



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

X CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

LIVIA MOREIRA DELPHIM

**LITERACIA EM SAÚDE E ADESÃO TERAPÊUTICA DOS
UTENTES COM ÚLCERAS VENOSAS**

Coimbra, 2023



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

X CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

LIVIA MOREIRA DELPHIM

**LITERACIA EM SAÚDE E ADESÃO TERAPÊUTICA DOS
UTENTES COM ÚLCERAS VENOSAS**

Dissertação elaborada no âmbito do X Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob orientação pedagógica do Prof. Dr. Luís António Rodrigues Paiva.

Coimbra, 2023

Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele (...) Gosto de ser gente porque, como tal, percebo afinal que a construção de minha presença no mundo, que não se faz no isolamento, isenta da influência das forças sociais, que não se compreende fora da tensão entre o que herdo geneticamente e o que herdo social, cultural e historicamente, tem muito a ver comigo mesmo (...) O fato de me perceber no mundo, com o mundo e com os outros me põe numa posição em face do mundo que não é de quem nada tem a ver com ele. Afinal, minha presença no mundo não é a de quem a ele se adapta, mas a de quem nele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também há história (Freire, 1996, p.31).

Ao meu companheiro de vida, Leonardo.

Aos meus pais, Mariluce e Jorge.

À minha irmã Raissa.

À minha afilhada Amanda.

AGRADECIMENTOS

Diante de um caminho desafiador, que incluiu não só o mestrado, mas a mudança de país e as diversas renúncias que isto significa, algumas pessoas foram essenciais. Portanto, estas palavras singelas são para agradecer a todos aqueles que contribuíram com conhecimento, disponibilidade, paciência, cuidado, amor, amizade e encorajamento.

Ao Sr. Professor Doutor Luís António Rodrigues Paiva, orientador disponível, que não mediu esforços durante todo o processo de construção desta dissertação, desde quando ela ainda era um projeto. Agradeço pelos saberes, pelas correções de cada detalhe, pela paciência, pelo encorajamento e pelo respeito diante das diferenças. Obrigada por me dar todo apoio necessário na construção deste trabalho.

Agradeço à Direção da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, todo o corpo docente, discente, tutores e administrativos, do X Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pelo acolhimento e pela troca de conhecimentos durante todo este trajeto. De maneira especial agradeço às minhas colegas de turma Rita e Marisa, que se tornaram amigas para toda a vida.

Agradeço aos enfermeiros dos diferentes Centros de Saúde onde realizei a colheita de dados, meus colegas de profissão que, mesmo diante de um período extremamente difícil de pandemia, sempre demonstraram grande disponibilidade para me receber nas suas unidades de trabalho e assumiram o compromisso de identificar os utentes que estavam dentro dos critérios de inclusão do estudo. Sou igualmente grata aos utentes, que se colocaram inteiramente disponíveis e que aceitaram participar desta investigação, mesmo diante das suas fragilidades. Sem vocês este trabalho não seria possível.

Ao meu marido, meu companheiro Leonardo, que esteve ao meu lado durante todo o processo, desde a candidatura ao mestrado, no momento da convocação, na mudança para Portugal e na construção do trabalho. Muito obrigada por ser parceiro, paciente, amigo, pela força que me deu e por acreditar em mim.

Aos meus pais, Jorge e Mariluce, e à minha irmã, Raissa, que não só me apoiaram, mas tomaram a difícil decisão de vir para Portugal comigo. Foram dias difíceis no primeiro

ano da mudança e ficar longe de vocês foi, sem dúvida, a parte mais desafiadora do processo. Por isso, sou imensamente grata por tê-los ao meu lado. Obrigada pelo apoio, cuidado, amor e exemplo que vocês são.

Aos amigos que conquistei aqui em Coimbra, de modo especial aos queridos Mariana e Igor, com quem dividi não só a casa, mas também momentos incríveis. Obrigada por compartilharem medos, alegrias e por estarem presentes no momento de grande incerteza, que foi o início da pandemia. Vocês ultrapassaram a linha da amizade e tornaram-se parte da minha família.

Enfim, a todas as outras pessoas que não referi, mas que me auxiliaram a percorrer este caminho. Agradeço pelo apoio e encorajamento durante este processo especialmente desafiador da minha vida.

A todos vocês, minha eterna gratidão.

ABREVIATURAS E SIGLAS

%- por cento

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CEAP - Clínica, Etiologia, Anatomia e Fisiopatologia

CSD - Cuidados de Saúde Diferenciados

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

DVA - Dispositivo de Velcro Ajustável

DVC - Doença Venosa Crónica

FA – Fibrilhação Auricular

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

IMC - Índice de Massa Corporal

IPTB - Índice de Pressão Tornozelo Braço

MCE - Meia de Compressão Elástica

S-TOFHLA - Short Test of Functional Health Literacy in Adults

TC - Terapia Compressiva

TOFHLA - Test of Functional Health Literacy in Adults

TVP - Trombose Venosa Profunda

UICISA:E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

UV - Úlcera Venosa

RESUMO

O envelhecimento populacional global é um dos responsáveis pelo surgimento e agravamento das doenças crônicas, como diabetes e hipertensão arterial, as quais contribuem para o aparecimento de alguns tipos de feridas. A doença vascular crônica, por exemplo, pode dar origem às úlceras venosas (UVs). Estas lesões geram repercussão na qualidade de vida dos utentes, além de impacto social de grande relevância. São diversas as tecnologias desenvolvidas e utilizadas para tratamento do leito das úlceras venosas, no entanto, a terapia compressiva (TC) é considerada o tratamento standard. Apesar de comprovados os benefícios do uso da TC em utentes com úlceras venosas, ainda há barreiras à sua implementação, como a baixa formação dos profissionais e a recusa dos utentes. Desta forma, é de se destacar que, para definir estratégias de tratamento das UVs, os profissionais devem estar capacitados, e os utentes precisam estar envolvidos no processo de decisão e implementação. Neste sentido, a literacia em saúde e adesão terapêutica surgem como grandes aliadas. De modo geral, a literacia em saúde possui impacto na qualidade de vida das pessoas, com repercussões nos custos e nos modos de organização dos Sistemas de Saúde. No que diz respeito às úlceras venosas, a baixa adesão terapêutica pode ter como consequência o prolongamento da cicatrização e maiores riscos de instalação de complicações. A relação entre a literacia em saúde e a adesão terapêutica nos utentes em tratamentos para úlceras venosas ainda é desconhecida. Portanto, a investigação desenvolvida teve como objetivo geral: perceber se existe relação entre a literacia em saúde e a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas. Os objetivos específicos da investigação foram: identificar o nível de literacia em saúde dos utentes com úlceras venosas; avaliar a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas; analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas. O instrumento de colheita de dados foi composto por 3 questionários que avaliaram 4 aspetos: fatores sociodemográficos; o segundo verificou o nível de literacia em saúde dos participantes; o terceiro teve como foco a avaliação da adesão terapêutica aos cuidados com a úlcera venosa; e o quarto procurou avaliar os aspetos relacionados à ferida. A maior percentagem da amostra é do

sexo masculino (62,5%; n=25) e concentra-se maioritariamente entre os maiores de 71 anos (62,5%; n=25). Cerca de 70% (n=28) dos participantes possui níveis de literacia geral em saúde “suficiente” ou “excelente”. O nível “inadequado” (12,5%; n=5) aproxima-se do resultado encontrado no estudo realizado em todo o território português. Relativamente à adesão terapêutica, na dimensão estilo de vida saudável, há pior adesão (média = 2,66) e na terapia compressiva há melhor adesão (média = 1,83). Diante dos resultados encontrados neste estudo, não há relação estabelecida entre literacia em saúde e adesão à terapia compressiva. No entanto, seria importante que novas investigações sobre esta mesma temática fossem realizadas, para fornecerem resultados mais contundentes e passíveis de generalização.

Palavras-chave: úlcera venosa; literacia; adesão terapêutica.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Matriz de dimensões e subdimensões da Literacia em Saúde utilizadas no European Health Literacy Survey – Portugal.....	30
Tabela 2 - Classificação básica CEAP.....	36
Tabela 3 - Tratamento da úlcera venosa.	37
Tabela 4 - Histórico de Busca EBSCOhost	43
Tabela 5 - Identificação dos estudos selecionados	46
Tabela 6 - Índices Geral e Específicos de Literacia em Saúde e respetivas questões associadas; Número mínimo e máximo de respostas válidas para o cálculo dos índices.....	57
Tabela 7 - Dados Sociodemográficos da Amostra.	63
Tabela 8 - Estatísticas descritivas da idade da úlcera, em meses.....	65
Tabela 9 - Percentagens de úlceras venosas com recidiva(s).....	66
Tabela 10 - Razões da não utilização da terapia compressiva.	67
Tabela 11 – Verificação da pressão arterial nos braços e pernas para indicar o uso da terapia compressiva.....	70
Tabela 12 - Alpha de Cronbach para a Literacia geral em saúde e para os subíndices do HLS-EU-PT.....	71
Tabela 13 - Alpha de Cronbach para as três dimensões da Escala Multidimensional de Adesão Terapêutica.....	71
Tabela 14 - Teste de normalidade HLS-EU-PT.....	75
Tabela 15 - Teste de normalidade das médias das dimensões da Escala Multidimensional de Adesão terapêutica.....	75
Tabela 16 - Literacia em saúde geral, por nível de escolaridade.	76
Tabela 17 - Coeficiente de Correlação entre nível de escolaridade e níveis de literacia em saúde.	76
Tabela 18 - Caracterização da amostra quanto à adesão terapêutica.....	77
Tabela 19 - Correlação entre níveis de literacia e adesão terapêutica nas diferentes dimensões da Escala Multidimensional de Adesão Terapêutica.	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo conceitual de literacia em saúde (HSL-EU).....	27
Figura 2 - Efeitos da hipertensão venosa ambulatorial sustentada.....	35
Figura 3 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos	44
Figura 4 - Categorias de IMC dos participantes.....	64
Figura 5 - Distribuição dos participantes por Centro de Saúde.....	65
Figura 6 - Tipo de terapia compressiva utilizada.	66
Figura 7 - Nível de Literacia em Saúde Geral.....	72
Figura 8 - Nível de Literacia em Cuidados de Saúde.	73
Figura 9 - Nível de Literacia em Prevenção da Doença	74
Figura 10 - Nível de Literacia em Promoção de Saúde.	74

SUMÁRIO

NOTA INTRODUTÓRIA	19
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1.1 – LITERACIA EM SAÚDE.....	25
1.1.1 - Instrumentos de Avaliação da Literacia Em Saúde	29
1.2 - ADESÃO TERAPÊUTICA	30
1.2.1 - Adesão Terapêutica do Utente com Úlcera Venosa	32
1.3 - ÚLCERAS VENOSAS.....	33
1.4 - LITERACIA EM SAÚDE E ADESÃO TERAPÊUTICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	41
2 - METODOLOGIA.....	52
2.1 - DESENHO DE ESTUDO E OBJETIVOS	52
2.2 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESE.....	53
2.3 - VARIÁVEIS	54
2.4 - POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	55
2.5 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	55
2.6 - COLHEITA DE DADOS	59
2.7 - ASPETOS ÉTICOS.....	60
2.8 - TRATAMENTO DOS DADOS.....	60
3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	62
3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	62
3.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS ASPETOS RELACIONADOS ÀS ÚLCERAS.....	65
3.3 - CONSISTÊNCIA INTERNA DO HLS-EU-PT E DA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE ADESÃO TERAPÊUTICA.....	70
3.4 - NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE.....	72
3.5 - TESTE DE NORMALIDADE.....	74
3.6 - CORRELAÇÕES ENTRE NÍVEIS DE LITERACIA E NÍVEL DE ESCOLARIDADE	75
3.7 - ADESÃO TERAPÊUTICA DOS UTENTES COM ÚLCERAS VENOSAS.....	77
3.8 - CORRELAÇÕES ENTRE NÍVEIS DE LITERACIA E ADESÃO TERAPÊUTICA	77

NOTA FINAL	83
REFERÊNCIAS.....	89
ANEXO I - Autorização para utilização do European Health Literacy Survey	
ANEXO II - Autorização para utilização da Escala Multidimensional de Adesão Terapêutica	
ANEXO III - Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro	
ANEXO IV - Parecer da Comissão de ética da UICISA: E	
ANEXO V - Autorização à Presidente da Direção de Enfermagem do ACES Baixo Mondego	
APÊNDICE I - Instrumento de Colheita de Dados	
APÊNDICE II - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido	

NOTA INTRODUTÓRIA

O envelhecimento populacional global é um dos responsáveis pelo surgimento e agravamento de doenças crónicas como diabetes e hipertensão arterial, as quais contribuem para o aparecimento de alguns tipos de feridas.

De maneira geral, o crescente número de idosos é um desafio do mundo atual. As projeções do Instituto Nacional de Estatística estimam que o índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará entre os anos de 2018 e 2080, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens (INE, 2020).

Os dados epidemiológicos sobre feridas crónicas ainda são inadequados (Vos et al., 2016). Somando a outros fatores, a falta de consenso sobre a diferença entre feridas agudas e crónicas contribui para que dados específicos ainda sejam escassos e insuficientes (Kyaw et al., 2018).

A prevalência mundial de doenças cutâneas e subcutâneas cresceu rapidamente, de 492.883.000 em 2005 para 605.036.000 no ano de 2015. Estas doenças assim classificadas referem-se a diferentes subcategorias de feridas (Vos et al., 2016).

A prevalência global estimada das lesões de perna é de 1,51 por 1.000 habitantes (Martinengo et al., 2019). Há diversos fatores relacionados ao aparecimento destas lesões. Entretanto, na maioria dos casos há associação com a deficiência vascular (Dissemond et al., 2018).

Além da repercussão na qualidade de vida dos utentes, o impacto social das úlceras de perna é também de grande relevância. O seu tratamento depende de cuidados contínuos, o que acarreta altos custos para os Sistemas de Saúde (Bistreanu & Teodorescu, 2009; Moura, Gonçalves, Navarro, Britto & Dias, 2010; Garcia, Müller, Paz, Duarte & Kaiser, 2018).

No Reino Unido, entre 2004 e 2012, houve crescimento de 21% dos gastos com a prescrição de tratamentos para feridas. O custo com pensos prescritos para as úlceras de perna foi, em 2012, de 184 milhões de libras (Cullum et al., 2016). Estes valores equivalem a apenas 15% dos custos totais, visto que as maiores despesas são representadas por visitas de profissionais de saúde e internamentos hospitalares. O custo para o Sistema Nacional de Saúde no referido país foi de 1.94 bilhões de libras para o tratamento de 731.000 úlceras de perna (Guest et al., 2017).

A doença vascular crónica pode dar origem à destruição da derme e epiderme com risco de comprometimento de tecidos mais profundos. Este tipo de lesão é conhecida como úlcera vascular/venosa/varicosa (Dissemond et al., 2018).

Existem vários determinantes de mau prognóstico: como sejam a úlcera maior que 5 cm²; a duração maior que 6 meses; a história prévia de úlcera venosa; a presença de lipodermatoesclerose; a insuficiência venosa crónica profunda; o sedentarismo (Vivas et al., 2016).

Em todos os casos, é consolidado que o tratamento das úlceras venosas tem como base o uso da terapia compressiva (TC), considerado o tratamento *standard*, e os pensos para a preparação do leito da ferida (Vivas et al., 2016).

Apesar de estarem comprovados os benefícios do uso da terapia compressiva em pessoas com úlceras venosas, ainda há barreiras à sua implementação. A baixa formação e, conseqüentemente, menor conhecimento sobre a terapia compressiva por parte dos profissionais, assim como a recusa dos utentes, por falta de conhecimento e intolerância à dor ou desconforto, contribuem para a existência destas barreiras (Pereira & Gaspar, 2012).

Os aspetos fisiopatológicos envolvidos e os tipos de tratamento parecem ser aqueles de maior interesse das investigações atuais. O uso de tecnologias inovadoras e desenvolvimento de conhecimentos na área das feridas são grandes aliados para tratamentos cada vez mais sofisticados (Morison, Moffatt & Franks, 2010).

Entretanto, a tecnologia não produz resultados por si só, ela necessita ser bem utilizada, tendo como base uma aplicação adequada e consciente. Para isso, profissionais e utentes precisam estar envolvidos com os aspetos determinantes para a melhor resposta ao tratamento proposto (Serrão, 2014).

O conceito de literacia em saúde sofreu alterações com o passar do tempo. Em 1998, foi definida como capacidades cognitivas e sociais determinantes para motivar as pessoas, modificar comportamentos e formas de viver. Além de ser compreendida como promotora de acesso, entendimento e utilização da informação para a manutenção de uma saúde ótima (WHO, 1998).

A literacia em saúde possui impactos na qualidade de vida das pessoas, dos seus dependentes, além de causar repercussões nos custos e nos modos de organização dos Sistemas de Saúde (Espanha et al., 2016).

O conceito de adesão terapêutica é amplo. Pode estar relacionado ao comportamento dos utentes diante das recomendações dos profissionais de saúde relativamente ao regime de tratamento proposto (Haynes, McDonald & Montague, 2002). Também é definido como um meio para se alcançar a manutenção ou melhoria da saúde, com o objetivo de reduzir os sinais e sintomas de uma doença (Miller, Hill, Kottke & Ockene, 1997).

A baixa adesão terapêutica, relativamente, ao tratamento das úlceras de perna pode ter como consequência o prolongamento da cicatrização e maiores riscos de instalação de complicações. Portanto, configura-se como um grande problema para a saúde individual e coletiva (Borges, Ferraz, Carvalho, Matos & Lima, 2016). Para reduzir a baixa adesão aos cuidados com a úlcera venosa, é preciso ter em conta os múltiplos fatores associados. Assim, o tratamento, os aspetos relacionados à doença, as características inerentes aos utentes, os problemas sociais, os serviços de saúde e os profissionais são pontos chave na adesão terapêutica (Silva et al., 2019).

Este contexto demonstra a importância da temática e a necessidade de estudar este assunto. Foi fator motivador para o desenvolvimento deste trabalho a relação pouco estudada sobre causa/efeito entre literacia em saúde e adesão ao tratamento de úlceras venosas.

Outrossim, é importante destacar que, compreender instruções fornecidas por profissionais da saúde e cumprir tratamentos indicados, são tarefas que se revelam difíceis para muitas pessoas, mesmo para aquelas que apresentam níveis de literacia mais elevados (Serrão, 2014).

Sabe-se que inúmeros fatores contribuem para a baixa adesão terapêutica em pessoas com úlceras venosas. Entretanto, a literatura vigente não apresenta dados

que demonstrem que os baixos níveis de literacia em saúde estão relacionados ao não cumprimento do regime terapêutico indicado a estes utentes.

Portanto, a investigação desenvolvida teve como questão de investigação: Existe relação entre o nível de literacia em saúde e a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas?

O impacto deste tipo de estudo está associado com a prática diária do enfermeiro que possui um papel fundamental na literacia em saúde e adesão ao tratamento dos utentes que estão sob os seus cuidados diários, além de ser importante para o ensino, pois amplia o debate sobre um tema pouco abordado na estrutura curricular. Há também vantagens para a pesquisa, visto que este estudo poderá servir de estímulo para o desenvolvimento de investigações que permitam aprofundar o debate sobre a temática.

Portanto, o objetivo geral da investigação foi:

- Perceber se existe relação entre a literacia em saúde e a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas.

No que diz respeito aos objetivos específicos da investigação, estes foram:

- Identificar o nível de literacia em saúde dos utentes com úlceras venosas.
- Avaliar a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas.
- Analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas.

A investigação desenvolvida foi do tipo descritiva com abordagem quantitativa. Teve como participantes utentes a realizar tratamento para úlceras venosas nos Centros de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde (AceS) Baixo Mondego.

O instrumento de colheita de dados foi composto por três questionários que avaliaram quatro aspetos: um deles avaliou os aspetos sociodemográficos para caracterização da amostra, o segundo verificou o nível de literacia em saúde dos participantes, o terceiro teve como foco a avaliação da adesão terapêutica aos cuidados com a úlcera venosa e o quarto procurou avaliar os aspetos relacionados à ferida.

A dissertação estará dividida em três partes, primeiramente o enquadramento teórico, onde ocorrerá a apresentação e definição dos conceitos centrais em estudo e o estado da arte. Na segunda parte será apresentado o enquadramento metodológico. A terceira parte é constituída pela apresentação dos resultados, respetiva análise e discussão.

Esta investigação cumpriu com os princípios éticos, foi aprovada pelas comissões de ética UICISA-E e da Administração Regional de Saúde do Centro, bem como teve também uma resposta positiva da Sr^a Presidente da Direção de Enfermagem do ACES Baixo Mondego.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O termo teoria é classicamente definido no âmbito da investigação como uma generalização abstrata que explica como fenómenos distintos estão relacionados entre si. Este termo também pode ser utilizado para caracterizar um fenómeno - teoria descritiva (Polit & Beck, 2011).

Essas teorias desempenham um papel especialmente importante em estudos qualitativos. Tanto as teorias clássicas quanto a descritiva ajudam a tornar os resultados das pesquisas significativos e interpretáveis. Elas permitem que os pesquisadores façam ligações entre observações dentro de um sistema ordenado (Polit & Beck, 2011, p. 223).

Portanto, o capítulo que se segue abrange o enquadramento teórico e do estado da arte, ambos apoiados na mais recente literatura sobre os principais temas desta dissertação.

Todo o material apresentado nas próximas páginas serviu de embasamento para a construção do projeto de investigação e permitirá uma ampla discussão dos resultados encontrados.

1.1 – LITERACIA EM SAÚDE

O conceito de literacia, antes relacionado com o desempenho de tarefas específicas, evoluiu. Além dos aspetos pessoais, a literacia abrange também questões sociais do indivíduo, quando este possui capacidade de tomar decisões fundamentadas e assumir responsabilidade no seu dia-a-dia (Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

Nutbeam (2009) considera três tipos de literacia:

- Literacia funcional/básica, quando o indivíduo consegue realizar atividades do dia-a-dia pois é capaz de ler escrever;
- Literacia interativa/comunicativa (que também pode ser aplicada no dia-a-dia e compreende competências mais avançadas). Quando o indivíduo é capaz de obter

informação e significados a partir de formas diversas de comunicação e aplica a informação adquirida.

- Literacia crítica: competências cognitivas ainda mais avançadas, juntamente com as capacidades sociais, pois o indivíduo é capaz de realizar análise crítica sobre a informação e usá-la para exercer maior controlo sobre as situações de vida.

A primeira definição de literacia em saúde documentada é de Simonds (1974), sendo, portanto, um conceito relativamente recente cujo termo em inglês, *health education*, estava inserido no contexto das políticas sociais. Distanciava-se do conceito atual pela sua relação direta com a formação escolar, no sentido de ser compreendido como uma disciplina transversal a outras, com impacto nos comportamentos de saúde e vínculos com as ciências biológicas, a medicina e os cuidados de saúde.

Este tipo de abordagem sugere que questões individuais determinam o desenvolvimento de um nível de literacia em saúde adequado ou inadequado. Visto desta forma, a literacia em saúde é compreendida como um atributo pessoal, associada à ideia de que cada um é responsável pela capacidade de compreender a saúde. Aspetos culturais e competências comunicacionais não são considerados nesta abordagem, ignorando-se o papel dos profissionais das áreas da saúde, educação e psicossocial (Serrão, 2014).

A segunda abordagem admite que a literacia em saúde é construída durante o percurso de vida, através da interação dos indivíduos com o meio, e ultrapassa a literacia fundamental, representada pelas competências de leitura, escrita e numeracia (Serrão, 2014).

