

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ISABELLE KATHERINNE FERNANDES COSTA**

**VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA PARA PESSOAS COM  
ÚLCERA VENOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**NATAL / RN**

**2013**

**ISABELLE KATHERINNE FERNANDES COSTA**

**VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA PARA PESSOAS COM  
ÚLCERA VENOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde, como requisito (parcial/EQ) para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Desenvolvimento tecnológico em saúde e enfermagem

**Grupo de Pesquisa:** Incubadora de Procedimentos de Enfermagem

**Orientador:** Dr. Gilson de Vasconcelos Torres

**NATAL / RN  
2013**

Catálogo da Publicação na Fonte.  
UFRN/Biblioteca Setorial Especializada de Enfermagem Prof<sup>a</sup> Bertha Cruz Enders

C837 Costa, Isabelle Katherinne Fernandes

Validação de protocolo de atendimento para pessoas com úlcera venosa na atenção primária/ Isabelle Katherinne Fernandes Costa.

- 2013.

150f. : il.

Orientador: Gilson de Vasconcelos Torres.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, 2013.

1.Protocolos– Tese. 2.Úlcera varicosa– Tese. 3.Enfermagem – Tese. 4.Saúde coletiva – Tese. 5.Atenção Primária à Saúde – Tese. 6.Estudos de validação– Tese. I. Torres, Gilson de Vasconcelos. II. Título.

RN/UF/BSEnf

CDU 616.147.3-002.44 (043.3)

## **VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA PARA PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor.

**Aprovada em: 05 de fevereiro de 2013, pela banca examinadora.**

### **PRESIDENTE DA BANCA:**

Professor Dr. Gilson de Vasconcelos Torres  
(Departamento de Enfermagem/UFRN)

### **BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Orientador

---

Profa. Dra. Maria Márcia Bachion  
Universidade Federal de Goiás - UFG  
Membro

---

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE  
Membro

---

Prof. Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Membro

---

Profa. Dra. Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Membro

## DEDICATÓRIA

A **Deus** por me amparar e guiar nesta caminhada, mostrando-me sempre os melhores caminhos. Por conceder-me alegria a cada conquista e força a cada obstáculo, dando-me a oportunidade de transformar sonhos em realidade. Obrigada, Senhor!

Aos meus **pais**, Goretti e Aldo, pelo infinito amor e atenção dedicados, por terem me ensinado os verdadeiros valores da vida, e me ensinado os primeiros passos do conhecimento, incentivando-me e apoiando-me na minha vida acadêmica, tendo sido os meus maiores incentivadores nesta trajetória.

À minha **irmã** Isabel, com a qual compartilhei a infância, adolescência, a academia, o mestrado e toda a vida... Obrigada pelo companheirismo, carinho, força e por sempre acreditar no meu potencial.

Ao meu **irmão** Matheus, pelo carinho, compreensão e paciência quando eu tinha que dizer: agora não... tenho que estudar!

Ao meu **namorado** Antônio, pelo amor demonstrado nos momentos mais difíceis, fazendo com que se tornassem mais leves. Pela sua compreensão, seu carinho, doçura, cumplicidade, incentivo, por sempre acreditar em mim, e me fazer ir mais além.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

Ao **querido professor** Dr. Gilson de Vasconcelos Torres, meu orientador, por acreditar e apostar em meu potencial desde a graduação, e que, brilhantemente ofereceu os pilares sustentadores na construção desta trajetória acadêmica. Agradeço-lhe pela confiança depositada em mim, pelos valiosos ensinamentos com competência inigualável, e sobretudo por sua maneira de acompanhar a busca e a expansão de meu conhecimento. Serei eternamente grata por me adotar em seu grupo de pesquisa desde a graduação. Sou muito orgulhosa de ter sido sua bolsista de iniciação científica, ser sua orientanda e uma de suas filhas do coração. Não existem palavras que possam expressar minha gratidão ao senhor. Meu Professor e exemplo de profissional e de pessoa para toda a vida.

## AGRADECIMENTOS

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), pelo incentivo e contribuição científica, essenciais ao meu crescimento como pesquisadora.

Aos Professores Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira, Cristina Kátya Torres Teixeira Mendes e Ednaldo Cavalcante de Araújo pelas orientações e contribuições sugeridas para a minha qualificação.

Aos Professores Maria Marcia Bachion, Francisco Arnaldo Nunes de Miranda, Ednaldo Cavalcante de Araújo e Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira pelas valiosas contribuições que abrilhantaram minha defesa.

Aos meus avós, tios e tias, por sentirem minha ausência em alguns momentos desta caminhada, mas sempre terem me incentivado a ir além.

A todos os meus colegas, companheiros de doutorado, Izaura, Alex, Cecília, Helena e Raionara pela amizade construída, conhecimentos compartilhados, pelo convívio alegre e suporte nos momentos difíceis.

Aos novos amigos conquistados nesta trajetória, Bia e Cecília, obrigada por toda força, amizade e carinho.

Às minhas amigas de graduação, estrelas, principalmente Concy, Illa, Suzana, Mayana, Natália, Dulce, Déborah e Patrícia, com quem compartilhei momentos de alegria e aprendizado que jamais serão esquecidos, desculpem-me pela ausência.

A Manuela, minha amiga de infância, de academia e de pesquisa, pela amizade de tantos anos, força, carinho e confiança nos momentos mais difíceis. A Gabriela e a Thalyne, grandes amigas conquistadas com a convivência no Grupo de Pesquisa da sala do professor Gilson, obrigada pela colaboração, amizade, força e carinho dedicados durante estes anos. Muito breve serão vocês a conquistarem esta etapa!

A Fábio pela agilidade, carinho e paciência nas correções de português da tese.

Às enfermeiras e atualmente mestrandas Lívia, Samilly, Amanda, Quinídia e Rhayssa e todas as bolsistas do Prof. Gilson, Micheline, Lays, Camylla, Marjorie e Andrea pela grande contribuição, ajuda e palavras de confiança durante este processo. Tenho certeza que terão um futuro brilhante!

À Mestre Analucia, pelo incentivo, colaboração e carinho desde a Graduação até os dias atuais.

À Mestre Jussara de Paiva Nunes, um exemplo de profissional que não mede esforços em assistir com qualidade as pessoas com lesões.

À Mestre Daniele Vieira Dantas, você é um exemplo de determinação que tenho o maior prazer em seguir.

Aos juízes da pesquisa, pela participação e contribuições, sem as quais este trabalho não se concretizaria.

Aos docentes da Graduação e Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFRN, pelo empenho e compromisso no ensino da Enfermagem brasileira.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem da UFRN, nas pessoas de Célia, Gracinha, Sebastião, Luciana e Cida, sempre prestativos e pacientes na assistência às minhas solicitações.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PGENF), pelo incentivo nesta trajetória.

A Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES) pela confiança depositada e auxílio na concessão da bolsa durante o doutorado.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram para a realização deste sonho e foram fundamentais na realização dessa conquista, meu muito obrigada!

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, me ajudaram no desenvolvimento e realização deste sonho. Esta conquista também é de vocês, muito obrigada!

## RESUMO

As pessoas com úlcera venosa constituem-se um importante problema de saúde pública, o seu tratamento é oneroso e necessitam de uma assistência prestada por profissionais capacitados, sistematizada por meio de protocolos, contudo o que se encontra na assistência é que o manejo a este grupo de pessoas difere do que é preconizado na literatura científica, interferindo na cicatrização da ferida e na qualidade de vida dos acometidos. Nesse sentido, a construção de um protocolo de assistência específico para pessoas com úlcera venosa (UV) pode auxiliar os profissionais da Estratégia Saúde da Família tanto na avaliação do paciente como no estabelecimento de uma assistência de qualidade. Assim, este estudo objetivou analisar a validade de um protocolo de assistência multiprofissional a pessoas com úlcera venosa na atenção primária por profissionais de saúde mediante técnica Delphi. Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo metodológico realizado em duas etapas: primeira etapa referente a revisão integrativa da literatura para subsidiar a elaboração do protocolo; em seguida, esses aspectos foram organizados e propostos aos juízes do estudo por meio da técnica Delphi. O estudo foi iniciado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. A primeira etapa foi realizada entre agosto e setembro de 2012, na biblioteca virtual de saúde, na página da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, de Secretarias Municipais de Saúde e guidelines de associações internacionais e na etapa subsequente realizada no período de setembro de 2012 a janeiro de 2013, realizou-se busca por meio da plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, a fim de identificar profissionais de saúde do Brasil que atuassem como juízes do instrumento e em seguida, via online, submeteu-se o formulário aos pesquisados. A amostra para a segunda etapa foi de 51 juízes na primeira rodada e de 35 para a segunda rodada Delphi. A análise foi feita adotando-se índice Kappa  $\geq 0,81$  e Índice de Validade de Conteúdo (IVC)  $> 0,80$ . Na primeira submissão aos juízes, os itens que não atingiram os índices Kappa e IVC estabelecidos pertenciam as categorias: solicitação/ realização/ resultados de exames, dados sociodemográficos, anamnese, fatores de risco, verificação de dor/ sinais vitais/ pulso/ sinais de infecção/ localização da lesão/ edema e tratamento da dor. Após a remoção dos itens que não obtiveram os índices Kappa ou IVC estabelecidos, verificou-se alcance de níveis ótimos desses índices para as categorias. Na etapa seguinte houve a ressubmissão do protocolo aos juízes por meio da técnica Delphi em que se verificou que, das 15 categorias do protocolo, 12 apresentaram melhores escores na fase Delphi 2 e as outras três categorias mantiveram os mesmos índices Kappa e IVC da fase anterior. Quanto à média dos requisitos de avaliação do protocolo verificou-se que as notas atribuídas pelos juízes na segunda fase foram maiores em nove dos 10 itens, permanecendo a mesma em apenas um dos itens indicando validade do instrumento perante o consenso dos juízes. Assim, aceita-se a hipótese alternativa no estudo, a medida que foram obtidos na fase Delphi 2 índices de validade maiores ou iguais aos da fase Delphi 1. A formulação deste protocolo de assistência válido pode embasar a reorganização e replanejamento da assistência, com padronização das ações e a continuidade da assistência às pessoas com úlcera venosa na atenção primária.

**Descritores:** Protocolos; Úlcera varicosa; Enfermagem; Saúde coletiva; Atenção Primária à Saúde; Estudos de validação.

## ABSTRACT

People with venous ulcers constitute as an important public health problem, its treatment is onerous and require assistance provided by trained professionals, systematized through protocols, however what lies in the assistance is that the management of this group of people differs from that preconized in the scientific literature, interfering with wound healing and quality of life of affected. In this sense, the construction of a assistance protocol specific to people with venous ulcers (VU) can help professionals of the Family Health Strategy both in patient assessment as and in establishment of quality assistance. Thus, this study aimed to analyse the validity of a multiprofessional assistance protocol for people with venous ulcers in primary care by health professionals using Delphi technique. This is a quantitative study, the methodological type conducted in two steps: first step related to integrative literature review to subsidize the development of the protocol, then these aspects were organized and proposed to the judges of the study through the Delphi technique. The study was initiated after approval by the Research Ethics Committee. The first step was performed between August and September 2012, in the virtual library of health, in the page of the Coordination of Improvement of Higher Education Personnel, of Municipal Health Secretariat and international guidelines of associations and in the subsequent step carried out between September 2012 to January 2013, was performed search by Lattes platform of the National Council of Technological and Scientific Development, in order to identify health professionals in Brazil who act as judges of the instrument and then, via online, the form was submitted to them. The sample for the second step was 51 judges in the first round and 35 for the second round Delphi. The analysis was done by adopting Kappa index  $\geq 0.81$  and Content Validity Index (CVI)  $> 0.80$ . In the first submission for the judges, items that did not reach Kappa and CVI established were: request / realization / test results, demographic data, medical history, risk factors, verification of pain / vital signs / pulse / infection signs / lesion location/ edema and pain treatment. After removal of items which have not obtained Kappa or CVI index established, it was found achieving optimal levels of these index for the categories. In the next step was the resubmissão of protocol to judges through the Delphi technique in it was found that, of the 15 categories of the protocol, 12 presented higher scores in Delphi 2 phase and the other three categories remained the same Kappa and IVC of the previous phase. As for the average of evaluation requirements of the protocol was found that the scores assigned by the judges were higher in the second phase in nine of the 10 items, remaining the same in only one of the items indicating validity of the instrument before the consensus of the judges. Thus, we accepted the alternative hypothesis in this study, as they were obtained in the second Delphi phase the validity index greater than or equal to the Delphi 1 phase. The formulation of this assistance protocol valid and reproducible will enable a reorganization and redesign of assistance, with standardization of actions and continuity of care for persons with venous ulcers in primary health care.

**Descriptors:** Protocols, varicose ulcer, Public Health, Quality of Life, Primary Health Care, Validation Studies.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Atenção Primária as Saúde – APS  
Bases de Dados de Enfermagem – BDENF  
Biblioteca Virtual de Saúde – BVS  
Chronic Venous Insufficiency Questionnaire – CIVIQ  
Comitê de Ética e Pesquisa – CEP  
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq  
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES  
Descritores em Ciências da Saúde – DeCS  
Doença Venosa Crônica – DVC  
Estratégia Saúde da Família – ESF  
Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL  
Índice de Massa Corporal – IMC  
Índice de pressão tornozelo/braço – ITB  
Índice de Validade de Conteúdo – IVC  
Índice Kappa – K  
Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS  
Medical Subject Headings – MeSH  
Membros Inferiores – MMII  
Organização Mundial de Saúde – OMS  
Pontifícia Universidade Católica – PUC  
Qualidade de Vida – QV  
Scientific Eletronic Online Brasil – SCIELO  
Sinais Vitais – SSVV  
Sistema Único de Saúde – SUS  
Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE  
Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular – SBACV  
Statistical Package for the Social Sciences – SPSS  
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE  
Trabalho de Conclusão de Curso – TCC  
Trombose Venosa Profunda – TVP

Úlceras venosas – UV

Unidade de Terapia Intensiva – UTI

Universidade de São Paulo – USP

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis de caracterização pessoal e profissional. Natal/RN, 2013. ....	50
Quadro 2 – Variáveis sociodemográficas presentes no protocolo. Natal/RN, 2013. ....	50
Quadro 3 – Variáveis da anamnese e fatores de risco presentes no protocolo. Natal/RN, 2013. ....	51
Quadro 4 – Variáveis da assistência e da qualidade de vida presentes no protocolo. Natal/RN, 2013. ....	52
Quadro 5- Questionário de avaliação da qualidade de vida CIVIQ. ....	54
Quadro 6 – Variáveis do parecer final do protocolo. Natal/RN, 2013. ....	55
Quadro 7 – Requisitos de avaliação geral do protocolo analisados pelos juízes. Natal/RN, 2013. ....	55
Quadro 8 – Distribuição do Índice Kappa (K) e respectivos níveis de interpretação de concordância (PEREIRA, 1995). ....	58
Quadro 9 – Descrição e estatísticas das hipóteses do estudo. Brasil, 2013. ....	59
Quadro 10 – Síntese dos três artigos que compõem os resultados e discussões por título, objetivo e qualis que serão submetidos. ....	61

### ARTIGO 1

Quadro 1 – Distribuição das publicações quanto ao ano, base, tipo de publicação, tipo de produto/proposta e foco do estudo, Natal/RN, 2013. ....	67
Quadro 2 – Distribuição dos estudos quanto a nacionalidade, cenário, validação, direcionamento do estudo e presença de fluxogramas ou instrumentos. Natal/RN, 2013. ....	68
Quadro 3 - Distribuição dos estudos quanto aos aspectos da abordagem da pessoa com úlcera venosa e qualidade de vida. Natal/RN, 2013. ....	70

### ARTIGO 2

Quadro 1 – Sugestões dos juízes, aceitação das sugestões pelos pesquisadores e a justificativa para aceite ou recusa das sugestões oferecidas pelos juízes. Brasil, 2012. ....	85
Quadro 2 – Julgamento dos juízes sobre as categorias de composição do protocolo inicialmente e após a remoção dos itens que obtiveram baixos escores de concordância. Brasil, 2012. ....	86

### ARTIGO 3

Quadro 1 – Julgamento dos juízes sobre as categorias de composição do protocolo na fase Delphi 1 e fase Delphi 2 e o teste de Wilcoxon. Natal/RN, 2013. ....	101
Quadro 2 – Média, desvio padrão e teste de Wilcoxon das notas atribuídas pelos juízes ao protocolo na fase Delphi 1 e fase Delphi 2. Natal/RN, 2013. ....	102

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1– Modelo de validação do protocolo para pessoas com úlceras venosas atendidas na atenção primária .....	22
Figura 2 – Síntese do processo de obtenção dos estudos selecionados para a revisão integrativa.....	46
Figura 3 – Fluxograma de coleta de dados. Brasil, 2013. ....	57

### ARTIGO 1

Figura 1– Síntese do processo de obtenção dos estudos selecionados para a revisão integrativa.....	66
Figura 2 – Modelo esquemático das categorias de proposição de protocolo para pessoas com úlcera venosa atendidas na atenção primária.. ....	73

### ARTIGO 3

Figura 1 – Fluxograma de desenvolvimento do estudo, Brasil, 2013 .....	99
Figura 2 – Rede explicativa da utilização do protocolo de assistência à pessoa com úlcera venosa.....	103

## **LISTA DE TABELAS**

### **ARTIGO 2**

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas dos profissionais participantes da pesquisa, quanto ao sexo, faixa etária, instituição que trabalha e região. Natal/RN, 2012.....	84
---	----

### **ARTIGO 3**

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas dos profissionais nas fases Delphi 1 e Delphi 2. Natal/RN, 2013 .....	100
---	-----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO.....	19
1.2 JUSTIFICATIVA.....	23
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>24</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	24
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>25</b>
3.1 A INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA E A ÚLCERA VENOSA .....	25
3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	31
3.3 ASSISTÊNCIA AS PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA CRÔNICA .....	33
3.4 PROTOCOLOS DE ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM UV .....	37
3.5 PROCESSO DE VALIDAÇÃO .....	41
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>44</b>
4.1 ETAPAS DO ESTUDO .....	44
4.2 PRIMEIRA ETAPA .....	44
4.3 SEGUNDA ETAPA .....	47
4.4 ASPECTOS ÉTICOS .....	60
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>61</b>
5.1 ARTIGO 1 - PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	62
5.2 ARTIGO 2 - PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA À PESSOAS COM ÚLCERAS VENOSAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO.....	78
5.3 ARTIGO 3 - VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO PARA PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA POR PROFISSIONAIS: COMPOSIÇÃO E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO .....	94
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>110</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>150</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As pessoas com úlceras vasculares constituem-se em um problema de saúde pública, sendo responsáveis por considerável impacto econômico devido ao grande quantitativo de pessoas acometidas, por necessitar de cuidados em saúde, provocar absenteísmo ou perda do trabalho/emprego, contribuindo para onerar o gasto público, além de provocar o sofrimento das pessoas e a interferência na sua qualidade de vida (BRASIL, 2008; DEODATO, 2007; SANT'ANNA et al, 2012; SILVA; MOREIRA, 2011). As complicações das lesões causam problemas físicos, sociais, econômicos e emocionais (LONGO JÚNIOR et al, 2001). A úlcera vascular é caracterizada por perda circunscrita ou irregular do tegumento (derme e/ou epiderme), podendo atingir os tecidos subcutâneo e subjacente, acometendo as extremidades dos membros inferiores (MMII) e cuja causa está, geralmente, relacionada ao sistema vascular venoso ou neuropatia (MAFFEI, 2002).

Entre as úlceras vasculares, temos as venosas que são muito frequentes na prática clínica e concentram grandes verbas da área da saúde. Sua frequência vem crescendo de acordo com o aumento da expectativa de vida da população mundial (BRYANT, 2000; DEODATO, 2007; NUNES et al, 2008; CONUEI, 2009; SILVA; MOREIRA, 2011; EVANGELISTA et al, 2012). No Brasil, embora sejam escassos os registros dos atendimentos, sabe-se que contribuem para onerar os gastos públicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e interferem na qualidade de vida dos portadores e de seus familiares (BRASIL, 2008; COSTA, 2011). Nos países europeus, consome cerca de 1 a 2% do orçamento de saúde (RUCKLEY, 1997).

As úlceras mais frequentemente encontradas tanto na atenção primária à saúde como nos hospitais gerais e especializados advêm da insuficiência venosa crônica, em um percentual entre 80% a 85%, e de doença arterial (5% a 10%), sendo o restante de origem neuropática (usualmente diabética) ou mista (BRASIL, 2002). As úlceras venosas são responsáveis por uma ocorrência que varia de 36,7% a 80,0% de todas as úlceras de perna (RAMOS et al, 2001; MOFFAT et al, 2004; FRADE et al., 2005; PINA et al, 2005; FERNANDES; PIMENTA; FERNANDES, 2007; MARTINS, 2006).

As úlceras venosas (UV) acometem pessoas de diferentes faixas etárias, com índices elevados índices de recidiva (aproximadamente 60% dos casos), e repercutem de forma severa na deambulação das pessoas. As lesões apresentam tratamento duradouro e complexo e são

causa de hospitalização prolongada, sendo responsáveis por morbidade e perda da qualidade de vida. (CASTILLO et al, 2004; LOPEZ; ARAVITES; LOPES, 2005).

A insuficiência venosa crônica é resultante da insuficiência das válvulas das veias da perna e da associação do refluxo de sangue para as veias superficiais. Esse agravo pode ser de etiologia congênita, primária ou secundária (PHILLIPS, 2001). A insuficiência de origem congênita diz respeito aos problemas que podem ser aparentes no nascimento ou detectados posteriormente; as determinantes de insuficiência venosa crônica primária têm causa desconhecida, enquanto que a secundária é adquirida por doença conhecida, como a trombose venosa profunda (TVP) (MAFFEI, 2002).

Embora não fatais, as úlceras venosas comprometem gravemente a qualidade de vida do doente devido à mobilidade diminuída e substancial perda de produtividade (BREM; KIRSNER; FALANGA, 2004).

O diagnóstico de úlcera venosa demanda aos indivíduos acometidos mudanças em seu estilo de vida, como fazer regime de tratamento, conhecer a doença e lidar com incômodos físicos; perdas nas relações sociais, financeiras, nas atividades como locomoção, trabalho e lazer, ameaças à aparência individual, à vida e à preservação da esperança (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996, SOUSA, 2009; EVANGELISTA et al, 2012).

A cronicidade das úlceras afeta a produtividade no trabalho, gerando aposentadorias por invalidez, restringindo as atividades da vida diária e de lazer. Para muitos pacientes, essa doença venosa significa dor, perda de mobilidade funcional e piora da qualidade de vida (QV) (NUNES et al, 2008, COSTA et al, 2011; EVANGELISTA et al, 2012).

Estima-se que aproximadamente 3% da população brasileira apresentem lesões venosas, que se elevam para 10% no caso de diabéticos. Da população brasileira quatro milhões de pessoas, em média, possuem lesões crônicas ou têm algum tipo de complicação no processo de cicatrização (BRASIL, 2002; FRADE et al, 2005).

A assistência as pessoas com UV, devido ao tratamento longo e complexo, exigem atuação multiprofissional, adoção de protocolo, conhecimento específico, habilidade técnica, articulação entre os níveis de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) e também participação ativa das pessoas com essas lesões e seus familiares, dentro de uma perspectiva integral da assistência ao indivíduo (DANTAS, 2010).

Silva Júnior e Mascarenhas (2004) afirmaram que o cuidado é concebido como uma tecnologia de saúde complexa, presente em todos os níveis do sistema e é apreendido por seu

aspecto relacional, por meio da interação entre sujeitos (equipe de saúde/usuários/gestor) no processo de atenção à saúde individualizado ou na relação com a comunidade.

A integralidade na atenção à saúde é definida como um princípio do SUS, orientando políticas e ações que respondam às demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado (SILVA; SENA, 2008, TORRES et al, 2009).

A qualidade de vida é um conceito marcado pela subjetividade, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana, quer sejam físicos, sociais, psicológicos, culturais ou espirituais (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) baseou-se em três aspectos fundamentais referentes ao construto qualidade de vida: subjetividade; multidimensionalidade, presença de dimensões positivas – mobilidade - e negativas – dor; para defini-la como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1995). Além da qualidade de vida na abordagem a pessoa com UV, considera-se como aspecto fundamental a assistência sistematizada pautada em protocolo que contemple a avaliação clínica, diagnóstico precoce, planejamento do tratamento, implementação do plano de cuidados, evolução e reavaliação das condutas, além de trabalho educativo permanente em equipe, envolvendo as pessoas com lesões, familiares e cuidadores (BELO HORIZONTE, 2003; RIBEIRÃO PRETO, 2010; NATAL, 2008; DANTAS, 2010).

Um protocolo de assistência é o conjunto de passos, com intuito de sistematizar o tratamento e acompanhamento do paciente, instrumentalizar a supervisão das ações e subsidiar a educação em serviços de saúde (ROCHA; FREITAS, 2003). Para Uchoa e Camargo Júnior (2010), a utilização de protocolos com base em estudos científicos e opinião de profissionais é uma exigência defendida como forma de homogeneizar a prática e torná-la segura.

Um protocolo sistematizado de assistência possibilita a equipe multiprofissional avaliar de maneira uniformizada os fatores relacionados aos aspectos clínicos (características da dor, sinais de IVC, tempo de lesão e características do membro afetado e da úlcera), assistenciais (diagnóstico, condutas e intervenções) e da qualidade de vida dos pacientes, que podem interferir na evolução da cicatrização da UV (BELO HORIZONTE, 2010; RIBEIRÃO PRETO, 2010; DANTAS, 2010).

Essa abordagem é corroborada por autores como Borges (2000), Ramos et al (2001), Brasil (2002), Borges (2005), Nóbrega et al (2008) e Nunes et al (2008), Silva et al, 2012, quando afirmam que as pessoas com lesões de pele de qualquer etiologia requerem uma assistência de qualidade com visão integral do ser humano, dentro do seu contexto socioeconômico, cultural e de saúde, e com atuação de equipe multiprofissional, considerando a complexidade e dinamicidade que envolve o processo de cicatrização dessas lesões.

No Brasil, Torres et al (2009) e Silva et al (2012) apontam a falta de sistematização da assistência ao usuário com úlceras venosas na Atenção Primária à Saúde (APS). Poucos municípios adotam protocolos clínicos que direcionem ações de cuidados voltadas à prevenção e tratamento dessas úlceras. Esta situação pode trazer implicações aos usuários em relação ao tempo de cicatrização, refletindo em sua qualidade de vida e ainda onerando financeiramente o sistema público de saúde com gastos desnecessários (TORRES et al, 2009; SILVA et al, 2012).

Destaca-se assim a importância de padronização da assistência a pessoas com úlcera venosa com base em evidências científicas, que fundamentem o cuidado aos usuários com úlceras venosas, e promovam a segurança do paciente. Diante do exposto, propôs-se desenvolver um estudo para construção e validação de um protocolo de assistência a pessoa com úlcera venosa na atenção primária, optando-se pela aplicação da Técnica Delphi para sua validação.

