



UNIVERSIDADE DO MINHO

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM

Revisão da Literatura

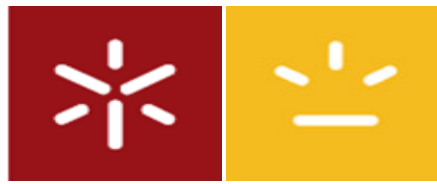
Trabalho elaborado por:

Andreia Silva

Gabriela Santos

Maria José Dias

Setembro de 2011



UNIVERSIDADE DO MINHO

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM

Ano lectivo 2010/2011

Curso de Formação Especializada de Intervenção Avançada em Feridas

Revisão da Literatura:

**Úlcera Venosa: Promoção da adesão ao uso de meia elástica
na prevenção de recidiva**

Trabalho elaborado por:

Andreia Silva

Gabriela Santos

Maria José Dias

Braga, Setembro, 2011

Lista de Siglas

AGREE – Appraisal of Guidelines Research & Evaluation Instrument

CIPE[®] – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EWMA – European Wound Management Assessment

ICC – International Compression Club

ICN – International Council of Nurses

IPTB – Índice de Pressão Tornozelo/Braço

OMS – Organização Mundial de Saúde

SIGN – Scottish Intercollegiate Guidelines Network

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

WWW – World Wide Web

Úlcera Venosa: Promoção da adesão ao uso de meia elástica na prevenção de recidiva

Andreia Silva, Gabriela Santos e Maria José Dias

Alunas do Curso de Formação Especializada de

Intervenção Avançada em Feridas da

Universidade do Minho

Resumo

Problemática: A adesão ao regime terapêutico é um foco de atenção dos enfermeiros e uma necessidade em cuidados de enfermagem, com particular relevância no âmbito da gestão das doenças crónicas. A não adesão representa um enorme peso nos gastos com a saúde e tem um grande impacto na qualidade de vida das pessoas e na economia mundial. As úlceras de perna são uma condição crónica com amplo impacto a nível mundial afectando sobretudo a população idosa apresentando um ciclo contínuo de cicatrização e recidiva durante décadas. A prevenção da recorrência de úlceras subsiste no uso de meias de compressão e a adesão a este regime terapêutico mostrou afectar a taxa de recorrência. Os motivos para a não adesão são múltiplas podendo depender da estética, do desconforto e das condições económicas e até mesmo do próprio cliente. Existe um conjunto de intervenções eficazes promotoras da adesão nesta área mas ainda não pode ser afirmado com garantia, quais as mais eficazes.

A proximidade com os clientes, a natureza da relação de cuidados, proporcionam aos enfermeiros uma excelente oportunidade de monitorizar a adesão, diagnosticar a não adesão, planear e implementar intervenções que efectivamente ajudem as pessoas a integrar o regime terapêutico nos seus hábitos diários, dotando-as de conhecimentos e capacidades que lhes permitam realizar e manter as mudanças necessárias, adaptando-se à sua condição de saúde.

Objectivo: Descrever estudos empíricos de intervenção em enfermagem que conduzam a uma alteração na adesão ao regime terapêutico no que concerne ao uso de meia elástica e que simultaneamente descrevam os factores que condicionam a adesão da pessoa com história prévia de úlcera venosa na prevenção de recidiva.

Desenho: Revisão da literatura

Questão: “*Como podem os enfermeiros promover a adesão ao uso de meia de compressão enquanto medida de prevenção da recidiva em clientes com história prévia de úlcera venosa?*”

Metodologia: Foram incluídos nesta revisão da literatura 6 estudos (um dos quais uma revisão sistemática da literatura englobando 15 estudos e outro uma guideline), resultantes de pesquisa realizada em bases de dados electrónica e manuais onde foram avaliadas intervenções de enfermagem que promovam a adesão ao uso de meia elástica como medida de prevenção de recidiva de úlcera venosa. Na selecção dos estudos foi utilizada a metodologia PI[C]OD.

Resultados: A adesão ao uso de meia de compressão como forma de prevenção da recorrência da úlcera venosa encontra obstáculos distintos, sendo os mais referidos o custo económico, o desconforto na sua utilização, questões estéticas, dificuldade na sua colocação/ remoção e o conhecimento inadequado sobre a patologia e importância do seu uso. De forma a ultrapassar estes obstáculos são referidas diversas intervenções as quais se prendem com o acompanhamento do cliente, a sua educação e capacitação, fomentando assim uma maior adesão ao regime terapêutico.

Conclusões: Os enfermeiros detêm um papel primordial na promoção da adesão ao regime terapêutico e para tal, devem desenvolver intervenções adequadas com o objectivo de envolver o cliente no seu processo de saúde/doença e de o capacitar a tomar decisões informadas. A educação, o desenvolvimento de estratégias de auto-gestão, o apoio e incentivo possuem um papel crucial na promoção da adesão do cliente ao uso de meia elástica com ganhos ao nível da redução da recidiva de úlcera venosa, havendo contudo necessidade de mais estudos nesta área.

Descritores: *patient adherence, patient compliance, adherence, treatment adherence, interventions nursing, education, compression, venous ulcer, hosiery.*

Sumário

0- Introdução	8
1-Enquadramento teórico.....	10
2- Considerações Metodológicas	21
2.1- <i>Objectivos</i>	21
2.2- <i>Métodos de pesquisa e procedimentos</i>	21
2.3- <i>Estratégias de pesquisa da literatura</i>	22
2.4- <i>Discussão dos Resultados</i>	32
2.5- <i>Limitações desta Revisão</i>	39
2.6- <i>Implicações para a prática</i>	39
2.7- <i>Implicações para a Investigação</i>	40
3- Conclusão.....	42
4- Bibliografia	44
Anexos	49

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Sumário das características dos estudos incluídos	25
Tabela 2 – Resumo dos factores identificados nos artigos revistos	33
Tabela 3 – Conclusões das Intervenções de Enfermagem	36

0- INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular Evidência e Investigação em Feridas, integrada no plano de estudos do Curso de Formação Especializada de Intervenção Avançada em Feridas da Universidade do Minho - Escola Superior de Enfermagem, no ano lectivo de 2010/2011.

A investigação assenta num processo racional, permitindo-nos ultrapassar obstáculos associados aos conhecimentos dos fenómenos do mundo em que vivemos, encontrando-se vinculada à teoria, por outro lado esta aumenta a compreensão dos fenómenos, que visam descrever e explicar fracções da realidade. Deste modo, a investigação pende da teoria, uma vez que esta permite-lhe a atribuição de uma significação aos conceitos que são estudados.

Em enfermagem, a investigação, assume um papel fulcral no domínio dos cuidados de enfermagem, uma vez que como este procede ao estudo dos fenómenos do foco de atenção de enfermagem, vai permitir um aprofundamento e solidificação de conhecimentos, que irão contribuir para o próprio desenvolvimento dos saberes da disciplina de enfermagem, promovendo ganhos em saúde.

Os objectivos propostos são a elaboração de um trabalho final que integre as seguintes etapas:

- Formular uma pergunta que seja pertinente na sua prática clínica;
- Relatar estratégias de pesquisa de evidência científica;
- Fazer uma revisão crítica de três artigos seleccionados como mais relevantes;
- Decidir qual a melhor evidência face à pergunta formulada, para implementar na prática clínica;
- Avaliar o contexto onde a mudança será implementada.

O assunto central do nosso estudo refere-se à adesão ao regime terapêutico e às intervenções de enfermagem fulcrais para aumentar a adesão ao uso de meia elástica em clientes com história prévia de úlcera de perna como medida preventiva de recidiva.

Este trabalho encontra-se dividido em cinco partes: a presente introdução, o enquadramento teórico, as considerações metodológicas que englobam o desenvolvimento deste trabalho académico, a conclusão e por fim, a bibliografia.

Com a realização deste estudo procuraremos adquirir competências na pesquisa e análise crítica da literatura, assim como aumentar o conhecimento referente à terapia compressiva, especificamente o uso de meia elástica e as intervenções de enfermagem que incentivam a adesão do cliente com úlcera de perna cicatrizada. Conscientes das dificuldades e limitações pessoais propomo-nos humildemente atingir os objectivos propostos, assim como contribuir para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

1-ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A úlcera de perna pode ser definida como uma ferida que não evolui para a cicatrização dentro de um período aceitável.

As úlceras de perna representam um problema de saúde a nível mundial afectando sobretudo a população idosa, uma condição crónica com imenso impacto socioeconómico. Segundo Callam et al (1985) afecta sobretudo a população feminina com idade superior a 65 anos e estudos comprovam que 30% dos clientes tem historial de úlcera há mais de 10 anos. O historial desta doença é um ciclo contínuo de cicatrização e recidiva durante décadas. (Moffatt& Dorman, 1995).

A generalidade dos estudos indica que cerca de 70% de todas as úlceras de perna são de origem venosa, 10-20%de origem arterial e 10-15% de etiologia mista (Moffatt & Morison, 1994 – citado por Furtado, K. (2003)).

Das mais de 40 causas referidas para esta patologia, nos países ocidentais a doença venosa crónica é, de longe, a patologia causal predominante, seguindo-se a doença arterial periférica, constituindo problemas significativos de saúde (Franks, Furtado, Moffatt & Pina, 2004).

Um estudo realizado a nível nacional (1986, não publicado) estimou a prevalência de doença venosa grave (associação de varizes tronculares com alterações estruturais da pele) em 11.8% e a prevalência de úlcera venosa activa em 5.2%. Outro estudo realizado em 1996, que incluiu 8243 utentes de centros de saúde, refere uma prevalência de Insuficiência Venosa Crónica de 20% nos homens e de 40% nas mulheres na população portuguesa. A prevalência estimada de úlcera venosa crónica activa e inactiva foi de 3.2% nos homens e 3,9% nas mulheres (Franks et al 2004).

No estudo publicado por Franks et al (2004) com o título: “*Úlceras de Perna em Portugal – um problema de saúde subestimado*” referem que se pudessem transpor os dados de prevalência colhidos numa área de Lisboa para o país em geral, significaria que aproximadamente 14000 doentes sofrem de uma úlcera venosa em qualquer momento, com outros 42000 tendo uma úlcera cicatrizada, mas com risco de recorrência. Os resultados deste estudo confirmaram que a úlcera surge predominantemente na meia-idade e que aumenta progressivamente de prevalência.