A definição de literacia atualmente concebida pela OMS é a desenvolvida em 2012 pelo European Health Literacy Consortium que afirma que:

A literacia em saúde está relacionada à literacia e envolve o conhecimento, a motivação e as competências da pessoa em aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação em saúde para fazer julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde a fim de manter ou melhorar a qualidade da vida durante o curso da vida (HLS-EU Consortium, 2012, p.7).

Portanto, esta abordagem complexifica o conceito e o associa-o ao empoderamento e à participação (Serrão, 2014).

A Figura 1 representa o modelo conceitual de literacia em saúde que considera maneiras distintas de lidar com a informação sobre saúde: aceder a informação, compreendê-la, avaliá-la e aplicá-la. Segundo este modelo, a literacia em saúde possui três domínios: cuidado de saúde, prevenção de doença e promoção da saúde (HLS-EU Consortium, 2012).

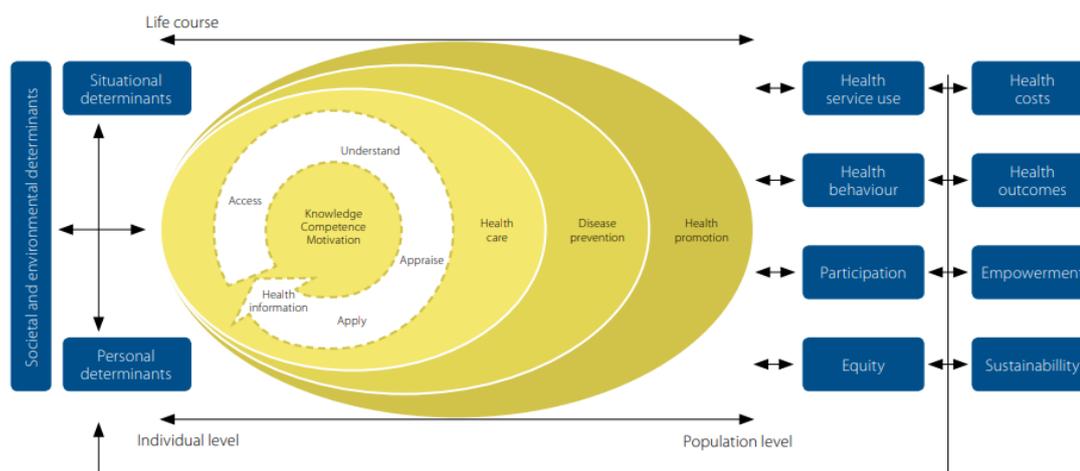


Figura 1 - Modelo conceitual de literacia em saúde (HSL-EU).

Fonte: WHO (2013) adaptado de HLS-EU Consortium (2012).

Um dos fatores que mais se relaciona com a literacia em saúde é a educação. No entanto, educação compreendida como um processo que ultrapassa a aquisições de competências de leitura, escrita e numeracia, ou seja, um conceito que vai além dos limites da escolarização. Portanto, as intervenções educacionais que têm como foco a promoção da literacia em saúde, visarão, além do aumento de conhecimento acerca da saúde, o “desenvolvimento de competências pessoais passíveis de motivar as pessoas para a melhoria de resultados a nível da saúde pessoal e para a realização de mudanças nos determinantes socioeconómicos na saúde” (Serrão, 2014, p. 14).

Estudos anteriores já demonstravam que indivíduos com baixa literacia em saúde apresentam menor compreensão sobre as informações orais e escrita fornecidas, possuem baixa capacidade de navegar pelo sistema de saúde para obter os serviços que necessitam, são menos capazes de realizar procedimentos necessários e têm maior dificuldade em seguir indicações prescritas (Baker et al., 1996; Bennett et al., 1998).

São escassos os estudos que investigam comparações entre populações, que analisam consequências e fatores determinantes para os diferentes níveis de literacia em saúde. Grande parte das pesquisas é baseada em populações pequenas, com foco na literacia funcional em saúde (Espanha et al., 2016; WHO, 2013).

Outra dificuldade em fazer associações e comparar as investigações realizadas está relacionada com o uso de diferentes metodologias para avaliar a literacia em saúde (Espanha et al., 2016).

Apesar disso, nos últimos anos a literacia em saúde ganhou destaque em todo o mundo. Surgem cada vez mais pesquisas que procuram aprofundar a compreensão do potencial da literacia em saúde na redução das iniquidades, na melhoria da saúde e do bem-estar (WHO, 2013).

Além do expressivo impacto da literacia em saúde na qualidade de vida e saúde dos indivíduos e das populações, observa-se um crescente interesse pelo tema por parte da comunidade científica, e também a nível político, em virtude dos maiores gastos associados a baixos níveis de literacia (Serrão, 2014).

A exemplo da importância dada ao tema, a DGS (Direção Geral da Saúde) publicou em 2019 o Plano de Ação para a Literacia em Saúde que:

pretende, mantendo a pessoa no centro da intervenção, melhorar continuamente, conscientemente e com sustentabilidade o nível de Literacia em Saúde da população residente em Portugal. Importa melhorar a Literacia em Saúde no contexto da navegação no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e no Sistema de Saúde, em geral (DGS, 2019, p. 8).

É cada vez mais claro que o nível de literacia em saúde condiciona decisivamente os indivíduos a tomarem decisões acertadas sobre a sua saúde. Portanto, investigações sobre os principais fatores explicativos da literacia, o seu impacto na qualidade dos cuidados de saúde e na qualidade de vida dos utentes não são só úteis, mas assumem-se como necessários. O interesse nesse tipo de investigação para as populações e instituições de saúde é cada vez maior, pois pesquisas deste género promovem diversificação do conhecimento para a ação (Espanha et al., 2016).

Mesmo após este processo de evolução e atualização, o conceito de literacia em saúde permanece relacionado às práticas de literacia, como a leitura e o uso de

tecnologias da informação e comunicação (Espanha, Ávila & Mendes, 2016). Os instrumentos de avaliação da literacia em saúde ainda hoje utilizados e que serão apresentados a seguir, refletem esta afirmação.

1.1.1 - Instrumentos de Avaliação da Literacia Em Saúde

Os instrumentos de avaliação da literacia em saúde podem ter diferentes abordagens, podendo ser: de medição objetiva, quando avaliam diretamente as capacidades e aptidões individuais para a realização de tarefas; de medição subjetiva, os quais analisam capacidades autorrelatadas, ou mistos - objetivos e subjetivos (Altin, Finke, Freimuth & Stock., 2014).

É bastante complexo mensurar a literacia em saúde, visto que há diferentes aspetos a serem analisados numa metodologia de avaliação. Outro desafio diz respeito aos diferentes contextos de doença/saúde e estágio de vida nos quais a literacia pode ser avaliada. Uma terceira dificuldade está relacionada a natureza bilateral da literacia, pois ela envolve utentes, sistema e profissionais da saúde (Pleasant, McKinney & Rikard., 2011).

Ainda existe uma dependência dos formatos de avaliação com foco na medição da alfabetização funcional, contrariando a demanda por novos instrumentos. No entanto, muitos avanços ocorreram na forma como é avaliada e mensurada a literacia. A aplicação de escalas com avaliações multidimensionais, que misturam diferentes abordagens de medição, permitiu analisar amplamente a literacia em saúde (Altin et al., 2014).

Não há consenso sobre a medição mais adequada da literacia em saúde, no entanto, há preferência para ferramentas mais abrangentes. O *European Health Literacy Survey* (HLS-EU) é abrangente, utiliza uma abordagem de avaliação mista que mede a literacia em saúde funcional e utiliza questionário de autorrelato (Altin et al., 2014).

O *European Health Literacy Survey* (HLS-EU) ou Inquérito Europeu sobre Literacia em Saúde em português segue a metodologia adotada pelo inquérito original e distingue quatro formas de lidar com a informação relevante sobre saúde: “A capacidade de acesso à informação; A compreensão da informação; A capacidade de interpretação e avaliação da informação; A sua aplicação ou utilização em situações adversas”, como descrito por Espanha et al. (2016, p.18).

Cada uma destas competências são avaliadas em diferentes domínios: utentes que precisam de cuidados de saúde; utentes que se relacionam com os serviços de saúde (sobretudo na prevenção); utentes que promovem a sua própria saúde (Tabela 1).

Tabela 1 - Matriz de dimensões e subdimensões da Literacia em Saúde utilizadas no European Health Literacy Survey – Portugal

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

Adaptado de Espanha et al. (2016).

1.2 - ADESÃO TERAPÊUTICA

O termo adesão sofreu evolução com o passar dos anos. Inicialmente o conceito de *compliance* surge extremamente associado ao simples cumprimento da prescrição médica e a uma relação passiva e submissa do utente em relação ao médico, apenas no sentido de cumprir ordens (Cruz, 2017).

Nos fins da década de 90 observa-se maior protagonismo do utente, que se torna participativo na gestão da sua doença e nos cuidados de saúde em geral. Com essa mudança cultural de uma visão mais igualitária da relação entre utente e médico, há um declínio do termo *compliance* e surgimento dos termos *adherence* ou *cooperation* (Cruz, 2017).

Entretanto, a falta de um consenso para definir o termo *adherence*, bem como o fato de não haver uma medida de adesão à terapêutica considerada de referência, mantém a fragmentação do estudo das causas da baixa adesão aos regimes

terapêuticos e dos seus impactos (Vermeire, Hearnshaw, Royen & Denekens, 2001).

É então que, em 2003, a OMS define o termo adesão terapêutica como diferentes tipos de comportamento frente a qualquer regime terapêutico. Além disso, com o intuito de reduzir as dificuldades apresentadas e a fim de sistematizar a investigação sobre a não-adesão aos tratamentos em doenças crônicas, propõe um modelo de análise dos fatores que influenciam o comportamento de adesão em cinco dimensões (WHO, 2003):

- Fatores sociais e económicos;
- Fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde;
- Fatores relacionados com o tratamento;
- Fatores relacionados com a doença;
- Fatores relacionados com a pessoa utente.

É importante destacar que, no que diz respeito à adesão terapêutica, o que é mensurável e passível de análise é a correspondência do comportamento do utente frente às indicações dos profissionais de saúde e ao tratamento prescrito (Cabral & Silva, 2010).

Neste sentido, os estudos de adesão terapêutica utilizam métodos distintos classificados nos seguintes grupos:

- Métodos diretos: têm como base procedimentos médicos. Permitem avaliar a ação direta de medicamentos, por exemplo, no organismo através de fluidos biológicos dos utentes. Possuem custos mais altos e, por conta do caráter invasivo, são de difícil aceitação (Gordis, 1981, citado por Cabral & Silva, 2010; Vermeire et al., 2001):
- Métodos indiretos: colheita de dados através de entrevistas ou questionários aplicados a utentes e/ou familiares próximos, através de relatos dos profissionais de saúde, análise dos processos, dos ganhos em saúde, etc. A fiabilidade dos resultados encontrados após aplicação deste tipo de instrumento é mais vulnerável (Gordis, 1981, citado por Cabral & Silva, 2010).

Para além do conceito e da forma em que ele pode ser mensurado, é certo que o utente precisa ser visto como parte integrante do tratamento. Portanto, é importante que tenha a oportunidade de ajustar o seu regime terapêutico com o auxílio dos profissionais de saúde (Roios, 2013).

1.2.1 - Adesão Terapêutica do Utente com Úlcera Venosa

A recidiva da úlcera venosa é um problema frequente para aqueles que possuem este tipo de lesão. A evidência científica mostra que com a adesão à terapia compressiva, tratamento considerado como padrão ouro, haverá melhoria nas taxas de cura. Portanto, saber que intervenções são determinantes para a adesão à terapia compressiva é muito importante para curar úlceras e prevenir a recorrência destas (Weller, Buchbinder & Johnston, 2016).

Estudos científicos revelam que pessoas com UV apresentam baixa taxa de adesão à terapia compressiva e baixa adoção de hábitos saudáveis de alimentação (Nelson & Adderley, 2016).

A baixa adesão aos cuidados com a úlcera venosa aumentam as taxas de recidiva e o tempo de cicatrização da lesão (Borges et al., 2016).

Um estudo que avaliou taxas de adesão à terapia compressiva em utentes com úlceras já cicatrizadas evidenciou menores taxas de abandono em utentes que utilizaram compressão moderada (28%), quando comparados aqueles que faziam uso de meias de alta compressão (42%) (Borges et al., 2016).

Fatores como dor/desconforto, questões psicossociais, défice de conhecimento, limitações físicas, pouca destreza, comportamento do utente, problemas financeiros, esquecimento das orientações fornecidas pelo profissional de saúde e a dificuldade para usar a terapia compressiva podem determinar a não adesão à esta terapia (Payne, 2019; Chitambira, 2019; Borges et al., 2016).

Outra investigação recentemente publicada, identificou que:

a relação intersubjetiva entre a pessoa acometida pela UV e o profissional de saúde responsável por seu cuidado apresenta-se como uma força potencializadora para a adesão ao cuidado na medida em que torna possível a reciprocidade de perspectivas entre os atores envolvidos no cuidar (Silva et al., 2019, p. 1).

Portanto, confirma-se que a qualidade da relação do tratamento é determinante na adesão terapêutica. É possível haver relações eficazes de tratamento quando os profissionais são capazes de criar meios terapêuticos alternativos, permitem a negociação do regime de tratamento, promovem debate sobre a adesão e o acompanhamento é planeado (WHO, 2003).

1.3 - ÚLCERAS VENOSAS

Dos diferentes tipos de úlceras de perna, as de etiologia venosa são as mais comuns. Para assegurar um planeamento de cuidados adequados e no tempo correto, é fundamental avaliar este tipo de lesão de modo abrangente e holístico, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida das pessoas/família e comunidade, reduzindo os custos associados e desnecessários nos tratamentos sustentados em modelos tradicionais (Menoita, 2015).

É denominada úlcera venosa (UV) a lesão de pele aberta que geralmente ocorre no lado medial da perna entre o tornozelo e o joelho como resultado da insuficiência venosa crónica e da hipertensão venosa ambulatorial. Esta é uma ferida tipicamente rasa, que possui lento progresso à cura, estendendo-se para além de 4-6 semanas após a ocorrência inicial (Harding et al., 2015). As úlceras venosas estão entre os tipos mais comum de ferida crónica. Associados a estas lesões, podem coexistir sinais clássicos de hipertensão venosa: edema, coloração com hemossiderina e lipodermatoesclerose (Millan, Gan & Townsend, 2019).

Ter compreensão dos mecanismos do fluxo sanguíneo e da fisiopatologia do sistema venoso são aspetos essenciais para implementar o tratamento mais adequado. Portanto, é importante compreender que o sistema venoso dos membros inferiores é composto por veias superficiais, perforantes e profundas. As veias superficiais e as profundas comunicam-se através das veias perforantes e possuem como objetivo transportar o sangue novamente para o coração. O sangue a baixa pressão é transportado pelas veias superficiais que possuem muitas válvulas, com o objetivo de evitar o refluxo de sangue. Já as veias profundas transportam o sangue a uma pressão superior e, por isso, possuem um menor número de válvulas. Ainda sobre as veias superficiais, estas se mantêm-se fora da fáscia profunda e fazem drenagem das veias poplíteas e femorais (Menoita, 2015).

O retorno do sangue periférico para o coração acontece por um mecanismo que inclui a compressão das veias por contração muscular e pela pressão negativa produzida no tórax durante a inspiração. Os invólucros fasciais semirrígidos dos músculos dos gêmeos, atuam como uma bomba (denominada bomba gemelar), forçando o sangue venoso profundo na direção do coração (Menoita, 2015).

Quando os indivíduos se encontram em posição ortostática, a ação da gravidade promove grande aporte de sangue venoso nos membros inferiores. O acúmulo de sangue promove aumento na pressão no tornozelo de 80 a 100 mmHg que reduz para cerca de 10 a 20 mmHg ao deambular – pressão venosa ambulatorial (Morison et al., 2010).

Se as válvulas das veias perfurantes se tornam incompetentes, a pressão de retorno é transmitida diretamente para o sistema venoso superficial, com consequente reversão de fluxo, gerando danos aos vasos distais e, eventualmente, o surgimento de veias varicosas (Harding et al., 2015).

Quando as válvulas das grandes veias se tornam incompetentes, por deterioração primária ou por lesões pós-trombóticas, a direção do sangue oscilará entre ascendente e descendente. O fluxo retrógrado resultante, nas veias da parte inferior da perna (refluxo venoso), leva a um déficit na redução da pressão venosa ao andar (hipertensão venosa ambulatorial), dando origem a perda de fluídos para os tecidos e, conseqüentemente, formação de edema, fragilidade da pele e risco de ulceração (Menoita, 2015). Pessoas com úlcera venosa possuem anormal elevação sustentada da pressão venosa ambulatoria. Isso ocorre como consequência do refluxo por disfunção das válvulas venosas, obstrução venosa ou ambos, como apresentado na Figura 2 (Vivas, Tov & Kirsner, 2016).

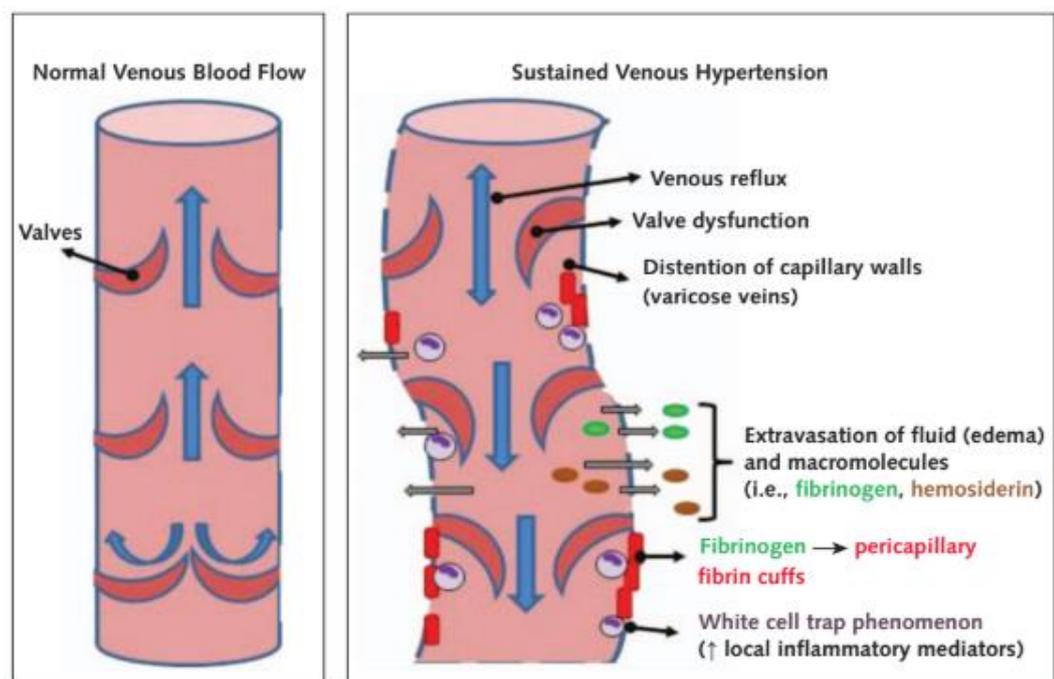


Figura 2 - Efeitos da hipertensão venosa ambulatorial sustentada.

Fonte: Vivas et al. (2016).

O mau funcionamento da bomba gemelar também pode causar prejuízos ao fluxo venoso, pois reduz a capacidade de o sistema venoso superar as forças gravitacionais e dificulta o retorno do sangue ao coração. Gêmeos de pessoas com úlceras venosas possuem menor função da bomba quando comparadas a pessoas sem lesões ou com feridas cicatrizadas (Vivas et al., 2016).

A síndrome pós-trombótica é caracterizada por sintomas (leves a graves) associados a sinais de insuficiência venosa. Tais sintomas não ocorrem imediatamente após a Trombose Venosa Profunda (TVP), pois neste período há desenvolvimento de fluxos sanguíneos colaterais e reperfusão de veias profundas. No entanto, quando o desenvolvimento de veias colaterais é inadequado ou há persistência da insuficiência valvular profunda (refluxo), a bomba muscular da perna não funciona adequadamente, gerando: dor, sensação de peso das pernas, desconforto, edema pré-tibial, endurecimento e hiperpigmentação da pele e ulceração venosa nos casos mais graves (Amin et al., 2018; Ito et al., 2016).

A classificação da doença venosa é importante para padronização da gravidade da doença vascular e avaliação da eficácia do tratamento. A classificação clínica,

etiológica, anatômica e fisiopatológica (CEAP) é a base da documentação dos distúrbios venosos crônicos (DVC) e deve ser usada para todos os utentes com úlceras venosas (O'Donnell et al., 2014).

Há duas versões de CEAP, uma simplificada e recomendada para a prática clínica (Tabela 2) e outra mais abrangente destinada às investigações sobre o tema (O'Donnell et al., 2014).

Tabela 2 - Classificação básica CEAP

Classificação clínica
C0 Sem sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa
C1 Telangiectasia ou veias reticulares
C2 Varizes
C3 Edema
C4a Pigmentação e/ou eczema
C4b Lipodermatosclerose ou atrofia branca
C5 Úlcera venosa cicatrizada
C6 Úlcera venosa ativa
CS Sintomas, incluindo dor, aperto, irritação da pele, peso, câibras musculares, etc.
CA Assintomático
Classificação etiológica
Ec Congénita
Ep Primária
Es Secundária (pós-trombótica, pós traumática e outras)
En Sem etiologia venosa identificada
Classificação anatômica
As Sistema venoso superficial
Ap Sistema venoso perfurante
Ad Sistema venoso profundo
An Sem localização identificada
Classificação patofisiológica
Pr Refluxo
Po Obstrução
Pr,o Refluxo e obstrução
Pn Patofisiologia venosa não identificada

Adaptado de O'Donnell et al. (2014).

Este sistema de classificação possui fragilidades reconhecidas, como o facto de os seus componentes serem considerados relativamente estáticos e insuficientes para

determinar alterações na gravidade da doença venosa. Apesar disso, é um sistema aceito e amplamente disseminado para fins clínicos e de pesquisa. Portanto a CEAP é um componente essencial na classificação de doenças venosas (O'Donnell et al., 2014).

Um estudo realizado por Vlajinac, Marinkovic, Maksimovic e Radak (2013) apresentou fatores de risco significativamente mais frequentes em utentes com úlceras venosas (com classificação de CEAP C5-C6) quando comparados a utentes com classificação CEAP C0s-C4. Esses fatores de risco são: idade avançada, sexo masculino, história pessoal de trombose venosa superficial e profunda, diabetes, hipertensão arterial, doença osteoarticular nos membros inferiores, enfisema/DPOC, alto IMC (índice de massa corporal), sedentarismo, história familiar de úlcera no tornozelo (como refluxo nas veias profundas e perforantes), obstrução profunda e combinação de refluxo e obstrução.

Neste mesmo estudo, o refluxo e a obstrução isolados não foram relacionados à ulceração venosa, sendo a obstrução isolada significativamente mais frequente em utentes com doença venosa crónica (DVC) nas categorias C0s-C4. A combinação do refluxo e da obstrução foi significativamente mais comum nas categorias C5-C6 (Vlajinac et al., 2014).

O tratamento da úlcera venosa inclui os cuidados apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Tratamento da úlcera venosa.

Tratamentos	Comentários
Compressão	Após avaliação vascular, comprima 30 a 40 mm Hg, conforme tolerado (contraindicado se o índice tornozelo-braquial <0,6) Meias e ligaduras: Tração longa (> 140% de extensibilidade) Curta tração (≤ 60% de extensibilidade) Ligadura de compressão de óxido de zinco
Elevação	Elevação acima do nível do coração, quando em repouso.
Exercício	Caminhar ativa a bomba gemelar
Cuidado com a úlcera	Aplicação do acrónimo TIMERS

Adaptado de Bowers e Franco (2020).

