



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

CRISTIANA FARIA FERREIRA

**TERAPIA COMPRESSIVA: Conhecimentos e
práticas de enfermeiros dos Cuidados de Saúde
Primários**

Coimbra, 2019



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

CRISTIANA FARIA FERREIRA

TERAPIA COMPRESSIVA: Conhecimentos e práticas de enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob orientação do Professor Doutor Luís António Rodrigues Paiva.

Coimbra, 2019

“Ao expandirmos o campo do conhecimento apenas aumentamos o horizonte da ignorância.” (Henry Miller)

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”. (Madre Teresa de Calcutá)

AGRADECIMENTOS

Aos enfermeiros, das unidades de Cuidados de Saúde Primários do distrito de Coimbra, que amavelmente me receberam e se disponibilizaram para colaborar no estudo, transmitindo-me palavras de incentivo para a sua realização.

Ao professor Luís Paiva, pela disponibilidade, motivação e apoio ao longo de todo o percurso de investigação, em especial perante as dificuldades sentidas ao longo do caminho.

À professora Irma Brito pela partilha de conhecimento e pela disponibilidade demonstrada.

Ao enfermeiro Paulo Martinho e ao professor Pedro Gaspar pela pronta disponibilização do instrumento de colheita de dados.

Aos amigos, dentro e fora da profissão, pelo incentivo em procurar uma melhoria continua em termos pessoais e profissionais, pela disponibilidade em trocar turnos, pelas palavras de apoio e pelos momentos de convívio e partilha.

Ao meu namorado, pelo apoio incondicional nas horas de ausência, pelo incentivo nos momentos de maior cansaço e desânimo e pelo companheirismo no dia-a-dia.

Aos meus pais e ao meu irmão, pilares fundamentais na minha vida, pelo apoio, compreensão e dedicação.

A todos os que não referi, mas que de alguma forma me apoiaram ao longo deste percurso.

A todos, a minha profunda gratidão!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSD - Cuidados de Saúde Diferenciados

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DP - Desvio Padrão

ECTC - Escala de Conhecimentos em Terapia Compressiva

IPTB - Índice de Pressão Tornozelo Braço

na – não aplicável

NGC - *National Guideline Clearinghouse*

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

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

WUWHS - *World Union of Wound Healing Societies*

RESUMO

Introdução: Cuidar da pessoa com úlcera venosa constitui uma preocupação no quotidiano dos enfermeiros, por estas serem prevalentes e se tornarem tendencialmente crónicas e recorrentes, com grandes implicações no bem-estar e dia-a-dia da pessoa, traduzindo-se em elevados custos em saúde. Apesar da evidência científica indicar a terapia compressiva como uma medida custo-eficiente no tratamento de úlceras venosas, aumentando as taxas de cicatrização e a qualidade de vida da pessoa, verifica-se que esta não é amplamente implementada.

Objetivos: Pretendeu-se identificar os conhecimentos e as práticas de terapia compressiva de enfermeiros dos cuidados de saúde primários (CSP), relacionando-os com a sua experiência e formação, e identificar as barreiras que estes percecionam na sua implementação.

Metodologia: Desenvolveu-se um estudo quantitativo, não-experimental, descritivo correlacional e transversal com uma amostra acidental de 173 enfermeiros dos CSP, aos quais foi aplicado um questionário com questões relativas aos conhecimentos e práticas de terapia compressiva e às barreiras percecionadas na sua implementação.

Resultados: A formação em terapia compressiva é referida por 93,1% dos enfermeiros, contudo apenas 60,7% aplica terapia compressiva. Os enfermeiros com formação e prática em avaliar o IPTB aplicam mais a terapia compressiva e demonstram mais conhecimentos e melhores práticas. Por sua vez, os enfermeiros que sentem défice de formação aplicam menos a terapia compressiva e revelam menos conhecimentos. A média dos conhecimentos em terapia compressiva é de 54,7%, sendo relatados mais conhecimentos em quem a aplica e em quem tem autoformação. Verificaram-se boas práticas na implementação da terapia compressiva (média de 80,71%), contribuindo para melhores práticas o aumento dos conhecimentos em terapia compressiva ($R^2=0,161$; $p=0,00$), sendo que os anos de experiência no tratamento de feridas crónicas estão relacionados com uma diminuição na pontuação das práticas. Os obstáculos à implementação da terapia compressiva são menos sentidos por quem a aplica, sendo, contudo, o défice de recursos materiais e financeiros e o défice de formação os mais sentidos.

Conclusão: A terapia compressiva não é amplamente implementada, contudo os enfermeiros que a aplicam demonstram boas práticas e mais conhecimentos acerca da temática, revelando uma procura da excelência no cuidar da pessoa com úlcera venosa.

Palavras-chave: Enfermagem, Terapia Compressiva, Úlcera de Perna Venosa

ABSTRACT

Introduction: Caring for patients with venous ulcers is a concern in nurses' daily lives, as they are prevalent and tend to be chronic and recurrent, with major implications for the patient's well-being and daily life, resulting in high health costs. Although scientific evidence indicates that compressive therapy is a cost-efficient measure in the treatment of venous ulcers, increasing healing rates and quality of life, it is not widely implemented.

Objectives: The aim was to identify the compressive therapy knowledge and practices of primary health care nurses, relating them to their experience and training, and identify the barriers they perceive in its implementation.

Methodology: A quantitative, non-experimental, descriptive, correlational and cross-sectional study was conducted with an accidental sample of 173 primary health care nurses, to whom a questionnaire was applied with questions regarding the knowledge and practices of compressive therapy and the barriers perceived in its implementation.

Results: Training in compressive therapy was reported by 93,1% of nurses, but only 60,7% applied compressive therapy. Nurses with training and practice in assessing the IPTB apply compressive therapy more and demonstrate more knowledge and better practices. In turn, nurses who feel training deficit apply less compressive therapy and reveal less knowledge. The average compressive therapy knowledge is 54,7%, with more knowledge being reported on who applies it and who has self-training. Good practices were found in the implementation of compressive therapy (average of 80,71%), contributing to best practices the increase in knowledge in compressive therapy ($R^2=0,161$; $p=0,00$), and the years of experience in the treatment of chronic wounds are related to a decrease in the score of practices. The obstacles to the implementation of compressive therapy are less felt by those who apply it, however, the lack of material and financial resources and the lack of training are the most felt.

Conclusion: Compressive therapy is not widely implemented; however, the nurses who apply it demonstrate good practices and more knowledge about the subject, revealing a search for excellence in the care of patients with venous ulcers.

Keywords: Compressive Therapy, Nursing, Venous Leg Ulcer

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Funcionamento das válvulas dos membros inferiores, numa pessoa saudável.	26
Figura 2: Funcionamento das válvulas dos membros inferiores, quando estas se encontram danificadas.	27
Figura 3: Localização dos pulsos pediosos.	32
Figura 4: Gráfico da Correlação de Pearson entre as Práticas (21itens, em percentagem) e o tempo de tratamento de feridas crónicas	80
Figura 5: Gráfico da Correlação de Pearson entre as Práticas (21itens, em percentagem) e a ECTC (em percentagem)	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Método CEAP	28
Tabela 2: Características das úlceras de etiologia venosa e arterial.....	29
Tabela 3: Avaliação à pessoa com úlcera de perna	30
Tabela 4: Fatores que influenciam a escolha da terapia compressiva	37
Tabela 5: Princípios de aplicação das ligaduras na terapia compressiva	40
Tabela 6: Análise da associação entre as variáveis Sexo e Formação em Feridas Crônicas e a variável Aplicação de Terapia Compressiva.....	64
Tabela 7: Análise da associação entre a Formação em Terapia Compressiva e a Aplicação de Terapia Compressiva	65
Tabela 8: Análise da associação entre a Formação, Equipamento e Prática em avaliar IPTB e a Aplicação de Terapia Compressiva.....	66
Tabela 9: Análise da idade, experiência e tempo da última formação em terapia compressiva, em função da aplicação de terapia compressiva.....	67
Tabela 10: Análise da associação entre a percepção de obstáculos e os obstáculos sentidos à implementação da terapia compressiva e a Aplicação de Terapia Compressiva.....	68
Tabela 11: ECTC, com o número e percentagem de respostas certas dos 173 enfermeiros.....	70
Tabela 12: Análise da confiabilidade das 24 práticas, com recurso ao alfa de Cronbach.....	72
Tabela 13: Análise da confiabilidade das 21 práticas, com recurso ao alfa de Cronbach.....	73
Tabela 14: Análise das práticas em terapia compressiva	74
Tabela 15: Análise da ECTC em função da aplicação de terapia compressiva	75
Tabela 16: Análise da pontuação da ECTC em função do sexo, da formação em terapia compressiva, da formação, equipamento e prática para avaliar o IPTB e da percepção de obstáculos à implementação da terapia compressiva	76

Tabela 17: Análise da pontuação das práticas em função do sexo, da formação em terapia compressiva, da formação, equipamento e prática para avaliar o IPTB e da percepção de obstáculos à implementação da terapia compressiva..... 78

Tabela 18: Análise dos conhecimentos e das práticas em terapia compressiva em função da experiência e formação em terapia compressiva..... 79

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1. ÚLCERA DE PERNA	25
1.1. AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA PESSOA COM ÚLCERA DE PERNA	30
1.2. GESTÃO DA PELE E DA LESÃO	34
1.3. TERAPIA COMPRESSIVA.....	36
1.3.1 Conhecimentos e prática de terapia compressiva	42
PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO	49
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	51
2.1 TIPO DE ESTUDO	51
2.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	52
2.3 OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO.....	53
2.4 HIPÓTESES.....	53
2.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA	54
2.6 VARIÁVEIS	55
2.7 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	58
2.7.1 Pré-teste	58
2.8 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	59
2.9 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	60
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	63
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS	
ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS INICIAL	

ANEXO II - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS AUTORES DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

ANEXO III – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: ENFERMAGEM

ANEXO IV – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO

ANEXO V – AUTORIZAÇÕES DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO PINHAL INTERIOR NORTE E DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO BAIXO MONDEGO

APÊNDICES

APÊNDICE I – UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NO DISTRITO DE COIMBRA

APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

APÊNDICE III – CONSENTIMENTO INFORMADO

INTRODUÇÃO

As feridas constituem uma epidemia, na medida em que se estima que afetem cerca de 14 a 22,8% da população mundial, com consequentes repercussões na qualidade de vida da pessoa e implicações ao nível dos cuidados de saúde e economia dos países. É, portanto, uma problemática de grande pertinência para a comunidade científica e que se reveste de particular importância no quotidiano dos enfermeiros, que cuidam diariamente de pessoas com feridas (Santos, 2014; World Union of Wound Healing Societies (WUWHS), 2016).

As alterações demográficas, o envelhecimento da população e o incremento da cronicidade de muitas doenças têm provocado um aumento do número de pessoas com feridas crónicas (úlceras do pé diabético, úlceras vasculares e úlceras por pressão), que constituem um desafio para os profissionais de saúde, na medida em que não cicatrizam atempadamente. Em todas elas é comum a presença de inflamação persistente, biofilme, infeção e dificuldade das células dérmicas e/ou epidérmicas responderem aos estímulos reparadores (Frykberg & Banks, 2015; WUWHS, 2016).

Neste contexto, têm sido realizados diversos estudos de forma a compreender os custos das feridas, a prevalência das mesmas, como estão a ser tratadas assim como as implicações destas na vida das pessoas, visto que condicionam a sua qualidade de vida. Paralelamente, têm-se verificado avanços tecnológicos, que têm permitido o desenvolvimento de técnicas inovadoras e a criação de material de penso para dar resposta às necessidades identificadas.

No que respeita à úlcera de perna venosa, estima-se que cerca de 1% da população ocidental será portadora de uma ao longo da sua vida, sendo mais prevalentes em pessoas com mais idade, estimando-se que afete 3% das pessoas com mais de 80 anos (Parreira & Marques, 2017). Por sua vez, a taxa de cicatrização das úlceras de perna venosas oscila entre os 45% e os 75%, a seis meses, e 93%, a doze meses, com muitas pessoas a não receber o *gold standard* no tratamento, que é a terapia compressiva (Franks et al., 2016; WUWHS, 2016). Além do referido, presume-se que 7% das úlceras venosas permaneçam por cicatrizar após cinco anos (Franks et al., 2016). É consensual que as recidivas são frequentes sendo, contudo, dispares as referências à altura em que elas ocorrem. Franks et al. (2016) referem ser de 70%, três meses após a

cicatrização, já Parreira e Marques (2017) afirmam oscilar entre 30% a 50%, um ano após o seu aparecimento, por sua vez Ashby et al. (2014), referidos por Wounds UK (2016), estimam oscilar entre 18% e 28%, em 12 meses.

Assim, tendo em consideração que a terapia compressiva constitui o tratamento de primeira escolha nas úlceras de perna de etiologia venosa, por aumentar as taxas de cicatrização em comparação com nenhuma compressão (O'Meara, Cullum, Nelson & Dumville, 2012), torna-se necessário compreender que opções os profissionais de saúde tomam no tratamento destas úlceras. Neste sentido, Martinho e Gaspar (2012) verificaram que apesar da terapia compressiva estar contemplada como principal tratamento nas úlceras de perna venosas, sendo mais importante que o material de penso utilizado, os enfermeiros não a aplicam regularmente, apresentando défice de conhecimentos e de formação acerca da mesma. Por sua vez, têm sido identificadas diversas barreiras à implementação da terapia compressiva entre as quais o défice de formação, o défice de recursos, o desconhecimento dos recursos existentes, a falta de confiança na sua aplicação, as práticas inadequadas, a ausência de normatização e protocolização de práticas e a não adesão dos utentes (Borges, Santos e Soares, 2017; Pereira e Gaspar, 2012).

Neste sentido, o presente trabalho de investigação surge como consequência do interesse pelos cuidados prestados pelos enfermeiros à pessoa com úlcera de perna venosa, tendo como objetivos:

- Caracterizar, em termos sociodemográficos, formação e experiência, os enfermeiros que prestam cuidados às pessoas com úlceras de perna venosas nos CSP do distrito de Coimbra;
- Identificar as barreiras à implementação da terapia compressiva percecionadas pelos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra;
- Identificar os conhecimentos sobre terapia compressiva dos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra;
- Conhecer as práticas de terapia compressiva dos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra;
- Descrever as relações entre a formação e experiência e os conhecimentos e as práticas em terapia compressiva dos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra.

Pretende-se assim, com base na questão de investigação “Quais os conhecimentos e práticas de terapia compressiva dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários?”, contribuir para a identificação daquilo que são os conhecimentos e as práticas atuais, visando a criação de estratégias que promovam a prática baseada na evidência e a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa com úlcera de perna venosa. Para tal, desenvolveu-se um estudo quantitativo, não-experimental, descritivo correlacional e transversal, com uma amostra acidental de 173 enfermeiros que prestam cuidados nas unidades de CSP do distrito de Coimbra, aos quais foi aplicado um questionário para a obtenção dos dados que permitiram a realização de inferências.

O presente trabalho de investigação encontra-se estruturado em 2 partes. A primeira diz respeito ao enquadramento teórico, que corresponde à revisão da literatura e definição de conceitos, com base em evidência científica que se julga pertinente e atual. A segunda parte corresponde ao estudo empírico que comporta o capítulo do enquadramento metodológico, onde são clarificados os aspetos de natureza metodológica que nortearam o estudo; o capítulo da apresentação e análise dos dados obtidos; e, o capítulo da discussão dos resultados, tendo por base o referencial teórico que sustentou o presente estudo. Por fim, na conclusão é realizada uma síntese dos principais resultados assim como das limitações do estudo e são apresentadas sugestões que consideramos pertinentes para investigações futuras, com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem.

Quanto à grafia, o presente trabalho encontra-se de acordo com o preconizado no Guia de Elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016). As traduções realizadas ao longo do trabalho de investigação são da responsabilidade da autora.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ÚLCERA DE PERNA

A úlcera de perna é uma ferida aberta na perna, que surge de forma acidental ou espontânea, “apresentando uma etiologia associada a um processo patológico sistêmico ou da extremidade” (Menoita, 2015, p.707). Deste modo, tal como refere Franks et al. (2016), as úlceras de perna não são uma entidade *per se*, mas uma manifestação de uma patologia subjacente. É de referir que as úlceras de perna são consideradas feridas complexas ou crônicas devido à sua tendência de cicatrização lenta (Borges et al., 2017; Menoita, 2015). Assim, elas podem apresentar diferentes etiologias, sendo necessário a sua correta avaliação com o intuito de identificar causas predisponentes e providenciar um adequado tratamento.

Parreira e Marques (2017) referem que 70% são de origem venosa, 15% misto (arterial e venoso), 10% outras causas (nomeadamente tumores de pele, vasculite, doenças hematológicas, pressão/trauma, diabetes e artrite reumatoide) e 5% de origem arterial. Por sua vez, Menoita (2015) refere que 45 a 60% são devidas a insuficiência venosa, 10 a 20% à doença arterial periférica, 15 a 20% secundária à neuropatia diabética e 10% relacionados com infeções, vasculites, doenças hematológicas, doenças metabólicas, neoplasias, dermatoses ulcerativas e úlceras secundárias a fármacos. É também comum a presença concomitante de várias causas, predominantemente em pessoas com mais idade.

Uma úlcera arterial é uma “lesão devida a circulação arterial reduzida ou ausente” (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), 2015, p.89) que requer intervenção farmacológica ou cirúrgica, com o intuito de aumentar o aporte sanguíneo à extremidade (Parreira e Marques, 2017).

Por sua vez, a úlcera venosa é definida como uma lesão cutânea na perna ou pé, que ocorre numa área afetada pela hipertensão venosa (National Guideline Clearinghouse (NGC), 2014). Esta é caracterizada na CIPE (2015) como

lesão circunscrita semelhante a uma loja, normalmente situada na perna, acima do maléolo; edema em torno da ferida; pele seca em torno da ferida; descamação acastanhada ou descoloração da pele; lipodermatosclerose; atrofia da pele; exantema; dor e dor na ferida, associada a insuficiência venosa crônica,

lesão dos retalhos venosos e diminuição do retorno do sangue venoso dos membros inferiores para o tronco (p.89).

Tendo em consideração que a úlcera venosa surge como consequência da doença venosa crónica, importa compreender os mecanismos que a desencadeiam.

O sistema venoso nos membros inferiores é constituído por veias superficiais, perforantes e profundas, ocorrendo a circulação do sangue nas veias devido a diferenças de pressão. Deste modo, quando o coração está na fase sistólica, a pressão aumenta nos ventrículos e artérias, fazendo o sangue progredir nas veias, por sua vez, na fase diastólica, a diminuição da pressão nas aurículas leva a que o sangue se desloque na circulação venosa em direção ao coração (Menoita, 2015). Por sua vez, a Wounds International (2013) refere que a pressão negativa gerada pela respiração dentro da caixa torácica ajuda no retorno venoso do sangue até ao coração. Além das referidas pressões são essenciais, no retorno venoso dos membros inferiores, as válvulas bicúspides e o sistema bomba.

As válvulas bicúspides são válvulas unidireccionais existentes nos membros inferiores que, quando são competentes, impedem o fluxo retrógrado do sangue. Contudo, quando as válvulas são incompetentes há um refluxo do sangue, que leva ao aparecimento de hipertensão venosa nos membros inferiores e, por sua vez, propicia ao aparecimento de manifestações como veias varicosas, edema, estase venosa e queixas algícas vespertinas (Menoita, 2015; Parreira & Marques, 2017).

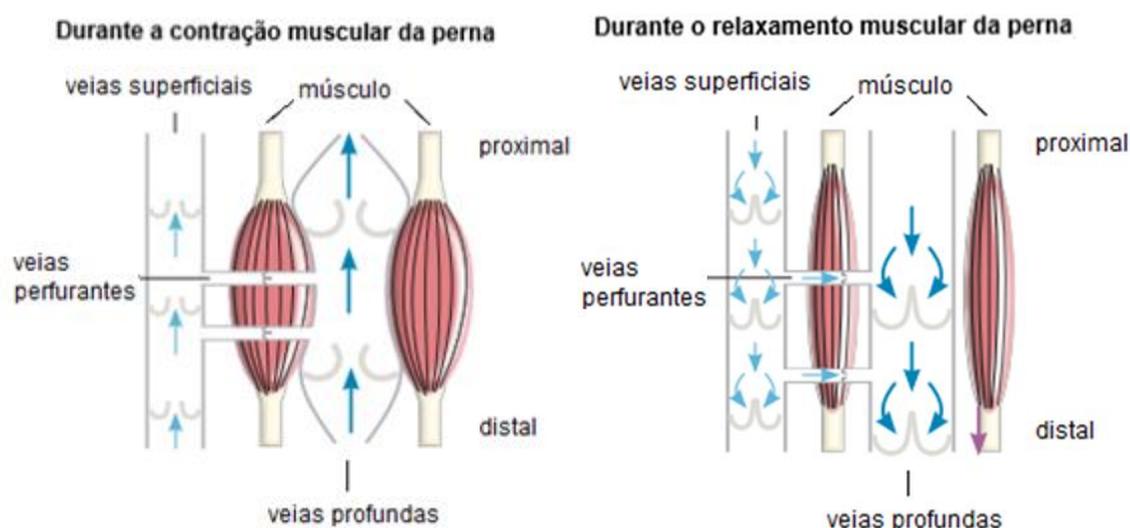


Figura 1: Funcionamento das válvulas dos membros inferiores, numa pessoa saudável (adaptado de Wounds International, 2013, p.5).

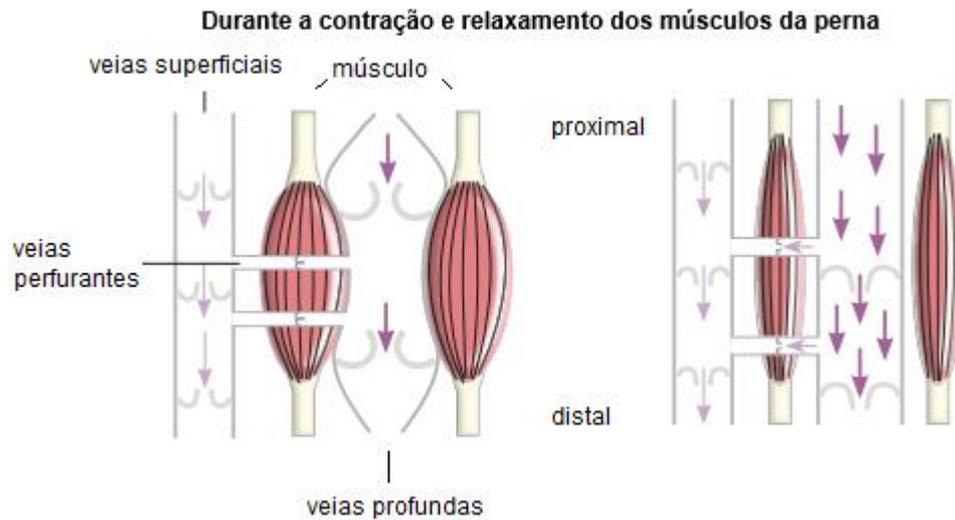


Figura 2: Funcionamento das válvulas dos membros inferiores, quando estas se encontram danificadas (adaptado de Wounds International, 2013, p.5).

No que respeita ao sistema bomba dos membros inferiores, ele é composto pela bomba muscular e pela bomba do pé. A bomba do pé é ativada aquando da mobilidade da articulação tibiotársica, que é responsável pelo sangue fluir das veias plantares para as veias profundas e daí em direção cefálica. Já a bomba muscular, diz respeito à contração muscular dos gêmeos (ou panturrilha) que, ao comprimir o sistema venoso profundo, possibilita o aumento da pressão sanguínea intraluminal de mais de 100 mmHg, impulsionando o sangue a progredir em direção cefálica (Menoita, 2015). A pobre função ou a falha da bomba muscular da panturrilha, devido à inatividade, imobilidade ou marcha anormal, contribuem para a hipertensão venosa (Wounds International, 2013).

Valenzuela et al. (2017) referem que a hipertensão venosa dos membros inferiores é consequência da obstrução venosa, insuficiência valvular e/ou falha da bomba muscular. Esta, por sua vez, é responsável pela hipertensão capilar, pelo dano da microcirculação da pele e pelo extravasamento de líquido para o espaço extravascular, originando edema e inflamação e, por fim, úlceras. Os autores referem que, em condições normais, o edema só é observado quando aumenta em 20% a quantidade de líquido intersticial, sendo que, com valores inferiores, a pessoa apenas sente as pernas pesadas.

De acordo com Gloviczki et al. (2011) é com grau de recomendação 1 e nível de evidência A que todas as pessoas com insuficiência venosa crónica deverão ser sujeitas a uma avaliação com base na classificação ou método CEAP. Este método consiste na classificação da doença venosa crónica no membro inferior, tendo por base os sinais e sintomas clínicos (C), a etiologia (E), a distribuição anatómica (A) e a disfunção fisiopatológica (P), como é possível observar na tabela 1 (Menoita, 2015).

Classificação da Insuficiência Venosa Crónica (CEAP)	
Classificação Clínica (C)	Classe 0 – Sem sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa Classe 1 – Telangiectasias e/ou veias reticulares Classe 2 – Veias Varicosas Classe 3 - Edema Classe 4 – Alterações da pele (hiperpigmentação; eczema; lipodermatoesclerose) Classe 5 – Classe 4 com úlcera cicatrizada Classe 6 - Classe 4 com úlcera ativa
Classificação Etiológica (E)	Ec – Etiologia Congénita Ep – Etiologia primária Es – Etiologia secundária – pós-trombótica; pós-traumática e outras
Classificação Anatómica (A)	As – Veias superficiais Ad – Veias profundas Ap – Veias perfurantes
Classificação Fisiopatológica (P)	Pr – Refluxo Po – Obstrução Pr, o – Refluxo e Obstrução

Tabela 1: Método CEAP (Menoita, 2015, p. 713, adaptado de Negus, Smith e Bergan, 2005)

A maioria das úlceras venosas resulta de doença venosa superficial, sendo possível a sua cicatrização em 3 a 4 meses com tratamento adequado, contudo nas situações de síndrome pós-trombótica dos membros inferiores, a cicatrização da úlcera é mais difícil pela hipertensão venosa existente (Parreira & Marques, 2017). Valenzuela et al. (2017) referem que a redução da área da ferida na quarta semana é um indicador favorável para a cicatrização da ferida às 12 ou 24 semanas de cuidados.

Devido à sua fisiopatologia distinta, as úlceras venosas e arteriais apresentam características diferentes, como é possível observar na tabela que se segue.