Essa técnica possibilita obter consenso de um grupo acerca de determinado fenômeno por intermédio de um questionário, que é repassado continuadas vezes até obter uma convergência das respostas, representando uma consolidação do julgamento intuitivo do grupo. Pressupõe-se que o julgamento coletivo, ao ser bem organizado, é melhor do que a opinião de um só indivíduo (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2006).

## 1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

Estudos realizados no Brasil indicam que fatores como a falta de diagnóstico da UV, tratamento em desacordo com as principais recomendações da literatura na área, más condições de cicatrização, não realização de exames laboratoriais, acesso restrito ao angiologista, ausência de tratamento sistêmico, irregularidade no tratamento, ausência de

terapia compressiva, falta de avaliação e manejo adequado da dor, presença de dor, inadequação na conduta domiciliar, falta de materiais para curativos e ausência de treinamentos para cuidadores contribuem para a inadequação da assistência prestada e para diminuição da QV das pessoas com UV (COSTA, 2011; DEODATO; TORRES, 2008; TORRES et al, 2009; NÓBREGA et al, 2008; NUNES et al, 2008; SANTA´ANNA et al, 2012; SILVA et al, 2012).

Tais fatores implicam em dificuldade na evolução das úlceras vasculares, contribuindo para a manutenção da cronicidade destas lesões. Além desses aspectos, os determinantes das condições de vida dessa população como escolaridade, faixa etária, renda mensal, ocupação e hábitos de vida dificultam, muitas vezes, a efetivação das ações e acarretam o prolongamento do tratamento e cronicidade das lesões (COSTA et al, 2012; DEODATO; TORRES, 2008; MALAQUIAS et al, 2012; NÓBREGA et al, 2008; NUNES et al., 2008; SILVA; MOREIRA, 2011; TORRES et al, 2009).

Constatou-se que a assistência proporcionada na atenção primária não vem contribuindo para o tratamento efetivo e prevenção de novas úlceras, o que em alguns estudos pode se verificar por meio dos altos índices de recidivas que variam de 50% a 85% (SANT´ANNA, 2012; BONGIOVANNI; HUGHES; BOMENGEN, 2006; COSTA, 2011; TORRES et al, 2009; MACEDO, 2009), aumentando a demanda de pessoas com lesões crônicas aos níveis secundários e terciário da assistência, as quais estão cada vez mais difíceis de serem tratadas, e muitas vezes, com complicações avançadas e irreversíveis, com agravamento do estado geral e de doenças crônicas pré-existentes.

Costa (2011) constatou que a prestação de assistência inadequada, além de contribuir para a manutenção da cronicidade da UVs, repercute diretamente nas complicações decorrentes da IVC, produzindo profundas alterações nos aspectos socio-econômico-psicossocial das pessoas com lesão e familiares que convivem com esse problema de saúde, contribuindo, significativamente ( $p=0,001$ ), para deterioração da qualidade de vida das pessoas com UV.

Partindo dessas considerações e embasado nos resultados de pesquisas desenvolvidas no Brasil, constata-se que a assistência às pessoas com úlceras venosas tem se caracterizado por ser assistemática (NUNES, 2006; DEODATO, 2007), inexistência de protocolos específicos (COSTA, 2011; DANTAS, 2010; FIGUEIREDO; ZUFFI, 2012; ÉCHELLI; BUSATO, 2006), centralização do tratamento na lesão (BORGES; CALIRI; HAAS, 2007; SANTA´ANNA et al, 2012;), falta de avaliação integral do paciente por parte de uma equipe

multiprofissional (NUNES, 2006), uso de técnicas de curativo inadequadas (SILVA et al, 2012; ÉCHELLI; BUSATO, 2006; NUNES, 2006), descontinuidade da realização dos curativos, que geralmente ocorre devido à falta de recursos materiais e/ou coberturas (FIGUEIREDO; ZUFFI, 2012; ÉCHELLI; BUSATO, 2006; NUNES, 2006), dificuldade de implementação da referência e contrarreferência entre os níveis de complexidade (NUNES, 2006; COSTA, 2011) e falta de preparo adequado dos profissionais (SANTA´ANNA, 2012).

Nesse sentido, as dificuldades enfrentadas diariamente pelas pessoas com UV, por seus familiares e pelos profissionais de saúde que cuidam desses pacientes configuram um enorme problema de saúde, dos quais o usuário espera respostas para suas necessidades.

O processo de construção do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Constituição de 1998 e por leis complementares no campo da saúde, tem como pressupostos básicos os princípios da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Isso gerou alguns programas para consolidação desse Sistema (AZEVEDO, 2007).

Nesse contexto, a implantação do SUS trouxe modificações para a organização das práticas de atenção à saúde e de gestão do sistema, permitindo a reconfiguração do modelo assistencial mediante a formulação e ampliação de propostas inovadoras associadas a novos modelos. Esses movimentos envolvem a diversificação dos serviços de saúde, os novos processos de qualificação dos trabalhadores e a natureza do trabalho em saúde, mantendo estreita relação com a atual reorganização do mundo do trabalho (COSTA, 2007).

Na atenção primária, com a substituição do modelo tradicional pela Estratégia de Saúde da Família e enfoque na integralidade do sistema e práticas de saúde, houve implicação nos custos e mudanças quantitativas e qualitativas marcadas pela tendência de extensão das equipes aos grandes centros urbanos e descentralização de responsabilidades com a média e alta complexidade (ROCHA et al, 2008).

No nível terciário, em que estão dispostas as ações de alta complexidade, os usuários chegam ao serviço na expectativa de resolução do seu problema, como última tentativa de recuperação, no entanto, nem sempre esses pacientes conseguem a assistência de que necessitam. As pessoas que são atendidas, quando retornam à atenção primária, encontram novas dificuldades para continuidade do cuidado e reavaliação das lesões - reflexo da inexistência de sistema de referência e contrarreferência integral e colaborativo entre os níveis de assistência (ROCHA et al, 2008).

Dessa maneira, consideramos como aspecto fundamental na qualidade da assistência

às pessoas com UV a adoção de protocolo multiprofissional de assistência que contemple a abordagem da qualidade de vida do usuário, o diagnóstico precoce, o planejamento do tratamento adequado, a implementação do plano de cuidados, a evolução e reavaliação das condutas e tratamento, além do trabalho educativo permanente em equipe. Isso poderá contribuir com a efetiva evolução favorável para cicatrização das úlceras venosas, bem como, a prevenção de novas lesões reduzindo a possibilidade de recorrência.

Acredita-se que, mediante um protocolo a equipe multiprofissional de saúde poderá contribuir, significativamente, na evolução da úlcera e de suas respectivas intervenções; acompanhar a evolução das etapas do processo cicatricial das úlceras e fazer a opção pelo melhor tratamento, condutas e curativos/coberturas a serem utilizadas nas diversas etapas, bem como, melhorar a qualidade de vida da pessoa com UV.

Nesse sentido, propõe-se o seguinte modelo:



Figura 1 – Modelo de validação do protocolo para pessoas com úlceras venosas atendidas na atenção primária.

Assim, partiu-se do pressuposto que é possível atingir validade do protocolo a partir do julgamento dos juízes pela Técnica Delphi e elegemos as seguintes hipóteses de pesquisa:

Hipótese nula – Os índices de validação (Kappa e IVC) do protocolo pela fase Delphi 2 serão inferiores que os alcançados na fase Delphi 1.

Hipótese alternativa – Os índices de validação (Kappa e IVC) do protocolo pela fase Delphi 2 serão iguais ou melhores que os alcançados na fase Delphi 1.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Acredita-se que esta pesquisa contribuirá para a geração de um protocolo de assistência que possa ser apresentado aos gestores com a proposta de sua implementação na atenção primária à saúde. Dessa forma, contribuindo para análise da situação envolvendo a temática, a qual dará subsídios para novas intervenções, objetivando a melhoria da qualidade da assistência, de forma adequada e segura.

Este estudo justifica-se pela necessidade de assistir com protocolos as pessoas com úlcera venosa, com a finalidade de reduzir o tempo de tratamento, diminuir as recidivâncias e evitar complicações decorrentes dessas lesões.

No que diz respeito aos serviços e profissionais na atenção primária, o estudo poderá trazer subsídios para a organização do serviço, otimização do tempo, interação entre os profissionais de forma a atender de maneira mais padronizada e sistematizada a pessoa com UV. Para tanto, o estabelecimento de um protocolo validado, pautado na participação ativa da equipe multiprofissional, é considerado fundamental para melhorar a qualidade da assistência às pessoas com úlcera venosa.

Acredita-se que a partir deste estudo, com o auxílio da avaliação dos profissionais envolvidos e as diretrizes recomendadas na literatura científica pertinente, pode-se subsidiar a elaboração de um protocolo de assistência a pessoas com UV, objeto deste estudo, visando a sua proposição ao serviço. Dessa forma, contribuindo para novas práticas nessa área objetivando a melhoria da qualidade da assistência e de vida das pessoas com úlcera venosa e seus familiares, bem como, possibilitará uma ampliação da produção científica e conseqüentemente renovação dos conhecimentos nessa área.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a validade de um protocolo para atender pessoas com úlcera venosa na atenção primária por profissionais de saúde mediante técnica Delphi.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Elaborar um protocolo de assistência a pessoas com úlcera venosa atendidas na atenção primária com base em revisão integrativa da literatura
- Verificar a validade de conteúdo de um protocolo multiprofissional para atender pessoas com úlcera venosa na atenção primária.
- Avaliar a composição e critérios de avaliação por profissionais de saúde na validação de protocolo para pessoas com úlcera venosa atendidas na atenção primária.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 A INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA E A ÚLCERA VENOSA

A insuficiência venosa crônica (também chamada de doença venosa crônica), é a afecção dos membros inferiores (MMII) mais prevalente das doenças venosas na população geral e acompanha-se de elevada morbidade (ALBERTI et al, 2010). Ela surge por uma incompetência no sistema venoso dos membros inferiores em realizar o retorno venoso. Essa disfunção é definida como uma anormalidade do funcionamento do sistema venoso que pode ser causada por uma incompetência valvular, disfunção dos músculos da panturrilha, obstrução do fluxo venoso ou associação desses fatores. Pode afetar o sistema venoso superficial, o sistema venoso profundo ou ambos (FRANÇA; TAVARES, 2003). Essas anormalidades causam dor e desconforto no membro afetado e podem eventualmente evoluir para formação de úlceras de estase venosa (ETUFUGH; PHILLIPS, 2007; SEIDEL et al, 2011)

Além da disfunção valvular, a obstrução venosa também aumenta a pressão venosa, instalando a hipertensão venosa, devido à trombose venosa profunda que tende à recanalização em um período de três a seis meses, acarretando em lesão das válvulas venosas pelo processo trombótico e o conseqüente refluxo venoso. Com a presença do refluxo, a musculatura da panturrilha tenta compensar a sobrecarga de volume das veias insuficientes, ejetando um volume de sangue maior (EBERHARDT; RAFFETTO, 2005; FRANÇA; TAVARES, 2003).

As pressões elevadas no interior dos vasos mais profundos afetam a microcirculação, lesando as paredes dos vasos, aumentando sua permeabilidade, facilitando a passagem de substâncias do seu interior para a pele, que acabam provocando alterações cutâneas (ETUFUGH; PHILLIPS, 2007). Essas alterações incluem veias varicosas, edema, hiperpigmentação, eczema, erisipela, lipodermatosclerose, dor e acabam culminando com a ulceração do tecido (ABADDE; LASTÓRIA, 2006; CASEY, 2004; MAFFEI, 2002).

Outro mecanismo está relacionado à musculatura da panturrilha, que exerce papel importante no retorno venoso. Essa bomba muscular, quando em perfeito funcionamento, comprime as veias profundas da panturrilha durante sua contração. A válvula distal da veia profunda e as válvulas das veias perfurantes fecham-se, e o sangue é ejetado em direção ao coração. Durante o relaxamento da panturrilha, produz-se significativa queda de pressão nas

veias profundas, podendo atingir pressões negativas; fecha-se, então, a válvula proximal do eixo profundo (EBERHARDT; RAFFETTO, 2005; FRANÇA; TAVARES, 2003).

Dessa forma, a pressão venosa da rede superficial torna-se mais elevada do que a dos eixos profundos, e o sangue é aspirado em profundidade por meio das veias perforantes. A bomba muscular, em um indivíduo sadio, ejeta o sangue de modo tão eficaz que reduz a pressão intravascular venosa a valores próximos de zero e é capaz de gerar pressões superiores a 200 mmHg. Para que essa bomba muscular funcione adequadamente, faz-se necessária a presença de veias de drenagem pérvias com válvulas competentes, musculatura eutônica e eutrófica, integridade neural e articulações livres (EBERHARDT; RAFFETTO, 2005; FRANÇA; TAVARES, 2003).

A insuficiência venosa crônica tem diagnóstico eminentemente clínico, por meio da anamnese e do exame físico. Na anamnese é necessário coletar dados a respeito da história da doença atual; caracterização de doenças anteriores; traumatismos prévios dos membros; existência de doença varicosa; hábitos de vida; profissão; e principalmente a queixa atual e duração dos sintomas. Durante o exame físico, devem-se investigar os sintomas da insuficiência venosa crônica, mediante inspeção visual e palpação; deve ser sempre realizado em local com boa iluminação e com o paciente em pé (ABBADE; LASTÓRIA, 2006; EBERHARDT, RAFFETTO, 2005; FRANÇA; TAVARES, 2003; MAFFEI, 2002; SILVA et al, 2007).

O CEAP consiste no diagnóstico mais completo e classifica a gravidade clínica e a incapacidade para o trabalho no paciente com doença venosa crônica e, além do critério clínico e anatômico, também analisa os critérios etiológicos e patológicos (EKLÖF et al, 2004). A classificação clínica é dividida em: C0 (sem sinais de doença venosa), C1 (telangiectasias e veias reticulares), C2 (veias varicosas), C3 (edema), C4 (alterações subcutâneas; divide-se em C4a, que representa alterações na pigmentação e eczema, e C4b, lipodermatoesclerose e atrofia branca) C5 (úlceras de estase cicatrizada) e C6 (úlceras de estase aberta) (SANTOS et al, 2009).

Além da clínica, testes invasivos e não invasivos também podem ser utilizados para estabelecer o diagnóstico médico. São eles: Doppler de ondas contínuas, duplex scan, pressão venosa ambulatorial, plestimografia, flebografia, varicografia e fotopletismografia (ALDUNATE et al, 2010; ABBADE; LASTÓRIA, 2006; EBERHARDT; RAFFETTO, 2005; FRANÇA; TAVARES, 2003; MAFFEI, 2002).

O tratamento da insuficiência venosa crônica envolve medidas que reduzem os sintomas e ajudam a prevenir o desenvolvimento de complicações secundárias e a progressão da doença, por meio do uso de medicamentos vasoativos e/ou compressão elástica, além de algumas terapias a laser e tratamento cirúrgico nos casos mais graves, quando há presença de refluxo em junção safeno-femoral ou safeno-poplítea (ALDUNATE et al, 2010; EBERHARDT; RAFFETTO, 2005; FRANÇA; TAVARES, 2003).

A insuficiência venosa crônica apresenta morbidade considerável quando já em estado ulcerativo, causando alterações importantes na vida dos pacientes em vários aspectos: sociais, laborais, psicológicos, entre outros (MAFFEI, 2002; NUNES et al, 2006). As úlceras venosas não são a causa próxima da morte, pacientes com úlceras venosas sofrem de múltiplas comorbidades (OLSON et al, 2009).

Estima-se que a prevalência de insuficiência venosa crônica seja de 5 a 30% da população adulta, com predominância do sexo feminino para o masculino de 3 a 1, causando considerável impacto socioeconômico nos países ocidentais devido à alta prevalência, custos no diagnóstico e tratamento, além da perda de dias de trabalho. O custo total da insuficiência venosa crônica para a sociedade é estimado em um bilhão de euros em cada um de três países europeus (Alemanha, França e Reino Unido) (EBERHARDT; RAFFETTO, 2005; EVANS et al, 1999; NICOLAIDES, 2000).

A importância da insuficiência venosa está relacionada com o número de pessoas que são atingidas pela doença e sobre o impacto socioeconômico das suas manifestações mais graves. A prevalência na população aumenta com a idade, sendo mais comum a partir da terceira década de vida, atingindo o indivíduo em plena maturidade, quando sua capacidade de trabalho é maior. As complicações acontecem lentamente, sendo a úlcera venosa (UV) complicação mais importante (EBERHARDT; RAFFETTO, 2005; FRANÇA; TAVARES, 2003; MAFFEI, 2002).

A úlcera venosa (UV) é definida como uma lesão que acomete, na maioria das vezes, o terço inferior dos MMII. Esta lesão representa cerca de 70% a 90% dos casos de úlceras de perna, sendo a insuficiência venosa crônica seu fator etiológico mais comum (DOUGHTY; WALDROP; RAMUNDO, 2000).

A úlcera venosa é caracterizada pela perda irregular do tegumento (epiderme ou derme) de forma superficial, mas podendo se tornar profunda, bordas definidas e emolduradas, comumente com exsudato amarelado, iniciando de forma espontânea ou traumática, com presença de eczema, hiperpigmentação, edema, lipodermatoesclerose e

aspecto eritematoso na região perilesional. O leito da ferida tende a ser superficial com tecido de granulação, bem como algum material fibrinoso, e a superfície da ferida raramente mostra necrose ou tendões expostos. As úlceras podem ser únicas ou múltiplas, de tamanhos e localizações variáveis, mas em geral ocorrem no terço médio distal da perna, com maior incidência nas proeminências ósseas, especialmente nos maléolos mediais, podendo envolver toda a circunferência da perna, se não tratadas (ABADDE; LASTÓRIA, 2006; ARAÚJO et al., 2003; FRADE et al., 2005; FRANÇA; TAVARES, 2003).

A UV produz muito exsudato e, quando purulento, indica infecção. Geralmente é dolorosa e melhora com a elevação dos membros. A dor é mais evidente quando há presença de edema e infecção (PIEPER; CALIRI; CARDOSO, 2002; VALENCIA; FALABELLA; EAGLSTEIN, 2001; YAMADA, 2003).

Conforme relatam Borges (2005), Gohel et al (2007) e Yamada e Santos (2005), pouco se sabe com exatidão a respeito dos mecanismos fisiopatológicos responsáveis pela UV, entretanto, há um consenso entre esses autores de que a hipertensão venosa seja a condição mais comum para a ulceração.

Nesse sentido, algumas teorias têm sido elaboradas para explicar a patogênese da UV, buscando aprofundar o conhecimento não só acerca do surgimento da lesão, como também de sua manutenção.

A teoria mais aceita, denominada de Teoria Clássica, é a de que as pressões elevadas no interior dos vasos provocam, ao longo do tempo, alterações na microcirculação dos membros inferiores. As paredes dos vasos são, assim, danificadas, acarretando um aumento da permeabilidade capilar com liberação de macromoléculas do seu interior para a pele, provocando as alterações cutâneas observadas sob a forma de edema, eczema, hiperpigmentação, lipodermatoesclerose e, por fim, a ulceração do tecido (YAMADA; SANTOS, 2005).

Outro modelo teórico, denominado “fibrin cuff theory” ou Teoria de “cuffs” de fibrina, postula que a pressão venosa elevada causa um aumento no tamanho do leito capilar e o alargamento dos poros intersticiais. Essa situação provoca o extravasamento de fibrinogênio que, no meio intersticial, polimeriza-se e produz fibrina, formando manguitos ao redor do vaso que interferem na difusão de oxigênio e na ativação dos leucócitos, predispondo à formação de úlcera (BORGES, 2005; FRANÇA; TAVARES, 2003; YAMADA; SANTOS, 2005).

A teoria conhecida como “white cell trapping”, ou teoria dos leucócitos, afirma que estes seriam sequestrados na parede endotelial, no leito capilar exposto à pressão venosa elevada, e entrariam em contato com moléculas de adesão intracelulares na parede capilar, sendo ativados. Com a ativação leucocitária, haveria liberação de citocinas e radicais livres no leito venoso, o que induziria a uma reação inflamatória, com lesão das válvulas venosas e do tecido adjacente, levando à ulceração (BORGES, 2005; FRANÇA; TAVARES, 2003).

Embora o exato mecanismo da patogênese da úlcera venosa ainda seja obscuro, é aceito que todas as hipóteses teóricas descritas podem estar envolvidas no processo da ulceração venosa (ALDUNATE et al, 2010).

A partir da terceira década de vida, observa-se aumento significativo na incidência de insuficiência venosa crônica, que atinge o indivíduo em plena maturidade, afetando diretamente sua capacidade de trabalho (NÓBREGA, 2009; SANTOS; PORFÍRIO; PITTA, 2009). Na Europa, 5 a 15% de adultos entre 30 e 70 anos de idade apresentam essa doença sendo que 1% apresenta úlcera. Em torno de 7 milhões de pessoas têm doença venosa crônica nos EUA, o que é responsável por cerca de 70 a 90% das úlceras de estase em membros inferiores (HEIT et al, 2001; SANTOS; PORFÍRIO; PITTA, 2009).

No Brasil, esses dados não são bem conhecidos, entretanto um estudo epidemiológico de alterações venosas de MMII da população de Botucatu (São Paulo) estimou uma prevalência de 1,5% (MAFFEI et al, 1986), enquanto outro estudo realizado no Rio Grande do Norte encontrou prevalência de 0,36/1.000 (NUNES, 2006) e em estudo realizado no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, encontrou prevalência de aproximadamente 2,6% de úlceras abertas ou cicatrizadas (CABRAL, 2000).

O gasto anual com o tratamento dessas lesões nos EUA é estimado em um bilhão de dólares, ou até 2% do total do orçamento da saúde em todos os países ocidentais, e as recentes estimativas do custo local de úlcera venosa giram em torno de três bilhões de dólares anualmente. O custo estimado no cuidado de um episódio de UV pode ultrapassar 40 mil dólares (BONGIOVANNI; HUGHES; BOMENGEN, 2006; EBERHARDT; RAFFETTO, 2005; HESS, 2002).

Segundo Bongiovanni, Hughes e Bomengen (2006), a UV surge geralmente por volta dos 60 anos de idade, predomina no sexo feminino e apresenta índice de recidiva de 60% a 72%. Corroborando, Bergonese e Rivitti (2006), em estudo realizado no Ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São

Paulo, que teve como amostra 40 pessoas com úlcera venosa, encontraram taxas de recidiva de 80% para o sexo feminino e 70% para a faixa etária entre 61-80 anos.

Durante a anamnese é necessário obter das pessoas com UV informações relativas à úlcera, tais como: ano de ocorrência da primeira úlcera, local de úlceras anteriores, número de recorrências, tempo livre de úlcera e tipos de tratamento. Além disso, ainda fazem parte da anamnese informações como: idade, sexo, doenças cardiovasculares, o índice de massa corporal, mobilidade, diabetes, e uma história de ferimentos nas pernas ou trombose venosa profunda, que permitem identificar fatores de risco (AGUIAR et al, 2005; BORGES, 2005; SHORT; BULL, 2009; SIMON; DIX; MCCOLLUM, 2004).

O exame físico deve identificar as características da lesão atual: localização, diâmetro, profundidade, volume, cor e tipo de exsudato e presença de odor. Além desses aspectos, é necessário também avaliar os membros inferiores, buscando as alterações causadas pela insuficiência venosa crônica, tais como: veias varicosas, edema, hiperpigmentação, eczema, erisipela e lipodermatosclerose (ABADDE; LASTÓRIA, 2006; AGUIAR et al., 2005; BONGIOVANNI; HUGHES; BOMENGEN, 2006; BORGES, 2005; MAFFEI, 2002; SHORT; BULL, 2009; VALENCIA et al., 2001).

Os diferentes métodos diagnósticos da doença venosa dependem do examinador e requerem habilidade clínica específica. Alguns exames, como doppler manual, o índice de pressão tornozelo/braço (ITB), flebografia e duplex-scann, podem ser realizados para complementação do diagnóstico, embora a anamnese e o exame clínico sejam suficientes para o diagnóstico de insuficiência venosa crônica e da UV (FALANGA, 1997; FRANÇA; TAVARES, 2003).

O objetivo do tratamento ao paciente com UV é a cicatrização da ferida, bem como o alívio da dor, redução do edema, melhora da lipodermatosclerose e a prevenção da recorrência; para tanto, a terapia de compressão (meias elásticas, ataduras compressivas, bota de Unna), terapia medicamentosa, uso de curativos e intervenção cirúrgica são tratamentos que podem ser utilizados na abordagem das pessoas com UV (ABADDE; LASTÓRIA, 2006; AGUIAR et al., 2005; BORGES, 2005; HESS, 2002; VALENCIA et al., 2001).

Para a prevenção de ulcerações em membros inferiores e até mesmo de recorrência, os indivíduos devem ser orientados pelos profissionais de saúde a evitar permanecer muito tempo sentado ou em pé; elevar, diariamente, os membros inferiores para melhorar o retorno venoso e diminuir ou evitar edema; utilizar no seu dia a dia meias de compressão, de acordo com o grau da doença venosa crônica; praticar exercícios regularmente e preservar as funções

fisiológicas como o sono, além de manter uma alimentação rica em vitaminas, minerais (zinco e selênio) e proteínas (ABADDE; LASTÓRIA, 2006; AGUIAR et al., 2005; BONGIOVANNI; HUGHES; BOMENGEN, 2006; BORGES, 2005).

### 3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A organização dos sistemas dos serviços de saúde abrange três níveis de complexidade principais: o nível primário de atenção a saúde, o nível secundário de atenção a saúde e o nível terciário. Segundo Starfield 2002, o conjunto dos níveis constitui a base para a formação de um sistema de organização de serviços planejados, com o objetivo de responder as necessidades da população.

No Brasil, existe uma frequente discussão no que concerne a terminologia mais adequada para designar o primeiro nível de atenção da saúde. A expressão “Atenção Básica” (AB) é oficializada em todo o território brasileiro, sendo denominada em suas secretarias e documentos oficiais (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009). Segundo o Ministério da Saúde (2006), a AB é definida como:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território e o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Nesse sentido, o sujeito é considerado em sua integralidade, complexidade e singularidade, visto que a AB busca a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento das patologias, objetivando reduzir os danos, os gastos e o sofrimento do indivíduo.

A Saúde da Família é a estratégia principal para o nível organizacional da AB, que segundo o Ministério da Saúde (2006), tem como fundamentos básicos: fornecer o acesso universal, contínuo e de qualidade a serviços de saúde, caracterizados como a porta de entrada do sistema de saúde; praticar a integralidade das ações programáticas, trabalhar de forma multiprofissional e articular as ações voltadas para a promoção, reabilitação, tratamento e vigilância a saúde; garantir a continuidade e a longitudinalidade das ações do cuidado, por intermédio de relações de vínculo entre as equipes e a comunidade; promover a valorização dos profissionais de saúde no que concerne a sua formação, atualização e capacitação profissional; realizar a avaliação dos resultados alcançados e estimular a participação social.

Nesta perspectiva, espera-se que as unidades de atenção básica sejam a porta de entrada para a assistência a saúde da população, promovendo o acesso às pessoas com lesões e diagnóstico precoce, garantindo acompanhamento e tratamento. A proposta é melhorar a assistência das pessoas com UV, reduzir o tempo de tratamento, diminuir as recidivâncias e evitar as complicações decorrentes dessas lesões.

