensão Arterial – Revisão Integrativa da Literatura. *Millenium*, 47, p. 111-128.

Dancey, C. & Reidy, J. (2006). *Estatística Sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows*. Porto Alegre, Artmed.

DGS (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*.

DGS (2013a). *Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Departamento da Qualidade na Saúde. Norma Direção Geral de Saúde número 020/2011 atualizada a 19/03/2013

DGS (2013b). *Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial*. Departamento da Qualidade na Saúde. Norma Direção Geral de Saúde número 026/2011 atualizada a 19/03/2013.

DGS (2014). *Processo Assistencial Integrado do Risco Cardiovascular no Adulto*. Direção-Geral da Saúde - Departamento da Qualidade na Saúde. <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/informacoes/informacao-n-0092014-de-29122014-pdf.aspx>. [17 de Julho de 2015];

Dias, A., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A. & Castro, S. (2011) Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40, p. 201-219.

Dinis, A. *et al* (2011). *É tempo de agir – declaração para uma vida melhor*. II Congresso Nacional de Saúde Pública, http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/doencascronicas_declaracao.pdf [15 de Dezembro de 2014].

Domingues, B., Xavier, V. & Marcos, T (2015). Resposta hipertensiva ao esforço: um problema silencioso. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 31 (1), p. 116-120.

Erkoc, S., Isikli, B., Metintas, S. & Kalyoncu, C.(2012) Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS): A Study on Development, Validity and Reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, p. 1018-1029.

Ferketich, S. (1991). Focus on psychometrics: Aspects of item analysis. *Research in Nursing & Health*. 14, p. 165–168.

Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. 2.^a Edição. London: Sage.

Gbemisola A., Christine C. & Sylvia E. (2012). Health Literacy Associated With Blood Pressure but not Other Cardiovascular Disease Risk Factors Among Dialysis Patients. *American Journal of Hypertension* 25 (3) p. 348-353;

Han, H., Chan, K., Song, H., Nguyen, T., Lee, J. & Kim, M. (2011). Development and Evaluation of a Hypertension Knowledge Test for Korean Hypertensive Patients. *Journal of Clinical Hypertension*, 13 (10), p. 750-757.

Holon (2015). *Brochura Institucional*. http://www.grupo-holon.pt/system/attachment_1s/22/original/brochura%20institucional_GH_jul2012.pdf?1341392536[22 de Fevereiro de 2015].

INE - Instituto Nacional de Estatística (2010). *Inquérito à Utilização das Tecnologias da Informação e da Comunicação nos Hospitais - 2010*. https://www.ine.pt/investigadores/DOCMET_9_3_IUTIC_Hospitais_2010.pdf[23 de Fevereiro de 2015].

Lopes, M., Castelo Branco, V., Soares, J. (2013). Utilização dos testes estatísticos de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para verificação da normalidade para materiais de pavimentação. *Transportes*, 21 (1), p. 59–66.

Macedo, M., Lima, M., Silva, A., Alcântara, P., Ramalinho, V. & Carmona, J. (2007). Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 26 (1), p. 21-39;

Machado, V. *et al* (2011). Carga Global da Doença na Região Norte de Portugal, Administração Regional da Saúde do Norte. http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/Carga_Global_Doenca_Regiao_Norte_2004.pdf[22 de Fevereiro de 2015].

Marconi, M. & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo, 6.^a Edição, Atlas S.A..

Marôco, J. & Garcia-Marques, T. (2006) Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia - Instituto Superior de Psicologia Aplicada Portugal*, 4 (1), p. 65-90;

Martins, A. & Andrade, I. (2014). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa de Newest Vital Sign. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (3), p. 75-84.

Martins, G. (2006). Sobre Confiabilidade e Validade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*. 8 (20), p. 1-12.

Morgado, M., Rolo, S., Macedo, A., Pereira, L. &Castelo-Branco, M. (2010). Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. *Journal of Cardiovascular Disease Research*. 1 (4), p.196-202;

Motter, F., Olinto, M. & Paniz, V. (2015). Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: estudo com usuários de uma Farmácia Básica no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 31 (2), p. 395-404.

Moura, A. & Nogueira, M. (2013). Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura. *Journal of Management and Primary Health Care*, 4 (1), p. 36-41.

Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de Enfermagem; Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem, <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf> [1 de Maio de 2015].

NUTS (2015). *As novas unidades territoriais para fins estatísticos. Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos – NUTS 2013*. INE – Instituto Nacional de Estatística, https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=230207051&att_display=n&att_download=y [1 de Maio de 2015].

Oliveira, T., Miranda, L., Fernandes, P. & Caldeira, P. (2013). Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta Paulista de Enfermagem*. 26 (2) 179-184.

OMS (1986). *Carta de Ottawa*. Geneva: World Health Organization, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf [5 de Dezembro de 2014].

OMS (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization, <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>[14 de Abril de 2015].

OMS (2002).*The world report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization, http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf [7 de Dezembro de 2015].

OMS (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf> [7 de Dezembro de 2015].

OMS (2012). *Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies*. Geneva: World Health Organization, http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf [7 de Dezembro de 2015].

OMS (2013). *A global brief on hypertension*. Geneva: World Health Organization, <http://apps.who.int/iris/handle/10665/79059> [7 de Dezembro de 2015].