A terapia compressiva é o tratamento de eleição nas úlceras de etiologia venosa. Ao longo das últimas duas décadas, os desenvolvimentos na terapia compressiva levaram a uma transformação nas taxas de cicatrização da úlcera venosa e foi destaque em numerosos estudos em todo o mundo. Existem poucas intervenções nos cuidados de saúde que podem reivindicar estes efeitos dramáticos sobre o resultado esperado. Para além disso, os clientes relatam melhorias na mobilidade, dor e qualidade geral de vida como consequência da sua úlcera cicatrizar (Bosanquet, Brown, Connolly, Franks, Greenhalgh, Oldroyd, McCollum, & Moffatt, 1992).

Um enunciado de posição europeu acerca de terapia compressiva, publicado em 2003 pela European Wound Management Assessment (EWMA) salientou o facto de esta ser altamente custo-efectiva quando administrada num serviço de úlceras de perna bem coordenado.

Tem sido documentado que os clientes com úlceras venosas têm muitas vezes outras patologias complexas que podem ter impacto sobre o tratamento. Para que a terapia de compressão seja efectiva é necessário que o cliente compreenda que esta terapia é a parte mais importante do seu tratamento. A investigação demonstra que os clientes muitas vezes não chegam a assimilar a causa subjacente da úlcera e de que forma isso causa o atraso da cicatrização (Edwards, Franks & Moffatt, 2002). A aceitação da compressão é influenciada pelas experiências anteriores do cliente bem como pelas suas necessidades actuais e esperanças para o futuro. As suas crenças acerca da doença são de grande importância para a sua capacidade de adesão à terapia compressiva.

A principal indicação para as meias de compressão consiste na prevenção de recorrência de úlceras ou o desenvolvimento de edema, que pode predispor o cliente a desenvolver uma úlcera recorrente. Um ensaio controlado e aleatorizado com meias de compressão

(Classe II, 18-24 mmHg) identificou vários factores associados à recorrência de úlceras. Estes factores de risco independentes foram: o tamanho da úlcera (>10 cm), história de trombose venosa profunda e inadequabilidade ao uso de meias (Franks et al 1995).

Embora a investigação relacionada com a recorrência da úlcera continue a ser escassa, há estudos que sugerem que a taxa de recorrência é elevada (Erikson et al 1995, Dorman & Moffatt, 1995, Mc Daniel et al 2002). A adesão ao uso de meias de compressão mostrou afectar a taxa de recorrência (Erikson et al 1995).

As meias de compressão são mencionadas como desconfortáveis, de difícil aplicação e muitas vezes cosmeticamente inaceitável e existe pouca melhoria nestes aspectos, no entanto, não existe conformidade que estes aspectos estão directamente relacionados com a recorrência de úlcera venosa (Franks et al, 1995).

No algoritmo para o uso de terapia compressiva desenvolvido pelo Leg Ulcer Advisory Board há várias prioridades para a gestão do cliente quando a úlcera cicatriza: Prevenção da recorrência através do uso de meia elástica, avaliação para cirurgia de correcção e educação do cliente.

Os clientes devem ser acomodados à classe mais elevada de meias abaixo do joelho que consigam tolerar para ajudar a prevenir a recorrência, desde que a adesão do cliente seja boa. Os clientes devem ser observados regularmente para verificar o estado de pele e das meias (Barwell et al 2000) por um profissional de saúde com formação adequada para garantir que são identificadas quaisquer alterações ao seu quadro clínico ou ao estado arterial.

O cliente deve estar ciente de que tem uma doença para toda a vida, que pode recidivar se não tratar das pernas e não procurar tratamento imediato caso haja recidiva de uma úlcera. Portanto, a educação efectiva dos doentes deve ter a tónica na importância de procurar auxílio médico imediato se houver uma úlcera pois, quanto mais tempo a úlcera estiver presente, maior a probabilidade de cicatrização retardada (Franks et al 1995).

Os profissionais de saúde que cuidam de clientes portadores de feridas crónicas identificam a não-adesão ao uso de meias de compressão como um desafio significativo

na procura constante das melhores intervenções com o objectivo de proporcionar o melhor atendimento (Kunimoto, 2001).

Apenas alguns estudos identificaram formas de incentivar uma aceitação do cliente em relação ao uso de terapia de compressão como a construção de confiança e não acreditar apenas nas informações escritas (Edwards, 2003), uma educação adequada e controle da dor (Ebbeskog & Emami 2005), e uma comunidade baseada em "clube da perna" para tratamento de clientes com úlcera venosa (Hoskins, 2005).

Os programas efectivos de recorrência devem constituir parte integral de todos os serviços de úlceras de perna. As abordagens criativas a este aspecto incluem o desenvolvimento de clubes de perna, que incentivam a participação do doente e o acompanhamento a longo prazo num ambiente relaxado (Fassiadis et al 2000).

É necessário conceber que compressão é primariamente uma intervenção paliativa ao invés de uma intervenção curativa. A compressão necessita ser aplicada durante o tempo em que há evidências de doença venosa, que na maioria dos casos é uma vida (Nelson, 2001). Do ponto de vista de um cliente, não importa quão diligente é, a menos que sejam encaminhados para a cirurgia vascular correctiva, este nunca vai ser recompensado com uma cura. São portanto, necessárias intervenções com uma necessidade de ser sustentável para a vida.

Uma avaliação dos conhecimentos e compreensão que o cliente tem relativamente ao tratamento irá auxiliar o desenvolvimento de um programa individualizado de educação do cliente e muitos dos problemas da não adesão ao uso de meia elástica podem ser ultrapassados com uma gestão clínica imaginativa e com bons conhecimentos (Moffatt&Dorman 1995).

A análise de quatro décadas de pesquisa sobre a adesão, os seus determinantes e intervenções bem como, o conhecimento acumulado ao longo dos anos, sobre a prevalência da não adesão, levou ao *adherence project* da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) a emitir um conjunto mensagens ou recomendações com relevância para a prática dos cuidados de saúde no âmbito das doenças crónicas e que traduzem o “estado da arte”, no que se refere ao conhecimento e intervenção relativos à adesão ao regime terapêutico:

- A não adesão ao regime terapêutico, no âmbito das doenças crónicas é um problema mundial de grande magnitude. A mortalidade e morbilidade que lhe estão associadas atingem valores desproporcionalmente elevados, com graves repercussões na saúde das pessoas e elevados custos económicos;
- O impacto da não adesão aumenta proporcionalmente ao peso das doenças crónicas na economia global;
- As consequências da não adesão incluem, além do aumento das despesas, resultados negativos nos indicadores de saúde.
- Melhorar a adesão, significa também, aumentar a segurança do doente, uma vez que não aderindo, o risco de morte e de agravamento do seu estado de saúde, como o aumento da dependência, o aumento do número de recaídas e da gravidade das mesmas e o aparecimento de resistências aos fármacos, estão aumentados;
- A adesão ao regime terapêutico é um importante agente modificador da efectividade dos sistemas de saúde. Os custos directos atribuídos ao mau controlo de qualquer doença são três a quatro vezes superiores aos custos de um controlo adequado e eficaz. Os custos indirectos, como a diminuição da produtividade, a reforma antecipada e a morte prematura, têm a mesma magnitude, o que significa que controlar e melhorar a adesão é positivo e desejável para os sistemas de saúde;
- Medidas efectivas de melhoria da adesão podem ter maior impacto na saúde das populações do que as potenciais melhorias resultantes de novos tratamentos e desenvolvimentos tecnológicos específicos;
- Os sistemas de saúde devem evoluir, ao encontro dos novos desafios, melhorando os sistemas de informação e comunicação, melhorando as suas capacidades organizativas, promovendo uma distribuição mais racional dos recursos, horários mais convenientes e continuidade dos cuidados, entre outros;
- As pessoas com doença crónica devem ser compreendidas e apoiadas, não repreendidas. Significa que não se deve colocar o foco na pessoa/ doente, esquecendo os profissionais e os sistemas de saúde;

- A adesão é influenciada simultaneamente por cinco grupos de factores: factores relacionados com a doença, com a pessoa/doente, com o tratamento, com os profissionais e serviços de saúde e com factores sociais, económicos e culturais;
- As intervenções para melhorar a adesão devem ser individualizadas, não existe uma única estratégia que seja eficaz com todas as pessoas;
- A adesão ao regime terapêutico é um processo dinâmico que deve ser cuidadosamente acompanhado, avaliando a motivação da pessoa e o aparecimento de factores que a possam influenciar negativamente;
- Os profissionais de saúde necessitam de treino específico que lhes permita melhorar a intervenção ao nível da adesão;
- A família, as organizações de doentes e a comunidade em geral, são fundamentais e devem ser envolvidas na melhoria da adesão;
- Só uma abordagem multidisciplinar permite melhorar a adesão ao regime terapêutico.

Na literatura consultada, em língua inglesa encontramos frequentemente dois termos distintos para adesão, *compliance* e *adherence*, muitas vezes utilizados indiferentemente, no entanto o primeiro tem uma conotação negativa, na medida em que sugere passividade e submissão da pessoa às prescrições, atribuindo todo o poder a quem prescreve enquanto o segundo sugere uma participação mais activa da pessoa no processo de decisão incorporando os conceitos de concordância, cooperação e parceria entre a pessoa e o prestador de cuidados de saúde (Midence & Myers, 1998 e Vermeire, 2001).

De acordo com Vermeire, no mesmo artigo de revisão da literatura publicado em 2001, já referido, todas as definições de adesão assumem que o tratamento prescrito pelos profissionais de saúde é o mais adequado para a pessoa por isso o comportamento racionalmente mais adequado é seguir essas recomendações.

Adesão é definida como: “*A medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou executar alterações ao estilo de vida,*

corresponde às recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde.” (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Sejam quais forem as estimativas de adesão em situações concretas, face a regimes terapêuticos de maior ou menor duração, a questão da adesão é reconhecida como multifactorial e complexa. É elevado o número de preditores de adesão / não-adesão e, aparentemente, têm-se destacado os factores individuais e ambientais. As consequências da não-adesão são tão graves que justificam um maior investimento e em larga escala, nas medidas de promoção da adesão ao regime terapêutico, para reduzir as barreiras ou os obstáculos ao cumprimento do regime terapêutico.

O termo adesão pretende não fazer um julgamento de forma a não tornar culpado o doente, prescriptor ou o regime terapêutico. A adesão não é a mesma coisa que concordância, pois esta envolve um acordo, negociado, sobre o tratamento estabelecido e os cuidados a seguir, entre o doente e o prestador de cuidados (Haynes, 2005).