No âmbito internacional, há uma tendência para a utilização do termo “Atenção Primária a Saúde” (APS), referente a “Primary Health Care” (PHC), em vez de Atenção Básica, que segundo a Declaração Oficial da Conferência de Alma Ata (1978), define a APS como:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autonomia. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do País, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e se constituem no primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (WHO/ UNICEF, 1978 apud Gusso; Bensenor; Olmos, 2012).

A APS pode ser definida também, como uma “filosofia” que permeia o sistema de saúde. É, portanto, uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo

assistencial, por onde se integra todos os aspectos desses serviços, além de ser o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos e da comunidade ao longo do tempo (CONASS, 2007).

Mesmo sem estar presente em documentos oficiais brasileiros, APS é provavelmente a expressão que se enquadra com maior propriedade, no que concerne a universalidade e participação social no Sistema Único de Saúde (SUS) (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Nesse sentido, adotou-se para esta pesquisa, a expressão “Atenção Primária a Saúde”, proposta por Starfield (2002) que considera o conceito de APS compatível com o da AB, com a vantagem de ser mais ampla, tendo em vista que acrescenta dimensões essenciais, como coordenação, vínculo com o usuário, enfoque familiar e orientação comunitária, aos elementos já presentes no conceito adotado pelo ministério da Saúde, como porta de entrada e elenco de serviços (ALMEIDA; MACINKO, 2006). Assim, Starfield (2002), define a APS como sendo àquele nível de atenção do sistema de saúde que funciona como Porta de Entrada para todas as necessidades de saúde das pessoas. A atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. É responsável por coordenar, organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

### 3.3 ASSISTÊNCIA AS PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA CRÔNICA

A assistência à pessoa com feridas é dinâmico e, associado ao avanço técnico-científico, propicia sempre uma atualização quanto aos produtos e métodos utilizados, para proporcionar as pessoas com lesões, em especial àquelas de caráter crônico, um tratamento eficaz, em curto prazo, que possa trazer maior conforto e breve retorno à normalidade de sua vida. Logo, a busca de um preparo que deva acompanhar a evolução técnico-científica é exigida aos cuidadores profissionais de saúde envolvidos na assistência (BELO HORIZONTE, 2010; CUNHA, 2006; FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008).

Tal cuidado deve ser desenvolvido por uma equipe multiprofissional, buscando assistência de excelência, uma vez que diversas variáveis envolvem o cuidado de pessoas com feridas, apesar da necessidade de atuação conjunta, essa ainda é atribuição desenvolvida

principalmente pela enfermagem, demonstrando a atribuição ao enfermeiro da responsabilidade no tratamento e prevenção de feridas, avaliação da lesão, além de orientar e supervisionar a equipe de enfermagem na execução do curativo, percebendo que essas competências são intrínsecas ao seu cotidiano (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008). Os mesmos autores referem ainda, que o tratamento deve ser dirigido não apenas a lesão mas, sim ao indivíduo como um todo, numa perspectiva holística.

A Enfermagem possui papel importante no tratamento de feridas e precisa estar ciente das responsabilidades, tanto em relação ao conhecimento técnico para avaliação contínua das lesões, quanto à qualidade e quantidade dos insumos utilizados (SILVA et al, 2009). A execução de um curativo não se restringe apenas a uma questão técnica, mas está relacionada a todo um processo de avaliação que antecede o início do tratamento (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

Nessa lógica, a assistência prestada às pessoas com úlceras venosas exige que se tenha consideração não só ao “cuidado fisiológico”, mas também ao “cuidado psicológico”. A relação terapêutica promovida pelos profissionais da saúde, em especial pelo enfermeiro, é entendida sob a perspectiva de uma parceria, na qual os profissionais respeitam as percepções e capacidades da pessoa, valorizando o seu papel ativo e decisório em todo este processo dinâmico. Desse modo, a atualização permanente, científica, técnica e relacional deve constituir-se como uma exigência básica para qualquer enfermeiro, bem como para qualquer profissional de saúde, pois só assim conseguir-se-á a satisfação de necessidades em matéria de saúde e corresponder às expectativas neles depositadas pelos alvos dos cuidados. (SOUSA, 2009).

Destaca-se também a importância do profissional médico, em especial o angiologista, essencial no diagnóstico e tratamento das úlceras venosas. Esse especialista é responsável, além da anamnese e exame físico, pela realização e interpretação de exames complementares como: eco-doppler, plestimografia e flebografia, bem como pela prescrição do tratamento com uso de medicamentos vasoativos, compressão elástica e cirurgia para correção de valvulopatia e insuficiência venosa, sendo a forma conservadora o tratamento ainda mais frequente; por meio da realização de curativos; ou pelo tratamento clínico e ou cirúrgico da doença de base, com possível uso de terapia compressiva (BORGES, 2005; CASTRO E SILVA et al, 2001; PITTLER; ERNST, 2002).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a precisão de especialistas é produzida pela necessidade de certa população. Nesse contexto, a relação de angiologistas e

cirurgões vasculares no Brasil é de 1:81.561 habitantes. Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, há uma defasagem desses profissionais; no Nordeste, essa relação é de 1:160.049, com 16% dos profissionais e, na região Norte, é de 1:157.044, com 1% dos especialistas, estando presente esta discrepância até mesmo em localidades com hospitais universitários e de maior complexidade (FORTI et al, 2004).

Sistematização pressupõe a organização em um sistema, que por sua vez implica em um conjunto de elementos, dinamicamente inter-relacionados. Estes elementos podem ser compreendidos, no caso da sistematização da assistência, por um conjunto de ações, uma sequência de passos, para alcance de um determinado fim (CARVALHO; BACHION, 2009).

Na enfermagem, segundo Cunha (2006) e COFEN (2009), a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um processo que vai instrumentalizar o trabalho, possibilitando a aplicação dos conhecimentos técnicos, o estabelecimento de fundamentos para a tomada de decisão e o registro adequado de assistência prestada, e para que o enfermeiro desempenhe de forma diferenciada a sua função e possa contribuir com benefícios ao paciente, tornando suas ações o mais científicas possível.

Existem diversos modos de sistematizar a assistência, entre as quais pode-se citar os planos de cuidados, os protocolos, a padronização de procedimentos e o processo de enfermagem. Trata-se de diferentes formas de se desenvolver a assistência, ou seja, diversos métodos podem ser utilizados para se solucionar uma dada situação, em um dado contexto, em um determinado tempo, com a finalidade de produzir resultados positivos para a saúde das pessoas que são assistidas (CARVALHO; BACHION, 2009).

Segundo Deodato (2007), Borges (2005) e Torres et al (2007), é por meio da sistematização da assistência que a equipe multiprofissional de saúde capacitada pode avaliar os fatores que interferem na evolução da úlcera e suas respectivas intervenções, acompanhar a evolução das etapas do processo cicatricial das úlceras e fazer a opção pelo melhor tratamento, além de contemplar aspectos inerentes ao diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação das ações e das condutas de tratamento e prevenção coerentes com a realidade do serviço de saúde do usuário.

A avaliação clínica do paciente e da lesão deve incluir um roteiro sistemático que aborde: história clínica do cliente; condições gerais, exames laboratoriais, doenças associadas; avaliação e classificação adequadas da lesão: localização, tempo de evolução, medida do tamanho, diâmetro, profundidade, vitalidade do leito e dos tecidos circunvizinhos, dor, presença de secreção, de necrose e de infecção, coloração do leito da ferida, sensibilidade

cutânea, comprometimentos; diagnóstico adequado do tipo de ferida, suas necessidades e consequente planejamento de ações (MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

De acordo com Nunes (2006), um protocolo pode padronizar a abordagem das pessoas e o seu tratamento incluindo a evolução clínica, com avaliação da lesão; prescrição de terapia tópica e sistêmica; escolha do curativo; tratamento contínuo; documentação (registro no prontuário e registros fotográficos); mensuração quinzenal; encaminhamento para especialistas, identificação do cuidador da família, orientações e treinamentos; e, uma vez implementada a assistência com base em protocolos, a próxima etapa será a avaliação.

O enfermeiro terá que trabalhar junto ao paciente e seus familiares para manter uma cicatrização ótima da lesão, uma vez que a educação do paciente, diante dessa situação, faz-se prioritário no cuidar em enfermagem (CARMO et al, 2007; CUNHA, 2006).

Cabe a equipe multiprofissional estabelecer a comunicação terapêutica com o cliente visando à valorização das queixas apresentadas e o respeito à particularidade de cada indivíduo. Vale ressaltar a importância do uso de uma comunicação verbal familiar à linguagem do paciente, para que o mesmo possa compreender as informações que lhe são transmitidas e, assim, comprometer-se com sua saúde, possibilitando o cumprimento das ações que lhe são delegadas, a fim de garantir o sucesso do tratamento (CARMO et al, 2007).

Ressalta-se ainda que no tratamento de uma pessoa com ferida crônica, os profissionais devem ter uma visão ampla e atentar não apenas para a lesão em si, mas ter a capacidade de realizar uma abordagem holística de modo a contemplar o ser humano em sua plenitude, uma vez que se tem um ser humano especificamente fragilizado, impactado na autoestima e no autoconceito, com odores e secreções, e dores tanto no corpo quanto na “alma” (CUNHA, 2006; FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008; SOUSA, 2009).

Devido à cronicidade das úlceras venosas, o tratamento clínico oferecido às pessoas com essas lesões, além da realização do curativo e terapia compressiva, consiste na prescrição de dieta que favoreça a cicatrização, nas orientações quanto à importância de repouso e do uso de meias de compressão após a cura da ferida; sendo fundamental acompanhamento constante desses pacientes junto à instituição de saúde, envolvendo a equipe multiprofissional, além de reavaliações da terapia instituída (CARMO et al, 2007; MATA; PORTO; FIRMINO, 2011).

As pessoas com feridas crônicas existe em todos os segmentos sociais. No Brasil, não é diferente, mas, no país, o grande desafio é contornar as dificuldades daqueles que, desprovidos de recursos adequados para serem assistidos por serviços particulares, necessitam

procurar instituições públicas para receberem o tratamento, pois são conhecidas as dificuldades desses serviços de saúde. Notória também é a característica dessa demanda, em sua maioria proveniente das camadas carentes da população, o que conota maior incidência de doenças instaladas e acentuado desconhecimento relacionado ao processo de prevenção, melhora e cura (CUNHA, 2006).

Prestar cuidado de qualidade a pessoas com feridas é um desafio a ser enfrentado por toda a equipe. É proporcionando o cuidado humanizado, buscando compreender a doença sem deixar de se preocupar com os fatores psicossociais e humanos, que o profissional alcançará a excelência na assistência, levando em conta a relação com o ambiente físico e social em que a sistematização da assistência de enfermagem ocorre (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008; GARCIA; NÓBREGA, 2000).

É imprescindível uma assistência respaldada em um modelo holístico de cuidado, em que o ser humano seja visto a partir da abordagem de suas reais necessidades e de seus problemas anteriores, atuais e futuros (SILVA et al, 2007).

### 3.4 PROTOCOLOS DE ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM UV

A assistência às pessoas com UV exigem atuação multiprofissional, adoção de protocolo, conhecimento específico, habilidade técnica, articulação entre os níveis de complexidade de assistência do Sistema Único de Saúde, como também participação ativa das pessoas com essas lesões e seus familiares, dentro de uma perspectiva holística (TORRES et al, 2007).

Segundo Borges, Saár e Lima, (2001), protocolo é um plano exato e detalhado para o estudo de um problema biomédico ou para um esquema terapêutico, tendo em vista orientar a realização de exames de auxílio diagnóstico, de técnicas, produtos, critérios de evolução e avaliação.

Assim, considera-se como aspecto fundamental na abordagem as pessoas com UV a assistência multiprofissional sistematizada pautada em protocolo, que contemple a avaliação clínica, diagnóstico precoce, planejamento do tratamento, implementação do plano de cuidados, evolução e reavaliação das condutas e tratamento, além de trabalho educativo permanente em equipe, envolvendo as pessoas com lesões, familiares e cuidadores. (LORIMER et al, 2003).

A assistência a pessoas com feridas, estimulada pelo avanço contínuo de tecnologias e práticas inovadoras, sobretudo no campo multiprofissional, vem gerando questionamentos relacionados à eficácia dos seus tratamentos e sua repercussão para as pessoas com lesão, uma vez que a incidência e a prevalência de úlceras crônicas continuam extremamente elevadas, refletindo em elevados custos financeiros e profundas consequências sociais sobre os pessoas com lesão (FLORIANÓPOLIS, 2011).

Dessa forma, evidencia-se a importância e desafio da equipe multiprofissional, principalmente no que se refere ao acesso às diversas condutas, pois é notório que os profissionais da saúde envolvidos com o tratamento de feridas vêm acompanhando os avanços na área, conciliando, confirmando e ampliando novos conceitos e métodos alternativos às tecnologias de ponta, como também elaborando normas e rotinas cada vez mais aprimoradas de cuidados com a pele e as feridas, buscando adequá-las às melhores práticas clínicas e aos diversos contextos do cuidado. Entretanto, a estruturação desses protocolos exige consideração e reflexão cautelosa. É necessário que eles incorporem tanto a arte quanto a ciência do cuidado com as feridas (FLORIANÓPOLIS, 2011).

Segundo Borges (2005), por meio de um protocolo de assistência é que a equipe multiprofissional de saúde, capacitada pode avaliar os fatores relacionados aos aspectos: clínicos (características da dor, sinais de insuficiência venosa crônica, tempo e características do membro afetado e da lesão); assistenciais (diagnóstico, condutas e intervenções terapêuticas); e da qualidade de vida, os quais podem interferir na evolução da cicatrização da úlcera venosa. Corroborando com essa ideia, a Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV) enfatiza diretrizes sobre diagnóstico, prevenção e tratamento de feridas como avaliação da úlcera, medidas e exames subsidiários, terapia compressiva, tratamento da dor, limpeza, desbridamentos e curativos, tratamento cirúrgico de insuficiência venosa crônica, tratamento medicamentoso e prevenção de recidivas (AGUIAR et al, 2005).

Os estudos de Aguiar et al (2005) e de Borges (2005) serviram como orientação na elaboração dos protocolos das Secretarias Municipais de Ribeirão Preto (SP), Belo Horizonte (MG) e de Natal (RN), com intuito de instrumentalizar as ações dos profissionais e sistematizar a assistência a ser prestada as pessoas com ferida, além de fornecer subsídios para implementação desta assistência. Somando-se a isso, os protocolos também procuram ajudar no cuidado as pessoas com feridas, buscando o trabalho em equipe, respaldado nos princípios da ética e da humanização (BELO HORIZONTE, 2010; RIBEIRÃO PRETO, 2010; NATAL, 2008).

A equipe multiprofissional, enquanto espaço de construção, desconstrução e reconstrução de conhecimentos, auxiliará também na padronização e validação dos protocolos, resultando em benefícios, especialmente para o usuário. (FLORIANÓPOLIS, 2011).

De acordo com Sellmer (2008), um protocolo para tratamento de pacientes com úlceras venosas deve conter: anamnese, cadastro das úlceras, indicação de tratamento, acompanhamento da evolução, agendamento das consultas e registro dos achados. Nos protocolos computadorizados existem mais detalhes do que protocolos textuais, permitindo o cuidado por diferentes profissionais da área da saúde.

Frade et al. (2005) ressaltam a importância de incluir a unidade regional de saúde em que o paciente é assistido, dados pessoais (idade, sexo, cor), composição e renda da família, doenças associadas, uso de medicamentos, pressão arterial sistêmica e exame da úlcera de perna (tipo, localização, área, sinais e sintomas associados, tempo de existência e história de recidivas).

O protocolo elaborado em Belo Horizonte sobre a assistência as pessoas com feridas sugere que, além de incluir dados pessoais, composição e renda da família, deve-se obter um perfil socioeconômico mais completo, contendo: profissão, escolaridade, estado civil e habitação. Além disso, o mesmo autor inclui no protocolo a avaliação dos hábitos pessoais do paciente. Essa avaliação envolve questões como: hábitos alimentares (número de refeições por dia e preferências alimentares), ingestão hídrica, número de horas de sono por noite, hábitos intestinais, etilismo, tabagismo e alergia tóxica. (BELO HORIZONTE, 2010).

Borges (2005), em pesquisa realizada em Minas Gerais, afirma que na composição do protocolo para assistência de úlceras venosas deve conter a avaliação do paciente e sua ferida, documentação dos achados clínicos, cuidados com a ferida e a pele ao redor, indicação de cobertura, uso de antibiótico, melhoria do retorno venoso e prevenção de recidiva, encaminhamento do paciente e capacitação profissional.

Um protocolo especializado para a assistência ao paciente com UV inclui, ainda, técnicas para a identificação da fisiopatologia, tratamento da ferida, educação e acompanhamento do paciente (ERICKSON et al, 1995).

O estudo de um protocolo sugerido por Brem, Kirsner e Falanga (2004) afirma que protocolos específicos para UV os quais promovam uma terapêutica precoce, que previnam a progressão da lesão e impeçam que a cura da mesma se estenda por mais de um ano, em combinação com o rápido diagnóstico, tratamento adequado e um monitoramento regular,

assegurarão uma rápida cura e minimizará as complicações e os custos. Garantem ainda que, se tais protocolos forem seguidos rigidamente, a cura da maioria das UV é esperada.

Reis et al (2003) e Beckert et al (2006) destacam a importância do uso de tratamento com terapia compressiva para cicatrização das UV, bem como a combinação de dieta, terapia tópica e sistêmica. Escudero (2004) salienta a necessidade da participação da equipe multiprofissional que assiste o paciente na elaboração dos protocolos clínicos de assistência, uma vez que o ambiente diferencia-se nas diversas unidades de saúde.

Lorimer (2004), em estudo realizado com utilização de protocolos para a assistência de pacientes com úlceras venosas, demonstrou melhora nas taxas de cicatrização, e em consequência, houve diminuição de custos no tratamento e redução do absenteísmo, bem como melhora na qualidade de vida do paciente. López et al (2006) e Edwards et al (2009) ressaltam que o uso do protocolo proporcionou melhora na qualidade de vida, autoestima, cura e capacidade funcional dos pacientes.

O uso adequado de coberturas, a periodicidade das trocas, a padronização de técnicas atualizadas para a realização, monitoramento e a avaliação da ferida por profissionais qualificados técnica e cientificamente contribuem para a construção de práticas inovadoras e eficientes, especialmente no que se refere à redução de custos, desperdício de materiais e medicamentos e diminuição do tempo empregado pelos profissionais de enfermagem na realização da assistência (FLORIANÓPOLIS, 2011).

A importância da utilização de protocolos clínicos consiste na necessidade de padronização das ações de assistência para favorecer o processo cicatricial, pois quando a assistência é má conduzida, a lesão pode permanecer anos sem cicatrizar, acarretando um alto custo social e emocional. Em inúmeros casos, afasta o indivíduo do trabalho, agravando as condições socioeconômicas e a qualidade de vida das pessoas com UV e familiares, além de onerar os serviços de saúde (FIGUEIREDO, 2003; TORRES et al, 2007; DANTAS; DANTAS; TORRES, 2009).

Essa ideia é reforçada por estudos de Borges (2000, 2005), no setor de Estomaterapia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, utilizando protocolo de prevenção e tratamento de feridas crônicas, com objetivo de sistematizar a assistência prestada, nos quais 100,0% dos pacientes tiveram suas feridas epitelizadas.

### 3.5 O PROCESSO DE VALIDAÇÃO

De acordo com Silva et al (2005) os protocolos configuram-se como ferramenta que sistematiza tecnologias disponíveis, conhecimentos e processos operacionais para orientar o cuidado com qualidade. Um número crescente de pesquisadores e profissionais da área de saúde mostra-se engajado na elaboração e utilização de medidas e instrumentos confiáveis e apropriados para determinadas populações (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; PERROCA, 2011).

Na área da saúde, a cada dia, novas escalas e questionários de avaliação tornam-se disponíveis. Esse crescimento tem sido acompanhado de um alerta, por parte da literatura, sobre a correta avaliação das qualidades dos instrumentos de coleta de dados. (SALMOND, 2008). O reconhecimento da qualidade dos instrumentos é aspecto fundamental para a legitimidade e credibilidade dos resultados de uma pesquisa o que reforça a importância do processo de validação (BITTENCOURT et al, 2011).

Nesse contexto, diversos autores apontam o processo de validação como uma etapa essencial na verificação da qualidade do que está sendo elaborado. Sendo assim, a validade atua como fator determinante na escolha e/ou aplicação de um instrumento de medida (DEVON et al, 2007; FERNANDES, 2005; PERROCA, 2011; POLIT; BECK; OWEN, 2007; POLIT; BECK, 2006).

A validação é um percurso metodológico pelo qual o pesquisador avalia se o instrumento se mostra apropriado para mensurar aquilo que supostamente deveria medir, em outras palavras, se realmente reflete o propósito pelo qual está sendo usado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; ROBERTS; PRIEST; TRAYNOR, 2006). Os métodos mais mencionados na literatura para obtenção da validade de uma medida são: validade de construto, validade de critério, validade de estudo e validade de conteúdo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; FERNANDES, 2005).

A validade de conteúdo, objeto do presente estudo, refere-se à análise dos itens que compõem o instrumento, é a determinação de representatividade e extensão com que cada item da medida comprova o fenômeno de interesse e a dimensão de cada item dentro daquilo que se propõe investigar, realizada por juízes no assunto (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; RUBIO et al, 2003). Para alguns autores, consiste em julgar em que proporção os itens selecionados para medir uma construção teórica representam bem todas as facetas importantes do conceito a ser medido (CONTANDRIOPOULOS et al, 1999).

Dentre os possíveis métodos para validação do conteúdo de um protocolo tem-se a Técnica Delphi. Essa técnica baseia-se na busca progressiva de consenso sobre determinado fenômeno pouco conhecido ou, ainda, em pesquisas em que o tema é complexo (SANTOS; VIDOTTO; GIUBLIN, 2005; MANCUSSI; FARO, 1997).

Segundo Wright e Giovinazzo (2000), a convergência de saberes no Método Delphi representa uma consolidação de julgamentos intuitivos do grupo de juízes. A técnica fundamenta-se no pressuposto de que o pensamento coletivo bem organizado guia melhor a tomada de decisão do que a opinião de um único indivíduo.

A técnica foi iniciada na década de 1950 por pesquisadores da Rand Corporation, tendo como objetivo original o de desenvolver um método para aprimorar o uso da opinião de especialistas na previsão tecnológica (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000). Apesar de ter permanecido esquecida por vários anos, a técnica Delphi mostrou-se de grande valor em novas áreas como administração, planejamento social, pesquisa e educação e, a partir de 1990, começou a ser disseminada entre trabalhos na área de enfermagem (SOUSA; TURRINI, 2012).

O processo da técnica Delphi é iniciado com a apresentação do problema a um grupo de juízes previamente selecionados. Para seleção dos juízes, devem-se levar em consideração as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos juízes, como também o conhecimento, a habilidade e a prática de cada juiz em relação ao que se deseja validar, ter publicações e pesquisas sobre o assunto. Recomenda-se descrever os critérios utilizados nessa seleção (MELO et al, 2011; RUBIO et al, 2003).

A apresentação do problema aos juízes atua como estratégia para se descobrir as ideias dos juízes sobre o tema do estudo (brainstorming). Partindo de opiniões, pontos de acordo e divergências, realiza-se a síntese dos resultados e, um feedback das respostas é oferecido em uma segunda rodada. Uma análise das respostas dos juízes e outras rodadas com as respostas destes são realizadas, de forma a fazê-los refletir e opinar até a obtenção de um consenso aceitável sobre o tema determinado (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2001; SANTOS; VIDOTTO; GIUBLIN, 2005; SOUSA; FRADE, 2005).

A literatura apresenta como aspectos facilitadores e de relevância para o sucesso do método o anonimato dos respondentes, a representação estatística e o feedback de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes (GIOVINAZZO, 2001; SOUSA; FRADE, 2005).

O anonimato é um modo de reduzir a capacidade de persuasão entre os participantes, visto que eles não se intercomunicam diretamente. O principal aspecto positivo deste anonimato é a impossibilidade de um especialista ser influenciado pela reputação de outro mais experiente. O anonimato também evita a relutância dos juízes em mudar posições assumidas e permite que o especialista sinta-se livre para opinar, uma vez que qualquer equívoco não irá ser conhecido pelos demais participantes (SOUSA; FRADE, 2005; WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

Na prática, o feedback controlado consiste em remeter a todos os participantes, em rodadas sucessivas, a informação gerada em cada etapa. A partir do feedback, as respostas e os pareceres dos juízes norteiam o trabalho do pesquisador (MORENO-CASBAS et al, 2001).

O uso da técnica Delphi permite o acesso a informações altamente especializadas, com interação entre os participantes e o pesquisador e o compartilhamento de ideias ou opiniões, em anonimato, sendo propício seu uso quando se pretende realizar pesquisas com aplicação de questionários, buscando informações de tendências ou consensos, abrangendo locais geograficamente distantes, acessando pessoas peritas em determinado tema. Ou seja, apresenta-se como alternativa viável para realização de pesquisas na enfermagem com a apreensão de ideias altamente qualificadas por agregar experts com diferentes experiências, permitindo acessar profissionais de diferentes áreas de atuação como atenção primária e hospitalar, educação e pesquisa, abrangendo as especificidades geográficas em um país continental e até a realização de pesquisa com enfermeiros de diferentes lugares do mundo (SCARPARO et al, 2012).

## **4 MÉTODO**

### **4.1 ETAPAS DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo metodológico que segundo Polit, Beck e Hungler (2004), são adequados à verificação de métodos de obtenção, organização e análise de dados, com vistas a elaborar, validar e avaliar instrumentos e técnicas para a pesquisa, tendo como objetivo a construção de um instrumento que seja confiável, preciso e utilizável para que possa ser aplicado por outros pesquisadores, desenvolvido em duas etapas: a primeira etapa do estudo consistiu na realização da revisão integrativa da literatura científica acerca dos aspectos relativos à assistência que foram contemplados em protocolo para assistência às pessoas com úlceras venosas.

Na segunda etapa, esses aspectos foram organizados e propostos aos juízes do estudo por meio de um instrumento de coleta de dados, um formulário estruturado disponível online na página do Google docs. Posteriormente, o protocolo foi submetido a uma nova rodada de avaliação pelos juízes, chegando-se a versão final do protocolo.

Assim, para facilitar a compreensão deste estudo, estas duas etapas serão descritas separadamente.

### **4.2 PRIMEIRA ETAPA**

#### **4.2.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, que percorreu as etapas expostas a seguir: elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento dos objetivos da revisão e critérios de inclusão das publicações; definição das informações a serem extraídas; seleção das publicações na literatura; análise dos resultados; discussão dos achados e apresentação da revisão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Como forma de conduzir esta revisão, formulou-se as seguintes questões de pesquisa: Quais os aspectos da abordagem de pessoas com UV são enfocados nos estudos? A qual cenário estes estudos estão direcionados? Estes estudos são uni ou multiprofissionais? Avaliam a qualidade de vida?