OND - Observatório Nacional da Diabetes (2014). *Diabetes: Fatos e Números 2014 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. http://spd.pt/images/od_2014.pdf [7 de Dezembro de 2015].

Osborn, C. Weiss, B., Davis, T., Skripkauskas, S., Rodrigue, C., Bass, P. & Wolf, M. (2007). Measuring adult literacy in health care: performance of the newest vital sign. *American Journal of Health Behavior*. 31 (1), 36-46.

Perdigão, C. (2009). Prevenção Cardiovascular, estratégias populacionais e estratégias individuais. *Revista Fatores de Risco*, 12, 22-31.

Pereira, S. (2010). Abordagem do Risco Cardiovascular no doente hipertenso. *Acta Médica Portuguesa*, 23 (2), 223-226.

Polónia, J., Martins, L., Pinto, F. & Nazaré, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *Journal of Hypertension*. 32 (6), 1211-1221.

Polónia, J., Ramalhinho, V., Martins, L., Saavedra, J. (2006). Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 25 (6), 649-660.

Prior, C., Baía, H., Martins, M., Lopes, T & Vieira, R. (2001). Hipertensos. Que conhecimentos? Que atitudes? *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 17 (1), p. 47-55;

Ribeiro, C. Resqueti, V., Lima, I., Dias, F., Glynn, L. & Fregonezi, G. (2015). Educational interventions for improving control of blood pressure in patients with hypertension: a systematic review protocol. *BMJ Open*, <http://bmjopen.bmj.com/content/5/3/e006583.full.pdf+html> [17 de Julho de 2015].

Ribeiro, C., Resqueti, V., Lima, I., Dias, F., Glynn, L. & Fregonezi, G. (2010). Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3):CD005182, <http://bmjopen.bmj.com/content/5/3/e006583.full> [18 de Julho de 2014].

Sanne, S., Muntner, P., Kawasaki, L., Hyre, A., DeSalvo, K. (2008). Hypertension knowledge among patients from an urban clinic. *Ethnicity & Disease*, 18. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18447098>, [17 de Julho de 2015].

Santos, Z. (2011) Hipertensão Arterial – Um Problemas de Saúde Pública [Editorial]. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 24 (4), p. 285-286.

Schapira, M., Fletcher, K., Hayes, A., Eastwood, D., Patterson, L., Ertl, K., Whittle, J. (2012). The Development and Validation of the Hypertension Evaluation of Lifestyle and Management Knowledge Scale. *Journal of Clinical Hypertension*. 14 (7) p. 461-466.

Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust (2002). Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review criteria. *Quality of Life Research*. 11(3), p. 193-205.

Serrão, C. (2014). Manual de Boas Práticas. Projeto Literacia em Saúde: Um desafio na e para a terceira idade. Escola Superior de Educação – Instituto Politécnico do Porto. <http://www.ese.ipp.pt/projetos/docs/mbp.pdf> [7 de Dezembro de 2014].

Singh, G., Micha, R., Khatibzadek, S., Lim, S., Ezzati, M. & Mozaffarian, D. (2015). Estimated Global, Regional, and National Disease Burdens Related to Sugar-Sweetened Beverage Consumption in 2010. *Circulation*. American Heart Association, <http://circ.ahajournals.org/content/132/8/639.full.pdf+html> [27 Julho 2015].

Sociedade Portuguesa de Hipertensão - SPH (2014). *Guidelines* de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 39 (Suplemento).

http://www.sphta.org.pt/pdf/guidelines_31Janeiro2014-FINAL.pdf [7 de Dezembro de 2014];

Uva, M., Victorino, P., Roquette, R., Machado, A. & Dias, C. (2014). Investigação epidemiológica sobre prevalência e incidência de hipertensão arterial na população portuguesa – uma revisão de âmbito. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 33, p. 451-63.

Viera, A., Cohen, L., Mitchell, C. & Sloane, P. (2008). High Blood Pressure Knowledge Among Primary Care Patients with Known Hypertension: A North Carolina Family Medicine Research Network (NC-FM-RN) Study. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 21 (4) p. 300-308;

Weiss, B., Mays, M., Martz, W., Castro, K., DeWalt, D., Pignone, M., Mockbee, J., Hale, F. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annals of Family Medicine*. 3 (6), p.514-22.

Whitworth, J., World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. (2003) World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*. 21 (11), p. 1983–1992.

Williams, M., Baker, D., Parker, R. & Nurss, J. (1998). Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of Internal Medicine*, 158, p. 166–172.