Nos países desenvolvidos, em terapias de longo prazo, na população geral, a adesão é de cerca de 50% e muito mais baixa nos países em desenvolvimento (OMS, 2003).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009) citando a OMS (2003) “*A adesão é influenciada por vários factores. Estes incluem:*

- *Baixo estatuto socioeconómico;*
- *Analfabetismo e baixo nível educacional;*
- *Desemprego;*
- *Distância dos centros de tratamento;*
- *Custo elevado do transporte ou da medicação;*
- *As características da doença;*
- *Factores relacionados com a terapêutica: complexidade e duração do tratamento, efeitos secundários;*
- *Crenças culturais acerca da doença e do tratamento.*

Alguns destes factores estão relacionados com o doente e com a medicação, enquanto outros estão relacionados com os profissionais de saúde. Por exemplo, o baixo estatuto socioeconómico é um factor relacionado com o doente, que inibe a adesão, enquanto os efeitos secundários de um regime farmacológico estão relacionados com a medicação. Dada esta interacção complexa de factores a afectar a adesão, os doentes precisam de ser apoiados e não culpabilizados.”

A dificuldade dos profissionais de saúde em centrarem os cuidados nos doentes reflectindo assim o contexto individual, familiar e social, no planeamento e na adequação dos cuidados, são um dos factores de não adesão (Leite & Vasconcellos, 2003).

A compreensão e identificação destes factores, uns que influenciam positivamente e outros negativamente a adesão ao regime terapêutico, devem ser identificados o mais precoce possível como preditores de adesão e não adesão, no sentido de poderem vir a ser controlados e monitorizadas aquando da definição das estratégias de cuidar, para garantir bons níveis de adesão (OMS, 2003).

O fenómeno da adesão ao regime terapêutico tem sido uma preocupação dos enfermeiros e uma área de atenção, tal como foi descrito pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2003a). Este foco de atenção dos enfermeiros é utilizado para descrever necessidades de cuidados de enfermagem, da pessoa, família ou comunidade, expressa nos diagnósticos de enfermagem de adesão ao regime terapêutico não demonstrada, ou capacidade para gerir o regime comprometida, tendo por base a versão Beta 2 ou a versão 1 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), respectivamente.

O diagnóstico de enfermagem, *capacidade para gerir o regime terapêutico, comprometida*, refere-se a uma necessidade de cuidados em que a pessoa perante o confronto com a doença tem que criar disposições individuais, para adoptar comportamentos e realizar actividades destinadas a controlar e a minimizar o impacto da doença na sua vida, a longo prazo.

Apesar de identificadas não se conhece bem a eficácia de cada intervenção específica e quais as mais eficazes em várias combinações na melhoria da adesão utilizada por diferentes grupos de doentes e de profissionais.

Segundo a CIPE[®] do International Council of Nurses (ICN), Versão B2 (2003), que constitui um instrumento de trabalho para a enfermagem, tendo em vista uma conceptualização dos termos, no âmbito da homogeneização e uniformização da linguagem, a adesão é uma vertente da gestão do regime terapêutico.

Os cuidados de enfermagem focam o estudo da resposta humana à doença e aos processos de vida (ICN, 2006) pelo que a gestão do regime terapêutico e a avaliação da adesão ao regime terapêutico são focos da prática de Enfermagem (CIPE[®], 2003), pelo que os enfermeiros reúnem um conjunto de competências específicas que lhes permitem prestar cuidados de excelência nesta área.

Define como gestão do regime terapêutico: *“...um tipo de comportamento de Adesão com as características específicas: executar actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir os objectivos específicos de saúde, integrar actividades para o tratamento ou prevenção da doença na vida diária...”* (CIPE[®], 2003).

Descreve também a adesão como: *“...um tipo de gestão de regime terapêutico com as características específicas: desempenhar actividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado ou apoiante...”* (CIPE[®], 2003).

A não adesão à terapêutica é uma resposta humana que tem um risco potencialmente negativo na saúde e que justifica intervenções específicas de enfermagem em doentes crónicos.

O ICN estima que existam cerca de 12 milhões de enfermeiros no mundo e considera que este número, associado ao facto de os enfermeiros estarem presentes em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde e à sua proximidade com os doentes, os coloca numa posição privilegiada para implementar estratégias sustentadas de melhoria da adesão (OMS, 2003). Essas estratégias incluem a educação, mais concretamente a

educação para a saúde e intervenções de enfermagem no âmbito do ensinar, que permitam à pessoa, enquanto agente intencional de comportamentos, baseados nos valores, crenças e desejos individuais, construir o seu projecto de saúde e exercer efectivamente o seu direito à autodeterminação. *“Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”* (Ordem dos Enfermeiros, 2003b), prevenindo a doença e promovendo a readaptação, frequentemente através de processos de aprendizagem da pessoa.

Como base para a decisão, a CIPE[®], fez-nos reflectir e constatar que na disciplina de enfermagem, a investigação baseada na evidência enquadra a forma como os enfermeiros apreciam, planeiam, executam e avaliam os cuidados prestados à pessoa, no quotidiano onde a própria prática se baseia na evidência. Estas questões surgem do contexto da prática e são pertinentes por se constituírem campo de investigação em enfermagem.

A problemática no âmbito da adesão ao regime terapêutico, tem na sua matriz, conceitos como o de pessoa e ambiente que são essenciais à compreensão dos comportamentos humanos.

“Enquanto prestadores de cuidados de saúde em quem as pessoas confiam no contínuo de cuidados, os enfermeiros encontram-se numa posição única para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão” (Ordem dos Enfermeiros, 2003b). A prática holística da Enfermagem inclui:

- Avaliar o risco de não-adesão (incluindo aspectos físicos, mentais, comportamentais, socioculturais, ambientais e espirituais);
- Identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão;
- Proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação;
- Avaliar a adesão ao tratamento.

O exercício profissional dos enfermeiros centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa/família/comunidade. A relação terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com a pessoa, no respeito pelas suas capacidades e valorização do seu papel (Ordem dos Enfermeiros, 2003b).

A relação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa (doente ou não) é indissociável da componente técnica dos cuidados sendo indispensável para o êxito dos mesmos.

Esta relação tem sido alvo de diversos estudos por parte das teóricas de enfermagem, uma vez que é a essência dos cuidados de enfermagem.

Em uma revisão de literatura de intervenções para melhorar a adesão do paciente com úlcera de perna em tratamento, Van Hecke (2008) concluiu que havia poucas evidências sobre intervenções eficazes, sugerindo que seriam necessárias mais pesquisas nesta área.

Esta revisão da literatura justifica-se no sentido de clarificar e identificar simultaneamente quais os factores que condicionam a adesão ao uso de terapia compressiva, mais concretamente o uso de meia elástica e identificar as intervenções de enfermagem que permitem adequar a melhor estratégia de cuidar para cada pessoa individualmente, contribuindo para a correcta gestão da recorrência de úlcera venosa e a adesão à terapia compressiva e assim aumentar a qualidade de vida e diminuir a morbilidade do cliente com história prévia de úlcera venosa.

Partimos da questão: *“Como podem os enfermeiros promover a adesão ao uso de meia de compressão enquanto medida de prevenção da recidiva em clientes com história prévia de úlcera venosa?”*

2- CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

2.1- Objectivos

Nesta revisão da literatura descreveremos estudos empíricos de intervenção em enfermagem que conduzam a uma alteração na adesão ao regime terapêutico no que concerne ao uso de meia elástica e que simultaneamente descrevam os factores que condicionam a adesão da pessoa com história prévia de úlcera venosa na prevenção de recidiva.

2.2- Métodos de pesquisa e procedimentos

Depois de formulada a pergunta de investigação definiu-se a estratégia de pesquisa. A questão deste artigo foi elaborada segundo o esquema PI[C]OD.

O esquema de referência PI[C]OD, elaborado por Sackett et al (1997) é um método útil para formular questões mais focalizadas. Exige-se um pensamento cuidadoso ao decidir o quão geral ou específica, deve ser cada parte da questão.

Este método permitiu a definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos primários na revisão da literatura:

- **Tipo de Participantes (Participants):**

Utentes com história prévia de úlcera venosa.

- **Tipo de Intervenção (Intervention):**

Promover a adesão ao uso de meia de compressão (meia elástica)

- **Tipo de Resultados (Outcomes):**

Estratégias de promoção à adesão ao uso de meia de compressão (meia elástica) e factores condicionantes da adesão ao uso de meia de compressão.

- **Tipo de Estudo (Design):**

Pelo menos uma revisão sistemática da literatura e uma norma de orientação (guideline), entre outros estudos, sendo este um pré-requisito previamente definido pelo orientador desta Unidade Curricular.

2.3- Estratégias de pesquisa da literatura

A revisão da literatura foi restrita ao mês de Agosto de 2011 e a pesquisa incidiu sobretudo nas seguintes bases de dados:

- **EBSCOhost - Research Databases:**

- CINAHL Plus with Full Text
- MEDLINE with Full Text
- DARE (*Database of Abstracts of Reviews of Effects*)
- COCHRANE CENTRAL REGISTER OF CONTROLLED TRIALS
- COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS
- COCHRANE METHODOLOGY REGISTER
- LISTA (*Library, Information Science & Technology Abstracts*)
- NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION: COMPREHENSIVE
- MEDICLATINA
- HTA (*Health Technology Assessments*)

- ACADEMIC SEARCH COMPLETE
- NHS Economic Evaluation Database
- Regional Business News
- ERIC (*Educational Resource Information Center*)
- Business Source Complete

- B-ON
- PubMed
- Wiley Interscience

Foi também feita pesquisa nos catálogos da EWMA, na ICC e na Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) e em livros de referência na área. Uma pesquisa na World Wide Web (WWW) no motor de busca Google também foi realizada.

A estratégia da pesquisa nas bases de dados foi através dos preditores: *patient adherence, patient compliance, adherence, treatment adherence, interventions nursing, education, compression, venous ulcer, hosiery*.

Foram identificados vários tipos de artigos: transversais, estudos de caso, ensaios clínicos controlados, revisões sistemáticas, artigos e guidelines.