#### **4.2.2 Local do estudo**

Realizou-se a busca na literatura nos meses de agosto e setembro de 2012 nas bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), banco de dissertações e teses do Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Além disso, foram pesquisados, guidelines internacionais por meio do site “guidelines.com”, do site do “Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas” (GNEAUPP) e das secretarias de saúde que disponibilizaram os protocolos eletronicamente, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Santa Catarina, a Secretaria Municipal de Belo Horizonte – Minas Gerais, a Secretaria Municipal de Ribeirão Preto – São Paulo.

#### **4.2.3 População e amostra**

Para o refinamento adequado das publicações definiu-se uma amostra obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: materiais que disponibilizassem protocolos e/ou instrumentos sobre a assistência à pessoa com feridas, especificamente úlcera venosa; em português, inglês e espanhol; disponíveis gratuitamente em texto completo nas bases de dados supracitadas; no período janeiro de 2004 a setembro de 2012. Excluiu-se as publicações em formato de editorial, carta ao editor, protocolos encontrados online que não apresentavam ano/ficha catalográfica/referencial e guidelines desenvolvidos por empresas farmacêuticas.

#### **4.2.4 Instrumento**

Utilizou-se um formulário estruturado, abrangendo questões referentes à proposta da pesquisa, a saber: ano de publicação, base de dados, tipo de publicação, tipo de produto/proposta, foco do estudo, nacionalidade, cenário (atenção primária e/ou hospitalar), se foi validado, direcionamento profissional, apresentação de fluxogramas e instrumentos, aspectos da abordagem da pessoa com UV e trabalha a qualidade de vida.

#### 4.2.5 Coleta de dados

Para o levantamento das publicações na BVS, elegeram-se os descritores controlados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH): protocolos e úlcera varicosa. O cruzamento desses descritores na base citada ocorreu por meio do operador booleano AND. No Periódicos CAPES e “guidelines.com” utilizou-se o descritor úlcera venosa (venous ulcer). A busca no site da GNEAUPP ocorreu por meio da leitura dos protocolos/instrumentos disponíveis que abordassem a assistência à pessoa com feridas, em especial úlcera venosa, assim como nos sites das secretarias de saúde citadas.

Após o procedimento da busca eletrônica nas bases de dados mencionadas, as publicações foram pré-selecionadas com base na leitura do título e resumo ou apresentação (em caso de protocolos e guidelines). Após a leitura na íntegra das publicações previamente selecionadas, foram identificadas as publicações que compuseram a amostra final desta revisão integrativa (conforme Figura 2).

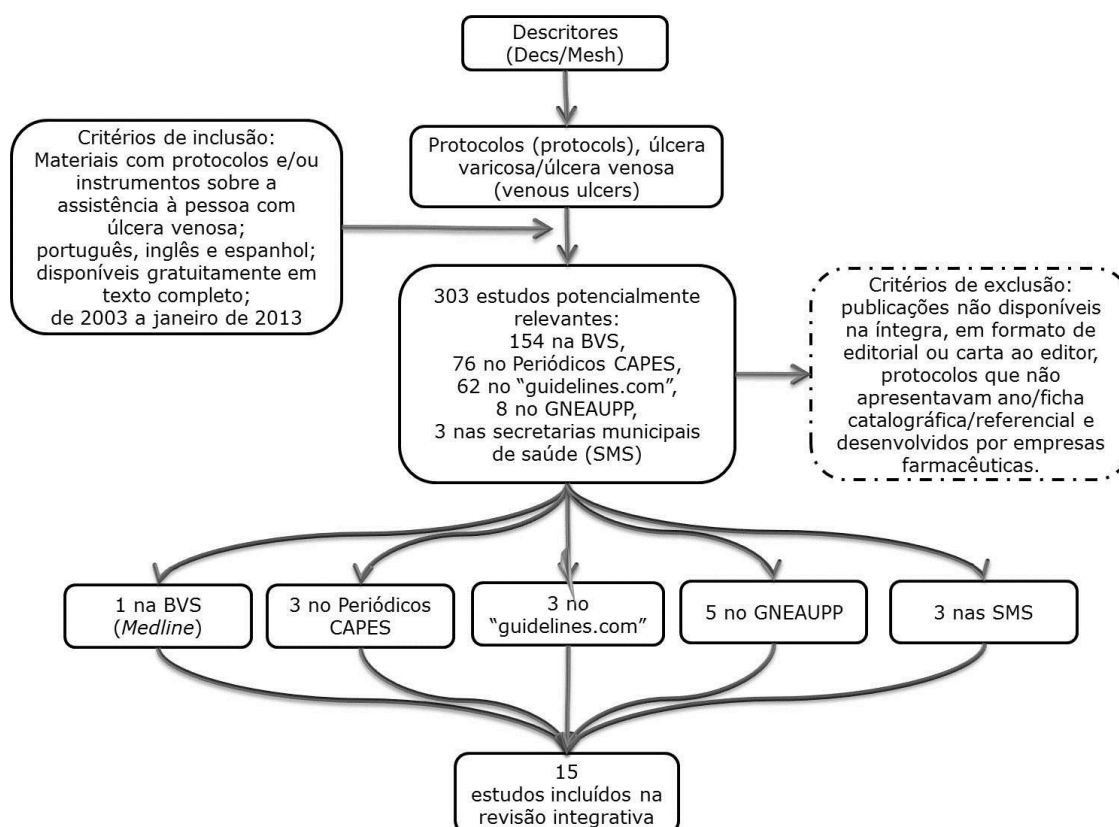


Figura 2 – Síntese do processo de obtenção dos estudos selecionados para a revisão integrativa.

#### **4.2.6 Análise dos dados**

O processo de avaliação crítica dos estudos obtidos consistiu em sua leitura na íntegra, avaliação e preenchimento dos instrumentos de coleta de dados. Todos os estudos selecionados foram analisados por dois avaliadores e qualquer discordância resolvida com discussão. Em seguida, os dados foram digitados em planilha do Microsoft Excel 2010, analisados por meio da estatística descritiva e apresentados sob a forma de quadros.

### **4.3 SEGUNDA ETAPA**

#### **4.3.1 Tipo de estudo**

Estudo metodológico, com abordagem quantitativa, tendo como escopo a validação de protocolo de assistência a pessoas com úlcera venosa crônica na atenção primária.

A validação de conteúdo é um processo de duas etapas com a fase de desenvolvimento terminando com a fase de quantificação de julgamento do processo. A fase de desenvolvimento requer a revisão da literatura para identificar o conteúdo do instrumento e estabelecer domínios relevantes. A segunda etapa, a validação, ocorre quando juízes avaliam o instrumento e os itens de acordo com a importância do domínio de conteúdo. Além disso, o conteúdo, clareza, bem como a integralidade instrumento global são avaliados nesta fase. (LYNN, 1986).

O método quantitativo, segundo Richardson et al (1999), representa a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando uma margem de segurança quanto às inferências. É frequentemente aplicado nos estudos descritivos, que procuram descobrir e classificar a associação entre variáveis, bem como nos que investigam a relação de causalidade entre fenômenos.

Para validação do conteúdo referente ao instrumento, como um todo, utilizou-se a técnica Delphi, definida por técnica de processo grupal que tem por finalidade obter, comparar e direcionar julgamento de peritos para um consenso sobre um tópico particular; assim, promove convergência de opiniões, embora nem sempre, em última instância, seja completada (SPÍNOLA, 1984). A técnica permite obter consenso de grupo a respeito de um determinado fenômeno. O grupo é composto por juízes, ou seja, profissionais efetivamente engajados na área onde está se desenvolvendo o estudo (FARO, 1997).

Neste sentido, pressupõe-se que o julgamento coletivo, ao ser bem organizado, é melhor que a opinião de um só indivíduo. O anonimato dos respondentes, a representação estatística e o feedback de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes são as principais características deste método (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

#### **4.3.2 Local do estudo**

Realizou-se busca ativa por meio da plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), ([www.buscatextual.cnpq.br](http://www.buscatextual.cnpq.br)) utilizando-se da busca avançada por assunto a fim de identificar profissionais de saúde do Brasil que atuassem como juízes do instrumento e, em seguida, via online, o formulário (Apêndice D e E) foi submetido aos juízes, acompanhado pelo termo de consentimento (Apêndice A) e de uma carta convite explicando a proposta (Apêndice B e C).

#### **4.3.3 População e amostra**

Os juízes foram selecionados por meio da plataforma Lattes utilizando os seguintes critérios:

- Assunto: úlcera venosa;
- Doutores e demais pesquisadores;
- Que atualizaram o currículo nos últimos 60 meses;
- Informações pessoais: formação acadêmica/titulação, área de atuação;
- Informações sobre produções bibliográficas: artigos publicados, trabalhos em eventos, outras produções bibliográficas;
- Período de produção: a partir do ano de 2008

Mediante os critérios, capturou-se o currículo Lattes de 1458 profissionais. Destes, selecionou-se 102 profissionais com base nos seguintes critérios de inclusão:

- Possuir Graduação, Pós-Graduação (Lato e Strictu Sensu) na área da saúde,
- Comprovada prática clínica com pessoas com úlceras venosas de no mínimo 1 ano ou ter desenvolvido estudo publicado ou de conclusão de titulação (especialização, mestrado ou doutorado) relacionado ao cuidado de úlceras venosas ou ter orientações acadêmicas na área.

Como critério de exclusão para seleção dos profissionais, teve-se:

- Informar no currículo Lattes apenas o Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação sobre a temática.

A amostra para escolha dos juízes foi calculada a partir da seguinte fórmula (BARBETTA, 2007):

$N$  = tamanho da população

$E_0$  = erro amostral tolerável (10%)

$n_0$  = primeira aproximação do tamanho da amostra

$n$  = tamanho da amostra

$n_0 = \frac{1}{E_0^2}$	$n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0}$
-------------------------	-----------------------------------

Nesse sentido, a amostra de profissionais pesquisados foi de 51 profissionais, doravante juízes.

Aos juízes responsáveis por julgar os itens selecionados que resultaram na proposta do formulário, também facultou-se o acréscimo de outros aspectos pertinentes que foram incorporados para a segunda rodada da pesquisa.

Com esta técnica, ressalta-se que, a cada rodada realizada, existe a possibilidade de perdas de juízes no painel da pesquisa. Esse fato, embora não seja desejável, não interfere na análise dos dados da pesquisa (SCARPARO et al, 2012). Neste estudo, teve-se uma perda de 31,4% dos pesquisados na segunda rodada (amostra de 35 juízes), devido ao não retorno das respostas no prazo de 30 dias estabelecido no estudo para a segunda rodada.

#### 4.3.4 Instrumento de coleta de dados

A primeira parte do formulário foi direcionado às características da amostra, ou seja, dos juízes do estudo, como: instituição em que trabalhava, idade, sexo, estado conjugal, formação profissional e complementar, setor de trabalho, tempo de atendimento a pessoa com úlcera venosa, motivo que levou a atender esses pacientes, importância dos profissionais de saúde serem capacitados para assistir as pessoas com UV e preparo na assistência a essas pessoas (Quadro 1).

<b>VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL</b>	<b>CATEGORIAS</b>
Instituição em que trabalha	Qual instituição
Idade	Em anos
Sexo	1. Masculino; 2. Feminino
Estado conjugal	1. Casado/União consensual; 2. Solteiro; 3. Separado; 4. Divorciado; 5. Viúvo; 6. Outro
Formação profissional	1. Enfermeiro; 2. Médico; 3. Fisioterapeuta; 4. Outro
Setor de trabalho	1. Ambulatório; 2. Clínica médica; 3. Clínica cirúrgica; 4. Unidade de Terapia Intensiva; 5. Educação; 6. Outro
Tempo de atendimento a pessoas com úlceras venosas	Em anos
Motivo que levou a atender/pesquisar/trabalhar com pessoas com úlcera venosa	1. Afinidade; 2. Imposição; 3. Especialização
Considera importante os profissionais de saúde serem capacitados para assistir pessoas com úlcera venosa?	1. Sim 2. Não
Sente-se preparado para assistir as pessoas com úlcera venosa?	1. Sim 2. Não
Como adquiriu esse preparo?	1. Atualização/capacitação; 2. Especialização; 3. Mestrado; 4. Doutorado; 5. Na prática

Quadro 1 - Variáveis de caracterização pessoal e profissional. Natal/RN- 2013.

A segunda parte do instrumento refere-se às variáveis contempladas no protocolo que contém: Parte 1 - dados sociodemográficos, anamnese e fatores de risco, que deverão ser coletadas apenas uma vez do paciente; Parte 2 - dados sobre exames, sinais e sintomas, características, localização, prevenção e tratamento das lesões, referência e contrarreferência dos pacientes; aspectos da qualidade de vida;

<b>VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	<b>CATEGORIAS</b>
Nome	1. Concorde; 2. Discordo
Número do cartão SUS	
Número do prontuário	
Idade	
Sexo	
Endereço	
Unidade de saúde	
Agente de saúde	
Estado civil	
Nível de instrução	
Profissão/ocupação	
Renda familiar em salários mínimos	
Outros	

Quadro 2 - Variáveis sociodemográficas presentes no protocolo. Natal/RN- 2013.

O quadro 3, refere-se as variáveis da anamnese e dos fatores de risco.

<b>ANAMNESE E FATORES DE RISCO</b>	<b>CATEGORIAS</b>	
Quem realiza o curativo durante a semana	1. Concordo; 2. Discordo	
Local de realização do curativo durante a semana		
Quem realiza o curativo no final semana		
Local de realização do curativo no final de semana		
<b>Doenças crônicas</b>		
Diabetes	1. Concordo; 2. Discordo	
Cardiopatias		
Insuficiência arterial		
Arteriosclerose		
Doença neurológica		
Insuficiência venosa		
Hanseníase		
Hipertensão		
Alergias		
Medicamentos em uso atualmente	1. Concordo; 2. Discordo	
Etilismo		
Tabagismo		
Higiene pessoal (Adequada ou inadequada)		
Atividades que realiza durante o dia		
Repouso realizado		
Sono em horas/dias		
Início da primeira úlcera em meses		
Tempo de úlcera atual em meses		
Recidiva	1. Concordo; 2. Discordo	
<b>Fatores de risco</b>		
História familiar de doença venosa		
Obesidade		
Veias varicosas		
Cirurgia venosa prévia		
Multiparidade		
Flebite		
Episódios de dor torácica		
Massa tumoral que obstrui o fluxo sanguíneo		
Cirurgia ou fratura da perna		
Atividades de trabalho que requerem longos períodos de permanência de pé ou sentado		
História comprovada ou suspeita de trombose venosa profunda (TVP)		
Investigar sobre duração, recorrência e idade		

Quadro 3 – Variáveis da anamnese e fatores de risco presentes no protocolo. Natal/RN- 2013.

O Quadro 4, refere-se às variáveis da assistência e da qualidade de vida propostas no protocolo.

VARIÁVEIS DA ASSISTÊNCIA E DA QUALIDADE DE VIDA		CATEGORIAS
Solicitação de Exames/ Realização/ Resultados	Hemograma completo (hemoglobina, hematócrito e leucócitos)	1. Concordo; 2. Discordo
	Glicemia em jejum	
	Albumina sérica	
	Urina tipo I	
	Índice Tornozelo Braço	
	Eco Doppler	
	Flebografia	
	Outros	Qual
Verificação de:	Dor	1. Concordo; 2. Discordo
	Pulso pedial	
	Pulso tibial	
	Pulso poplíteo	
	Edema	
	Sinais de infecção	
	Índice de Massa Corpórea (IMC)	
	Pressão arterial	
	Temperatura	
	Pulso	
	Frequência respiratória	
	Localização da lesão	
	Outros	Qual
Característica da úlcera	Grau	1. Concordo; 2. Discordo
	Exsudato	
	Quantidade do exsudato	
	Odor	
	Borda	
	Área perilesional	
	Leito da lesão	
	Frequência de troca	
	Mensuração da úlcera no decorrer do tratamento	
	Outros	Qual
Cuidados com a área perilesional e lesional	Limpeza da área perilesional	1. Concordo; 2. Discordo
	Produtos utilizados na área perilesional	
	Limpeza da lesão	
	Indicação de cobertura da lesão (relacionado ao tipo de tecido predominante)	
	Produtos utilizados na lesão	
	Outros	Qual
Medicamentos relacionados ao tratamento da lesão em uso atualmente	Antibiótico	1. Concordo; 2. Discordo
	Flebotrópico	Discordo
	Outros	Qual
Tratamento da dor	Ausente	1. Concordo; 2. Discordo
	Presente	
	Medidas fisioterápicas?	
	Quais medidas fisioterápicas?	
	Analgésicos?	
	Quais analgésicos?	
	Outros	Qual
Terapia compressiva	Ausente	1. Concordo; 2.

	Presente	Discordo
	Qual terapia compressiva	
	Aplica compressão adequada, quais?	
	Orientado uso de meias de compressão.	
	Orientado repouso com pernas elevadas (2 a 4h/dia) e elevar pés da cama de 10 a 15cm	
	Orientado uso de exercícios de contração e flexão da panturrilha e caminhadas	
	Elevado membros inferiores 30min antes da compressão	
	Outro	Qual
Prevenção de recidiva (Estratégias clínicas)	Investigação venosa e cirúrgica (ausente ou presente)	1. Concordo; 2. Discordo
	Terapia de compressão no decorrer da vida (ausente ou presente)	
	Seguimento regular para monitorar as condições a pele para recorrência (ausente ou presente)	Qual
Prevenção de recidiva (Estratégias educativas)	Importância da adesão ao uso das meias de compressão (ausente ou presente)	1. Concordo; 2. Discordo
	Cuidados com a pele (ausente ou presente)	
	Prevenção de acidentes ou traumas em MMII (ausente ou presente)	
	Orientação para procura precoce de assistência especializada a sinais de possível solução de continuidade da pele (ausente ou presente)	
	Encorajamento a mobilidade e exercícios (ausente ou presente)	
	Elevação do membro afetado quando imóvel (ausente ou presente)	
	Outros	Qual
Referência/ encaminhamento dos pacientes para	Ausente ou presente	1. Concordo; 2. Discordo
	Qual profissional? (especificar)	
	Outro	Qual
Contrarreferência	De onde?	1. Concordo; 2. Discordo
	Indicação	
	Outros	Qual
Aspectos referentes a qualidade de vida.	1. Concordo; 2. Discordo	
	Outro	Qual

Quadro 4- Variáveis da assistência e da qualidade de vida presentes no protocolo. Natal/RN-2013.

O questionário da qualidade de vida selecionado foi o Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ), que consiste em 20 questões para 4 dimensões: física (4 questões), psicológica (9 questões), social (3 questões) e dor (4 questões). Os resultados variam de 0 a 100, sendo o valor máximo tradutor de pior QV (Quadro 5). Desenvolvido inicialmente por Launois, Reboul e Henry (1996), este instrumento de simples e rápida utilização, fiável, prático e validado internacionalmente, em termos linguísticos e psicométricos revela ainda

extrema capacidade de detectar mudanças de estado na doença venosa crônica (DVC), sendo um instrumento valioso de avaliação da QV de DVC (LEAL; MANSILHA, 2010).

QUALIDADE DE VIDA (CIVIQ)	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
1 Dor nos tornozelos ou pernas, durante as últimas 4 semanas -	1: sem dor 2: dor ligeira 3: dor moderada 4: dor forte 5: dor intensa
2 Limitação/ incomodo no trabalho ou em atividades diárias por causa da DVC, durante as últimas 4 semanas -	1: não limitado/ incomodado 2: um pouco limitado/ incomodado 3: moderadamente limitado/ incomodado 4: muito limitado/ incomodado 5: extremamente limitado/ incomodado
3 Dormir mal, por causa da DVC, durante as últimas 4 semanas -	1: nunca 2: raramente 3: com bastante frequência 4: muito frequentemente 5: todas as noites
Limitação/ incomodo na realização de movimentos ou atividades por causa da DVC, durante as últimas 4 semanas ( <b>Questões 4 a 11</b> )	
4 Permanecer de pé por longos períodos	
5 Subir escadas	
6 Agachar/ ajoelhar	
7 Caminhar aceleradamente	
8 Viajar de carro, ônibus, avião	1: não limitado/ incomodado, de todo 2: um pouco limitado/ incomodado 3: moderadamente limitado/ incomodado 4: muito limitado/ incomodado 5: impossível de realizar
9 Atividades domésticas como cozinhar, transportar uma criança ao colo, passar roupa a ferro, limpar chão ou mobiliário, executar trabalhos manuais	
10 Ir a discotecas, casamentos, festas, cocktails	
11 Realizar atividades desportivas, esforços físicos extenuantes	
Efeitos psicológicos da DVC, durante as últimas 4 semanas ( <b>Questões 12 a 20</b> ) -	
12 Sentir-se “no limite”	
13 Tornar-se facilmente cansado	
14 Sentir-se um “fardo” para os outros	
15 Ter sempre de tomar precauções (como esticar as pernas, evitar permanecer de pé por longos períodos)	1: não, de todo moderadamente absolutamente 2: um pouco 3: 4: bastante 5:
16 Embaraço em mostrar as pernas	
17 Irritabilidade fácil	
18 Sentir-se deficiente	
19 Dificuldade em iniciar atividades pela manhã	
20 “Eu não me sinto bem”	

Quadro 5- Questionário de avaliação da qualidade de vida CIVIQ.

A terceira parte do instrumento foi constituída por um parecer final em relação ao protocolo (Quadro 6).

PARECER FINAL DO PROTOCOLO	CATEGORIAS
Utilidade / pertinência	Escala de 1 a 10
Consistência	
Clareza	
Objetividade	
Simplicidade	
Exequível	
Atualização	
Precisão	
Sequência instrucional dos tópicos	
Forma de apresentação do protocolo	1. Protocolo impresso 2. Protocolo eletrônico 3. Protocolo impresso/eletrônico
Qual a nota global atribuída ao protocolo?	Escala de 1 a 10
Parecer final em relação ao protocolo	Questão aberta

Quadro 6 – Variáveis do parecer final do protocolo. Natal/RN- 2013.

Elegeu-se os critérios de análise dos requisitos de avaliação geral do protocolo descritos no Quadro 7, abaixo.

REQUISITOS DE AVALIAÇÃO	CRITÉRIOS DE ANÁLISE
Utilidade / pertinência	O protocolo é relevante e atende a finalidade proposta.
Consistência	O conteúdo apresenta profundidade suficiente para a compreensão do protocolo.
Clareza	O protocolo está explicitado de forma clara, simples e inequívoca.
Objetividade	O protocolo permite resposta pontual.
Simplicidade	Os itens expressam uma única ideia.
Exequível	O protocolo é aplicável.
Atualização	Os itens seguem as práticas baseadas em evidência mais atuais.
Precisão	Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.
Sequência instrucional dos tópicos	A sequência das etapas do procedimento/questões se mostra de forma coerente.

Quadro 7 – Requisitos de avaliação geral do protocolo analisados pelos juízes. Natal/RN- 2013.

Após a análise da primeira fase Delphi, foram removidos os itens do protocolo que não obtiveram valores Kappa e índice de validade de conteúdo (IVC) dentro dos parâmetros estabelecidos como aceitáveis e em seguida, o instrumento foi ressubmetido aos juízes (Fase Delphi 2).

#### 4.3.5 Coleta de dados

Os participantes selecionados foram contatados por endereço eletrônico. A correspondência foi enviada com o propósito de explicar a finalidade da participação do juiz, indagando sobre sua participação na pesquisa a partir de uma carta convite.

Como forma de acompanhar a velocidade com que as transformações vêm ocorrendo no mundo globalizado, a tecnologia da informação e comunicação tem sido cada vez mais intensamente empregada como instrumento para os mais diversos fins. Em face disso, além de sua rápida evolução, é cada vez mais intensa a percepção de que a tecnologia de informação e comunicação proporciona uma ferramenta de apoio à incorporação do conhecimento. (RODRIGUES; PERES, 2008; ROSSETTI; MORALES, 2007). Assim, a utilização de recursos multimídia e a utilização de instrumentos online, pode facilitar a padronização (do instrumento de coleta) e a interação do respondente com o método de autopreenchimento, tornando-o dinâmico (ALLIYERIS; LAS CASAS, 2012).

A adoção da tecnologia da informação e comunicação no processo de comunicação científica tem crescido e vem afetando, de forma positiva, as atividades de pesquisa. Os autores são unânimes quando afirmam que as tecnologias da informação e comunicação propiciam maior eficiência na produção, avaliação e difusão do conhecimento, e promovem melhoria e agilidade nos resultados alcançados no campo da pesquisa e da ciência (LOPES; SILVA, 2007).

Nessa perspectiva, em caso de aceite na participação, foi solicitada ao juiz uma resposta afirmativa por meio de um e-mail indicado na mensagem eletrônica, bem como o envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

Após o aceite em participar da pesquisa, o juiz respondeu um formulário eletrônico, construído via Google Docs. No formulário construído online denominado: “Assistência clínica e aspectos relacionados à qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa na atenção primária e terciária: proposição, implementação e avaliação de protocolo” (Apêndice B), é possível selecionar tipos diferentes de respostas, como por exemplo, caixas de seleção, listas suspensas, múltipla escolha, texto simples, como texto de parágrafo, que apresenta um espaço amplo para uma resposta aberta, dissertativa e opinativa por parte do respondente.

O formulário apresenta recursos diferenciados como a aplicação de escalas e grades, nas quais os sujeitos convidados podem dar diferentes graduações de respostas e recursos avançados, permitindo a elaboração de perguntas encadeadas, no qual, dependendo da

resposta escolhida, poderá direcionar o usuário para telas diferentes ou, simplesmente, encerrar de forma antecipada seus questionamentos, no caso de ter inserido critérios de exclusão nas questões elencadas. Para aproveitar de todos esses recursos, faz-se necessário, primeiramente, ter uma conta do gmail, para, em seguida, acessar seu ambiente no endereço: <docs.google.com> (SILVA; SANTANA; FRANCISCO, 2011).

Finalizado o formulário, sempre que havia alguma resposta, ela era enviada para uma planilha, indicando o pesquisado e as suas respostas, o que tornou mais fácil a visualização dos resultados.

Em cada fase Delphi (a primeira iniciada em setembro e a segunda em novembro) a cada sete dias, em não obtendo resposta foi reenviando o convite para os não respondentes até atingir a amostra por acessibilidade desejável (51 juízes na fase Delphi 1 e 35 juízes na fase Delphi 2).