	Úlcera de Perna de Etiologia Venosa	Úlcera de Perna de Etiologia Arterial
Presença de dor ou desconforto	<ul style="list-style-type: none"> - Há frequente dor ao final do dia, que aumenta com o membro pendente e alivia com compressão, exercício ou elevação - Há sensação de peso na perna e prurido local 	<ul style="list-style-type: none"> - A pessoa refere claudicação intermitente - A dor pode acentuar-se quando a perna é elevada e diminui quando está pendente
Aspetto do membro inferior ulcerado	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da circunferência maleolar, mais evidente no membro ulcerado - Alargamento venoso na região tibiotársica - Presença de lipodermatoesclerose, hiperpigmentação, eczema venoso, coroa flebostática e atrofia branca 	<ul style="list-style-type: none"> - Pulsos ausentes ou fracos - Aumento do tempo de preenchimento capilar (superior a 3 segundos) - Pele fria e brilhante - Diminuição dos folículos pilosos e unhas espessas e quebradiças - Perda de tecido subcutâneo
Localização e aspeto da úlcera	<ul style="list-style-type: none"> - Lesões localizam-se acima do maléolo, até à zona onde o músculo gemelar se torna proeminente - Profundidade de 1 a 2 mm - Com pequenas úlceras satélite - Leito da ferida escurecido com presença de tecido de granulação - Bordos da lesão rosados e irregulares, encovados e arredondados 	<ul style="list-style-type: none"> - Lesões localizam-se abaixo do tornozelo, maléolos, face antero-externa da perna, pé e dedos - Lesão circular profunda - Leito da ferida pálido, com zonas de necrose e pouco ou nenhum tecido de granulação - A remoção da necrose pode revelar a fáscia profunda ou tendão - Bordos da ferida mal epitelizados

Tabela 2: Características das úlceras de etiologia venosa e arterial (adaptado de MENOITA, 2015; WOUNDS INTERNATIONAL, 2016)

Por sua vez, as úlceras mistas são tradicionalmente conhecidas por úlceras venosas com uma doença arterial oclusiva associada, contudo, segundo Chamanga (2016), também se referem à associação entre a úlcera venosa e outras comorbilidades como a neuropatia diabética, o linfedema, a artrite ou os tumores malignos.

No sentido de permitir uma intervenção sistematizada para as situações de úlcera de perna, um grupo internacional de especialistas criou o modelo ABC que é composto por três aspetos: Avaliação e Diagnóstico; Boa prática na gestão da pele e lesão; e Compressão (Borges et al., 2017). Assim, seguidamente iremos abordar cada um dos referidos aspetos, com vista a enquadrar a melhor evidência no tratamento das úlceras de perna, dando especial ênfase às úlceras venosas.

1.1. AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA PESSOA COM ÚLCERA DE PERNA

O tratamento das úlceras de perna, como já foi referido, passa em primeiro lugar por uma adequada avaliação à pessoa, tendo em consideração a sua história clínica e o exame físico, bem como uma adequada avaliação da ferida.

Começando pela abordagem à pessoa, uma vez que os cuidados prestados são em prol dela e não apenas da ferida, é importante observá-la e colher dados relativamente a doenças sistémicas, terapêutica, estado nutricional, perfusão e oxigenação tecidual e hábitos de vida, entre os quais as atividades instrumentais de vida, a história social e ocupacional e as adições, como o alcoolismo ou o tabagismo. Aquando da anamnese, é também relevante conhecer eventuais alterações ao nível dos exames laboratoriais. Esta avaliação permitirá a compreensão acerca da etiologia da lesão, bem como identificar e corrigir fatores que possam condicionar o processo cicatricial (Dogra & Sarangal, 2014; Irion, 2005; Marston, Tang, Kirsner & Ennis, 2016; NGC, 2014).

O esquema que se segue faz parte do modelo elaborado por um grupo internacional de especialistas e pretende sistematizar a avaliação que deverá ser realizada.

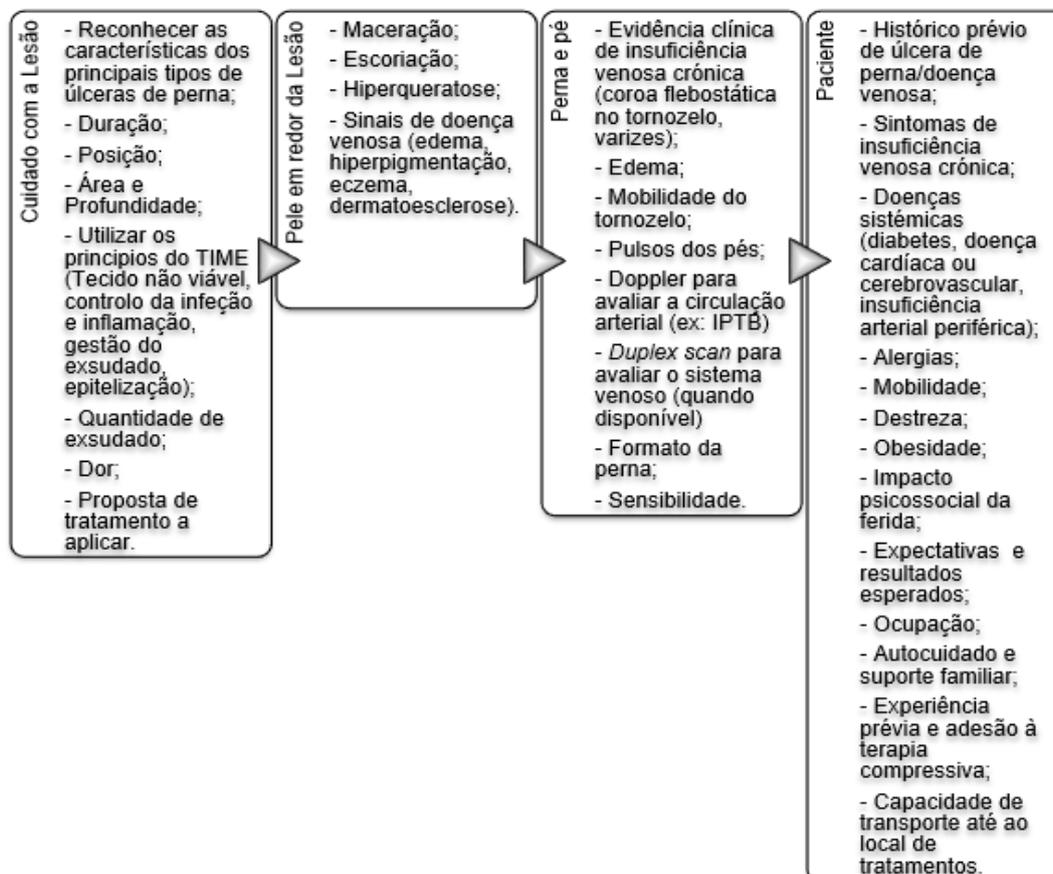


Tabela 3: Avaliação à pessoa com úlcera de perna (adaptado de Borges et al., 2017)

Parreira e Marques (2017) referem que o mais importante na avaliação da úlcera é compreender se o membro afetado tem patologia arterial periférica. Esta avaliação deverá realizar-se a todas as pessoas com úlcera de perna, através do cálculo do Índice de Pressão Tornozelo Braço (IPTB), recomendando-se também a realização de um *duplex ultrasound scan*, com vista a avaliar a circulação venosa e arterial (Dogra & Sarangal, 2014; Menoita, 2015; NGC, 2014). O IPTB é considerado o método não invasivo com melhor desempenho diagnóstico, com uma sensibilidade superior a 90% e de fácil de execução (Valenzuela et al., 2017). A avaliação do IPTB não deve ser realizada em caso de suspeita de trombose venosa profunda, pela dor que causa e pelo risco de deslocação do trombo (Parreira & Marques, 2017).

Deste modo, para se compreender a etiologia da lesão e se planejar o respetivo tratamento, deverá combinar-se a informação colhida com o cálculo do IPTB e com a avaliação dos membros inferiores relativamente à aparência, localização de lesões, presença de dor, presença de edema e alterações da sensibilidade e da mobilidade. É também fundamental caracterizar a lesão quanto à sua área e profundidade, características dos tecidos presentes, exsudato e aspeto dos bordos (Borges et al., 2017; Dogra & Sarangal, 2014; Parreira & Marques, 2017).

Para o cálculo do IPTB é necessário o recurso a um Doppler portátil, sonda de 8 MHZ, esfigmomanómetro, gel, película transparente e marquesa (Dogra & Sarangal, 2014; Parreira & Marques, 2017).

A avaliação do IPTB deve ser realizada com a pessoa deitada, após um período de repouso prévio de 10 a 20 minutos. Inicialmente deverá ser avaliada a pressão sistólica em ambos os membros superiores, seguindo-se a avaliação nos membros inferiores. Para a avaliação da pressão sistólica nos membros superiores, deverá colocar-se a braçadeira num dos membros, seguindo-se a colocação do gel de ultrassom sobre o pulso braquial. O doppler deverá ser colocado em cima do gel, num ângulo de 45 a 60°, de forma a ser ouvido o pulso. Posteriormente, insufla-se a braçadeira até o som desaparecer e, em seguida, desinsufla-se até o som retomar. Deve registar-se esse valor, repetindo o procedimento no outro membro. Para o cálculo do IPTB utiliza-se a pressão sistólica mais elevada. Quanto à avaliação dos membros inferiores, deve começar-se por cobrir a úlcera com película transparente ou compressa estéril (se necessário) e colocar a braçadeira do esfigmomanómetro logo acima dos maléolos.

Em seguida, deverão ser palpados dois pulsos no pé que está a ser avaliado (não escolhendo concomitantemente a tibial anterior e a dorsal pediosa ou a tibial posterior e a peronial, por fazerem parte da mesma artéria). Posteriormente, aplica-se o gel no local onde o pulso foi palpado e coloca-se a sonda sobre ele, no sentido contrário ao fluxo sanguíneo. Seguidamente, é

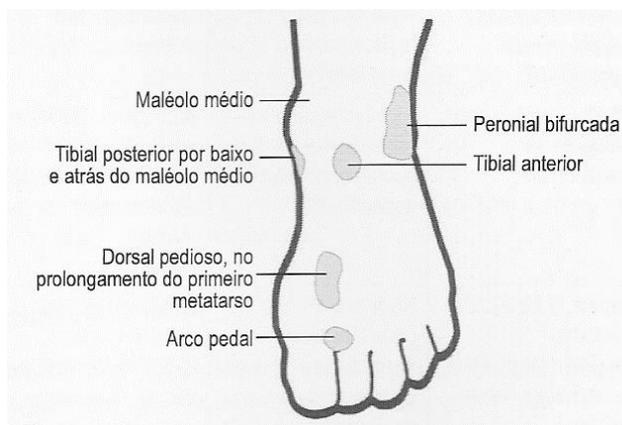


Figura 3: Localização dos pulsos pediosos (Parreira & Marques, 2017, p. 163)

insuflada a braçadeira do esfigmomanómetro e desinsuflada lentamente, a fim de se identificar a pressão sistólica do tornozelo. Por fim, repete-se o procedimento nessa perna para o outro pulso, reservando-se o valor sistólico mais alto para o cálculo do IPTB (Parreira & Marques, 2017; Menoita, 2015). Aquando da avaliação deve identificar-se também as características do som produzido pelo sangue nas artérias, sendo o som trifásico indicativo de uma artéria saudável e o som monofásico, embora pulsátil, indicativo de artérias lesadas (Menoita, 2015).

O cálculo do IPTB faz-se através da seguinte fórmula:

$$\text{IPTB} = \frac{\text{a mais alta pressão sistólica do tornozelo}}{\text{a mais alta pressão sistólica dos braços}}$$

Parreira e Marques (2017) ressaltam que a avaliação do IPTB não pretende fazer o diagnóstico diferencial da úlcera de perna, contudo permite dar pistas quanto à etiologia da mesma e, assim, adequar o tratamento. É de ressaltar que uma pessoa pode apresentar valores de IPTB diferentes de uma perna para outra.

Borges et al. (2017) referem que a pessoa deverá ser encaminhada para especialista se IPTB inferior a 0,8 ou superior a 1,3, com vista à investigação e implementação de cuidados adicionais. No mesmo sentido vão as recomendações de Parreira e Marques (2017), Menoita (2015) e de Morison, Moffatt e Franks (2010), que referem que quando o IPTB é inferior a 0,5 não deve ser feita compressão no membro e a pessoa deve ser referenciada imediatamente para especialista de cirurgia vascular, para realizar revascularização. O mesmo acontece quando o valor do IPTB é superior a 1,3, que pode

indicar a presença de calcificação nas artérias, requerendo a repetição da avaliação e a realização de eco-doppler. A NGC (2014) refere também que não se recomenda a realização de compressão quando a pressão sistólica absoluta do tornozelo é inferior a 60 mmHg, por sua vez, Menoita (2015) refere que não deve ser realizada quando a pressão sistólica no tornozelo é inferior a 40 mmHg.

Quando o IPTB se localiza entre 1,0 e 1,3 não há doença arterial, pelo que poderá ser implementada a terapia compressiva e o IPTB deverá ser reavaliado a cada 6 meses; por sua vez, quando o valor oscila entre 0,8 e 1,0 há risco de doença arterial podendo aplicar-se terapia compressiva, sendo a reavaliação do IPTB recomendada de 3 em 3 meses. Com valores de IPTB compreendidos entre 0,5 e 0,8, a pessoa deverá ser referenciada para um especialista, uma vez que há comprometimento arterial e a etiologia da lesão será mista (Parreira & Marques, 2017). Franks et al. (2016) referem que, apesar dos estudos frequentemente contraindicarem a aplicação de terapia compressiva em úlceras mistas, quando o IPTB é superior a 0,6, ela pode ser utilizada por especialistas com uma pressão modificada e reduzida, podendo aumentar a taxa de cicatrização das úlceras. Assim, a terapia compressiva pode ser aplicada de forma segura em pessoas com IPTB acima de 0,8 (Dogra & Sarangal, 2014; Menoita, 2015).

Apesar de haver consenso entre os autores supramencionados, há outros valores de IPTB que são considerados adequados. De acordo com Valenzuela et al. (2017), é considerado normal valores de IPTB entre 1 e 1,29, sendo que quando o valor de IPTB é igual ou superior a 1,3, as artérias não são compressíveis devido à calcificação arterial, e quando este é inferior a 0,9 há indício de doença arterial periférica. Assim, a isquemia é moderada com valores de IPTB entre 0,5 e 0,9 e é crítica com valores inferiores a 0,5, existindo o risco de perda do membro. Estes autores referem que o IPTB apresenta limitações no que respeita à localização da lesão arterial e na obtenção de valores falsamente diminuídos em situações de insuficiência cardíaca congestiva e valores falsamente aumentados em caso de calcificação arterial, nomeadamente em pessoas com diabetes e com insuficiência renal crónica com muito tempo de evolução.

Borges et al. (2017) recomendam a reavaliação do IPTB “se a redução de área da úlcera for menor que 20 a 30% após 4 a 6 semanas de tratamento de compressão ideal” (p.185). Por sua vez, Dogra e Sarangal (2014) referem que a avaliação do IPTB deve realizar-se quando a úlcera não cicatriza totalmente após 12 semanas de tratamento adequado, aumenta repentinamente de tamanho, há um aumento repentino da dor, ocorre mudança na cor ou temperatura do pé ou há recorrência de úlcera.

Ainda relativamente à avaliação e diagnóstico, Marston et al. (2016) referem que quando a úlcera aumenta de tamanho ou não mostra qualquer evolução após 4 a 6 semanas de tratamento, deve reavaliar-se o tratamento ou suspeitar-se que a etiologia não é venosa, podendo ser necessário biópsia da lesão.

Em algumas situações é necessária a referenciação da pessoa para um especialista, com vista a tratar a causa subjacente, fazer o diagnóstico da etiologia ou adequar o tratamento. Deste modo, recomenda-se que sejam referenciadas pessoas com úlceras que não melhoram ou não cicatrizam ao fim de 12 meses de terapia compressiva; úlceras recidivantes; com IPTB inferior a 0,8; diabetes mellitus não controlada; neuropatia diabética do pé; insuficiência cardíaca não compensada; artrite reumatoide ou vasculite; suspeita de malignidade; disposição atípica da lesão; eczema ou dermatites de contato resistentes a esteroides tópicos; sinais de sépsis; dor não controlada; e suspeita de linfedema (Dogra & Sarangal, 2014, Menoita, 2015, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010 e Wounds international, 2013). As mesmas recomendações são feitas por NGC (2014) e WUWHS (2016) que sugerem a necessidade de realização de biópsia quando a lesão apresenta um aspeto atípico, não reduz o seu tamanho com tratamento considerado adequado ou quando há sinais de infeção.

1.2. GESTÃO DA PELE E DA LESÃO

Ao nível da boa prática na gestão da pele e lesão, a WUWHS (2016) refere ser necessária uma abordagem tendo em conta o leito da ferida, os bordos da mesma e a pele circundante.

Neste sentido, a limpeza da perna ulcerada deve ser realizada com uma solução neutra, não irritante e não tóxica, nomeadamente água da torneira tépida ou soro fisiológico à temperatura corporal, de modo a remover o tecido desvitalizado da úlcera e a lavar a área circundante (NGC, 2014; Parreira & Marques, 2017).

Ao tratar a úlcera venosa deverão ser utilizadas diferentes métodos de desbridamento (cortante, enzimático, mecânico, biológico ou autolítico), de modo a que seja desbridado o tecido necrosado e desvitalizado e promovida a granulação do leito da ferida (NGC, 2014).

No que respeita à seleção do tratamento, ele deve ser decidido consoante o nível de exsudato, a acessibilidade e custo-efetividade do material, a preferência da pessoa e a frequência de reaplicação do sistema de compressão, idealmente a cada 7 dias, evitando pensos que alterem o perfil das ligaduras (Borges et al., 2017; Parreira & Marques, 2017). Assim, apesar de a escolha ficar ao critério do profissional, é necessário que este, tendo em conta o referido anteriormente, escolha um material que não adira ao leito da ferida, faça uma adequada gestão do exsudato (mantendo o leito da ferida húmido) e evite a maceração e trauma da pele peri-lesional (Marston et al., 2016; NGC, 2014; Valenzuela et al., 2017).

Os pensos antimicrobianos deverão ser utilizados por curtos períodos e apenas em situações de infeção ou colonização crítica, onde é frequente o aparecimento de novas úlceras, o atraso na cicatrização, o aumento da dor ou os sinais inflamatórios peri-lesionais (NGC, 2014; WUWHS, 2016). Como antimicrobianos poderá usar-se pensos com mel, prata ou iodo (Franks et al., 2016). Em casos de celulite peri-lesional ou sinais clínicos de infeção, a pessoa deverá cumprir, respetivamente, antibioterapia sistémica para gram-positivos ou direcionada à sensibilidade dos microrganismos presentes na lesão, não devendo usar-se antibióticos tópicos (NGC, 2014).

Apesar de existirem diferentes materiais de penso que ajudam no controlo do exsudato, no desbridamento autolítico, no controlo da infeção, na redução da dor e na promoção do microclima húmido no leito da ferida, não há evidência científica que prova a vantagem de uns em detrimento de outros sob a terapia compressiva (Franks et al., 2016).

Os cuidados à pele peri-úlceras e da perna devem incluir também uma adequada hidratação com emoliente e o tratamento dirigido ao eczema, dermatite de contacto e hiperqueratose. O eczema varicoso, quando presente, pode requerer o tratamento combinado com emolientes, corticoides tópicos e compressão, que melhora a circulação sanguínea e auxilia no alívio dos sintomas, nomeadamente o prurido. A dermatite de contacto resulta do contato da pele com agentes irritantes ou alergénicos. Por sua vez, a hiperqueratose forma uma barreira impenetrável na pele que deve ser removida para permitir a ação dos agentes antimicrobianos e corticoides tópicos. Os aspetos referidos, assim como a pele seca e descamativa, são responsáveis pelo atraso na cicatrização (Borges et al., 2017; NGC, 2014; Parreira & Marques, 2017).

Apesar de ser apenas abordado no subcapítulo seguinte, a utilização da terapia compressiva traduz-se também em benefícios francos ao nível da pele peri-úlceras e no

leito da ferida, uma vez que permite a redução do edema e a gestão do exsudato, contribuindo para a redução da maceração e o desbridamento da lesão (WUWHS, 2016). Parreira e Marques (2017) referem também que a aplicação de compressão correta assume maior importância do que a seleção do material de penso, no tratamento das úlceras de perna venosas.

1.3. TERAPIA COMPRESSIVA

A terapia compressiva consiste na aplicação de uma pressão externa, no membro inferior, que promove a redução da hipertensão venosa, dos mediadores inflamatórios e do edema e melhora o retorno do fluxo sanguíneo venoso, a competência valvular e a drenagem linfática (Franks et al., 2016; Parreira & Marques, 2017). Esta terapia constitui o tratamento de primeira escolha nas úlceras de perna de etiologia venosa, estando já comprovado, através de um ensaio controlado randomizado, que a compressão aumenta as taxas de cicatrização de úlceras em comparação com nenhuma compressão (O'Meara et al., 2012). Morison et al. (2010) referem também que a compressão elevada (35-45mmHg) é mais efetiva que a baixa compressão (15-25 mmHg) e que os sistemas de multicamadas elásticos ou inelásticos são mais efetivos que os sistemas de camada única. Pela sua eficácia na redução do edema, a aplicação de ligaduras de compressão está também indicada em situações de linfedema, pessoas que não conseguem usar meias de compressão por terem os membros muito edemaciados e pessoas com distorção da forma do membro (Todd, 2011).

Apesar dos evidentes benefícios da sua aplicação, a desadequada aplicação da terapia compressiva, principalmente em situações de compromisso arterial, poderá causar dor, trauma, isquémia e até amputação do membro (Dogra & Sarangal, 2014; Parreira & Marques, 2017). Neste sentido, Morison et al. (2010) referem ser considerado obrigatório, antes de iniciar terapia compressiva, a avaliação e registo do IPTB. Para além das úlceras arteriais é de realçar a contra-indicação de utilização de terapia compressiva em situações de celulite aguda, insuficiência cardíaca instável, na fase aguda da trombose venosa profunda, flebite séptica e neuropatia periférica avançada (Lymphoedema Framework Project, 2006, referido por Todd, 2011; Valenzuela et al., 2017).

A seleção do tipo de compressão a aplicar dependerá de diversos fatores, como é possível observar na seguinte tabela.

Fatores Clínicos	Fatores Pessoais	Fatores Organizacionais
<ul style="list-style-type: none"> • Comorbilidades: insuficiência renal ou cardíaca • <i>Status</i> arterial • Nível de exsudato • Infecção (por exemplo, celulite) • Fragilidade da pele • Quantidade de Edema • Forma da pele • Dor • Mobilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Crenças da pessoa • Preferências da pessoa • Educação e apoio • Motivação e aderência ao tratamento • Estilo de vida (por exemplo, frequência de viagens ou a prática de natação) 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipa multidisciplinar disponível • Recursos disponíveis • Acesso a serviços da especialidade e formação • Experiência, conhecimento, competências e atitudes dos profissionais de saúde

Tabela 4: Fatores que influenciam a escolha da terapia compressiva (Parreira & Marques, 2017, p. 166)

Existem diversos sistemas que permitem a aplicação da terapia compressiva, sendo ainda debatido que tipo de sistema de compressão deverá ser utilizado no tratamento das úlceras de perna venosas (Franks et al., 2016). Apesar do mencionado, a Wounds International (2013) refere que o sistema de terapia compressiva ideal apresenta várias propriedades nomeadamente incorpora um componente inelástico, produz um bom ajuste anatómico ao membro, permite manter a funcionalidade e movimento, é confortável em repouso, é fácil de aplicar e adaptar ao tamanho e forma do membro, não é alergénico e é duradouro.

Os sistemas de compressão existentes classificam-se em:

- Sistema de longa tração ou elásticos – São sistemas que utilizam materiais elásticos, permitindo manter “a compressão exercida (quer durante o exercício, quer em repouso) (...) ao longo de um determinado período de tempo” (Menoita, 2015, p.772). Pelas suas propriedades, estas acompanham a redução do volume da perna (Parreira & Marques, 2017). Estas ligaduras são reutilizáveis, contudo podem sofrer alterações nas suas propriedades elastoméricas após várias lavagens. As ligaduras são classificadas consoante a compressão que exercem em ligeira (<20mmHg), moderada (≥20 - 40mmHg), forte (≥40 - 60mmHg) e muito forte (≥ 60 mmHg) (Menoita, 2015). Este sistema de

compressão fornece uma pressão constante, mantendo o nível terapêutico de compressão em repouso, contudo apresenta menos alterações de pressão durante o exercício do que sistemas inelásticos (Wounds International, 2013).

- Sistema de curta tração ou inelásticos – São sistemas com pouca ou nenhuma elasticidade que não acompanham a alteração de volume da perna nem são afetadas pela alteração da forma da perna. Aquando do movimento, a bomba gemelar altera a sua forma e a sua dilatação é impedida pelas ligaduras, provocando o estreitamento das veias e, conseqüentemente, o sangue é impulsionado a retornar ao coração. Em repouso a pressão subligadura é fraca (Parreira & Marques, 2017). Quando corretamente aplicado, a pressão exercida aquando do exercício é forte a muito forte, sendo por isso efetivo na cicatrização da úlcera, uma vez que uma maior pressão está associada a uma maior taxa de cicatrização (Franks et al., 2016). Este sistema, comparativamente ao de longa tração, promove uma redução mais rápida do edema, contudo, por não apresentar fibras elásticas, as ligaduras ficam largas perdendo eficácia na promoção do retorno venoso. O efeito deste sistema é potenciado pelo exercício ativo e passivo, sendo indicado em pessoas com mobilidade, sem alterações da articulação tibiotársica ou quando os outros sistemas causam dor noturna. Dentro deste sistema existem também a bota de Unna, que são ligaduras impregnadas em óxido de zinco, muito utilizadas nos Estados Unidos da América, e os dispositivos de velcro autoajustáveis. A utilização de ligaduras inelásticas, comumente usadas na Europa e Austrália, requerem uma maior vigilância em pessoas com maior edema, uma vez que a pressão subligadura desce ao longo das 24h, podendo descair e lesionar a pele do dorso do pé (Menoita, 2015). De acordo com a Wounds International (2013), os sistemas inelásticos produzem pressões mais elevadas quando a pessoa está de pé e a fazer exercícios (ativos ou passivos) e pressões mais baixas quando deitada, comparativamente aos sistemas elásticos.
- Terapia Compressiva Pneumática Intermitente – É realizada com recurso a uma Bota de *Wellington* conectada a um motor que, durante períodos superiores a uma hora, realiza movimentos intermitentes de pressão, desde o tornozelo até ao joelho. Entre tratamentos deverá utilizar-se outro sistema de compressão (Parreira & Marques, 2017). Borges et al. (2017) referem que esta terapia deverá ser considerada em pessoas totalmente imóveis. Marston et al. (2016) e NGC

(2014) afirmam que este sistema poderá ser utilizado por pessoas que não tolerem uma compressão constante ou quando outros meios de compressão não estão disponíveis.

- Sistema de Meias de Compressão – Segundo Parreira e Marques (2017), esta alternativa “só deve ser utilizada se a perna tiver volumes proporcionais de modo a garantir compressão gradual” (p.167). No tratamento das úlceras, as meias deverão ser, no mínimo, de classe II, existindo conjuntos de duas meias (ou duas camadas), que permitem níveis de compressão superiores e uma colocação e remoção atraumática (Parreira & Marques, 2017). De acordo com Franks et al. (2016), o sistema de meias de compressão que exerça uma pressão igual ou superior a 40 mmHg poderá ser utilizado no tratamento de úlceras, principalmente em lesões de pequena dimensão e quando os cuidadores não têm perícia suficiente para aplicar ligaduras, sendo esteticamente mais agradáveis que as ligaduras.