Apenas foram considerados os artigos completos, publicados em língua portuguesa, inglesa, espanhola ou francesa e com data posterior a 1991. A razão pela qual optamos por esta data advém do facto das grandes pesquisas na área da terapia compressiva datarem desde as últimas duas décadas.

Os artigos foram identificados pelo título e resumo e após definido o seu interesse foram obtidas as publicações completas desses estudos para análise posterior.

Das 279 citações iniciais sem filtro (*adherence and compression*), reduziu-se a 36 artigos, com a aplicação de filtros (texto completo, data da publicação entre 1991 e 2011). Estes foram analisados através do título e resumo e foram reduzidos a 18. Destes 18, segundo os critérios de inclusão e exclusão, excluímos 12. Os 6 estudos seleccionados foram avaliados quanto à sua qualidade metodológica (Anexo A), tendo sido aplicado o Appraisal of Guidelines Research & Evaluation Instrument (AGREE) à guideline incluída na amostra desta revisão (Anexo B).

Após análise do texto integral dos estudos, realizou-se uma revisão da literatura referente às intervenções de enfermagem promotoras da adesão ao uso de meias de compressão tendo sido identificadas estratégias e abordagens com potencial de aplicação para a prática.

Segundo Craig et al (2004): *“Tendo decidido que estudos são elegíveis para a inclusão, os revisores necessitam de tabular as suas características. Esta descrição deve incluir os métodos do estudo, detalhes sobre os participantes, a natureza precisa das intervenções e os resultados mensurados.”*

Na tabela 1 são apresentados os dados extraídos dos estudos que compõem a amostra desta revisão surgindo em evidência o autor, o desenho, a amostra, as intervenções de enfermagem propostas pelo estudo e os factores identificados como condicionantes da adesão.

Tabela 1 – Sumário das características dos estudos incluídos

Estudo (Autor e Data)	Desenho	Amostra	Intervenção de Enfermagem Proposta	Factores identificados como condicionantes de adesão
Fierheller, M. et al (2009) (Anexo C)	Revisão da literatura com 2 estudos de caso.	23 estudos Estudo de caso: 2 clientes, de ambos os sexos, com história de úlcera venosa cicatrizada (35 e 82 anos)	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer uma relação empática com o cliente através do uso apropriado de competências de comunicação terapêutica; • Identificar o nível individual do cliente relativamente à sua prontidão/ motivação para a mudança (presente no desejo do paciente de encontrar uma solução funcional na prevenção da recidiva da úlcera venosa); • Identificar as limitações físicas que dificultam a adesão ao uso das meias de compressão (perguntar por experiências anteriores); • Encorajar a participação do cliente no processo partilhado de tomada de decisão acerca das opções de tratamento; • Avaliar o nível de conhecimento do cliente e a necessidade/ desejo de mais informação (tipos de meias, vantagens na utilização das meias e outros métodos para redução do edema de perna tais como a elevação da perna, exercício e perda de peso); • Definir um plano de educação individualizado (informação que ajude o cliente a desenvolver competências necessárias na resolução de problemas do dia-a-dia); • Promover o apoio social através do envolvimento da família e dos recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • Custo económico; • Aparência estética; • Desconforto; • Dificuldade na colocação das meias de compressão.

			comunitários no tratamento tentando agendar reuniões de acompanhamento que permitam reforçar os ensinamentos, reavaliar o tratamento e fornecer suporte e encorajamento.	
Peters J. (1998) (Anexo D)	Revisão Sistemática da Literatura (1988-1996)	Clientes com história de úlcera venosa cicatrizada e uso de meia de compressão (3 estudos) dos 15 estudos que compõem a amostra	<ul style="list-style-type: none"> • Não referido; 	<ul style="list-style-type: none"> • Custo económico; • Aparência estética; • Desconforto; • Crenças em saúde; • Suporte familiar; • Conhecimentos inadequados (“ignorance”); • Reacções alérgicas.
Iwuji M (2008) (Anexo E)	Artigo de revisão	Não é fornecida Informação	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar informação detalhada sobre o uso de meias de compressão (...) o que devem esperar e formular um plano individual que determine a classe de compressão da meia, a realização de exercício, elevação das pernas e analgesia; • Permitir aos clientes escolherem a cor das meias de compressão, tecido e presença de 	<ul style="list-style-type: none"> • Não percepção da cronicidade do problema; • Desconforto; • Dificuldade na colocação das meias de

			<p>biqueira aberta ou fechada. Clientes, especialmente aqueles com deformidades nos pés ou pernas podem beneficiar de meias feitas à medida;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a capacidade dos clientes para calçarem as meias de compressão. Cuidadores ou familiares que se disponibilizem para ajudar podem receber ensinamentos em relação aos cuidados com a pele e colocação das meias. Existem ajudas técnicas na aplicação das meias as quais podem ajudar os clientes ou cuidadores a evitarem danos na pele frágil. • Aconselhar o uso de um “forro” de algodão por baixo da meia de compressão como forma de evitar as reacções alérgicas; • Acompanhamento regular: (1) monitorizar o IPTB (Índice de Pressão Tornozelo/Braço de 3-6 meses; (2) inspeccionar e substituir as meias de compressão; (3) monitorizar as condições da pele para recorrência – pele seca e áspera pode mais facilmente ser lesada do que se estiver macia e hidratada; o uso diário de hidratantes simples e evitar os sabonetes tradicionais vai ajudar a prevenir as abrasões que podem evoluir para úlceras; • Planear cuidados de saúde num ambiente social e não num contexto clínico pode facilitar a socialização, o apoio pelos pares e capacita o cliente a participar e assumir responsabilidade no tratamento. 	<p>compressão;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença de reacções alérgicas a algum componente das meias de compressão; • Isolamento social.
Finlayson K, Edwards H, Courtney M	Pesquisa transversal e revisão	147 utentes preencheram os critérios de	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir que o cliente possui o conhecimento adequado e entende as razões que justificam as actividades de auto-cuidado recomendadas (muitos clientes referem que não sabiam que deveriam usar as suas meias de compressão depois da úlcera se 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento inadequado acerca da causa da sua condição clínica (insuficiência venosa);

<p>(2010)</p> <p>(Anexo F)</p>	<p>retrospectiva dos registos médicos</p>	<p>inclusão e foram convidados a participar no estudo. Desses, foram recrutados 122 clientes com história de úlcera venosa cicatrizada entre 12-36 meses antes do início do estudo</p>	<p>encontrar cicatrizada);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assegurar uma educação do cliente e conhecimentos adequados à sua condição clínica; • Re-avaliar o nível de conhecimento do cliente durante as visitas de acompanhamento antes de efectuar educação para a saúde; • Avaliar níveis de depressão e auto-eficácia do cliente aquando do planeamento das actividades de auto-cuidado (é necessário garantir que o cliente possui o conhecimento adequado e entende as razões por detrás das recomendações); • Identificar as crenças de saúde do cliente (a crença no uso de meias de compressão como meio de prevenção da recidiva foi identificado como factor de distinção entre pacientes com e sem adesão ao uso de meias de compressão); • Garantir que o cliente possui as ajudas técnicas apropriadas para o auxiliar na colocação/ remoção das meias de compressão, providenciando assistência para aqueles que dela necessitam; 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevados índices de depressão; • Baixos índices de auto-eficácia; • Dificuldade na colocação/ remoção das meias de compressão (pouca força, presença de artrite nas mãos, hérnias, problemas nas ancas, joelhos ou tornozelos); • Crença na ineficácia do uso das meias de compressão como medida preventiva da recorrência de úlcera venosa (experiências passadas em que o uso das meias de compressão não impediu o reaparecimento de úlceras; crença de que após a úlcera estar cicatrizada o uso da meia de compressão não seria um método eficaz na prevenção da recidiva); • Aspectos estéticos e alteração da imagem corporal (“parece engraçado”, “não gosto de usar quando quero estar bonita”, “faz-me parecer como se fosse um deficiente”, “as pessoas perguntam sempre qual o problema com
--------------------------------	---	--	---	--

				<p>as minhas pernas”, “as pessoas pensam que eu tenho uma úlcera não cicatrizada se uso as meias”); é também referido o inconveniente de não poderem usar o calçado normal ou calçado aberto no Verão;</p> <ul style="list-style-type: none"> • A quantidade de tempo dispendido na colocação/ remoção das meias; • Necessidade de usar sacos de plástico para tomar banho (muitos clientes eram dependentes de cuidadores externos que lhes iam mudar as meias).
Samson R., Showalter D., (1996) (Anexo G)	Estudo de coorte	56 clientes (2 participantes foram perdidos ao longo do seguimento e noutra verificou-se agravamento	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar ao cliente a importância do uso contínuo das meias de compressão (encorajar e fomentar esta ideia em cada visita de acompanhamento). 	<ul style="list-style-type: none"> • Custo económico das meias de compressão; • Esquecimento das instruções; • Dificuldade na colocação/ remoção das meias; • “Muito quentes”.

		<p>da componente arterial pelo que foi excluído). Restaram 53 clientes (25 homens e 28 mulheres) que cicatrizaram as suas úlceras e foram posteriormente monitorizados durante 6-69 meses.</p>		
<p>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010) (Anexo H)</p>	<p>Guideline</p>	<p>Não é fornecida Informação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alterar a marca comercial das meias mantendo a mesma classe de compressão pode melhorar a adesão do utente nas situações em que este identifica a meia como desconfortável. • Informar os utentes que é provável que o uso de meia de compressão seja necessário indefinidamente. • Explicar aos utentes que as meias de compressão se encontram disponíveis mediante 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor; • Desconforto; • Ausência de conselhos úteis para o quotidiano; • Crenças em saúde ao nível do uso de meia elástica.

			receita médica e garantir que estes estão cientes da importância do seu uso durante o dia logo após a cicatrização da úlcera.	
--	--	--	---	--

2.4- Discussão dos Resultados

No seguimento deste trabalho, surge a discussão dos resultados obtidos, que consiste na apresentação dos resultados encontrados, após a análise e interpretação crítica dos dados. Assim, “*os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita dos dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto.*” (Fortin, 1999)

“*Apresentar os resultados consiste em acompanhar o texto narrativo de quadros e figuras que ilustram os principais resultados obtidos com as diferentes análises utilizadas.*” (Fortin, 1999)

É consensual em toda a bibliografia revista que o uso de meias de compressão é a pedra basilar na prevenção de recorrência de úlcera venosa.