A terapia compressiva é considerada como a primeira linha de opção no tratamento da úlcera de perna de etiologia venosa, pelo que os profissionais de saúde devem desenvolver competências nesta área, envolver a

pessoa/família em todo o processo e estabelecer uma relação de confiança promovendo a aderência ao tratamento (Menoita, 2015, p. 759).

A TC vai no sentido de gerar compressão das veias cujas válvulas são incompetentes, originando um aumento no fluxo do sangue em direção ao coração. Consequentemente, a aplicação da compressão reduz o diâmetro das principais veias e apresenta como efeito secundário o aumento da velocidade de fluxo venoso, mantendo inalterado o fluxo arterial (Partsch, Winiger & Lun, 2004).

A terapia compressiva não exclui o uso de um penso primário, sendo mais fácil adaptar as ligaduras quando comparado às meias elásticas (Ito et al., 2016). Para uma escolha adequada do penso e com o objetivo de orientar a gestão das úlceras venosas recomenda-se a utilização da ferramenta de suporte à decisão clínica; TIMERS (tecido; infecção/inflamação; controlo da humidade; bordos da ferida; regeneração/ reparo tecidual e fatores sociais) (Atkin et al., 2019). Esta ferramenta evoluiu ao longo dos anos e hoje tem como características centrais o cuidado holístico do utente com ferida e o envolvimento de uma equipe multidisciplinar. Portanto, para facilitar a tomada de decisões clínicas, o TIMERS utiliza uma abordagem ABCDE descrita a seguir (Post et al., 2021):

- A (*Assessment*): Avaliação do utente, bem-estar e ferida;
- B (*Bringing*): Trazer a equipa multidisciplinar e cuidadores informais para promover o cuidado holístico ao utente;
- C (*Controlling*): Controlar e tratar a causa subjacente e as barreiras à cicatrização de feridas;
- D (*Deciding*): Decidir sobre o tratamento de feridas mais apropriado a ser implementado e o resultado desejado do tratamento de feridas
- E (*Evaluation*): Avaliação e reavaliação de como a ferida está progredindo e se as metas de tratamento de feridas foram alcançadas.

A terapia compressiva faz parte da abordagem anteriormente citada, visto que o seu principal objetivo é controlar e tratar a principal barreira à cicatrização deste tipo de ferida crónica (Post et al., 2021).

Falando ainda sobre a terapia compressiva, é de se referir que este é o tratamento conservador mais importante para aqueles que possuem varizes, trombose venosa

profunda (TVP) e linfedema (Ito et al., 2016). Ou seja, a TC é importante não só quando a úlcera venosa está instalada, mas na prevenção desta. Quando utilizada após diagnóstico de TVP, por exemplo, está associada a uma redução absoluta de 8% da síndrome pós-trombótica nos 24 meses após o evento (Amin et al., 2018).

Visto que a TC é o tratamento *standard* das úlceras de etiologia venosa, para este tratamento ser realizado com segurança é importante avaliar se existe algum compromisso arterial. A palpação dos pulsos periféricos é importante, mas não é suficiente para rejeitar a presença de doença arterial periférica (Menoita, 2015). Muitos são os exames auxiliares de diagnóstico (EAD's) aos quais se pode recorrer, sendo os mais relevantes o Índice de Pressão Tornozelo Braço (IPTB) e o Eco Doppler arterial (Vaz, Cunha & Afonso, 2021).

O IPTB pode ser obtido automaticamente, a partir de um dispositivo eletrónico, ou manualmente, associando-se um doppler e uma braçadeira de esfigmomanómetro. Este exame tem como vantagens: baixo custo, facilidade na execução e o facto de ser reprodutível (sensibilidade 95%, especificidade 100%) (Vaz et al., 2021).

O IPTB resulta do quociente entre o valor mais elevado da pressão sistólica obtido no membro inferior afetado (verificado na artéria tibial anterior/tibial posterior/pediosa) e o valor mais elevado das pressões sistólicas obtidas nos membros superiores (Moya J. Morison, 2010). É considerado um meio complementar de diagnóstico, que auxilia na tomada de decisão do enfermeiro frente à úlcera e que determina a existência ou não de doença arterial e, no caso de estar presente, o seu grau de comprometimento (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A avaliação deve acontecer da seguinte maneira (Vaz et al., 2021):

- Após o utente repousar por 5 a 10 minutos, avaliar a pressão sistólica em ambos os braços;
- Verificar a pressão sistólica acima do maléolo nas artérias pediosa e tibial posterior;

Não existe um consenso sobre a interpretação dos valores do IPTB, O'Donnell et al. (2014) realçam os seguintes valores de referência:

>1,3 – Incompreensível

1.00 – 1.29 Normal

0.91 – 0.99 *Borderline*

0.41 – 0,90 Insuficiência arterial periférica leve à moderada

0.00 – 0.40 Insuficiência arterial periférica grave

São contraindicações referidas pelos autores Rabe et al., (2020) e Vaz et al. (2021) para terapia compressiva sustentada com meias de compressão elástica (MCE) tromboprolifáticas, dispositivo de velcro ajustável (DVA), MCE e Ligaduras de Compressão Elásticas:

- Utentes com doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) grave, com apenas um dos seguintes critérios: IPTB <0,6; pressão mínima no tornozelo <60 mmHg; pressão do dedo do pé <30 mmHg; Medição transcutânea de oxigénio (TcPO₂) <20 mmHg;
- Possível compressão de um bypass arterial epifascial;
- Insuficiência cardíaca grave (NYHA IV¹);
- Aplicar rotineiramente terapia compressiva em NYHA III² sem indicação explícita e quando não há monitorização clínica e hemodinâmica do utente;
- Confirmação de alergia ao material de compressão;

Também há contraindicação nos casos da neuropatia diabética grave com perda sensorial ou microangiopatia com risco de necrose da pele. No entanto, nestes casos é possível aplicar compressão inelástica, que exerce baixos níveis de compressão sustentada (compressão modificada) (Rabe et al., 2020; Vaz et al., 2021).

O efeito dos dispositivos de compressão sobre o sistema venoso depende da pressão exercida sobre o membro inferior e da rigidez dos materiais usados. A dinâmica de compressão varia, de acordo com Vaz et al., 2021, entre:

1 Pessoa com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito existem mesmo em repouso e se acentuam com qualquer atividade.

2 Pessoas com doença cardíaca que acarreta acentuada limitação da atividade física. Esses se sentem bem em repouso, porém, pequenos esforços provocam fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito.

- Material elástico: possui efeito de compressão centrípeta, o efeito é sobre o sistema venoso superficial e a pressão mantém-se quase constante ao longo das 24h. É indicado para pessoas com déficit de mobilidade.

- Materiais não elásticos: a compressão é centrífuga, porque quando colocado no membro inferior, adquire rigidez, impedindo expansão/deformação da ligadura pela ação muscular no momento da deambulação. A partir dessa limitação, cria uma dinâmica de massagem interna, no sistema venoso superficial, perfurante e profundo, aumentando a fração de ejeção do volume venoso, reduzindo o edema. O seu efeito só é notório quando o utente se movimenta. Ao deambular, esses materiais não permitem que o gêmeo se expanda para fora, portanto, ocorre uma compressão interna que facilita o retorno venoso.

1.4 - LITERACIA EM SAÚDE E ADESÃO TERAPÊUTICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Considerando a necessidade da discussão dos resultados a partir dos dados mais recentes da literatura, realizou-se uma revisão integrativa com o objetivo de avaliar a publicação vigente e atual sobre a relação entre literacia em saúde e adesão terapêutica em pessoas com doenças crônicas.

A Revisão proposta seguiu os moldes de uma *scoping review* com os critérios de inclusão:

- População: A revisão considerou investigações com utentes com necessidade de tratamento para doenças crônicas. Foram excluídos artigos com público pediátrico e com utentes dependentes de cuidadores.

- Conceito: Levou-se em conta os estudos que utilizaram qualquer tipo de questionário para avaliação da Literacia em Saúde de forma geral, no entanto, foram excluídos os estudos que utilizaram instrumentos não validados e instrumentos de Literacia em Saúde específicos para uma doença/condição crônica. Relativamente à avaliação da adesão terapêutica, foram considerados todos os instrumentos utilizados, mesmo os não validados. Esta escolha justifica-se pelo fato de que foi utilizado para esta investigação um instrumento adaptado. Além disso, diante de uma busca rápida na literatura, foram encontrados poucos estudos com instrumentos validados.

- Contexto: Fizeram parte desta revisão as investigações realizadas nos mais diversos contextos onde existiam utentes em tratamento para doenças crónicas: regime de internamento hospitalar, atendimento domiciliário, atendimento em ambulatório e nos Centros de Saúde.

Foram realizadas buscas entre os dias 7 de dezembro de 2021 e 20 de fevereiro de 2022, através da plataforma de busca EBSCOhost, nas seguintes bases de dados: MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; CINAHL complete; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts (LISTA); MedicLatina. Inicialmente considerou-se qualquer data de publicação, no entanto, em razão do grande número de estudos que teriam que ser incluídos na revisão e da percepção da importância de realizar discussão com estudos mais recentes, foram considerados apenas as investigações publicadas nos últimos 5 anos.

Foi realizada a busca por título e resumo utilizando-se as palavras-chave: health-literac*; access* or adhesion or adherence or compliance; todas associadas com o conectivo “AND”. Conforme apresentado na tabela 4:

Tuesday, December 07, 2021 12:31:44 PM

Tabela 4 - Histórico de Busca EBSCOhost.

#	Busca	Limitadores/expansores	Última execução via	Resultados
S3	S1 AND S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Cochrane Central Register of Controlled Trials;Cochrane Database of Systematic Reviews;Cochrane Methodology Register;Library, Information Science & Technology Abstracts;MedicLatina;Cochrane Clinical Answers	216
S2	TI health-literac* AND AB health-literac*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Cochrane Central Register of Controlled Trials;Cochrane Database of Systematic Reviews;Cochrane Methodology Register;Library, Information Science & Technology Abstracts;MedicLatina;Cochrane Clinical Answers	Exibição
S1	TI (access* OR adhesion OR adherence OR compliance) AND AB (access* OR adhesion OR adherence OR compliance)	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Cochrane Central Register of Controlled Trials;Cochrane Database of Systematic Reviews;Cochrane Methodology Register;Library, Information Science & Technology Abstracts;MedicLatina;Cochrane Clinical Answers	Exibição

Após identificação dos possíveis artigos, foram excluídas as duplicatas e artigos sem texto completo; alguns estudos foram rejeitados após leitura do título, resumo e ano de publicação e finalmente houve a leitura completa de 26 artigos e exclusão de 7 deles. A Figura 3, seguidamente apresentada, mostra o fluxograma que identifica sucintamente esses passos:

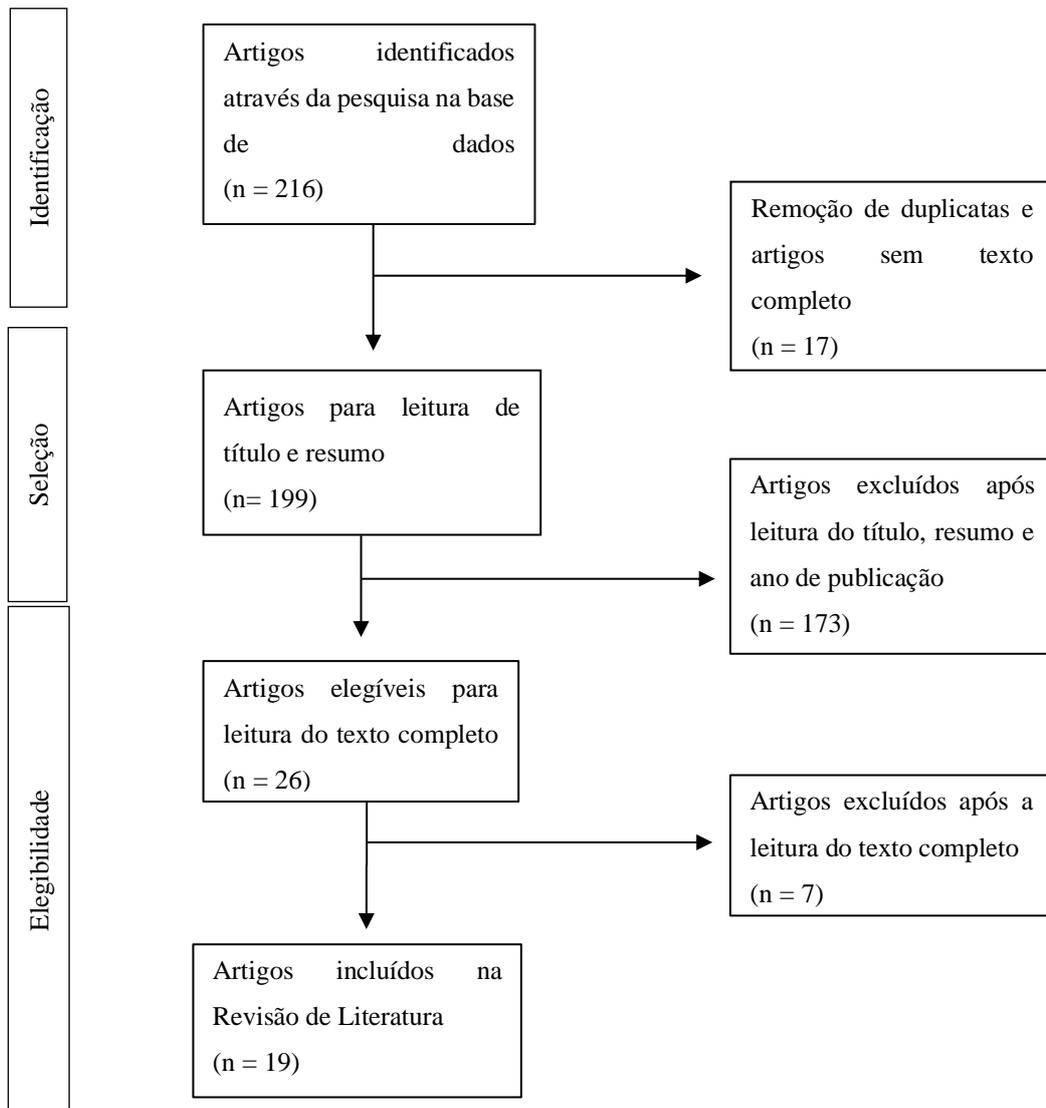


Figura 3 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos.

Todos os artigos seleccionados para o corpo da análise encontram-se em conformidade com os critérios de inclusão e exclusão delineados. Assim, os dezanove artigos consistem em estudos que avaliaram a relação entre literacia em saúde e adesão terapêutica em pessoas com doenças crónicas, foram desenvolvidos em diversos contextos e utilizaram

diferentes instrumentos tanto para avaliação da literacia em saúde como da adesão terapêutica.

Conforme apresentado na Tabela 5, todas as investigações utilizadas estavam indexadas nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete e utilizaram diversos instrumentos de avaliação da literacia em saúde.

Tabela 5 - Identificação dos estudos selecionados

Título	Ano	Autor	Objetivo(s)	Base de Dados	Instrumento de avaliação da LS
A path model linking health literacy, medication self-efficacy, medication adherence, and glycemic control	2018	Yen-Ming Huang; Olayinka O. Shiyabola; Hsun-Yu Chan	Investigar se a autoeficácia da medicação modera ou media a relação entre literacia em saúde e adesão à medicação. Propor um modelo de trajetória que ilustre a relação inter-relacionada entre literacia em saúde, autoeficácia medicamentosa, adesão medicamentosa e hemoglobina glicada (HbA1c).	CINAHL Complete	Newest Vital Sign (NVS)
A structural equation model of relationships of health literacy, illness and medication beliefs with medication adherence among patients with chronic obstructive pulmonary disease.	2020	Parul Agarwa; Jenny Lin; Kimberly Muellers; Rachel O’Conor; Michael Wolf; Alex D. Federman; Juan P. Wisnivesky.	Determinar as contribuições relativas da literacia em saúde (LS) e das crenças sobre doenças e medicamentos para a adesão à medicação entre utentes idosos com DPOC e determinar os caminhos pelos quais eles operam.	CINAHL Complete	Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)
Associated factors with treatment adherence of patients diagnosed with chronic disease: Relationship with health literacy	2021	Sabahat Coskun; Gulcan Bagcivan	Examinar a relação entre o nível de literacia em saúde e a adesão ao tratamento em pacientes com doença crónica.	MEDLINE Complete	Adult Health Literacy Scale (AHLS)
Association of health literacy and medication self-efficacy with medication adherence and diabetes control	2018	Yen-Ming Huang; Olayinka O Shiyabola; Paul D Smith.	Examinar a associação entre literacia em saúde e autoeficácia de medicação com adesão autorrelatada à medicação para diabetes; examinar a associação de literacia em saúde, autoeficácia de medicação e adesão autorrelatada à medicação em utentes com diabetes tipo 2.	MEDLINE Complete	Newest Vital Sign (NVS)
Association Between Health Literacy and Medication Adherence Among Hispanics with Hypertension	2018	Maichou Lor; Theresa A. Koleck; Suzanne Bakken; Sunmoo Yoon1; Ann-Margaret Dunn Navarra	Investigar a associação entre o nível de literacia em saúde e adesão a medicamentos anti-hipertensivos entre adultos hispânicos, que autorrelataram hipertensão.	MEDLINE Complete	Newest Vital Sign (NVS)

Título	Ano	Autor	Objetivo(s)	Base de Dados	Instrumento de avaliação da LS
Does patient health literacy impact adherence to adjuvant endocrine therapy in breast cancer patients?	2019	Jessica Keim-Malpass; Aubrey Doede; Shayna L Showalter.	Determinar se existe uma relação entre literacia em saúde autorreferida e 1) decisão de fazer terapia endócrina adjuvante e 2) adesão à terapia endócrina adjuvante em 2 anos entre mulheres com neoplasia da mama.	MEDLINE Complete	Set of Brief Screening Questions (SBSQ)
Examining the Association Between Health Literacy and Medication Adherence Among Older Adults	2018	Tilicia L. Mayo-Gamble; Charles Moutonb	Identificar: 1) diferenças dos níveis de literacia em saúde na adesão à medicação; 2) a associação entre literacia em saúde e adesão medicamentosa; e 3) fatores associados ao score de adesão medicamentosa.	MEDLINE Complete	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)
Gender Differences in the Associations Between Health Literacy and Medication Adherence in Hypertension: A Population-Based Survey in Heris County, Iran	2020	Haleh Heizomi; Zeynab Iraj; Rogayah Vaezi; Devender Bhalla; Donald; Morisky; Haidar Nadrian.	Examinar as associações baseadas em género de literacia em saúde com a adesão à medicação autorrelatada entre utentes com hipertensão primária.	CINAHL Complete	Iranian Health Literacy Questionnaire (IHLQ)
Health literacy and adherence to drug treatment of type 2 diabetes mellitus	2019	Mariana Rodrigues da Rocha; Sinderlândia Domingas dos Santos; Karine Rafaela de Moura; Lesliane de Sousa Carvalho; Ionara Holanda de Moura; Ana Roberta Vilarouca da Silva;	Analisar a relação entre literacia em saúde e adesão medicamentosa de utentes com Diabetes Mellitus tipo 2.	CINAHL Complete	Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)
Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure	2019	Monica Isabelle Lopes Oscalices; Meiry Fernanda Pinto Okuno; Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes; Ruth Ester Assayag Batista; Cassia Regina Vancini Campanharo.	Relacionar o nível de literacia funcional em saúde com adesão e barreiras para não adesão, re-hospitalização, readmissão e óbito em utentes com insuficiência cardíaca.	MEDLINE Complete	Newest Vital Sign (NVS)

Título	Ano	Autor	Objetivo(s)	Base de Dados	Instrumento de avaliação da LS
Is Health Literacy of Dialyzed Patients Related to Their Adherence to Dietary and Fluid Intake Recommendations?	2019	Ivana Skoumalova; Peter Kolarcik; Andrea Madarasova Geckova; Jaroslav Rosenberger; Maria Majernikova; Daniel Klein; Jitse P. van Dijk; Sijmen A. Reijneveld.	Avaliar se o baixo nível de LS dos utentes dialisados está associado ou não à adesão às recomendações dietéticas e de ingestão de líquidos.	MEDLINE Complete	Slovak version of the Health Literacy Questionnaire (HLQ)
Medication Adherence and Its Association with Health Literacy and Performance in Activities of Daily Livings among Elderly Hypertensive Patients in Islamabad, Pakistan	2019	Muhammad Saqlain; Asad Riaz; Muhammad Naeem Malik; Salman Khan; Ali Ahmed 1; Sohail Kamran; Hussain Ali	Investigar a adesão à medicação e seus fatores associados entre utentes hipertensos geriátricos paquistaneses.	MEDLINE Complete	Single item Literacy Screener (SILS)
Relationship between adherence to secondary prevention and health literacy, self-efficacy and disease knowledge among patients with coronary artery disease in China	2019	Minmin Lu; Haiou Xia; Jianying Ma; Ying Lin; Xian Zhang; Yunzhi Shen; Marilyn Hravnak	Examinar a associação entre literacia em saúde, autoeficácia, conhecimento da doença e adesão à prevenção secundária da doença arterial coronariana em utentes na China.	MEDLINE Complete	Short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q16)
Relationship between patient's health literacy and adherence to coronary heart disease secondary prevention measures	2018	Minmin Lu; Jianying Ma; Ying Lin; Xian Zhang; Yunzhi Shen; Associate; Haiou Xia	Examinar a relação entre a literacia em saúde (LS) e a adesão a comportamentos de prevenção de doença cardíaca coronária secundária em utentes na China.	CINAHL Complete	Short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q16)
Relationship of health literacy and adherence to oral anticoagulation therapy in patients with atrial fibrillation: a cross-sectional study	2021	Frederico Bartolazzi; Antônio Luiz Pinho Ribeiro; Waleska Jaclyn Freitas Nunes de Sousa; Mayara Sousa Vianna; José Luiz Padilha da Silva; Maria Auxiliadora Parreiras Martins.	Investigar a relação entre literacia em saúde (LS) e a adesão à terapia de anticoagulante oral em utentes com fibrilação atrial (FA).	MEDLINE Complete	Short Assessment of Health Literacy for Portuguese - speaking Adults (SAHLPA-18)

Título	Ano	Autor	Objetivo(s)	Base de Dados	Instrumento de avaliação da LS
The association of health literacy with illness perceptions, medication beliefs, and medication adherence among individuals with type 2 diabetes	2018	Olayinka O. Shiyanbola, Elizabeth Unni, Yen-Ming Huang, Cameron Lanier	Examinar a associação de literacia em saúde (LS) e crenças individuais na adesão à medicação e determinar se a LS tem um efeito moderador na relação entre crenças e adesão à medicação em utentes com diabetes tipo 2.	CINAHL Complete	Newest Vital Sign (NVS)
The effect of health literacy on treatment adherence in maintenance haemodialysis patients: a cross-sectional study	2018	Kristian Indino, Rebecca Sharp and Adrian Esterman	Determinar a associação entre um conceito multidimensional de literacia em saúde e a adesão ao tratamento autorreferida em utentes em hemodiálise.	CINAHL Complete	The Functional, Communicative and Critical Health Literacy (FCCHL)
The Relationship between Health Literacy and Medication Adherence in a Hypertensive Patient Population	2020	Hulya Firat Kilic; Sinem Dag	Investigar a relação entre literacia em saúde e adesão à medicação em utentes hipertensos.	CINAHL Complete	Adult Health Literacy Scale (AHLS)
Treatment selection and medication adherence for stable angina: The role of area-based health literacy	2019	Samuel T. Savitz; Stacy Cooper Bailey; Stacie B. Dusetzina; W. Schuyler Jones; Justin G. Trogdon; Sally C. Stearns.	Avaliar se o nível de literacia em saúde da comunidade está associada à seleção do tratamento e aos padrões de adesão à medicação.	MEDLINE Complete	National Assessment of Adult Literacy (NAAL)

O instrumento mais utilizado pelos estudos foi o Newest Vital Sign (NVS), que é um teste que apresenta um rótulo nutricional de um gelado e contém 6 perguntas sobre a interpretação deste rótulo. Pessoas com mais de 4 acertos provavelmente não terão baixa literacia, enquanto menos de 4 acertos indicam a possibilidade de literacia limitada. O tempo de aplicação deste instrumento é de 3 minutos, é confiável (α de Cronbach $>0,76$ em inglês e $0,69$ em espanhol) e correlaciona-se com outro instrumento, o Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) (Weiss et al., 2005).