ANEXOS

Anexo I - HELM-KS

TABLE IV. The HELM Knowledge Scale		
Item no.	Stem	Response Choices
1	A person is considered to have hypertension if either their systolic blood pressure is 140 or their diastolic is 90 or higher on two separate occasions.	<u>True</u> False
2	Most people can tell when their blood pressure is high because they feel bad.	True <u>False</u>
3	Uncontrolled hypertension can lead to which of the following:	Lung cancer <u>Kidney failure</u> High cholesterol Diabetes
4	Which of the following increases your risk of having hypertension?	Weight lifting Drinking >2 cups of coffee a day Smoking a pack of cigarettes <u>Gaining 15 pounds</u>
5	People with hypertension do not need to take medicine if they exercise regularly	True <u>False</u>
6	Which of the following statements about taking blood pressure medicine is TRUE?	Blood pressure medicine should always be taken with food <u>More than one type of blood pressure medicine can be taken at the same time</u> Blood pressure medicine works best if it is taken at bedtime Blood pressure medicine should not be taken if a person drank alcohol that day
7	Most of the salt Americans eat is added with a salt shaker.	True <u>False</u>
8	There are about as many calories in 12 ounces of regular orange juice as there are in 12 ounces of regular cola.	True False
9	An overweight 60-year-old man has hypertension. He drinks one bottle of beer and 4 cups of regular coffee a day. He adds regular table salt to his food at most meals. Which one of the following changes is the most likely to lower his blood pressure?	<u>Lose 10 pounds</u> Stop drinking alcohol Switch to decaffeinated coffee Switch to sea salt
10	Which one of the following changes to your diet is most likely to lower blood pressure?	<u>Eat more fruits, vegetables, whole grains, and low-fat dairy products</u> Eliminate spicy foods Drink one glass of red wine daily Drink herbal tea instead of coffee
11	Which one of the following statements about exercise and blood pressure is TRUE?	People who are on their feet most of the day will not benefit from more exercise <u>Exercising for 30 minutes every day lowers blood pressure more than exercising for 30 minutes, 3 days a week</u> Weight lifting should be avoided by people with high blood pressure When exercising, you must raise your heart rate to at least 100 beats a minute to improve blood pressure
12	A man reports that his blood pressure is 148/78 mm Hg when he checks it using the blood pressure machine in the pharmacy, 144/66 mm Hg in his family doctor's office, and 132/74 mm Hg when he checks it at home. Which of the following statements is TRUE?	<u>It is common for blood pressure readings to vary like this</u> The highest blood pressure reading is the correct one The lowest blood pressure reading is the correct one He can be reassured that his blood pressure is normal
13	When measuring your blood pressure at home, you should:	Always take your reading before you take your blood pressure medicine Take several readings, a minute or 2 apart, and record the lowest one Take your blood pressure right after exercising and at least 2 hours after a meal <u>Take two readings, a minute or 2 apart, and write down the average value</u>
14	Blood pressure is measured with two numbers, an upper number and a lower number. It is usually written as upper/lower. If someone is told that their goal blood pressure is 126/76, when have they reached that goal?	<u>When the upper is below 126 and the lower is below 76</u> When the upper is below 126, even if the lower is over 76 When the lower is below 76 even if the upper is over 126 When the average of the upper and the lower is <100

Abbreviation: HELM, hypertension evaluation of lifestyle and management. Correct responses are underlined.

Fonte: Schapira *et al* (2012:463)

Anexo II - Pedido de Autorização para adaptação e validação do HELM-KS

From: Pedro Lopes Ferreira [<mailto:pedrof@fe.uc.pt>]
Sent: Tuesday, December 02, 2014 6:44 AM
To: mschap@upenn.edu
Subject: Portuguese version of the HELM

Dear Prof. Marilyn M. Schapira

I am Professor of Health Economics at the School of Economics of the University of Coimbra, Portugal, and my research interests are in the domain of health outcomes. I'm also responsible for the Master Course on Health Administration and Health Economics of the University of Coimbra and the head of the Centre for Health Studies and Research of the University of Coimbra.

Since 1991, I've been responsible for the implementation of strict methodologies to cultural adapt health outcomes instruments to Portuguese, which includes the forward-backward process, the tests for the content, semantic, technical, criterion and conceptual equivalences, as well as reliability. I am the principal responsible for almost all the translations of the generic instruments to measure health-related quality of life and health status. Regarding the specific ones, I've also been involved in the adaptations of circa fifty of them, for a variety of pathologies and conditions.

I'm now advising a post-graduate student who is designing a study to culturally adapt and validate a Portuguese version of the Hypertension Evaluation of Lifestyle and Management (HELM).

So, please, let me know if you agree with a Portuguese version of the HELM and send me the last version of your questionnaire as well as some references for me to compare your and our psychometric values.

I would be very happy in sending you a report of the study as soon as it is finished.

Best regards.

Pedro

Pedro Lopes Ferreira

Associate Professor

pedrof@fe.uc.pt

Av. Dias da Silva, 165

3004-512 Coimbra - Portugal

Tel: +351 239 790 552 / 507

Fax: +351 239 790 514



FACULTY OF ECONOMICS
CENTRE FOR HEALTH STUDIES AND
RESEARCH
UNIVERSITY OF COIMBRA



Anexo III - Pedido, Autorização e Versão Original HELM-KS

From: Marilyn Schapira [mailto:mschap@mail.med.upenn.edu]
Sent: Tuesday, December 02, 2014 4:33 PM
To: 'Pedro Lopes Ferreira'
Cc: Ertl, Kristyn
Subject: [EXTERNAL] RE: Portuguese version of the HELM

Dear Pedro,

We are happy to have you develop a Portuguese version of the HELM. I am cc'ing Kristyn Ertl who can connect you to the HELM on our website. We have not modified the version since the publication. In addition, we do not have any more psychometric data than was in the published paper but are always interested in sharing data from others who are using the instrument.