Menoita (2015) refere que estas são geralmente utilizadas na prevenção de recidivas e nas fases iniciais de doença venosa crónica, recomendando uma compressão entre 35 e 45 mmHg. Caso a pessoa não tolere, pode usar-se uma compressão inferior, visto que é preferível à não utilização de compressão. Morison et al. (2010) referem que este sistema não é adequado para pessoas com dificuldade de destreza manual e em úlceras de grandes dimensões, com elevados níveis de exsudado, por não permitirem a aplicação de uma subcamada adequada. Os autores reforçam a pertinência do seu uso na prevenção de recorrência de úlceras e de edema, após uma trombose venosa profunda e em doentes com linfedema. Estes autores realçam também que existem sistemas de classificação distintos (cujas pressões diferem entre eles, apesar da designação da classe ser igual) devendo, contudo, procurar aplicar-se, para a prevenção de recidivas, uma compressão tão elevada quanto o utente tolere e consiga aplicar com segurança. Existem dois tipos de sistemas de meias de compressão, as meias circulares e as de malha plana. Enquanto as primeiras são esteticamente mais agradáveis, sendo adequadas para pessoas que não apresentem tendência para desenvolver um edema significativo, as segundas apresentam componentes inelásticos, sendo especialmente adequadas em situações que é necessário o controlo do edema e em que há deformações dos membros, como é o caso do linfedema (Morison et al., 2010).

Apesar dos sistemas de tração apresentarem diferentes características, há princípios que devem nortear a aplicação das ligaduras, encontrando-se contemplados na tabela seguinte.

<p>Princípios Gerais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A aplicação das ligaduras deve iniciar-se na base dos dedos, incluir o calcanhar e terminar no joelho, garantindo que a ligadura fica a um dedo do espaço poplíteo; • Deve medir-se a circunferência do tornozelo, de modo a adequar o tamanho e tipo de ligadura; • A aplicação de ligaduras ser feita com um ângulo de 90° entre pé e perna, de forma a garantir a mobilidade da articulação tibiotársica e o adequado funcionamento da bomba gemelar; • Em úlceras retromaleolares pode ser necessário a aplicação de um penso de espuma, a fim de aumentar a compressão nessa zona e promover a sua cicatrização.
<p>Almofadamento da perna</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A aplicação das ligaduras de compressão deve ser precedida pela aplicação de ligaduras de algodão ou de almofadamento sintético (exceto as ligaduras de zinco), que vão permitir a modelação da perna em forma de cone invertido, a absorção do exsudato e a proteção das proeminências ósseas e zonas sujeitas à fricção (dorso do pé, tendão de aquiles, maléolos e zona tibial). Nas referidas zonas poderá ser necessário almofadamento extra; • As pernas, cuja circunferência no tornozelo é inferior a 18 cm, requerem sobreposição das ligaduras de almofadamento; • As ligaduras de almofadamento devem ser aplicadas, sem tensão, em circular no pé e em espiral, com 50% de sobreposição, ao longo da perna até ao joelho.
<p>Aplicação de ligaduras de tração</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A aplicação das ligaduras deve ter uma tensão constante, a fim de permitir uma compressão graduada e sustentada; • As ligaduras inelásticas podem ser aplicadas em espiral ou espiga, existindo diferentes técnicas de aplicação. A aplicação deve garantir uma tensão máxima aquando da aplicação e uma sobreposição de 50% ao longo da perna. São utilizadas duas ligaduras; • As ligaduras elásticas devem ser aplicadas com tração constante entre 50 a 75% (algumas apresentam círculos ou quadrados para auxiliar na aplicação da tensão adequada e constante). A sua aplicação também pode ser feita com recurso a diversas técnicas, entre os quais o sistema de multicamadas e o sistema de ligaduras de quatro camadas.

Tabela 5: Princípios de aplicação das ligaduras na terapia compressiva (adaptado de MENOITA, 2015; PARREIRA & MARQUES, 2017)

A pressão sob a ligadura assenta na Lei de Laplace, o que significa que aplicando a ligadura com uma tensão e sobreposição constantes, a pressão sob ligadura vai diminuindo à medida que aumenta o diâmetro da perna, ou seja, à medida que nos aproximamos do joelho. Este fenómeno subjacente à Lei de Laplace designa-se

compressão graduada. A pressão gerada pela ligadura após a sua aplicação é determinada pelas características das ligaduras, tensão aplicada aquando da colocação da ligadura, número de camadas e grau de curvatura do membro (Menoita, 2015; Todd, 2011). A Wounds International (2013) refere ser tentador, embora incorreto, diminuir a compressão da ligadura à medida que nos aproximamos do joelho, a fim de garantir a compressão graduada, contudo essa pressão será naturalmente menor por causa do aumento da circunferência da panturrilha. Ora, sendo a bomba muscular da panturrilha responsável por uma proporção significativa do retorno venoso da perna, é importante garantir que é aplicada uma pressão adequada a esse nível.

Apesar de ser consensual a aplicação de terapia compressiva em pessoas com mobilidade da articulação tibiotársica e dos membros inferiores, os doentes imobilizados constituem ainda um desafio para os profissionais de saúde. Neste sentido, Morison et al. (2010) referem que a evidência científica recomenda o uso de ligaduras elásticas em camadas múltiplas nestas situações, que proporciona um nível continuado de compressão mesmo que o doente não se consiga mexer.

A periodicidade de avaliação e tratamento da lesão dependerá das características da lesão e pele peri-lesional, da quantidade de exsudato, da dor, da previsão na redução do edema e do estilo de vida da pessoa. Aquando do início da terapia compressiva, a pessoa ser vigiada por profissional de saúde após 24 a 48h, a fim de se identificar eventuais complicações. Após o controlo do edema, a sua aplicação poderá ser feita a cada 7 dias (Parreira & Marques, 2017). A redução do edema é frequente encontrada através da presença de caleiras ou sulcos longitudinais, de 3 a 5 cm de largura, ao longo do membro, sendo descrito como o efeito *guttering*, que indica que a terapia compressiva está a ter um efeito terapêutico (Hopkins & Worboys, 2005; Parreira & Marques, 2017).

Em todo o processo de tratamento da úlcera, particularmente na decisão e implementação da terapia compressiva, é fundamental que o enfermeiro envolva a pessoa, esclareça as suas dúvidas e estabeleça com ela um plano de cuidados e objetivos terapêuticos, de modo a fomentar a adesão à terapia compressiva. Neste sentido, é imprescindível garantir o adequado controlo da dor e que a pessoa esteja desperta para a necessidade de recorrer ao serviço de saúde em caso de sintomas de isquémia, como formigueiro, dormência, descoloração dos dedos e dor com características diferentes. Concomitantemente, a pessoa deverá ser incentivada a ser ativa e fazer exercício físico, evitando períodos prolongados sentada ou em pé, a elevar

os membros inferiores em repouso e a evitar o excesso de peso (Borges et al., 2017; Dogra & Sarangal, 2014; Parreira & Marques, 2017).

Após a cicatrização da úlcera e com o intuito de prevenir recorrências, recomenda-se que a pessoa utilize diariamente meias de compressão. As meias de compressão deverão ser calçadas, aquando do levantar, com cuidado de não causar trauma à pele e deverão ser trocadas de 6 em 6 meses (Borges et al., 2017; NGC, 2014; Parreira & Marques, 2017). A transição das ligaduras para meias de compressão, após a cicatrização da úlcera, deve ocorrer "...assim que a úlcera epitelizou completamente e recuperou alguma da sua força tênsil" (Morison et al., 2010, p.191), podendo ser útil o uso de revestimento tubular de algodão "... caso a pele esteja friável ou a meia cause eritema ou irritação local" (p.192). É ainda relevante que os membros inferiores sejam medidos, ao início do dia ou imediatamente após a remoção das ligaduras compressivas, de forma a garantir a adequação das meias à pessoa em questão (Morison et al., 2010).

Deverá ser marcada uma consulta de acompanhamento entre 6 a 12 meses após o encerramento da úlcera (Franks et al., 2016).

Parreira e Marques (2017) e Marston et al. (2016) referem também que as técnicas cirúrgicas e endovenosas, nomeadamente a ablação de veias superficiais incompetentes ou a obliteração de veias perfurantes periúlcera, através do laser, da radiofrequência ou da esclerose ecoguiada com espuma, diminui a ocorrência de recidivas e auxilia na cicatrização das úlceras. Este aspeto é também apoiado por Franks et al. (2016) que, tendo por base um estudo acerca dos efeitos da cirurgia e compressão na cicatrização e recorrência de úlceras de perna venosas, concluíram que a recidiva de úlceras em 12 meses é inferior nas pessoas tratadas cirurgicamente.

1.3.1 Conhecimentos e prática de terapia compressiva

Considerando que os conhecimentos e práticas em terapia compressiva são condicionados pela forma como o enfermeiro adquire e desenvolve as suas competências, tanto para cuidar da pessoa, de forma global, como para cuidar das manifestações de doença, como é o caso da úlcera de perna, começamos por nos focar na compreensão desse aspeto.

A aprendizagem e o desenvolvimento de competências do enfermeiro iniciam-se aquando da realização do curso de licenciatura em enfermagem, pelo que, segundo Rodrigues (2011) é de grande importância que as escolas, aquando da formação inicial, transmitam aos alunos "... as bases que lhe permitam agir numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida" (p. 24), para que invistam na sua autoformação mediante uma constante análise da sua prática. Ora, tendo em consideração que a formação no âmbito das feridas não está incluída em todos os planos curriculares dos cursos de Licenciatura em Enfermagem a nível nacional, sendo em algumas situações uma cadeira de opção, torna-se fulcral que o enfermeiro procure formar-se e capacitar-se para cuidar de pessoas com feridas.

Esta necessidade de formação contínua encontra-se contemplada no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, alínea c do artigo 88 (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril), que refere que o enfermeiro, com o intuito da excelência do exercício, assume o dever de "Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas" (pp.1755-1756). No mesmo sentido, no regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais encontra-se referido que, no âmbito da formação contínua, o enfermeiro

Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas; assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção e aperfeiçoamento das competências; atua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua; (...) [e] aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros (...). (Ordem dos Enfermeiros, 2012, pp. 23-24)

Assim, tal como expõe Rodrigues (2011), a formação contínua não é apenas uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional, mas um dever para com a profissão. Contudo, não apresentando um carácter obrigatório, o enfermeiro é autónomo na gestão do seu percurso formativo após a conclusão do curso de licenciatura em enfermagem.

Neste sentido, a formação do enfermeiro é constituída não só pela formação inicial, mas também por aquela que surge como forma de adaptação e aquisição de novas competências, face aos constantes progressos tecnológicos e científicos e às exigências, em termos de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados. Para tal, poderão contribuir diferentes tipos de formação ou educação, sendo que Eurydice (2011), citando Cedefop (2008), se refere à educação formal como atividades formativas realizadas em contexto organizado, que conduzem a diversos tipos de certificados; à

educação não formal como integradas em atividades planejadas, não explicitamente atividades de aprendizagem; e, à educação informal como resultante de atividades do cotidiano da pessoa, não sendo por isso estruturadas.

Por conseguinte, Rodrigues (2011) refere que no âmbito da formação contínua, é especialmente relevante para a mudança de comportamentos o confronto entre a teoria e a prática, sendo que a formação não se constrói pela acumulação de cursos e conhecimentos, mas pela reflexão crítica sobre as práticas e pela reconstrução da identidade pessoal. Deste modo, o enfermeiro procura

(...) respostas para as questões que surgem da sua prática, de diversas formas (que nem sempre correspondem a processos de formação formal), fazendo investigação científica, lendo artigos de revistas científicas, partilhando experiências com os seus pares, e assim se forma, ao seu ritmo e de acordo com a sua motivação, nas suas áreas de interesse. (pp. 20-21)

Da mesma forma, um estudo realizado por Sousa et al. (2016), com enfermeiros que cuidam de pessoas com úlcera de perna venosa, no âmbito dos CSP no Brasil, identificou que os conhecimentos dos enfermeiros são indissociáveis das suas práticas. Assim, na sua prática de cuidar da pessoa com úlcera venosa, o enfermeiro necessita de envolver conhecimento científico, a sua experiência clínica, em termos do saber fazer e do saber interpretar os dados colhidos, adaptando a prática à complexidade subjacente a um indivíduo com necessidades próprias. Os autores referem que a educação pode ajudar a desenvolver o raciocínio clínico, com recurso à discussão em pequenos grupos e à simulação, além da própria experiência. Estes referem também que a prática ajuda a consolidar os conhecimentos teóricos, na medida em que leva o enfermeiro a incorporar novo conhecimento e a (re)criar a sua maneira de cuidar, melhorando cada vez mais os seus conhecimentos e práticas, com base na prática reflexiva. Assim, os autores verificaram que quanto mais conhecimento sobre tratamento de feridas, mais conhecimento sobre úlceras venosas e melhores cuidados são prestados à pessoa com úlcera venosa.

No que respeita ao tratamento da úlcera de perna venosa em Portugal, este ainda se encontra assente no conhecimento empírico, contudo, torna-se essencial que as intervenções do enfermeiro sejam baseadas na evidência, sendo necessário a formação, a aquisição de aptidões e a implementação de boas práticas que provoquem mudanças nos comportamentos enraizados (Menoita, 2015).

Neste sentido, Martinho e Gaspar (2012) desenvolveram um estudo com 112 enfermeiros dos centros de saúde do distrito de Leiria, com o intuito de descrever as práticas e avaliar os conhecimentos em terapia compressiva dos enfermeiros, relacionando-os com a sua formação e experiência profissional. Apesar de a maioria dos enfermeiros cuidarem diariamente de utentes com úlcera de perna venosa, 38,74% refere não possuir qualquer formação em terapia compressiva, sendo que 29,73% refere possuir formação em serviço, 25,23% mencionam a aprendizagem com colega mais experiente, 18,92% a formação em congresso(s) e jornada(s) e 18,92% a autoformação. Assim, os autores verificaram que 54,95% não possuem formação ou apenas possuem formação informal (aprendizagem com colega mais experiente e/ou autoformação). No que concerne à avaliação do IPTB, 79,05% referiram não ter formação para a sua avaliação, 86,41% não possui equipamento para avaliar o IPTB e 92,31% não possui prática na sua avaliação.

Quando nos centramos nos conhecimentos em terapia compressiva, avaliados com recurso à Escala de Conhecimentos em Terapia Compressiva (ECTC) (que varia de 0 a 24), Martinho e Gaspar (2012) obtiveram uma pontuação média de conhecimentos de $8,97 \pm 4,21$, tendo apenas 28,57% dos enfermeiros acertado em mais de metade das questões. Os autores identificaram que os enfermeiros têm noção da efetividade da terapia compressiva, apresentando mais conhecimentos nas questões relativas ao diagnóstico da úlcera, à indicação de meias de compressão para prevenir recidivas e à técnica de aplicação das ligaduras. Contudo, verificaram que estes não têm conhecimento acerca da Lei de Laplace, da pertinência do correto almofadamento do membro, nem de outras indicações para a terapia compressiva.

Um estudo realizado no Brasil, por Hoelz (2015), com o objetivo de identificar o conhecimento dos enfermeiros no cuidado a pessoas com feridas, refere que os enfermeiros que atualizam os seus conhecimentos, apresentam melhor classificação relativamente às úlceras venosas e arteriais. A média de respostas certas a questões de úlceras venosas e arteriais foi de $48 \pm 26\%$.

No que respeita à prática de terapia compressiva, Martinho e Gaspar (2012) verificaram que apenas 25% dos enfermeiros a aplica, apresentando uma experiência média de aplicação de $2,13 \pm 1,3$ anos. Dos 28 enfermeiros que aplicam terapia compressiva, 14,29% referem possuir apenas formação informal. Neste âmbito, tendo por base uma escala de 1 a 5, correspondendo valores mais altos a melhores práticas, os autores identificaram que todas as questões apresentam valores médios iguais ou superiores a

3 (exceto a avaliação do IPTB durante a terapia compressiva) e que diversas práticas apresentam valores médios iguais ou superiores a 4. Deste modo, os autores constataram boas práticas na aplicação da terapia compressiva, sendo respeitadas as *guidelines* atuais e envolvidos os utentes no seu tratamento, através da realização de ensinamentos. Salientam, contudo, a pertinência da reavaliação do IPTB ao longo do tratamento com terapia compressiva; a necessidade de avaliar o IPTB para, juntamente com as características típicas, classificar a úlcera como venosa; a pertinência da aprendizagem da técnica de aplicação das ligaduras, de forma a evitar erros na sua aplicação; e a importância de referenciar a pessoa para observação por especialistas, nas situações recomendadas pelas *guidelines*.

Analisando outros estudos realizados em Portugal, relativamente às úlceras de perna e úlceras crónicas, podemos compreender que a avaliação do IPTB não é prática comum, sendo baixa a percentagem de aplicação de terapia compressiva.

Favas (2012) realizou um estudo, no distrito de Leiria, que envolveu 123 utentes que recorreram aos hospitais do distrito e 691 utentes nos CSP. Dos 413 utentes dos CSP com lesões nos membros inferiores, o IPTB foi avaliado em 3,9% (16) e dos 26 utentes dos Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD), apenas foi avaliado em 11,5% (3) dos utentes. A aplicação da terapia compressiva verificou-se em 6,1% (25) dos utentes nos CSP e em 37,5% (6) dos utentes nos CSD.

Num estudo realizado a nível nacional, Alves (2015) identificou uma prevalência de feridas de úlcera de perna de 0,7/1000 habitantes. Dos 836 utentes com úlcera de perna, o IPTB apenas foi avaliado em 9,8%. Relativamente à terapia compressiva, apenas foi implementada em 35,8% dos 524 utentes identificados com úlcera de etiologia venosa. Na realização da terapia compressiva, a ligadura elástica foi utilizada em 63,3% das vezes e a inelástica em 36,7%. Neste estudo, o autor apurou também que o tratamento das úlceras crónicas, entre as quais as úlceras de perna e de pressão, apresentam um custo médio de tratamento mais elevado que as restantes tipologias de lesão, rondando os 11,01€.

Por sua vez, Jesus (2014) e Prioste (2015) realizaram estudos parcelares acerca da prevalência e abordagem à pessoa com úlcera de perna em Centros de Saúde da Região Autónoma da Madeira. Jesus (2014) identificou uma prevalência de úlcera de perna de 1,39/1000 habitantes, sendo o diagnóstico da etiologia feito em 100% das situações com recurso à avaliação clínica e o IPTB avaliado em apenas 4,8% das situações. A terapia compressiva foi utilizada em apenas 5,5% das pessoas com úlcera

venosa, sendo a ligadura de curta tração a mais utilizada (66,7 %). Por sua vez, Prioste (2015) identificou uma prevalência de úlcera de perna de 1,57/1000 habitantes, sendo o diagnóstico realizado em 100% das situações com avaliação clínica e o IPTB avaliado em 14,3%. A terapia compressiva foi efetuada em 11,1% dos utentes.

Através da análise dos estudos supramencionados, constata-se que o diagnóstico da etiologia ainda não é corretamente realizado e que as práticas de terapia compressiva são baixas. Assim, tendo em conta que as *guidelines* são inequívocas relativamente aos benefícios e pertinência da implementação da terapia compressiva, torna-se fulcral compreender que obstáculos limitam os profissionais na sua implementação.

Pereira e Gaspar (2012), num estudo realizado com médicos e enfermeiros dos CSP da região de Leiria acerca das barreiras à implementação da terapia compressiva, identificaram, da mais relevante para a menos relevante,

(...) défice de formação; défice de recursos materiais e financeiros; ausência de normatização e protocolização de práticas; práticas inadequadas; excesso de carga de trabalho; recusa do cliente; resistência do profissional à mudança/novas práticas e falta de motivação e reconhecimento institucional do profissional (p.57).

Os autores verificaram também que os profissionais que não aplicavam terapia compressiva percecionavam mais as barreiras em geral. Por sua vez, os enfermeiros, comparativamente aos médicos, deram mais importância à recusa do doente, práticas inadequadas e défice de formação, sendo as diferenças estatisticamente significativas.

Por sua vez, Borges et al. (2017) referem ser diversos os motivos que levam à não aplicação da terapia compressiva às pessoas com úlcera venosa, nomeadamente a falta de conhecimento ou confiança, indisponibilidade de materiais, desconhecimento dos tipos de ligaduras e de meias de compressão disponíveis no mercado, ausência de serviços especializados e falta de adesão dos pacientes.

Deste modo, é imprescindível que sejam identificadas e colmatadas as barreiras que impeçam a aplicação da terapia compressiva. Sendo o défice de formação uma das principais barreiras identificadas, torna-se fundamental que o enfermeiro procure melhorar os seus conhecimentos, com vista a atuar com segurança e competência, promovendo a qualidade de vida da pessoa com úlcera de perna e a eficiência no cuidar (Menoita, 2015).

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo procuramos clarificar aspetos de natureza metodológica que orientaram o estudo, assim como as ações delineadas e assumidas pelo investigador, a fim de se alcançarem os objetivos definidos.

Estruturalmente inicia-se com a referência ao tipo de estudo, seguindo-se as questões de investigação e os objetivos, que nortearam o trabalho de investigação, bem como as hipóteses que foram testadas. Posteriormente, é feita alusão à população e amostra selecionada e são apresentadas as variáveis assim como o instrumento de colheita de dados. Por fim, serão tecidas considerações acerca dos procedimentos formais e éticos que pautaram todo o trabalho de investigação e é abordado o método de tratamento estatístico dos dados.

2.1 TIPO DE ESTUDO

O desenho do estudo da presente investigação é não-experimental e descritivo correlacional, na medida em que se pretende identificar, descrever e documentar os conhecimentos e práticas de terapia compressiva, procurando relacionar as variáveis em estudo (Fortin, 2009; Polit, Beck & Hungler, 2004). Assim, “este desenho permite explorar as relações entre variáveis a fim de conhecer as que estão associadas ao fenómeno em estudo” (Fortin, 2009, p.174).

Tendo por base o referido anteriormente, é perceptível que o estudo se enquadra num paradigma quantitativo, uma vez que se pretende, através da análise de variáveis e dados numéricos, compreender os conhecimentos e práticas de terapia compressiva dos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra e estabelecer relações entre variáveis (Fortin, 2009).

No que concerne à dimensão temporal da colheita de dados, o estudo é transversal, uma vez que os dados foram colhidos num só período de tempo, permitindo conhecer a realidade nesse período temporal, sem que haja um seguimento posterior dos inquiridos (Polit et al., 2004).

Em suma, trata-se de um estudo não-experimental, descritivo correlacional, num paradigma quantitativo, tendo por base uma análise transversal dos dados.

2.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

O desenvolvimento da presente investigação partiu da questão “Quais os conhecimentos e práticas de terapia compressiva dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários?”. Esta questão norteou tanto o enquadramento teórico, no sentido da procura pela melhor evidência científica para o tratamento das úlceras de perna e de compreender quais os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros relativamente às úlceras de perna; como o desenvolvimento metodológico, com vista a direcionar a investigação no sentido de lhe dar resposta.

Fortin (2009) refere que as questões de investigação “são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação (...) decorrendo diretamente do objetivo” (p.101). Assim, tendo por base a questão que norteou o estudo, foram definidas as seguintes questões orientadoras:

- Quais as características sociodemográficas, formativas e experiência dos enfermeiros que prestam cuidados às pessoas com úlceras de perna nos CSP do distrito de Coimbra?
- Que barreiras à implementação da terapia compressiva são percecionadas pelos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra?
- Quais os conhecimentos sobre terapia compressiva dos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra?
- Quais as práticas de terapia compressiva dos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra?
- Qual a relação existente entre a formação e a experiência em terapia compressiva e os conhecimentos e práticas em terapia compressiva dos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra?

2.3 OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

Os objetivos de uma investigação, de acordo com Fortin (2009), pretendem orientar a investigação, tendo por base os conhecimentos existentes acerca dessa temática. Deste modo, para auxiliar na procura de resposta à questão de partida foram definidos os seguintes objetivos:

- Caracterizar, em termos sociodemográficos, formação e experiência, os enfermeiros que prestam cuidados às pessoas com úlceras de perna venosas nos CSP do distrito de Coimbra;
- Identificar as barreiras à implementação da terapia compressiva percecionadas pelos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra;
- Identificar os conhecimentos sobre terapia compressiva dos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra;
- Conhecer as práticas de terapia compressiva dos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra;
- Descrever as relações entre a formação e experiência e os conhecimentos e as práticas em terapia compressiva dos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra.

2.4 HIPÓTESES

De acordo com Polit et al. (2004), as hipóteses constituem uma tentativa de previsão sobre a relação entre duas ou mais variáveis na população estudada. Elas apresentam uma predição ou explicação dos resultados esperados com o estudo (Fortin, 2009).

Assim, definiram-se as seguintes hipóteses:

- Os enfermeiros de CSP do distrito de Coimbra, que aplicam terapia compressiva, apresentam mais conhecimentos de terapia compressiva;
- Os enfermeiros de CSP do distrito de Coimbra com mais conhecimentos têm melhores práticas de terapia compressiva.

2.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é constituída por todos os casos que preenchem um determinado conjunto de critérios previamente definidos (Polit et al., 2004). Contudo, como essa população raramente é acessível ao investigador, é examinada a população acessível que geralmente é limitada a uma zona geográfica próxima, como acontece no presente estudo (Fortin, 2009). Neste caso, como não é possível incluir todos os enfermeiros de CSP que cuidam de pessoas com úlcera de perna, foi selecionada como população acessível os que exercem funções no distrito de Coimbra. Com o intuito de identificar quais são as unidades de CSP do distrito de Coimbra, foi feita uma pesquisa da qual resultou a tabela que se encontra no apêndice I.

Inicialmente definiu-se realizar uma amostragem não probabilística por redes ou em “bola de neve”, onde “o investigador encontra sujeitos que satisfazem os critérios escolhidos e pede-lhes que indiquem outras pessoas possuidoras de características similares” (Fortin, 2009, p.209). Deste modo, foram contactados enfermeiros de diferentes unidades de CSP, pertencentes à rede de contacto dos investigadores, aos quais foram explicados o estudo e os seus objetivos e foi solicitado o preenchimento e divulgação, por *e-mail*, do questionário *online*. Tendo em consideração o baixo número de respostas obtidas (12 respostas), optou-se por alterar o método de amostragem. Desta forma, foi realizada uma amostragem não probabilística acidental, sendo a amostra constituída por “... sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso” (Fortin, 2009, p. 208).

Por conseguinte, foi solicitado parecer à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro e, seguidamente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Pinhal Interior Norte e ao ACeS do Baixo Mondego, tendo sido, posteriormente, contactados pessoalmente os enfermeiros responsáveis pelas unidades pertencentes aos ACeS. Aos enfermeiros responsáveis foi explicado o estudo, os objetivos do mesmo e foi solicitado que entregassem aos enfermeiros dessa unidade, que cumprissem os critérios de inclusão, o consentimento informado e o questionário, solicitando o seu preenchimento.

Como critério de inclusão para constituição da amostra definiu-se os enfermeiros que cuidam de pessoas com úlcera de perna nos CSP do distrito de Coimbra. Como critérios de exclusão definiu-se enfermeiros que não cuidem de pessoas com úlcera de perna e enfermeiros que não exerçam nos CSP do distrito de Coimbra.

Relativamente ao tamanho da amostra, Fortin (2009) refere que depende de vários fatores, sendo que, deverá ser incluído o maior número possível de indivíduos, nos casos em que não é possível a realização da análise de potência do grupo.

Assim, a colheita de dados decorreu entre os dias 16 de junho de 2019 e 28 de outubro de 2019, tendo por base os diferentes momentos de obtenção das autorizações para a colheita de dados. A amostra é composta por 173 enfermeiros que cumprem os critérios de inclusão e que, após serem informados acerca dos objetivos do estudo, assinaram o consentimento informado e responderam voluntariamente ao instrumento de colheita de dados. É de mencionar que foram excluídos da amostra 4 enfermeiros por referirem que não prestam cuidados a pessoas com úlcera de perna (critério de exclusão) e 16 enfermeiros por não terem preenchido ou por terem respondido a menos de metade das questões da ECTC.