O TOFHLA está disponível em inglês e espanhol e é um teste constituído por duas partes, em que a primeira fornece aos participantes informações médicas ou instruções sobre vários cenários relacionados com a saúde. Após a revisão dos cenários, os participantes respondem a perguntas que testam a sua compreensão sobre as informações contidas nesses cenários. Na segunda parte, baseada no método Cloze, os participantes recebem trechos de texto sobre temas médicos com palavras selecionadas apagadas e devem preencher os espaços em branco com palavras selecionadas de uma lista de opções de escolha múltipla (Weiss et al., 2005).

As pontuações do TOFHLA podem variar de 0 a 100 e pontuações inferiores a 60 representam literacia inadequada, 60 a 74 representam literacia marginal e superiores a 75 representam literacia adequada (Weiss et al., 2005).

A diferença entre o TOFHLA e o S-TOFHLA (Short Test of Functional Health Literacy in Adults), utilizado por dois estudos selecionados, consiste no número de itens que reduziu o tempo máximo de aplicação do instrumento de 22 para 12 minutos. O S-TOFHLA foi desenvolvido a partir de um processo de seleção de itens baseado em dados de um grande estudo que utilizou o TOFHLA (Parker, Baker, Williams & Nurss, 1995).

É importante referir que nenhum dos estudos selecionados investigou utentes em tratamento para úlceras venosas ou qualquer outro tipo de úlcera/ferida crónica. Este facto reforça a importância e originalidade do estudo que aqui se apresenta.

Observa-se também que somente dois estudos utilizaram o *European Health Literacy*, ambos na sua versão curta que possui apenas 16 questões. Neste sentido, é de se referir que, apesar de um número diminuto dos estudos selecionados utilizarem este questionário, este é um instrumento utilizado em grandes investigações. São exemplos os inquéritos a nível nacional realizados em diversos países da União Europeia, com versões

traduzidas e adaptadas, incluindo HLS-EU-PT (Espanha et al., 2016; HLS-EU Consortium, 2012).

Apesar de amplamente divulgado, traduzido, adaptado e utilizado, o *European Health Literacy* não parece ser o instrumento de escolha para investigações de menores dimensões. A quantidade de questões (47) e o tempo destinado para a aplicação do questionário podem ser fatores limitantes.

Os resultados encontrados nas investigações que integram esta revisão integrativa servirão como base empírica para a posterior discussão dos dados deste nosso estudo original, que será apresentado mais adiante.

2 - METODOLOGIA

O método é o procedimento que busca alcançar determinado fim (Prodanov & Freitas, 2013). As ciências possuem como característica a utilização de métodos científicos. No entanto, nem todos os estudos que empregam métodos podem ser chamados ciências (Marconi & Lakatos, 2003). Assim, “o método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo - conhecimentos válidos e verdadeiros -, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista” (Marconi & Lakatos, 2003, p. 85)

A metodologia é a disciplina que estuda, compreende e avalia os diferentes métodos disponíveis para desenvolver uma investigação. É a aplicação de procedimentos e técnicas com o objetivo de comprovar a validade e utilidade do conhecimento nos diversos âmbitos da sociedade (Prodanov & Freitas, 2013).

Portanto, este capítulo será destinado à descrição do tipo de estudo realizado, da questão de investigação, das variáveis e hipótese, de acordo os objetivos apresentados previamente.

Em consonância com a questão de investigação formulada, serão apresentados a população alvo, amostra estimada e instrumento de colheita de dados. Além disso também serão apresentados os procedimentos éticos e tratamento dos dados.

2.1 - DESENHO DE ESTUDO E OBJETIVOS

A investigação é do tipo descritiva correlacional com abordagem quantitativa. Este tipo de pesquisa busca descrever fatos observados sem interferir neles. A descrição utiliza técnicas padronizadas de colheita de dados como uso de questionário, entrevista estruturada ou observação sistemática, por exemplo. Procura descobrir, entre outros aspetos, a frequência, a natureza ou as características de um facto (Prodanov & Freitas, 2013).

Os objetivos explicam o que se pretende alcançar com a realização da pesquisa. Portanto necessitam ser exequíveis e devem ir de encontro à justificativa e questão de investigação (Prodanov & Freitas, 2013).

Conforme já descritos anteriormente, são objetivos do estudo:

- Identificar o nível de literacia em saúde dos utentes com úlceras venosas.
- Avaliar a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas.
- Analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas.

2.2 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESE

No contexto das úlceras de perna, observa-se que as de origem venosa, pela sua frequência, prevalência e incidência, possuem impacto na saúde e, de maneira especial, na vida das pessoas que desenvolvem este tipo de ferida.

As úlceras venosas têm como característica o elevado tempo de cicatrização, necessidade de troca frequente de pensos e uso de terapia compressiva. Por estas e outras razões, causam impacto direto na qualidade de vida, além de repercussões físicas e psicossociais para os utentes em tratamento, como já descritas anteriormente.

É perceptível um grande esforço da indústria de equipamentos médico-hospitalares em desenvolver novas tecnologias para atender às necessidades dos profissionais que tratam dos utentes com estes tipos de feridas.

Diante deste ambiente altamente tecnológico, o utente precisa ser visto não como coadjuvante, mas como sujeito principal e ativo no processo do cuidado. Percebe-se, então, a importância em estudar a relação entre literacia em saúde e adesão terapêutica em utentes com úlceras venosas.

Portanto, a questão de investigação proposta é: Existe relação entre o nível de literacia em saúde e a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosa?

A hipótese é caracterizada como a resposta temporária à questão apresentada. Tanto a questão de investigação quanto a hipótese apresentam relação entre variáveis do estudo. No entanto, a hipótese é uma afirmação, cuja sentença é mais detalhada que a questão de investigação (Marconi & Lakatos, 2003).

Apresenta-se, então, a seguinte hipótese a esta futura investigação: Há relação direta entre o nível de literacia em saúde dos utentes e a adesão ao tratamento das suas úlceras venosas.

2.3 - VARIÁVEIS

“Variável pode ser considerada como uma classificação ou medida; uma quantidade que varia; um conceito operacional, que contém ou apresenta valores; aspecto, propriedade ou fator, discernível em um objeto de estudo e passível de mensuração” (Marconi & Lakatos, 2003, p. 137)

As variáveis de uma investigação podem ser divididas em variável diversos tipos. A variável independente, por exemplo, possui a capacidade de influenciar, determinar ou afetar outra variável. Ela é a causa para uma determinada consequência, efeito ou resultado. Geralmente pode ser manipulada pelo pesquisador (Marconi & Lakatos, 2003).

Neste estudo a variável independente, que possui a capacidade de afetar a variável dependente, será a literacia em saúde dos utentes em tratamento de úlceras venosas.

Para avaliação desta variável será utilizado o *European Health Literacy* em português (apêndice I), o qual também avalia os dados sociodemográficos dos participantes (Pedro et al., 2016).

A variável dependente é caracterizada pelo fenómeno a ser explicado. É o fator que sofre influência e varia de acordo com a variável independente (Marconi & Lakatos, 2003).

O estudo apresentará como variável dependente a adesão dos utentes ao tratamento das úlceras venosas, pois entende-se que a adesão terapêutica pode ser influenciada pelo nível de literacia dos utentes.

A adesão terapêutica será avaliada por uma adaptação (apêndice I) da Escala multidimensional da adesão terapêutica (Favas, 2012).

Os aspetos relacionados a ferida, avaliados por um questionário desenvolvido pelos investigadores (apêndice I), assim como os fatores sociodemográficos avaliados pela *European health literacy*, são variáveis de atributo.

“As variáveis de atributo são características pré-existentes dos participantes num estudo. Elas são geralmente constituídas por dados demográficos tais como a idade, o género, a situação de família” (Fortin, 2009, p. 272)

2.4 - POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população também pode ser denominada universo da pesquisa. É representada pela totalidade das pessoas com características semelhantes definidas para a investigação. Definir a população-alvo influencia diretamente sobre a generalização dos resultados (Prodanov & Freitas, 2013).

Entende-se como amostra o subconjunto da população ou do universo, selecionada de acordo com uma regra ou um plano. Por isso, o tamanho e a qualidade da amostra são demasiadamente importantes (Prodanov & Freitas, 2013).

Para identificar a amostra foram utilizados critérios de inclusão e exclusão tendo em vista uma homogeneidade e fiabilidade ao universo. Considerou-se como amostra os utentes em tratamento de úlceras venosas atendidos nos Centros de Saúde pertencentes ao Agrupamento dos Centros de Saúde do Baixo Mondego.

Foram incluídos no estudo os utentes que demonstraram possibilidade e disponibilidade para participar da pesquisa, em uso ou não de terapia compressiva. Foram excluídos do estudo aqueles que demonstraram dependência total de cuidadores para realizarem cuidados com a ferida e aqueles em tratamento para outro tipo de lesão de membro inferior que não fosse úlcera venosa.

Optou-se por excluir os utentes com dependência total, pois entende-se que a literacia em saúde e adesão terapêutica destes está totalmente relacionada aos conhecimentos, características e atitudes dos seus cuidadores.

A amostra foi formada pelos utentes que estiveram presentes e disponíveis no momento da colheita de dados. Portanto, foi uma amostra por conveniência, tendo em conta que o investigador seleciona os elementos a que tem acesso e admite que possam representar o universo (Prodanov & Freitas, 2013).

Apenas dois utentes, dos identificados como elegíveis, não participaram do estudo. Um deles por apresentar hipoacusia e não conseguir ouvir as questões durante a entrevista e outra por se recusar a participar da investigação.

2.5 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Foi aplicado o instrumento de colheita de dados, composto por três questionários.

O primeiro tem como intuito avaliar a variável literacia em saúde, é constituído pela escala *European Health Literacy*, em português - HLS-EU-PT (apêndice I), e foi utilizado após autorização dos autores da versão traduzida (anexo I).

O HLS-EU-PT foi inicialmente aplicado em oito países da União Europeia em 2012: Alemanha, Bulgária, Áustria, Grécia, Espanha, Irlanda, Holanda e Polónia. A pesquisa envolveu cerca de 8100 participantes (HLS-EU Consortium, 2012).

Em 2016 foi publicado um artigo com a sua tradução e validação para português. Na pesquisa desenvolvida, o questionário foi considerado adequado para aferir o nível de literacia em saúde da população portuguesa, com propriedades psicométricas semelhantes às demais versões de outros países (Pedro et al., 2016).

Justifica-se a escolha deste questionário específico para a avaliação da literacia, pois ao utilizá-lo, foi possível realizar uma discussão profunda entre os dados encontrados neste estudo e os achados da investigação sobre Literacia em saúde em Portugal (Espanha et al., 2016).

A versão portuguesa do *European Health Literacy* é composta por 47 questões e quatro dimensões: acesso, compreensão, avaliação e utilização de informação relevante para a saúde na tomada de decisões. Como resultado da aplicação do questionário, a literacia em saúde pode ser classificada em excelente, suficiente, problemática e inadequada (Pedro et al., 2016).

Além destas, existem outros 39 ítems no HLS-EU-PT que utilizam diferentes tipos de escala e avaliam antecedentes e consequências da LS:

- Sentido de coerência;
- Saúde e utilização de serviços de saúde;
- Comportamentos na saúde, hábitos e estilos de vida e participação na comunidade;
- Fatores socioeconómicos e demográficos.

Para esta investigação serão apenas utilizadas as 47 questões que classificam a literacia em saúde e alguns itens relacionados aos fatores sociodemográficos.

O inquérito foi derivado do modelo conceptual que integra cuidados de saúde, prevenção de doenças, promoção da saúde e quatro competências de processamento de informações (aceder, compreender, avaliar, aplicar) (HLS-EU Consortium, 2012).

Os itens do HLS-EU não medem as competências de literacia em saúde autoavaliadas dos participantes em relação às necessidades de literacia em saúde de situações nacionais específicas. Portanto, existem maneiras distintas de interpretar um baixo nível de LS em um determinado país: a população do país apresenta competências especificamente baixas ou o sistema de saúde possui demandas especificamente altas, ou uma mistura de ambos (HLS-EU Consortium, 2012).

A Tabela 6 sintetiza as questões que dizem respeito a cada índice específico:

- HL – Literacia em Saúde Geral;
- HC-HL – Literacia em Cuidados de Saúde;
- DP-HL – Literacia em Prevenção da Doença;
- HP-HL – Literacia em Promoção da Saúde;

Para ser considerado um questionário passível de ser incluído no estudo, este tem de respeitar o número mínimo de respostas indicado no fim da tabela 6.

Tabela 6 - Índices Geral e Específicos de Literacia em Saúde e respetivas questões associadas; Número mínimo e máximo de respostas válidas para o cálculo dos índices.

Índices	Questões associadas	Número mínimo de respostas válidas para o cálculo dos índices
HL	1 à 47	43
HC-HL	1 à 16	15
DP-HL	17 à 31	14
HP-HL	32 à 47	14

Adaptado de HLS-EU Consortium (2012).

Com a finalidade de garantir o cálculo correto e possibilitar a comparação, os quatro índices calculados foram padronizados numa escala métrica variável entre 0 e 50, através da utilização da seguinte fórmula:

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

Onde:

I – Índice específico calculado

X – Média das questões respondidas para cada indivíduo

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

3 – Intervalo da média

50 – Valor máximo escolhido para a escala

Nesta escala métrica, 0 é o mínimo possível de literacia em saúde e 50 o máximo possível de literacia em saúde. São identificados quatro níveis com os seguintes pontos de corte: Scores iguais ou inferiores a 25 pontos = Literacia em Saúde Inadequada; Scores >25 até 33 pontos = Literacia em Saúde Problemática; Scores >33 até 42 = Literacia em Saúde Suficiente; e Scores > 42 até 50 = Literacia em Saúde Excelente.

O segundo questionário foi desenvolvido pelos investigadores e avaliou aspetos relacionados à úlcera venosa (apêndice I). Este foi preenchido a partir de informações do utente, de observação do investigador e por informações fornecidas pelos enfermeiros, em poucos casos.

O terceiro questionário utilizado, também teve autorização dos autores responsáveis pela sua elaboração e validação (anexo II), é uma adaptação (apêndice I) da Escala multidimensional da adesão terapêutica, que avalia a adesão terapêutica de utentes com úlceras venosas.

O questionário original é constituído por 24 itens e três dimensões (Favas, 2012):

- Estilos de vida saudáveis: aborda questões relacionadas com estilos de vida que possuem impacto na cicatrização da úlcera venosa de perna. O baixo resultado nesta dimensão indica estilos de vida saudáveis e consequente contribuição para a evolução da cicatrização da úlcera venosa;
- Terapia compressiva: verifica a adesão à terapia compressiva. Resultado baixo indica tratamento adequado e boa adesão à aplicação da terapia compressiva;
- Vigilância neurovascular: avalia a vigilância aos sinais de comprometimento neurocirculatório das extremidades distais. O baixo resultado sugere boa vigilância neurovascular e boa adesão.

Relativamente ao questionário adaptado consiste em 13 itens que também avaliam as três dimensões citadas.

O instrumento possui resposta tipo likert com 5 classes de resposta: sempre, quase sempre, às vezes, raramente e nunca, sendo atribuída uma escala de classificação numérica, de um (1) a cinco (5). Os itens foram originalmente formulados de forma positiva e negativa para prevenir tendência de resposta. Para este estudo, os 13 itens mantidos não foram reformulados.

Para interpretação das respostas e para ser possível fazer comparações, a soma dos resultados de cada dimensão é dividida pelo número de itens que a constitui, de modo que as pontuações para as dimensões variam entre o mínimo de um (1) e o máximo de cinco (5). “As respostas estão quantificadas de maneira que quanto mais baixa a pontuação, melhores práticas de adesão tem a pessoa com úlcera venosa de perna” (Favas, 2012, p. 46).

A exclusão dos itens da Escala multidimensional da adesão terapêutica teve como objetivo otimizar o tempo destinado à colheita de dados.

O instrumento de colheita de dados foi aplicado pela investigadora principal a todos os participantes do estudo, com a finalidade de minimizar possíveis erros e viés de preenchimento. Para tal, não foi necessário treinamento prévio, mas sim uma leitura profunda do estudo original sobre a tradução e adaptação do HLS-EU para a língua portuguesa.

Com o objetivo de relacionar os dados dos três questionários e garantir o sigilo dos participantes, todas as páginas do instrumento de colheita de dados foram identificadas com um código único correspondente a um utente específico.

2.6 - COLHEITA DE DADOS

Os dados foram colhidos entre os meses de maio de 2021 e janeiro de 2022, tendo como recurso a entrevista presencial. O entrevistador iniciava a entrevista com uma introdução onde eram apresentados os objetivos e garantida a confidencialidade e anonimato. A aplicação do questionário foi feita nos Centros de Saúde da ACeS Baixo Mondego: Norton de Matos, Eiras, Soure, Condeixa, Celas, Fernão de Magalhães, São Martinho do Bispo e Penacova.

Os Centros de saúde foram selecionados pelas suas características citadinas e rurais, fiéis à população estudada.

Antes da colheita de dados, foi realizado contato prévio com os enfermeiros responsáveis pelos cuidados aos utentes com úlceras venosas com o objetivo de apresentar o projeto de investigação, de identificar os dias com maior número de utentes agendados e de definir quais seriam excluídos do estudo por apresentarem dependência total dos seus cuidadores ou por estarem em tratamento para outro tipo de úlcera.

As entrevistas aconteceram enquanto os utentes aguardavam tratamento ou após a realização do penso com o enfermeiro. Nos casos em que teve autorização, a investigadora observou a execução do tratamento da úlcera venosa, possibilitando aproximação com o participante e o preenchimento de alguns itens, como por exemplo, a localização e as características da úlcera.

2.7 - ASPETOS ÉTICOS

Esta investigação foi submetida à apreciação e aprovada pelas Comissões de Ética da ARS Centro (anexo III) e da UICISA-E (anexo IV).

Ainda no cumprimento dos princípios éticos, foi realizado o pedido de autorização à Presidente da Direção de Enfermagem do ACeS Baixo Mondego que respondeu positivamente à solicitação (anexo V).

Aos utentes participantes do estudo realizou-se explicação verbal sobre o estudo e os objetivos a serem alcançados. Foi ressaltado que a participação seria voluntária, sem qualquer tipo de ônus caso houvesse recusa ou desistência, e que esta podia acontecer a qualquer momento da investigação.

Foram assinadas duas vias do Termo de Consentimento Informado, pelo participante e investigador e cada um ficou em posse de uma via deste documento (apêndice II).

2.8 - TRATAMENTO DOS DADOS

Após a recolha dos dados, estes foram organizados e inseridos numa base de dados no *Excel* e tratados informaticamente com auxílio do programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science (SPSS) Statistics 24*.

3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Apresenta-se a seguir o resultado das análises estatísticas e discussão dos resultados com a literatura vigente, a fim de dar resposta aos objetivos traçados e de contribuir para melhor conhecimento e compreensão da literacia em saúde e da adesão terapêutica em pessoas com úlcera venosa.

Em Portugal existe ainda pouca informação no que diz respeito à epidemiologia e tratamento das feridas. Um estudo desenvolvido em 2017 com o objetivo de fazer o reconhecimento epidemiológico sobre a realidade da presença de diferentes tipologias de feridas em utentes da ACES do Baixo Mondego 2 (Centros de Saúde de Condeixa-a-Nova, Centro de Saúde de Soure e Centro de Saúde da Figueira da Foz), verificou que dos 359 utentes havia o total de 470 feridas. Considerando a ferida referida como principal (Ferida 1) surgiram com maior frequência as feridas cirúrgicas representando 27,3% (n = 98), seguida das feridas traumáticas com 22,8% (n = 82) e as úlceras de perna de etiologia venosa foram o terceiro tipo de ferida mais frequente, com 15,6% (n = 56) (Paiva, 2017).

Outro estudo sobre epidemiologia e custos associados às feridas decorreu no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013 e avaliou todos os utentes internados nos cuidados de saúde diferenciados (CSD) e que recorreram a cuidados de saúde primários (CSP). Nesta investigação, dos 108840 utentes examinados, 5274 apresentavam feridas, que significa uma prevalência de feridas de 4,84% nos utentes observados e uma prevalência estimada de 3,3 pessoas com ferida por 1000 habitantes em Portugal. As feridas crónicas representaram uma prevalência estimada de 1,6/1000 habitantes sendo a prevalência estimada das Úlceras de Perna de 0,7/1000 habitantes (Alves, 2014).

3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A maior percentagem da amostra é do sexo masculino (62,5%; n=25); concentra-se maioritariamente entre os maiores de 71 anos (62,5%; n=25); mais da metade apresentava o estado civil de casado (65%; n=26); a maioria absoluta (77,5%; n=31) possui filhos com mais de 18 anos e encontra-se reformada (75%; n=30). Além disso, a maioria dos

participantes possui nível primário (70%; n=28) e não possui formação na área da saúde (87,5%; n=35) (Tabela 7).

Tabela 7 - Dados Sociodemográficos da Amostra.

Variável		f	%
Gênero	Masculino	25	62,5
	Feminino	15	37,5
	Total	40	100,0
Faixa etária	40 - 50	2	5,0
	51 - 60	2	5,0
	61 - 70	11	27,5
	71 - 80	16	40,0
	81 - 90	8	20,0
	Maior que 91	1	2,5
Estado civil	Solteiro(a)	5	12,5
	Casado(a)	26	65,0
	Separado(a)/divorciado(a)	2	5,0
	Viúvo(a)	7	17,5
Filhos	Sim, com mais de 18 anos	31	77,5
	Não tenho filho	9	22,5
Nível de escolaridade	Escola primária	28	70,0
	Ensino básico	5	12,5
	Ensino secundário	4	10,0
	Ensino superior	2	5,0
	Pós-graduação: curso de especialização, mestrado, doutoramento.	1	2,5
Condição principal perante o trabalho	Empregado	5	12,5
	Profissional liberal	2	5,0
	Desempregado	1	2,5
	Reformado	30	75,0
	Dona de casa	2	5,0
Formação na área da saúde	Sim	4	10,0
	Não	35	87,5
	Não sabe/Não responde	1	2,5
	Total	40	100,0

Na avaliação do IMC foram considerados valores adaptados aos propostos pela OMS (1995, como referido por Anjos, 2006). Portanto, assumiu-se as seguintes categorias e respetivos valores: baixo peso: $IMC < 18,4$; peso normal/adequado: IMC entre 18,5 e 24,9; sobrepeso: 25 a 29,9; obesidade > 30 .