Please let me know if we can be of further help. I look forward to hearing how your work proceeds.

Sincerely,

Marilyn Schapira

From: Ertl, Kristyn [mailto:Kristyn.Ertl@va.gov]
Sent: 3 de dezembro de 2014 00:46
To: Pedro Lopes Ferreira
Cc: mschap@mail.med.upenn.edu
Subject: RE: [EXTERNAL] RE: Portuguese version of the HELM

Pedro,

Here is the link to the POWER Program webpage:

<http://www.milwaukee.va.gov/Power/Power.asp>

Links to PDF files of the HELM can be found under "Academic Products: HTN Knowledge Questionnaire & HTN Knowledge Questionnaire Answer Sheet." If you have any questions or difficulties, let me know.

Best wishes in your endeavor,

Kristyn Ertl, BA, CCRC
Project Coordinator
Clement J Zablocki VAMC
Mail Stop 151
5000 W National Ave
Milwaukee WI 53295
kristyn.ertl@va.gov
Office: (414) 384-2000, Ext. 46441
Fax: (414) 382-5017

HYPERTENSION KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE

This next series of questions are designed to test your knowledge of high blood pressure. You may find many of them to be hard. This is OK, just do the best you can. We will give you the answers to these at a later date.

First, I am going to read six statements. Please tell me if you think the statement is true or false.

D1.	A person is considered to have hypertension if either their systolic blood pressure is 140 or higher or their diastolic is 90 or higher on two separate occasions.	True	False
D2.	Most people can tell when their blood pressure is high because they feel bad.	True	False
D3.	People with hypertension do not need to take medicine if they exercise regularly.	True	False
D4.	Most people with hypertension need more than one kind of blood pressure medicine to control their blood pressure.	True	False
D5.	Most of the salt Americans eat is added with a salt shaker.	True	False
D6.	There are about as many calories in 12 ounces of regular orange juice as there are in 12 ounces of regular cola.	True	False

Now I am going to read a series of multiple choice questions. Please choose only one answer for each question.

- D7. A man reports that his blood pressure (BP) is 148/78 when he checks it using the BP machine in the pharmacy, 144/66 in his family doctor's office, and 132/74 when he checks it at home. Which of the following statements is TRUE?
 1 It is common for blood pressure readings to vary like this.
 2 The highest blood pressure reading is the correct one.
 3 The lowest blood pressure reading is the correct one.
 4 He can be reassured that his blood pressure is normal.
- D8. Which one of the following increases your risk of having hypertension?
 1 Weight lifting.
 2 Drinking more than 2 cups of coffee a day.
 3 Smoking a pack of cigarettes daily.
 4 Gaining 15 pounds.
- D9. What is the goal blood pressure for a 70-year old man with no other health problems who is taking medicine for hypertension?
 1 Less than 120/80 mmHg.
 2 Less than 130/86 mmHg.
 3 Less than 160/90 mmHg.
 4 Less than 140/90 mmHg.
- D10. Blood pressure is measured with two numbers, an upper number and a lower number. It is usually written as upper/lower. If someone is told that their goal blood pressure is 126/76, when have they reached that goal?

- 1 When the upper is below 126 **and** the lower is below 76.
- 2 When the upper is below 126, even if the lower is over 76.
- 3 When the lower is below 76, even if the upper is over 126.
- 4 When the average of the upper and the lower is less than 100.

- D11. An overweight 60-year old man has hypertension. He drinks one bottle of beer and 4 cups of regular coffee a day. He adds regular table salt to his food at most meals. Which one of the following changes is the **most likely** to lower his blood pressure?
- 1 Lose 10 pounds.
 - 2 Stop drinking alcohol.
 - 3 Switch to decaffeinated coffee.
 - 4 Switch to sea salt.
- D12. Uncontrolled hypertension can lead to which of the following:
- 1 Lung cancer.
 - 2 Kidney failure.
 - 3 High cholesterol.
 - 4 Diabetes.
- D13. A healthy 60-year old man has a blood pressure of 130/84. Which of the following statements about his risk of developing hypertension by the time he is 80 is TRUE?
- 1 If a person has not developed hypertension by the age of 60, he won't have it when he's 80.
 - 2 It would be very unusual for a person to first develop hypertension at the age of 80.
 - 3 It would be very common for a person to first develop hypertension at the age of 80.
 - 4 Everyone who lives to be 80 will eventually have hypertension.
- D14. Which of the following statements about taking blood pressure medicine is TRUE?
- 1 Blood pressure medicine should always be taken with food.
 - 2 More than one type of blood pressure medicine can be taken at the same time.
 - 3 Blood pressure medicine works best if it is taken at bedtime.
 - 4 Blood pressure medicine should not be taken if a person drank alcohol that day.
- D15. When measuring your blood pressure at home, you should:
- 1 Always take your reading before you take your blood pressure medicine.
 - 2 Take several readings, a minute or two apart, and record the lowest one.
 - 3 Take your blood pressure right after exercising and at least two hours after a meal.
 - 4 Take two readings, a minute or two apart, and write down the average value.
- D16. Which one of the following changes to your diet is most likely to lower blood pressure?
- 1 Eat more fruits, vegetables, whole grains and low fat dairy products.
 - 2 Eliminate spicy foods.
 - 3 Drink one glass of red wine daily.
 - 4 Drink herbal tea instead of coffee.
- D17. Which one of the following statements about exercise and blood pressure is TRUE?
- 1 People who are on their feet most of the day will not benefit from more exercise.
 - 2 Exercising for 30 minutes every day lowers blood pressure more than exercising for 30 minutes, 3 days a week.
 - 3 Weight lifting should be avoided by people with high blood pressure.
 - 4 When exercising, you must raise your heart rate to at least 100 beats a minute to improve blood pressure.