Através dos resultados das pesquisas realizadas, ficou claro que existe uma abundância de literatura relativa às problemáticas úlcera de perna, uso de meia elástica e adesão ao regime terapêutico. No entanto, o facto da selecção dos estudos estar condicionada aos critérios de inclusão definidos, limitou na sua maioria, o número de estudos obtidos verificando-se que existem poucos estudos que abordam a temática sobre o prisma das intervenções de enfermagem que provem a adesão do cliente na área do tratamento das feridas crónicas.

Verifica-se que os preditores utilizados na pesquisa bibliográfica nesta temática não são consensuais dado que alguns autores optam por descrever o conceito *adesão ao regime terapêutico* através dos termos *adherence/non-adherence*, *compliance/non-compliance*, *concordance/non-concordance* e mais recentemente através do termo *coherence*. Desta forma, a falta de uma definição universalmente aceite limita a força e a transferência dos dados relatados nas pesquisas existentes. Para além disso, alguns autores utilizam estes preditores de forma indistinta enquanto outros os distinguem tornando a pesquisa ainda mais limitada.

Os estudos pesquisados encontravam-se, na sua maioria, escritos em língua estrangeira. Em Portugal, a maioria dos enfermeiros utiliza a linguagem CIPE® onde surge

claramente definido o termo *adesão ao regime terapêutico* o que proporciona uma procura efectiva nos estudos e uma compreensão por parte do leitor em relação ao tema que é abordado.

Actualmente sendo o processo terapêutico entendido como um binómio dinâmico cliente/profissional de saúde em que ambos interagem e decidem sobre os factores implicados na gestão do regime terapêutico, segundo um plano individualizado e negociado, é essencial estabelecer um termo que defina uma adesão em que o cliente é uma parte activa e essencial no processo terapêutico e não um simples cumpridor de prescrições estabelecidas.

Após a análise cuidada dos diversos estudos, foram identificados múltiplos factores condicionantes da adesão do cliente ao regime terapêutico (uso de meia elástica) os quais surgem explanados na tabela 2.

Tabela 2 – Resumo dos factores identificados nos artigos revistos

Factor Condicionante à Adesão	Custo Económico	Aparência Estética	Desconforto	Dificuldade na colocação das meias	Conhecimento inadequado	Reacções alérgicas	Crenças em saúde
Nº de artigos que identificam o factor	★ ★ ★	★ ★ ★	★ ★ ★ ★ ★	★ ★ ★ ★	★ ★ ★	★ ★	★ ★ ★

Legenda: ★ - 1 artigo; ★★ - 2 artigos; ★★★ - 3 artigos; ★★★★ - 4 artigos; ★★★★★ - 5 artigos.

Como se pode verificar pela análise da tabela anterior, o desconforto e a dificuldade de colocação das meias são apontados como os principais factores condicionantes da adesão.

Em relação à dificuldade de colocação das meias elásticas, esta verifica-se não só pelas limitações físicas dos próprios clientes – nomeadamente dos mais idosos com comorbilidades tais como artrites (Finlayson et al, 2010 citando Moffatt & Dorman 1995), como também pelo desconhecimento destes face à existência de dispositivos de auxílio e/ou dificuldade em aceder aos mesmos. Tal remete-nos para a importância de intervenções de enfermagem no sentido de garantir que o cliente possui as ajudas técnicas apropriadas para o auxiliar na colocação/remoção das meias de compressão e que o mesmo se encontra capaz de utilizá-las. Quando tal não é possível e existam cuidadores ou familiares disponíveis para ajudar, estes deverão ser alvo de ensinamentos não só ao nível da colocação/ remoção das meias de compressão como também nos cuidados com a pele. De salientar que, embora esteja preconizado que a colocação das meias de compressão seja feita de manhã ao levantar e a sua remoção feita à noite, clientes com pouca destreza poderão continuar a usar as suas meias até que as mesmas sejam mudadas pelos seus cuidadores a intervalos semanais (Iwuji, 2008 citando Edwards & Moffat, 1995).

O desconforto surge também como uma das principais razões apontadas pelos utentes para o não uso regular das meias de compressão as quais são descritas como muito quentes especialmente nas épocas de maior calor. Neste sentido, Iwuji (2008) aponta para a necessidade de possibilitar aos clientes a escolha da cor das meias de compressão, tipo de tecido e presença de biqueira aberta ou fechada. Esta intervenção é também apontada como estratégia indicada nos clientes que identificam a aparência estética como outra das barreiras à adesão, a qual surge intrinsecamente relacionada com a alteração da imagem corporal. No estudo de Finlayson et al (2010), 13 participantes (11%) dos 122 que constituíam a amostra expressaram problemas relacionados com a aceitação estética no uso das meias de compressão referindo que se sentiam “ridículos” e que “as pessoas na rua perguntavam sempre o que tinham de mal as suas pernas” e que algo normal como calçar sapatos abertos no Verão constituía um problema.

Existe ainda um conhecimento inadequado por parte dos clientes portadores de insuficiência venosa crónica quanto à necessidade do uso das meias de compressão de uma forma contínua e permanente. No estudo de Finlayson et al (2010), 9% (n=11) dos 122 participantes, referiram que não tinham a percepção de que necessitavam de

continuar a usar as meias de compressão após a cicatrização da sua úlcera. Assim, abordagens educacionais devem desenvolver-se no sentido de consciencializar os clientes quanto à severidade e cronicidade do seu problema, capacitando-os para a tomada de decisão sendo que esta intervenção surge recomendada na guideline *Management of chronic venous leg ulcers* (SIGN, 2010) onde é referido que “os pacientes devem ser informados que é provável que a compressão seja necessária indefinidamente”. Assim, torna-se impreterível identificar o nível de conhecimento dos clientes por forma a ser possível criar um plano educacional individualizado e que dê resposta às necessidades identificadas. Contudo, para além do nível de conhecimento importa avaliar as crenças dos clientes relativamente aos benefícios do uso da meia de compressão enquanto medida preventiva da recidiva. Ainda relativamente ao estudo de Finlayson et al (2010), dos 65 participantes que apenas usavam meia de compressão de forma ocasional ou simplesmente não usavam, 32% (n = 21) reportaram que não acreditavam que as meias de compressão fossem eficazes como resultado de experiências anteriores em que o uso de meia não evitou a recidiva. Esta barreira, quando presente, deve ser prontamente identificada, pois irá influenciar negativamente o comportamento de adesão.

As reacções alérgicas são também apontadas como condicionantes da adesão terapêutica contudo em nenhum estudo surgem referidas as taxas de incidência sendo por isso necessário aprofundar esta questão. É apontado o uso de um forro de algodão como uma solução possível sendo que cabe ao enfermeiro programar consultas de monitorização por forma a poder avaliar o estado da pele.

Os estudos apontam ainda os factores económicos como condicionantes da adesão. 78% dos 53 participantes no estudo de Samson et al (1996) referem como motivo para o não uso regular das meias de compressão o facto das mesmas serem economicamente dispendiosas. Ainda o facto das meias de compressão necessitarem de substituição a cada 3-6 meses (SIGN, 2010) vem reforçar a ideia de que os clientes necessitam de apoio financeiro aquando da sua aquisição. Contudo, são necessários mais estudos que determinem de forma inequívoca a relação entre o custo económico das meias de compressão e as taxas de adesão ao regime terapêutico.

Após leitura dos diversos estudos constata-se a multiplicidade de intervenções de enfermagem passíveis de serem implementadas de acordo com as condicionantes

identificadas. Contudo, em nenhum dos estudos encontrados surge testada a eficácia das mesmas, sendo que a maioria das intervenções propostas baseia-se na opinião de peritos ou remete para estratégias fundamentadas nas teorias de mudança de comportamento e pesquisa existente no âmbito da adesão terapêutica. Esta é pois uma área onde a investigação futura é urgentemente necessária.

Na tabela 3 encontram-se resumidas as intervenções de enfermagem mais referidas nos estudos as quais se encontram subdivididas de acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados.

Tabela 3 – Conclusões das Intervenções de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem
Continuidade de Cuidados, comprometida	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Acompanhamento regular: (1) monitorizar o IPTB (Índice de Pressão Tornozelo/Braço de 3-6 meses; (2) inspeccionar e substituir as meias de compressão; (3) monitorizar as condições da pele para recorrência – pele seca e áspera pode mais facilmente ser lesada do que se estiver macia e hidratada; o uso diário de hidratantes simples e evitar os sabonetes tradicionais vai ajudar a prevenir as abrasões que podem evoluir para úlceras;</i>
Conhecimentos, disponibilidade para a melhoria Iniciativa, baixa	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Identificar o nível individual do cliente relativamente à sua prontidão/motivação para a mudança (presente no desejo do paciente de encontrar uma solução funcional na prevenção da recidiva da úlcera venosa);</i>
Mobilidade, alterada Capacidade para gerir o regime terapêutico, ausência de	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Identificar as limitações físicas que dificultam a adesão ao uso das meias de compressão (perguntar por experiências anteriores);</i> • <i>Avaliar a capacidade dos clientes para calçarem as meias de compressão</i> • <i>Avaliar níveis de depressão e auto-eficácia do cliente aquando do planeamento das actividades de auto-cuidado (é necessário garantir que o cliente possui o conhecimento adequado e entende as razões por detrás das recomendações);</i>
Processo de tomada de decisão, comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Encorajar a participação do cliente no processo partilhado de tomada de decisão acerca das opções de tratamento;</i>