2.6 VARIÁVEIS

As variáveis são características mensuráveis de um fenómeno, que são a base da investigação. Deste modo, seguidamente encontram-se referidas as variáveis deste trabalho de investigação bem como a sua operacionalização.

Idade – Variável contínua intervalar, operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

Sexo – Variável discreta nominal, dicotómica, operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada cujas opções de resposta são masculino ou feminino.

Tempo de exercício profissional – Variável contínua de razão, operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

Tempo de exercício profissional nos CSP – Variável contínua de razão, operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

Experiência no tratamento de feridas crónicas – Variável contínua de razão, operacionalizada através da pergunta de resposta aberta “Há quanto tempo trabalha no tratamento de feridas crónicas?”.

Formação em feridas crónicas - Variável discreta nominal, operacionalizada através da pergunta de resposta fechada “Que formação possui na área das feridas crónicas” cujas

oito opções de resposta são: Nenhuma, Autoformação, Aprendeu com colega mais experiente, Formação em serviço, Congresso(s)/jornada(s), Workshop(s), Curso(s) e Pós-graduação.

Formação em Terapia Compressiva - Variável discreta nominal, operacionalizada através da pergunta de resposta fechada “Que formação possui sobre terapia compressiva” cujas oito opções de resposta são: Nenhuma, Autoformação, Aprendeu com colega mais experiente, Formação em serviço, Congresso(s)/jornada(s), Workshop(s), Curso(s) e Pós-graduação.

Última formação em Terapia Compressiva – Variável contínua de razão, operacionalizada através da pergunta de resposta aberta “Há quanto tempo realizou a última formação em terapia compressiva?”

Formação para avaliar o IPTB - Variável discreta nominal, dicotômica, operacionalizada através da pergunta de resposta fechada “Tem formação para avaliar o IPTB?” cujas opções de resposta são: sim e não.

Equipamento para avaliar o IPTB - Variável discreta nominal, dicotômica, operacionalizada através da pergunta de resposta fechada “Tem equipamento para avaliar o IPTB?” cujas opções de resposta são: sim e não.

Prática em avaliar o IPTB - Variável discreta nominal, dicotômica, operacionalizada através da pergunta de resposta fechada “Tem prática em avaliar o IPTB?” cujas opções de resposta são: sim e não.

Frequência de tratamento de Úlceras de Perna - Variável discreta de razão, operacionalizada através da pergunta de resposta aberta “Em média, com que regularidade trata de úlceras de perna (nº de dias/semana)?”

Aplicação de Terapia Compressiva – Variável discreta nominal, dicotômica, operacionalizada através da pergunta de resposta fechada “Aplica terapia compressiva?” cujas opções de resposta são: sim e não.

Experiência em Terapia Compressiva - Variável contínua intervalar, operacionalizada através da pergunta de resposta aberta “Se sim, há quanto tempo aplica terapia compressiva?”.

Regularidade de aplicação da Terapia Compressiva - Variável discreta de razão, operacionalizada através da pergunta de resposta aberta “Se sim, em média, com que regularidade aplica terapia compressiva (nº de dias/semana)?”

Fatores que justificam a não aplicação de Terapia Compressiva – Variável discreta nominal, operacionalizada através da pergunta de resposta aberta “Se não, que fatores o levam a não aplicar?” cujas opções de resposta são: Falta de material adequado, Excesso de trabalho, Déficit de formação, Recusa de doente e Outra.

Percepção de obstáculos à implementação de Terapia Compressiva - Variável discreta nominal, dicotômica, operacionalizada através da pergunta de resposta fechada “Sente obstáculos à implementação da terapia compressiva?” cujas opções de resposta são: sim e não.

Obstáculos à implementação de Terapia Compressiva - Variável discreta nominal, operacionalizada através da pergunta de resposta aberta “Se sim, que obstáculos?” cujas opções de resposta são: Déficit de recursos materiais e financeiros, Excesso de trabalho, Ausência de normas e protocolos que orientem as práticas, Déficit de formação, Não adesão dos pacientes e Outra.

Os conhecimentos sobre terapia compressiva são avaliados com recurso à ECTC que apresenta 24 questões de resposta fechada, cada uma constituída por 4 opções. Em cada questão apenas uma resposta é considerada certa, correspondendo a pontuação final ao número de respostas certas, que pode oscilar entre 0 e 24 pontos. Deste modo, pontuações mais elevadas correspondem a mais conhecimentos em terapia compressiva.

No que respeita às práticas de terapia compressiva, a variável é composta por 24 questões de resposta fechada. Cada questão apresenta cinco opções resposta (nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre), correspondendo à frequência com que cada ação é realizada. As questões são baseadas no instrumento de colheitas de dados elaborado por Martinho e Gaspar (2012), sendo pontuadas de 1 a 5, correspondendo o 1 à prática que nunca deve ser realizada e o 5 à prática a ser sempre realizada. Os itens 1, 4, 7, 8, 11, 12, 18, 19, 20 e 21 apresentam pontuações invertidas, pelo que para a análise global das práticas de terapia compressiva é necessário inverter as pontuações. Após este procedimento, podemos referir que as pontuações oscilam entre 24 e 120, conotando-se pontuações mais elevadas com uma maior adequação das práticas. É de referir que as questões relativas às práticas de terapia compressiva não se encontram validadas numa escala pelos autores Martinho e Gaspar (2012), contudo por estas estarem relacionadas com o descrito pela evidência científica como as melhores práticas, optou-se por as incluir no questionário aplicado.

2.7 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Fortin (2009) refere que o instrumento de colheita de dados permite que os conceitos sejam operacionalizados e os dados colhidos, com o intuito de dar resposta aos objetivos, às questões de investigação e às hipóteses.

Para a colheita de dados recorreu-se a um questionário, a ser consultado no apêndice II, que tem por base a revisão da literatura e um instrumento de colheita de dados, acerca dos conhecimentos e práticas em terapia compressiva, elaborado pelo enfermeiro Paulo Martinho e pelo professor Doutor Pedro Gaspar (Anexo I), a quem foi solicitada autorização para a sua utilização. É de referir que os autores mencionados construíram e validaram a ECTC, revelando-se pertinente a sua utilização na medida em que contempla as recomendações mais recentes em terapia compressiva.

O questionário é composto por três partes, que apresentam maioritariamente questões de resposta fechada, nas quais foram baseadas as variáveis operacionalizadas nesta investigação. Numa primeira parte, encontram-se questões relacionadas com a caracterização sociodemográfica, a formação e a experiência dos enfermeiros e a perceção de barreiras à implementação de terapia compressiva; na segunda parte, é apresentada a ECTC; por fim, a terceira parte é composta por questões acerca das práticas de terapia compressiva.

2.7.1 Pré-teste

Antes da aplicação do questionário aos enfermeiros da população acessível, foi realizado um pré-teste, em junho de 2018, com três enfermeiros que prestam cuidados a pessoas com úlcera de perna nos CSP num distrito diferente do definido para o estudo. Com a realização do pré-teste pretendeu-se identificar questões de difícil interpretação, que justificasse serem reformuladas, e compreender quanto tempo demoraria o preenchimento do questionário. Após a realização do pré-teste não houve necessidade de reformular questões, tendo sido introduzida a questão “Há quanto tempo realizou a última formação em terapia compressiva?”. Quanto ao tempo necessário para o preenchimento do questionário, verificou-se um dispêndio médio de 10 minutos, informação que foi acrescentada ao consentimento informado.

2.8 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Martins (2008) refere que as considerações éticas deverão ser tidas em conta desde a escolha do problema a investigar, que deverá permitir o avanço da ciência ou dar resposta a problemas da prática, acompanhando todo o processo do desenvolvimento da investigação.

Com o intuito de salvaguarda dos princípios éticos e morais subjacentes a um trabalho desta natureza, numa primeira fase, uma vez que o instrumento de colheita de dados elaborado tem por base um instrumento construído por outros autores, foi enviado um *e-mail* a solicitar autorização para a utilização do mesmo, a qual foi concedida (Anexo II). Este pedido de autorização pretende a salvaguarda “dos direitos de autor da totalidade ou partes desse instrumento” (Thompson, Melia e Boyd, 2004 referidos por Martins, 2008, p.65).

Posteriormente, foi solicitado o parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com o intuito de averiguar se o trabalho de investigação respeita os direitos humanos e os princípios éticos inerentes. O parecer foi favorável, conforme consta no Anexo III, pelo que se contactaram enfermeiros de diferentes unidades de CSP, pertencentes à rede de contacto dos investigadores, e se explicou o estudo e os seus objetivos e se solicitou o preenchimento e envio do questionário *online* para os seus colegas. Uma vez que o número de respostas obtidas por esta via foi reduzido, procedeu-se a uma alteração ao inicialmente projetado, tendo-se realizado pedidos de autorização, que em seguida descreveremos, a fim de ser possível a entrega presencial dos questionários nos CSP do distrito de Coimbra.

Deste modo, foi pedido parecer à Comissão de Ética para a Saúde da ARS do Centro, o qual foi favorável (Anexo IV), e ao ACeS do Pinhal Interior Norte e ao ACeS do Baixo Mondego que também deram parecer favorável, conforme consta em anexo V.

Por fim, o investigador deslocou-se a cada unidade de CSP e reuniu com os enfermeiros responsáveis pela mesma, onde foi explicado o trabalho de investigação, os seus objetivos e o instrumento de colheita de dados, tendo sido solicitada a sua colaboração no preenchimento e divulgação do questionário pelos enfermeiros dessa unidade. É de salientar que em várias unidades de CSP, o enfermeiro responsável aguardou pelo parecer interno do Conselho Técnico dessa unidade e só posteriormente divulgou o questionário aos colegas.

Martins (2008) refere que aquando da participação num estudo de investigação, é necessário garantir o consentimento livre e esclarecido dos participantes bem como a salvaguarda da sua privacidade, a confidencialidade dos dados e a garantia do anonimato. Deste modo, foi elaborado um consentimento informado que contempla a identificação do investigador e do estudo, os objetivos do estudo, o carácter voluntário da participação, a confidencialidade das respostas e a declaração, por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceita participar voluntariamente no estudo. No sentido de assegurar o consentimento informado e esclarecido, cada questionário entregue era precedido de uma página com o consentimento informado, onde constavam os contactos da investigadora, a fim de poderem ser esclarecidas eventuais dúvidas.

A confidencialidade e anonimato dos dados foram assegurados através da entrega de envelopes para cada questionário e de um envelope onde foram colocados os consentimentos daquela unidade de CSP. Além do referido, a análise e tratamento dos dados foram efetuados em grupo e nunca individualmente.

2.9 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

O método estatístico constitui um método científico de resolução de problemas que auxilia na análise e interpretação dos fenómenos observados, através do acompanhamento de todo o processo de investigação, permitindo retirar conclusões acerca de um grupo (Reis, 2002). De acordo com Fortin (2009), a escolha das ferramentas estatísticas a utilizar para dar resposta às questões de investigação exige um conhecimento das mesmas e uma adequação ao tipo de estudo, às variáveis e às questões formuladas.

Deste modo, a fim de organizar e sintetizar a informação colhida através do questionário, os dados obtidos foram introduzidos na base de dados do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 22 para o Windows. Esta ferramenta permitiu a realização da análise estatística dos dados. Em termos da análise descritiva, foram calculadas frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central nomeadamente a média aritmética, medidas de dispersão como o Desvio Padrão (DP), o mínimo e o máximo e foi realizada a análise do coeficiente de correlação de Pearson.

No âmbito da estatística inferencial, com o intuito de compreender se, para a análise de hipóteses, seriam usados testes paramétricos ou não paramétricos, foi avaliada a normalidade da amostra para os Conhecimentos em Terapia Compressiva e para as Práticas em Terapia Compressiva, através do teste de Kolmogorov-Smirnov. O teste revelou que os Conhecimentos em Terapia Compressiva não apresentam distribuição normal ($p=0,00$), enquanto que as Práticas em Terapia Compressiva têm distribuição normal ($p=0,11$). Deste modo, como não se verificou homogeneidade das variâncias aquando da análise das Práticas em Terapia Compressiva em função de outras variáveis, optou-se pelos testes não paramétricos, neste caso o U de Mann-Whitney. No contexto da estatística inferencial e da análise de hipóteses foi também utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson.

Para a análise da confiabilidade das Práticas em Terapia Compressiva foi analisado o alfa de Cronbach. O alfa de Cronbach ou alfa de coeficiente é um método de investigação que permite avaliar a consistência interna de um instrumento ou escala. Os índices de consistência interna variam de 0,00 a 1,00, sendo que “quanto mais alto o coeficiente de confiabilidade, mais exata (internamente consistente) é a medida” (Polit et al., 2004, p.290). Assim, caso o coeficiente de confiabilidade aumente com a exclusão de um item, pode inferir-se que esse item não era altamente correlacionado com os restantes itens da escala, podendo ser eliminado do instrumento. Alexandre, Gallasch, Lima e Rodrigues (2013) referem que a correlação média entre todos os itens deve ter um valor maior ou igual a 0,70, sendo valores entre 0,70 e 0,80 aceitáveis, entre 0,8 e 0,9 bons e acima de 0,9 excelentes.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

No presente capítulo são apresentados e analisados os resultados obtidos com o intuito de dar resposta às questões de investigação específicas que foram formuladas. A fim de se obter uma melhor compreensão e sistematização, serão apresentados e analisados os dados respeitantes a cada questão orientadora definida.

- Quais as características sociodemográficas, formativas e experiência dos enfermeiros que prestam cuidados às pessoas com úlceras de perna nos CSP do distrito de Coimbra?

Os enfermeiros incluídos neste estudo apresentam idade compreendida entre os 34 e os 63 anos, com uma média de $47,27 \pm 6,84$ anos, sendo 146 do sexo feminino (84,4%) e 27 do sexo masculino (15,6%).

No que respeita ao tempo de exercício profissional dos enfermeiros, estes apresentam um mínimo de 10 anos e um máximo de 46 anos, sendo a média de $23,82 \pm 6,43$ anos. Quando nos centramos especificamente no tempo de exercício profissional nos CSP, o mínimo é de 1 ano e o máximo de 38 anos, sendo a média de $17,47 \pm 8,66$ anos.

Quando nos focamos na experiência dos enfermeiros em tratar de pessoas com feridas crónicas, podemos perceber que a média é de $18,64 \pm 8,01$ anos, sendo o mínimo de 1 ano e o máximo de 37 anos.

No âmbito da formação em feridas crónicas, todos afirmam ter formação, sendo que 131 (75,7%) referem ter realizado formação em serviço, 106 (61,3%) afirmam ter tido formação em congresso(s) e/ou jornada(s), 96 (55,5%) dizem ter autoformação, 73 (42,2%) indicam ter aprendido com colega mais experiente, 65 (37,6%) referem ter realizado curso(s), 59 (34,1%) dizem ter participado em Workshop(s) e 1 (0,6%) menciona ter pós-graduação.

Na tabela 6 é feita a análise, com recurso ao teste Qui-Quadrado, das variáveis sexo e formação em feridas crónicas em função da aplicação de terapia compressiva.

			Aplica Terapia Compressiva	Não aplica Terapia Compressiva	X ²	gl	p
Sexo	Masculino		14 (51,9%)	13 (48,1%)	1,05	1	0,31
	Feminino		91 (62,3%)	55 (37,7%)			
Formação em Feridas Crônicas	Nenhuma	Sim	0	0	na	na	na
		Não	104 (60,5%)	68 (39,5%)			
	Autoformação	Sim	62 (64,6%)	34 (35,4%)	1,54	1	0,21
		Não	42 (55,3%)	34 (44,7%)			
	Aprendeu com colega mais experiente	Sim	51 (69,9%)	22 (30,1%)	4,45	1	0,04
		Não	54 (54,0%)	46 (46,0%)			
	Formação em Serviço	Sim	81 (61,8%)	50 (38,2%)	0,43	1	0,51
		Não	23 (56,1%)	18 (43,9%)			
	Congresso(s) / Jornada(s)	Sim	69 (65,1%)	37 (34,9%)	2,48	1	0,12
		Não	35 (53,0%)	31 (47,0%)			
	Workshop(s)	Sim	38 (64,4%)	21 (35,6%)	0,58	1	0,45
		Não	66 (58,4%)	47 (41,6%)			
	Curso(s)	Sim	46 (70,8%)	19 (29,2%)	4,64	1	0,03
		Não	58 (54,2%)	49 (45,8%)			
Pós- Graduação	Sim	1 (100,0%)	0 (0%)	na	na	na	
	Não	103 (60,2%)	68 (39,8%)				

na – não aplicável

Tabela 6: Análise da associação entre as variáveis Sexo e Formação em Feridas Crônicas e a variável Aplicação de Terapia Compressiva

Pela análise da tabela precedente, podemos concluir que, em relação à Formação em Feridas Crônicas, os profissionais que aprenderam com colega mais experiente ou que frequentaram curso(s) têm mais propensão a aplicar a Terapia Compressiva (69,9% e 70,8%, respetivamente). Não houve associação entre a aplicação de terapia compressiva e a autoformação, formação em serviço, congresso(s)/jornada(s) e Workshop(s) em feridas crônicas.

No que concerne à formação em terapia compressiva, 12 (6,9%) dos inquiridos refere não ter formação, 101 (58,4%) afirma ter realizado formação em serviço, 55 (31,8%) refere ter autoformação, 52 (30,1%) diz ter aprendido com colega mais experiente, 46 (26,6%) refere ter participado em Workshop(s), 42 (24,3%) menciona ter tido formação

em congressos e/ou jornadas, 38 (22%) afirma ter realizado cursos e 1 (0,6%) alega ter pós-graduação.

Os 131 enfermeiros que mencionam ter realizado formação em terapia compressiva referem tê-lo feito, pela última vez, no mínimo há 2 meses e no máximo há 240 meses, sendo a média de $62,86 \pm 43,75$ meses. Desta forma, realizando uma análise de associação entre a formação em terapia compressiva e a aplicação de terapia compressiva obtemos a seguinte tabela.

			Aplica Terapia Compressiva	Não aplica Terapia Compressiva	X ²	gl	p
Formação em Terapia Compressiva	Nenhuma	Sim	1 (8,3%)	11 (91,7%)	na	na	na
		Não	103 (64,4%)	57 (35,6%)			
	Autoformação	Sim	39 (70,9%)	16 (29,1%)	3,69	1	0,06
		Não	65 (55,6%)	52 (44,4%)			
	Aprendeu com colega mais experiente	Sim	39 (75,0%)	13 (25,0%)	6,59	1	0,01
		Não	65 (54,2%)	55 (45,8%)			
	Formação em Serviço	Sim	67 (66,5%)	34 (33,7 %)	3,53	1	0,06
		Não	37 (52,1%)	34 (47,9%)			
	Congresso(s) / Jornada(s)	Sim	33 (78,6%)	9 (21,4%)	7,62	1	0,01
		Não	71 (54,6%)	59 (45,4%)			
	Workshop(s)	Sim	32 (69,6%)	14 (30,4%)	2,18	1	0,14
		Não	72 (57,1%)	54 (42,9%)			
	Curso(s)	Sim	30 (78,9%)	8 (21,1%)	6,97	1	0,01
		Não	74 (55,2%)	60 (44,8%)			
Pós- Graduação	Sim	1 (100,0%)	0 (0%)	na	na	na	
	Não	103 (60,2%)	68 (39,8%)				

Tabela 7: Análise da associação entre a Formação em Terapia Compressiva e a Aplicação de Terapia Compressiva

Pela análise do teste do qui-quadrado de Pearson é possível inferir que, em relação à Formação em Terapia Compressiva, os profissionais que aprenderam com colega mais experiente, que frequentaram congresso(s)/jornada(s) sobre a temática ou que frequentaram curso(s) têm mais propensão a aplicar a Terapia Compressiva (75,0%, 78,6% e 78,9%, respetivamente). Por outro lado, a aplicação de terapia compressiva

não se associou à autoformação, formação em serviço e workshop(s), no âmbito da formação em terapia compressiva.

No que se refere à formação para avaliar o IPTB, 109 (63,0%) dos enfermeiros dizem possuir, sendo que 64 (37,0%) não apresentam formação para o avaliar. Quanto ao equipamento que permite a avaliação do IPTB, dos 172 enfermeiros que responderam à questão, 107 (62,2%) referem que o possuem enquanto 65 (37,8%) dizem não possuir equipamento. Por sua vez, dos 172 enfermeiros que responderam à questão de possuir prática em avaliar o IPTB, 63 (36,6%) afirmam que sim, enquanto que 109 (63,4%) referem não ter prática na sua avaliação. A tabela 8 apresenta a associação entre as referidas variáveis e a aplicação de terapia compressiva.

		Aplica Terapia Compressiva	Não aplica Terapia Compressiva	X ²	gl	p
Formação para avaliar IPTB	Sim	79 (72,5%)	30 (27,5%)	17,15	1	0,00
	Não	26 (40,6%)	38 (59,4%)			
Equipamento para avaliar o IPTB	Sim	74 (69,2%)	33 (30,8%)	7,84	1	0,01
	Não	31 (47,7%)	34 (52,3%)			
Prática em avaliar o IPTB	Sim	58 (92,1%)	5 (7,9%)	40,22	1	0,00
	Não	47 (43,1%)	62 (56,9%)			

Tabela 8: Análise da associação entre a Formação, Equipamento e Prática em avaliar IPTB e a Aplicação de Terapia Compressiva

Deste modo, podemos compreender que os enfermeiros que têm formação para avaliar o IPTB, os que têm equipamento para tal e os que possuem prática na sua avaliação são mais propensos, de forma estatisticamente significativa, a aplicar terapia compressiva (72,5%; 69,2% e 92,1%, respetivamente).

A regularidade de tratamento de úlceras de perna é referida, pelos 166 enfermeiros respondentes, com um mínimo de 0 dias por semana a um máximo de 7 dias por semana, com uma média de $3,34 \pm 1,46$ dias.

No que respeita às variáveis idade, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional em CSP, experiência no tratamento de feridas crónicas, última formação em terapia compressiva e frequência de tratamento de úlceras de perna, foi realizada a tabela 9 que mostra a existência (ou não) de diferenças estatisticamente significativas, com recurso ao teste U de Mann-Withney, para essas variáveis, em função da aplicação de terapia compressiva.

	Aplica Terapia Compressiva	N	Média	DP	U	p
Idade	Sim	103	47,33	7,16	3487,50	0,96
	Não	68	47,18	6,38		
Tempo de Exercício Profissional (anos)	Sim	105	24,07	6,91	3445,50	0,70
	Não	68	23,43	5,62		
Tempo de Exercício Profissional nos CSP (anos)	Sim	105	17,31	8,59	3363,50	0,63
	Não	67	17,70	8,82		
Experiência de Tratamento de Feridas Crônicas (anos)	Sim	102	18,73	8,04	3308,00	0,98
	Não	65	18,51	8,02		
Última Formação Terapia Compressiva (meses)	Sim	103	48,84	42,54	3187,00	0,32
	Não	68	47,12	52,58		
Frequência de Tratamento Úlceras Perna	Sim	102	3,56	1,40	2637,00	0,03
	Não	64	3,00	1,50		

Tabela 9: Análise da idade, experiência e tempo da última formação em terapia compressiva, em função da aplicação de terapia compressiva

Para as variáveis Idade, Tempo de Exercício Profissional, Tempo de Exercício Profissional nos CSP, Experiência no Tratamento de Feridas Crônicas e Última Formação em Terapia Compressiva não se verificou diferença estatística entre os enfermeiros que aplicam e os que não aplicam a terapia compressiva. Por outro lado, os enfermeiros que referem maior regularidade ($3,56 \pm 1,40$ dias por semana) no Tratamento Úlceras Perna aplicam mais a terapia compressiva ($U=2637,00$; $p= 0,03$).

Quanto à aplicação de terapia compressiva, 105 (60,7%) dos enfermeiros referem aplicar enquanto que 68 (39,3%) não aplicam. Dos que aplicam terapia compressiva, aplicam-na entre um mínimo de 0 dias por semana (nestes casos afirmam que, de momento, os utentes apresentam as úlceras cicatrizadas) a 5 dias por semana, com uma média de $2,12 \pm 1,20$ dias. Estes enfermeiros referem que aplicam terapia compressiva há uma média de $7,56 \pm 4,91$ anos, com um mínimo de 1 ano e o máximo de 30 anos. Por outro lado, dos enfermeiros que não aplicam terapia compressiva, 5 (7,5%) não indicaram o motivo que os leva a não aplicar, 40 (59,7%) afirmam ter défice de formação, 24 (35,8%) referem não o fazer por falta de material, 17 (25,4%) dizem não aplicar por recusa dos utentes, 13 (19,4%) mencionam outro motivo para a não aplicação e 1 (1,5%) alega ter excesso de trabalho. Os outros motivos enunciados foram: encaminhamento para colegas que aplicam terapia compressiva; atualmente os doentes com úlcera de perna venosa têm a lesão cicatrizada; falta de confiança na avaliação do IPTB e na aplicação da terapia compressiva; a terapia compressiva não

ser aplicável em todas as feridas crónicas; o doente referir dor; e, por falta de experiência.

- Que barreiras à implementação da terapia compressiva são percecionadas pelos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra?

No que respeita aos obstáculos à implementação da terapia compressiva, 120 (69,4%) enfermeiros referem senti-los, enquanto que 52 (30,1%) não sente obstáculos à sua implementação. Quando particularizamos os obstáculos que os enfermeiros sentem, 62 (51,2%) enunciam défice de recursos materiais e financeiros, 59 (48,8%) défice de formação, 56 (46,3%) não adesão dos doentes, 50 (41,3%) ausência de normas e protocolos que orientem as práticas, 16 (13,2%) excesso de trabalho e 12 (9,9%) dizem ser outro obstáculo. Os outros obstáculos referidos são: orientação hospitalar para não aplicar (6 inquiridos), falta de confiança e de experiência (3 inquiridos) e dificuldade em compreender se a condição de saúde do utente permite a aplicação da terapia compressiva (2 inquiridos). Na tabela 10 pretende-se compreender se há associação entre as barreiras à terapia compressiva sentidas e a aplicação da terapia compressiva.

		Aplica Terapia Compressiva	Não aplica Terapia Compressiva	X ²	gl	p
Perceção de obstáculos à implementação da Terapia compressiva		Sim	62 (51,7%)	14,69	1	0,00
		Não	43 (82,7%)			
Obstáculos sentidos	Défice de recursos	Sim	34 (54,8%)	0,39	1	0,53
		Não	29 (49,2%)			
	Excesso de Trabalho	Sim	9 (56,3%)	0,13	1	0,72
		Não	54 (51,4%)			
	Ausência protocolos que orientem as práticas	Sim	25 (50,0%)	0,15	1	0,70
		Não	38 (53,5%)			
	Défice de formação	Sim	24 (40,7%)	5,98	1	0,01
		Não	39 (62,9%)			
	Não adesão dos doentes	Sim	31 (55,4%)	0,45	1	0,50
		Não	32 (49,2%)			
	Outra	Sim	9 (75,0%)	na	na	na
		Não	54 (49,5%)			

Tabela 10: Análise da associação entre a perceção de obstáculos e os obstáculos sentidos à implementação da terapia compressiva e a Aplicação de Terapia Compressiva

No que respeita à perceção de barreiras à terapia compressiva, é possível inferir que a maioria dos enfermeiros que não percecionam obstáculos, aplica a terapia compressiva (82,7%). No que se refere aos obstáculos sentidos, não há diferença estatisticamente significativa entre os enfermeiros que aplicam e não aplicam para as variáveis: Défice de recursos; Excesso de Trabalho; Ausência de protocolos que orientem as práticas; e, Não adesão dos doentes. Apenas quanto ao défice de formação se verificou que quem não refere défice de formação, aplica mais a terapia compressiva (62,9%).