Anexo IV- Versão Portuguesa do HELM-KS



Centro de Estudos e Investigação
em Saúde da Universidade de Coimbra

QUESTIONÁRIO SOBRE O CONHECIMENTO DA HIPERTENSÃO

As perguntas que se seguem destinam-se a testar o seu conhecimento sobre tensão arterial alta. Pode achar que algumas delas são difíceis. Não há problema, faça o melhor que puder.

Leia as seguintes seis afirmações. Marque, por favor, se acha que a afirmação é Verdadeira ou Falsa.

1.	Considera-se que uma pessoa tem hipertensão se a sua tensão arterial máxima for igual ou superior a 140 ou se a tensão arterial mínima for de igual ou superior a 90 em duas ocasiões distintas.	Verdadeira	Falsa
2.	A maioria das pessoas sabe quando a tensão arterial está alta, porque se sente mal.	Verdadeira	Falsa
3.	As pessoas com hipertensão não precisam de tomar medicamentos se fizerem exercício físico regularmente.	Verdadeira	Falsa
4.	A maior parte das pessoas com hipertensão precisa de mais do que um tipo de medicamento para a tensão arterial para controlar a sua tensão arterial.	Verdadeira	Falsa
5.	A maior parte do sal que os Portugueses consomem é adicionado de um saleiro.	Verdadeira	Falsa
6.	1 copo de sumo natural de laranja tem aproximadamente as mesmas calorias que 1 copo de refrigerante normal.	Verdadeira	Falsa

Agora tem uma série de perguntas de escolha múltipla. Por favor, escolha apenas uma resposta para cada pergunta.

7.	Um homem diz que sua tensão arterial (TA) é 148/78, quando a mede na farmácia, 144/66 no consultório do médico de família e 132/74, quando a mede em casa. Qual das seguintes afirmações é VERDADEIRA? A. É comum as medições da tensão arterial terem variações destas. B. O valor mais alto da tensão arterial é o correto. C. O valor mais baixo da tensão arterial é o correto. D. Ele pode ficar tranquilo, porque tem tensão arterial normal.
----	---

8.	Qual das seguintes ações aumenta o risco de hipertensão? A. Levantar pesos. B. Beber mais do que dois cafés por dia. C. Fumar um maço de cigarros por dia. D. Engordar 7 quilos.
----	--

9.	Qual a tensão arterial ideal para um homem de 70 anos, sem outros problemas de saúde, a tomar medicação para a hipertensão? A. Menos de 120/80 mmHg. B. Menos de 130/86 mmHg. C. Menos de 160/90 mmHg. D. Menos de 140/90 mmHg.
----	---

10.	A tensão arterial é medida com dois números, um número mais alto e um número mais baixo. Geralmente é referida como máxima/mínima. Se uma pessoa souber que a sua tensão deve ser 126/76, quando é que atinge esse objetivo? A. Quando a máxima estiver abaixo de 126 e a mínima abaixo de 76. B. Quando a máxima estiver abaixo de 126, mesmo que a mínima esteja acima de 76. C. Quando a mínima estiver abaixo de 76, mesmo que a máxima esteja acima de 126. D. Quando a média da máxima e da mínima for menor que 100.
-----	---

Schapira M.M., Fletcher K.E., Hayes A., Eastwood D., Patterson L., Ertl K., Whittle J. - *The Development and Validation of the Hypertension Evaluation of Lifestyle and Management Knowledge Scale*. The Journal of Clinical Hypertension 2012; 14(7): 461-466. Versão Portuguesa. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), 2015.