<p>Conhecimentos, ausência de</p> <p>Conhecimentos acerca do processo de mudança de comportamentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Avaliar o nível de conhecimento do cliente e a necessidade/ desejo de mais informação (tipos de meias, vantagens na utilização das meias e outros métodos para redução do edema de perna tais como a elevação da perna, exercício e perda de peso);</i> • <i>Garantir que o cliente possui o conhecimento adequado e entende as razões que justificam as actividades de auto-cuidado recomendadas (muitos clientes referem que não sabiam que deveriam usar as suas meias de compressão depois da úlcera se encontrar cicatrizada);</i> • <i>Reavaliar o nível de conhecimento do cliente durante as visitas de acompanhamento antes de efectuar educação para a saúde;</i> • <i>Definir um plano de educação individualizado (informação que ajude o cliente a desenvolver competências necessárias na resolução de problemas do dia-a-dia);</i> • <i>Disponibilizar informação detalhada sobre o uso de meias de compressão (...) o que devem esperar e formular um plano individual que determine a classe de compressão da meia, a realização de exercício, elevação das pernas e analgesia;</i> • <i>Assegurar uma educação do cliente e conhecimentos adequados à sua condição clínica;</i> • <i>Explicar ao cliente a importância do uso contínuo das meias de compressão (encorajar e fomentar esta ideia em cada visita de acompanhamento).</i> • <i>Informar os utentes que é provável que o uso de meia de compressão seja necessário indefinidamente.</i> • <i>Explicar aos utentes que as meias de compressão se encontram disponíveis mediante receita médica e garantir que estes estão cientes da importância do seu uso durante o dia logo após a cicatrização da úlcera.</i>
<p>Apoio social, ausência de</p> <p>Apoio da família, ausência de</p> <p>Suporte, não</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Promover o apoio social através do envolvimento da família e dos recursos comunitários no tratamento tentando agendar reuniões de acompanhamento que permitam reforçar os ensinamentos, reavaliar o tratamento e fornecer suporte e encorajamento.</i> • <i>Ensinar cuidadores ou familiares que se disponibilizem para ajudar, sobre os</i>

percepcionado	<p><i>cuidados com a pele e colocação das meias.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Planear cuidados de saúde num ambiente social e não num contexto clínico pode facilitar a socialização, o apoio pelos pares e capacita o cliente a participar e assumir responsabilidade no tratamento.</i>
Imagem Corporal, alterada	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Permitir aos clientes escolherem a cor das meias de compressão, tecido e presença de biqueira aberta ou fechada. Clientes, especialmente aqueles com deformidades nos pés ou pernas podem beneficiar de meias feitas à medida;</i> • <i>Alterar a marca comercial das meias mantendo a mesma classe de compressão pode melhorar a adesão do utente nas situações em que este identifica a meia como desconfortável.</i>
Estratégia de coping, ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Requerer ajudas técnicas na para aplicação das meias, as quais podem ajudar os clientes ou cuidadores a evitarem danos na pele frágil.</i> • <i>Aconselhar o uso de um “forro” de algodão por baixo da meia de compressão como forma de evitar as reacções alérgicas;</i> • <i>Garantir que o cliente possui as ajudas técnicas apropriadas para o auxiliar na colocação/ remoção das meias de compressão, providenciando assistência para aqueles que dela necessitam;</i>
Crenças de saúde, em conflito	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Identificar as crenças de saúde do cliente (a crença no uso de meias de compressão como meio de prevenção da recidiva foi identificado como factor de distinção entre pacientes com e sem adesão ao uso de meias de compressão);</i>

Através desta tabela é notório que a intercessão dos enfermeiros relativamente à adesão consiste maioritariamente no esclarecimento de dúvidas e na educação, nomeadamente a educação para a saúde, que se revela como um recurso fundamental na intervenção terapêutica dos enfermeiros promotora de uma melhor adesão, indicando que as intervenções de enfermagem, tendo como foco de atenção a promoção de comportamentos de adesão, constituem uma necessidade e uma excelente oportunidade de desenvolvimento das suas práticas.

2.5- Limitações desta Revisão

Esta revisão da literatura desenvolveu-se a partir de uma amostra de 6 estudos os quais foram seleccionados por cumprirem os critérios de inclusão previamente definidos. Após determinada a relevância dos estudos, procedeu-se à apreciação crítica da qualidade dos mesmos através da aplicação de uma grelha de análise, a qual se encontra no Anexo A.

Primeiramente importa referir que apesar da qualidade dos estudos ter sido avaliada através da aplicação de grelhas de análise, a mesma apresenta alguns critérios de subjectividade dado que não ocorreu um processo de revisão externa.

No decorrer da análise da qualidade da evidência seleccionada para esta revisão, verificou-se que as amostras dos vários estudos seleccionados eram pouco representativas o que interfere na validação das intervenções identificadas. Para além disso, em alguns dos estudos a colheita de dados foi realizada por meio de entrevista o que implica possibilidade de viés de resposta.

Outra grande dificuldade identificada prende-se com o facto de nenhum estudo apresentar evidência clara quanto ao sucesso da aplicação das intervenções identificadas na promoção da adesão ao uso de meia elástica, o que condiciona a validade das conclusões obtidas e remete para a necessidade de maior investigação nesta área.

Por último importa salientar o facto de todos os estudos seleccionados terem sido realizados no estrangeiro, o que dificulta a verificação da validade das condicionantes e intervenções identificadas no contexto português.

2.6- Implicações para a prática

De acordo com os dados apresentados nos vários estudos, a promoção da adesão relativa ao uso de meia elástica deverão constituir um objectivo fundamental nas políticas de saúde, nomeadamente estratégias de prevenção e educação para a saúde neste âmbito.

Os resultados da pesquisa realizada poderão então fundamentar as decisões, acções e interacções com o cliente que usa meia elástica, promovendo o comportamento desejado que é a adesão ao regime terapêutico.

Os enfermeiros deverão então elaborar instrumentos ou intervenções com o intuito de intervir de forma fundamentada.

Os planos de regime terapêutico de várias doenças crónicas envolvem orientações de diferentes profissionais, terapêutica medicamentosa múltipla, restrições, *followups* que são um quebra-cabeças para o cliente. Cabe ao enfermeiro assumir o papel de integrar todo este conhecimento e ajudar a pessoa na gestão do seu regime terapêutico, no que concerne ao uso de meia elástica, dando visibilidade aos benefícios, discutindo alternativas, e permitindo conciliar o uso das meias elásticas com o estilo de vida e o seu dia-a-dia.

Perante os factores expostos como condicionantes da adesão à meia elásticas, consideramos que uma intervenção que poderá aumentar a adesão consiste no fornecimento do primeiro par de meias elásticas. Desta forma, seria necessária a concretização de mais estudos sobre os custos da recidiva da úlcera venosa, ao nível de material e tempo de enfermagem, versus o custo das meias elásticas.

Verificamos que perante os diversos factores condicionantes da adesão à terapia compressiva identificados, os quais se relacionam com as várias esferas do cliente, a actuação do enfermeiro provavelmente terá que ser mais inovadora, tentando encontrar novas estratégias, intervenções e disponibilidade de recursos que simplifiquem o regime terapêutico e aumente desta forma as taxa de adesão.

2.7- Implicações para a Investigação

Parece ser necessário continuar a investigar nesta área com amostras maiores, em estudos longitudinais e determinar se as intervenções de enfermagem realmente utilizadas são efectivas na adesão a este regime terapêutico.

Os estudos poderão recair em ensaios rigorosos sobre as intervenções de enfermagem promotoras do uso de meia de compressão para prevenção da recidiva de úlcera venosa

e a sua efectividade, avaliação do impacto da educação do cliente sobre a adesão, a manutenção dos cuidados e a relação com a recidiva.

Recomenda-se assim, que se estude a eficácia das intervenções de diferentes tipos e as comparem entre si. As futuras investigações devem ter em conta, para além da avaliação da adesão, a concordância do cliente com o regime terapêutico, os resultados de saúde e a avaliação dos custos assim como a realização do *followup*.

Também poderão ser desenvolvidos estudos de comparação de resultados entre as intervenções de enfermagem em pessoas que aderem ao uso de meia de compressão em comparação com aquelas que não.

Os estudos que vierem a ser realizados devem não só medir a adesão mas identificar as consequências da não adesão, nomeadamente em termos de complicações da doença e recidiva, assim como a qualidade de vida.

Os estudos de intervenção nesta área devem comparar estratégias de intervenção e considerar a possibilidade de utilização de estratégias inovadoras ou pouco estudadas, de modo a constituírem estudos que, com metodologia semelhante e amostras representativas, permitam resultados que possam vir a ter uma maior consistência para a utilização de uma prática baseada em evidência científica de elevado nível.

Espera-se que os estudos futuros possam vir a contribuir para o aumento da adesão ao uso de meia elástica e assim contribuir para os resultados positivos na saúde do cliente.

3- CONCLUSÃO

Terminado este trabalho de investigação, é notório um sentimento geral de satisfação do grupo. Verificamos que para ser possível a elaboração de um trabalho desta envergadura, é necessário um projecto rigoroso e desempenhado com o máximo empenho e determinação possível.

Esta revisão da literatura foi desenvolvida para identificar o estado de conhecimento sobre as intervenções de enfermagem que promovem o uso de meia elástica para prevenção de recidiva de úlcera venosa e a necessidade de futura investigação e concluiu-se que as revisões são elementos fundamentais para a prática baseada na evidência.

Pensamos que os objectivos do trabalho foram atingidos, dado que a realização de um estudo de revisão da literatura revela-se um trabalho muito interessante, mas deveras exigente, uma vez que exige um processo reflexivo e interpretativo profundo dos achados identificados nos estudos originais, procurando agregar diferentes dados e obter respostas para a compreensão de um determinado fenómeno.

Verificou-se que a qualidade metodológica dos estudos incluídos é essencial numa revisão e necessita de ser julgado de modo a não ser enviesado.

O fenómeno da adesão tem sido difícil de estudar, porque são muitas as variáveis envolvidas e não são facilmente mensuráveis, uma vez que estão relacionadas na sua maioria com crenças e factores pessoais.

A educação efectiva dos clientes deve ter a tónica na importância de procurar auxílio nos profissionais de saúde da área quando ocorre recidiva de úlcera venosa, capacitando o cliente para a responsabilidade de tentar prevenir novos episódios.

Os profissionais de saúde a nível individual já têm o potencial de fazer melhorias drásticas nas vidas dos clientes e das suas famílias, bem como reduzir o enorme impacto do sofrimento associado à úlcera de perna.

Sabe-se que o aumento do conhecimento, a compreensão e o apoio para aderir ao regime terapêutico e participar nas estratégias de auto-gestão otimiza os resultados para as pessoas com historial de úlcera de perna. Portanto, a educação do cliente é uma estratégia que deverá ser utilizada pelos enfermeiros para melhorar o conhecimento e incentivar comportamentos para promover ganhos em saúde.

É importante que os profissionais encorajem os clientes a participar activamente no seu tratamento. Isso pode melhorar a adesão e ajuda na cura. O uso da educação e uma abordagem holística aos cuidados é importante, pois é uma interacção eficaz entre os cuidados de saúde do profissional e o cliente para que melhores resultados sejam alcançados. A adesão ao tratamento também depende da motivação do cliente, que pode ser afectada por factores sociais, o isolamento ou o tratamento desconfortável.