- Quais os conhecimentos sobre terapia compressiva dos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra?

Analisando a pontuação global na ECTC, constituída por 24 questões, o mínimo de respostas certas foi 5 (20,83%) e o máximo de 24. Em termos percentuais, a pontuação global da escala apresenta uma média de $54,70 \pm 14,87\%$. Dos inquiridos, 113 enfermeiros (65,3%) responderam adequadamente a, pelo menos, metade das questões da ECTC.

A tabela 11 apresenta as respostas corretas a cada questão da ECTC, assim como o número de enfermeiros que respondeu acertadamente e a percentagem correspondente.

ECTC, com resposta Certa	Número de respostas certas	% de respostas certas
1. Uma úlcera de perna superficial, de bordos irregulares, exsudativa, com fibrina e localizada no maléolo interno é: d) Por si só, não permite o diagnóstico	127	73,4%
2. O diagnóstico de úlcera venosa é possível a partir de: d) Todas as anteriores	152	87,9%
3. O IPTB consiste em: b) Dividir a pressão sistólica no tornozelo pela pressão sistólica no membro superior	128	74,0%
4. O IPTB, por si só, permite: a) Determinar se existe compromisso arterial	132	76,3%
5. Na avaliação do IPTB, devem ser pesquisadas no pé: d) Nenhuma das anteriores	50	28,9%
6. A terapia compressiva pode ser aplicada com segurança em doentes com IPTB: b) Superior a 0,8	71	41,0%
7. Um utente apresenta IPTB de 1,3. Assim: d) Provavelmente trata-se de um valor falso, que requer a realização de eco-doppler	58	33,5%
8. A avaliação do IPTB deve-se realizar: b) Antes e durante a terapia compressiva	81	46,8%
9. O tratamento da úlcera venosa com terapia compressiva: b) Está amplamente comprovada a sua efetividade	152	87,9%
10. A terapia compressiva facilita a cicatrização devido a: a) Redução do edema e do exsudado	62	35,8%
11. A terapia compressiva: c) Pode ser usada em patologias não venosas	12	6,9%
12. A eficácia do tratamento da úlcera venosa deve-se principalmente: b) À terapia compressiva	92	53,2%
13. As ligaduras de compressão devem ser colocadas: d) Todas as anteriores	134	77,5%
14. Na terapia compressiva, para a mesma tensão/força na aplicação da ligadura: b) A pressão sub-ligadura diminui com o aumento do diâmetro da perna	32	18,5%
15. Numa perna com formato normal, na colocação de uma ligadura compressiva deve-se: c) Manter constante a tensão da ligadura ao longo do membro	152	87,9%
16. Antes de aplicar as ligaduras compressivas, deve-se aplicar camada de almofadamento para: a) Adaptar a forma da perna	33	19,1%
17. As ligaduras de curta-tração ou não elásticas são usadas em doentes: c) Que deambulam regularmente	77	44,5%
18. A pressão sub-ligadura das ligaduras de longa-tração ou elásticas: a) Mantém-se constante	63	36,4%
19. Durante o repouso, a pressão é menor: b) Com ligaduras não elásticas	91	52,6%
20. As meias de compressão: d) Todas as anteriores	149	86,1%
21. A terapia compressiva não pode ser aplicada se: c) O doente possui insuficiência cardíaca descompensada	118	68,2%
22. Um dos riscos da terapia compressiva é: d) Todas as anteriores	96	55,5%
23. Durante a terapia compressiva, se surgirem estrias longitudinais no membro (efeito guttering), é sinal de: a) Redução do edema	90	52,0%
24. Em que situação se deve referenciar o utente em terapia compressiva para a cirurgia vascular: d) Todas as anteriores	114	65,9%

Tabela 11: ECTC, com o número e percentagem de respostas certas dos 173 enfermeiros

A análise da tabela 11 permite-nos identificar que as questões da ECTC que obtiveram maior número de respostas certas (mais de 73% dos enfermeiros a responder adequadamente) correspondem às questões relativas ao diagnóstico diferencial da úlcera de perna venosa (questões 1, 2, 3 e 4), à pertinência da terapia compressiva (questão 9), ao procedimento de aplicação das ligaduras (questões 13 e 15) e à aplicabilidade das meias de compressão (questão 20). Por sua vez, as questões com menor número de respostas corretas foram a 5, 11, 14 e 16, com menos de 29% dos enfermeiros a responder adequadamente.

- Quais as práticas de terapia compressiva dos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra?

Como já foi referido no enquadramento metodológico, as questões relativas às práticas apresentam questões com cotação invertida (1, 4, 7, 8, 11, 12, 18, 19, 20 e 21) pelo que, antes da análise das mesmas se procedeu à sua inversão, a fim de possibilitar a comparação global com as restantes questões.

Posteriormente, tendo em consideração que as práticas não se encontram validadas numa escala procedeu-se à análise do alfa de Cronbach.

A tabela que se segue diz respeito às práticas de terapia compressiva e apresenta a média da escala e a sua variância, se o item for excluído, a correlação de item total corrigida e o Alfa de Cronbach se o item for excluído, sendo o alfa de Cronbach para os 24 itens de 0,615. Há que referir que, apesar de 103 enfermeiros terem respondido às questões relativas às práticas, apenas 98 responderam a todos os itens, pelo que a confiabilidade foi avaliada com base nas respostas destes.

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1.Classifica uma úlcera como sendo venosa apenas através das suas características típicas (como a localização ou o aspeto)	90,70	54,60	0,369	0,581
2.Num doente com úlcera de perna, nos primeiros contactos, colhe uma história clínica	90,06	58,29	0,304	0,596
3.Num doente com úlcera de perna, nos primeiros contactos, procura que o IPTB seja avaliado	90,93	54,48	0,399	0,578
4.Aplica terapia compressiva antes de avaliado o IPTB	89,99	56,38	0,307	0,591
5.Certifica-se que o IPTB é avaliado durante a terapia compressiva	91,34	56,31	0,290	0,592
6.Perante uma úlcera venosa diagnosticada devidamente e não existindo contra-indicações, aplica terapia compressiva	90,23	56,33	0,346	0,587
7.Evita aplicar terapia compressiva a doentes acamados com úlcera venosa, mesmo que sem contra-indicações	91,50	65,33	-0,218	0,668
8.Aplica ligaduras não-elásticas/curta-tração a doentes com reduzida mobilidade	90,58	58,68	0,134	0,612
9.Aconselha meias de compressão para prevenir recidivas, após a cicatrização	89,51	59,14	0,364	0,597
10.Quando muda o penso, presta cuidados de higiene a todo o membro	89,62	60,61	0,138	0,610
11.Aplica a ligadura compressiva com sobreposição de camadas superior a 50%, na região dos gêmeos	91,63	67,47	-0,302	0,682
12.Ao aplicar a ligadura compressiva, diminui a força/tensão à medida que sobe no membro, para promover o retorno venoso	90,53	55,28	0,248	0,597
13.Aplica almofadamento de algodão ou espuma em toda a perna, antes de aplicar as ligaduras compressivas	89,64	59,49	0,184	0,606
14.Depois da primeira aplicação da terapia compressiva, volta a avaliar o doente após 24 horas	90,65	57,51	0,191	0,605
15.Informa e esclarece o doente acerca da importância e funcionamento da terapia compressiva	89,46	57,76	0,546	0,587
16.Realiza ensino de exercícios que facilitam o retorno venoso	89,77	56,72	0,470	0,583
17.Realiza ensino ao doente em terapia compressiva quanto aos sinais de má perfusão	89,52	58,67	0,284	0,598
18.Aconselha o doente a repousar e evitar a deambulação durante a terapia compressiva	89,96	56,31	0,309	0,591
19.Em doentes sob terapia compressiva, por semana, muda o penso três vezes ou mais	90,50	62,97	-0,103	0,636
20.Suspende a terapia compressiva quando surgem estrias longitudinais no membro (efeito guttering)	90,38	57,58	0,139	0,614
21.Aplica terapia compressiva em doentes com insuficiência cardíaca não compensada	89,53	59,88	0,182	0,607
22.Aplica terapia compressiva em doentes diabéticos, sem compromisso arterial e sem neuropatia	90,60	56,59	0,293	0,593
23.Referencia para a cirurgia vascular quando a úlcera não cicatriza ao fim de 12 meses	90,14	56,87	0,316	0,591
24.Referencia para a cirurgia vascular quando o IPTB é inferior a 0,8	90,14	53,77	0,438	0,572

Tabela 12: Análise da confiabilidade das 24 práticas, com recurso ao alfa de Cronbach

Pela análise dos valores obtidos optou-se por excluir as questões 7, 11 e 19, tendo melhorado o alfa de Cronbach para 0,752 para os 21 itens das práticas, não se justificando a exclusão de mais itens, como consta na tabela seguinte.

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1.Classifica uma úlcera como sendo venosa apenas através das suas características típicas (como a localização ou o aspeto)	81,69	63,35	0,394	0,735
2.Num doente com úlcera de perna, nos primeiros contactos, colhe uma história clínica	81,05	66,75	0,385	0,739
3.Num doente com úlcera de perna, nos primeiros contactos, procura que o IPTB seja avaliado	81,92	63,00	0,437	0,732
4.Aplica terapia compressiva antes de avaliado o IPTB	80,98	65,13	0,342	0,740
5.Certifica-se que o IPTB é avaliado durante a terapia compressiva	82,33	65,29	0,309	0,742
6.Perante uma úlcera venosa diagnosticada devidamente e não existindo contraindicações, aplica terapia compressiva	81,22	65,08	0,383	0,737
8.Aplica ligaduras não-elásticas/curta-tração a doentes com reduzida mobilidade	81,57	68,02	0,144	0,756
9.Aconselha meias de compressão para prevenir recidivas, após a cicatrização	80,50	68,07	0,430	0,740
10.Quando muda o penso, presta cuidados de higiene a todo o membro	80,61	69,62	0,195	0,749
12.Ao aplicar a ligadura compressiva, diminui a força/tensão à medida que sobe no membro, para promover o retorno venoso	81,52	64,89	0,233	0,752
13.Aplica almofadamento de algodão ou espuma em toda a perna, antes de aplicar as ligaduras compressivas	80,63	68,67	0,211	0,748
14.Depois da primeira aplicação da terapia compressiva, volta a avaliar o doente após 24 horas	81,64	65,80	0,252	0,748
15.Informa e esclarece o doente acerca da importância e funcionamento da terapia compressiva	80,45	66,91	0,573	0,735
16.Realiza ensino de exercícios que facilitam o retorno venoso	80,76	65,47	0,520	0,732
17.Realiza ensino ao doente em terapia compressiva quanto aos sinais de má perfusão	80,51	67,55	0,333	0,742
18.Aconselha o doente a repousar e evitar a deambulação durante a terapia compressiva	80,95	65,45	0,319	0,741
20.Suspende a terapia compressiva quando surgem estrias longitudinais no membro (efeito guttering)	81,37	67,08	0,138	0,761
21.Aplica terapia compressiva em doentes com insuficiência cardíaca não compensada	80,52	68,40	0,274	0,745
22.Aplica terapia compressiva em doentes diabéticos, sem compromisso arterial e sem neuropatia	81,59	65,73	0,305	0,743
23.Referencia para a cirurgia vascular quando a úlcera não cicatriza ao fim de 12 meses	81,13	66,05	0,327	0,741
24.Referencia para a cirurgia vascular quando o IPTB é inferior a 0,8	81,13	62,92	0,436	0,732

Tabela 13: Análise da confiabilidade das 21 práticas, com recurso ao alfa de Cronbach

A análise das práticas é possível com recurso à tabela 14, onde são apresentadas o N para cada uma (visto que houve 5 enfermeiros que não responderam à totalidade das práticas), a média e o DP.

	N	Média	DP
1.Classifica uma úlcera como sendo venosa apenas através das suas características típicas (como a localização ou o aspeto)	104	3,51	1,17
2.Num doente com úlcera de perna, nos primeiros contactos, colhe uma história clínica	104	4,15	0,75
3.Num doente com úlcera de perna, nos primeiros contactos, procura que o IPTB seja avaliado	103	3,26	1,11
4.Aplica terapia compressiva antes de avaliado o IPTB	103	4,26	1,04
5.Certifica-se que o IPTB é avaliado durante a terapia compressiva	104	2,89	1,14
6.Perante uma úlcera venosa diagnosticada devidamente e não existindo contra-indicações, aplica terapia compressiva	104	3,94	0,99
8.Aplica ligaduras não-elásticas/curta-tração a doentes com reduzida mobilidade	100	3,60	1,16
9.Aconselha meias de compressão para prevenir recidivas, após a cicatrização	104	4,69	0,54
10.Quando muda o penso, presta cuidados de higiene a todo o membro	103	4,60	0,62
12.Ao aplicar a ligadura compressiva, diminui a força/tensão à medida que sobe no membro, para promover o retorno venoso	103	3,68	1,39
13.Aplica almofadamento de algodão ou espuma em toda a perna, antes de aplicar as ligaduras compressivas	104	4,57	0,81
14.Depois da primeira aplicação da terapia compressiva, volta a avaliar o doente após 24 horas	104	3,56	1,17
15.Informa e esclarece o doente acerca da importância e funcionamento da terapia compressiva	104	4,75	0,54
16.Realiza ensino de exercícios que facilitam o retorno venoso	104	4,45	0,72
17.Realiza ensino ao doente em terapia compressiva quanto aos sinais de má perfusão	103	4,71	0,71
18.Aconselha o doente a repousar e evitar a deambulação durante a terapia compressiva	104	4,26	1,04
20.Suspende a terapia compressiva quando surgem estrias longitudinais no membro (efeito guttering)	103	3,83	1,37
21.Aplica terapia compressiva em doentes com insuficiência cardíaca não compensada	104	4,70	0,68
22.Aplica terapia compressiva em doentes diabéticos, sem compromisso arterial e sem neuropatia	104	3,61	1,05
23.Referencia para a cirurgia vascular quando a úlcera não cicatriza ao fim de 12 meses	104	4,07	0,95
24.Referencia para a cirurgia vascular quando o IPTB é inferior a 0,8	102	4,10	1,12

Tabela 14: Análise das práticas em terapia compressiva

A análise de cada uma das 21 práticas faz denotar que os enfermeiros, que aplicam terapia compressiva, apresentam boas práticas, uma vez que 12 práticas apresentam valores médios acima dos 4 pontos e os restantes situam-se entre os 3,26 e 4,00, exceto a prática “Certifica-se que o IPTB é avaliado durante a terapia compressiva”.

De forma global, os 104 enfermeiros que aplicam terapia compressiva, e responderam às práticas em terapia compressiva, apresentam uma pontuação média de $80,71 \pm 8,43\%$, sendo o mínimo de 55% e o máximo de 95%.

- Qual a relação existente entre a formação e a experiência em terapia compressiva e os conhecimentos e práticas em terapia compressiva dos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra?

Nesta questão de investigação, optou-se por referir apenas a análise associada aos conhecimentos e práticas, uma vez que foi analisada, aquando da primeira questão, a associação entre a formação e a experiência.

Com o intuito de compreender que relação tem a aplicação (ou não) da terapia compressiva nos conhecimentos dos enfermeiros, foi realizada a tabela 15.

	Aplica Terapia Compressiva	N	Média	DP	U	p
ECTC (em percentagem)	Sim	105	57,18	13,64	2488,00	0,00
	Não	68	50,86	15,94		

Tabela 15: Análise da ECTC em função da aplicação de terapia compressiva

Desta forma, podemos compreender que os enfermeiros que, na ECTC, demonstram mais Conhecimentos ($57,18 \pm 13,64\%$) são os que aplicam a terapia compressiva ($U=2488,00$; $p=0,00$). Esta análise permite confirmar a hipótese “Os enfermeiros de CSP do distrito de Coimbra, que aplicam terapia compressiva, apresentam mais conhecimentos de terapia compressiva”.

Deste modo, importa compreender que outros aspetos estão relacionados com o aumento dos conhecimentos em terapia compressiva e com a melhoria das práticas. Assim, apresenta-se em seguida uma tabela com os valores na ECTC em função do sexo, da formação em terapia compressiva, da formação, equipamento e prática para avaliar o IPTB e da perceção de obstáculos à implementação da terapia compressiva.

			N	Média	DP	U	P	
ECTC (%)	Sexo	Feminino	146	54,91	15,18	1901,50	0,77	
		Masculino	27	53,55	13,26			
	Formação em Terapia Compressiva	Nenhuma	Sim	12	39,93	8,60	329,50	0,00
			Não	160	55,68	14,63		
		Autoformação	Sim	55	58,33	16,10	2504,00	0,02
			Não	117	52,81	13,93		
		Aprendeu com colega mais experiente	Sim	52	57,77	15,59	2557,00	0,06
			Não	120	53,19	14,34		
		Formação em Serviço	Sim	101	55,45	14,76	3301,00	0,37
			Não	71	53,35	14,95		
		Congresso(s) / Jornada(s)	Sim	42	55,16	15,75	2686,00	0,88
			Não	130	54,39	14,59		
	Workshop(s)	Sim	46	57,97	16,12	2501,00	0,17	
		Não	126	53,34	14,20			
	Curso(s)	Sim	38	58,22	17,90	2120,50	0,12	
		Não	134	53,55	14,71			
	Pós-Graduação	Sim	1	62,50	---	48,50	0,45	
		Não	171	54,53	14,86			
	Formação para avaliar IPTB	Sim	109	59,17	14,39	1787,00	0,00	
		Não	64	47,07	12,46			
	Equipamento para avaliar o IPTB	Sim	107	56,15	14,35	2789,00	0,03	
		Não	65	52,24	15,61			
	Prática em avaliar o IPTB	Sim	63	58,47	12,20	2522,00	0,00	
		Não	109	52,68	15,86			
	Perceção de obstáculos à implementação da Terapia compressiva	Sim	120	54,51	16,40	2892,50	0,45	
		Não	52	55,21	10,85			
	Obstáculos sentidos	Défice de recursos	Sim	62	57,06	17,28	1483,00	0,07
			Não	59	51,62	15,00		
		Excesso de Trabalho	Sim	16	61,72	19,67	591,00	0,06
			Não	105	53,29	15,62		
		Ausência protocolos que orientem as práticas	Sim	50	54,25	16,53	1724,00	0,79
			Não	71	54,52	16,38		
Défice de formação		Sim	59	50,78	14,69	1382,50	0,02	
		Não	62	57,86	17,24			
Não adesão dos doentes		Sim	56	55,06	16,59	1760,00	0,75	
		Não	65	53,85	16,29			
Outra	Sim	12	55,21	17,42	648,00	0,96		
	Não	109	54,32	16,33				

Tabela 16: Análise da pontuação da ECTC em função do sexo, da formação em terapia compressiva, da formação, equipamento e prática para avaliar o IPTB e da perceção de obstáculos à implementação da terapia compressiva

Pela análise da tabela 16 podemos observar que relativamente aos conhecimentos não há diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo, à aprendizagem sobre terapia compressiva com colega mais experiente, à formação em serviço, congresso(s)/Jornada(s), Workshop(s) e Curso(s) sobre terapia compressiva, à realização de pós-graduação e à percepção de obstáculos à implementação de terapia compressiva. Contudo, verificou-se que os enfermeiros que não possuem formação em terapia compressiva apresentam menos conhecimentos (pontuação média na ECTC $39,93 \pm 8,60\%$), sendo a diferença estatisticamente significativa ($U=329,50$; $p=0,00$). Por sua vez, os enfermeiros que apresentam autoformação revelam mais conhecimentos que os que não a apresentam (pontuação média na ECTC $58,33 \pm 16,10\%$), sendo a diferença estatisticamente significativa ($U=2504,00$; $p=0,02$). Foram também identificadas diferenças estatisticamente significativas relacionadas com o IPTB, assim os enfermeiros revelaram mais conhecimentos quando têm formação para avaliar o IPTB (pontuação na ECTC de $59,17 \pm 14,39\%$; $U=1787,00$; $p=0,00$), quando têm equipamento (pontuação na ECTC de $56,15 \pm 14,35\%$; $U=2789,00$; $p=0,03$) e quando possuem prática na sua avaliação (pontuação na ECTC de $58,47 \pm 12,20\%$; $U=2522,00$; $p=0,00$).

No que respeita aos obstáculos sentidos à implementação da terapia compressiva, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos quanto à percepção de: défice de recursos materiais e financeiros, excesso de trabalho, ausência de protocolos que orientem as práticas, não adesão dos doentes e outras. Por sua vez, verificou-se, de forma estatisticamente significativa, que os enfermeiros que não sentem défice de formação, apresentam mais conhecimentos ($57,86 \pm 17,24\%$; $U=1382,50$; $p=0,02$).

Quanto às práticas, os resultados são apresentados na tabela 17.

			N	Média	DP	U	P	
Práticas em Terapia Compressiva para os 21 itens (%)	Sexo	Feminino	91	80,74	8,21	583,50	0,94	
		Masculino	13	80,51	10,20			
	Formação em Terapia Compressiva	Nenhuma	Sim	1	94,29	---	2,00	0,10
			Não	102	80,55	8,40		
		Autoformação	Sim	39	81,66	7,35	1173,50	0,61
			Não	64	80,09	9,08		
		Aprendeu com colega mais experiente	Sim	39	80,12	9,12	1201,00	0,75
			Não	64	81,03	8,09		
		Formação em Serviço	Sim	65	81,35	7,91	1086,00	0,31
			Não	38	79,55	9,33		
		Congresso(s) / Jornada(s)	Sim	32	80,54	9,27	1128,00	0,95
			Não	71	80,75	8,14		
		Workshop(s)	Sim	32	80,30	8,97	1118,00	0,90
			Não	71	80,86	8,29		
		Curso(s)	Sim	30	82,38	7,05	954,00	0,31
			Não	73	79,99	8,93		
		Pós-Graduação	Sim	1	91,43	---	8,50	0,15
			Não	102	80,58	8,44		
		Formação para avaliar IPTB	Sim	79	81,93	6,97	687,50	0,02
			Não	25	76,88	11,26		
	Equipamento para avaliar o IPTB	Sim	75	80,99	7,28	1054,50	0,81	
		Não	29	80,00	10,98			
	Prática em avaliar o IPTB	Sim	59	82,71	7,05	892,50	0,00	
		Não	45	78,09	9,40			
	Perceção de obstáculos à implementação da Terapia compressiva	Sim	60	79,70	8,73	1120,00	0,19	
		Não	44	82,10	7,89			
	Obstáculos sentidos	Défice de recursos	Sim	33	79,57	8,97	445,50	0,81
			Não	28	79,83	8,43		
		Excesso de Trabalho	Sim	9	81,38	8,85	193,00	0,40
			Não	52	79,40	8,67		
		Ausência protocolos que orientem as práticas	Sim	24	75,36	8,57	231,50	0,00
			Não	37	82,50	7,57		
Défice de formação		Sim	23	76,07	9,85	286,00	0,02	
		Não	38	81,88	7,12			
Não adesão dos doentes		Sim	31	79,88	7,92	462,50	0,97	
		Não	30	79,49	9,49			
Outra		Sim	8	82,26	5,58	172,50	0,40	
		Não	53	79,30	9,00			

Tabela 17: Análise da pontuação das práticas em função do sexo, da formação em terapia compressiva, da formação, equipamento e prática para avaliar o IPTB e da perceção de obstáculos à implementação da terapia compressiva

Assim, podemos verificar que, no que respeita às práticas, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis: sexo, formação em terapia compressiva, equipamento para avaliar o IPTB e percepção de obstáculos à implementação de terapia compressiva. Contudo, verificou-se melhores práticas, sendo a diferença estatisticamente significativa, nos enfermeiros que têm formação para avaliar o IPTB ($81,93 \pm 6,97\%$; $U=687,50$; $p=0,02$) e quando possuem prática na sua avaliação ($82,71 \pm 7,05\%$; $U=892,50$; $p=0,00$). No que respeita aos obstáculos sentidos, verificou-se que quem não sente défice de formação apresenta melhores práticas ($81,88 \pm 7,12\%$; $U=286,00$; $p=0,02$) e que quem não refere sentir ausência de protocolos que orientem as práticas, apresenta melhores práticas ($82,50 \pm 7,57\%$; $U=231,50$; $p=0,00$).

A tabela que se segue diz respeito à realização do teste de correlação de Pearson entre a ECTC e as práticas em terapia compressiva (com 21 itens), com as variáveis: tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional em CSP, experiência de tratamento de feridas crónicas, última formação em terapia compressiva, frequência de tratamento de úlceras de perna, experiência em terapia compressiva e regularidade de aplicação da terapia compressiva.

		ECTC	Práticas em Terapia Compressiva
Tempo de Exercício Profissional (anos)	Correlação de Pearson (r)	-0,11	-0,02
	p	0,14	0,87
Tempo de Exercício Profissional nos CSP (anos)	Correlação de Pearson (r)	-0,09	-0,07
	p	0,24	0,48
Experiência de Tratamento de Feridas Crónicas (anos)	Correlação de Pearson (r)	-0,12	-0,23
	p	0,13	0,02
Última Formação em Terapia Compressiva (meses)	Correlação de Pearson (r)	0,10	0,12
	p	0,22	0,23
Frequência de Tratamento de Úlceras de Perna	Correlação de Pearson (r)	0,04	-0,06
	p	0,64	0,55
Experiência em Terapia Compressiva	Correlação de Pearson (r)	-0,10	0,09
	p	0,34	0,37
Regularidade de Aplicação da Terapia Compressiva	Correlação de Pearson (r)	0,00	0,01
	p	0,98	0,96

Tabela 18: Análise dos conhecimentos e das práticas em terapia compressiva em função da experiência e formação em terapia compressiva

Através da análise da tabela 18 conseguimos perceber que não há relação estatisticamente significativa entre os conhecimentos em terapia compressiva (ECTC) e: os anos de experiência profissional global e nos CSP, a experiência de tratamento de feridas crônicas, a última formação em terapia compressiva, a frequência de tratamento de úlceras de perna, a experiência em terapia compressiva e a regularidade de aplicação da terapia compressiva. O mesmo se verificou na relação com as práticas em terapia compressiva (21 itens), exceto no que respeita à experiência de tratamento de feridas crônicas. Para analisar a relação entre as práticas em terapia compressiva (21 itens) e o tempo de experiência no tratamento de feridas crônicas elaborou-se o gráfico que está na figura 4.