11. Um homem de 60 anos com excesso de peso tem hipertensão. Ele bebe uma cerveja e 4 cafés por dia. Em quase todas as refeições, põe mais sal à mesa. Qual das seguintes mudanças irá mais provavelmente fazer-lhe baixar a tensão arterial?
- Perder 5 quilos.
 - Deixar de beber álcool.
 - Passar a beber café descafeinado.
 - Passar a usar sal marinho/sal grosso.
12. A hipertensão arterial não controlada pode provocar qual das seguintes situações:
- Cancro do Pulmão.
 - Insuficiência Renal.
 - Colesterol elevado.
 - Diabetes.
13. Um homem de 60 anos saudável tem uma tensão arterial de 130/84. Qual das seguintes afirmações sobre o risco de ele começar a ter hipertensão arterial quando tiver 80 anos é VERDADEIRA?
- Se uma pessoa não tiver hipertensão até aos 60 anos, também não vai ter aos 80.
 - É muito raro uma pessoa começar a ter hipertensão aos 80 anos.
 - É muito comum uma pessoa começar a ter hipertensão aos 80 anos.
 - Todas as pessoas que vivem até aos 80 anos acabarão por ter hipertensão.
14. Qual das seguintes afirmações sobre tomar medicamentos para a tensão arterial é VERDADEIRA?
- Os medicamentos para a tensão arterial devem ser sempre tomados com comida.
 - Pode-se tomar ao mesmo tempo mais do que um tipo de medicamento para a tensão arterial.
 - Os medicamentos para a tensão arterial fazem mais efeito se forem tomados à hora de deitar.
 - Os medicamentos para a tensão arterial não devem ser tomados se a pessoa tiver bebido álcool nesse dia.
15. Quando mede a sua tensão arterial em casa, deve:
- Medi-la sempre antes de tomar a medicação para a tensão arterial.
 - Fazer várias medições, com um minuto ou dois de intervalo, e registar a mais baixa.
 - Medir a sua tensão arterial logo depois de fazer exercício físico e pelo menos duas horas depois de uma refeição.
 - Fazer duas medições, com um minuto ou dois de intervalo, e registar o valor médio.
16. Qual das seguintes alterações à sua alimentação irá mais provavelmente fazer baixar a tensão arterial?
- Comer mais frutas, legumes, cereais integrais e laticínios magros.
 - Eliminar alimentos muito condimentados.
 - Beber diariamente um copo de vinho tinto.
 - Beber chás de ervas em vez de café.
17. Qual das seguintes afirmações sobre exercício físico e tensão arterial é VERDADEIRA?
- Pessoas que passam a maior parte do dia de pé não beneficiam de mais exercício físico.
 - Fazer 30 minutos de exercício físico todos os dias faz baixar a tensão arterial mais do que fazer 30 minutos de exercício físico 3 dias por semana.
 - Pessoas com tensão arterial alta devem evitar levantar pesos.
 - Ao fazer exercício físico, o ritmo cardíaco deve aumentar para pelo menos 100 batimentos por minuto para melhorar a tensão arterial.

Anexo V - Pedido, Autorização e Versão Portuguesa do NVS

From: Pedro Lopes Ferreira [<mailto:pedrof@fe.uc.pt>]
Sent: 30 de março de 2015 12:34
To: Dias, Jose A
Subject: Autorização para utilização da versão portuguesa da NVS

Exmo Senhor Dr. José Aleixo Dias

Digmº Diretor Médico da Pfizer

Chamo-me Pedro Lopes Ferreira e sou Professor de Economia da Saúde na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, diretor do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e Coordenador do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Universidade de Coimbra.

Um dos nossos alunos do Mestrado está a validar um instrumento de medição relativo ao conhecimento que as pessoas têm sobre a hipertensão. Para isso, gostávamos de o validar com uma escala de literacia em saúde e escolhemos a Newest Vital Sign (NVS) cujos direitos de autor pertencem à Pfizer.

Já contactei com a Professora Doutora Anabela Correia Martins da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, autora da versão portuguesa publicada na Revista Referência (Série IV nº 3 nov/dez 2014, em anexo) que não vê quaisquer problemas em que incluamos a versão portuguesa da NVS no nosso estudo.

De qualquer modo, solicito à Pfizer a autorização para a utilização desta escala no trabalho de dissertação em curso.

Melhores cumprimentos.

Pedro L Ferreira

Pedro Lopes Ferreira
Prof. Associado com Agregação
Gabinete 508
pedrof@fe.uc.pt

Av. Dias da Silva, 165
3004-512 Coimbra - Portugal
Tel: +351 239 790 552 / 507
Fax: +351 239 790 514



FACULDADE DE ECONOMIA
CENTRO DE ESTUDOS E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



From: Picciochi, Barbara M [mailto:Barbara.Picciochi@pfizer.com]
Sent: 18 de maio de 2015 10:56
To: Pedro Lopes Ferreira
Cc: Dias, Jose A
Subject: RE: Autorização para utilização da versão portuguesa da NVS

Exmº Senhor ,

Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira,

Sou desde já a apresentar desculpas pelo atraso na nossa resposta.

A Pfizer não se opõe à utilização da versão portuguesa do NVS na dissertação de mestrado. Esta utilização, prevista na legislação corresponde a uma utilização livre que não afectará a exploração normal dos direitos da Pfizer, nem causar prejuízo aos interesses da Pfizer.

Fico ao inteiro dispor para qualquer esclarecimento/informação adicional,
melhores cumprimentos,
Bárbara Picciochi



Bárbara Picciochi
Legal Affairs & Compliance

Tel : (+351) 21 423 55 37

Fax : (+351) 21 421 89 00

Mobile : (+351) 91 484 43 42

Laboratórios Pfizer, Lda.
Lagoas Park – Edifício 10
2740-271 Porto Salvo
Portugal
www.pfizer.pt

barbara.picciochi@pfizer.com



QUESTIONÁRIO NEWEST VITAL SIGN – Versão Portuguesa

Consulte a seguinte informação nutricional relativa a uma embalagem de gelado e responda às perguntas.