Os profissionais podem desempenhar um papel no cuidado destes clientes, no entanto sabe-se pouco acerca da forma como a relação entre o cliente e o profissional pode ter impacto, de forma positiva ou negativa, na qualidade de vida do cliente.

Além disso, é necessário que os enfermeiros e os clientes argumentem as dificuldades encontradas e negociem a adesão à compressão. Assim, deverão estabelecer uma relação terapêutica intencional e orientada para a melhoria da adesão, integrando os conhecimentos e competências adquiridas pela via da formação pessoal e profissional nomeadamente a formação inicial, a formação ao longo da vida e os conhecimentos e competências adquiridos através da investigação.

4- BIBLIOGRAFIA

Annells, M., O'Neill, J., Flowers, C. (2008). *Compression bandaging for venous leg ulcers: the essentialness of a willing patient*. Journal of Clinical Nursing 17(3).350-359. CINAHL Plus with Full Text, EBSCOhost. Acedido a 27 de Agosto de 2011.

Bosanquet, N., Brown, P., Connolly, M., Franks PJ., Greenhalgh, RM., Oldroyd, M., McCollum, CN., Moffatt, CJ. (1992). *Community leg ulcer clinics and impact on ulcer healing*. BMJ 305 (6866):1389-1392.

Brown, A. (2010). *Chronic leg ulceration in the community: changing the focus*. British Journal of Community Nursing.15:S6-16. CINAHL Plus with Full Text, EBSCOhost. Acedido a 27 de Agosto de 2011.

Brown, A. (2010). *Managing chronic venous leg ulcers part 2: time for a new pragmatic approach?*. Journal of Wound Care. 19, 3:. 85, CINAHL Plus with Full Text, EBSCOhost. Acedido a 27 de Agosto de 2011.

CIPE[®] (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão beta 2*. 2ª ed. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros, Lisboa.

Craig, JV., Rosalind, LS.(2004). *Prática Baseada na Evidência- Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Dillaway, S. (2008). *Venous leg ulceration: concordance*. Journal of Community Nursing.22, 5:22. CINAHL Plus with Full Text, EBSCOhost. Acedido a 27 de Agosto de 2011.

Dorman, MC., Moffatt, CJ. (1995). *Recurrence of leg ulcers within a community service*. J Wound Care 4(2): 57.

Ebbeskog, B., Emami, A. (2005). *Older patients' experience of dressing changes on venous leg ulcers: more than just a docile patient*. Journal of Clinical Nursing, 14, 10:1223-1231. CINAHL Plus with Full Text, EBSCOhost,. Acedido a 27 de Agosto de 2011.

Edwards, LM., Franks PJ., Moffatt CJ. (2002). *An exploration of patients' understanding of leg ulceration*. Journal of Wound Care Nº11: 35-39.

EWMA position document: understanding compression therapy (2003),United Kingdom:London. Medical Education Partnership.CINAHL Plus with Full Text, EBSCOhost. Acedido a 7 de Agosto de 2011.

Fierheller, M., Anku, C., Alavi, A. (2009). *Encouraging Patient Adherence to Therapeutic Graduated Compression Therapy in Venous Stasis Disease: A Limited Literature Review*. Wound Care Canada: Volume 7, Number 1.

Finlayson, K., Edwards, H., Courtney, M. (2010) *The impact of psychosocial factors on adherence to compression therapy to prevent recurrence of venous leg ulcers*. Journal of Clinical Nursing.19, 9/10:1289-1297. Academic Search Complete. EBSCOhost. Acedido a 28 de Agosto de 2011.

Flaherty, E. (2005) *Setting up a community nurse-led healed leg ulcer clinic*. British Journal of Nursing (BJN).14, 1: S14-S20.Academic Search Complete. EBSCOhost. Acedido a 27 de Agosto de 2011.

Fortin, MF. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência,. p.330-329.

Franks, PJ., Furtado, K., Moffatt, CJ., Pina, E. (2004). *Úlceras de Perna em Portugal: Um problema de saúde subestimado*. Revista Portuguesa De Cirurgia Cardio-Torácica E Vascular: Volume XI .N.º 4. Outubro – Dezembro: pp.217-221.

Franks, PJ., Moffatt, CJ., Morison, MJ. (2010). *ÚLCERAS DE PERNA- Uma abordagem de aprendizagem baseada na resolução de problemas*. Leiria: Lusodidacta: pp. 66-67.

Furlong, W. (2001). *Venous disease treatment and compliance: the nursing role*. British Journal of Nursing (BJN).10, 11: S18. CINAHL Plus with Full Text. EBSCOhost. Acedido a 27 de Agosto de 2011.

Furtado, K. (2003). *Úlceras de Perna – Tratamento baseado na evidência*. Revista Nursing Portuguesa: Julho.

Furtado, K., Pina, E., Moffatt, C., Franks, P. (2008) *Leg ulceration in Portugal: quality of life*. International Wound Journal. 5, 1:34-39. CINAHL Plus with Full Text. EBSCOhost. Acedido a 31 de Agosto de 2011.

Goode, M. (2005). *Skin care: Giving information on compression to patients with venous leg ulcers*. British Journal of Nursing (BJN). 14, 22:1178-1179, CINAHL Plus with Full Text. EBSCOhost. Acedido a 28 de Agosto de 2011.

Haynes, RB. (2005). *Interventions for enhancing medication adherence*. (Cochrane Review). The Cochrane Library. Volume (1).

<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxisl660.exe/decserver/> - descritores – Acedido a 18 de Agosto de 2011.

ICN(2006). www.icn.ch/definition.htm. acedido a 12 de Agosto de 2011.

Iwuji, M. (2008). *Preventing venous ulceration*. Journal of Community Nursing, 22, 10: 15. CINAHL Plus with Full Text. EBSCOhost. Acedido a 28 de Agosto de 2011.

Kapp, S., Miller, C., Donohue, L. (2010) *The Leg Ulcer Prevention Program: nurse perspectives on a multimedia client education package for people with venous leg ulcers*. Wound Practice & Research. 18, 2:91-99. CINAHL Plus with Full Text. EBSCOhost. Acedido a 27 de Agosto de 2011.

Kapp, S., Sayers, V. (2008), *Preventing venous leg ulcer recurrence: a review*. Wound Practice & Research. 16, 2: 38. CINAHL Plus with Full Text. EBSCOhost. Acedido a 27 de Agosto de 2011.

Kunimoto, BT. (2001). *Management and prevention of venous leg ulcers: A literature-guided approach*. Ostomy/Wound Management;47(6):36-49.

Leite, SN., Vasconcellos, MPC. (2003). *Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adoptados na literatura*. Ciências & Saúde Colectiva 8(3):775-82.

Midence, K., Myers, LB. (1998). *Adherence to treatment in medical conditions*: Taylor & Francis Books.

Nelson, EA (2001). *Systematic reviews of prevention of venous ulcer recurrence*. Plebology 16: 20-23.

Ordem dos Enfermeiros (2003a). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2003b). *Conselho de Enfermagem: do caminho percorrido e das propostas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.p.145.

Ordem dos Enfermeiros (2003b). *Conselho de Enfermagem: do caminho percorrido e das propostas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.p.145.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® ®)*. ICN – International Council of Nurses. Suíça: Genebra.31-35.

Peters J (1998). *A review of the factors influencing nonrecurrence of venous leg ulcers*. Journal of Clinical Nursing 7(1):3-9. CINAHL Plus with Full Text EBSCOhost. Acedido a 27 de Agosto de 2011.

Ripley, K. (2008) *Aftercare of patients with healed venous leg ulcers*. Primary Health Care.18, 9: 25-29. Academic Search Complete. EBSCOhost. Acedido a 27 de Agosto de 2011.

Robson, M., Cooper, D., Aslam, R., Gould, L., Harding, K., Margolis, D., Ochs, D., Serena, T., Snyder, R., Steed, D., Thomas, D., Wiersma-Bryant, L. (2006) *Guidelines for the treatment of venous ulcers*. Wound Repair & Regeneration. 14, 6:649-662, Academic Search Complete. EBSCOhost. Acedido a 27 de Agosto de 2011.

Samson R., Showalter D., (1996). *Stockings and the Prevention of Recurrent Venous Ulcers*. PHLEBOLOGY. Dermatol Surg 1996: N° 22.pp. 373-376.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2010). *Management of chronic venous leg ulcers: A national clinical guideline*. NHS: Edimburgo in www.sign.ac.uk/ .
Acedido a 2 de Agosto de 2011

Taylor, P. (1996) Clinical. *Assisting patients to comply with leg ulcer treatments*. British Journal of Nursing (BJN).5, 22:1355. CINAHL Plus with Full Text. EBSCOhost. Acedido a 27 de Agosto de 2011.

Van Hecke (2011). *Missing links' in venous leg ulcer management.*, British Journal of Nursing (BJN), 20.CINAHL Plus with Full Text. EBSCOhost. Acedido a 28 August 2011.

Vermeire, E. (2001). *Patient adherence to treatment: three decades of research: A comprehensive review*. Journal of clinical pharmacy and therapeutics, 26(5): 331-342.

WHO (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Suíça: Geneva. World Health Organization in: www.emro.who.int/ncd/Publications/adherence_report.pdf. Acedido a 14 de Agosto de 2011.

Williams, C. (1999). *Clinical. The management of patients with venous leg ulcers: new guidelines*. British Journal of Nursing (BJN). 8, 8:489, CINAHL Plus with Full Text. EBSCOhost. Acedido a 28 de Agosto de 2011.

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2008). *Principios de las mejores prácticas: Compresión en las úlceras venosas de las extremidades inferiores. Documento de consenso*. Londres: MEP Ltd.

www.icc-compressionclub.com

www.sign.ac.uk/

ANEXOS

Anexo A Apreciação da qualidade dos estudos

Anexo B AGREE

Anexo C *Encouraging Patient Adherence to Therapeutic Graduated Compression Therapy in Venous Stasis Disease: A Limited Literature Review.*

Fierheller, M., Anku, C., Alavi, A. (2009).

Anexo D *A review of the factors influencing nonrecurrence of venous leg ulcers.*

Peters J (1998).

Anexo E *Preventing venous ulceration.*

Iwuji, M. (2008).

Anexo F *The impact of psychosocial factors on adherence to compression therapy to prevent recurrence of venous leg ulcers.*

Finlayson, K., Edwards, H., Courtney, M. (2010)

Anexo G *Stockings and the Prevention of Recurrent Venous Ulcers.*

Samson R., Showalter D., (1996).