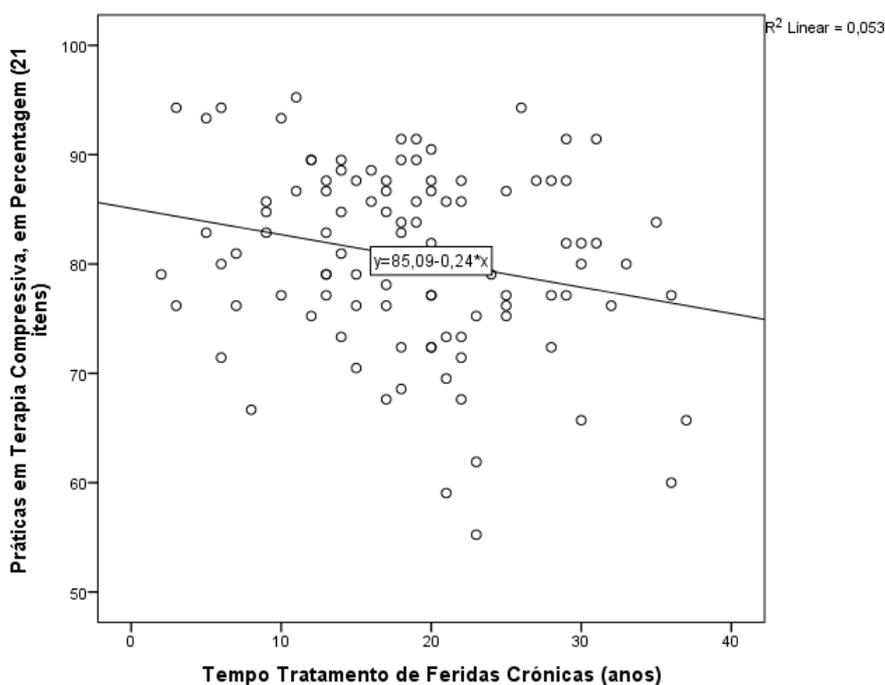


Figura 4: Gráfico da Correlação de Pearson entre as Práticas em Terapia Compressiva (21itens, em percentagem) e o tempo de tratamento de feridas crônicas

Analisando no gráfico a relação entre as práticas e os anos de experiência no tratamento de feridas crônicas, verifica-se uma ligeira relação negativa ($R^2=0,053$). Tal confirma que não são os anos de tratamento de feridas crônicas que dão origem a melhores práticas em terapia compressiva.

No que respeita aos conhecimentos e práticas em terapia compressiva foi realizado o gráfico que se encontra na figura 5, com vista a compreender de que forma estão correlacionados.

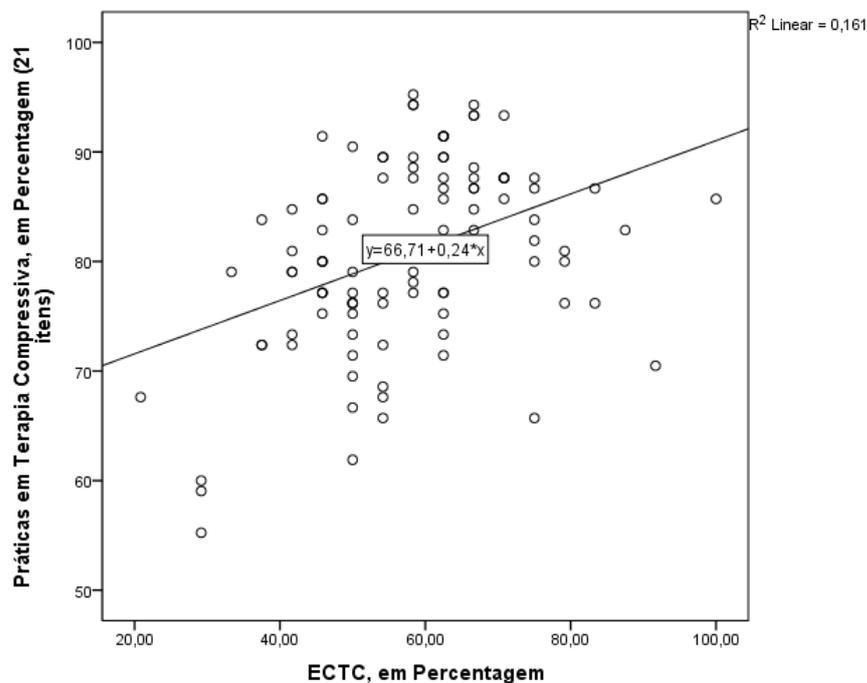


Figura 5: Gráfico da Correlação de Pearson entre as Práticas (21itens, em Percentagem) e a ECTC (em Percentagem)

No teste da hipótese de que mais conhecimentos sobre terapia compressiva influenciam melhores práticas, aplicou-se o teste de correlação de Pearson (correlação linear simples) e verificou-se que existe uma correlação positiva e significativa ($y=66,71 + 0,24x$) entre os conhecimentos e as práticas em terapia compressiva com os 21 itens ($R^2=0,161$; $p=0,00$). Desta forma, confirma-se a hipótese “Os enfermeiros de CSP do distrito de Coimbra com mais conhecimentos têm melhores práticas de terapia compressiva”.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados não tem sentido se não estiver incluída numa discussão na qual o investigador lhe dá significado. Deste modo, no presente capítulo, é estabelecida uma comparação entre os resultados do presente estudo com outros trabalhos de investigação, tendo por base o enquadramento teórico (Fortin, 2009).

- Quais as características sociodemográficas, formativas e experiência dos enfermeiros que prestam cuidados às pessoas com úlceras de perna nos CSP do distrito de Coimbra?

No âmbito da formação em feridas crónicas todos afirmam possuir formação, sendo as mais referidas a formação em serviço (75,7%), a participação em congressos ou jornadas (61,3%), a autoformação (55,5%) e a aprendizagem com colega mais experiente (42,2%). Há a realçar que os profissionais que aprenderam com colega mais experiente ou que frequentaram um curso têm mais propensão a aplicar a Terapia Compressiva, o que vai de encontro com o referido por Sousa et al. (2016), que verificou uma associação positiva entre conhecimento sobre tratamento de feridas e melhores cuidados prestados à pessoa com úlcera venosa.

Quando a formação é em terapia compressiva, 6,9% refere não possuir formação. As modalidades de formação mais frequente são a formação em serviço (58,4%), seguida da autoformação (31,8%), aprendizagem com colega mais experiente (30,1%), participação em Workshop(s) (26,6%) e participação em congresso(s) e/ou jornada(s) (24,3%). Os resultados encontrados revelam, comparativamente com o estudo de Martinho e Gaspar (2012), que os profissionais têm demonstrado preocupação em formar-se em terapia compressiva, uma vez que estes identificaram 38,74% de enfermeiros que não possuíam qualquer formação. Esta melhoria percentual da formação pode ser justificada pelo facto de os enfermeiros, neste estudo, referirem que a última formação realizada neste âmbito foi há média de $62,86 \pm 43,75$ meses, correspondendo a um período após o estudo de Martinho e Gaspar. Quanto aos tipos de formação mais frequentes, os resultados são semelhantes, embora se tenham verificado valores superiores em termos percentuais.

Em termos das implicações da formação em terapia compressiva na sua aplicação, foi possível identificar que os profissionais que aprenderam com colega mais experiente ou que frequentaram congresso(s)/jornada(s) ou curso(s) sobre a temática, têm mais propensão a aplicar. Assim, é possível compreender que tanto aspetos da aprendizagem formal como da informal são relevantes da decisão do enfermeiro em aplicar a terapia compressiva. Por outro lado, também se verifica que quanto mais frequentemente os profissionais cuidam de pessoas com úlcera de perna, mais aplicam terapia compressiva, demonstrando que o contacto com doentes e as suas necessidades levam os enfermeiros instruir-se e a implementar melhores práticas.

No que respeita à formação para avaliar o IPTB, 63% dos enfermeiros referem possuir, sendo que 62,2% afirmam ter equipamento para o avaliar. Contudo, apenas 36,6% dos inquiridos diz ter prática na avaliação do IPTB, apesar de cuidarem de pessoas com úlcera de perna uma média de $3,34 \pm 1,46$ dias por semana. Estes dados, juntamente com o facto de, nos enfermeiros que aplicam terapia compressiva, 24,8% não ter formação e 44,8% não ter prática na avaliação do IPTB revelam-se preocupantes, uma vez que se recomenda a avaliação do IPTB em todos os doentes com úlcera de perna (Dogra & Sarangal, 2014; Menoita, 2015; NGC, 2014) e é considerada obrigatória a sua avaliação antes de iniciar a terapia compressiva (Morison et al., 2010). Apesar de não estarmos a contabilizar a quantos utentes com úlcera de perna foi avaliado o IPTB, podemos compreender que, se apenas 36,6% dos enfermeiros tem prática na sua avaliação, a percentagem de utentes aos quais ele é avaliado estará longe do ideal. Este aspeto vai de encontro com o estudo de Alves (2015), onde o IPTB foi avaliado a 9,8% dos utentes com úlcera de perna a nível nacional e, no caso dos utentes com úlcera de perna nos CSP, 11,5% no estudo de Favas (2012), 4,8% no de Jesus (2014) e 14,3% no de Prioste (2015).

Apesar do referido, verifica-se uma melhoria substancial relativamente aos resultados encontrados por Martinho e Gaspar (2012), onde 79,05% dos enfermeiros não possuía formação para avaliar o IPTB, 86,41% não possuía equipamento para a sua avaliação e 92,31% não tinha prática na avaliação do IPTB. Torna-se, pois, fundamental investir na formação, equipamento e treino prático para avaliar o IPTB, na medida em que este se relaciona com uma maior propensão para a aplicação da terapia compressiva.

A aplicação da terapia compressiva é realizada por 60,7% (105 enfermeiros), aplicando uma média de $2,12 \pm 1,20$ dias por semana, há uma média de $7,56 \pm 4,91$ anos. Os resultados encontrados são superiores aos do estudo de Martinho e Gaspar (2012),

onde apenas 25% aplicava terapia compressiva, há uma média de $2,13 \pm 1,3$ anos. Em termos de utentes com úlcera de perna venosa a quem foi aplicada a terapia compressiva, Favas (2012) verificou que era aplicada em 6,1% dos utentes, Jesus (2014) a 5,5%, Prioste (2015) a 11,1% e Alves (2015) a 35,8% dos 524 utentes elegíveis. Apesar de o estudo de Alves, realizado a nível nacional, apresentar uma percentagem superior de utentes a quem foi aplicada a terapia compressiva, não se pode inferir que isso se deve ao aumento de enfermeiros a aplicar a terapia compressiva, embora possa haver uma influência positiva nesse aspeto. Todavia, o aumento de enfermeiros que aplicam terapia compressiva, identificado neste estudo, confirma a sua preocupação na melhoria dos cuidados prestados à pessoa com úlcera de perna venosa, tendo por base a evidência científica.

- Que barreiras à implementação da terapia compressiva são percecionadas pelos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra?

As barreiras à implementação da terapia compressiva são sentidas por 120 enfermeiros (69,4%), sendo que 62 deles aplicam terapia compressiva. Os obstáculos mais sentidos são o défice de recursos materiais e financeiros (51,2%), o défice de formação (48,8%), a não adesão dos doentes (46,3%), a ausência de normas e protocolos que orientem as práticas (41,3%) e o excesso de trabalho (13,2%). Por sua vez, os enfermeiros que não aplicam terapia compressiva referem que os principais motivos de não o fazerem são o défice de formação (59,7%), a falta de material (35,8%), a recusa dos utentes (25,4%) e outros motivos (19,4%), nomeadamente a falta de confiança e experiência e o encaminhamento para colegas experientes. Apesar de tanto os enfermeiros que aplicam terapia compressiva, como os que não aplicam, sentirem barreiras à sua implementação, verificou-se de forma estatisticamente significativa que, quem não refere défice de formação, aplica mais a terapia compressiva.

Os dados referidos vão de encontro com os identificados por Pereira e Gaspar (2012), que serviu de base à seleção das opções de resposta para o questionário. Contudo, em termos de hierarquização, os autores referem o défice de formação, seguido do défice de recursos materiais e financeiros, a ausência de normatização e protocolização de práticas, as práticas inadequadas, o excesso de carga de trabalho e a recusa do cliente. Pela análise podemos perceber que tanto o défice de formação como o défice de recursos materiais e financeiros são as principais barreiras sentidas, de forma global e

naqueles que não aplicam terapia compressiva. Contudo, é possível denotar um maior destaque dado à recusa dos utentes, comparativamente com Pereira e Gaspar (2012). Este aspeto poderá justificar-se por um achado que estes fizeram no seu estudo, que comparava a perceção de médicos e enfermeiros, sendo que os enfermeiros valorizavam mais a recusa do doente, as práticas inadequadas e o défice de formação. Por outro lado, os autores referem que quem não aplica terapia compressiva sente mais barreiras, aspeto que vai de encontro com o identificado no presente estudo, onde os enfermeiros que não percecionam obstáculos à implementação da terapia compressiva, aplicam-na mais.

- Quais os conhecimentos sobre terapia compressiva dos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra?

No que respeita à pontuação global na ECTC, foi obtida uma média de $13,13 \pm 3,57$ que, em termos percentuais, corresponde a $54,70 \pm 14,87\%$, sendo que 65,3% dos enfermeiros responderam adequadamente a, pelo menos, metade das questões da ECTC. Os resultados obtidos evidenciam um aumento dos conhecimentos dos enfermeiros, comparativamente ao estudo de Martinho e Gaspar (2012), onde a média de pontuações na ECTC foi de $8,97 \pm 4,21$, com apenas 28,57% a acertar mais de metade das questões.

As questões da ECTC que obtiveram maior número de respostas certas foram as questões 1, 2, 3, 4, 9, 13, 15 e 20. Este resultado vai de encontro com os obtidos por Martinho e Gaspar (2012), exceto a questão 3, onde os autores da ECTC identificaram apenas 45% de respostas certas e, nesta amostra, 74% dos enfermeiros demonstraram saber como calcular o IPTB. Estes resultados demonstram que os enfermeiros estão conscientes das recomendações das *guidelines*, no que respeita à efetividade da terapia compressiva no tratamento da úlcera de perna venosa; ao diagnóstico da úlcera e ao procedimento de aplicação das ligaduras de compressão, revelando saber calcular o IPTB. Apesar do mencionado, e de 53,2% dos enfermeiros referirem que “A eficácia do tratamento da úlcera venosa deve-se principalmente: à terapia compressiva”, 41% ainda considera que o efeito terapêutico da terapia compressiva na cicatrização da úlcera é semelhante ao do material de penso, ao contrário do que se encontra amplamente comprovado (O’Meara et al., 2012; Parreira & Marques, 2017).

A avaliação do IPTB é considerada fulcral para, juntamente com os dados colhidos acerca da história da pessoa, se tomar uma decisão relativamente à aplicação da terapia compressiva. Apesar do referido, apenas 41% dos enfermeiros mencionaram como segura a aplicação da mesma com IPTB superior a 0,8 (como referem Dogra & Sarangal, 2014 e Menoita, 2015), havendo ainda 42,2% dos enfermeiros a considerar que só é segura a aplicação com IPTB igual ou superior a 1. Estes dados são relevantes na medida em que fazem com que os profissionais não apliquem terapia compressiva aos utentes com IPTB compreendido entre 0,8 e 1, privando-os dos benefícios da mesma. Outro aspeto relacionado com a avaliação do IPTB, e com a segurança do utente e do profissional, é a necessidade de avaliá-lo antes e durante a terapia compressiva (referido por 46,8% dos enfermeiros, na questão 8), sendo que 47,4% dos enfermeiros refere só ser necessário avaliar antes da implementação da terapia compressiva. Neste sentido, Parreira e Marques (2017) afirmam que o IPTB deve ser avaliado a cada 6 meses, quando IPTB compreendido entre 1 e 1,3, e a cada 3 meses, quando IPTB se encontra entre 0,8 e 1. Este deve também reavaliar-se quando não há redução da úlcera após 4 a 6 semanas ou não cicatriza após 12 semanas de tratamento ideal, quando há alterações da temperatura ou cor do pé, aumento repentino da dor ou aumento do tamanho da úlcera (Borges et al., 2017; Dogra e Sarangal, 2014).

Por outro lado, as questões da ECTC com menor número de respostas certas foram: “Na avaliação do IPTB, devem ser pesquisadas no pé: Nenhuma das anteriores”, uma vez que deve ser avaliada a artéria tibial posterior ou a peronial e a pediosa (28,9% de respostas certas); “A terapia compressiva: Pode ser usada em patologias não venosas” (6,9% de respostas certas); “Na terapia compressiva, para a mesma tensão/força na aplicação da ligadura: A pressão sub-ligadura diminui com o aumento do diâmetro da perna” (18,5% de respostas certas); e “Antes de aplicar as ligaduras compressivas, deve-se aplicar camada de almofadamento para: adaptar a forma da perna” (19,1% de respostas certas). O baixo número de respostas certas a estas questões vai de encontro com os achados de Martinho e Gaspar (2012), sendo, contudo, a percentagem de respostas certas no presente estudo ligeiramente superior, exceto na questão 5, onde há um aumento de 6,25% para 28,9%.

A questão 5, onde 28,9% dos enfermeiros responderam adequadamente, é uma questão mais específica da avaliação do IPTB, que se torna mais complexa para os 37% de enfermeiros que não têm formação para avaliar o IPTB e os 63,4% que não tem prática na sua avaliação. O facto de 46,8% dos enfermeiros ter selecionado que no

cálculo do IPTB deve ser pesquisado no pé a artéria tibial anterior e pediosa, em detrimento da opção certa, pode também estar associado ao facto de os enfermeiros desconhecerem que deverão palpar dois pulsos no pé, não escolhendo dois que façam parte da mesma artéria (Parreira & Marques, 2017).

Quanto à questão 11, mais focada na abrangência da aplicação da terapia compressiva, muitos enfermeiros associam-na exclusivamente às úlceras venosas, desconhecendo a sua pertinência em patologias não venosas, como o linfedema (Todd, 2011).

A questão 14 é também de grande importância na forma como se entende o efeito da terapia compressiva. Apesar de 87,9% dos enfermeiros (questão 15) referir que se deve manter a tensão da ligadura ao longo do membro, apenas 18,5% percebe que, com base na lei de Laplace, mantendo uma tensão e sobreposição constantes a pressão diminui à medida que nos aproximamos do joelho, dando-se o fenómeno designado de compressão graduada (Menoita, 2015; Todd, 2011). Assim, o enfermeiro, ao entender a Lei de Laplace, compreende de que forma a terapia compressiva permite o retorno venoso e percebe que, se pretendemos pressões adequadas a nível da bomba gemelar, vamos ter pressões superiores a nível distal, levando à necessidade de proteger as zonas suscetíveis de desenvolver úlceras de pressão.

No que se refere à questão 16, apenas 19,1% dos enfermeiros responderam adequadamente à pertinência do almofadamento na adaptação da perna em forma de cone invertido, além de ajudar na absorção de exsudato e proteção das proeminências ósseas e zonas sujeitas à fricção (dorso do pé, tendão de aquiles, maléolos e zona tibial) (Menoita, 2015; Parreira & Marques, 2017). Analisando as outras opções de resposta, 3,5% dos enfermeiros responderam que o almofadamento permite criar variações de pressão sub-ligadura (aspeto que, como referido anteriormente, está associado à Lei de Laplace), 22,5% assinalou “Proteção das zonas de maior pressão (zona dos gémeos)” e 54,3% assinalaram todas as anteriores, tendo um enfermeiro assinalado a opção correta e a terceira opção (resposta que foi considerada inválida). Ora, pela análise das respostas poderá associar-se o número de respostas incorretas não apenas à incompreensão da pertinência da adaptação do formato da perna, como eventualmente ao desconhecimento de quais são as zonas de maior pressão (pela Lei de Laplace a zona mais distal do membro), onde há também mais zonas suscetíveis de desenvolver úlceras de pressão.

- Quais as práticas de terapia compressiva dos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra?

A análise das 21 práticas faz denotar que os enfermeiros que aplicam terapia compressiva apresentam boas práticas, uma vez que 12 práticas apresentam valores médios acima dos 4 pontos e os restantes situam-se entre os 3,26 e 4,00, exceto a prática “Certifica-se que o IPTB é avaliado durante a terapia compressiva”. Estes resultados vão de encontro, embora com resultados que evidenciam melhoria das práticas, com o estudo de Martinho e Gaspar (2012), que identificaram valores médios iguais ou superiores a 3 em todas as práticas, exceto na prática 5, sendo que várias apresentavam valores médios acima de 4.

As práticas cujos resultados foram superiores, indicando que a globalidade dos enfermeiros as aplica, foram as relacionadas com os ensinamentos realizados ao doente (“Aconselha meias de compressão para prevenir recidivas, após a cicatrização”; “Informa e esclarece o doente acerca da importância e funcionamento da terapia compressiva”; “Realiza ensino de exercícios que facilitam o retorno venoso”; “Realiza ensino ao doente em terapia compressiva quanto aos sinais de má perfusão”; “Aconselha o doente a repousar e evitar a deambulação durante a terapia compressiva”). Os ensinamentos realizados são essenciais para o envolvimento da pessoa no seu tratamento e, conseqüentemente, na adesão do utente à terapia compressiva, tanto durante o tratamento, como após a cicatrização, na prevenção de recidivas (Menoita, 2015; Morison et al., 2010). Paralelamente eles são essenciais para a eficácia da terapia, na medida em que dão ferramentas à pessoa para potenciar o seu efeito, por exemplo através do exercício, ao mesmo tempo que a capacitam a agir em caso de sinais de alarme como a isquémia (Borges et al., 2017; Dogra & Sarangal, 2014; Parreira & Marques, 2017). Neste contexto, Martinho e Gaspar (2012) identificaram resultados semelhantes, não tendo identificado uma pontuação média tão elevada no item 18, que é uma questão cuja cotação é invertida.

Os enfermeiros revelaram também boas práticas, com valores médios acima de 4, nas questões “Num doente com úlcera de perna, nos primeiros contactos, colhe uma história clínica” e “Aplica terapia compressiva antes de avaliado o IPTB”, relacionadas com a avaliação do doente. A avaliação do IPTB é referida por Morison et al. (2010) como obrigatória antes de iniciar terapia compressiva, sendo um dos elementos relevantes na colheita de dados e elaboração da história clínica do doente. Neste sentido, deverá colher-se precocemente informação relevante acerca da pessoa, das suas patologias,

terapêutica, hábitos, estado nutricional e exames laboratoriais, a fim de adequar as intervenções e corrigir fatores que possam condicionar a cicatrização da úlcera (Borges et al., 2017; Dogra & Sarangal, 2014; NGC, 2014). Comparativamente com o estudo de Martinho e Gaspar (2012), o item 2 também apresentou boas pontuações, porém verifica-se uma melhoria das práticas no item 4, demonstrando que os enfermeiros procuram cada vez mais avaliar o IPTB antes da aplicação da terapia compressiva.

No domínio dos cuidados à perna com úlcera, verificaram-se melhores práticas nas questões “Quando muda o penso, presta cuidados de higiene a todo o membro” e “Aplica almofadamento de algodão ou espuma em toda a perna, antes de aplicar as ligaduras compressivas”, também referidas por Martinho e Gaspar (2012). Neste sentido, os enfermeiros demonstram conhecer os princípios básicos associados à limpeza das feridas, que deve ser realizado a todo o membro com uma solução neutra, não tóxica e não irritante, de modo a remover o tecido desvitalizado da úlcera e a lavar a área circundante (NGC, 2014; Parreira & Marques, 2017). Do mesmo modo, reconhecem a pertinência do almofadamento antes da aplicação das ligaduras compressivas, permitindo não só adaptar o formato da perna, mas também absorver exsudato e proteger as proeminências ósseas e zonas sujeitas à fricção (Menoita, 2015; Parreira & Marques, 2017).

Por fim, foram também identificadas ótimas práticas no que respeita à questão “Aplica terapia compressiva em doentes com insuficiência cardíaca não compensada” (questão com cotação invertida) e às questões “Referencia para a cirurgia vascular quando a úlcera não cicatriza ao fim de 12 meses” e “Referencia para a cirurgia vascular quando o IPTB é inferior a 0,8”. Este aspeto evidencia que os enfermeiros reconhecem a insuficiência cardíaca descompensada como uma contraindicação para a implementação da terapia compressiva (Valenzuela et al., 2017) e compreendem as situações que requerem ajuda diferenciada (Menoita, 2015; Wounds international, 2013). Os resultados, relativamente aos de Martinho e Gaspar (2012), demonstram melhores práticas no que respeita à referenciação dos utentes que necessitam de avaliação pela cirurgia vascular.

No que respeita à prática “Certifica-se que o IPTB é avaliado durante a terapia compressiva”, esta apresentou uma média de $2,89 \pm 1,14$ sendo, por isso, a menos pontuada, seguindo-se a prática “Num doente com úlcera de perna, nos primeiros contactos, procura que o IPTB seja avaliado” (média $3,26 \pm 1,11$). Assim, podemos compreender que a avaliação do IPTB, aquando dos primeiros contactos com a pessoa

e de forma regular, conforme recomendam as *guidelines*, são ainda dificuldades sentidas pelos profissionais.

No que respeita à técnica de aplicação das ligaduras, a Wounds International (2013) refere ser um erro frequente que “Ao aplicar a ligadura compressiva, diminui a força/tensão à medida que sobe no membro, para promover o retorno venoso”, contudo os enfermeiros apresentaram um valor médio de $3,68 \pm 1,39$, indicando práticas adequadas neste sentido, e um conhecimento das implicações da Lei de Laplace.

Apesar das melhorias das práticas em terapia compressiva, relativamente ao estudo de Martinho e Gaspar (2012), há que realçar que no item “Perante uma úlcera venosa diagnosticada devidamente e não existindo contra-indicações, aplica terapia compressiva” a média é de $3,94 \pm 0,99$, sendo que estes identificaram uma média de $4,15 \pm 0,97$. Tendo em consideração que os enfermeiros apresentam, de forma global, $80,71 \pm 8,43\%$ nas práticas de terapia compressiva, o valor do item 6 pode não estar só associado à vontade do profissional em aplicar a terapia compressiva, mas também a eventuais barreiras que não dependam exclusivamente de si.

- Qual a relação existente entre a formação e a experiência em terapia compressiva e os conhecimentos e práticas em terapia compressiva dos enfermeiros dos CSP do distrito de Coimbra?

Através da realização do teste não paramétrico U de Mann-Whitney verificámos que os enfermeiros que, na ECTC, demonstram mais Conhecimentos ($57,18 \pm 13,64\%$) são os que aplicam a terapia compressiva ($U=2488,00$; $p=0,00$). Este resultado está de acordo com o de Martinho e Gaspar (2012), que referem mais conhecimentos na ECTC nos enfermeiros que aplicam terapia compressiva, sendo a diferença estatisticamente significativa.

Por outro lado, no que respeita à influência dos diferentes tipos de formação em terapia compressiva nos conhecimentos (ECTC), não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas exceto para a autoformação. Neste caso, são relatados mais conhecimentos ($58,33 \pm 16,10\%$; $U=2504,00$; $p=0,02$) nos enfermeiros que têm autoformação, sendo que quem não possui formação em terapia compressiva apresenta menos conhecimentos ($39,93 \pm 8,60\%$; $U=329,50$; $p=0,00$). Paralelamente verificou-se que os enfermeiros que não sentem como obstáculo o défice de formação, apresentam mais conhecimentos ($57,86 \pm 17,24$; $U=1382,50$; $p=0,02$). Estes dados revelam que,

efetivamente, possuir algum tipo de formação contribui para mais conhecimentos em terapia compressiva, sendo que a vontade do enfermeiro em aprofundar ou consolidar os seus conhecimentos, com recurso à autoformação, demonstra ser um elemento preponderante em termos de formativos. Este resultado vai de encontro com o identificado por Hoelz (2015), que revela que os enfermeiros que atualizam os seus conhecimentos, apresentam melhor classificação relativamente às úlceras venosas e arteriais; e com o estudo de Martinho e Gaspar (2012), que identificaram que quem não tem formação em terapia compressiva, tem menos conhecimentos nessa temática. Contrariamente aos resultados identificados, onde a autoformação contribui para o aumento dos conhecimentos na ECTC, Martinho e Gaspar (2012) identificaram mais conhecimentos para quem possui formação formal (predominantemente a formação em serviço e a pós-graduação em viabilidade tecedular) comparativamente com a informal (autoformação e formação com colega mais experiente).