Nesse sentido, para a coleta de dados, utilizou-se uma busca nas Bases de dados e formulário remetido duas vezes aos juízes com o objetivo de se obter um consenso de opiniões, conforme mostra a Figura 3:

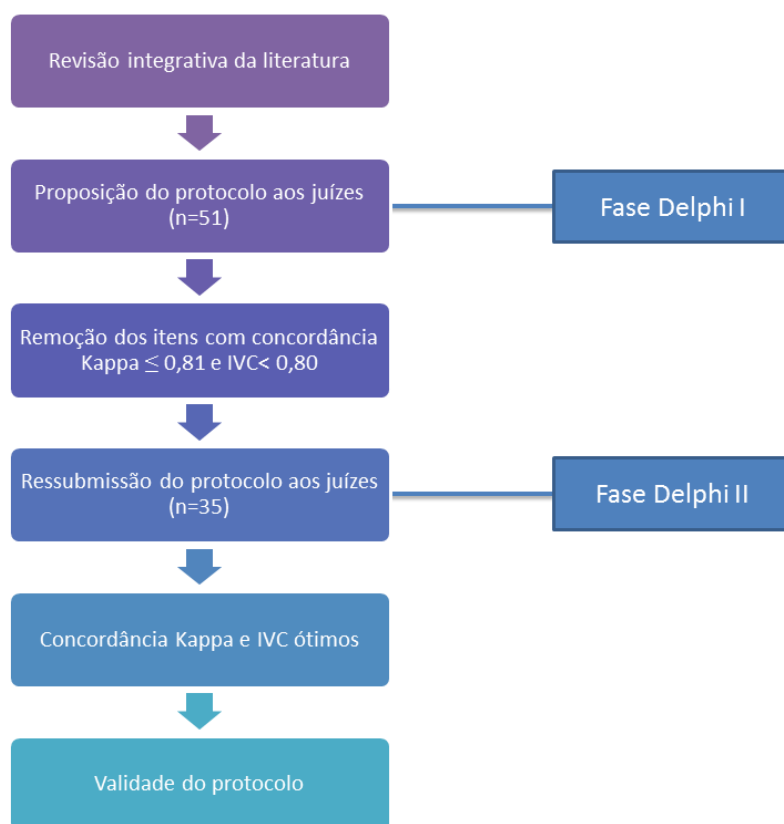


Figura 3 – Fluxograma de coleta de dados. Brasil, 2013.

#### 4.3.6 Análise dos dados

Para a validação do instrumento, as avaliações dos juízes foram inseridas na planilha eletrônica, onde verificou-se as pontuações atribuídas a cada item. A relevância dos itens foi obtida pela concordância intra-observadores e inter-observadores por meio do índice Kappa (K) e índice de validade de conteúdo (IVC).

Optou-se pelo índice Kappa por ser um indicador de concordância ajustado, pois considera, descontando no cômputo final, a concordância devido ao fator chance. A interpretação dos valores do Índice Kappa foram resumidos no Quadro 8. (PEREIRA, 1995).

ÍNDICE KAPPA (K)	NÍVEL DE CONCORDÂNCIA
< 0,00	Ruim
0,00 a 0,20	Fraco
0,21 a 0,40	Sofrível
0,41 a 0,60	Regular
0,61 a 0,80	Bom
0,81 a 0,99	Ótimo
1,00	Perfeito

Quadro 8 - Distribuição do Índice Kappa (K) e respectivos níveis de interpretação de concordância (PEREIRA, 1995).

Conforme o quadro 6, que diz respeito ao critérios de análise, o Índice Kappa informa a proporção de concordância que varia de "menos 1" a "mais 1", quanto mais próximo de 1, melhor o nível de concordância entre os observadores.

Neste estudo, julgaram concordância ou discordância, resultando na proporção de juízes que julgaram o item como válido para permanecer no protocolo pelo total de juízes, conforme fórmula abaixo. Como consenso, considerou-se o IVC maior que 0,80. (GRANT; DAVIS, 1997).

$$IVC = \frac{\text{Concordância}}{\text{Total de juízes}}$$

Os dados coletados foram organizados em uma planilha de dados eletrônica e, posteriormente, exportados para um software estatístico. Após serem codificados e tabulados, os dados foram analisados por meio de leitura reflexiva e por meio de estatística descritiva

com frequências absolutas e relativas, média dos escores das variáveis e aplicação do teste de Kappa por intermédio do Online Kappa Calculator e do IVC (RANDOLPH, 2008).

Para a fase Delphi 1, realizou-se análise inicial contendo todas as categorias e itens propostos no protocolo avaliando-se o Kappa e o IVC. Após segunda análise, manteve-se apenas os itens que obtiverem escores Kappa e IVC igual ou maior àqueles adotados neste estudo.

A fase Delphi 2, caracterizou-se pela verificação do protocolo a partir do índice Kappa e IVC, e comparação com a fase anterior (Delphi 1).

No programa SPSS 20.0, foram realizadas as análises descritivas com frequências absolutas e relativas, média dos escores das variáveis e análise inferencial na comparação das variáveis entre as fases Delphi 1 e 2, com nível de significância estatística de  $p\text{-valor} \leq 0,05$ , e na aplicação do teste de Wilcoxon que é um teste não paramétrico de significância (PEREIRA, 1995).

Nesse sentido, parte-se do pressuposto que é possível atingir validade do protocolo a partir do julgamento dos juízes pela Técnica Delphi e elegeu-se as seguintes hipóteses de pesquisa expressas no Quadro 9:

DEFINIÇÃO DE HIPÓTESES		
TIPOS	TEÓRICA	ESTATÍSTICA
Hipótese nula ( $H_0$ )	Os índices de validação (Kappa e IVC) do protocolo pela fase Delphi 2 são inferiores que os alcançados na fase Delphi 1.	$H_0 = \mu K, IVC \text{ Delphi2} < \mu K, IVC \text{ Delphi1}$ (Teste de Wilcoxon)
Hipótese alternativa ( $H_1$ )	Os índices de validação (Kappa e IVC) do protocolo pela fase Delphi 2 são iguais ou melhores que os alcançados na fase Delphi 1.	$H_1 = \mu K, IVC \text{ Delphi2} \geq \mu K, IVC \text{ Delphi1}$ (Teste de Wilcoxon)
Obs.: Em que, $H_0$ = Hipótese nula ; $H_1$ = Hipótese alternativa ; $\mu K, IVC$ = Média do Kappa e IVC; IVC = Índice de Validade de Conteúdo		

Quadro 9 - Descrição e estatísticas das hipóteses do estudo. Brasil, 2013.

Depois de serem codificados, tabulados e analisados, os dados foram apresentados na forma de tabelas e quadros distribuídos nos artigos que representam os resultados e discussões.

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo está de acordo com a Resolução 196/96 (BRASIL, 1997), que envolve pesquisas com seres humanos devem ser apreciados em seus aspectos éticos por Comissões de Ética em Pesquisa. Sendo assim, o projeto desta pesquisa foi apreciado pela Comissão de Ética em Pesquisa/UFRN (CAAE: 07556312.0.0000.5537).

Para os juízes da pesquisa, foram esclarecidos os objetivos e importância deste estudo e aos que concordarem em participar da pesquisa foi solicitada a anuência por escrito a partir do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, sendo enviado por email ao participante.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão estão apresentados em forma de artigos a serem submetidos em periódicos qualificados na área de Enfermagem, conforme exposto no Quadro 10.

<b>ARTIGO</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>QUALIS EM ENFERMAGEM</b>
1	Protocolo de assistência a pessoas com úlcera venosa na atenção primária: revisão integrativa da literatura	Realizar revisão integrativa da literatura que possa dar subsídios para a elaboração de um protocolo de assistência a pessoas com úlcera venosa na atenção primária.	B1
2	Protocolo de assistência à pessoas com úlceras venosas na atenção primária: validação de conteúdo	Verificar a validade de conteúdo de um protocolo multiprofissional para atender pessoas com úlcera venosa na atenção primária	A2
3	Validação de protocolo para pessoas com úlcera venosa por profissionais: composição e critérios de avaliação	Analisar a composição e critérios de avaliação por profissionais de saúde na validação de protocolo para pessoas com úlcera venosa atendidas na atenção primária.	A1

Quadro 10 – Síntese dos três artigos que compõem os resultados e discussões por título, objetivo e qualis que serão submetidos.

## 5.1 ARTIGO 1

### PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

### PROTOCOL OF ASSISTANCE TO PERSONS WITH VENOUS ULCER IN PRIMARY CARE: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

### PROTOCOLO DE ASISTENCIA A PERSONAS CON ÚLCERA VENOSA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

Isabelle Katherinne Fernandes Costa<sup>1</sup>

Gilson de Vasconcelos Torres<sup>2</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** realizar revisão integrativa da literatura para dar subsídios de elaboração de protocolo de assistência a pessoas com úlcera venosa na atenção primária **Método:** revisão integrativa, realizada entre agosto e setembro de 2012, na biblioteca virtual de saúde, páginas da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, de Secretarias Municipais de Saúde e guidelines de associações internacionais. **Resultados:** incluiu-se 15 publicações, no período de 2004 a 2011, 9 focavam especificamente a úlcera venosa, 8 não especificam o nível de assistência, 9 são multiprofissionais e 2 ressaltam qualidade de vida. Embasado nos estudos verificou-se que as categorias referentes a estruturação do protocolo são os dados sociodemográficos, anamnese, fatores de risco, exames, verificação, características e cuidados da lesão, medicamentos, dor, cuidados gerais e terapia compressiva, prevenção e referência/contrarreferência. **Conclusão:** os resultados poderão subsidiar a construção de

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutoranda pelo programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFRN. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa Incubadora de Procedimentos de Enfermagem/UFRN. Nata (RN), Brasil. Correspondência: Rua do Motor, 39 Praia do Meio, CEP: 59010-090, Natal/RN. E-mail: isabellekfc@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Coordenador do Grupo de Pesquisa Incubadora de Procedimentos de Enfermagem/Natal, RN. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq (PQ-2). Coordenador do Grupo de Pesquisa Incubadora de Procedimentos de Enfermagem/UFRN. Natal/RN, Brasil. Email: gilsonvtorres@hotmail.com.

protocolo para pessoas com úlcera venosa atendidas na atenção primária respaldado nos aspectos da literatura.

**Descritores:** Protocolos; Úlcera Varicosa; Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To perform integrative literature review to give subsidies to elaborate attendance protocol for people with venous ulcers in primary health care. **Method:** an integrative review, realized between August and September 2012, in the virtual health library, pages of Coordination of Improvement of Higher Education Personnel, of Municipal Health secretariat and international guidelines of associations. **Results:** was included 15 publications, in the period from 2004 to 2011, 9 focused specifically venous ulcer, 8 did not specify the level of assistance, 9 are multiprofessionals and 2 emphasize quality of life. Based upon the studies it was verified that the categories about structuring the protocol are sociodemographics, anamnesis, risk factors, exams, verification, characteristics and injury care, medications, pain, general care and compression therapy, prevention and referral/counter-referral. **Conclusion:** The results may subsidize to construct protocol for people with venous ulcers treated in primary health care supported in the aspects of literature.

**Descriptors:** Protocols; Varicose Ulcer; Delivery of Health Care.

## RESUMEN

**Objetivo:** realizar una revisión integradora de la literatura para dar subsidios para la elaboración de protocolos de atención a las personas con úlceras venosas en atención primaria. **Método:** revisión integradora, llevó a cabo entre agosto y septiembre de 2012 en la Biblioteca Virtual en Salud, páginas de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal Grado Superior de Salud, secretarías municipales y guidelines de asociaciones internacionales. **Resultados:** se incluyeron 15 publicaciones en el período de 2004 a 2011, 9 se centró específicamente úlcera venosa, 8 no especifica el nivel de atención, 9 son multiprofesional y 2 destacan la calidad de vida. Con base en los estudios se ha encontrado que las categorías para estructurar el protocolo son sociodemográficos, antecedentes clínicos, factores de riesgo, pruebas, verificación, y las características de la atención de lesiones, medicamentos, dolor, cuidados generales y la terapia de compresión, la prevención y referencia /contrarreferencia. **Conclusión:** Los resultados pueden ayudara construir protocolo

para las personas con úlceras venosas en la atención primaria apoyado en los aspectos de la literatura.

**Descriptor:** Protocolos; Úlcera Varicosa; Prestación de Atención de Salud.

## INTRODUÇÃO

A assistência às pessoas com úlcera venosa requer atenção integral e multiprofissional, além de acesso facilitado aos serviços de saúde, devido ao impacto negativo dessas lesões sobre a qualidade de vida dos acometidos e familiares e do ônus financeiro provocado ao sistema de saúde<sup>(1)</sup>.

Nesta perspectiva, espera-se que a atenção primária à saúde, seja a porta de entrada para a assistência a saúde dessa população, promovendo o acesso às pessoas com úlcera venosa, bem como, diagnóstico precoce, garantindo acompanhamento e tratamento.

O cuidado e tratamento de pessoas com úlcera venosa é considerado difícil do ponto de vista técnico. Por este motivo, países como Canadá, Estados Unidos da América (EUA), e Inglaterra vêm desenvolvendo protocolos com o objetivo de padronizar as condutas, melhorar a qualidade da assistência e diminuir os custos com o tratamento<sup>(2)</sup>. Os protocolos textuais são baseados em diretrizes clínicas que utilizam evidências científicas para sua elaboração<sup>(2)</sup>.

A prática baseada em evidências (PBE) oferece ao profissional recomendações científicas, denominadas diretrizes, que o auxiliam a oferecer a melhor assistência possível. A utilização de um método sistematizado possibilita reunir, classificar e analisar resultados de pesquisa e concluir por evidências ou não para tomada de decisões, assim como a necessidade de desenvolvimento de novos estudos primários<sup>(3)</sup>.

Destaca-se assim a importância de evidências científicas, como subsídio para o cuidado as pessoas com úlceras venosas, visto que as ações da prática devem ser por elas fundamentadas, visando à promoção da segurança do paciente<sup>(4)</sup>.

Nesse sentido, a proposta é melhorar o atendimento das pessoas com UV, reduzir o tempo de tratamento, diminuir as recidivâncias e evitar as complicações decorrentes dessas lesões, para tanto, faz-se necessária à adoção de protocolos por profissionais que se dedicam ao manejo de pessoas com úlceras venosas<sup>(5)</sup>.

Diante do exposto, propõe-se neste estudo, realizar revisão integrativa da literatura que possa dar subsídios para a elaboração de um protocolo de atendimento a pessoas com úlcera venosa na atenção primária.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, que percorreu as etapas: elaboração da pergunta de pesquisa, estabelecimento dos objetivos da revisão e critérios de inclusão das publicações; definição das informações a serem extraídas; seleção das publicações na literatura; análise dos resultados; discussão dos achados e apresentação da revisão<sup>(6)</sup>.

Como forma de conduzir esta revisão, formulou-se as seguintes questões de pesquisa: Quais os aspectos da abordagem de pessoas com UV são enfocados nos estudos? A qual cenário estes estudos estão direcionados? Estes estudos são uni ou multiprofissionais? Avaliam a qualidade de vida?

Realizou-se a busca na literatura nos meses de agosto e setembro de 2012 nas bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), banco de dissertações e teses do Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Além disso, foram pesquisados, guidelines internacionais por meio do site “guidelines.com”, do site do “Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas” (GNEAUPP) e das secretarias de saúde que disponibilizaram os protocolos eletronicamente, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Santa Catarina, a Secretaria Municipal de Belo Horizonte – Minas Gerais, a Secretaria Municipal de Ribeirão Preto – São Paulo.

Para o refinamento adequado das publicações definiu-se uma amostra obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: materiais que disponibilizassem protocolos e/ou instrumentos sobre a assistência à pessoa com feridas, especificamente úlcera venosa; em português, inglês e espanhol; disponíveis gratuitamente em texto completo nas bases de dados supracitadas; no período janeiro de 2004 a setembro de 2012. Excluiu-se as publicações em formato de editorial, carta ao editor, protocolos encontrados online que não apresentavam ano/ficha catalográfica/referencial e guidelines desenvolvidos por empresas farmacêuticas.

Utilizou-se um formulário estruturado, abrangendo questões referentes à proposta da pesquisa, a saber: ano de publicação, base de dados, tipo de publicação, tipo de produto/proposta, foco do estudo, nacionalidade, cenário (atenção primária e/ou hospitalar), se foi validado, direcionamento profissional, apresentação de fluxogramas e instrumentos, aspectos da abordagem da pessoa com UV e trabalha a qualidade de vida.

Para o levantamento das publicações na BVS, elegeram-se os descritores controlados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH): protocolos e úlcera varicosa. O cruzamento desses descritores na base citada ocorreu por meio do operador booleano AND. No Periódicos CAPES e “guidelines.com” utilizou-se o descritor úlcera venosa (venous ulcer). A busca no site da GNEAUPP ocorreu por meio da leitura dos protocolos/instrumentos disponíveis que abordassem a assistência à pessoa com feridas, em especial úlcera venosa, assim como nos sites das secretarias de saúde citadas.

Após o procedimento da busca eletrônica nas bases de dados mencionadas, as publicações foram pré-selecionadas com base na leitura do título e resumo ou apresentação (em caso de protocolos e guidelines). Após a leitura na íntegra das publicações previamente selecionadas, foram identificadas as publicações que compuseram a amostra final desta revisão integrativa (conforme Figura 1).

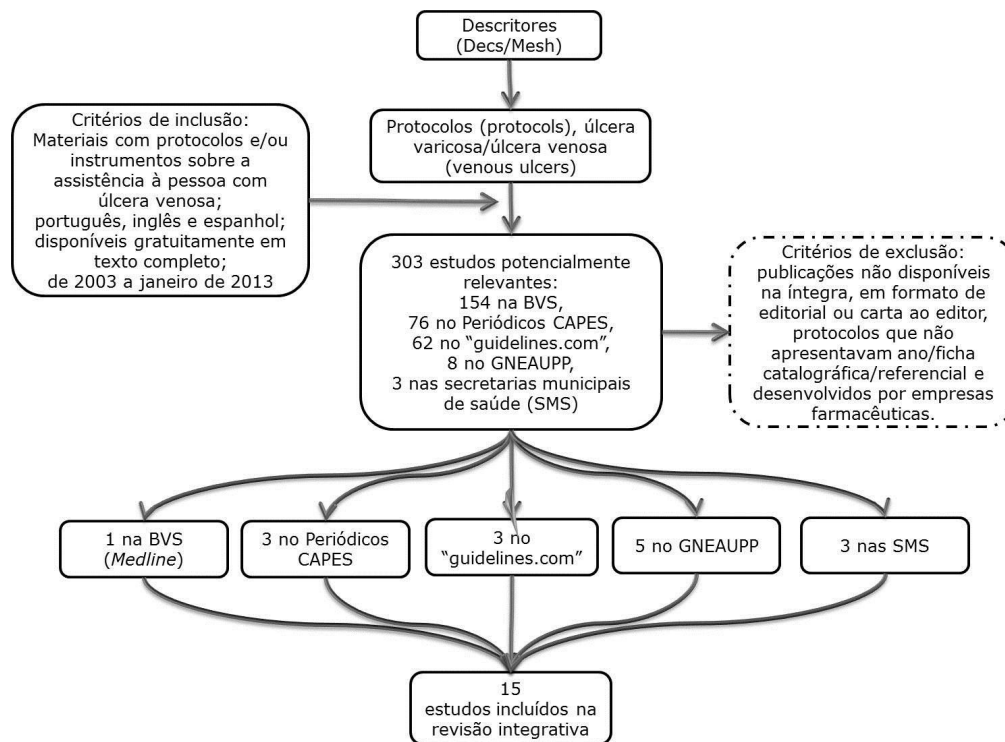


Figura 1 – Síntese do processo de obtenção dos estudos selecionados para a revisão integrativa.

O processo de avaliação crítica dos estudos obtidos consistiu em sua leitura na íntegra, avaliação e preenchimento dos instrumentos de coleta de dados. Todos os estudos selecionados foram analisados por dois avaliadores e qualquer discordância resolvida com

discussão. Em seguida, os dados foram digitados em planilha do Microsoft Excel 2010, analisados por meio da estatística descritiva e apresentados sob a forma de quadros.

## RESULTADOS

Com base na revisão da literatura científica sobre a temática de assistência à pessoas com úlceras venosas elaborou-se três quadros sínteses dos estudos analisados.

IDENTIFICAÇÃO	ESTUDO	ANO	BASE	TIPO DE PUBLICAÇÃO	TIPO DE PRODUTO/ PROPOSTA	FOCO DO ESTUDO
7	BREM;KISNER; FALANGA	2004	BVS (Medline)	Artigo	Protocolo	Úlcera venosa
8	RNAO	2004	GNEUAPP	Diretriz	Diretriz	Úlcera venosa
9	CAPILLA; CASTILLO; MORROS; PORTAS; VEDIA	2004	GNEUAPP	Diretriz	Diretriz	Úlceras vasculares
10	BORGES	2005	CAPES	Tese	Diretriz	Úlcera venosa
11	WUWHS	2008	GNEUAPP	Diretriz	Diretriz	Feridas
12	FLORIANÓ- POLIS	2008	Site das SMS	Protocolo	Protocolo	Feridas
13	CONUEI	2009	GNEUAPP	Diretriz	Diretriz	Úlceras de membros inferiores
14	SELMMER	2009	CAPES	Dissertação	Protocolo informatizado	Úlcera venosa
15	RCN	2010	GNEUAPP	Diretriz	Diretriz	Úlcera venosa
16	SIGN	2010	guidelines. com	Diretriz	Diretriz	Úlcera venosa
17	AAWC	2010	guidelines. com	Diretriz	Diretriz	Úlcera venosa
18	BELO HORIZONTE	2010	Site das SMS	Protocolo	Protocolo	Feridas
19	DANTAS	2010	CAPES	Dissertação	Protocolo	Úlcera venosa
20	WOCN	2011	guidelines. com	Diretriz	Diretriz	Úlcera venosa
21	RIBEIRÃO PRETO	2011	Site das SMS	Protocolo	Protocolo	Feridas

Quadro 1 - Distribuição dos estudos encontrados quanto ao ano, base, tipo de publicação, tipo de produto/proposta e foco do estudo, Natal/RN, 2013.

Dos 15 estudos selecionados, três são publicações de 2004, uma do ano de 2005, duas de 2008, duas de 2009, cinco de 2010 e duas de 2011. Destes, cinco são atualização de diretrizes ou protocolos pré-existent<sup>(15-16,18,20-21)</sup>. Quanto ao tipo de estudo teve-se: um artigo, uma tese, duas dissertações, três protocolos e oito diretrizes. Em relação ao tipo de produto/proposta trazidos por esses estudos encontraram-se seis protocolos, sendo um deles a proposta de um protocolo informatizado e nove diretrizes.

Quanto ao foco dos estudos, verificou-se que seis tratavam de feridas de várias etiologias, sendo que cinco<sup>(3,5,6,12,15)</sup> destes focavam a abordagem da úlcera venosa no que se refere ao diagnóstico diferencial da lesão não atendendo as especificidades que esta lesão requer. O conhecimento da etiologia, do tratamento e do manejo adequado das úlceras venosas é fundamental para a prática da assistência a essas pessoas<sup>(22)</sup>.

O Quadro 2 refere-se a nacionalidade dos estudos, o cenário, como foi a validação dos estudos, se é direcionado para um profissional ou se é multiprofissional e se apresentou-se fluxogramas e instrumentos.

IDENTIFI- CAÇÃO	NACIONA- LIDADE	CENÁRIO	VALIDADO	UNI OU MULTIPROFIS- SIONAL	APRESENTAÇÃO DE FLUXOGRAMAS OU INSTRUMENTOS
7	Estados Unidos	Hospitalar	Não	Médicos	Fluxograma de atendimento
8	Canadá	Não especificado	PBE	Enfermeiros	Instrumento de acompanhamento
9	Espanha	APS	PBE	Médicos	Não
10	Brasil	Não especificado	PBE	Multiprofissional	Não
11	Inglaterra	Não especificado	Consenso de especialistas	Médicos	Fluxograma de atendimento de feridas de modo geral
12	Brasil	APS	Não	Multiprofissional	Fluxogramas apenas para úlcera por pressão, queimaduras, e tratamento de feridas de modo geral
13	Espanha	Não especificado	PBE	Multiprofissional	Fluxograma de diagnóstico e tratamento da UV
14	Brasil	APS	Consenso de especialistas Sim com 3 enfermeiros	Enfermeiros	Fluxograma para escolha da conduta tópica
15	Inglaterra	Não especificado	PBE	Enfermeiros	Não
16	Escócia	Não especificado	PBE	Multiprofissional	Não

17	EUA	Não especificado	PBE	Multiprofissional	Não
18	Brasil	APS	Não	Multiprofissional	Instrumento de acompanhamento a pessoas com feridas de modo geral
19	Brasil	Hospitalar	Consenso de especialistas Sim com 39 profissionais (enfermeiros, médicos e fisioterapeutas)	Multiprofissional	Não
20	EUA	Não especificado	PBE	Multiprofissional	Não
21	Brasil	APS	Não	Multiprofissional	Instrumento de acompanhamento a pessoas com feridas de modo geral

Quadro 2 - Distribuição dos estudos quanto a nacionalidade, cenário, validação, direcionamento do estudo e presença de fluxogramas ou instrumentos, Natal/RN, 2013.

Em relação a nacionalidade, seis são estudos desenvolvidos no Brasil, três nos Estados Unidos, dois na Espanha, dois na Inglaterra um no Canadá e um na Escócia.

Dos 6 estudos desenvolvidos no Brasil, 3 são protocolos de SMS que abordam as feridas de forma geral, e os outros 3, específicos de UV, trata-se de uma tese que foca nas diretrizes acerca das terapias tópicas, uma dissertação que propõe um protocolo informatizado com foco nas terapias tópicas e o outro, também dissertação, apesar de abordar a assistência a pessoa com úlcera venosa, direciona o protocolo para um hospital universitário do Nordeste do país.

No que diz respeito ao cenário (atenção primária e/ou hospitalar), cinco são para a atenção primária e dois são para área hospitalar, oito estudos não especificam o nível de assistência. A atenção primária constitui-se como o primeiro nível de atenção do SUS. A APS propõe-se em romper com o modelo hospitalocêntrico, caracterizando-se como principal porta de entrada do SUS, articulada com outros níveis de atenção por meio da referência e contrarreferência. Além disso, o nível primário chama à atenção da equipe ao cidadão, por meio do vínculo e a co-responsabilização do processo saúde-doença com a comunidade, e a construção de lugar valorizado socialmente para os profissionais<sup>(23)</sup>.

Quanto a validação, oito estudos têm suas diretrizes propostas baseadas em evidências, três foram validados por consenso de especialistas e quatro não foram validados, para estes, utilizou-se apenas revisão de literatura.

A importância da validação de instrumento consiste em avaliar se ele mede aquilo que se propõe a medir<sup>(24)</sup>. Além disso, o reconhecimento da qualidade dos instrumentos é aspecto fundamental para a legitimidade e credibilidade dos resultados de uma pesquisa o que reforça a importância do processo de validação<sup>(25)</sup>.

No que se refere ao direcionamento profissional, três estudos direcionou-se para enfermeiros, outros três, para médicos e nove trazem um direcionamento multiprofissional.

Embora o cuidado com as feridas seja realizado principalmente por enfermeiros, não é exclusivo desta área profissional. Diante da importância de uma assistência adequada as pessoas com úlceras venosas, há necessidade da atuação de uma equipe multiprofissional, que se destaca por prestar atendimento na avaliação ampliada as pessoas, avaliação das lesões, realização de curativos e encaminhamentos necessários, além de ações educativas para evolução favorável do processo de cicatrização e prevenção do aparecimento de úlceras e ocorrência de recidivas<sup>(26)</sup>.