Informação Nutricional	
Tamanho da porção	100ml
Porções por embalagem	4
Quantidade por porção	
Valor Energético	
Calorias	250 kcal
	%DDR*
Gordura total 13g	20%
Gordura saturada 9g	40%
Colesterol 28 mg	12%
Sódio 55mg	2%
Total Hidratos de Carbono 30g	12%
Fibras Alimentares 2g	
Açúcares 23g	
Proteínas 4g	8%

*Os valores da Dose Diária Recomendada (DDR) baseiam-se numa dieta de 2000 kcal. Os seus valores diários podem ser maiores ou menores consoante a sua necessidade calórica.

Ingredientes: Natas, leite desnatado, xarope de açúcar, água, gemas de ovos, açúcar mascavado, matéria láctea gorda, óleo de amendoim, açúcar, manteiga, sal, carragenina, extrato de baunilha.

- I. Se comer a embalagem de gelado inteira, qual o total de calorias consumidas? _____
- II. Se lhe for permitido ingerir 60 gramas de hidratos de carbono à sobremesa, qual a quantidade de gelado que poderá comer? _____
- III. Imagine a seguinte situação: o seu médico aconselha-o(a) a reduzir a quantidade de gordura saturada na sua dieta. Normalmente, ingere, em média, 42 gramas de gordura saturada por dia, que já inclui uma porção de gelado. Se deixar de comer esse gelado, quantas gramas de gordura saturada irá consumir? _____
- IV. Se consome normalmente 2500 kcal num dia, qual a percentagem de calorias diárias que iria ingerir se comesse uma porção? _____

Imagine que é alérgico às seguintes substâncias: penicilina, amendoins, luvas de látex e picadas de abelha.

- V. É seguro para si comer este gelado? _____
- VI. Se respondeu “Não” à questão anterior, justifique porque não? _____

Anexo VI - Características da Amostra



Centro de Estudos e Investigação
em Saúde da Universidade de Coimbra

Por fim agradecemos que nos fornecesse alguns dados a seu respeito, apenas para fins estatísticos.

a) Localidade de Preenchimento deste Questionário: _____

b) Data de Hoje: _____

c) Idade: _____ anos

d) Género:

- ₁ Masculino
₂ Feminino

e) Que grau de ensino é que completou?

- ₁ Não sabe ler nem escrever
₂ Só sabe ler e escrever
₃ 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
₄ 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
₅ 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
₆ Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
₇ Ensino Médio (Curso Técnico-Profissional)
₈ Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

f) Qual é a sua situação familiar?

- ₁ Casado/a com registo
₂ Casado/a sem registo – união de facto
₃ Solteiro/a
₄ Viúvo/a
₅ Divorciado/a
₆ Separado/a

g) Qual a sua situação profissional?

- ₁ Ativo. Qual a profissão? _____
₂ Reformado/Aposentado
₃ Desempregado
₄ Estudante
₅ Outra. Qual? _____

h) Já algum profissional de saúde lhe disse que tinha Hipertensão Arterial?

- ₁ Sim. Há quanto tempo? _____ anos _____ meses
₂ Não

i) Tem história familiar de Hipertensão Arterial?

- ₁ Sim
₂ Não

MUITO OBRIGADO PELO TEMPO E APOIO DISPENSADO AO PREENCHER ESTE
QUESTIONÁRIO.

Anexo VII - Pedido de Colaboração ao Grupo Holon



Tiago Madeira <tiagoramosmadeira@gmail.com>

Pedido de colaboração

8 mensagens

Pedro Lopes Ferreira <pedrof@fe.uc.pt>

1 de junho de 2015 às 02:33

Para: emapaulino@gmail.com, epaulino@grupo-holon.pt

Cc: Tiago Madeira <tiagoramosmadeira@gmail.com>, pedrof@fe.uc.pt

Exm^a Senhora Dr.^a Ema Paulino,

Tenho o prazer de enviar a V.Ex^a um pedido de colaboração do CEISUC para a realização de um estudo com o objetivo de validar para Portugal um questionário destinado a avaliar o conhecimento que as pessoas têm sobre a hipertensão.

Este estudo está inserido nos trabalhos da dissertação do Dr. Tiago Madeira no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra orientada por mim.

Disponibilizo-me, desde já, para qualquer esclarecimento que considere necessário.

Melhores cumprimentos.

Pedro L Ferreira

Pedro Lopes Ferreira

Prof. Associado com Agregação

pedrof@fe.uc.pt

Av. Dias da Silva, 165

3004-512 Coimbra - Portugal

Tel: +351 239 790 552 / 507

Fax: +351 239 790 514



FEUC - FACULDADE DE ECONOMIA
CEISUC - CENTRO DE ESTUDOS E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



Exm^a Senhora Dr.^a Ema Paulino
Digm^a Diretora de Projetos e Serviços
Grupo Holon

No âmbito do Curso de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da FEUC, o Dr. Tiago Ramos Madeira, aluno deste mestrado, está a desenvolver a sua dissertação de mestrado com o tema "Avaliação do Conhecimento da Hipertensão Arterial". Para a recolha da informação propusemo-nos traduzir, validar e aplicar um questionário desenvolvido nos Estados Unidos por Marilyn M. Schapira e colegas da Universidade da Pensilvânia. Entretanto, já obtivemos a autorização da autora para realizar este nosso estudo no Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).