Anexo H *Management of chronic venous leg ulcers: A national clinical guideline Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2010).*

Anexo A

Apreciação da qualidade dos estudos

Apreciação da qualidade dos estudos.

Estudo	Comentário
Peters J. (1998)	<p>Foi feita uma revisão da literatura que incluía uma amostra de 15 estudos no sentido de se identificarem medidas de prevenção para a recorrência de úlcera venosa.</p> <p>Foi exposta a estratégia de pesquisa sistemática (selecção dos artigos pelo tema e publicados após 1988), feita a apreciação dos estudos incluídos, sistematizados os resultados de 3 dos estudos relativos ao uso de meia de compressão. As conclusões obtidas encontram-se devidamente fundamentadas, tendo ocorrido uma discussão prévia dos resultados.</p>
Iwuiji M (2008)	<p>Artigo de revisão onde é abordado o uso de meias de compressão como forma de prevenir a recidiva de úlcera venosa. São referidos alguns obstáculos à adesão do paciente ao uso de meia de compressão e são propostas algumas abordagens por parte dos enfermeiros, as quais são baseadas na sua grande maioria na opinião de peritos.</p>
Finlayson et al (2010)	<p>Pesquisa transversal com revisão retrospectiva dos registos médicos com questões de investigação bem definidas:</p> <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="568 1346 1449 1424">1. Identificar os conhecimentos dos participantes em relação à sua condição e actividades de auto-cuidado adoptadas para evitar a recorrência e<li data-bbox="568 1440 1449 1518">2. Para determinar quais os factores demográficos ou psicossociais que influenciam a adesão à terapia compressiva. <p>Amostra composta por 122 clientes (dos 147 clientes convidados a participarem) previamente diagnosticados com úlcera de perna cicatrizada entre 12-36 meses antes do estudo. Os dados demográficos bem como todo o historial clínico foram recolhidos a partir dos registos clínicos. Critérios de exclusão: úlcera de perna de etiologia não venosa, IPTB <0,8 ou >1,3, se não falavam Inglês ou tivessem diagnosticado algum défice cognitivo.</p> <p>Foi aplicado um questionário que incluía questões abertas e fechadas. O questionário continha várias escalas de medição validadas da depressão, qualidade de vida, suporte social e auto-eficácia. Os clientes tinham a opção de realizarem uma entrevista via telefónica ou face a face.</p> <p>Os dados foram analisados através do Statistical Package for the Social Sciences(</p>

SPSS) versão 15 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Foi obtida aprovação ética para a realização deste estudo por parte da Universidade, Hospital e por parte dos Comitês de Ética para Estudos com Seres Humanos do serviço comunitário de saúde. Todos os participantes assinaram um consentimento informado.

O objectivo do estudo foi avaliar o uso de meias de compressão no tratamento de úlceras venosas primárias e na prevenção da sua recidiva. É também analisada a adesão dos clientes ao uso da meia de compressão e o custo económico desta terapêutica.

Samson R.,
Showalter D.,
(1996)

Estudo realizado numa clínica privada em Sarasota, Filadélfia.

Amostra inicial composta por 56 pacientes com história de úlcera venosa. Critérios de inclusão: pacientes com história bem documentada de insuficiência venosa crónica profunda na primeira avaliação. Critérios de exclusão: pacientes com insuficiência venosa superficial e com doença arterial. Dos 56 participantes, 3 foram excluídos (2 perdidos no seguimento e outro por agravamento da componente arterial). Os restantes 53 participantes cicatrizaram as suas úlceras e foram monitorizados durante 6-69 meses.

Não são feitas referências relativamente às questões éticas.

Revisão da Literatura englobando uma amostra de 23 estudos que inclui 2 estudos de caso.

Fierheller, M. et
al (2009)

Não são definidos critérios de inclusão ou exclusão dos estudos incluídos na revisão da literatura. Em relação aos estudos de caso, não se encontra claramente definido o processo de selecção da amostra ou contexto de obtenção dos discursos referidos.

Os dados obtidos através da revisão da literatura não foram obtidos especificamente para o tratamento das feridas crónicas, o que constitui uma limitação.

As questões éticas no caso dos estudos de caso não se encontram explanadas. Contudo, verifica-se que a confidencialidade ao nível do nome dos utentes foi preservada.

Anexo B

AGREE

AGREE INSTRUMENT - Avaliação da Guideline Management of chronic venous leg ulcers (SGN, 2010)

Âmbito e Finalidade	Comentários	Pontuação Total
Item 1	<ul style="list-style-type: none"> <i>This guideline provides evidence based recommendations on the management of venous leg ulcers and examines assessment, treatment and prevention of recurrence. Evidence on provision of care is also presented.</i> 	12
Item 2	<ul style="list-style-type: none"> <i>Annex 1 – Key questions addressed in this update</i> 	12
Item 3	<ul style="list-style-type: none"> <i>“Patients with venous leg ulcers”. “The guideline does not cover detailed management of patients with chronic leg ulcer in the specialist fields of diabetes, vascular surgery or rheumatoid disease, although indications for referral are considered”.</i> 	12

Envolvimento das partes	Comentários	Pontuação Total
Item 4	<ul style="list-style-type: none"> <i>The guideline Development Group (10.2)</i> 	12
Item 5	<ul style="list-style-type: none"> <i>“SIGN is a collaborative network of clinicians, other healthcare professionals and <u>patient organizations</u> and is part of NHS Quality improvement Scotland”</i> <i>Guideline Development Group includes a patient representative, Stirling.</i> 	12
Item 6	<ul style="list-style-type: none"> <i>Target users of the guideline (1.1.4)</i> 	12
Item 7	<ul style="list-style-type: none"> <i>Não foi realizado nenhum teste piloto da norma de orientação junto de utilizadores alvo</i> 	3

Rigor de Desenvolvimento	Comentários	Pontuação Total
Item 8	<ul style="list-style-type: none"> <i>Systematic Literature Review (9.1)</i> 	12
Item 9	<ul style="list-style-type: none"> <i>(...) the results were summarized and presented to the guideline development group. A copy of the Medline version of the patient search strategy is available on the SIGN website (9.1.1)</i> 	9
Item 10	<ul style="list-style-type: none"> <i>“Each of the selected papers was evaluated by two members of the group using standard SIGN methodological checklists before conclusions were considered as evidence”</i> 	9
Item 11	<ul style="list-style-type: none"> <i>Patente, embora não de forma explicita, ao longo das recomendações.</i> 	6

Item 12	<ul style="list-style-type: none"> • A cada recomendação encontra-se associado um nível de evidência e cada recomendação encontra-se ligada a uma referência bibliográfica. 	12
Item 13	<ul style="list-style-type: none"> • Specialist reviewers invited to comment on this draft (10.3.2) 	12
Item 14	<ul style="list-style-type: none"> • Updating the evidence (1.2) e Summary of updates to the guideline (1.2.1) • Review and updating (9.3) 	12

Clareza e Apresentação	Comentários	Pontuação Total
Item 15	<ul style="list-style-type: none"> • Um exemplo de uma recomendação vaga: <i>“Larval therapy produced significantly faster debridement, median 14 days for loose larva and 28 days for bagged larvae compared with 72 days for hydrogel, but this did not result in faster ulcer healing or improved rates of ulcer healing nor did it reduce bacterial load. Given the uncertain relationship between debridement and healing no recommendation for larval therapy can be made”</i> 	12
Item 16	<ul style="list-style-type: none"> • Exemplo: No tópico limpeza e desbridamento são apontados os seguintes métodos possíveis: (1) <i>sharp debridement</i>; (2) <i>hydrosurgery vs sharp debridement</i>; (3) <i>Manuka honey versus hydrogel</i>; (4) <i>larval therapy vs hydrogel</i>. 	12
Item 17	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Checklist for provision of information (7.1)</i> 	12
Item 18	<ul style="list-style-type: none"> • Ver anexos. 	12

Aplicabilidade	Comentários	Pontuação Total
Item 19	<ul style="list-style-type: none"> • Implementing the guideline (8) 	6
Item 20	<ul style="list-style-type: none"> • Recommendations with potential resource implications (8.2) 	12
Item 21	<ul style="list-style-type: none"> • Auditing current practice (8.1) • <i>“Patients with an ABPI of < 0,8 should be referred for a specialist vascular assessment”</i> 	12

Independência Editorial	Comentários	Pontuação Total
Item 22	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Guideline development and literature review expertise, support and facilitation were provided by the SIGN Executive.</i> 	12

Item 23	<ul style="list-style-type: none"> • <i>The membership of the guideline development group was confirmed following consultation with the member organizations of SIGN. All members of the guideline development group made declarations of interest and further details of these are available on request from the SIGN Executive.</i> 	12
---------	--	-----------

Avaliação Global:

Avaliação Global dos Vários Domínios	Pontuação do Domínio
Âmbito e Finalidade	$27/27 = 1 \times 100 = \mathbf{100\%}$
Envolvimento das partes	$27/36 = 0,75 \times 100 = \mathbf{75\%}$
Rigor de Desenvolvimento	$51/63 = 0,81 \times 100 = \mathbf{81\%}$
Clareza e Apresentação	$36/36 = 1 \times 100 = \mathbf{100\%}$
Aplicabilidade	$21/27 = 0,78 \times 100 = \mathbf{78\%}$
Independência Editorial	$18/18 = 1 \times 100 = \mathbf{100\%}$

Dado que quase todos os parâmetros avaliados obtiveram pontuação máxima, o que demonstra a validade da guideline, recomendamos a aplicação na prática clínica desta norma de orientação.

Anexo C

Encouraging Patient Adherence to Therapeutic Graduated Compression Therapy in Venous Stasis Disease: A Limited Literature Review.

Fierheller, M., Anku, C., Alavi, A. (2009).

Anexo D

A review of the factors influencing nonrecurrence of venous leg ulcers.

Peters J (1998).

Anexo E

Preventing venous ulceration.

Iwuji, M. (2008).

Anexo F

The impact of psychosocial factors on adherence to compression therapy to prevent recurrence of venous leg ulcers.

Finlayson, K., Edwards, H., Courtney, M. (2010)

Anexo G

Stockings and the Prevention of Recurrent Venous Ulcers.

Samson R., Showalter D., (1996).

Anexo H

Management of chronic venous leg ulcers: A national clinical guideline
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2010).