No que concerne a apresentação de fluxograma e instrumento, sete trazem, além da parte textual, fluxogramas de atendimento e de escolha da conduta tópica e instrumento de acompanhamento.

Um protocolo e fluxograma formulados são importantes para satisfazer as necessidades da assistência a pessoas com úlceras venosas, pois facilitam o atendimento e o tratamento, bem como a compreensão por parte dos pacientes. Dessa forma, tornam-se indispensável para o direcionamento das ações<sup>(27)</sup>.

IDENTIFI- CAÇÃO	ASPECTOS DA ABORDAGEM DA PESSOA COM UV	QV
7	Curativos, antibióticos tópicos, desbridamento, terapia compressiva, terapia celular, cirurgia, tratamento de infecção, reconhecimento precoce e o monitoramento regular com fotografia e planimetria.	Não
8	65 recomendações envolvendo: avaliação do paciente, avaliação diagnóstica, dor, cuidados com a úlcera venosa, infecção, terapia compressiva e cuidados com a terapia compressiva, terapias complementares (oxigenoterapia hiperbárica, ultrassom), reavaliação, prevenção de recidiva, recomendações educativa para pacientes, familiares e profissionais.	Sim, trazendo o SF-36 ou 12 para avalia-la
9	Definição, diagnóstico avaliação do paciente e da lesão, tratamento sistêmico e tópico, prevenção de recidivas, critérios de encaminhamento.	Não

10	Elaboração de uma diretriz sobre terapia tópica. No entanto, sua diretriz era composta por 8 domínios: avaliação do paciente e de sua ferida, documentação dos achados, cuidados com a ferida e a pele ao redor, indicação de cobertura, uso de antibiótico, melhoria de retorno venoso e prevenção de recidiva, encaminhamento e capacitação profissional.	Não
11	Foco no diagnóstico das feridas de forma geral.	Não
12	Aborda as feridas de modo bem generalizado, abordando a UV apenas no que se refere aos tipos de úlceras.	Não
13	Epidemiologia, fisiopatologia, classificação CEAP clínico, Diagnóstico diferencial, tratamento farmacológico, terapia compressiva, escleroterapia, cirurgia, prevenção.	Não
14	Aborda o registro do paciente, a avaliação da lesão e sugestões de conduta tópica.	Não
15	Avaliação do paciente e da lesão, terapia compressiva, dor, cuidados com a úlcera venosa (desbridamento, limpeza e cobertura) sensibilidade da pele, tratamento medicamentoso, uso de ultrassom, estratégias clínicas e educativas para prevenção de recorrência, capacitação profissional, evidência não conclusiva quanto ao uso de pressão negativa, enxertos, laser de baixa intensidade, terapia eletromagnética.	Não
16	Avaliação do paciente e da lesão, reavaliação, encaminhamento, exercícios, Prevenção de recidiva (cirurgia e compressão), Tratamento (cobertura, compressão, dor).	Não
17	Avaliação do paciente e da lesão, exame físico, diagnóstico diferencial, monitoramento da lesão, prevenção de recorrência, terapia compressiva, cuidado local com a ferida (limpeza, desbridamento, coberturas), outras terapias (estimulação elétrica, ultrassom, radiofrequência), tratamento medicamentoso, cirurgia, manejo da dor e educação do paciente (compressão, elevação e deambulação para prevenir recorrência).	Preocupa-se com a QV. Não apresenta instrumento de avaliação.
18	Aborda o diagnóstico diferencial de úlcera venosa e arterial. Cita o tratamento da UV no que se refere a repouso diário, elevação de membros, terapia compressiva e evitar posição ortostática. Traz orientações gerais de cuidados com feridas com foco na técnica de limpeza e coberturas.	Não
19	Avaliação do paciente e da lesão, registro e documentação, cuidado com a ferida e a pele perilesional, indicação de cobertura, uso de antibiótico e tratamento da dor, tratamento cirúrgico da IVC, tratamento medicamentoso, melhoria do retorno venoso e prevenção de recidiva, encaminhamento dos pacientes, capacitação profissional e referência e contrarreferência.	Não
20	Avaliação do paciente e da lesão, prevenção da úlcera e recorrência, monitoramento da lesão, desbridamento, manejo da dor, cobertura, tratamento medicamentoso, terapia compressiva, cirurgia, exercício, elevação do membro, educação do paciente.	Não
21	Aborda o diagnóstico diferencial de úlcera venosa e arterial e uso de meias de compressão. Aborda orientações gerais de feridas como técnica de limpeza e de curativo.	Não

Quadro 3 - Distribuição dos estudos quanto aos aspectos da abordagem da pessoa com úlcera venosa e qualidade de vida, Natal/RN, 2013.

A maioria dos trabalhos<sup>(8,10,14-19)</sup> convergem no que diz respeito a avaliação do paciente e da lesão, através de uma completa anamnese e exame físico, sempre que possível e de preferência na primeira consulta.

No entanto, a respeito do tratamento observam-se algumas divergências. Em um estudo<sup>(8)</sup>, dentre as 65 recomendações preconizadas, reforça-se a importância do uso do ultrassom no cuidado a úlcera venosa, porém outros autores<sup>(15)</sup> dizem não haver subsídio científico que comprove a efetividade dessa terapia.

Além disso, alguns itens ressaltados nos estudos<sup>(8,15,17)</sup> como enxerto, oxigenoterapia hiperbárica, terapia eletromagnética, compressão pneumática, laser terapia e infra vermelho, pressão negativa, ultrassom e intervenção nutricional, não são recomendados por outras diretrizes<sup>(16)</sup> devido inexistência de comprovação científica.

Outro item importante é o foco excessivo na terapia tópica, uso de curativos e seus custos que alguns estudos abordam<sup>(12, 14, 18, 21)</sup>, o que pode desviar a principal atenção, que é o indivíduo. Além dos fatores referentes a lesão e as terapias tópicas, o processo de cicatrização de uma ferida crônica pode ser influenciado por aspectos pessoais, de saúde, psicológicos, emocionais, econômicos, sociais e políticos, compreendendo o indivíduo como um ser holístico com diversas necessidades<sup>(28)</sup>.

No que diz respeito a importância da qualidade de vida apenas dois estudos<sup>(8,17)</sup> enfocaram este aspecto em suas diretrizes, ambos nos EUA. Nos protocolos/diretrizes dos outros países não foram identificados aspectos que contemplassem a QV. A valorização do conceito de qualidade de vida reflete numa crescente preocupação com o paciente, o qual é visto holisticamente. O objetivo do tratamento deixa de focar exclusivamente a cura e passa a ser a reintegração do pacientes com o máximo de condições de ter uma vida normal, com qualidade e saúde<sup>(29)</sup>.

O desenvolvimento de protocolos carece de objetivos claramente articulados, estruturas coerentes, mecanismos confiáveis de avaliação, implementação e um desenvolvimento de tais diretrizes de forma a atingir as necessidades de boa qualidade e cuidado de saúde que seja mais custo-efetivo. A esse despeito, a importância de um protocolo direcionado a assistência a pessoa com úlcera venosa na atenção primária, justifica-se pelas especificidades que esta lesão apresenta.

Nesse sentido, baseado nesta revisão integrativa da literatura, propõe-se o seguinte modelo esquemático com as categorias referentes a estruturação do protocolo de assistência a pessoas com úlcera venosa atendidas na atenção primária (Figura 2):

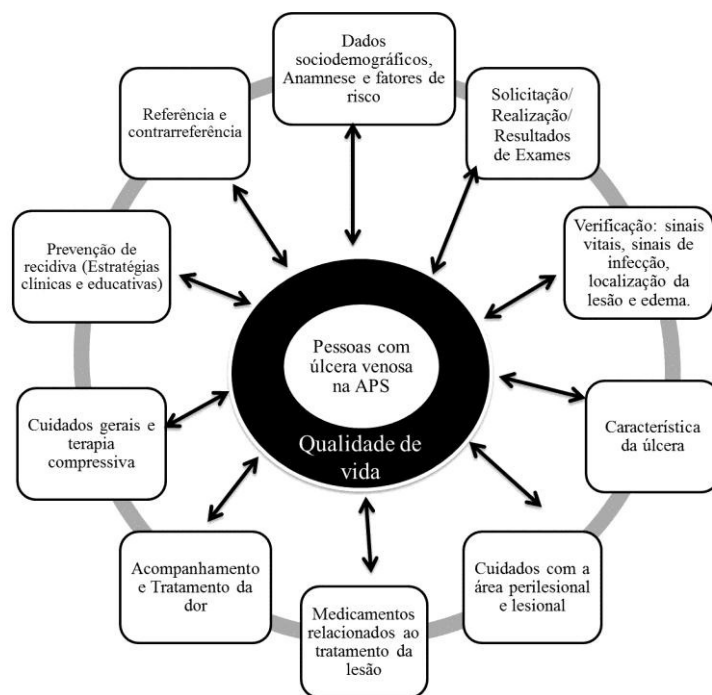


Figura 2 – Modelo esquemático das categorias de proposição de protocolo para pessoas com úlcera venosa atendidas na atenção primária.

## CONCLUSÃO

Alguns aspectos são extensamente abordados e com recomendações convergentes. Outras dimensões são abordadas de modo menos frequente e devem ser levados em conta se os profissionais tiverem como pressuposto a abordagem holística da pessoa com úlcera venosa.

Assim, destaca-se que as categorias de composição de protocolo para pessoas com úlcera venosa atendidas na atenção primária devem envolver os dados sociodemográficos, anamnese, fatores de risco, exames, verificação de sinais vitais/infecção/localização da lesão/edema, características e cuidados da lesão e área perilesional, medicamentos, dor, cuidados gerais e terapia compressiva, prevenção e referência/contrarreferência.

É relevante ainda elucidar que a adoção de um protocolo de assistência a pessoas com úlceras venosas é um recurso de grande valor para os profissionais que almejam prestar aos usuários cuidados padronizados e sistematizados. Nesse sentido, os resultados encontrados

poderão subsidiar a construção de protocolo para pessoas com úlcera venosa respaldado nos aspectos da literatura.

## REFERÊNCIAS

1. Evangelista DG, Magalhães ERM, Moretão DIC, Stival MM, Lima LR. Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da estratégia de saúde da família. R. Enferm. Cent. O. Min. 2012 mai/ago; 2(2):254-263.
2. Sellmer D, Klassen E, Cesario E, Malucelli A. Sistema de Informação para a Sistematização da Terapia Tópica de Úlceras Venosas. In: XI Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, Campos do Jordão. 2008. Available from: <http://www.sbis.org.br/cbis11/arquivos/1051.pdf>.
3. Lacerda RA, Nunes BK, Batista AO, Egry EY, Graziano KU, Angelo M et al. Práticas baseadas em evidências publicadas no Brasil: identificação e análise de suas vertentes e abordagens metodológicas. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2011 [cited 2012 aug 10];45(3):777-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a33.pdf>.
4. Pedreira ML. Evidence-based practice to promote patient safety. Acta Paul Enferm. 2009; 22(No Espec):880-1.
5. Silva MH, Jesus MCP, Merighi MAB, Oliveira DM, Santos SMR, Vicente EJD. Manejo clínico de úlceras venosas na atenção primária à saúde. Acta Paul Enferm. 2012;25(3):329-33.
6. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein [Internet]. 2010 [cited 2012 apr 27];8(1 Pt 1):102-6. Available from: [http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1\\_p102-106\\_port.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf).
7. Brem H, Kirsner RS, Falanga V. Protocol for the successful treatment of venous ulcers. Am J Surg[Internet]. 2004 [cited 2012 feb 19];188(1A Suppl):1-8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002961003002848>.
8. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Assesment and management of venous leg ulcers. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), 2004[cited 2012 feb 19];112p. Available from: <http://www.gneaupp.es/app/portada>.
9. Capillas PRM, Castillo ML, Morros TC, Portas FJ, Vedia U, Maneig de les úlceres vasculars. [En línea] Barcelona: Institut Catala de la Salut, 2004[cited 2012 feb 19];.

- Guias de práctica clínica i material docent, num.10. Available from: <http://www.gneapp.es/app/portada>.
10. Borges, EL. Tratamiento tópico de úlceras venosa: propuesta de una diretriz baseada em evidências [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2005. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-12122005-110012/>.
  11. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principios de las mejores prácticas: Diagnóstico y heridas. Documento de consenso. Londres: MEP Ltd, 2008 [cited 2012 Jan 08]. Available from: <http://www.gneapp.es/app/portada>.
  12. Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde. Protocolo de cuidados de feridas. Coordenado por Antônio Anselmo Granzotto de Campos; Organizado por Lucila Fernandes More e Suzana Schmidt de Arruda. Florianópolis (SC): IOESC; 2008. Available from: [http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/PROTOCOLO\\_FERIDA\\_26\\_08\\_2008\\_atual.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/PROTOCOLO_FERIDA_26_08_2008_atual.pdf).
  13. Conferencia Nacional de Consenso Sobre Úlceras de la Extremidad Inferior (CONUEI). España: EdikaMed S. L.; 2009[cited 2012 Jan 08]. Available from: <http://www.gneapp.es/app/portada>.
  14. Selmmmer D. Sistema baseado no conhecimento para sistematização da terapia tópica de úlceras venosas [dissertação]. Curitiba (PR): Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2009. Available from: <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=20091540003019011P8>.
  15. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic venous leg ulcers. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2010 Aug. 44 p. (SIGN publication; no. 120). Available from: <http://www.guidelines.com>.
  16. Association for the Advancement of Wound Care (AAWC) venous ulcer guideline. Malvern (PA): Association for the Advancement of Wound Care (AAWC); 2010 Dec. 7 p. Available from: <http://www.guidelines.com>.
  17. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic venous leg ulcers. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2010 Aug. 44 p. Available from: [www.guidelines.com](http://www.guidelines.com)
  18. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Políticas Sociais. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência. Coordenação de Atenção a Saúde do Adulto e do

- Idoso. Protocolo de prevenção em tratamento de feridas; 2010. Available from: <https://portalpbh.pbh.gov.br>.
19. Dantas, DV. Assistência aos portadores de úlceras venosas: proposta de protocolo [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010. Available from: <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=20102523001011029P3>.
  20. Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity venous disease. Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN); 2011 Jun 1. 58 p. (WOCN clinical practice guideline series; no. 4). Available from: <http://www.guidelines.com>.
  21. Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Programa de Educação Continuada da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Manual de assistência integral as pessoas com feridas crônicas; 2011. Available from: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude>.
  22. Benevides JP, Coutinho JFV, Santos MCL, Oliveira MJA, Vasconcelos FF. Avaliação clínica de úlceras de perna em idosos. Rev Rene. 2012; 13(2):300-8.
  23. Brasil. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
  24. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res. nurs. health. [Internet]. 2006 [cited 2013 feb 19]; 29(5):489-97. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.20147/pdf>.
  25. Bittencourt HR, Creutzberg M, Rodrigues ACM, Casartelli AO, Freitas ALS. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. Est. aval. educ. [Internet]. 2011 [cited 2013 feb 18]; 22 (48): 91-114. Available from: <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/eae/arquivos/1630/1630.pdf>.
  26. Sant'Ana SMSC, Bachion MM, Santos QR, Nunes CAB, Malaquias SG, Oliveira BGRB. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. Rev Bras Enferm, Brasilia [Internet]. 2012 [cited 2013 feb 18]; 65(4):637-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a13v65n4.pdf>.

27. Tuji FM, Bragança TA, Rodrigues CF, Pinto DPS. Tratamento multidisciplinar na reabilitação de pacientes portadores de fissuras de lábio e/ou palato em hospital de atendimento público. *Rev. para. med*; [Internet]. 2009 [cited 2013 feb 19]; 23(2). Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n2/a2013.pdf>.
28. Short K, Bull R. Leg ulcers and lymphoedema. *Medicine* [Internet]. 2009 [cited 2013 feb 19]; 37(6):269-272. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/13573039/37/6>.
29. Santos RFFN, Porfírio GJM, Pitta GBB. A diferença na qualidade de vida de pacientes com doença venosa crônica leve e grave. *Alagoas. J Vasc Bras* [internet]. 2009 [citado 2011 fev 15]; 8(2): 143–147. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v8n2/a08v8n2.pdf>.

## 5.2 ARTIGO 2

### **PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA À PESSOAS COM ÚLCERAS VENOSAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO**

### **PROTOCOL TO ASSIST PEOPLE WITH VENOUS ULCERS IN PRIMARY HEALTH CARE: CONTENT VALIDATION**

### **PROTOCOLO DE ATENDIMIENTO A LAS PERSONAS CON ÚLCERAS VENOSAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: VALIDEZ DE CONTENIDO**

**Isabelle Katherinne Fernandes Costa<sup>3</sup>**

**Gilson de Vasconcelos Torres<sup>4</sup>**

#### **RESUMO**

Objetivou-se verificar a validade de conteúdo de um protocolo multiprofissional para assistir pessoas com úlcera venosa na atenção primária. Esta pesquisa metodológica foi realizada de setembro a novembro de 2012. Com base em uma revisão integrativa anterior, produziu-se um conjunto de itens a serem considerados em protocolo de assistência multiprofissional. Essa proposta foi submetida para validação de conteúdo à juízes, selecionados a partir da Plataforma Lattes. Mediante uma lista de itens agrupados em categorias, 51 juízes opinaram em relação a mantê-los ou não no protocolo. Para análise foram adotados índice Kappa e de Validade de Conteúdo (IVC), tendo como ponto de corte valores >0,80. Participaram como juízes enfermeiros e médicos. Removidos os itens com índices Kappa ou IVC menores que o estabelecido, os escores das categorias alcançaram índices ótimos. O conteúdo do protocolo

---

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutoranda pelo programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFRN. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa Incubadora de Procedimentos de Enfermagem/UFRN. Nata (RN), Brasil. Correspondência: Rua do Motor, 39 Praia do Meio, CEP: 59010-090, Natal/RN. E-mail: isabellekfc@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Coordenador do Grupo de Pesquisa Incubadora de Procedimentos de Enfermagem/Natal, RN. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq (PQ-2). Coordenador do Grupo de Pesquisa Incubadora de Procedimentos de Enfermagem/UFRN. Natal/RN, Brasil. Email: gilsonvtorres@hotmail.com.

foi validado, representando base de consenso inicial para abordagem multiprofissional das pessoas com úlceras na atenção primária.

**Descritores:** Úlcera varicosa, Protocolos, Assistência Centrada no Paciente, Qualidade de vida, Atenção Primária à Saúde.

### **ABSTRACT**

This study aimed to verify the content validity of a multiprofessional protocol to assist people with venous ulcers in primary health care. This methodological study was conducted from September to November 2012. Based on a previous integrative review, were produced a set of items to be considered in multiprofessional assistance protocol. This proposal was submitted for content validity of judges, selected from the Lattes Platform. Through a list of items grouped into categories, the 51 judges opined regarding keep them in the protocol or not. For analysis were adopted Kappa and Content Validity Index (CVI), with the cutoff values > 0.80. Participated as judges nurses and doctors. Removed items with Kappa or CVI smaller than the established, the scores of the categories achieved optimal index. The content of the protocol was validated, representing initial consensus base to multiprofessional approach of people with ulcers in primary health care.

**Descriptors:** Varicose Ulcer, Protocols, Patient-Centered Care, Quality of Life, Primary Health Care.

### **RESUMEN**

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la validez de contenido de un protocolo multiprofesional para atender a las personas con úlceras venosas en la atención primaria. Este estudio metodológico se llevó a cabo entre septiembre y noviembre de 2012. Sobre la base de una revisión integradora antes, produjo una serie de elementos que deben ser considerados en el protocolo de atención multiprofesional. Esta propuesta fue presentada por la validación de contenido a jueces, seleccionados de la Plataforma Lattes. A través de una lista de elementos agrupados en categorías, los 51 jueces opinó a respecto a mantenerlos en el protocolo o no. Para el análisis se adoptaron Kappa y Validez de Contenido (IVC), con los valores de corte > 0,80. Participó en calidad de jueces enfermeras y médicos. Elementos retirados con Kappa IVC o menos de las puntuaciones de las categorías establecidas logrado excelentes tasas. El contenido del protocolo fue validado, lo que representa planteamiento inicial basado en el consenso para las personas con múltiples úlceras en la atención primaria.

**Descritores:** Úlcera Varicosa, Protocolos, Atención Dirigida al Paciente, Calidad de Vida, Atención Primaria de Salud.

## INTRODUÇÃO

As pessoas com úlcera venosa constituem-se um importante problema de saúde pública, o seu tratamento é oneroso e necessitam de uma assistência prestada por profissionais capacitados, sistematizada por meio de protocolos, contudo o que se encontra na assistência é que o manejo a este grupo de pessoas difere do que é preconizado na literatura científica, interferindo na cicatrização da ferida e na qualidade de vida dos acometidos<sup>(1)</sup>.

A busca da qualidade na atenção dos serviços de saúde por aqueles acometidos pela úlcera venosa e outros agravos remete à necessidade da assistência integral preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A sociedade está exigindo cada vez mais a qualidade dos serviços a ela prestados e esta exigência torna fundamental a elaboração de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial, visto que, a garantia da qualidade exige melhor desenvolvimento técnico, por intermédio de uma atenção competente, com um mínimo de complicações ou sequelas<sup>(2)</sup>.

A atenção primária, por meio da Equipe de Saúde da Família (ESF) é a porta de entrada do sistema de saúde e da pessoa com úlcera venosa, configurando-se como o local de detecção precoce, prevenção de agravos e promoção da saúde, visto que objetiva a qualidade, integralidade, continuidade e resolubilidade da assistência, entretanto, grande parte dos profissionais que trabalham neste nível de assistência não está preparado e atualizado em relação aos cuidados integrais com essa clientela, mantendo o enfoque no curativo, que ainda assim, é realizado de forma assistemática e não resolutiva, o que se deve, também, a ausência de protocolos que sistematize a assistência e contemple os aspectos biopsicossociais da clientela nos cuidados prestados por estes profissionais<sup>(3)</sup>. A consequência destas fragilidades na atenção primária é a alta demanda nos níveis secundário e terciário da assistência.

Nesse sentido, a construção de um protocolo de assistência específico para pessoas com úlcera venosa (UV) pode auxiliar os profissionais da ESF tanto na avaliação do paciente como no estabelecimento de uma assistência de qualidade, visto que, o tratamento de pessoas com úlcera venosa exige conhecimento específico, habilidade técnica, atuação multiprofissional, adoção de protocolo, articulação entre os níveis de complexidade de

assistência e participação ativa das pessoas com UV e seus familiares dentro de uma perspectiva holística<sup>(1,3)</sup>.

Ressalta-se, que na literatura está disponível diretrizes/protocolos, propostos por sociedades internacionais e nacionais<sup>(4)</sup>, no entanto faz-se necessário a opinião/concordância dos profissionais da área envolvidos na assistência a esta população.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo verificar a validade de conteúdo de um protocolo multiprofissional para atender pessoas com úlcera venosa na atenção primária com base na opinião de profissionais que atuam na área.

## **MÉTODOS**

Estudo metodológico com abordagem quantitativa, realizado de setembro a novembro de 2012.

Para identificar os profissionais de saúde do Brasil que atuam como juízes do instrumento foi realizada busca por meio da plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), utilizando-se da busca avançada por assunto. Foram encontrados 1458 profissionais; em seguida, mediante os critérios de inclusão: Possuir Graduação, Pós-Graduação (Lato e Strictu Sensu) na área da saúde, prática clínica com pessoas com úlceras venosas de no mínimo 1 ano ou ter desenvolvido estudo publicado ou de conclusão de titulação (especialização, mestrado ou doutorado) relacionado ao cuidado de úlceras venosas ou ter orientações acadêmicas na área, e como critério de exclusão: informar no currículo Lattes apenas o Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação sobre a temática, selecionou-se 102 profissionais dentre médicos, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas. A amostra probabilística foi então calculada, totalizando 51 profissionais pesquisados, doravante juízes.

Contatou-se os 102 participantes selecionados por endereço eletrônico em setembro de 2012. A correspondência eletrônica foi enviada com o propósito de explicar a finalidade da participação do juiz, indagando sobre sua participação na pesquisa com uma carta convite com o link da pesquisa a partir de um formulário construído via Google Docs <docs.google.com>. A pesquisa foi reenviada a cada sete dias, em não obtendo resposta foi reenviando o convite para os não respondentes até atingir a amostra por acessibilidade desejável (51 juízes).

O instrumento de coleta de dados enviado aos juízes continha duas partes: uma de identificação de itens de caracterização profissional e a outra consistiu da proposta de um

protocolo de assistência multiprofissional à pessoas com úlceras venosas na atenção primária, elaborado com base em estudo anterior de revisão integrativa<sup>(4)</sup>. O conteúdo do protocolo era composto pelas categorias:

- dados sociodemográficos (12 itens),
- anamnese (25 itens),
- fatores de risco (12 itens),
- solicitação/ realização/ resultados de exames (07 itens),
- verificação de dor, sinais vitais (SSVV), sinais de infecção, localização da lesão e edema (12 itens),
- característica da úlcera (09 itens),
- cuidados com a área perilesional e lesional (05 itens),
- medicamentos relacionados ao tratamento da lesão em uso atualmente (02 itens),
- tratamento da dor (06 itens),
- terapia compressiva (08 itens),
- estratégias clínicas de prevenção de recidiva (03 itens),
- estratégias educativas de prevenção de recidiva (06 itens),
- referência/encaminhamento dos pacientes (02 itens),
- contrarreferência (02 itens),
- qualidade de vida (01 item).

A avaliação dos itens do protocolo ocorreu a partir da classificação de cada item quanto à opinião dos juízes sobre a concordância ou discordância da permanência do item no protocolo. Além disso, sugestões também poderiam ser feitas a fim de que os itens pudessem ser modificados.

Foi realizada aplicação do índice Kappa (K) para verificação do nível de concordância e nível de consistência (fidedignidade) da opinião dos juízes e do Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

O índice Kappa avalia a proporção de concordância que varia de "menos 1" a "mais 1", quanto mais próximo de 1, melhor o nível de concordância entre os observadores. Como critério de aceitação, foi estabelecido uma concordância superior a 0,80 entre os juízes, sendo um nível considerado ótimo.

O IVC avalia a concordância dos juízes quanto à representatividade da medida em relação ao conteúdo abordado; o qual é calculado dividindo-se o número de juízes que concordaram com o item pelo total de juízes (IVC para cada item)<sup>(5)</sup>.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha de dados eletrônica e, posteriormente, exportados para um software estatístico. Após serem codificados e tabulados, os dados foram analisados por meio de leitura reflexiva e por meio de estatística descritiva com frequências absolutas e relativas, média dos escores das variáveis e aplicação do teste de Kappa por intermédio do Online Kappa Calculator<sup>(6)</sup> e do IVC.

Neste estudo, julgaram concordância ou discordância, resultando na proporção de juízes que julgaram o item como válido para permanecer no protocolo pelo total de juízes, conforme fórmula abaixo. Como consenso, considerou-se o IVC maior que 0,80.

Foi realizada a análise inicial contendo todas as categorias e itens propostos no protocolo e em seguida, após a avaliação do Kappa e IVC, foi realizada a segunda análise, mantendo apenas os itens que obtiverem escores Kappa e IVC igual ou maior àqueles adotados neste estudo.