Portanto, observa-se na Figura 4 que metade dos participantes, apresentava sobrepeso (35%; $n=14$) ou obesidade (15%; $n=6$). Neste sentido, é importante destacar que além da obesidade ser um fator de risco para o desenvolvimento de insuficiência venosa e de úlceras venosas (Valencia, Falabella, Kirsner & Eaglstein, 2001), pessoas com este tipo de úlceras tendem ao sedentarismo e conseqüentemente a desenvolver sobrepeso ou obesidade (Medeiros et al., 2014).

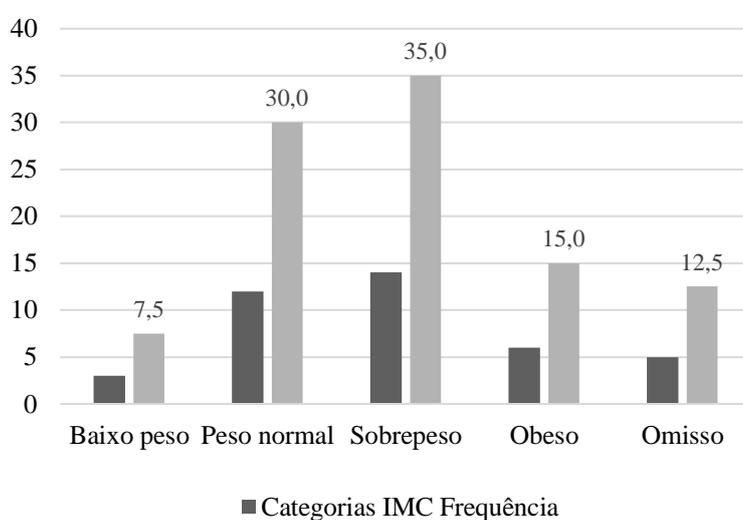


Figura 4 - Categorias de IMC dos participantes.

Com o objetivo de respeitar a distribuição geográfica de Coimbra, foram selecionados Centros de Saúde com características citadinas e rurais. A amostra foi composta por todos os utentes referenciados pelos enfermeiros no período de colheita de dados e pode ser observada pela Figura 5. Cabe destacar que a investigadora retornou a dois Centros de Saúde (Eiras e Condeixa) após nova solicitação e mediante identificação de novos utentes pelos enfermeiros.

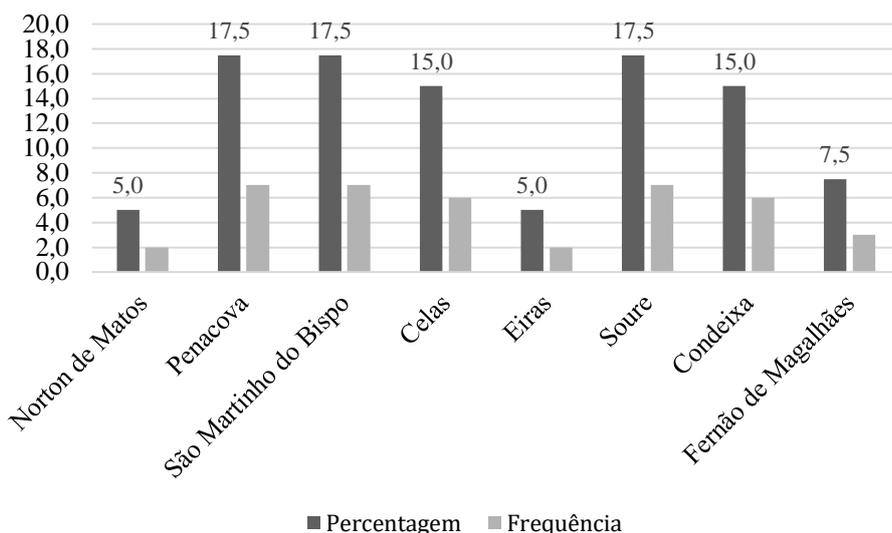


Figura 5 - Distribuição dos participantes por Centro de Saúde.

3.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS ASPETOS RELACIONADOS ÀS ÚLCERAS

Relativamente às características das úlceras, apresenta-se na Tabela 8 o tempo (em meses) mínimo, máximo, a média e o desvio padrão da idade das úlceras. Nos utentes com mais de uma UV, foi considerado para fins deste estudo a idade da úlcera mais antiga. Também é importante destacar que 5 participantes não souberam responder a esta pergunta e, portanto, o N é diferente do apresentado anteriormente.

É possível observar que o tempo mínimo da úlcera é de 1 mês e o tempo máximo de 480 meses (40 anos), sendo a média de 111 meses (9 anos e 3 meses) e o desvio padrão de 125,44.

Cabe referir que a idade da úlcera foi considerada aquando do primeiro surgimento desta e não o tempo que esta se mantém ativa. O que significa dizer que as pessoas com úlceras de 40 ou 20 anos não viveram necessariamente todo este período com estas lesões abertas e com necessidade de tratamentos.

Tabela 8 - Estatísticas descritivas da idade da úlcera, em meses.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade da úlcera	35	1,00	480,00	111,09	125,44

Apresenta-se na Tabela 9 um dado complementar ao anterior, o número de recidivas. As recidivas foram consideradas lesões que surgiram no mesmo local de uma úlcera anterior. Pelo que é importante observar que 72,5% (n=29) das úlceras são recidivas de uma anterior.

Investigações relativamente antigas, reforçadas por estudos recentes sugerem que as recidivas das úlceras venosas podem ser evitadas com o uso de meias de compressão que atinjam uma pressão de pelo menos 20–30 mm Hg (Nelson et al., 2006; Vivas et al., 2016).

Tabela 9 - Percentagens de úlceras venosas com recidiva(s).

	Frequência	Percentagem
Sim	29	72,5
Não	11	27,5
Total	40	100,0

No que diz respeito ao tipo de terapia compressiva utilizada, a Figura 6 mostra que mais da metade dos investigados (52%; n=21) utiliza ligadura e que a maioria (62%; n=25) da amostra usa algum tipo de terapia compressiva. No entanto, é importante perceber que, mesmo diante de uma evidência consolidada, com recomendação 1-A nas mais recentes *guidelines* (O'Donnell et al., 2014), uma parte significativa (38%; n=15) da amostra não se beneficia do uso deste tipo de terapia.

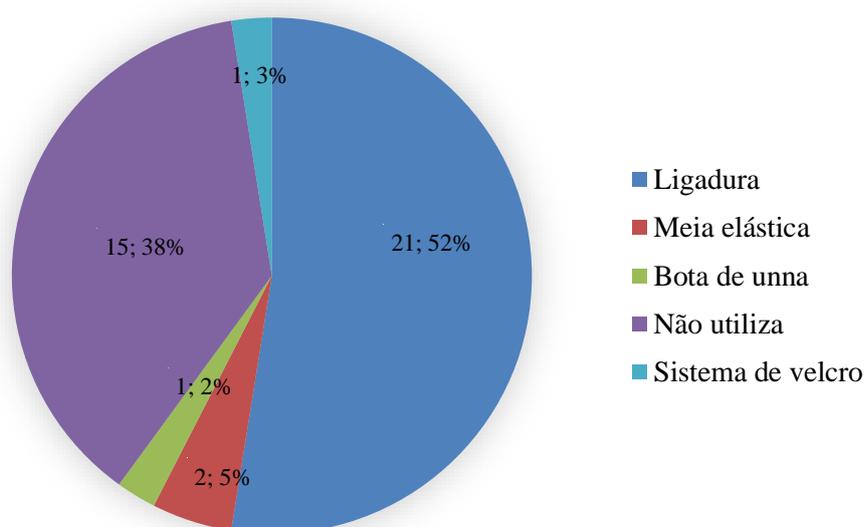


Figura 6 - Tipo de terapia compressiva utilizada.

A fim de tentar perceber as possíveis razões da não utilização da terapia compressiva, apresenta-se a Tabela 10.

Nesta tabela é possível identificar que, de todos os participantes que não utilizam terapia compressiva, grande parte (31.3%; n=5) diz que não foi orientado a utilizar este tipo de tratamento ou que foi orientado, mas não utiliza porque sente dor (37%; n=6).

Um estudo realizado por Atkin e Martin (2020) com um grupo de especialistas em tratamento de feridas, predominantemente do Reino Unido e da Irlanda, teve como objetivo principal verificar a proporção de profissionais que admitem diminuir os níveis de compressão em razão da dor experimentada pelos utentes com úlceras venosas. Os resultados da investigação em questão foram classificados pelos autores como preocupantes, visto que 40% dos profissionais afirmaram que reduziriam “regularmente ou sempre” o nível de compressão para o controle da dor.

Portanto, pode-se dizer que os resultados encontrados pela investigação atual são igualmente alarmantes, porque a maioria dos participantes que não utilizavam terapia compressiva (73.3%; n=11) afirma que não foi orientado a utilizar TC (33,3%; n=5) ou foi orientado, mas sente dor (40%; n=6).

Tabela 10 - Razões da não utilização da terapia compressiva.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Não foi orientado a utilizar	5	12,5	33,3
	Foi orientado, mas sente dor	6	15,0	40,0
	Foi orientado, mas não consegue vestir a meia/ligadura	2	5,0	13,3
	Foi orientado, mas não utiliza por outro motivo	1	2,5	6,7
	Possui comprometimento arterial	1	2,5	6,7
	Total	15	37,5	100,0
Omisso (utiliza terapia compressiva)		25	62,5	
Total		40	100	

É importante referir que a dor é um sintoma comumente encontrado em utentes com úlceras venosas e, apesar de muitas vezes os enfermeiros se sentirem confiantes para cuidar de alguém com dor associada à UV, este nem sempre é problema de fácil resolução. A demora por atendimento após referência para o médico de família ou especialista em dor é um fator que contribui para a manutenção deste sintoma (Atkin & Martin, 2020).

A prática clínica mostra que a primeira aplicação de um dispositivo de compressão pode provocar a sensação de que está muito apertado. Este é um relato frequente dos utentes, cuja duração se pode estender por vários dias, até que se acostume com a compressão. Esta é uma queixa que pode influenciar na adesão (Rabe et al., 2020).

No entanto, a dor pode estar relacionada com a presença da úlcera por si só. Nestes casos, reduzir os níveis ou deixar de aplicar compressão não resolverá o problema, pelo

contrário, apenas prolongará o sofrimento e tempo de cicatrização e até, em última análise, o agravamento/ complicação da situação (Atkin & Martin, 2020).

Portanto, é importante investigar o tipo de dor e excluir a possível relação com isquemia, infecção ou técnica incorreta de aplicação da terapia compressiva/ penso (Atkin & Martin, 2020).

Geralmente o desconforto ocasionado pela compressão é experimentado ao redor do tornozelo ou do pé e pode ser originado a partir da nova experiência de compressão do membro ou devido ao dimensionamento, técnica de enfaixamento ou indicação do nível de pressão incorretos. Por isso, novos documentos de consenso recomendam que, nestes casos, se verifique a correta indicação, nível de pressão, material, técnicas de colocação e retirada, bem como o penso escolhido (Rabe et al., 2020).

A compressão é uma ferramenta potente para reduzir o processo inflamatório e, portanto, aliviar a dor (Beidler et al., 2009; Ligi, Mosti, Croce, Raffetto & Mannello, 2016). Em casos de trombose venosa profunda (TVP), a terapia compressiva auxilia na redução do edema e no controlo da dor (Rabe et al., 2020).

De qualquer maneira, é necessário tratar a dor de maneira ativa e sem indiferença (Atkin & Martin, 2020). Porque, apesar deste sintoma não inviabilizar o uso da terapia compressiva por si (Rabe et al., 2020), geralmente é o principal motivo pelo qual a TC é abandonada (Briggs & Closs, 2006).

A gestão incorreta das úlceras venosas nos utentes com dor pode estar relacionada com a falta de conhecimento dos enfermeiros ou controlo ineficaz deste sintoma. No entanto, seria importante fazer um estudo com estes profissionais dos Cuidados Primários de Saúde, para que fosse possível perceber de fato quais são as lacunas e tentar implementar medidas eficazes nos cuidados destes utentes.

O comprometimento arterial também surgiu como uma justificação para não utilizar terapia compressiva, correspondendo a 6.7% das respostas válidas. Neste sentido, O *White Paper* produzido por peritos da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas, baseado nas recomendações mais recentes sobre úlceras venosas e já apresentado em capítulo anterior, não considera o comprometimento arterial por si só uma contra-indicação da terapia compressiva. Neste caso específico de doença arterial, está contra-indicada a utilização de terapia compressiva sustentada com meias de compressão elásticas tromboproláticas, dispositivo de velcro ajustável, meias de compressão

elásticas e ligaduras de compressão elásticas: “em pessoas com DAOP grave, com qualquer um dos seguintes critérios: IPTB <0,6; pressão mínima no tornozelo <60 mmHg; pressão do dedo do pé <30 mmHg; TcPO₂ <20 mmHg” (Vaz et al., p. 9, 2021)

Os mesmos autores afirmam que, apesar das diversas opções de ligaduras disponibilizadas aos utentes do SNS Português, a realização da prática de TC na abordagem ao utente com UV ainda é parca. Caracterizam este fenómeno como “um paradigma curioso na realização da terapia compressiva” (Vaz et al., p. 9., 2021). Entretanto, afirmam que é fácil encontrar profissionais em Portugal que possuam muita experiência, know-how e com nível de excelência para realizar terapia compressiva, contudo são em número muito reduzido, levando em conta as necessidades da população (Vaz et al., 2021).

Contudo esta conduta não parece ser exclusiva dos enfermeiros de Portugal. Um estudo de revisão que analisou 16 artigos e buscou identificar as lacunas no conhecimento dos enfermeiros sobre úlceras venosas, selecionou investigações de diversos países, como: Austrália, China, Noruega, Reino Unido, Bélgica, Irlanda, Canadá e os seus autores apresentaram como resultados as seguintes falhas de conhecimento: avaliação; fisiologia/processo de cicatrização; cuidados de enfermagem; e, terapia compressiva. (Ylönen et al., 2014).

Segundo os investigadores, o resultado mais preocupante encontrado foi o desconhecimento dos enfermeiros sobre evidências científicas no âmbito das úlceras venosas. Esta condição pode ser a causa dos utentes receberem cuidados de enfermagem e tratamento inadequados. A carência de conhecimentos como palpação dos pulsos pediosos e a medida do IPTB foi frequentemente apresentada (Ylönen et al., 2014).

É provável que os resultados apresentados na tabela 10 e discutidos nesta secção sejam um dos mais relevantes apresentados no decorrer de toda esta investigação, pois reforçam dados encontrados em estudos anteriores e refletem uma realidade bastante alarmante; que a literacia, os conhecimentos e as atitudes dos próprios enfermeiros influenciam diretamente nos cuidados dos utentes com úlceras venosas e no insucesso do processo de cicatrização. Percebe-se que diversas opções terapêuticas, que poderiam trazer grandes benefícios na cicatrização e que há muito são consideradas padrão ouro para a gestão das úlceras venosas, não são consideradas por questões que não são possíveis verificar, visto que este estudo foi realizado apenas com os utentes.

Portanto, é de extrema importância que os enfermeiros atualizem seus conhecimentos sobre em UVs, para que estejam seguros em aplicar TC (Atkin & Martin, 2020). Além disso, a atualização dá base para que estes profissionais falem sobre a importância da terapia compressiva com o utente e decidam juntos o dispositivo mais adequado, de modo a melhorar a adesão (Rabe et al., 2020).

Ainda assim, é também importante que a responsabilização não seja apenas dos profissionais que estão em contacto direto com os utentes. Também os gestores de saúde precisam estar sensíveis e atentos a esta temática e proporcionar a frequência de atividades formativas aos profissionais envolvidos, visando alcançar melhores resultados em saúde.

De modo complementar ao que foi apresentado e discutido anteriormente, apresenta-se a Tabela 11. De todos os entrevistados, 35% (n=14) referem que não tiveram o índice de pressão tornozelo braço avaliado, enquanto 27,5% (n=11) não se recordam. Este é um resultado interessante, tendo em vista que o IPTB é um dos exames auxiliares de diagnóstico de maior relevância nos casos das úlceras venosas.

Tabela 11 – Verificação da pressão arterial nos braços e pernas para indicar o uso da terapia compressiva.

	Frequência	Porcentagem
Sim	15	37,5
Não	14	35,0
Não lembra	11	27,5
Total	40	100,0

No entanto, este achado não será discutido com profundidade, visto que a pergunta pode não ser clara para pessoas leigas e em razão do possível viés de memória, que pode influenciar nos resultados encontrados.

3.3 - CONSISTÊNCIA INTERNA DO HLS-EU-PT E DA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE ADESÃO TERAPÊUTICA

A consistência interna do instrumento *European Health Literacy Survey - Portugal*, baseada no coeficiente de Alfa de Cronbach, na escala de 47 itens, foi de 0.926 (Literacia Geral), o que torna possível afirmar que o instrumento apresenta boa consistência interna. Os valores do HLS-EU-PT para a Literacia em Geral e para os subíndices, analisados individualmente, são apresentados na Tabela 12.

A fiabilidade de uma medida refere a capacidade desta ser consistente. Se um instrumento de medida dá sempre os mesmos resultados (dados) quando aplicado a alvos estruturalmente iguais, podemos confiar no significado da medida e dizer que a medida é fiável. Dizemo-lo, porém, com maior ou menor grau de certeza porque toda a medida é sujeita a erro. Assim a fiabilidade que podemos observar nos nossos dados é uma estimativa, e não um “dado” (Maroco & Marques, 2006, p.66).

Tabela 12 - Alpha de Cronbach para a Literacia geral em saúde e para os subíndices do HLS-EU-PT.

Subíndice	Alfa de Cronbach
Literacia geral em saúde	0,926
Literacia em cuidados de saúde	0,810
Literacia em prevenção de doenças	0,800
Literacia em promoção da saúde	0,849

O coeficiente de alfa de Cronbach também foi avaliado nas três dimensões da Escala Multidimensional de Adesão Terapêutica, adaptada para este estudo. Neste sentido, podemos afirmar que, apenas a dimensão que diz respeito à terapia compressiva apresenta boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,985), conforme apresentado na Tabela 13. Estes dados sugerem que a exclusão dos itens nas dimensões de estilo de vida saudável e vigilância neurovascular comprometeram a consistência interna da Escala Multidimensional de Adesão Terapêutica.

Tabela 13 - Alpha de Cronbach para as três dimensões da Escala Multidimensional de Adesão Terapêutica.

Dimensões	Alfa de Cronbach
Estilo de vida saudável	0,502
Terapia compressiva	0,985
Vigilância neurovascular	0,642

Apesar deste achado, o estudo considerou todas as dimensões supracitadas para fins de correlações entre adesão terapêutica e níveis de literacia. Justifica-se esta escolha pelo facto de que a Escala Multidimensional de Adesão Terapêutica não permite estabelecer resultado de diferentes níveis de adesão terapêutica, possibilitando apenas uma comparação entre as médias das suas diferentes dimensões.

3.4 - NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE

No estudo que se apresenta, cerca de 70% (n=28) dos participantes possui níveis de literacia geral em saúde “suficiente” ou “excelente” (Figura 7). Estes resultados não corroboram com os encontrados no estudo realizado em todo o território português, no qual metade da população apresentava um nível de literacia geral em saúde geral “excelente” ou suficiente”. A percentagem do nível “excelente” verificada no atual estudo foi de 45% (n=18), bastante discrepante do estudo anteriormente referido realizado em Portugal (8,6%) (Espanha et al., 2016).

No entanto, cabe referir que a investigação realizada nas diversas regiões de Portugal continental e nas ilhas não foi direcionada a pessoas que utilizavam de maneira contínua o Serviço Nacional de Saúde. A amostra do estudo desenvolvido por Espanha et al. (2016) foi por interceção de pessoas na rua, em locais e períodos do dia distintos.

Diferentemente disso, a amostra do estudo que se apresenta contou apenas com indivíduos atendidos de modo contínuo pelas equipas dos Centros de Saúde nos quais se encontravam inscritos, sugerindo que este é um fator que influencia positivamente nos níveis de literacia em saúde.

Destaca-se ainda que o nível “inadequado” de literacia em saúde geral (12,5%; n=5) aproxima-se do resultado encontrado no estudo anteriormente citado (10.1%) (Espanha et al., 2016).

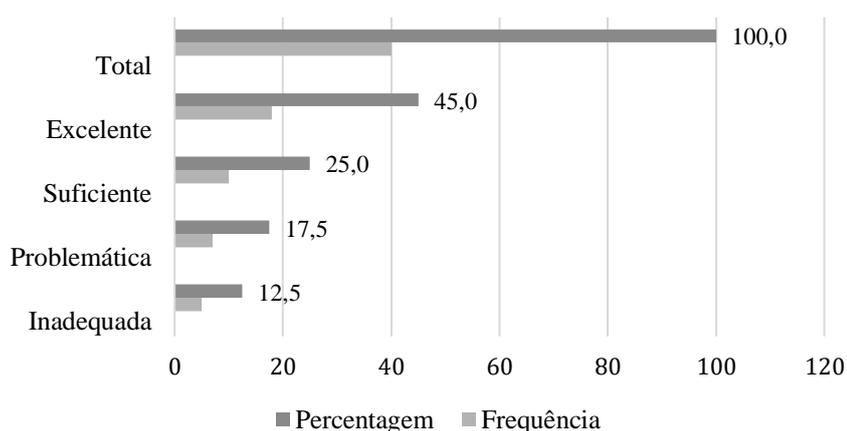


Figura 7- Nível de Literacia em Saúde Geral.

Os índices de Literacia em Cuidados de Saúde nos níveis excelente e suficientes encontrados neste estudo (67.5%; n=27), diferem dos resultados do inquérito aplicado à

sociedade portuguesa (51%) e aproximam-se da Holanda (75,3%), país com melhor nível de literacia neste âmbito, conforme observado num estudo global sobre literacia (HLS-EU Consortium, 2012; Espanha et al., 2016)

No inquérito português sobre literacia em saúde, a população demonstrou ter limitações na Literacia aplicada aos Cuidados de Saúde, 40,9% concentraram-se nos níveis “inadequado” e “problemático” (Espanha et al., 2016), enquanto 32,5% (n=13) dos participantes deste estudo estão inseridos nos dois níveis mais baixos de literacia, como apresentado na Figura 8.

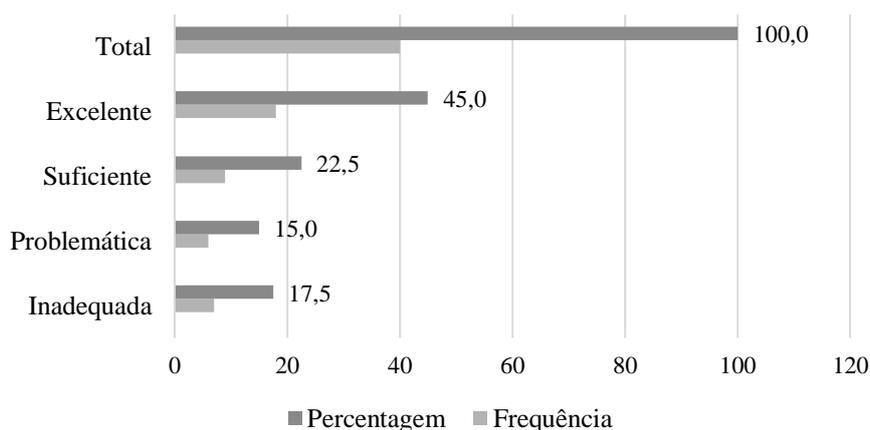


Figura 8- Nível de Literacia em Cuidados de Saúde.

As Figuras 9 e 10 apresentam os dados relativos aos níveis de Literacia em Saúde em Prevenção da Doença em Promoção da Saúde, respetivamente. Neste sentido, ao compará-los, é possível perceber que a maioria (60%, n=24) dos participantes do estudo apresenta nível de literacia em Prevenção da Doença “excelente”. Enquanto no âmbito da Promoção da Saúde, apenas 37,5% (n=15) dos participantes encontra-se no nível máximo de literacia.