Ainda em termos formativos, há a realçar que os enfermeiros que não sentem como obstáculos o défice de formação e a ausência de protocolos que orientem as práticas apresentam melhores práticas ($81,88 \pm 7,12\%$; $U=286,00$; $p=0,02$ e $82,50 \pm 7,57\%$; $U=231,50$; $p=0,00$, respetivamente). Este aspeto faz denotar que os enfermeiros que sentem ter lacunas formativas ou de normas que os orientem, efetivamente apresentam mais dificuldade em prestar cuidados mais adequados, tendo por base o referido nas *guidelines*.

Outro aspeto essencial, tanto para os conhecimentos como para as práticas está relacionado com a avaliação do IPTB. Deste modo, identificaram-se mais conhecimentos em quem possui formação para o avaliar ($59,17 \pm 14,39\%$; $U=1787,00$; $p=0,00$), quando têm equipamento ($56,15 \pm 14,35\%$, $U=2789,00$; $p=0,03$) ou quando possuem prática na sua avaliação ($58,47 \pm 12,20\%$, $U=2522,00$; $p=0,00$). Por sua vez, para melhores práticas contribui a formação para avaliar o IPTB ($81,93 \pm 6,97\%$, $U=687,50$; $p=0,02$) ou a prática na sua avaliação ($82,71 \pm 7,05\%$, $U=892,50$; $p=0,00$). Estes resultados poderão dever-se ao facto de os enfermeiros procurarem aprofundar os seus conhecimentos e a sua prática, no sentido de prestarem cuidados de elevada qualidade e seguros para o utente, sendo a avaliação do IPTB essencial na tomada de decisão (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2012).

Por outro lado, não se verificou relação estatisticamente significativa entre os conhecimentos em terapia compressiva e os anos de experiência profissional global e nos CSP, a experiência de tratamento de feridas crónicas, a última formação em terapia

compressiva, a frequência de tratamento de úlceras de perna, a experiência em terapia compressiva e a regularidade de aplicação da terapia compressiva. O mesmo se verificou na relação com as práticas (21 itens), exceto no que respeita à experiência de tratamento de feridas crónicas, onde se verificou uma ligeira relação negativa ($R^2=0,053$). Deste modo, podemos inferir que quanto mais anos de experiência no tratamento de feridas crónicas, menor a pontuação nas práticas em terapia compressiva. Esta situação pode dever-se ao facto de os enfermeiros, com mais experiência no tratamento de feridas crónicas, não atualizarem regularmente a sua prática ou estarem mais renitentes à mudança, comparativamente com os que, por terem menos experiência, procuram integrar na prática conhecimentos mais recentes.

Com recurso ao teste de correlação de Pearson foi possível associar de forma significativa, o aumento dos conhecimentos na ECTC com melhores práticas em terapia compressiva ($R^2=0,161$; $p=0,00$). Este resultado vai de encontro com os de Sousa et al. (2016), que referem que mais conhecimentos sobre tratamento de feridas, estão associados a mais conhecimento sobre úlceras venosas e a melhores cuidados à pessoa com úlcera venosa. Ora se, como vimos anteriormente, os enfermeiros que aplicam terapia compressiva apresentam mais conhecimentos na ECTC e mais conhecimentos estão associados a melhores práticas, podemos perceber que, os conhecimentos dos enfermeiros são indissociáveis das suas práticas (Sousa et al., 2016).

CONCLUSÃO

A Enfermagem é uma ciência humana prática, onde a competência do enfermeiro no exercício da prática profissional assenta “num corpo de conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada” (Diário da República nº79, 2015, p.10088). Deste modo, o enfermeiro deve agir, integrando na sua tomada de decisão a melhor evidência disponível, a perícia clínica, as preferências e valores dos doentes e o conhecimento relevante do contexto de cuidados (Melnyk & Fineout-Overholt, 2015).

No contexto deste trabalho de investigação, a evidência científica produzida a nível internacional recomenda a implementação da terapia compressiva no tratamento das úlceras venosas. Esta constitui uma medida custo-eficiente no tratamento destas lesões, permitindo uma mais célere cicatrização e a melhoria da qualidade de vida dos seus portadores. Apesar do referido constata-se que, a nível nacional, ela não é amplamente implementada. Deste modo, este estudo pretendeu realizar um diagnóstico dos conhecimentos e práticas em terapia compressiva dos enfermeiros dos CSP, bem como da perceção de barreiras à implementação da terapia compressiva. Para tal, foi definida a seguinte questão de investigação norteadora “Quais os conhecimentos e práticas de terapia compressiva dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários?” e quatro objetivos, aos quais foi dada resposta ao longo da dissertação.

Os resultados obtidos permitiram concluir que os enfermeiros com mais conhecimentos em terapia compressiva apresentam melhores práticas de terapia compressiva. Neste sentido, identificou-se que 60,7% dos enfermeiros aplica terapia compressiva, sendo desenvolvidas boas práticas na sua aplicação. Os resultados indicam que na origem de melhores práticas está a procura do aperfeiçoamento profissional, com recurso à formação, e não os anos de experiência no tratamento de feridas crónicas. Neste contexto, os enfermeiros que aplicam terapia compressiva apresentam mais conhecimentos sobre a temática, sendo também relatados mais conhecimentos nos enfermeiros que referem ter autoformação.

Em termos de formação e experiência, verificou-se que a formação e a prática em avaliar o IPTB contribuem significativamente para a decisão de aplicar terapia

compressiva, assim como para melhores conhecimentos e melhores práticas de terapia compressiva.

Apesar da evidência de boas práticas na aplicação da terapia compressiva, os conhecimentos dos enfermeiros acerca da temática rondam os 55%, verificando-se menos conhecimentos em quem não possui formação sobre a temática.

As barreiras à implementação da terapia compressiva são sentidas por 69,4% dos enfermeiros, em especial o défice de recursos materiais e financeiros, o défice de formação e a não adesão dos doentes. Há a realçar que os enfermeiros que não sentem como barreira o défice de formação, apresentam mais conhecimentos e melhores práticas.

Face aos resultados apresentados consideramos que foram alcançados os objetivos propostos, acreditando que o aumento dos enfermeiros a aplicar terapia compressiva denota uma preocupação dos mesmos em prestar cuidados de qualidade aos doentes, tendo por base a evidência científica. Contudo, poderá ser potenciado o aumento dos conhecimentos e práticas de terapia compressiva com recurso à formação, essencialmente à relacionada com a formação e prática em avaliar o IPTB.

Apesar de se terem alcançado os objetivos definidos, importa refletir acerca das dificuldades e limitações encontradas ao longo do percurso de investigação. Deste modo, a principal dificuldade relacionou-se com a acessibilidade à amostra, requerendo que fosse alterado o método de amostragem após o início da colheita de dados. Essa alteração implicou a realização de pedidos de autorização à ARS e aos ACeS e a necessidade de deslocação a cada unidade de CSP, com a morosidade e custos subjacentes a esse processo, o que influenciou no cumprimento atempado das diferentes etapas de investigação. Concomitantemente, pode referir-se que a manutenção de toda a atividade profissional durante o desenvolvimento do estudo, condicionou a disponibilidade para a realização do mesmo. Outra limitação sentida relaciona-se com o facto de a amostra não poder ser considerada representativa da população, pelo que seria necessária uma amostra mais representativa, englobando eventualmente outros locais do país, a fim de se poder generalizar os resultados. Do ponto de vista bibliográfico, a existência de poucos estudos nacionais desenvolvidos nesta área do conhecimento, condicionaram o suporte teórico do trabalho e, como tal, a discussão do mesmo. Em termos das práticas em terapia compressiva, pode considerar-se uma limitação o facto de se ter avaliado aquilo que os enfermeiros referem fazer, contudo, no que respeita à própria técnica de aplicação das ligaduras, não se

verificou se estes as aplicam de forma adequada, atingindo os valores de pressão sub-ligadura pretendidos. Por fim, a inexperiência no desenvolvimento de trabalhos de investigação impediu-nos de explorar aspetos que seriam importantes para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo. Apesar das limitações e dificuldades referidas, consideramos que podemos retirar do trabalho de investigação realizado, importantes implicações tanto para a prática como para futuras investigações.

Neste sentido, considerando os resultados obtidos e que a terapia compressiva ainda não é aplicada à grande maioria das pessoas com úlcera de perna venosa, como seria expectável e como definido pelas entidades internacionais, sugere-se que os enfermeiros realizem mais formação (teórica e prática) acerca de terapia compressiva, onde seja abordada a avaliação do IPTB. É uma realidade que esta temática já se encontra na preocupação dos enfermeiros e que já mais de metade aplica a terapia compressiva, pelo que é preciso ir mais além no sentido de aprofundar e consolidar esses conhecimentos e práticas. É certo que a melhoria dos conhecimentos e das práticas depende, em muito, da motivação do enfermeiro e da sua prática reflexiva, pelo que se sugere, que as instituições de saúde, além de criarem espaços onde possa ser feita formação sobre aspetos mais específicos, como a avaliação do IPTB, promova momentos de discussão sobre as práticas. Tendo em consideração que, mais de metade dos enfermeiros sente como barreira à implementação da terapia compressiva o défice de recursos materiais e financeiros, é necessário que as instituições de saúde procurem investir na aquisição de materiais adequados à terapia compressiva. Este investimento traduzir-se-á, para o doente, numa melhoria da qualidade de vida e diminuição do sofrimento associado e, para a economia do país, num investimento que resultará, a médio prazo, na redução dos custos associados ao tratamento, muitas vezes moroso, deste tipo de feridas crónicas.

Como trabalhos futuros, sugere-se a realização de investigação dentro da temática, que permita compreender a terapia compressiva na perspetiva do utente, por forma a perceber que aspetos este valoriza e se a terapia compressiva não é tão implementada devido à renitência dos utentes, procurando compreender que motivos estarão subjacentes a essa renitência. Além do referido seria pertinente a realização de uma investigação ação, a fim de se identificar aspetos subjacentes à avaliação do doente (nomeadamente à avaliação do IPTB) e à técnica de terapia compressiva, que sejam passíveis de melhoria. Posteriormente, com os dados colhidos, desenvolver-se-ia formação com base nas situações identificadas e, assim, potenciar-se-ia a prática

reflexiva e uma melhoria efetiva das práticas de terapia compressiva. Outra sugestão seria a validação para Portugal da escala de práticas de terapia compressiva.

A realização deste trabalho assume-se como um ponto de partida, no sentido de contribuir para identificar os conhecimentos e práticas de terapia compressiva, assim como as barreiras percecionadas à sua implementação. Deste modo, pretende-se a adoção de estratégias formativas e a nível organizacional, que fomentem a implementação da terapia compressiva e, como tal, permitam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com úlcera de perna e a eficiência no cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandre, N.M.C., Gallasch, C.H., Lima, M.H.M., & Rodrigues, R.C.M. (2013). A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(3), 802-809. doi: 10.5216/ree.v15i3.20776
- Alves, P. (2014). *Feridas: Prevalência e Custos* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal.
- Borges, E.L., Santos, C.M. & Soares, M.R. (2017). Modelo ABC para o manejo da úlcera venosa de perna. *ESTIMA*, 15(3), 182-187. doi: 10.5327/Z1806-3144201700030010
- Chamanga, E.T. (2016). Managing leg ulcers in primary care. *Nursing in Practice*. Recuperado de: <https://www.nursinginpractice.com/article/managing-leg-ulcers-primary-care>.
- Decreto- Lei nº 104/98 de 21 de Abril. *Diário da República nº 93/1998 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Dogra, S., & Sarangal, R. (2014). Summary of recommendations for leg ulcers. *Indian dermatology online journal*, 5(3), 400-407. doi: 10.4103/2229-5178.137829
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2016). *Conselho Pedagógico: Guia de Elaboração de trabalhos escritos*. Coimbra, Portugal: autor.
- Eurydice (2011). *Educação Formal de Adultos: Políticas e Práticas na Europa*. Lisboa, Portugal: Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação, Ministério da Educação. doi: 10.2797/58805
- Favas, P.M.M.S. (2012). *Prevalência e características das feridas na população do distrito de Leiria* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13271/1/Tese%20MFVT%20Pedro.pdf>.
- Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Franks, P. J., Barker, J., Collier, M., Gethin, G., Haesler, E., Jawien, A., ... & Weller, C. (2016). Management of patients with venous leg ulcers: challenges and current best

practice. *Journal of wound care*, 25(6), S1-S67. Recuperado de: <http://gneaupp.info/management-of-patients-with-venous-leg-ulcers/>.

Frykberg, R. G., & Banks, J. (2015). Challenges in the treatment of chronic wounds. *Advances in wound care*, 4(9), 560-582 doi: 10.1089/wound.2015.0635

Gloviczki, P., Comerota, A. J., Dalsing, M. C., Eklof, B. G., Gillespie, D. L. Gloviczki, M. L., ... & Wakefield, T. W. (2011). The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *Journal Vascular Surgery*, 53(5), 2S-48S. doi: 10.1016/j.jvs.2011.01.079

Hoelz, C.M.R. (2015). *Avaliação do conhecimento de enfermeiros da rede de atenção à saúde no município de Bauru (SP) sobre cuidado aos pacientes com feridas: um estudo transversal* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/126462/000841008.pdf?sequen se=1>.

Hopkins, A., & Worboys, F. (2005). Understanding compression therapy to achieve tolerance. *Wounds UK*, 1(3), 26-34. Recuperado de https://lohmann-rauscher.co.uk/downloads/clinical-evidence/A041-Hopkins_Warboys-Understanding-Compression-Therapy.pdf

International Council of Nurses (2016). *CIFE versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Edição Portuguesa*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>.

Irion, G. (2005). *Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora LAB.

Jesus, A. G. D. (2014). *Prevalência e abordagem à pessoa com úlcera de perna* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17106/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Alexandra%20Jesus%20%28Mar%C3%A7o%202015%29.pdf>

Marston, W., Tang, J., Kirsner, R. S., & Ennis, W. (2016). Wound healing society 2015 update on guidelines for venous ulcers. *Wound Repair and Regeneration*, 24(1), 136-144. Recuperado de:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=1b86c6df-6ce4-4ce5-9a19-29c29f9440a9%40sessionmgr102>.

Martinho, P. J. D. J., & Gaspar, P. J. S. (2012). Conhecimentos e práticas de Terapia Compressiva de enfermeiros de cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 69-79. Recuperado de: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserlIn6/serlIn6a07.pdf>.

Martins, J. C. A. (2008). Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66. Recuperado de: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf.

Melnyk, B., Fineout-Overholt, E. (2015). *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. (3 ed.). Philadelphia, Estados Unidos da América: Wolters Kluwer.

Menoita, E.C. (2015). *Gestão de Feridas Complexas*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2012). *Parecer n.º01/2012 - Avaliação do IPTB e realização de terapia compressiva*. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%20sobre%20Avalia%c3%a7%c3%a3o%20do%20IPTB%20e%20Realiza%c3%a7%c3%a3o%20de%20Terapia%20Compressiva.pdf>

Morison, M. J., Moffatt, C. J. & Franks, P.J. (2010). *Úlceras de Perna: Uma abordagem de aprendizagem baseada na resolução de problemas*. (H. Castro, Trad.). Loures, Portugal: Lusodidacta. (Obra original publicada em 2007).

National Guideline Clearinghouse (2014). *Management of venous leg ulcers: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum*. Recuperado de: <https://www.guideline.gov/summaries/summary/49478/management-of-venous-leg-ulcers-clinical-practice-guidelines-of-the-society-for-vascular-surgery-and-the-american-venous-forum?q=leg+ulcer>.

O'Meara, S., Cullum, N., Nelson, E.A. & Dumville, J.C. (2012). Compression for venous leg ulcers (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, 1-192. DOI: 10.1002/14651858.CD000265.pub3.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa, Portugal: Autor.

- Parreira, A. & Marques, R. (2017). *Feridas manual de boas práticas*. Lisboa, Portugal: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Pereira, A. & Gaspar, P. (2012). Barreiras à implementação da Terapia Compressiva. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 33-44. Recuperado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a04.pdf>.
- Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5ªed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora.
- Prioste, J.C.T. (2015). *Prevalência e abordagem à pessoa com úlcera de perna* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.14/17107>.
- Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril. *Diário da República nº79/2015 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Reis, E. (2002). *Estatística descritiva* (5ª ed., 2ª Reimpressão). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Rodrigues, S. V. (2011). *Aprendizagem dos Enfermeiros ao Longo da Vida – Adaptação e Validação da Escala de Jefferson* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal.
- Santos, J. A. (2014). *A Pressão Negativa no tratamento de feridas - Estado da Arte* (Tese de mestrado). Recuperado de: <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=4e5792100c932535>.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010). *Management of chronic venous leg ulcers A national clinical guideline*. Recuperado de: <http://www.sign.ac.uk/assets/sign120.pdf>.
- Sousa, A.T.O., Formiga, N.S., Oliveira, S.H.S., Torres, G.V., Costa, M.M.L., & Soares, M.J.G.O. (2016). Validation of an instrument to assess nurses' level of knowledge on the prevention and treatment of individuals with venous ulcers. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 34(3), 433-443. doi: 10.17533/udea.iee.v34n3a02
- Todd, M. (2011). Compression bandaging: types and skills used in practical application. *British Journal of Nursing*, 20(11), 681-687. DOI: 10.12968/bjon.2011.20.11.681

Valenzuela, A. R., Clemente, P. I., Moratilla, C. A., Gómez, S. R., Tormo, M. T. C., Vargas, P. G., ... Ruiz, S. H. (2017). *Guía de Práctica Clínica: Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas (AEEVH)* (3ª ed.). Recuperado de: <https://gneaupp.info/consenso-sobre-ulceras-vasculares-y-pie-diabetico-de-la-asociacion-espanola-de-enfermeria-vascular-y-heridas-aeevh/>

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2016). *Advances in wound care: the Triangle of Wound Assessment*. Florença, Itália: Wounds International. Recuperado de: <http://gneaupp.info/advances-in-wound-care-the-triangle-of-wound-assessment/>.

Wounds International. (2013). *Principles of compression in venous disease: A practitioner's guide to treatment and prevention of venous leg ulcers*. Londres, Inglaterra: Autor.

ANEXOS

ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS INICIAL

Questionário

Conhecimentos e Práticas de Terapia Compressiva dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários

Este questionário destina-se a um estudo no âmbito do Mestrado de Feridas e Viabilidade Tecidual da Universidade Católica Portuguesa. O questionário é anónimo e os dados são confidenciais.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Enf^o Paulo Martinho

Idade: _____ Género: Masculino Feminino

Tempo de exercício profissional: _____ anos e _____ meses

Que formação possui na área das feridas crónicas:

- Nenhuma
- Autoformação
- Aprendeu com colega mais experiente
- Formação em serviço Total de horas: _____
- Congresso(s)/jornada(s) Total de horas: _____
- Workshop(s) Total de horas: _____
- Curso(s) Total de horas: _____
- Pós-graduação

Que formação possui sobre terapia compressiva:

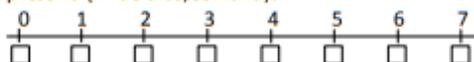
- Nenhuma
- Autoformação
- Aprendeu com colega mais experiente
- Formação em serviço Total de horas: _____
- Congresso(s)/jornada(s) Total de horas: _____
- Workshop(s) Total de horas: _____
- Curso(s) Total de horas: _____
- Pós-graduação

Há quanto tempo trabalha no tratamento de feridas crónicas? _____ Anos e _____ Meses.

Aplica terapia compressiva? Sim Não

Se sim, há quanto tempo aplica terapia compressiva?
_____ Anos e _____ Meses

Se sim, em média, com que regularidade aplica terapia compressiva (nº de dias/semana)?



Tem formação para avaliar o IPTB?

Sim Não

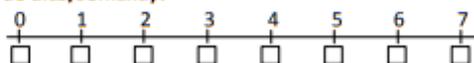
Tem equipamento para avaliar o IPTB?

Sim Não

Tem prática em avaliar o IPTB?

Sim Não

Em média, com que regularidade trata de úlceras venosas (nº de dias/semana)?



Selecione, em cada questão, a afirmação que considera **mais correcta**:

1. Uma úlcera de perna superficial, de bordos irregulares, exsudativa, com fibrina e localizada no maléolo interno é:
a) Venosa
b) Arterial
c) Linfática
d) Por si só, não permite o diagnóstico
2. O diagnóstico de úlcera venosa é possível a partir de:
a) História clínica e factores de risco do doente
b) Observação da ferida, do membro e da pele
c) IPTB
d) Todas as anteriores
3. O IPTB consiste em:
a) Dividir a pressão sistólica no membro superior pela pressão sistólica a nível do tornozelo
b) Dividir a pressão sistólica no tomozelo pela pressão sistólica no membro superior
c) Dividir a pressão sistólica no tomozelo pela pressão sistólica no membro superior esquerdo
d) Dividir a pressão sistólica no tomozelo pela pressão sistólica no membro superior direito
4. O IPTB, por si só, permite:
a) Determinar se existe compromisso arterial
b) Fazer o diagnóstico de úlcera venosa
c) Fazer o diagnóstico de úlcera arterial
d) Nenhuma das anteriores
5. Na avaliação do IPTB, devem ser pesquisadas no pé:
a) Artéria tibial anterior e pediosa
b) Veia tibial posterior e pediosa
c) Artéria tibial posterior e peronial
d) Nenhuma das anteriores
6. A terapia compressiva pode ser aplicada com segurança em doentes com IPTB:
a) Superior a 0,5
b) Superior a 0,8
c) Inferior a 0,8
d) Igual ou superior a 1
7. Um utente apresenta IPTB de 1,3. Assim:
a) Pode iniciar terapia compressiva
b) Está contra-indicada a terapia compressiva
c) Pode iniciar terapia compressiva de baixa compressão
d) Provavelmente trata-se de um valor falso, que requer a realização de eco-doppler
8. A avaliação do IPTB deve-se realizar:
a) Antes de aplicar a terapia compressiva
b) Antes e durante a terapia compressiva
c) Antes de aplicar a terapia compressiva e depois quando a úlcera estiver cicatrizada
d) Nenhuma das anteriores

9. O tratamento da úlcera venosa com terapia compressiva:

- a) É discutível, existem poucos estudos
- b) Está amplamente comprovada a sua efectividade**
- c) É efectivo, mas fica mais caro que o tratamento convencional, a longo prazo
- d) É efectivo, mas ainda é pouco usado na Europa

10. A terapia compressiva facilita a cicatrização devido a:

- a) Redução do edema e do exsudado**
- b) Aumento dos mediadores inflamatórios
- c) Estimulação directa da migração celular
- d) Todas as anteriores

11. A terapia compressiva:

- a) Só se utiliza na insuficiência venosa
- b) Só se utiliza enquanto há úlcera venosa
- c) Pode ser usada em patologias não venosas**
- d) Pode ser utilizada como prevenção da doença venosa

12. A eficácia do tratamento da úlcera venosa deve-se principalmente:

- a) Ao material de penso
- b) À terapia compressiva**
- c) Aos procedimentos de irrigação da ferida
- d) Ao material de penso e à terapia compressiva, não sendo possível indicar qual tem maior influência na cicatrização

13. As ligaduras de compressão devem ser colocadas:

- a) Com o pé em 90° em relação à perna
- b) Com sobreposição entre camadas de 50%
- c) Com extensão da ligadura em cerca de 50%
- d) Todas as anteriores**

14. Na terapia compressiva, para a mesma tensão/força na aplicação da ligadura:

- a) A pressão sub-ligadura aumenta com o aumento do diâmetro da perna
- b) A pressão sub-ligadura diminui com o aumento do diâmetro da perna**
- c) A pressão sub-ligadura diminui com o aumento do número de camadas sobrepostas
- d) A pressão sub-ligadura é constante, independentemente do diâmetro da perna e do número de camadas

15. Numa perna com formato normal, na colocação de uma ligadura compressiva deve-se:

- a) Ir diminuindo a sobreposição das camadas de ligadura
- b) Ir aumentando a tensão ao longo do membro
- c) Manter constante a tensão da ligadura ao longo do membro**
- d) Ir diminuindo a tensão ao longo do membro

16. Antes de aplicar as ligaduras compressivas, deve-se aplicar camada de almofadamento para:

- a) Adaptar a forma da perna**
- b) Permitir variações de pressão sub-ligadura
- c) Protecção de zonas de maior pressão (zona dos gêmeos)
- d) Todas as anteriores

17. As ligaduras de curta-tracção ou não elásticas são usadas em doentes:

- a) Com alterações da mobilidade tibio-társica
- b) Acamados
- c) Que deambulam regularmente**
- d) Todas as anteriores

18. A pressão sub-ligadura das ligaduras de longa-tracção ou elásticas:

- a) Mantém-se constante**
- b) Diminui muito com a redução do edema
- c) Aumenta muito durante a deambulação
- d) É maior durante o repouso

19. Durante o repouso, a pressão é menor:

- a) Com ligaduras elásticas
- b) Com ligaduras não elásticas**
- c) Com meias de compressão
- d) Com compressão pneumática intermitente

20. As meias de compressão:

- a) Usam-se no tratamento da úlcera venosa
- b) Usam-se na prevenção de recidivas
- c) Usam-se na prevenção do edema
- d) Todas as anteriores**

21. A terapia compressiva não pode ser aplicada se:

- a) O doente é diabético
- b) A úlcera está infectada
- c) O doente possui insuficiência cardíaca descompensada**
- d) Todas as anteriores

22. Um dos riscos da terapia compressiva é:

- a) Isquémia
- b) Úlceras por pressão
- c) Sobrecarga cardíaca
- d) Todas as anteriores**

23. Durante a terapia compressiva, se surgirem estrias longitudinais no membro (efeito *guttering*), é sinal de:

- a) Redução do edema**
- b) Compressão excessiva
- c) Compressão insuficiente
- d) Pele não tolera a pressão, estando em risco de lesões

24. Em que situação se deve referenciar o utente em terapia compressiva para a cirurgia vascular:

- a) IPTB inferior a 0,8
- b) Úlcera não tem melhoria ao final de 12 semanas
- c) Úlcera recidivante
- d) Todas as anteriores**

Se aplica terapia compressiva,
o questionário continua na página seguinte.

Se não aplica terapia compressiva, o questionário terminou. Muito obrigado pela sua colaboração.