O estudo está condicionado ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki da World Medical Association e foi de acordo com a Resolução 196/96. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFRN (CAAE: 07556312.0.0000.5537).

Os dados coletados foram organizados no programa em planilha de dados eletrônica e, posteriormente, exportados para um software estatístico. Após serem codificados e tabulados, os dados foram analisados por meio de leitura reflexiva e por meio de estatística descritiva. Posteriormente a análise dos dados, o protocolo foi reformulado de acordo com as orientações e sugestões dos juízes.

## **RESULTADOS**

Conforme dados da Tabela 1, participaram como juízes 43(84,3%) enfermeiros e 8 (15,7%) médicos angiologistas, entre os enfermeiros, a maioria era do sexo feminino (72,5%), com idade entre 31 e 40 anos (35,3%), atuando na assistência (47,1%), com tempo de cuidado a pessoas com úlcera venosa até cinco anos (39,2%), e domiciliados e exercendo atividades no Nordeste (47,1%); entre os médicos angiologistas, todos eram do sexo masculino (15,7%), com faixa etária maior que 50 anos (9,8%), atuando no ensino (9,8%), com tempo de cuidado a pessoas com úlcera venosa maior que 10 anos (11,8%), e domiciliados e exercendo atividades no Sudeste (9,8%).

**Tabela 1** – Distribuição das características sociodemográficas e profissionais dos participantes da pesquisa, quanto ao sexo, faixa etária, instituição em que trabalha e região. Brasil, 2012.

<b>CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS</b>	<b>ENFERMEIRO</b>		<b>MÉDICO</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>						
Feminino	37	72,5	0	0,0	37	72,5
Masculino	6	11,8	8	15,7	14	27,5
<b>Faixa etária</b>						
21 a 30 anos	13	25,5	0	0,0	13	25,5
31 a 40 anos	18	35,3	2	3,9	20	39,2
41 a 50 anos	10	19,6	1	2,0	11	21,6
> 50 anos	2	3,9	5	9,8	7	13,7
<b>Instituição que trabalha</b>						
Assistência	24	47,1	3	5,9	27	52,9
Instituição de ensino	19	37,3	5	9,8	24	47,1
<b>Tempo de cuidado a pessoa com UV</b>						
1 a 5 anos	20	39,2	0	0,0	20	39,2
6 a 10 anos	11	21,6	2	3,9	13	25,5
> que 10 anos	12	23,5	6	11,8	18	35,3
<b>Região que trabalha</b>						
Nordeste	24	47,1	2	3,9	26	51,0
Sudeste	15	29,4	5	9,8	20	39,2
Sul	2	3,9	0	0,0	2	3,9
Centro-Oeste	1	2,0	1	2,0	2	3,9
Norte	1	2,0	0	0,0	1	2,0
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>84,3</b>	<b>8</b>	<b>15,7</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

Apresenta-se no Quadro 1, as sugestões indicadas pelos juízes, para cada categoria do protocolo, se os pesquisadores acataram ou não as sugestões e a justificativa para aceite ou recusa das mesmas.

Verificou-se que das 12 sugestões apresentadas pelos juízes, 9 foram acatadas após análise e confronto com a literatura, rejeitou-se 03. Assim, as sugestões ficaram distribuídas da seguinte forma: 08 referem-se ao acréscimo de itens no protocolo (05 foram acatadas e 03 não); 02 fazem alusão à remoção de itens por se encontrarem repetitivos ou redundantes; 01 refere-se à mudança de nomenclatura, facilitando a compreensão do protocolo; 01 se remete à especificação melhor de um dos itens (no caso, o edema).

CATEGORIA DO PROTOCOLO	SUGESTÕES DOS JUÍZES (n)	ACEITAÇÃO	JUSTIFICATIVA
Dados sociodemográficos	Incluir religião e crenças (04)	Sim	A religião/crença pode ser fonte de alívio ou desconforto, dependendo de como a pessoa se relaciona com ela <sup>(7)</sup> .
Anamnese	Incluir avaliação nutricional (05)	Sim	Autores referem a necessidade da avaliação nutricional <sup>(8-9)</sup> .
	Incluir hábitos intestinais e diurese (01)	Não	Não encontrou-se justificativa na literatura.
	Mobilidade (01)	Não	Será avaliado no instrumento de qualidade de vida.
Fatores de risco	Os itens episódios de dor torácica, massa tumoral que obstrui o fluxo sanguíneo e cirurgia/fratura de perna são consequentes a ou suspeita de trombose venosa profunda, portanto, repetitivos (01)	Sim	Os itens serão diminuídos, facilitando a aplicação do protocolo.
Solicitação/ Realização/ Resultados de Exames	Cultura/ Swab em caso de sinais de infecção (02)	Não	Não será acatado devido a controvérsias na literatura quanto a este item, pois estudo <sup>(9)</sup> refere que o Swab fornece informações sobre a colonização da superfície da ferida, apresentando pouco valor na escolha do tratamento enquanto outro <sup>(10)</sup> relata que apenas o Swab é suficiente.
Verificação de dor/ SSVV/ pulso/ sinais de infecção/ localização da lesão/edema	Especificar a medida do edema (01)	Sim	Mensurar o edema na circunferência da perna 10 cm acima do tornozelo (maléolo medial) <sup>(9)</sup> .
Característica da úlcera	Mudar o termo borda por margem - mais atual (01)	Sim	Termo mais atual melhorando a qualidade do protocolo <sup>(11)</sup> .
Cuidados com a área perilesional e lesional	Acrescentar: como protege a ferida no banho? (01)	Sim	Previsto em outro protocolo <sup>(12)</sup> .
	Uso de pomadas no curativo (qual?) (01)	Sim	Previsto em outros protocolos <sup>(12-13)</sup> .
Medicamentos relacionados ao tratamento da lesão em uso atualmente	Anti-inflamatórios (03)	Sim	Investigar o uso e a frequência dessa medicação, pois pode retardar o processo cicatricial <sup>(2)</sup> .
Tratamento da dor	A dor está repetida em dois itens. Retirar de um deles (07)	Sim	Os itens serão diminuídos, facilitando a aplicação do protocolo.

Quadro 1 – Sugestões dos juízes, aceitação das sugestões pelos pesquisadores e a justificativa para aceite ou recusa das sugestões oferecidas pelos juízes. Brasil, 2012.

Segundo o Quadro 2, a seguir, as categorias do protocolo que não alcançaram escores Kappa excelente entre os juizes da pesquisa foram: Solicitação/ Realização/ Resultados de Exames ( $\kappa=0,72$ ; IVC = 0,74) e tratamento da dor ( $\kappa=0,79$ ). No entanto, as categorias dados sociodemográficos, anamnese, fatores de risco e verificação de dor/SSVV/pulso/sinais de infecção/localização da lesão/edema, apresentaram itens Kappa ou IVC abaixo do valor determinado.

CATEGORIAS DE COMPOSIÇÃO DO PROTOCOLO	ANÁLISE INICIAL		ANÁLISE FINAL	
	KAPPA	IVC	KAPPA	IVC
Dados sociodemográficos	0,83	0,90	0,93	0,96
Anamnese	0,92	0,95	0,94	0,97
Fatores de risco	0,85	0,89	0,93	0,96
Solicitação/ realização/ resultados de exames	0,72	0,74	0,87	0,93
Verificação de dor, SSVV, pulso, sinais de infecção, localização da lesão e edema	0,83	0,89	0,91	0,95
Característica da úlcera	0,90	0,95	0,90	0,95
Cuidados com a área perilesional e lesional	0,96	0,98	0,96	0,98
Medicamentos relacionados ao tratamento da lesão em uso atualmente	0,89	0,94	0,89	0,94
Tratamento da dor	0,79	0,87	0,92	0,96
Cuidados gerais e terapia compressiva	0,87	0,93	0,87	0,93
Prevenção de recidiva (estratégias clínicas)	0,91	0,95	0,91	0,95
Prevenção de recidiva (estratégias educativas)	0,92	0,96	0,92	0,96
Referência/encaminhamento dos pacientes	0,89	0,94	0,89	0,94
Contrarreferência	0,89	0,94	0,89	0,94
Aspectos referentes à qualidade de vida	0,96	0,98	0,96	0,98
Escore geral do protocolo	0,88	0,92	0,91	0,95

**Quadro 2** – Julgamento dos juizes sobre as categorias de composição do protocolo inicialmente e após a remoção dos itens que obtiveram baixos escores de concordância. Brasil, 2012.

Nos dados sociodemográficos, o item de menor concordância foi o agente de saúde ( $\kappa=0,52$ ; IVC =0,62), seguido de número do cartão do sistema único de saúde ( $\kappa=0,71$ ), número do prontuário ( $\kappa=0,74$ ), endereço ( $\kappa=0,74$ ) e unidade de saúde ( $\kappa=0,74$ ).

No que diz respeito à anamnese, verificaram-se índices menores de concordância entre os juizes nos itens doença neurológica ( $\kappa= 0,61$ ; IVC =0,75) e hanseníase ( $\kappa= 0,61$ ; IVC =0,75).

Relativo aos fatores de risco, verificaram-se menores índices de concordância nos itens episódio de dor torácica ( $\kappa= 0,49$ ; IVC =0,45), massa tumoral que obstrui o fluxo sanguíneo ( $\kappa= 0,66$ ; IVC =0,79) e cirurgia ou fratura da perna ( $\kappa=0,74$ ).

No que concerne à solicitação/ realização/ resultados de exames, os índices menores de concordância foram: urina tipo I ( $\kappa= 0,49$ ; IVC =0,53), eco doppler ( $\kappa= 0,50$ ; IVC =0,57) e flebografia ( $\kappa= 0,56$ ; IVC =0,32).

Quanto à verificação de dor/SSVV/pulso/sinais de infecção/localização da lesão e edema, verificaram-se índices menores de concordância nos itens frequência respiratória ( $\kappa= 0,51$ ; IVC =0,60), frequência cardíaca ( $\kappa= 0,59$ ; IVC =0,72) e, logo em seguida, a temperatura ( $\kappa= 0,61$  IVC =0,74).

Em relação ao tratamento da dor verificaram-se índices menores de concordância entre os juízes quanto ao uso de medidas fisioterápicas ( $\kappa= 0,59$ ; IVC =0,72).

Nas categorias característica da úlcera, cuidados com a área perilesional e lesional, medicamentos relacionados ao tratamento da lesão, terapia compressiva, estratégias clínicas e educativas de prevenção, referência e contrarreferência e qualidade de vida verificaram-se índices ótimos de concordância entre os juízes.

Após a remoção dos itens que não alcançaram Kappa e/ou IVC ótimos, verificaram-se maiores índices de Kappa e IVC, inclusive na avaliação geral do protocolo em que se verificou um aumento do Kappa de 0,88 para 0,91 e do IVC de 0,92 para 0,95.

## DISCUSSÃO

A seleção dos juízes desta pesquisa foi norteadada pela busca de profissionais com experiência na área em todo o Brasil, reconhecidos pela sua excelência no cuidado da saúde, no ensino e na pesquisa o que demonstra conhecimento técnico-científico e fortalece a fidedignidade dos resultados deste estudo de validação de conteúdo.

O predomínio de enfermeiras mulheres na pesquisa é um reflexo do processo de feminização da enfermagem. O cuidado, objeto central da profissão, é ação concebida como feminina, produto das qualidades naturais das mulheres, da sua vocação e instinto para exercer o papel de mãe, de educar e servir. Com isso, inserida em um contexto cultural, a enfermagem favorece o elevado número de mulheres no mercado de trabalho qualificado<sup>(15)</sup>.

No que se refere ao quantitativo de médicos angiologista da pesquisa, este número (8 angiologistas) reflete a proporção destes profissionais no Brasil que é de 1:81.561 habitantes, enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda 1 angiologista para 17.000 habitantes nos países desenvolvidos e 1 angiologista para 35.000 nos países em desenvolvimento<sup>(16)</sup>. O mesmo estudo ressalta ainda que a maioria destes profissionais estão

concentrados na região sudeste e nas capitais e são do sexo masculino (87,0%). Estes dados corroboram os dados deste estudo, uma vez que, a maioria dos angiologistas pesquisados trabalham nesta região e todos são do sexo masculino.

No que se refere ao tratamento de lesões, sabe-se que o profissional de enfermagem possui papel fundamental no cuidado holístico, desempenhando um trabalho de extrema importância, uma vez que representa a equipe mais próxima ao paciente, acompanhando a evolução da lesão. Além disso, orienta e executa o curativo, já que detém maior domínio dessa técnica, em virtude de ter, na sua formação, componentes curriculares voltados para tais procedimentos, sendo de sua competência essa atribuição<sup>(17)</sup>.

Somando-se a importância do enfermeiro no cuidado às pessoas com feridas, o profissional médico, em especial o angiologista, é fundamental no diagnóstico e tratamento das úlceras venosas. Esse especialista é responsável, além da anamnese e exame físico, pela realização e interpretação de exames complementares, bem como pela prescrição do tratamento com uso de medicamentos, compressão elástica e cirurgia para correção de valvulopatia e insuficiência venosa<sup>(18)</sup>.

Em estudo sobre as características sociodemográficas, de saúde e da assistência prestada aos idosos com UV, em Natal/RN, verificou-se baixo nível (39,8%) de acesso a consulta ao angiologista, sendo 20,5% em nível terciário e 19,3% em nível primário<sup>(3)</sup>. O que é reflexo do baixo número de angiologistas no Brasil, no Nordeste e, principalmente em nível primário, o que dificulta a assistência sistematizada.

Nesse sentido, a evolução clínica das pessoas com úlceras venosas deve ser acompanhada por uma equipe multiprofissional, no intuito de planejar as ações e condutas a serem implementadas, seguindo a lógica da atenção primária e posteriormente da secundária e terciária, pois a continuidade da atenção deve ser garantida por um fluxo contínuo, em todos os níveis de assistência, cumprindo o princípio da integralidade do SUS<sup>(3,9,16)</sup>.

Reforçando essa ideia, alguns estudos enfatizam diretrizes sobre diagnóstico, prevenção e tratamento de feridas como avaliação da úlcera, medidas e exames subsidiários, terapia de compressão, tratamento da dor, limpeza, curativos, tratamento medicamentoso e prevenção de recidivas<sup>(3-4,13-14)</sup>.

Corroborando o parecer dos juízes desta pesquisa, estudo<sup>(19)</sup> afirma que, durante a avaliação clínica do paciente com UV, deve-se colher um histórico completo com dados demográficos e fatores de risco, tais como doenças cardiovasculares, o índice de massa corporal, mobilidade, diabetes, e história de ferimentos nas pernas ou trombose venosa

profunda. Não se esquecendo de coletar informações relativas à úlcera, tais como ano de ocorrência da primeira úlcera, local de úlceras anteriores, número de recorrências, tempo livre de úlcera e tipos de tratamento.

Ao analisar a concordância entre os juízes relacionados aos fatores de risco propostos no protocolo, verificou-se consonância entre os mesmos e a literatura que refere que doenças associadas, como diabetes mellitus, hipertensão e doenças cardiovasculares exercem um impacto negativo na cicatrização, principalmente na angiogênese, necessitando, portanto, de investigação e controle<sup>(20-21)</sup>.

O diagnóstico clínico da insuficiência venosa crônica e UV é feito pela anamnese, exame físico e clínico<sup>(12,21)</sup>. Para tanto, deve-se ter a história clínica completa, que requer exame físico, avaliação da lesão e realização de exames, entre eles hemograma completo, glicemia em jejum, albumina sérica, sinais vitais, urina tipo I, exsudato e medição do índice tornozelo braquial (ITB), eco-doppler colorido, flebografia e pletismografia. No entanto, neste estudo, no que se refere a flebografia e ao Eco Doppler, os juízes relataram que são exames específicos e de difícil acesso na atenção primária, portanto, desnecessários em um protocolo destinado a este nível e quanto a urina tipo I, verificação de frequência respiratória, frequência cardíaca e temperatura, que também não obtiveram índices ótimos de aceitação entre os juízes desta pesquisa, os juízes ressaltaram que estes eram muito inespecíficos.

Quanto ao exame físico, este deve ser direcionado para avaliação do estado vascular e das características das lesões. A avaliação do estado vascular diz respeito à identificação dos sinais específicos de insuficiência venosa crônica: edema, eczema, hiperpigmentação, aumento do diâmetro do tornozelo, veias varicosas, lipodermatoesclerose, dor e outros<sup>(21)</sup>. Quanto às características das lesões, deve-se observar: localização, profundidade, margens, leito, exsudato, área lesada, e dor<sup>(3, 21)</sup>. A avaliação da dor é importante para a humanização da assistência ao paciente, além de promover o planejamento das intervenções a serem realizadas. Houve consonância entre os juízes desta pesquisa quanto à importância deste item.

Nos aspectos referentes à prevenção de lesões, verificou-se um escore excelente de concordância entre os juízes pesquisados nas estratégias clínicas e educativas, como melhorar o retorno venoso com o uso de terapias compressivas, orientações de repouso e elevação de membros, cuidados com a pele, prevenção de acidentes e traumas em membros inferiores (MMII), educação do paciente com orientação para procura precoce do sistema de saúde em casos de sinais de possível solução de continuidade da pele, encorajamento à mobilidade e exercícios, e elevação do membro afetado quando imóvel<sup>(3,4,9,14)</sup>.

A presença de úlcera afeta a produtividade no trabalho, gerando aposentadorias por invalidez, além de restringir as atividades da vida diária e de lazer. Para os pacientes, a doença venosa significa dor, perda de mobilidade funcional e piora da qualidade de vida<sup>(22)</sup>, o que pode justificar o consenso dos juízes da necessidade de estar avaliando a qualidade de vida da pessoa com úlcera venosa.

Além disso, ressalta-se a importância do acesso referenciado aos profissionais, com registro nas fichas contendo resumo clínico, exames realizados, diagnóstico, conduta e observações pertinentes a cada caso, bem como o contrarreferenciamento. Nesse sentido, os escores excelentes relacionados à referência e contrarreferência entre os juízes deste estudo, reafirmam o fato de que quanto mais bem estruturado for este fluxo entre os serviços de saúde, melhor a eficiência e eficácia dos mesmos<sup>(3)</sup>, pois as falhas na referência e contrarreferência criam uma lacuna no tratamento, o que acentua as chances de recidiva.

Nesse sentido, os enfermeiros assim como os outros profissionais devem estar capacitados a realizar assistência adequada, realizar anamnese complexa, exame clínico, estudo minucioso de exames complementares e saber se relacionar, sempre que necessário, com profissionais de outras áreas, de forma multiprofissional para um atendimento seguro.

A implementação de um protocolo para a assistência à pessoa com úlcera venosa é uma medida viável que auxilia na reorientação da equipe na atenção primária, visando não só à cicatrização da lesão como também a sua saúde integral.

## **CONCLUSÃO**

Verificou-se que a maioria dos profissionais pesquisados constituiu-se por enfermeiros, com idade entre 31 e 40 anos, do sexo feminino, que atuam na assistência, com tempo de cuidado de pessoas com úlcera venosa até cinco anos, e atuando nas regiões Nordeste e Sudeste.

As categorias do protocolo que tiveram itens que não atingiram os índices Kappa ótimo entre os juízes da pesquisa foram: solicitação/ realização/ resultados de exames, dados sociodemográficos, anamnese, fatores de risco, verificação de dor/SSVV/pulso/sinais de infecção/localização da lesão/edema e tratamento da dor.

Após a remoção dos itens que obtiveram discordância Kappa ou IVC entre os juízes, verificou-se aumento dos escores das 06 categorias, elevando os índices Kappa e IVC geral

do protocolo para 0,91 e 0,95, respectivamente, tendo alcançado índices ótimos. As sugestões dos juízes foram, em sua maioria, aceitas.

Esta é uma etapa inicial do processo de validação, sendo ainda necessária uma nova submissão dos instrumentos modificados aos juízes para reteste, além da aplicação do mesmo a população alvo. Assim, faz-se necessário lembrar que a validade de um instrumento demanda um processo continuado composto por vários estudos.

Entende-se que o protocolo poderá facilitar a sistematização, padronização das ações e a continuidade da assistência das pessoas com úlcera venosa na atenção primária, por meio de um instrumento claro, objetivo e de fácil aplicação, prevendo redução no tempo de cicatrização e melhoria da qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Silva MH, Jesus MCP, Merighi MAB, Oliveira DM, Santos SMR, Vicente EJD. Manejo clínico de úlceras venosas na atenção primária à saúde. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(3):329-33.
2. Branco Filho Jr. Guideline or Bundle. *Prática hospitalar.* 2008; 57:116-7.
3. Torres GV, Costa IKF, Dantas DV, Dias TYAF, Nunes JP, Deodato OON, et al. Elderly people with venous ulcers treated in primary and tertiary levels sociodemographics characterization, of health and assistance. *Rev Enferm UFPE On Line [Internet].* 2009 [citado 2012 out. 23]; 3(4): 1-7. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/112/112>
4. Costa IKF. Validação de protocolo de assistência para pessoas com úlcera venosa na atenção primária [Tese]. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2013.
5. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res [Internet].* 2003 [citado 2012 out. 17]; 27(2): 94-111. Disponível em: <http://swr.oxfordjournals.org/content/27/2/94.full.pdf+html>
6. Randolph JJ. 2008. Online Kappa Calculator. [citado 2013 jan. 22]. Disponível em: <http://justus.randolph.name/kappa>
7. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev Psiq Clín [Internet].* 2007 [citado 2012 out. 17]; 34(1): 105-11. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/105.html>
8. Figueiredo LM, Zuffi BF. Cuidados aos portadores de úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Enfermería global [Internet].* 2012 [citado 2012 out. 17]; (28): 147-58. Disponível em: [revistas.um.es/eglobal/article/download/145431/138631](http://revistas.um.es/eglobal/article/download/145431/138631)

9. Borges EL. Tratamento tópico de úlceras venosas: proposta de uma diretriz baseada em evidências [Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005 [citado 2012 out. 17]. Disponível em: [http://www.ee.usp.br/reensp/index.php?p=area&are\\_id=22](http://www.ee.usp.br/reensp/index.php?p=area&are_id=22)
10. Gjødsbøl K; Skindersoe ME; Christensen JJ; Karlsmark T; Jørgensen B; Jensen AM et al. No need for biopsies: comparison of three sample techniques for wound microbiota determination. *Int Wound J*. 2012[citado 2012 jan. 24] 9(3): 295-302. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-481X.2011.00883.x/full>
11. Yamada BFA, Santos VLCCG. Quality of life of individuals with chronic venous ulcers. *Wounds* [Internet]. 2005 [citado 2012 out. 24]; 17(7): 178-79. Disponível em: <http://www.woundsresearch.com/article/4420>
12. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Políticas Sociais. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência. Coordenação de Atenção a Saúde do Adulto e do Idoso. Protocolo de assistência aos portadores de feridas [Internet]. Belo Horizonte; 2006 [citado 2012 out. 30]. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/atadulto/protocoloferidas.pdf>
13. Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde. Protocolo de cuidados de feridas [Internet]. Florianópolis; 2008 [citado 2012 out. 23]. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/PROTOCOLO\\_FERIDA\\_26\\_08\\_200\\_atual.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/PROTOCOLO_FERIDA_26_08_200_atual.pdf)
14. Malaquias SG, Bachion MM, Sant'Ana SMSC, Dallarmi CCB, Lino Junior RS, Ferreira PS. Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [citado 2012 out. 12]; 46(2): 302-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v46n2/a06v46n2.pdf>
15. Aperibense PGGS, Barreira IA. Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, profissões femininas pioneiras na área da Saúde. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [citado 2012 dez. 12]; 42(3): 474-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v42n3/v42n3a08.pdf>
16. Forti JK, Santos MERC, Silva JAP, Mariano RR, Gontijo R, Araújo Junior RM. Distribuição de angiologistas e cirurgiões vasculares na população brasileira: análise dos membros da SBACV – ano base 2004. *J Vasc Br* [Internet]. 2004 [citado 2012 dez. 12]; 3(4): 350-6. Disponível em: <http://www.jvascbr.com.br/04-03-04/04-03-04-350/04-03-04-350.pdf>
17. Ferreira AM, Bogamil DD, Tormena PC. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. *Arq Ciênc Saúde (FAMERP)* [Internet] 2008 [citado 2012 dez. 12]; 15(3):105-9. Disponível em: [http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-15-3/IDN269.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN269.pdf)
18. Castro e Silva, M; Cabral, ALS; Barros Jr., N; Castro, AA.; Santos, MERC. Normas de orientação clínica para o diagnóstico e tratamento da insuficiência venosa crônica. Belo Horizonte. Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular– SBACV, 2001.

19. Short K, Bull R. Leg ulcers and lymphoedema. *Medicine* [Internet]. 2009 [citado 2012 dez. 12]; 37(6): 269-72. Disponível em: [http://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039\(09\)00067-X/abstract](http://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039(09)00067-X/abstract)
20. Martins DA, Souza AM. O perfil dos clientes portadores de Úlcera Varicosa cadastrados em programas de saúde pública. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2007 [citado 2012 dez. 12]; 12(3): 353-7. Disponível em: [ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/.../6891](http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/.../6891)
21. Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior. Documento de consenso C.O.N.U.E.I. Barcelona: Kamed; 2009.
22. Costa IKF, Nóbrega WG, Costa IKF, Torres GV, Lira ALBC, Tourinho FSV, et al. Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do modelo adaptativo de Roy. *Rev Gaúcha de Enferm.* [Internet], Porto Alegre (RS) 2011 [citado 2012 dez. 12]; 32(3): 561-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n3/18.pdf>

### 5.3 ARTIGO 3

#### VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO PARA PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA POR PROFISSIONAIS: COMPOSIÇÃO E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

#### PROTOCOL VALIDATION FOR PEOPLE WITH VENOUS ULCER BY PROFESSIONALS: COMPOSITION AND EVALUATION CRITERIA

#### VALIDACIÓN DE PROTOCOLO PARA LAS PERSONAS CON ÚLCERAS VENOSAS POR PROFESIONALES: CRITERIOS DE COMPOSICIÓN Y EVALUACIÓN

**Isabelle Katherinne Fernandes Costa<sup>5</sup>**

**Gilson de Vasconcelos Torres<sup>6</sup>**

#### **RESUMO:**

Objetivo: Analisar a composição e critérios de avaliação por profissionais de saúde na validação de protocolo para pessoas com úlcera venosa atendidas na atenção primária. Método: Estudo metodológico, quantitativo realizado por meio da técnica Delphi em duas rodadas; a primeira com 51 juízes e a seguinte com 35 juízes. A análise foi feita com índice Kappa  $\geq 0,81$  e Índice de Validade de Conteúdo (IVC)  $> 0,80$ , utilizou-se técnica Delphi e o teste de Wilcoxon. Resultados: Verificou-se que das quinze categorias do protocolo 12 apresentaram melhores escores na fase Delphi 2 e as outras três categorias mantiveram os mesmos índices Kappa e IVC da fase anterior. Quanto à média dos requisitos de avaliação do protocolo, constatou-se que as notas atribuídas pelos juízes na segunda fase foram maiores em 9 dos dez itens, permanecendo a mesma em apenas um dos itens. Conclusão: A versão

---

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutoranda pelo programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFRN. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa Incubadora de Procedimentos de Enfermagem/UFRN. Nata (RN), Brasil. Correspondência: Rua do Motor, 39 Praia do Meio, CEP: 59010-090, Natal/RN. E-mail: isabellekfc@yahoo.com.br

<sup>6</sup> Enfermeiro, Pós-Doutor em Enfermagem. Professor Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Coordenador do Grupo de Pesquisa Incubadora de Procedimentos de Enfermagem/UFRN. Nata (RN), Brasil. E-mail: gilsonvtorres@hotmail.com

elaborada e validada a partir da opinião dos profissionais consiste num roteiro de abordagem das pessoas com úlcera venosa na atenção primária.