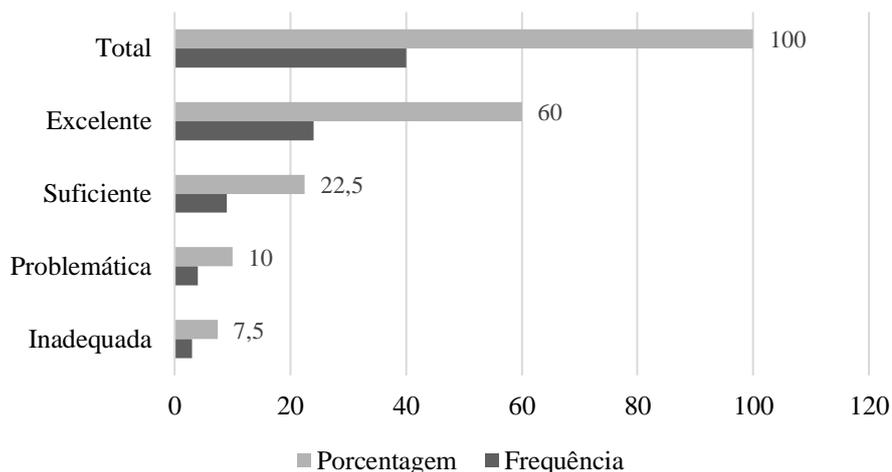


Figura 9 - Nível de Literacia em Prevenção da Doença.

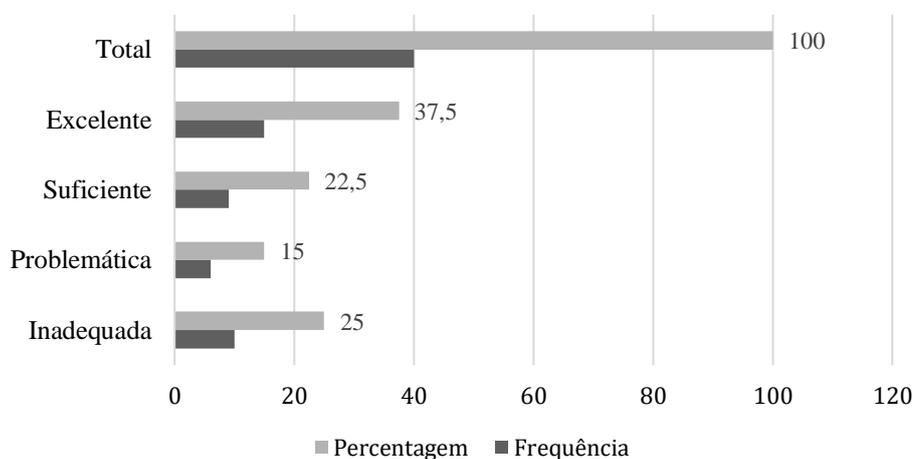


Figura 10 - Nível de Literacia em Promoção da Saúde.

3.5 - TESTE DE NORMALIDADE

Foi realizado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk com a finalidade de definir os tipos de testes mais adequados para a análise das variáveis relativas aos níveis de literacia em saúde. Justifica-se a escolha deste teste pelo fato da amostra ter um n menor que 50.

Conforme apresentado na Tabela 14, verificou-se que a distribuição dos dados relativamente aos Níveis de Literacia em Saúde Geral, em Cuidados de Saúde, em Prevenção da Doença e em Promoção da Saúde, é diferente de normal (Sig.=0,000). Portanto, serão utilizados testes não paramétricos para a análise destas variáveis.

Tabela 14 - Teste de normalidade HLS-EU-PT.

	Shapiro-Wilk Sig.
Nível de Literacia em Saúde Geral	0,000
Nível de Literacia em Cuidados de Saúde	0,000
Nível de Literacia em Prevenção da Doença	0,000
Nível de Literacia em Promoção da Saúde	0,000

Da mesma forma, realizou-se o teste de normalidade de Shapiro-Wilk às médias das questões de cada dimensão da Escala Multidimensional de Adesão Terapêutica. O resultado evidenciou distribuição dos dados diferente de normal (Sig.< 0,05) em todos os casos. Portanto, também serão utilizados testes não paramétricos para a análise desta variável.

Tabela 15 - Teste de normalidade das médias das dimensões da Escala Multidimensional de Adesão terapêutica.

	Shapiro-Wilk Sig.
Média Estilo de Vida Saudável	0,002
Média Terapia Compressiva	0,000
Média Vigilância Neurovascular	0,028

3.6 - CORRELAÇÕES ENTRE NÍVEIS DE LITERACIA E NÍVEIS DE ESCOLARIDADE

A Tabela 16 apresenta o cruzamento de duas variáveis: nível de literacia em saúde geral e nível de escolaridade. É importante observar que os indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos (escola primária) apresentam mais baixos níveis de literacia, pelo que 35,7% (n=10) apresentam literacia geral classificada como “inadequada” ou “problemática”.

Tabela 16 - Literacia em saúde geral, por nível de escolaridade.

Nível de escolaridade		Frequência	Percentagem
Escola primária	Inadequada	4	14,3
	Problemática	6	21,4
	Suficiente	8	28,6
	Excelente	10	35,7
	Total	28	100,0
Ensino básico	Inadequada	1	20,0
	Excelente	4	80,0
	Total	5	100,0
Ensino secundário	Problemática	1	25,0
	Excelente	3	75,0
	Total	4	100,0
Ensino superior	Suficiente	2	100,0
Pós-graduação	Excelente	1	100,0

Além do cruzamento das variáveis também foi realizado o teste de correlação entre estas duas variáveis com o objetivo de identificar possíveis correlações entre elas. Para tal, foi utilizado o coeficiente de Spearman, por se tratar de dados não paramétricos e pelo fato da amostra ser maior que 30.

É importante destacar que os testes de correlação não servem para afirmar causalidade (Field, 2009). Portanto, observa-se na Tabela 17 que existe uma correlação moderada (Coeficiente de Spearman entre 0,4 e 0,6) e significativa (**) entre níveis de literacia em cuidado de saúde e níveis de escolaridade, mas não se pode afirmar que melhores níveis de escolaridade causam melhor literacia em cuidado de saúde. A tabela também mostra que não foram evidenciadas correlações entre níveis de escolaridade e níveis de literacia em Promoção da Saúde, em Prevenção da Saúde e em Saúde Geral.

Tabela 17 - Coeficiente de Correlação entre nível de escolaridade e níveis de literacia em saúde.

		Nível de Literacia em Promoção da Saúde	Nível de Literacia em Cuidado de Saúde	Nível de Literacia em Prevenção da Saúde	Nível de Literacia em Saúde Geral
Coeficiente de Spearman	Nível de escolaridade	0,125	,413**	0,287	0,253
	N	40	40	40	40

Reafirma-se que a causalidade entre duas variáveis não pode ser dita como certa, visto que podem existir diversas outras variáveis que afetam os resultados encontrados e que não foram mensuradas (Field, 2009).

3.7 - ADESÃO TERAPÊUTICA DOS UTENTES COM ÚLCERAS VENOSAS

Relativamente à adesão terapêutica e utilizando como referência o score médio, verifica-se através dos dados apresentados na Tabela que é na dimensão estilo de vida saudável que há pior adesão (média = 2,66), sendo que é na terapia compressiva que há melhor adesão (média = 1,83).

Tabela 18 - Caracterização da amostra quanto à adesão terapêutica.

Dimensões	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Estilo de Vida Saudável	40	1,71	4,86	2,66	0,57
Terapia Compressiva	25	1,00	5,00	1,83	1,56
Vigilância Neurovascular	40	1,00	5,00	2,43	1,04

Entretanto, é importante que estes resultados sejam avaliados com cautela, porque, como apresentado anteriormente, a exclusão de alguns itens da escala causou prejuízos à consistência interna de algumas dimensões da escala, nomeadamente Estilo de Vida Saudável e Vigilância Neurovascular.

É de referir que apenas os participantes que afirmam usar algum tipo de terapia compressiva (N=25) foram avaliados quanto a adesão terapêutica nesta dimensão.

3.8 - CORRELAÇÕES ENTRE NÍVEIS DE LITERACIA E ADESÃO TERAPÊUTICA

No capítulo de revisão integrativa da literatura foi possível perceber que um número bastante limitado de investigações utilizou o HLS-EU. Além disso, não foram encontrados estudos que comprovem a correlação entre o HLS-EU-PT e outros questionários para avaliação da literacia em saúde, como acontece entre o NVS e o TOFHLA (Weiss et al., 2005). Portanto, não é possível traçar qualquer tipo de comparação entre o estudo que se apresenta e os estudos selecionados para o estado da arte, os quais servirão apenas como base para a discussão dos resultados.

A Tabela apresenta a correlação entre níveis de literacia e as diferentes dimensões avaliadas na escala multidimensional de adesão terapêutica, com o intuito de responder a um dos objetivos desta investigação: “Analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas”.

Portanto, observa-se que não existe uma correlação significativa entre os níveis de literacia em saúde e as diferentes dimensões na escala multidimensional de adesão terapêutica.

Como apresentado anteriormente, tanto a literacia quanto a adesão terapêutica são fenómenos multidimensionais (WHO, 2003, 2013). Portanto, relacionar estas duas variáveis é um desafio.

A Organização Mundial da Saúde estabelece que a adesão terapêutica é determinada pela interação de cinco conjuntos de fatores: determinantes socioeconómicos, fatores relacionados à terapêutica, fatores relacionados à condição/doença, sistema de saúde e fatores relacionados ao utente. No entanto, a quantidade de evidência disponível sobre esta temática é enviesada pelo equívoco tradicional de que a adesão é um problema direcionado ao utente, quando na verdade esta é apenas uma das muitas dimensões que influenciam na adesão (WHO, 2003).

Diante dos resultados encontrados neste estudo, assim como resultados de investigações anteriores realizadas com utentes com doenças crónicas (Bartolazzi et al., 2021; Huang, Shiyabola, & Smith, 2018a; Savitz et al., 2020), não há relação estabelecida entre literacia em saúde e adesão à terapia compressiva.

Tabela 19 - Correlação entre níveis de literacia e adesão terapêutica nas diferentes dimensões da Escala Multidimensional de Adesão Terapêutica.

			Nível de Literacia em Saúde Geral	Nível de Literacia em Cuidado Saúde	Nível de Literacia em Prevenção da Saúde	Nível em Literacia de Promoção da Saúde
Coeficiente de Spearman	Estilo de Vida Saudável	Coeficiente de Correlação	-0,239	-0,170	-0,235	-0,099
		N	40	40	40	40
	Terapia Compressiva	Coeficiente de Correlação	0,156	0,171	0,130	0,264
		N	25	25	25	25
	Vigilância Neurovascular	Coeficiente de Correlação	-0,176	-0,093	-0,270	-0,099
		N	40	40	40	40

Neste sentido, os estudos identificados no capítulo de Revisão Integrativa da Literatura e que analisaram a relação entre as variáveis “literacia em saúde” e “adesão terapêutica” em utentes com doenças crónicas, serão úteis para a discussão dos resultados encontrados.

Apenas duas investigações utilizaram questionários de avaliação da literacia em saúde equivalentes ao do presente estudo. Ambas utilizaram a versão reduzida com tradução para o mandarim (Lu et al., 2019, 2020).

Além disso, não foram encontrados estudos realizados com utentes em tratamento para feridas crónicas, nomeadamente para úlceras venosas. Portanto, os instrumentos utilizados para adesão terapêutica foram distintos, consoante a patologia crónica dos investigados.

Um dos estudos selecionados na revisão foi sobre adesão terapêutica em utentes com angina estável. Fizeram parte desta investigação 8300 utentes, dos quais 8,7% viviam em uma área de baixa literacia em saúde. Os participantes do estudo receberam diferentes tipos de tratamento: 56% apenas medicação, 28% receberam intervenção coronariana percutânea e 15% foram submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. Como resultado observou-se que morar em áreas de baixa literacia em saúde foi associado à menor adesão aos antianginosos, mas não às estatinas. No entanto, os autores afirmam que as evidências são bastante limitadas e que fatores individuais como raça/etnia tiveram associações mais fortes com os resultados quando comparados a literacia em saúde (Savitz et al., 2020). Relativamente a estes fatores individuais, o estudo que se apresenta foi realizado apenas com cidadãos portugueses, impossibilitando qualquer tipo de associação. A utilização do HLS-EU-PT, que é um instrumento traduzido para o português e com adaptação transcultural para a população de Portugal, faz com que o inquérito seja fidedigno apenas às pessoas de nacionalidade portuguesa.

Outra investigação foi realizada em um ambulatório público de cardiologia no Brasil e teve como objetivo avaliar a relação entre LS e a adesão à terapia com anticoagulante oral (TAO) em utentes com fibrilação auricular (FA). Tratou-se de um estudo transversal com 100 utentes no qual a variável sexo foi a única que apresentava relação com a não adesão terapêutica. Portanto, os autores do estudo também não encontraram relação estatisticamente significativa entre literacia em saúde inadequada e não adesão à TAO (Bartolazzi et al., 2021).

Em contrapartida, num estudo de Lu et al (2019) pessoas em tratamento para doença coronária com literacia em saúde limitada apresentaram uma probabilidade de 1,61 vezes de não adesão a um estilo de vida saudável para o coração (Lu et al., 2019) enquanto que, os utentes com insuficiência cardíaca e literacia em saúde considerada inadequada,

apresentaram também maiores taxas de reinternamento e óbito, num estudo levado a efeito por Oscalices et al. (2019).

Com isso, é possível observar que o fato dos utentes possuírem patologias do foro cardíaco de modo geral, não é um fator condicionante para que se estabeleça relação entre literacia em saúde e adesão terapêutica.

Neste sentido, não é possível fazer afirmações quanto aos utentes com úlceras venosas, visto que não há outros trabalhos publicados, para que se possa tentar estabelecer comparações.

O mesmo foi observado nos 3 estudos realizados com pessoas em tratamento para diabetes, os quais não apresentaram resultados homogêneos (Huang, Shiyabola, & Chan, 2018b; Huang et al, 2018a; Shiyabola, Unni, Huang & Lanier, 2018).

Portanto, é provável que, apesar desta investigação demonstrar que não existe relação entre níveis de literacia em saúde e adesão terapêutica, futuros estudos sobre esta mesma temática, possam vir a apresentar resultados distintos.

Uma das investigações utilizou o instrumento S-TOFHLA, que avalia compreensão textual e de matemática/numeracia. Neste estudo, os investigadores conseguiram estabelecer relação entre literacia em saúde e adesão terapêutica, com um resultado estatisticamente significativo ($p=0,025$). Mesmo havendo relação, os autores identificaram que este resultado era algo controverso uma vez que, mesmo apresentando, em sua maioria, (51,3%) um inadequado LS, os participantes aderem à terapêutica medicamentosa (87,2%) (Rocha et al., 2019).

Os outros dois estudos realizados com utentes em tratamento para diabetes tipo 2 utilizaram o NVS (Huang et. al, 2018b; Shiyabola et al., 2018). Um deles, ao examinar a associação da literacia em saúde e adesão terapêutica, não observou relação direta entre as duas variáveis. No entanto, a literacia teve um efeito moderador significativo na relação entre adesão e crenças negativas/percepções da doença (Shiyabola et al., 2018). O segundo estudo separou a avaliação da literacia em saúde em: literacia documental e numeracia. Como resultado, observou-se que a literacia documental não apresentou relação significativa com a adesão à medicação. No entanto, utentes com habilidades matemáticas mais altas podem ter maior autoeficácia de medicação para uso de medicamentos, o que pode melhorar a adesão à medicação para diabetes (Huang, et al., 2018b). Portanto, não houve relação significativa entre literacia em saúde e adesão

terapêutica, mas sim uma relação indireta, que pode contribuir para a adesão, e um efeito moderador (Huan et al, 2018; Shiyanbola et al., 2018).

A atual investigação não analisou os aspetos de efeito moderador ou da relação indireta entre literacia e adesão terapêutica, não sendo possível fazer qualquer tipo de afirmação neste sentido. Além disso, seria precoce qualquer inferência sobre a falta de relação entre literacia em saúde e adesão terapêutica em utentes com úlceras venosas.

Contraopondo os resultados encontrados nas investigações apresentadas anteriormente, três estudos selecionados com população hipertensa demonstraram associação substancial entre literacia em saúde e adesão à medicação (Kilic & Dag, 2020; Heizomi et al., 2020; Saqlain et al., 2019). Portanto, estudos futuros devem desenvolver, implementar e avaliar intervenções para melhorar o nível de literacia em saúde nos utentes hipertensos (Kilic & Dag, 2020).

Da mesma forma, duas investigações, uma realizada na Austrália e outra na Eslováquia, ambas com utentes com insuficiência renal crónica com necessidade de hemodiálise, apresentaram resultados semelhantes no que diz respeito à associação entre literacia em saúde e adesão ao regime terapêutico (Esterman, 2019; Skoumalova et al., 2019).

Na conclusão do estudo desenvolvido por Esterman et al. (2019) os autores fazem uma crítica relativamente aos instrumentos utilizados para avaliação da literacia em saúde dos utentes em tratamento com hemodiálise. Afirmam que a maioria das pesquisas avalia apenas habilidades básicas de alfabetização.

Corroborando com esta afirmação, foi possível perceber durante o desenvolvimento desta investigação e de modo especial do seu estado da arte que ainda há ainda muitas lacunas nos estudos publicados sobre literacia em saúde. Observa-se uma dicotomia entre a complexificação do conceito de literacia em saúde e a utilização de questionários de fácil aplicação, mas cuja avaliação tem como base o conceito antigo, considerando apenas habilidades literárias e numéricas.

A falta de um padrão de avaliação e a grande quantidade de instrumentos de avaliação da literacia em saúde dificulta possíveis comparações e uma discussão mais consistente entre os diversos estudos encontrados. Portanto, seria importante uniformizar os estudos sobre literacia em saúde e adesão terapêutica direcionando para a utilização, por exemplo, da *European health literacy survey* para avaliação da literacia em saúde.

Em contrapartida, a escassez de questionários sobre avaliação da adesão terapêutica em utentes com úlceras venosas e de estudos sobre o tema torna a discussão muito ampla e pouco centrada nos sujeitos que são o foco desta investigação.

Além disso, a multidimensionalidade dos dois temas, literacia em saúde e adesão terapêutica, faz com que muitas vezes não se consiga estabelecer qualquer relação entre as variáveis avaliadas. É provável que não tenha sido considerada alguma variável importante para tornar esta investigação mais reveladora em termos dos resultados encontrados.

Neste sentido, percebe-se que seria importante investigar também os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros que cuidam dos utentes com úlceras venosas, pois este pode ser um elemento importante tanto na implementação de terapias eficazes para a gestão deste tipo de ferida crónica quanto na adesão terapêutica do utente.

NOTA FINAL

Cuidar de utentes com úlceras venosas é complexo e exige dos profissionais conhecimentos específicos. A evidência científica mostra que este tipo de ferida causa importante impacto na qualidade de vida dos utentes e nos custos para a saúde pública. Isso faz com que a temática das úlceras venosas seja de relevância para toda a comunidade e, de modo especial, para a comunidade científica.

Há muito que se sabe que a terapia compressiva é o tratamento considerado *standard* na gestão da terapia compressiva. No entanto, o que se observa na prática é que poucos são os utentes que se beneficiam desta terapêutica. Muitas vezes porque não aderem ao tratamento e outras pelo fato dos próprios profissionais da saúde, de modo especial os enfermeiros, não implementarem esta terapêutica que é a chave para a gestão das UVs.

Diante da escassez de estudos realizados sobre os fatores limitantes do uso da terapia compressiva, sentiu-se a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre adesão terapêutica em utentes com úlceras venosas, a fim de tentar perceber se esta estava relacionada com a baixa literacia em saúde destes sujeitos. Além disso, a confirmação da hipótese de que há relação direta entre literacia em saúde e adesão terapêutica, possibilitaria que futuras investigações implementassem medidas específicas para melhorar a literacia em saúde dos utentes com úlceras venosas.

No entanto, os resultados do estudo não confirmaram a hipótese levantada e, além disso, mostraram que grande parte dos utentes que não utilizam terapia compressiva, não o faz por falta de indicação do profissional ou em razão da dor que sentem, o que por si só não se justifica como contraindicação. Este achado, apesar de não ser o foco da investigação, é um resultado importante e que merece ser explorado em investigações futuras.

Este resultado confirma o que já havia sido apresentado em investigações anteriores; que apesar de ser um tratamento amplamente divulgado, alguns profissionais continuam a não implementar a terapia compressiva nos utentes com úlceras venosas.

Diante da magnitude do problema e das suas implicações para os utentes e para o Serviço Nacional de Saúde, este estudo pode ser um contributo importante, pela visibilidade que

dá a temática das UVs e por evidenciar a necessidade de se continuar a aprofundar o tema, que deve ser analisado sob outra ótica.

A adesão à terapia compressiva não parece ser um problema para os utentes que participaram desta investigação. No entanto, os resultados encontrados não podem ser generalizados uma vez que a amostra é pequena e não representativa. Portanto é importante que sejam realizadas investigações futuras sobre esta temática, a fim de esclarecer os resultados encontrados neste estudo.

Também não é possível fazer afirmações sobre os motivos pelos quais os enfermeiros não indicam a terapia compressiva. No entanto, percebe-se que, independentemente das razões, é necessário que sejam feitas ações formativas e de sensibilização destes profissionais.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas limitações devem ser consideradas. A primeira delas diz respeito a falta de evidência científica relativamente à literacia em saúde e adesão terapêutica em utentes com úlceras venosas. Não foi encontrado nenhum outro estudo com esta temática e poucos foram os estudos selecionados com temas semelhantes para enriquecer o estado da arte.

Neste âmbito da evidência científica, foi possível perceber que escassez de instrumentos para a avaliação da adesão terapêutica também foi um fator limitante. Optou-se por utilizar a Escala Multidimensional de Adesão Terapêutica que, segundo dizem os autores está validada para ser utilizada na população portuguesa. No entanto, esta escala permite apenas fazer uma comparação entre as médias das suas próprias dimensões e seria importante atribuir valor aos resultados encontrados.

Desde o início do estudo sabia-se do risco de utilizar o HLS-EU-PT por ser um instrumento extenso, com 47 questões. De fato a utilização deste instrumento limitou a investigação, visto que um utente se recusou a participar em razão do tempo necessário para aplicação do instrumento.

Ainda no que diz respeito ao HLS-EU-PT, este questionário possui um número mínimo de respostas válidas para cálculo dos índices, como referido anteriormente, e 4 instrumentos foram excluídos por não preencherem este pré-requisito. Portanto, esta é

mais uma limitação do HLS-EU-PT, visto que a amostra inicial que era composta por 44 participantes, reduziu-se para 40.

Ainda em relação à amostra do estudo, também cabe enfatizar que os utentes dependentes nos autocuidados foram excluídos, conforme apresentado em capítulo anterior, o que reduziu o número da amostra. Neste sentido, é de se referir que, ao fazer a identificação dos utentes com os enfermeiros dos Centros de Saúde, foi possível perceber que, grande parte daqueles que recebem atendimentos domiciliários, é dependente nos autocuidados e, portanto, não puderam ser incluídos no estudo.

Além disso, acredita-se que o número diminuto de participantes também tenha sido um dos diversos impactos que este estudo sofreu em razão da pandemia de SARS-CoV-2. Esta situação modificou rapidamente o contexto de prestação de cuidados de saúde em Portugal, em razão do aumento do número de infetados, de internamentos hospitalares e de óbitos relacionados, direta e indiretamente, com a doença em questão (ERS, 2020).