Caso aplique terapia compressiva:

Assinale a frequência com que realiza cada uma das acções indicadas, referentes à terapia compressiva:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Classifica uma úlcera como sendo venosa apenas através das suas características típicas, como a localização, aspecto, tecido					
Num utente com úlcera de perna, nos primeiros contactos, colhe uma história clínica					
Num utente com úlcera de perna, nos primeiros contactos, procura que o IPTB seja avaliado					
Aplica terapia compressiva antes de avaliado o IPTB					
Certifica-se que o IPTB é avaliado durante a terapia compressiva					
Perante uma úlcera venosa diagnosticada devidamente e não existindo contra-indicações, aplica terapia compressiva					
Evita aplicar terapia compressiva a doentes acamados com úlcera venosa, mesmo que sem contra-indicações					
Aplica ligaduras não-elásticas/curta-tracção a doentes com reduzida mobilidade					
Aconselha meias de compressão para prevenir recidivas, após a cicatrização					
Quando muda o penso, presta cuidados de higiene a todo o membro					
Aplica a ligadura compressiva com sobreposição de camadas superior a 50%, na região dos gêmeos					
Ao aplicar a ligadura compressiva, diminui a força/tensão à medida que sobe no membro, para promover o retorno venoso					
Aplica almofadamento de algodão ou espuma em toda a perna, antes de aplicar as ligaduras compressivas					
Depois da primeira aplicação da terapia compressiva, volta a avaliar o doente após 24 horas					
Informa e esclarece o utente acerca da importância e funcionamento da terapia compressiva					
Realiza ensino de exercícios que facilitam o retorno venoso					
Realiza ensino ao doente em terapia compressiva quanto aos sinais de má perfusão					
Aconselha o doente a repousar e evitar a deambulação durante a terapia compressiva					
Em doentes sob terapia compressiva, por semana, muda o penso três vezes ou mais					
Suspende a terapia compressiva quando surgem estrias longitudinais no membro (efeito <i>guttering</i>)					
Aplica terapia compressiva em doentes com insuficiência cardíaca não compensada					
Aplica terapia compressiva em doentes diabéticos, sem compromisso arterial e sem neuropatia					
Referencia para a cirurgia vascular quando a úlcera não cicatriza ao fim de 12 meses					
Referencia para a cirurgia vascular quando o IPTB é inferior a 0,8					

Muito obrigado pela sua colaboração!

ANEXO II - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS AUTORES DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Estudo acerca dos Conhecimentos e Práticas de Terapia Compressiva - distrito de Coimbra



Cristiana Ferreira

seg 29/01, 20:37

pedro.gaspar@ipleiria.pt



Responder

Boa tarde,

Sou aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e, sob orientação pedagógica do Sr. Professor Luís Paiva, encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação acerca dos conhecimentos e práticas de terapia compressiva dos enfermeiros no distrito de Coimbra.

No sentido de tornar concretizável esta investigação, venho por este meio solicitar a sua autorização para a utilização do instrumento de colheita de dados por si elaborado, acerca dos Conhecimentos e Práticas em Terapia Compressiva, referido no artigo de investigação publicado na Revista de Enfermagem Referência (série III, nº6 de Março de 2012). Solicito ainda, se possível, o fornecimento desse e de outro material que considere pertinente para o desenvolvimento do referido trabalho de investigação.

Agradeço antecipadamente a sua atenção e disponibilidade, aguardando alguma brevidade na sua resposta com o intuito de começar a desenvolver a investigação.

Com os melhores cumprimentos,
Cristiana Ferreira

Conhecimentos e Práticas de Terapia Compressiva



Paulo Martinho <martinho.pj@gmail.com>

ter 30/01, 20:43

Você



Responder

Você respondeu em 01/02/2018 13:31.

  Questionário com ch...
311 KB

Baixar Salvar no OneDrive - Pessoal

Boa noite, cara Cristiana,

É com prazer que autorizamos a utilização da ECTC (Escala de Conhecimentos em Terapia Compressiva).

Enviamos em anexo o questionário utilizado, com a chave. Note que a segunda parte (última página) inclui a avaliação das práticas de terapia compressiva, no entanto, esta parte não foi validada e não faz parte da ECTC.

Recomendamos que salguarde que a escala está de acordo com as mais recentes recomendações na área da terapia compressiva.

Agradecemos que, no final da sua investigação, partilhasse os seus resultados connosco.

Votos de um bom trabalho,
Paulo Martinho.

**ANEXO III – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: ENFERMAGEM**

COMISSÃO DE ÉTICA

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

Parecer N° 494_04-2018

Título do Projecto: Terapia compressiva: Conhecimentos e práticas dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

Identificação do Proponente

Nome(s): Cristiana Faria Ferreira

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Prof. Doutor Luís António Rodrigues Paiva

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

A evidência científica reconhece a terapia compressiva como elemento fundamental na terapêutica nas úlceras de perna de origem venosa. Neste contexto a proponente pretende desenvolver estudo com os objectivos de "*Caracterizar, em termos sociodemográficos, formação e experiência, os enfermeiros que prestam cuidados às úlceras de perna nos cuidados de saúde primários dos distrito de Coimbra; Identificar as barreiras à implementação da terapia compressiva percebidos pelos enfermeiros...; Identificar os conhecimentos sobre terapia compressiva dos enfermeiros...; Conhecer as práticas de terapia compressiva dos enfermeiros...; Descrever as relações entre a formação e experiência e os conhecimentos e as práticas em terapia compressiva dos enfermeiros dos cuidados primários do distrito de Coimbra.*"

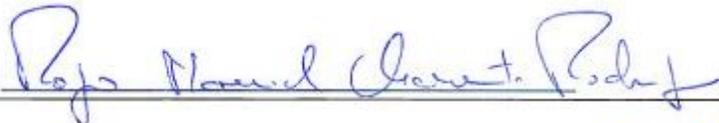
O estudo é definido como "*... não-experimental descritivo correlacional...*".

Os participantes serão recrutados através de um processo de amostragem em "*bola de neve*", partindo da "*rede de contactos dos investigadores*", acedendo aos instrumentos de recolha de dados através de formulário disponibilizado *online*.

Com base nos documentos apresentados:

- Estão definidos os critérios de inclusão/exclusão;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes;
- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados
- Não são identificados danos, ou custos, para os participantes.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é **favorável** ao estudo tal como apresentado.

O relator: 

Data: 16/05/2018 A Presidente da Comissão de Ética: 



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

FCT Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia

**ANEXO IV – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DA
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO**

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: <i>Acusado</i> <i>02052019</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, L.P.
-----------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ASSUNTO:

Título: Terapia Compressiva: Conhecimentos e Práticas dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários – 29/2019

Autores: Cristiana Faria Ferreira Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Professor Doutor Luís António Rodrigues Paiva, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

[Signature]
Dr. Mário Rêgo
Vogal.

As úlceras de perna são um problema muito frequente em Portugal sendo consideradas um problema de saúde pública, que se traduz na necessidade de cuidados de saúde e consumo de recursos com impacto económico de relevo. A Evidência Científica internacional mostra que a implementação de terapia compressiva é eficaz na promoção da cicatrização e na diminuição do impacto negativo no indivíduo, família e sociedade. Na prática a terapia compressiva consiste na aplicação de compressão nos membros inferiores, a fim de promover o retorno venoso e a diminuição do edema, favorecendo deste modo a cicatrização da úlcera. Sustentada neste pressupostos os investigadores propõe-se realizar um estudo que tem como objetivos: caracterizar, em termos sociodemográficos, formação e experiência, os enfermeiros que prestam cuidados à pessoas com úlceras de perna, nos cuidados de Saúde Primários do distrito de Coimbra; identificar as barreiras à implementação de terapia Compressiva, percebidas pelos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários do Distrito de Coimbra; identificar os conhecimentos sobre terapia Compressiva, dos enfermeiros de Cuidados de saúde primários do distrito de Coimbra;

Conhecer as práticas de terapia Compressiva, dos enfermeiros de Cuidados de saúde primários do distrito de Coimbra; descrever as relações entre a formação e experiência e os conhecimentos e as práticas em terapia compressiva, dos enfermeiros de Cuidados de saúde Primários do distrito de Coimbra.

O estudo é definido como “(...) não-experimental descritivo correlacional (...)”. Os dados serão colhidos por questionário, construído para o efeito com base na literatura disponível e numa escala validada, da

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

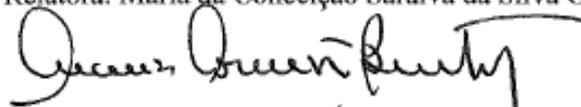
autoria de Martinho e Gaspar (2012), para avaliação de conhecimentos e práticas em terapia compressiva, a quem foi solicitada autorização para utilização no âmbito deste estudo. O questionário é composto por três partes. Na primeira parte as questões destinam-se a colher dados sociodemográficos, na segunda parte as questões referem-se a dados relativos à formação e experiência dos enfermeiros e sobre a perceção de barreiras à implementação de Terapia Compressiva, na terceira parte é utilizada uma escala para avaliação de conhecimentos em Terapia Compressiva, já referida

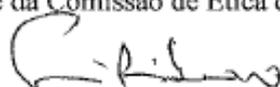
A população que se pretende estudar são os Enfermeiros dos Primários, que prestam cuidados a pessoas com úlcera de perna, que exercem funções no Distrito de Coimbra. A amostra em causa será não probabilística por redes ou em “bola de neve”. O procedimento que o investigador se propõe adotar para iniciar o processo de constituição da amostra é encontrar enfermeiros que satisfaçam os critérios (trabalhar em Cuidados de Saúde Primários no Distrito de Coimbra e cuidar de pessoas com úlcera de perna) e pedir que lhe indiquem outros enfermeiros que reúnam os mesmos critérios. Constituirão a amostra todos aqueles que, reunindo os critérios, após serem informados dos objetivos do estudo, deem o seu consentimento informado e aceitem preencher o questionário voluntariamente. O questionário será preenchido online.

O pedido de consentimento informado, inclui identificação do investigador, identificação do estudo, objetivos do estudo, carácter voluntário da participação, garantia de confidencialidade e anonimato, estimativa de tempo necessário ao preenchimento do questionário. A investigadora fornece contacto email, para esclarecimentos adicionais.

A análise dos documentos permite verificar que: estão definidos critérios de inclusão e exclusão; é garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes; É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos, é apresentado o instrumento de colheita de dados, não se identificam danos prováveis ou custos para os participantes. Assim, Estando assegurados os procedimentos éticos necessários em estudos desta natureza, propomos que o parecer seja favorável.

Relatora: Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento


Presidente da Comissão de Ética da Saúde da ARSC



**ANEXO V – AUTORIZAÇÕES DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO
PINHAL INTERIOR NORTE E DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO
BAIXO MONDEGO**

Re: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação no âmbito do Curso de Mestrado Enf. Médico-Cirúrgica da EEnf Coimbra - Aplicação de Terapia Compressiva nos Cuidados de Saúde Primários



Secretariado de Direcção do ACeS PIN <sec.diracespin@arscentro.min-saude.pt>



Qua, 29/05/2019 08:18

Você; de Pinhal Interior Norte; PCCS Pinhal Interior Norte

Bom dia,

Encarregam-me os Órgãos de Gestão de informar que é concedida autorização para a realização do estudo de investigação, devendo ser remetido no final do mesmo uma cópia do Relatório da Investigação aos Órgãos de Gestão do ACeS.

Com os melhores cumprimentos,

Sandra Mendes
Secretariado da Direcção Executiva do ACeS Pinhal Interior Norte
ARSC | Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.
Avenida Coelho da Gama, n.º 32
3200-200 Lousã
sec.diracespin@arscentro.min-saude.pt
 Descrição: Telefone: +351 239 077 011
 Descrição: Fax: +351 239 077 010



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

SNS+
PROXIMIDADE

Os primeiros passos
do SNS do futuro
www.sns.gov.pt



ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO, I.P.



De: Secretariado de Direcção do ACeS PIN

Enviado: 8 de maio de 2019 14:39

Para: ferreira_cristiana@hotmail.com

Cc: de Pinhal Interior Norte; PCCS Pinhal Interior Norte

Assunto: Fw: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação no âmbito do Curso de Mestrado Enf. Médico-Cirúrgica da EEnf Coimbra - Aplicação de Terapia Compressiva nos Cuidados de Saúde Primários

Boa tarde,

Acusamos a receção do parecer da Comissão de Ética.

Será remetido o parecer dos Órgãos de Gestão tão breve quanto possível.

Com os melhores cumprimentos,

Sandra Mendes
Secretariado da Direcção Executiva do ACeS Pinhal Interior Norte
ARSC | Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.
Avenida Coelho da Gama, n.º 32
3200-200 Lousã
sec.diracespin@arscentro.min-saude.pt
 Descrição: Telefone: +351 239 077 011
 Descrição: Fax: +351 239 077 010



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

SNS+
PROXIMIDADE

Os primeiros passos
do SNS do futuro
www.sns.gov.pt



ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO, I.P.



De: Cristiana Ferreira <ferreira_cristiana@hotmail.com>

Enviado: 7 de maio de 2019 12:11

Para: Secretariado de Direcção do ACeS PIN

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação no âmbito do Curso de Mestrado Enf. Médico-Cirúrgica da EEnf Coimbra - Aplicação de Terapia Compressiva nos Cuidados de Saúde Primários

Bom dia,

Conforme me foi solicitado envio em anexo o parecer da Comissão de Ética da ARS do Centro.

Aguardo o parecer dos Órgãos de Gestão do ACeS acerca do pedido de autorização para realização do estudo de investigação "Terapia Compressiva: Conhecimentos e Práticas dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários".

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,
Cristiana Ferreira

Pedido de autorização para realização de estudo de investigação no âmbito do Curso de Mestrado Enf. Médico-Cirúrgica da ESEnf Coimbra

Cristiana Ferreira <ferreira_cristiana@hotmail.com>

sex, 24/05/2019 13:18

Para: Secretariado ACES Baixo Mondego <secretariado.acesbm@arscentro.min-saude.pt>

fare as parecer,
Concordo.
26/9/2019.
Carlos A.C.B. Ordens, Dr.
Diretor Executivo
ACES do Baixo Mondego

2 anexos (600 KB)

20190503160237988.pdf; Pedido de autorização ao presidente do ACeS do Baixo Mondego e questionário.pdf

Boa tarde,

Venho por este meio solicitar autorização para a realização de um estudo de investigação intitulado "Terapia Compressiva: Conhecimentos e Práticas dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários".

Já enviei previamente uma carta, que reenvio por e-mail, a solicitar essa autorização, à qual junto o parecer da Comissão de Ética da ARS do Centro.

Agradeço desde já a atenção dispensada e a confirmação da recepção do email.

Com os melhores cumprimentos,
Cristiana Ferreira

É de autorizar.
A considerar Superior.
24.5.2019

Almerinda Rodrigues, Dra.
Presidente do Conselho Clínico
e de Saúde
ACES do Baixo Mondego

APÊNDICES

APÊNDICE I – UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NO DISTRITO DE COIMBRA

ACES do Baixo Mondego	ACES do Pinhal Interior Norte
<ul style="list-style-type: none"> • UCC Cantanhede • UCC Celas • UCC Farol do Mondego • UCC Mira • UCC Montemor-o-Velho • UCC Norton de Matos • UCC São Martinho • UCC Soure • UCSP Cantanhede • UCSP Celas • UCSP Dr. Manuel Cunha • UCSP Fernão de Magalhães • UCSP Figueira Norte • UCSP Figueira Sul • UCSP Figueira Urbana • UCSP Mira • UCSP Montemor-o-Velho • UCSP Norton de Matos • UCSP Penacova • UCSP Soure • USF Araceti • USF As Gândras • USF Briosa • USF Buarcos • USF Celasaúde • USF Coimbra Centro • USF Coimbra Norte • USF Coimbra Sul • USF Condeixa • USF Cruz de Celas • USF Fernando Namora • USF Marquês de Marialva • USF Mondego • USF Nautilus • USF Progresso e Saúde • USF Pulsar • USF Rainha Santa Isabel • USF São Julião • USF Topázio • USF Vitasaurium 	<ul style="list-style-type: none"> • UCC Arganil • UCC Arouce • UCC Castelo de Penela • UCC Góis Vive • UCC Pedra da Sé • UCC Pinheiro dos Abraços • UCC por Poiares • UCC Torre de Sinos • UCSP Arganil • UCSP Góis • UCSP Miranda do Corvo • UCSP Oliveira do Hospital • UCSP Pampilhosa da Serra • UCSP Tábua • USF Penela • USF Serra da Lousã • USF Trevim Sol

APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Questionário

Idade: _____

Sexo: Feminino Masculino

Tempo de exercício profissional:
_____ anos e _____ meses

Tempo de exercício profissional nos
cuidados de saúde primários:
_____ anos e _____ meses

Há quanto tempo trabalha no tratamento de
feridas crónicas? _____ anos e _____ meses.

Que formação possui na área das feridas
crónicas:

- Nenhuma
- Autoformação
- Aprendeu com colega mais experiente
- Formação em serviço
- Congresso(s)/jornada(s)
- Workshop(s)
- Curso(s)
- Pós-graduação

Que formação possui sobre terapia
compressiva:

- Nenhuma
- Autoformação
- Aprendeu com colega mais experiente
- Formação em serviço
- Congresso(s)/jornada(s)
- Workshop(s)
- Curso(s)
- Pós-graduação

Há quanto tempo realizou a última formação
em terapia compressiva? _____ anos e _____
meses.

Tem formação para avaliar o IPTB?

Sim Não

Tem equipamento para avaliar o IPTB?

Sim Não

Tem prática em avaliar o IPTB?

Sim Não

Em média, com que regularidade trata de
úlceras perna (nº de dias/semana)?
_____ dias

Aplica terapia compressiva? Sim Não

Se sim, há quanto tempo aplica terapia
compressiva? _____ Anos e _____ Meses

Se sim, em média, com que regularidade aplica
terapia compressiva (nº de dias/semana)?
_____ dias

Se não, que fatores o levam a não aplicar?

- Falta de material adequado
- Excesso de trabalho
- Défice de formação
- Recusa dos doentes
- Outra: _____

Sente obstáculos à implementação da terapia
compressiva?

Sim Não

Se sim, que obstáculos? (selecione as opções
que considera que o influenciam)

- Défice de recursos materiais e financeiros
- Excesso de trabalho
- Ausência de normas e protocolos que orientem as práticas
- Défice de formação
- Não adesão dos doentes
- Outra: _____

Selecione, em cada questão, a afirmação que considera mais correta:

1. Uma úlcera de perna superficial, de bordos irregulares, exsudativa, com fibrina e localizada no maléolo interno é:

- a) Venosa
- b) Arterial
- c) Linfática
- d) Por si só, não permite o diagnóstico

2. O diagnóstico de úlcera venosa é possível a partir de:

- a) História clínica e fatores de risco do doente
- b) Observação da ferida, do membro e da pele
- c) IPTB
- d) Todas as anteriores

3. O IPTB consiste em:

- a) Dividir a pressão sistólica no membro superior pela pressão sistólica a nível do tornozelo
- b) Dividir a pressão sistólica no tornozelo pela pressão sistólica no membro superior
- c) Dividir a pressão sistólica no tornozelo pela pressão sistólica no membro superior esquerdo
- d) Dividir a pressão sistólica no tornozelo pela pressão sistólica no membro superior direito

4. O IPTB, por si só, permite:

- a) Determinar se existe compromisso arterial
- b) Fazer o diagnóstico de úlcera venosa
- c) Fazer o diagnóstico de úlcera arterial
- d) Nenhuma das anteriores

5. Na avaliação do IPTB, devem ser pesquisadas no pé:

- a) Artéria tibial anterior e pediosa
- b) Veia tibial posterior e pediosa
- c) Artéria tibial posterior e peronial
- d) Nenhuma das anteriores

6. A terapia compressiva pode ser aplicada com segurança em doentes com IPTB:

- a) Superior a 0,5
- b) Superior a 0,8
- c) Inferior a 0,8
- d) Igual ou superior a 1

7. Um utente apresenta IPTB de 1,3. Assim:

- a) Pode iniciar terapia compressiva
- b) Está contraindicada a terapia compressiva
- c) Pode iniciar terapia compressiva de baixa compressão
- d) Provavelmente trata-se de um valor falso, que requer a realização de eco-doppler

8. A avaliação do IPTB deve-se realizar:

- a) Antes de aplicar a terapia compressiva
- b) Antes e durante a terapia compressiva
- c) Antes de aplicar a terapia compressiva e depois quando a úlcera estiver cicatrizada
- d) Nenhuma das anteriores

9. O tratamento da úlcera venosa com terapia compressiva:

- a) É discutível, existem poucos estudos
- b) Está amplamente comprovada a sua efetividade
- c) É efetivo, mas fica mais caro que o tratamento convencional, a longo prazo
- d) É efetivo, mas ainda é pouco usado na Europa

10. A terapia compressiva facilita a cicatrização devido a:

- a) Redução do edema e do exsudado
- b) Aumento dos mediadores inflamatórios
- c) Estimulação direta da migração celular
- d) Todas as anteriores

11. A terapia compressiva:

- a) Só se utiliza na insuficiência venosa
- b) Só se utiliza enquanto há úlcera venosa
- c) Pode ser usada em patologias não venosas
- d) Pode ser utilizada como prevenção da doença venosa

12. A eficácia do tratamento da úlcera venosa deve-se principalmente:

- a) Ao material de penso
- b) À terapia compressiva
- c) Aos procedimentos de irrigação da ferida
- d) Ao material de penso e à terapia compressiva, não sendo possível indicar qual tem maior influência na cicatrização

13. As ligaduras de compressão devem ser colocadas:

- a) Com o pé em 90° em relação à perna
- b) Com sobreposição entre camadas de 50%
- c) Com extensão da ligadura em cerca de 50%
- d) Todas as anteriores

14. Na terapia compressiva, para a mesma tensão/força na aplicação da ligadura:

- a) A pressão sub-ligadura aumenta com o aumento do diâmetro da perna
- b) A pressão sub-ligadura diminui com o aumento do diâmetro da perna
- c) A pressão sub-ligadura diminui com o aumento do número de camadas sobrepostas
- d) A pressão sub-ligadura é constante, independentemente do diâmetro da perna e do número de camadas

15. Numa perna com formato normal, na colocação de uma ligadura compressiva deve-se:

- a) Ir diminuindo a sobreposição das camadas de ligadura
- b) Ir aumentando a tensão ao longo do membro
- c) Manter constante a tensão da ligadura ao longo do membro
- d) Ir diminuindo a tensão ao longo do membro

16. Antes de aplicar as ligaduras compressivas, deve-se aplicar camada de almofadamento para:

- a) Adaptar a forma da perna
- b) Permitir variações de pressão sub-ligadura
- c) Proteção de zonas de maior pressão (zona dos gêmeos)
- d) Todas as anteriores

17. As ligaduras de curta-tração ou não elásticas são usadas em doentes:

- a) Com alterações da mobilidade túbio-társica
- b) Acamados
- c) Que deambulam regularmente
- d) Todas as anteriores

18. A pressão sub-ligadura das ligaduras de longa-tração ou elásticas:

- a) Mantém-se constante
- b) Diminui muito com a redução do edema
- c) Aumenta muito durante a deambulação
- d) É maior durante o repouso

19. Durante o repouso, a pressão é menor:

- a) Com ligaduras elásticas
- b) Com ligaduras não elásticas
- c) Com meias de compressão
- d) Com compressão pneumática intermitente

20. As meias de compressão:

- a) Usam-se no tratamento da úlcera venosa
- b) Usam-se na prevenção de recidivas
- c) Usam-se na prevenção do edema
- d) Todas as anteriores

21. A terapia compressiva não pode ser aplicada se:

- a) O doente é diabético
- b) A úlcera está infetada
- c) O doente possui insuficiência cardíaca descompensada
- d) Todas as anteriores

22. Um dos riscos da terapia compressiva é:

- a) Isquémia
- b) Úlceras por pressão
- c) Sobrecarga cardíaca
- d) Todas as anteriores

23. Durante a terapia compressiva, se surgirem estrias longitudinais no membro (efeito guttering), é sinal de:

- a) Redução do edema
- b) Compressão excessiva
- c) Compressão insuficiente
- d) Pele não tolera a pressão, estando em risco de lesões

24. Em que situação se deve referenciar o utente em terapia compressiva para a cirurgia vascular:

- a) IPTB inferior a 0,8
- b) Úlcera não tem melhoria ao final de 12 semanas
- c) Úlcera recidivante
- d) Todas as anteriores

Se aplica terapia compressiva, o questionário continua na página seguinte.

Se não aplica terapia compressiva, o questionário terminou. Muito obrigado pela sua colaboração!

Caso aplique terapia compressiva, assinale a frequência com que realiza cada uma das seguintes ações

(1 – nunca; 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – frequentemente; 5 – sempre)

	1	2	3	4	5
Classifica uma úlcera como sendo venosa apenas através das suas características típicas (como a localização ou o aspeto)					
Num doente com úlcera de perna, nos primeiros contactos, colhe uma história clínica					
Num doente com úlcera de perna, nos primeiros contactos, procura que o IPTB seja avaliado					
Aplica terapia compressiva antes de avaliado o IPTB					
Certifica-se que o IPTB é avaliado durante a terapia compressiva					
Perante uma úlcera venosa diagnosticada devidamente e não existindo contraindicações, aplica terapia compressiva					
Evita aplicar terapia compressiva a doentes acamados com úlcera venosa, mesmo que sem contraindicações					
Aplica ligaduras não-elásticas/curta-tração a doentes com reduzida mobilidade					
Aconselha meias de compressão para prevenir recidivas, após a cicatrização					
Quando muda o penso, presta cuidados de higiene a todo o membro					
Aplica a ligadura compressiva com sobreposição de camadas superior a 50%, na região dos gêmeos					
Ao aplicar a ligadura compressiva, diminui a força/tensão à medida que sobe no membro, para promover o retorno venoso					
Aplica almofadamento de algodão ou espuma em toda a perna, antes de aplicar as ligaduras compressivas					
Depois da primeira aplicação da terapia compressiva, volta a avaliar o doente após 24 horas					
Informa e esclarece o doente acerca da importância e funcionamento da terapia compressiva					
Realiza ensino de exercícios que facilitam o retorno venoso					
Realiza ensino ao doente em terapia compressiva quanto aos sinais de má perfusão					
Aconselha o doente a repousar e evitar a deambulação durante a terapia compressiva					
Em doentes sob terapia compressiva, por semana, muda o penso três vezes ou mais					
Suspende a terapia compressiva quando surgem estrias longitudinais no membro (efeito guttering)					
Aplica terapia compressiva em doentes com insuficiência cardíaca não compensada					
Aplica terapia compressiva em doentes diabéticos, sem compromisso arterial e sem neuropatia					
Referencia para a cirurgia vascular quando a úlcera não cicatriza ao fim de 12 meses					
Referencia para a cirurgia vascular quando o IPTB é inferior a 0,8					

Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE III – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

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.

Exmo(a) Enfermeiro(a),

O presente estudo, a realizar nas unidades de cuidados de saúde primários do distrito de Coimbra, enquadra-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Coimbra, a ser realizado por Cristiana Faria Ferreira, sob orientação do Professor Doutor Luís Paiva. Este estudo, com o título "Terapia Compressiva: Conhecimentos e Prática dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários" tem como objetivos caracterizar em termos de formação e experiência, os enfermeiros que prestam cuidados a úlceras de perna nos cuidados de saúde primários do distrito de Coimbra, identificar os seus conhecimentos sobre terapia compressiva, conhecer as suas práticas de terapia compressiva e identificar as barreiras à implementação da terapia compressiva percecionadas pelos próprios.

Deste modo, a fim de atingir os referidos objetivos, solicito a sua participação no preenchimento do questionário anexo para o qual se estima um dispêndio de cerca de 10 minutos.

Saliento que todos os dados serão colhidos de forma anónima e confidencial, sendo analisados e tratados em grupo e nunca individualmente. A sua participação é voluntária, salvaguardando-se o direito de poder desistir em qualquer altura, sem que daí advenha, para si, qualquer repercussão. Não são previstos riscos associados a este estudo. Sinta-se à vontade para colocar questões que considere pertinentes ou esclarecer qualquer dúvida.

Obrigada pela sua colaboração.

A investigadora:

Cristiana Ferreira

(Cristiana Faria Ferreira)

Contactos: 912981939 / ferreira_cristiana@hotmail.com

----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. 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: ____ / ____ / ____

Deverá destacar a parte inferior do consentimento e entregá-la junto ao questionário, em envelope fechado