No entanto, para continuarmos o processo de validação, venho por este meio solicitar o apoio do Grupo Holon na sua divulgação. O objetivo seria distribuir o questionário pelas Farmácias do Grupo Holon, estas os aplicarem durante uma semana que, depois de preenchidos, seriam encaminhados para a sede do Grupo Holon em Lisboa para serem, posteriormente, recolhidos por nós.

Este estudo dirige-se a utentes com 18 ou mais de anos de idade e o nosso objetivo é aplicar o questionário ao maior número possível de utentes das farmácias. Definimos como número mínimo por farmácia a aplicação de 15 questionários. Todos os funcionários das farmácias também podem participar no estudo, tendo em conta que o mesmo é anónimo. O questionário, cuja impressão ficaria a cargo de cada farmácia, é composto por quatro páginas, solicitando-se a sua impressão a preto e branco, sendo agrafadas no canto superior esquerdo.

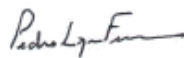
O período de recolha de dados teria início no dia 8 de Junho e término no dia 14. Os questionários seriam enviados para a sede do Grupo Holon após o dia 15 de Junho e recolhidos até ao final dessa mesma semana, ou seja até dia 19, para posterior tratamento de dados.

A entrega da dissertação de mestrado está prevista para Julho de 2015 e logo que defendida, encarregar-me-ei de enviar a V.Ex^a um relatório final. Em qualquer relatório ou artigo científico a produzir será sempre feito uma referência a esta parceria com o Grupo Holan.

Agradeço desde já toda a disponibilidade e a atenção dispensada.

Aguardo uma resposta de V.Ex^a para estabelecer esta parceria e, quem sabe, muitas outras para uma melhoria contínua dos cuidados de saúde em Portugal.

Coimbra, 31 de maio de 2015



Pedro Lopes Ferreira
Professor Associado com Agregação
Coordenador do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Holon Ema Paulino <epaulino@farmaciasholon.pt>
Para: Pedro Lopes Ferreira <pedrof@fe.uc.pt>
Cc: Tiago Madeira <tiagoramosmadeira@gmail.com>, Mariana Rosa <mrosa@farmaciasholon.pt>

4 de junho de 2015 às 20:19

Exmo. Sr. Professor Pedro Lopes Ferreira,

Antes de mais, lamento o atraso na minha resposta, que se deveu a uma semana mais preenchida do que o habitual.

É com enorme prazer que participamos neste estudo, que reputamos da maior importância.

Gostaria de sugerir que se atrasasse o estudo uma semana, de forma a podermos informar as farmácias de uma forma mais efectiva, e assim atingirmos os objetivos a que nos propomos.

Melhores cumprimentos,

Ema Paulino

Diretora de Projetos e Serviços

E-mail epaulino@farmaciasholon.pt

TM +351 962 751 052 | T +351 212 553 100 | F +351 219 686 102

Rua Azedo Gneco, nº4 A/B

Sta Marta de Corroios, Parque Industrial

2845-405 Amora | Portugal



Anexo VIII - Envio do Questionário para as Farmácias do Grupo Holon

De: Serviços <servicos@farmaciaholon.pt>

Assunto: Estudo sobre a Hipertensão

Data: 11 de Junho de 2015 às 17:42:10 WEST

Para: 'Serviços Holon' <servicos@farmaciaholon.pt>

Boa tarde,

As Farmácias Holon foram convidadas a colaborar num estudo com o objetivo de validar, para Portugal, um questionário de avaliação do conhecimento da população sobre a hipertensão. Este estudo está inserido nos trabalhos da dissertação do Dr. Tiago Madeira no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Reconhecendo a importância da temática no contexto de saúde atual, e promovendo o papel ativo que as farmácias podem desempenhar na investigação científica, solicitamos a colaboração de todas as Farmácias Holon através da aplicação do questionário sobre o conhecimento da hipertensão aos seus utentes e colaboradores no período de 15 a 21 de junho.

Relativamente ao questionário (enviado em anexo):

- É composto por 4 páginas, que devem ser impressas na farmácia, a preto e branco, e agrafadas no canto superior esquerdo;
- Dirige-se a indivíduos com 18 ou mais de anos de idade com ou sem diagnóstico de hipertensão;
- Definiu-se um mínimo de 15 questionários aplicados por farmácia;
- Período de aplicação dos questionários: 15 a 21 de Junho
- Período de envio dos questionários para a sede das Farmácias Holon: 22 a 25 de Junho (os questionários poderão ser enviados por correio, ou entregues a um dos prestadores dos Serviços Holon).

Agradecemos desde já a colaboração de todas as equipas e pedimos a máxima atenção para o cumprimento dos prazos, uma vez que dele depende o sucesso do estudo.

Bom trabalho!

Ema Paulino

Mariana Rosa

Valdo Marques

Equipa de Projetos e Serviços

E-mail: servicos@farmaciaholon.pt

T 219 666 100 | F 219 666 102

Rua Azedo Gneco, nº4 A/B

Sta Marta de Corroios, Parque Industrial

2845-405 Amora | Portugal

www.farmaciaholon.pt | facebook.com/farmaciaholon