Desde o início da pandemia, houve uma descida significativa da atividade presencial nos cuidados primários. Não existem dados disponíveis que reflitam o período em que foi realizada a colheita de dados desta investigação, entretanto, sabe-se que o número de consultas de enfermagem presenciais, que tivera ligeiros aumentos em janeiro e fevereiro de 2020, foi bastante inferior nos meses de março, abril e maio (ERS, 2020).

Na prática foi possível perceber a restrição em relação ao número de utentes e profissionais nos Centros de Saúde no período da colheita de dados. Muitos enfermeiros foram deslocados para os Centros de Vacinação, o que resultava em dificuldade na comunicação para definição dos melhores dias para se realizar a colheita de dados, menor número de utentes ou grande quantidade de trabalho para os enfermeiros que permaneciam nos Centros de Saúde, o que impactava diretamente nos dias de visita para aplicação dos questionários.

Outra dificuldade encontrada diz respeito ao número de deslocações, que muitas vezes foram sem efeito. Como por exemplo, o caso de uma utente que não pode responder o questionário em razão de hipoacusia, que impedia a compreensão das perguntas. Uma segunda situação aconteceu com um utente que possuía uma ferida traumática com evolução de uma semana e sem nenhuma característica de UV. Outra situação aconteceu

com uma utente que recusou a participar, em razão do risco que corria em perder o autocarro para casa.

Apesar das limitações descritas acima, considera-se que a investigação pode contribuir de muitas formas para a prática assim como para futuras investigações.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A evolução dos conceitos de literacia em saúde e adesão terapêutica e da própria enfermagem só se tornaram possíveis em virtude do desenvolvimento e divulgação de investigações científicas.

Em razão dos estudos científicos, hoje conseguimos compreender os mecanismos fisiopatológicos das úlceras venosas e a maneira mais adequada de gestão deste tipo de ferida.

O aperfeiçoamento do conhecimento permitiu melhorar a prática clínica, com repercussões diretas nos cuidados prestados aos utentes dos serviços de saúde. Portanto, esta investigação procurou dar resposta a uma inquietação bastante frequente na prática dos enfermeiros que cuidam dos utentes com úlceras venosas. Utentes que muitas vezes mantêm tratamentos a longo prazo, em alguns casos sem resposta à terapêutica instituída.

O enfermeiro possui autonomia no cuidado dos utentes com úlceras venosas, entretanto, para que a intervenção proposta gere resultados positivos, o utente precisa ter papel ativo e participar deste processo. Neste contexto, a literacia em saúde e adesão terapêutica parecem ser dois pontos essenciais. Daí a pertinência da realização de um estudo como o que aqui se apresenta.

Apesar dos resultados não evidenciarem relação entre os níveis de literacia em saúde e adesão terapêutica dos utentes com este tipo de úlcera, um resultado alarmante diz respeito à não implementação da terapia compressiva em grande parte dos utentes investigados. Este achado precisa ser explorado com cautela, pois não se pode atribuí-lo exclusivamente a falta de conhecimento dos profissionais. Sabe-se que a aplicação dos dispositivos de compressão exige mais tempo do profissional e nem sempre os rácios nos Centros de Saúde são adequados para o número de utentes atendidos, podendo ser este outro fator importante para a não recomendação da terapia compressiva por parte dos profissionais.

Portanto, é importante referir que a formação contínua dos enfermeiros e a consciencialização destes profissionais é fulcral para garantir a excelência dos cuidados, sendo essencial capacitá-los para lidar com a realidade existente.

A partir dos resultados, considera-se pertinente:

- O incremento de ações formativas contínuas dos enfermeiros, nomeadamente a nível da terapia compressiva e da avaliação do índice de pressão tornozelo braço;
- Privilegiar a informação sobre úlceras venosas e tratamentos indicados aos utentes com úlceras venosas;
- Possibilitar a participação do utente na decisão da terapia compressiva a ser utilizada;
- Sensibilizar os gestores na área da saúde para o levantamento e divulgação de indicadores (de incidência e prevalência, por exemplo) no âmbito das feridas, de modo especial das úlceras venosas.

IMPLICAÇÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES

Relativamente aos resultados encontrados, estes podem servir de contributo para outros estudos. Seria importante que novas investigações sobre esta mesma temática fossem realizadas, para fornecerem resultados mais contundentes e passíveis de generalização, uma vez que o tema da literacia em saúde é de interesse nacional e que as úlceras venosas geram grandes impactos na saúde dos utentes e nos custos para o Serviço Nacional de Saúde.

Ainda no âmbito da investigação com os utentes, seria interessante selecionar unicamente pessoas em tratamento com terapia compressiva, para que seja possível perceber-se qual o tipo de dispositivo que apresenta melhor adesão e, quais as principais complicações e dificuldades para o seu uso, na perspetiva do utente.

Além disso, a não recomendação da terapia compressiva é um resultado que necessita ser explorado com mais cautela. Sugere-se a realização de investigações com os enfermeiros dos Centros de Saúde, a fim de perceber as lacunas de conhecimento e as possíveis dificuldades encontradas na utilização da TC.

Portanto, a realização de mais estudos nesta área, utilizando metodologias quantitativas ou qualitativas poderão contribuir para clarificar os fatores que dificultam o tratamento adequado, adesão e os resultados esperados nos utentes com úlceras venosas.

REFERÊNCIAS

- Altin, S. V., Finke, I., Freimuth, S. K., & Stock, S. (2014). The evolution of health literacy assessment tools: A systematic review. *BMC Public Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1207>
- Alves, P. J. P. (2014). Feridas: prevalência e custos.
- Amin, E. E., Bistervels, I. M., Meijer, K., Tick, L. W., Middeldorp, S., Mostard, G., van de Poel, M., Serné, E. H., Otten, H. M., Klappe, E. M., Joore, M. A., ten Cate, H., ten Wolde, M., & ten Cate-Hoek, A. J. (2018). Reduced incidence of vein occlusion and postthrombotic syndrome after immediate compression for deep vein thrombosis. *Blood*, 132(21), 2298–2304. <https://doi.org/10.1182/blood-2018-03-836783>
- Anjos, L. A. (2006). Avaliação antropométrica e da composição corporal. In *Obesidade e saúde pública* (pp. 11–28). Editora FIOCRUZ.
- Atkin, L., Bučko, Z., Montero, E.C., Cutting, K., Moffatt, C., Probst, A., Romanelli, M., Schultz, G.S. & Tettelbach, W. (2019). Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. *Journal of Wound Care*, 23(Sup3a), S1–S50. doi:10.12968/jowc.2019.28.Sup3a.S1
- Atkin, L., & Martin, R. (2020). An audience survey of practice relating to pain in the management of chronic venous leg ulcers. *Community Wound Care*, 20–24. <https://doi.org/10.1016/j>
- Baker, D., Parker, R., Williams, M., Pitkin, K., Parikh, N., Coates, W., & Imara, M. (1996). *American Medical Association Country of Publication*, 4(5), 2–3. <https://doi.org/10.1080/00366579.1973.10613497>
- Bartolazzi, F., Ribeiro, A. L. P., de Sousa, W. J. F. N., Vianna, M. S., Silva, J. L. P., & Martins, M. A. P. (2021). Relationship of health literacy and adherence to oral anticoagulation therapy in patients with atrial fibrillation: a cross-sectional study.

Journal of Thrombosis and Thrombolysis, 52(4), 1074–1080.
<https://doi.org/10.1007/s11239-021-02432-4>

Beidler, S. K., Douillet, C. D., Berndt, D. F., Keagy, B. A., Rich, P. B., & Marston, W. A. (2009). Inflammatory cytokine levels in chronic venous insufficiency ulcer tissue before and after compression therapy. *Journal of Vascular Surgery*, 49(4), 1013–1020.
<https://doi.org/10.1016/j.jvs.2008.11.049>

Bennett, C. L., Ferreira, M. R., Davis, T. C., Kaplan, J., Weinberger, M., Kuzel, T., Seday, M. A., & Sartor, O. (1998). Relation between literacy, race, and stage of presentation among low- income patients with prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 16(9), 3101–3104. <https://doi.org/10.1200/JCO.1998.16.9.3101>

Bistreanu, R., & Teodorescu, M. (2009). Venous leg ulcer-patient compliance to treatment and impact on quality of life. *Journal of experimental medical & surgical research*, XVI (2), 97-102.

Borges, E. L., Ferraz, A. F., Carvalho, D. V., Matos, S. S. de, & Lima, V. L. de A. N. (2016). Prevenção de recidiva de úlcera varicosa: um estudo de coorte. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(1), 9–16. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600003>

Bowers, S., & Franco, E. (2020). Chronic Wounds: Evaluation and Management. *American Family Physician*, 101(3), 159–166.

Briggs M, Closs SJ. Patients' perceptions of the impact of treatments and products on their experience of leg ulcer pain. *J Wound Care*, 2006 Sep;15(8):333-7. doi: 10.12968/jowc.2006.15.8.26941. PMID: 17001939.

Cabral, M.V, & Silva, P. A. (2010). Adesão á Terapêutica em Portugal. *Imprensa de Ciências Sociais*, 1.
http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11160/1/ICS_MVCabral_PASilva_Adesao_LAN.pdf

Chitambira, F. (2019). Patient perspectives: explaining low rates of compliance to compression therapy. *Wound Practice & Research*, 27(4), 168–174.
<https://doi.org/10.33235/wpr.27.4.168-174>

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

- <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/8636/1/Evolu%C3%A7%C3%A3o%20do%20conceito%20de%20ades%C3%A3o%20%C3%A0%20terap%C3%AAutica.pdf>
- Cullum, N., Buckley, H., Dumville, J., Hall, J., Lamb, K., Madden, M., ... Stubbs, N. (2016). *Wounds research for patient benefit: a 5-year programme of research*. <https://doi.org/10.3310/pgfar04130>
- Direção Geral de Saúde. (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde*. Lisboa, Portugal: DGS. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Dissemond J, Erfurt-Berge C, Goerge T, Kröger K, Funke-Lorenz C, Reich-Schupke S. (2018). Systemic therapies for leg ulcers. *J Dtsch Dermatol Ges*, 16(7):873-90. doi: <https://doi.org/10.1111/ddg.13586>. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ddg.13586>
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016). *Guia de elaboração de trabalhos escritos*. Coimbra, Portugal.
- Espanha, R., Ávila, P & Mendes, R.V. (2016) Literacia em Saúde em Portugal – Relatório Síntese. *Fundação Calouste Gulbenkian*. Recuperado de: <https://gulbenkian.pt/publications/literacia-em-saude-em-portugal-relatorio-sintese/>
- Esterman, A. (2019). The effect of health literacy on treatment adherence in maintenance haemodialysis patients: a cross-sectional study. *Renal Society of Australasia Journal*, 11–18. <https://doi.org/10.33235/rsaj.15.1.11-18>
- Favas, S. M.H. S. (2012) *Qualidade de vida e adesão terapêutica da pessoa portadora de úlcera venosa* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS* (L. Viali, Ed.; 2nd ed.). ARTMED.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, Lusodidacta.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da Autonomia - Saberes Necessários À Prática Educativa*. EGA.

- Garcia, A. B., Müller, P. V., Paz, P.O., Duarte, E. R. M., & Kaiser, D. E. (2018). Percepção do usuário no autocuidado de úlcera em membros inferiores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e2017-0095. Epub 16 de julho de 2018. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0095>
- Guest, J. F., Ayoub, N., McIlwraith, T., Uchegbu, I., Gerrish, A., Weidlich, D., ... Vowden, P. (2017). Health economic burden that different wound types impose on the UK's National Health Service. *International Wound Journal*, 14(2), 322–330. <https://doi.org/10.1111/iwj.12603>
- Harding K, et al. Simplifying venous leg ulcer management. Consensus recommendations. *Wounds International* 2015. Recuperado de: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/simplifying-venous-leg-ulcer-management-consensus-recommendations>
- Haynes, R. B., McDonald, H., Garg, A. X., & Montague, P. (2003). *Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications*. The Cochrane Library.
- Heizomi, H., Iraj, Z., Vaezi, R., Bhalla, D., Morisky, D. E., & Nadrian, H. (2020). Gender differences in the associations between health literacy and medication adherence in hypertension: A population-based survey in Heris County, Iran. *Vascular Health and Risk Management*, 16, 157–166. <https://doi.org/10.2147/VHRM.S245052>
- HLS-EU Consortium. (2012). Comparative Report Of Health Literacy In Eight Eu Member States. *The European Health Literacy Survey HLS-EU* (Second Revised And Extended Version, Date July 22th, 2014).
- Huang, Y. M., Shiyanbola, O. O., & Smith, P. D. (2018a). Association of health literacy and medication self-efficacy with medication adherence and diabetes control. *Patient Preference and Adherence*, 12, 793–802. <https://doi.org/10.2147/PPA.S153312>
- Huang, Y. M., Shiyanbola, O. O., & Chan, H. Y. (2018b). A path model linking health literacy, medication self-efficacy, medication adherence, and glycemic control. *Patient Education and Counseling*, 101(11), 1906–1913. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.06.010>
- INE. (2020). Projeções de População Residente 2018-2080. In Destaque informação à Comunicação Social (pp. 1–21).

- Informação de monitorização- Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde – período de março a junho de 2020.* (2020). <https://transparencia.sns.gov.pt>
- Ito, T., Kukino, R., Takahara, M., Tanioka, M., Nakamura, Y., ... Asano, Y. (2016). The wound/burn guidelines - 5: Guidelines for the management of lower leg ulcers/varicose veins. *The Journal of Dermatology*, 43(8), 853–868. doi:10.1111/1346-8138.13286
- Kilic, H.F. & Dag, S. (2020). The Relationship between Health Literacy and Medication Adherence in a Hypertensive Patient Population. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 101–106. www.internationaljournalofcaringsciences.org
- Kyaw, B.M, Järbrink, K., Martinengo, L., Car, J., Harding, K. & Schmidtchen, A. (2018). Need for Improved Definition of “Chronic Wounds” in Clinical Studies. *Acta Derm Venereol* 98: 157–158
- Ligi, D., Mosti, G., Croce, L., Raffetto, J. D., & Mannello, F. (2016). Chronic venous disease – Part I: Inflammatory biomarkers in wound healing. *Biochimica et Biophysica Acta - Molecular Basis of Disease*, 1862(10), 1964–1974. <https://doi.org/10.1016/j.bbadis.2016.07.018>
- Lu, M., Ma, J., Lin, Y., Zhang, X., Shen, Y., & Xia, H. (2019). Relationship between patient’s health literacy and adherence to coronary heart disease secondary prevention measures. *Journal of Clinical Nursing*, 28(15–16), 2833–2843. <https://doi.org/10.1111/jocn.14865>
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* . (5^a ed.). São Paulo: Atlas.
- Maroco, J., & Marques, T.G. (2006). *Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?*, 4(1).
- Martinengo, L., Olsson, M., Bajpai, R., Soljak, M., Upton, Z., Schmidtchen, A., ... Järbrink, K. (2019). Prevalence of chronic wounds in the general population: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Annals Of Epidemiology*, 29, 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.10.005>

- Medeiros, A. B. de A., Frazão, C. M. F. de Q., Tinôco, J. D. de S., Paiva, M. das G. M. N., Lopes, M. V. de O., & Lira, A. L. B. de C. (2014). Venous ulcer: risk factors and the Nursing Outcomes Classification. *Invest Educ Enferm*, 32(2), 252–259.
- Menoita, E. C. (2015). *Gestão de Feridas Complexas* (1ª ed, Vol. 1). Lusodidacta.
- Millan, S. B., Gan, R., & Townsend, P. E. (2019). Venous Ulcers: Diagnosis and Treatment. *American Family Physician Wwww.Aafp.Org/Afp*, 100(5). Recuperado de: <https://www.aafp.org/afp/2019/0415/p1003.html>.
- Miller, N.H., Hill, M., Kottke, T., & Ockene, I.S. (1997). The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for health care professionals. *Circulation*, 95, 1085-1090.
- Morison, M.J., Moffat, C.J. & Franks, P.J., (2010). *Úlceras de perna: uma abordagem baseada na resolução de problemas*. (1ª ed.) Loures, Portugal: Lusociência.
- Moura, R. M. F., Gonçalves, G. S., Navarro, T. P., Britto, R. R., & Dias, R. C. (2010). Correlação entre classificação clínica CEAP e qualidade de vida na doença venosa crônica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14(2), 99–105. <https://doi.org/10.1590/s1413-35552010005000007>
- Nelson, E. A., & Adderley, U. (2016). Venous leg ulcers. *BMJ Clinical Evidence*, 2016 (March 2014), 1–36.
- Nelson, E. A., Harper, D. R., Prescott, R. J., Gibson, B., Brown, D., & Ruckley, C. V. (2006). Prevention of recurrence of venous ulceration: Randomized controlled trial of class 2 and class 3 elastic compression. *Journal of Vascular Surgery*, 44(4), 803–808. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2006.05.051>
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, 54(5), 303–305. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0050-x>
- O'Donnell, T. F., Jr, Passman, M. A., Marston, W. A., Ennis, W. J., Dalsing, M., Kistner, R. L., ... Gloviczki, P. (2014). Management of venous leg ulcers: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery ® and the American Venous Forum. *Journal Of Vascular Surgery*, 60(2 Suppl), 3S–59S. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2014.04.049>

- O'Meara, S., Cullum, N., Nelson, E. A., & Dumville, J. C. (2012). Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd000265.pub3
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Parecer No01/2012. *Avaliação do IPTB e Realização de Terapia Compressiva*. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica. Pp.1-3.
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Health literacy: The solid facts*. Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Organização Mundial da Saúde. (1998). Health promotion glossary. OMS, Genebra.
- Oscalices, M. I. L., Okuno, M. F. P., Lopes, M. C. B. T., Batista, R. E. A., & Campanharo, C. R. V. (2019). Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 53. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017039803447>
- Paiva, L. A. R. (2017). Pessoa com feridas: aplicação tópica de oxigénio com câmara portátil (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.
- Parecer N.º 01 / 2012 *Avaliação do IPTB e realização de terapia compressiva*, 3 (2012).
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. v., & Nurss, J. R. (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients' Literacy Skills. *J Gen Intern Med*, 10, 537–541.
- Partsch, H., Winiger, J., & Lun, B. (2004). Compression Stockings Reduce Occupational Leg Swelling. *Dermatol Surg*, 737–743. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.2004.30204.x>
- Payne, D. (2019). Leg care: improving assessment and adherence. *Nursing and Residential Care*, 21(7), 370–376. doi:10.12968/nrec.2019.21.7.370
- Pereira, A. & Gaspar, P. (2012) Barreiras à implementação da Terapia Compressiva. *Referencia*; III(6). Recuperado de: <http://www.index-f.com/referencia/2012/36-033.php>.
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal.

Revista Portuguesa de Saude Publica, 34(3), 259–275.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

Pleasant, A., McKinney, J., & Rikard, R. V. (2011). Health Literacy Measurement: A Proposed Research Agenda. *Journal of Health Communication*, 16(sup3), 11–21. doi:10.1080/10810730.2011.604392

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (7th ed.). Artmed.

Post, H., Bambelt, F., Pronk, F., Buis, K., Kamsma, A., Cuperus, S., & Kuijper, Y. (2021). Using the venous leg ulcer aetiologyspecific T.I.M.E. clinical decision support tool to promote consistent holistic wound management and eliminate variation in practice. *Wounds International* 2021, 12(3), 47–53.

Prodanov, C. C., & Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico* (2ª ed.). Recuperado de: www.feevale.br/editora

Rabe, E., Partsch, H., Morrison, N., Meissner, M. H., Mosti, G., Lattimer, C. R., Carpentier, P. H., Gaillard, S., Jünger, M., Urbanek, T., Hafner, J., Patel, M., Wu, S., Caprini, J., Lurie, F., & Hirsch, T. (2020a). Risks and contraindications of medical compression treatment – A critical reappraisal. An international consensus statement. *Phlebology*, 0(0), 1–14. <https://doi.org/10.1177/0268355520909066>

Rocha, M. R. da, Santos, S. D. dos, Moura, K. R. de, Carvalho, L. de S., Moura, I. H. de, & Silva, A. R. V. da. (2019). Health literacy and adherence to drug treatment of type 2 diabetes mellitus. *Escola Anna Nery*, 23(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0325>

Raios, E.F. (2013). *Representações, Cuidados de Saúde, Adesão e Repercussões Psicológicas na lombalgia Crônica: Um Estudo com Doentes em Tratamento Diferenciado* (Tese de Doutorado em Psicologia). Recuperado de: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/25549>

Saqlain, M., Riaz, A., Malik, M. N., Khan, S., Ahmed, A., Kamran, S., & Ali, H. (2019). Medication adherence and its association with health literacy and performance in

- activities of daily livings among elderly hypertensive patients in Islamabad, Pakistan. *Medicina (Lithuania)*, 55(5). <https://doi.org/10.3390/medicina55050163>
- Savitz, S. T., Bailey, S. C., Dusetzina, S. B., Jones, W. S., Trogon, J. G., & Stearns, S. C. (2020). Treatment selection and medication adherence for stable angina: The role of area-based health literacy. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(6), 1711–1721. <https://doi.org/10.1111/jep.13341>
- Serrão, C. (2014). *Literacia em Saúde: um desafio na e para a terceira idade*. Recuperado de: <https://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/5979>.
- Shiyanbola, O. O., Unni, E., Huang, Y. M., & Lanier, C. (2018). The association of health literacy with illness perceptions, medication beliefs, and medication adherence among individuals with type 2 diabetes. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 14(9), 824–830. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.12.005>
- Silva, M.H., Jesus, M.C.P., Tavares, R.E., Caldeira, E.A.C., Oliveira, D.M. & Merighi, M.A.B. (2019). Experiência de pessoas adultas e idosas frente à adesão aos cuidados com a úlcera varicosa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180024. Epub June 10, 2019. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180024>
- Simonds, S. K. (1974). *Health Education as Social Policy. Health Education Monographs*, 2(1_suppl), 1–10. doi:10.1177/10901981740020s102
- Skoumalova, I., Kolarcik, P., Geckova, A. M., Rosenberger, J., Majernikova, M., Klein, D., van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2019). Is health literacy of dialyzed patients related to their adherence to dietary and fluid intake recommendations? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph16214295>
- Valencia, I. C., Falabella, A., Kirsner, R. S., & Eaglstein, W. H. (2001). Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 44(3), 401–424. <https://doi.org/10.1067/mjd.2001.111633>
- Vaz, A., Cunha, C., & Afonso, G. (2021). O Papel dos Sistemas de Compressão no Sucesso do Tratamento das Úlceras de Perna. *Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas 2021*. ISBN 978-989-54770-8-1

- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Royen, P.V., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331–342.
- Vivas, A., Tov, H.L., & Kirsner, R.S. (2016). Venous Leg Ulcers. *Annals Of Internal Medicine*, 165(3), ITC17-ITC32. <https://doi.org/10.7326/AITC201608020>
- Vlajinac, H., Marinkovic, J., Maksimovic, M., & Radak, D. (2013). *Factors Related To Venous Ulceration*. *Angiology*, 65(9), 824–830. doi:10.1177/0003319713508218
- Vos T., Allen C., Arora M., Barber R.M., Bhutta Z.A., Brown A., Carter A., Casey D.C., Charlson F.J., Chen A.Z., Coggeshall M., et al. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 388(10053): 1545-1602. [10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J., & Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514–522. <https://doi.org/10.1370/afm.405>
- Weller, C. D., Buchbinder, R., & Johnston, R. V. (2013). Interventions for helping people adhere to compression treatments for venous leg ulceration. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd008378.pub2
- World Health Organization. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 1, 1–23. <https://doi.org/10.1093/heapro/1.1.113>
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>.
- World Health Organization. (2013). *Health literacy The solid facts*. 12(1), 1–68. <https://doi.org/10.1002/rcm.3390>
- Ylönen, M., Stolt, M., Leino-Kilpi, H., & Suhonen, R. (2014). *Nurses' knowledge about venous leg ulcer care: a literature review*. International Council of Nurses

ANEXO I

Autorização para utilização do European Health Literacy Survey

2/18/2021

Gmail - Investigação ESEnC - utilização do European Health Literacy Survey



Livia Delphim <livia.delphim@gmail.com>

Investigação ESEnC - utilização do European Health Literacy Survey

9 de dezembro de 2020 12:52

Para: Livia Delphim <livia.delphim@gmail.com>
Cc: "luispaiva@esenfc.pt" <luispaiva@esenfc.pt>

Cara Dra. Livia Delphim,

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

Envio em anexo a escala que validámos e aplicámos em Portugal. Poderá consultar a restante informação no artigo de validação da escala acessível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902516300311>

Junto também o relatório completo do instrumento na sua versão original.

Na eventualidade de precisar de ajuda no cálculo dos scores ou em outros aspetos do trabalho de campo, não hesite em contactar-nos. Informo também que estamos em fase de publicação da validação da versão curta (16 itens) desta mesma escala.

Gostariamos muito de ter a oportunidade de ir acompanhando este trabalho, pelo que peço que partilhe connosco as conclusões a que forem chegando.

Com os meus melhores cumprimentos,

Escola Nacional de Saúde Pública

Tel. +351 21 751 2100 | Fax. +351 21 758 2754

Avenida Padre Cruz |1600-560 Lisboa | Portugal

.pt | www.ensp.unl.pt



De: Livia Delphim <livia.delphim@gmail.com>

Enviada: 27 de novembro de 2020 12:55

Para:

Assunto: Investigação ESEnC - utilização do European Health Literacy Survey

2/18/2021

Gmail - Investigação ESEnC - utilização do European Health Literacy Survey

Exma. Senhora. Professora [REDACTED]

Eu, Livia Moreira Delphim, Enfermeira, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontro-me a desenvolver uma dissertação intitulada "Literacia em Saúde e Adesão Terapêutica dos Utentes com Úlceras Venosas", sob orientação do Professor Doutor Luís Paiva.

Os objetivos do estudo: Identificar o nível de literacia em saúde dos utentes com úlceras venosas; Avaliar a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas; Analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas.

Assim, venho por este meio solicitar a autorização de V.^a Exm.^a para utilizar o European Health Literacy Survey traduzido e validado em Portugal.

Mais informo que este estudo tem um parecer favorável da Comissão de Ética da UICISA:E e da Comissão de ética da ARS.

Atenciosamente,

Livia Moreira Delphim

2 anexos

 neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf
2298K

 HLS-EU-PT.pdf
115K

ANEXO II

Autorização para utilização da Escala Multidimensional de Adesão Terapêutica

2/18/2021

Gmail - Fwd: Investigação ESEnFC - utilização escala multidimensional da adesão terapêutica



Livia Delphim <livia.delphim@gmail.com>

Fwd: Investigação ESEnFC - utilização escala multidimensional da adesão terapêutica

Para: Livia Delphim <livia.delphim@gmail.com>, [redacted] 9 de dezembro de 2020 11:28

Boa tarde

As minhas desculpas mas este email escapou-me

Esta autorizado

Algumas questão disponha (915018813)

Cumprimentos

[redacted]

De: Livia Delphim [mailto:livia.delphim@gmail.com]

Enviada: 27 de novembro de 2020 12:19

Para: [redacted]

Assunto: Investigação ESEnFC - utilização escala multidimensional da adesão terapêutica

Exma. Senhora. [redacted]

Eu, Livia Moreira Delphim, Enfermeira, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontro-me a desenvolver uma dissertação intitulada "Literacia em Saúde e Adesão Terapêutica dos Utentes com Úlceras Venosas", sob orientação do Professor Doutor Luís Paiva.

Os objetivos do estudo: Identificar o nível de literacia em saúde dos utentes com úlceras venosas; Avaliar a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas; Analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas.

Assim, venho por este meio solicitar a autorização de V.^{as} Ex.^{as} para utilizar a escala multidimensional da adesão terapêutica adaptada para o meu estudo.

Justifica-se a necessidade das adaptações, pois além desta escala foram utilizados outros questionários tendo em vista responder aos objetivos do estudo. Portanto, houve necessidade de otimizar o tempo de preenchimento do instrumento completo.

Mais informo que este estudo tem um parecer favorável da Comissão de Ética da UICISA:E e da Comissão de ética da ARS.

2/18/2021

Gmail - Fwd: Investigação ESEnfC - utilização escala multidimensional da adesão terapêutica

Anexo o instrumento completo com a escala adaptada para vossa apreciação.

Atenciosamente,

Livia Moreira Delphim

ANEXO III

Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: <i>Humilde</i> 22/10/2020 Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
------------------------------------	--

ASSUNTO:	Título: "Literacia em saúde e adesão à terapêutica dos utentes com úlceras venosas" (processo 074-2020). Autores: Livia Moreira Delphim / Luís António Rodrigues Paiva Escola Superior de Enfermagem de Coimbra <i>Dr. João Reis</i> Presidente, <i>Dr. João Rodrigues</i> Vice-Presidente, <i>Dr. Luis Militão</i> Vogal,
-----------------	--

Trata-se de um estudo observacional, transversal. Os autores pretendem dar resposta à questão de investigação - Existe relação entre o nível de literacia em saúde e a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas? Os autores pretendem identificar o nível de literacia em saúde dos utentes com úlceras venosas; Avaliar a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas; Analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas. Relativamente à metodologia proposta, a amostra será por conveniência, serão incluídos no estudo os utentes que demonstrarem interesse para participar do estudo. Serão excluídos do estudo aqueles que demonstrarem dependência total de cuidadores para realizarem cuidados com a ferida e aqueles em tratamento para outro tipo de ferida.

O instrumento de colheita de dados é composto por três questionários:

- Questionário Europeu de Literacia para a Saúde (HLS-EU-PT);
- Escala multidimensional da adesão terapêutica, que avalia a adesão terapêutica de utentes com úlceras venosas;
- Questionário desenvolvido pelos autores que avaliará aspetos relacionados à úlcera venosa.

É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes. Os autores garantem a anonimização dos doentes.

Segundo aos autores, a partir deste estudo, será possível traçar ações específicas de treino dos profissionais da saúde, tendo como foco maior adesão terapêutica dos doentes com úlceras venosas e a promoção da literacia em saúde. Desta forma, será possível auxiliar os utentes a desenvolverem capacidade de acesso, de compreensão e de avaliação da informação para aplicarem na prática. Solicita-se posteriormente o envio do relatório final do estudo.

O Relator e Presidente da CES-ARS do Centro

Prof.ª Doutora Isabel Vitória Figueiredo

ANEXO IV

Parecer da Comissão de Ética da UICISA: E

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)**

Parecer Nº P702/08-2020

Título do Projecto: Literacia em saúde e adesão terapêutica dos utentes com úlcera de perna.

Identificação das Proponentes

Nome(s): Livia Moreira Delphim

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Prof. Doutor Luís Paiva

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

O estudo está integrado em Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e tem como objetivo "*Identificar o nível de literacia em saúde dos utentes com úlceras venosas. - Avaliar a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas. - Analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas.*"

A proponente justifica o estudo com o facto de que as úlceras de perna têm elevada prevalência, com repercussão na qualidade de vida dos utentes e altos custos para os sistemas de saúde.

O estudo é definido como de metodologia "*...do tipo descritiva com abordagem quantitativa*".

Os participantes serão "*Utentes em tratamento de úlceras venosas atendidos nos Centros de Saúde Baixo Mondego. A amostra será por conveniência.*"

O contacto com os participantes que constituirão a amostra será realizado pelos "*... enfermeiros dos Centros de Saúde...*" que também "*... serão responsáveis por fazer a identificação dos doentes aptos a participarem, de acordo com os critérios de inclusão do estudo. Além disso, farão uma primeira abordagem aos doentes com o objetivo de identificar aqueles que aceitem participar da investigação.*"

Com base nos documentos submetidos:

- É justificada a pertinência e utilidade do estudo;
- Estão definidos os critérios de inclusão e exclusão;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados. Para a versão do *European health literacy*, em português - HLS-EU-PT, foi solicitada a autorização dos autores aguardando a sua resposta;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes sendo apresentado termo de consentimento;
- Os dados obtidos serão tratados pela proponente;
- São garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos não existindo recolha de qualquer dado que permita identificar os participantes na apresentação dos resultados;
- Não são identificados danos para as participantes.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é favorável ao estudo, deixando, no entanto, duas notas:

- Este parecer não dispensa a autorização das Instituições onde serão recolhidos os dados;
- Os autores devem atender à situação epidemiológica no processo de recolha de dados.

O relator:

Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Data: 14/10/2020 O Presidente da Comissão de Ética: *Naíra F. Amaral de Sousa*



ANEXO V

Autorização à Presidente da Direção de Enfermagem do ACeS Baixo Mondego

2/18/2021

Gmail - Investigação ESEnFC



Lívia Delphim <livia.delphim@gmail.com>

Investigação ESEnFC

Lívia Delphim <livia.delphim@gmail.com>

25 de novembro de 2020 07:22

Para: Lívia Delphim <livia.delphim@gmail.com>

Cc: [Redacted]

Marque [Redacted]

Ex.ma Senhora Enfermeira Lívia Delphim

Em resposta ao pedido formulado por V. Ex.^a e concordando com o parecer da Comissão de Ética da UICISA: E da ESEnFC, os autores devem ter em consideração a situação epidemiológica que vivenciamos. Assim, nada temos a obstar desde que o processo de recolha de dados tenha o acordo das unidades funcionais, bem como dos respetivos utentes.

Ao dispor para quaisquer esclarecimentos adicionais.
Com os melhores cumprimentos,

[Redacted]
Presidente da Direção de Enfermagem | Vogal do Conselho Clínico e de Saúde
Equipa Regional Apoio - ERA Centro

ACeS Baixo Mondego
Av. Bissaya Barreto, 52
3000-75 Coimbra
Tel. 239 793 360

De: Lívia Delphim <livia.delphim@gmail.com>

Enviado: 24 de novembro de 2020 16:23

Para: [Redacted]

[Redacted]

Assunto: Investigação ESEnFC

Exmo S. [Redacted] Exma. Senhora. Enfermeira [Redacted]

Reenvio o e-mail com o pedido de autorização da colheita de dados para o estudo "Literacia em Saúde e Adesão Terapêutica dos Utentes com Úlceras Venosas", já aprovado nas comissões de ética da ARS Centro e UICISA-E.

Gostava de solicitar a confirmação da receção deste e-mail e, assim que possível, a apreciação da solicitação.

Com os melhores cumprimentos, Lívia Delphim.

Mestranda EMC ESEnFC.

Exma. Senhora. Enfermeira Chefe [REDACTED]
Presidente da Direção de Enfermagem do ACES Baixo Mondego

Eu, Livia Moreira Delphim, Enfermeira, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontro-me a desenvolver uma dissertação intitulada "Literacia em Saúde e Adesão Terapêutica dos Utentes com Úlceras Venosas", sob orientação do Professor Doutor Luís Paiva.

Os objetivos do estudo: Identificar o nível de literacia em saúde dos utentes com úlceras venosas; Avaliar a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas; Analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas.

Assim, venho por este meio solicitar a autorização de V.^{os} Ex.^{os} para realizar a colheita de dados junto dos doentes e com o apoio dos Enfermeiros que se encontram a exercer a sua atividade profissional nas unidades de saúde pertencentes ao distrito de Coimbra.

Pretende-se a ida presencial a cada unidade de cuidados de saúde primários, durante os meses de novembro, dezembro e janeiro de 2021, onde serão entregues questionários e um documento de consentimento informado aos doentes previamente referenciados pelos enfermeiros, sendo posteriormente feita a recolha dados através do preenchimento pelos doentes de forma presencial. Serão encerrados em envelope fechado, a fim de garantir a confidencialidade da informação colhida. Serão preferencialmente envolvidos doentes que se encontrem com úlcera de perna a fazer terapia compressiva. Em todos os momentos serão garantidos os princípios éticos inerentes a trabalhos de investigação, estipulados na declaração de Helsínquia.

Mais informo que **este estudo tem um parecer favorável da Comissão de Ética da UICISA:E e da Comissão de ética da ARS** (em anexo). Anexo também o projeto de investigação.

Nestes termos, pede deferimento.

Atenciosamente,

Livia Moreira Delphim

Contacto telefónico: [REDACTED]

APÊNDICE I

Instrumento de Colheita de Dados

Questionário Europeu de Literacia para a Saúde (avaliação de dados sociodemográficos)

D 1 Género	Masculino	Feminino
2 Qual a sua idade? _____ anos		
3 Qual é a sua altura? (Aproximadamente em cm) _____ cms	4 Quanto pesa? (Aproximadamente em Kg) _____ Kg	
5 Qual é a sua nacionalidade? _____		
6 Qual é o seu estado civil?		
<input type="checkbox"/> Solteira/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Separada/o /divorciada/o <input type="checkbox"/> Viúva/o <input type="checkbox"/> Não responde		
7 Tem filhos?		
<input type="checkbox"/> Sim com menos de 18 anos <input type="checkbox"/> Sim com mais de 15 anos <input type="checkbox"/> Não tenho filhos <input type="checkbox"/> Não responde		
8 O que é seu nível de escolaridade?		
<input type="checkbox"/> Escola primária (1ª a 4ª classe) <input type="checkbox"/> Ensino básico (5º ao 9º ano) <input type="checkbox"/> Ensino Secundário <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Pós-graduação: Curso de Especialização, Mestrado, Doutoramento <input type="checkbox"/> Não responde		
9 Como descreve a sua condição principal actual perante o trabalho?		
<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Profissional Liberal <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Estudante, <input type="checkbox"/> Reformado, <input type="checkbox"/> Dona de casa <input type="checkbox"/> Não responde		
10 Tem formação ou já trabalhou em alguma profissão de saúde, por exemplo em enfermagem, medicina, farmácia?		
<input type="checkbox"/> Sim Qual ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe/não responde		

Questionário Europeu de Literacia para a Saúde

Assinale (X) o número que expressa a sua opinião a cada uma das seguintes perguntas. No caso de não saber a resposta, assinale (X) na coluna do “não sabe”.

Considere uma só resposta a cada pergunta.

1. MUITO FÁCIL 2. FÁCIL 3. DIFÍCIL 4. MUITO DIFÍCIL NÃO SABE

Questão	Numa escala que vai de “muito fácil” a “muito difícil”, qual o nível de dificuldade que é:	1	2	3	4	Não sabe
Q1	Encontrar informações sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam?					
Q2	Encontrar informações sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam?					
Q3	Descobrir o que fazer em caso de emergência médica?					
Q4	Descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente?					
Q5	Compreender o que o seu médico lhe diz?					
Q6	Compreender a bula (os folhetos) que acompanham o seu medicamento?					
Q7	Compreender o que fazer numa emergência médica?					
Q8	Compreender instruções dos profissionais de saúde sobre o modo de tomar um medicamento que lhe foi receitado?					
Q9	Avaliar como é que a informação proveniente do seu médico se aplica ao seu caso?					
Q10	Avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?					
Q11	Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?					
Q12	Avaliar se a informação sobre a doença, nos meios de comunicação, é de confiança?					
Q13	Usar informações que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?					
Q14	Seguir/Cumprir instruções sobre medicação?					
Q15	Chamar uma ambulância numa emergência?					
Q16	Seguir/Cumprir as instruções do seu profissional da saúde?					
Q17	Encontrar informações para lidar com comportamentos que afectam a sua saúde, tais como fumar, actividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?					
Q18	Encontrar informações para lidar com problemas de saúde mental, tais como stresse ou depressão?					
Q19	Encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devia fazer?					
Q20	Encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições, tais como excesso de peso, tensão arterial ou colesterol alto?					

CÓDIGO: _____

Questão	Numa escala que vai de “muito fácil” a “muito difícil”, quão fácil diria que é:	1	2	3	4	Não sabe
Q21	Compreender avisos relativos à saúde e comportamentos, tais como fumar, actividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?					
Q22	Compreender porque precisa de vacinas?					
Q23	Compreender porque precisa de exames de saúde?					
Q24	Avaliar quão seguras são advertências envolvendo a saúde, em aspectos tais como fumar, actividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?					
Q25	Avaliar quando precisa ir a um médico para um check-up ou exame geral de saúde?					
Q26	Avaliar quais são as vacinas de que pode precisar?					
Q27	Avaliar que exames de saúde precisa fazer?					
Q28	Avaliar se as informações sobre os riscos de saúde nos meios de comunicação são de confiança?					
Q29	Decidir se deve fazer a vacina contra a gripe?					
Q30	Decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?					
Q31	Decidir como pode proteger-se da doença com base em informações dadas através dos meios de comunicação?					
Q32	Encontrar informações sobre actividades saudáveis tais como actividade física, alimentação saudável e nutrição?					
Q33	Saber mais sobre as actividades que são boas para o seu bem-estar mental?					
Q34	Encontrar informações que contribuam para que o seu bairro possa tornar-se mais amigo da saúde?					
Q35	Saber mais sobre as mudanças políticas que possam afectar a saúde?					
Q36	Saber mais sobre os esforços para promover a sua saúde no local onde trabalha?					
Q37	Compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam dos familiares?					
Q38	Compreender informação contida nas embalagens dos alimentos?					
Q39	Compreender a informação recebida dos meios de comunicação para se tornar mais saudável?					
Q40	Compreender a informação que visa manter a sua mente saudável?					
Q41	Avaliar até que ponto a zona onde vive, afecta a sua saúde e bem-estar?					
Q42	Avaliar o modo como as condições da sua habitação ajudam a manter-se saudável?					
Q43	Avaliar que comportamento seu do dia a dia está relacionado com a sua saúde?					
Q44	Tomar decisões para melhorar a sua saúde?					
Q45	Integrar um clube desportivo ou aula de ginástica se desejar?					
Q46	Influenciar as condições da sua vida que afectam a sua saúde e bem-estar?					
Q47	Participar em actividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade?					

Questionário para avaliação dos aspetos relacionados à úlcera venosa

- Há quanto tempo tem esta úlcera? _____ meses/ anos 1a. Já cicatrizou SIM NÃO
- Quantas vezes? _____
- Apresentou úlcera anterior a esta? Sim Não
- Se **SIM**, Quantas vezes? _____
- Alguma vez já verificaram a pressão arterial nos braços e pernas para indicar a terapia compressiva? Sim Não Não lembra
- Atualmente**, qual tipo de terapia compressiva utiliza? Ligadura Meia elástica Outra _____ Não utiliza
- a. Se **não utiliza** terapia compressiva, por que não o faz? Não foi orientado a utilizar. Foi orientado, mas sente dor. Foi orientado, mas sente desconforto. Foi orientado, mas não consegue vestir a meia/ligadura. Foi orientado, mas não compreendeu os ensinamentos. Foi orientado, mas não acha importante utilizar. Foi orientado, mas não utiliza por outro motivo

6. Localização aproximada da úlcera:



Escala de Adesão Terapêutica em Pessoas Portadoras de Úlcera Venosa de Perna adaptada As perguntas que se seguem, questionam sobre os cuidados que teve nas atividades de vida saudável, terapia compressiva e vigilância dos pés, durante os últimos sete dias e que estão relacionadas com a cicatrização da sua Úlcera Venosa. Por Favor, assinale (X) a resposta que mais se assemelha com os cuidados que teve ao longo destes dias.

Considere: 1. Sempre 2. Quase sempre 3. Às vezes 4. Raramente 5. Nunca

		1	2	3	4	5
1	Manteve a higiene diária dos espaços interdigitais (entre os dedos) ...					
2	Molhou o penso...					
3	Sujou o penso...					
4	Aplicou creme hidratante nos membros inferiores...					
5	Movimentou os pés em movimentos circulares...					
6	Evitou sentar-se por longos períodos com as pernas suspensas (penduradas)...					
7	Realizou repouso com elevação dos membros ao nível do coração (eixo flebostático) ...					
8	Usou meia elástica/ ligadura durante as 24 horas... (se a resposta for "sempre" passar para 11)					
9	Usou a ligadura/meia elástica durante o dia...					
10	Usou a ligadura/ meia elástica para dormir...					
11	Observou edema (inchaço) dos dedos dos pés...					
12	Observou a coloração dos dedos dos pés...					
13	Observou a sensibilidade dos dedos dos pés...					

APÊNDICE II

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Literacia em saúde e adesão ao tratamento de utentes com úlceras venosas

Enquadramento: O estudo, a realizar nos Centros de Saúde que compõem o ACES Baixo Mondego, surge no âmbito da realização do mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica, a ser realizado pela estudante Livia Moreira Delphim, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC), sob a orientação do Prof. Dr. Luís António Rodrigues Paiva. Para a sua realização foi dada a autorização de colheita de dados pela ARS Centro.

Explicação do estudo: O estudo tem como objetivos: Identificar o nível de literacia em saúde dos utentes com úlceras venosas; Avaliar e a adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas; Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e adesão terapêutica dos utentes com úlceras venosas. Pretende-se que você preencha o instrumento de colheita de dados com os objetivos de: obter características sociodemográficas, conhecer o nível de literacia em saúde e identificar a adesão terapêutica para úlceras venosa dos utentes que participarão do estudo. O instrumento de colheita de dados está dividido em quatro partes: a avaliação dos dados sociodemográficos; avaliação dos aspetos relacionados à úlcera venosa; avaliação da literacia em saúde, que será realizada através da aplicação de parte do “Questionário Europeu de Literacia para a Saúde”; e, adesão terapêutica, que será avaliada pela “Escala multidimensional da adesão terapêutica” adaptada. Caso você tenha dificuldade para preencher o instrumento de colheita de dados, o investigador poderá auxiliar-lhe.

Condições e financiamento: O estudo será realizado sem apoio de qualquer empresa. O custo dos materiais necessários para a realização da colheita de dados serão de responsabilidade do investigador. Não existindo financiamento para a realização do estudo, não haverá apoios para deslocações ou transporte de doentes, realçando-se o caráter voluntário da participação dos envolvidos no processo.

Confidencialidade e anonimato: Será garantida a confidencialidade e o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo e possíveis publicações científicas originárias dele, mantendo-se o anonimato de todos os participantes. A privacidade dos participantes será garantida sendo que todos os contactos serão feitos em ambiente de privacidade e a sua identidade será do conhecimento exclusivo das pessoas directamente implicadas no estudo. Na divulgação dos resultados será também mantido o anonimato.

Caráter voluntário da participação: A sua participação é voluntária, salvaguardando-se o direito de poder deixar de participar em qualquer altura, sem que daí advinha qualquer repercussão. Se tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir participar, sinta-se à vontade para a realizar.

Acrescento ainda que não pretendo efectuar comparação entre pessoas, mas apenas analisar os dados no seu conjunto em termos de literacia em saúde e adesão terapêutica de úlceras de perna.

Agradeço desde já a sua colaboração para participar neste estudo.

O Investigador: Livia Moreira Delphim – Estudante Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Contactos ██████████; livia.delphim@gmail.com

Assinatura: _____

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>



Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE	
NOME:	_____
BI/CD Nº:	_____ DATA OU VALIDADE ____ / ____ / ____
ASSINATURA:	_____

Este documento é composto por 2 páginas e feito em duplicado: uma via para o investigador e outra para a pessoa que consente