**Descritores:** Atenção Primária a Saúde; Estudos de validação; Protocolos; Úlcera Varicosa.

#### **ABSTRACT:**

**Objective:** To analyze the composition and evaluation criteria by health professionals in the validation of protocol for people with venous ulcers attended in primary health care. **Method:** Methodological, quantitative study conducted by Delphi technique in two rounds: the first with 51 judges and the next with 35 judges. The analysis was performed using Kappa Index  $\geq 0.81$  and Content Validity Index (CVI)  $> 0.80$ , we used the Delphi technique and the Wilcoxon test. **Results:** It was found that the fifteen categories of protocol 12 presented better scores in Delphi 2 phase and the other three categories remained the same Kappa and IVC of the previous phase. As the average of evaluation requirements of the protocol, it was found that the scores assigned by the judges were higher in the second phase in nine of the ten items, remaining the same in only one of the items. **Conclusion:** The version developed and validated based on the opinions of professionals consists in a guide of approach of people with venous ulcers in primary health care.

**Descriptors:** Primary Health Care; Validation Studies; Protocols; Varicose Ulcer

#### **RESUMEN:**

**Objetivo:** Analizar la composición y criterios de evaluación por profesionales de la salud en el en la validación de protocolo para personas con úlceras venosas tratadas en atención primaria. **Método:** Estudio metodológico, cuantitativos, realizado por la técnica Delphi en dos rondas: la primera con 51 jueces y con 35 en la siguiente. El análisis se ha realizado mediante Kappa  $\geq 0,81$  y el Índice de Validez de Contenido (IVC)  $> 0,80$ , se utilizó la técnica Delphi y la prueba de Wilcoxon. **Resultados:** Se encontró que las quince categorías de protocolo 12 mostraron mejores puntuaciones en fase de Delphi 2 y las otras tres categorías se mantuvo igual Kappa y IVC de la fase anterior. Como los requisitos de evaluación promedio del protocolo, se encontró que las puntuaciones asignadas por los jueces fueron más altos en la segunda etapa de nueve de los diez elementos de la misma que queda en sólo uno de los elementos. **Conclusión:** La versión desarrollada y validada sobre la base de las opiniones de los profesionales consiste en un guion de enfoque de las personas con úlceras venosas en la atención primaria.

**Descriptorios:** Atención Primaria de Salud; Estudios de Validación ; Protocolos; Úlcera Varicosa

## INTRODUÇÃO

Estima-se que cerca de um por cento da população dos países industrializados vai sofrer de úlcera de membros inferiores em algum momento da vida, sendo a maioria causada por problemas no sistema venoso, levando ao acúmulo de sangue nos membros inferiores. Tais lesões são também chamadas de úlceras de estase ou varicosas<sup>(1)</sup>.

A cronicidade das úlceras afeta a produtividade no trabalho, gerando aposentadorias por invalidez, restringindo as atividades da vida diária e de lazer. Para muitos pacientes, esta doença venosa significa dor, perda de mobilidade funcional e piora da qualidade de vida (QV)<sup>(2)</sup>.

A assistência às pessoas com as úlceras venosas, devido ao tratamento longo e complexo, exigem atuação multiprofissional, numa articulação entre os níveis de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) e também participação ativa das pessoas com essas lesões e de seus familiares, dentro de uma perspectiva integral da assistência qualificada ao indivíduo<sup>(2)</sup>.

A preocupação com a melhoria dos processos de produção das ações com esta problemática vem ganhando espaço entre os gerentes e pesquisadores de uma vez que parece haver um consenso que a qualidade dos serviços de saúde prestados à população depende da competência técnica e da habilidade de comunicação e interação da equipe com o usuário/cliente/paciente<sup>(3)</sup>.

Neste sentido, ressalta-se a relevância de elaboração e implantação de um protocolo de assistência, o qual se configura como um conjunto de passos, para sistematizar o tratamento e o acompanhamento do paciente, além de instrumentalizar a supervisão das ações e subsidiar a educação em serviços de saúde. A utilização de protocolos com base em estudos científicos é uma exigência defendida como forma de homogeneizar a prática e torná-la segura<sup>(4)</sup>.

O Ministério da Saúde<sup>(5)</sup> enfatiza que os protocolos aprimoram o sistema e qualificam a atenção aos usuários do SUS, uma vez que é a garantia ao paciente de que ele terá no SUS um tratamento seguro, com cuidados assistenciais e condutas diagnósticas e terapêuticas definidas a partir de critérios técnicos e científicos de eficácia e efetividade.

Em estudo realizado no Nordeste, pesquisadores apontam a falta de sistematização da assistência ao usuário com úlceras venosas na Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>(2)</sup>. Poucos municípios adotam protocolos clínicos que direcionem ações de cuidados voltadas à prevenção e tratamento dessas úlceras<sup>(2)</sup>. No Brasil ainda não se conhece as implicações dessa realidade, mas estudo indica que esta situação pode trazer implicações aos usuários em relação ao tempo de cicatrização, refletindo em sua qualidade de vida (QV) e ainda onerando financeiramente o sistema público de saúde com gastos desnecessários<sup>(6)</sup>.

Para tanto, o estabelecimento de um protocolo validado, pautado na participação ativa da equipe multiprofissional, é considerado fundamental para melhorar a qualidade da assistência às pessoas com úlcera venosa.

Diante do exposto, propôs-se desenvolver estudo que teve como objetivo analisar a composição e critérios de avaliação por profissionais de saúde na validação de protocolo para pessoas com úlcera venosa atendidas na atenção primária.

## MÉTODOS

Estudo metodológico, com abordagem quantitativa, realizado no período de setembro de 2012 a janeiro de 2013, desenvolvido por intermédio da apreciação de juízes especialistas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética (CAAE: 07556312.0.0000.5537), atendendo todos os princípios éticos pertinentes à investigação.

Vários são os métodos de opinião de especialistas encontrados na literatura. Porém, todos apresentam etapas semelhantes de estruturação e têm como finalidade gerar um processo metodologicamente validado para qualificar as pesquisas. Em resumo, contemplam as seguintes etapas: a) fundamentação teórica e científica; b) elaboração de um instrumento que contempla atributos da medida e critérios para a conformidade ou consenso; c) Elaboração da medida de avaliação por profissionais experientes na área em questão; d) Seleção de um painel de juízes para validação opinativa com base neste instrumento previamente elaborado<sup>(8)</sup>.

Essa técnica possibilita obter consenso de um grupo acerca de determinado fenômeno por meio de um questionário, que é repassado continuadas vezes até obter a convergência das respostas, representando a consolidação do julgamento intuitivo do grupo. Pressupõe-se que o julgamento coletivo, ao ser bem organizado, é melhor do que a opinião de um só indivíduo. O anonimato dos respondentes, a representação estatística da distribuição dos resultados e o

feedback de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes são as principais características deste método<sup>(7)</sup>.

Para seleção dos juízes foi realizada busca por intermédio da plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), utilizando-se da busca avançada por assunto a fim de identificar profissionais de saúde do Brasil que atuassem como juízes do instrumento. Foram encontrados 1458 profissionais; em seguida, mediante os critérios de inclusão: Possuir Graduação, Pós-Graduação (Lato e Strictu Sensu) na área da saúde, prática clínica com pessoas com úlceras venosas de no mínimo 1 ano ou ter desenvolvido estudo publicado ou de conclusão de titulação (especialização, mestrado ou doutorado) relacionado ao cuidado de úlceras venosas ou ter orientações acadêmicas na área, e como critério de exclusão: informar no currículo Lattes apenas o Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação sobre a temática, foram selecionados 102 profissionais. A amostra probabilística foi então calculada, totalizando 51 profissionais pesquisados, doravante juízes.

Contatou-se os participantes selecionados por endereço eletrônico em setembro de 2012 com o propósito de explicar a finalidade da participação do juiz, contendo uma carta convite com o link da pesquisa a partir de um formulário elaborado via Google Docs <docs.google.com> e com o termo de consentimento livre e esclarecido em anexo, solicitando sua participação. A pesquisa foi enviada para os 102 juízes selecionados e, reenviada a cada sete dias, em não obtendo resposta foi reenviando o convite para os não respondentes até atingir a amostra por acessibilidade desejável (51 juízes).

A avaliação dos instrumentos ocorreu a partir da classificação de cada item quanto à concordância ou discordância da permanência do item no protocolo. Além disso, facultou-se aos juízes um espaço de sugestões para que os itens pudessem ser refeitos ou melhorados. Os itens que não obtiveram nível de concordância Kappa (K) e índice de validade de conteúdo (IVC) excelente ( $K \leq 0,81$  e  $IVC \leq 0,80$ )<sup>(9-10)</sup>. Os comentários e as sugestões realizados pelos juízes, na aplicação da primeira rodada da Técnica Delphi, determinaram a realização de alterações no conteúdo do protocolo proposto inicialmente, subsidiando o protocolo proposto na rodada seguinte, como forma de dar um feedback aos juízes. Na segunda rodada, 35 juízes concordaram em continuar participando da pesquisa. A figura 1 apresenta a síntese do estudo Delphi em duas etapas.

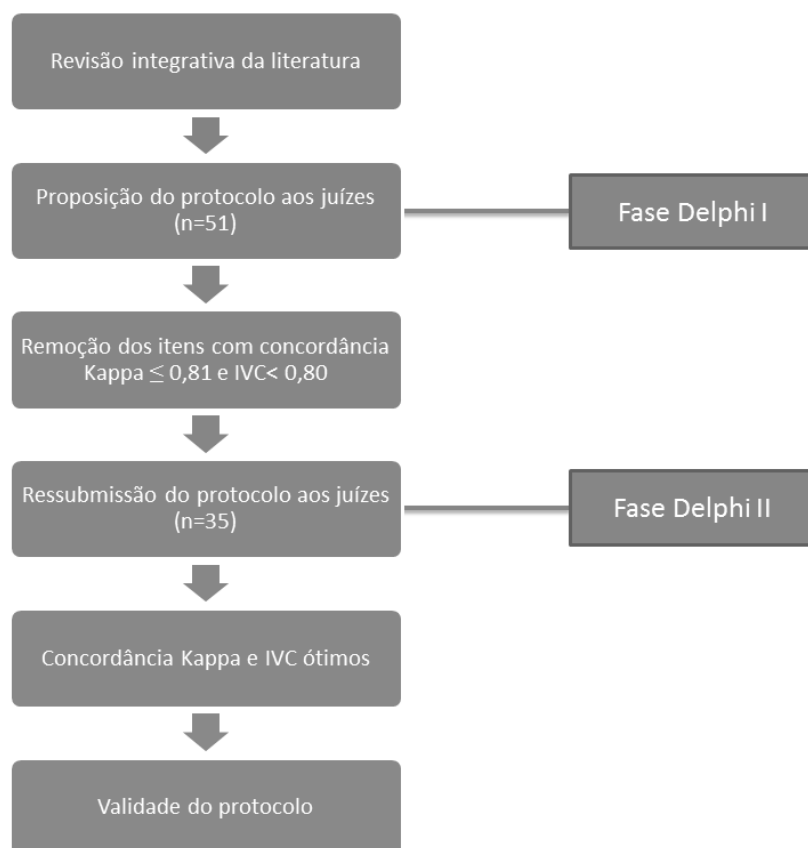


Figura 1 – Fluxograma de desenvolvimento do estudo, Brasil, 2013.

Organizou-se os dados coletados em planilha de dados eletrônica e, posteriormente, exportados para um software estatístico. Após codificação e tabulação, os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial e realizado o teste de Wilcoxon adotando nível de significância menor que 5%.

## RESULTADOS

Conforme caracterização da Tabela 1, a maioria dos juízes são enfermeiros, tanto na fase Delphi 1 (84,3%) como na fase Delphi 2 (85,7%).

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas dos profissionais nas fases Delphi 1 e Delphi 2. Brasil, 2013.

Caracterização dos profissionais	Dephi 1		Dephi 2	
	n	%	n	%
<b>Formação profissional</b>				
Enfermeiros	43	84,3	30	85,7
Médicos	8	15,7	5	14,3
<b>Sexo</b>				
Feminino	37	72,5	26	74,3
Masculino	14	27,5	9	25,7
<b>Faixa etária</b>				
21 a 30 anos	13	25,5	15	42,9
31 a 40 anos	19	37,3	8	22,9
41 a 50 anos	12	23,5	8	22,9
> 50 anos	7	13,7	4	11,4
<b>Instituição que trabalha</b>				
Assistência	27	52,9	15	42,9
Instituição de ensino	24	47,1	20	57,1
<b>Tempo de cuidado a pessoa com UV</b>				
1 a 5 anos	20	39,2	14	40,0
> que 10 anos	18	35,3	11	31,4
6 a 10 anos	13	25,5	10	28,6
<b>Região que trabalha</b>				
Nordeste	26	51,0	15	42,9
Sudeste	20	39,2	15	42,9
Sul	2	3,9	2	5,7
Norte	2	3,9	2	5,7
Centro-Oeste	1	2,0	1	2,9
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

Quanto ao tempo de cuidado com a UV, predominou o período de 1 a 5 anos, Delphi 1 (39,2%) e Delphi 2 (40,0%). No que concerne a região de atuação dos profissionais, a região

Nordeste prevaleceu com 51,0% na Delphi 1 e 42,9% na Delphi 2, seguido da região Sudeste com 39,2% na Delphi 1 e 42,9% na Delphi 2.

CATEGORIAS DE COMPOSIÇÃO DO PROTOCOLO	AVALIAÇÃO DELPHI 1 (n=50)		AVALIAÇÃO DELPHI 2 (n=35)		TESTE DE WILCOXON	
	KAPPA	IVC	KAPPA	IVC	KAPPA	IVC
	Dados sociodemográficos	0,93	0,96	0,97	0,98	0,171
<b>Anamnese</b>	<b>0,94</b>	<b>0,97</b>	<b>0,99</b>	<b>0,99</b>	<b>0,003</b>	<b>0,003</b>
Fatores de risco	0,93	0,96	0,95	0,97	0,237	0,207
Solicitação de Exames/ Realização/ Resultados	0,87	0,93	0,98	0,99	0,069	0,069
<b>Verificação da circulação/ infecção/ IMC/ localização da lesão</b>	<b>0,91</b>	<b>0,95</b>	<b>0,95</b>	<b>0,97</b>	<b>0,068</b>	<b>0,048</b>
Características da úlcera	0,91	0,95	0,97	0,98	0,065	0,057
Cuidados com a área perilesional e lesional	0,96	0,98	0,99	0,99	0,593	0,593
Medicamentos relacionados ao tratamento da lesão	0,89	0,94	1,00	1,00	0,317	0,317
Tratamento da dor	0,92	0,96	0,92	0,96	1,000	1,000
<b>Cuidados gerais e terapia compressiva</b>	<b>0,87</b>	<b>0,93</b>	<b>0,94</b>	<b>0,97</b>	<b>0,046</b>	<b>0,046</b>
Prevenção de recidiva (Estratégias clínicas)	0,91	0,95	0,91	0,95	0,593	0,785
Prevenção de recidiva ( Estratégias educativas)	0,92	0,96	0,99	0,99	0,074	0,074
Referência/encaminhamento dos pacientes	0,89	0,94	0,89	0,94	0,655	1,000
Contrarreferência	0,89	0,94	0,97	0,98	0,058	0,068
Aspectos referentes a qualidade de vida	0,96	0,98	1,00	1,00	0,114	0,125

Quadro 1 – Julgamento dos juízes sobre as categorias de composição do protocolo na fase Delphi 1 e fase Delphi 2 e o teste de Wilcoxon. Brasil, 2013.

No quadro 1, verificou-se que das quinze categorias do protocolo 12 apresentaram melhores escores na fase Delphi 2 e as outras três categorias (tratamento da dor, prevenção de recidivas – estratégias clínicas e referência/encaminhamento) mantiveram os mesmos índices Kappa e IVC da fase anterior.

Constatou-se ainda que, ao utilizarmos o teste de Wilcoxon, os itens anamnese ( $\rho=0,003$  no Kappa e IVC), verificação da circulação/infecção/índice de massa corpórea (IMC)/localização da lesão ( $\rho=0,048$  no IVC), cuidados gerais/terapia compressiva ( $\rho=0,046$  no Kappa e IVC) apresentaram significância estatística. Nas outras categorias verificou-se aumento dos índices, sem, no entanto, significância estatística.

REQUISITOS DE AVALIAÇÃO	DELPHI 1		DELPHI 2		Teste WILCOXON
	MÉDIA 1 (n=50)	Desvio padrão	MÉDIA 2 (n=35)	Desvio padrão	
Utilidade / pertinência	9,2	1,0	9,5	0,8	0,284
Consistência	9,2	1,3	9,3	1,1	0,523
Clareza	9,2	1,3	9,2	1,1	0,107
Objetividade	9,1	1,2	9,4	0,9	0,094
Simplicidade	9,1	1,3	9,5	0,9	<b>0,038</b>
Exequível	9,1	1,4	9,2	1,5	0,600
Atualização	9,0	1,2	9,6	0,8	0,173
Precisão	8,9	1,5	9,1	1,0	0,318
Sequência instrucional dos tópicos	8,8	1,3	9,5	0,9	0,185
Avaliação geral do protocolo	9,1	1,0	9,4	0,9	0,088

Quadro 2 – Média, desvio padrão e teste de Wilcoxon das notas atribuídas pelos juízes ao protocolo na fase Delphi 1 e fase Delphi 2. Brasil, 2013.

Quanto à média dos requisitos de avaliação do protocolo verificou-se uma variação de 8,8 a 9,2 na fase Delphi 1, com média geral de 9,1. Na fase Delphi 2, obteve-se em todas as categorias médias acima de 9,1 com variação de 9,1 a 9,5 e média geral de 9,4. Todos os itens obtiveram médias melhores na segunda avaliação, com significância estatística ( $\rho=0,038$ ) no

requisito simplicidade, denotando que após as sugestões dos juízes o protocolo ficou menos complexo, conforme quadro 2.

Diante dos resultados deste estudo elaborou-se a Figura 2 para utilização do protocolo de assistência a pessoa com UV.

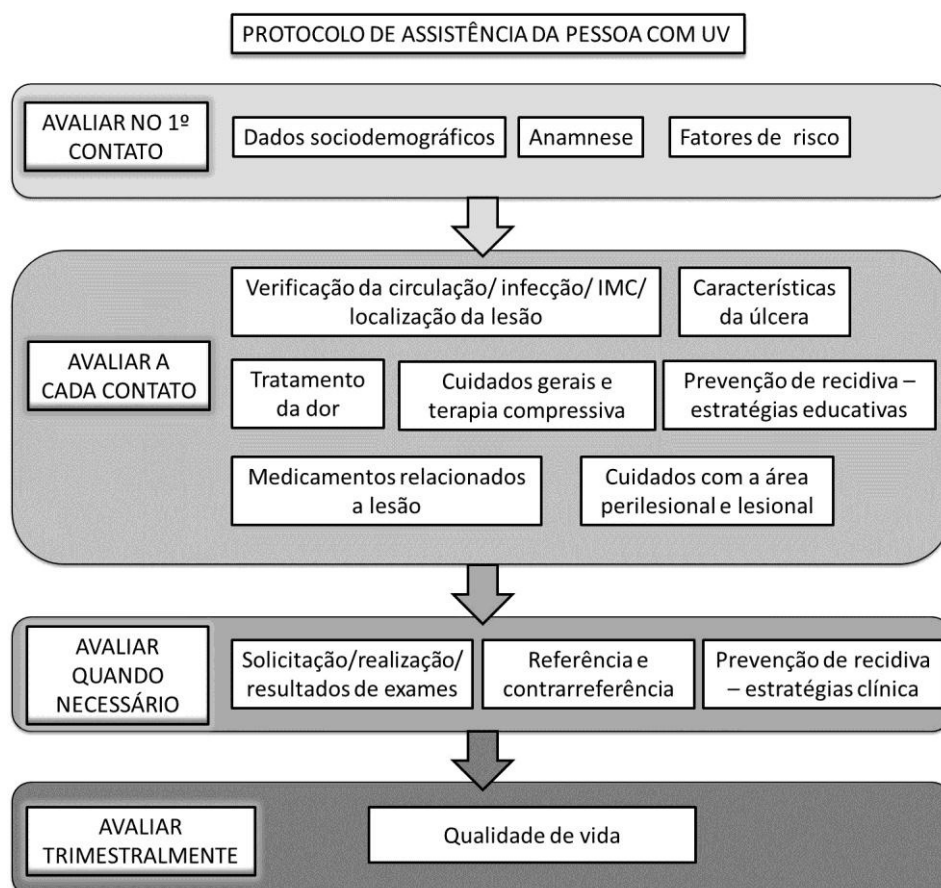


Figura 2 – Rede explicativa da utilização do protocolo de assistência à pessoa com úlcera venosa.

A rede explicativa proposta subdivide as categorias pela necessidade de avaliação da pessoa com úlcera venosa, facilitará a aplicabilidade do protocolo pelos profissionais durante a fase de validação clínica e implementação.

## DISCUSSÃO

Em relação à caracterização da amostra de juízes, sabe-se a dificuldade para definir os critérios para inclusão nos estudos de validação, frente ao dissenso na literatura acerca de

critérios específicos<sup>(11)</sup>. Entretanto, a amostra de juízes do estudo, profissionais médicos e enfermeiros de todas as regiões do país, mostrou-se qualificada, comprometida com atividades acadêmicas e de pesquisa e comprovada experiência na assistência com pessoa com úlcera venosa.

Como características dos juízes, a maioria eram enfermeiras, fato que demonstra a feminização na profissão, somadas à constante elevação do número de mulheres no mercado de trabalho, representando a força de trabalho feminina no setor de saúde<sup>(12)</sup>.

Quanto ao tempo de trabalho, os juízes declararam-se possuir entre 5 e 10 anos de experiência na área, o que infere-se que este fato traga vantagens relativas a assimilarem novos e atuais conceitos ante os avanços ocorridos, somados ao acúmulo respeitável das vivências, conhecimentos advindos do cotidiano e do enfrentamento as dificuldades e desafios na sua prática junto às pessoas com úlcera venosa.

Com relação ao número de rodadas de questionários aplicados no painel de participantes, elas dependem da natureza do grupo, sua homogeneidade e a complexidade do assunto<sup>(13)</sup>. De modo geral, em um estudo Delphi, utiliza-se de duas a três rodadas de opiniões<sup>(13)</sup>; neste estudo, optou-se por duas rodadas da técnica Delphi, pois, neste estudo, após a primeira rodada de opinião, foram removidos os itens que não obtiveram IVC e Kappa adotados, acatou-se as alterações sugeridas pelos juízes após busca na literatura, e, em seguida, houve a ressubmissão do protocolo ao juízes com um feedback das alterações. Na segunda rodada, obteve-se melhora do IVC e Kappa dos itens do protocolo, alcançando sua validação.

Definiu-se como critério para validação dos resultados o valor maior que 0,80 para o nível de consenso<sup>(9-10)</sup>. Ressalta-se que estabelecer o nível de consenso é tarefa reservada ao pesquisador, com variações na literatura entre 50 a 80%<sup>(14)</sup>.

Assim, considera-se que o conjunto dos itens superou o padrão de IVC determinado na literatura adotada como referencial, e, sendo assim, todos os itens foram considerados válidos, pois obtiveram um IVC superior a 0,80 para a representatividade da medida. Ressalta-se que, a cada rodada realizada, existe a possibilidade de perdas de juízes no painel da pesquisa. Neste estudo, tivemos uma perda de 31,4% dos pesquisados na segunda rodada. Esse fato, embora não seja desejável, não interfere na análise dos dados da pesquisa<sup>(15)</sup>.

A técnica Delphi apresenta importante potencial para o desenvolvimento de pesquisas quantitativas, particularmente quando se pretende estabelecer consenso, perspectivas, ideias

qualificadas, assim, credita-se na sua aplicação como técnica de pesquisa para subsidiar estudos científicos<sup>(15)</sup>.

No processo de validação do instrumento, obteve-se melhores índices Kappa e IVC em doze das quinze categorias do instrumento e manutenção destes índices nas outras três categorias. Constatou-se que, ao utilizar o teste de Wilcoxon, os itens anamnese, verificação da circulação/infecção/índice de massa corpórea (IMC)/localização da lesão, cuidados gerais/terapia compressiva, apresentaram significância estatística, o que denota aumento dos índices Kappa e IVC dentro dessas categorias que ocorreu devido ao aumento da concordância entre os juízes na segunda rodada e devido às sugestões dos juízes com melhora da redação do instrumento nessas categorias. Nas outras categorias, verificou-se que não houve flutuação de discordância entre a fase Delphi 1 e a fase Delphi 2.

Em relação à média dos requisitos de avaliação do protocolo, verificou-se que as notas atribuídas pelos juízes na fase Delphi 2 foram maiores assim como a média geral demonstrando a validade do instrumento perante o consenso dos juízes.

A elaboração da rede explicativa apresenta de forma esquemática as categorias do protocolo, que visa simplificar o entendimento do profissional de saúde no momento de sua aplicação, uma vez que é uma ferramenta que resume o protocolo, facilitando a sua compreensão.

As sequências de atividades organizam-se de acordo com a necessidade de avaliação de cada categoria, em que no primeiro contato faz-se necessário uma investigação geral para conhecer a história de saúde e da vida das pessoas<sup>(16)</sup>, a cada contato é necessária avaliação e acompanhamento da evolução da lesão e os fatores que influenciam a cicatrização, cuidados gerais com a lesão, o uso de terapia compressiva, bem como o uso de estratégias educativas para prevenção de recidivas<sup>(17-18)</sup>. Em sua maioria, a história e o exame clínico são suficientes para o diagnóstico da lesão venosa e orientação terapêutica, no entanto exames podem ser realizados para complementar o diagnóstico, assim como o referenciamento do paciente para os outros níveis de complexidade de assistência do SUS buscando integração e melhor resolutividade<sup>(2,16)</sup>.

A qualidade de vida das pessoas com UV é comprometida em decorrência da dor, limitação física, afastamento das atividades de lazer e laboral e esses fatores ainda podem ser agravados pela dificuldade de adesão ao tratamento, contribuindo para a cronicidade das lesões, deteriorando ainda mais a QV<sup>(19)</sup>. É fundamental verificar a qualidade de vida destas pessoas a cada três meses, pois em revisão sistemática da literatura encontrou-se estudos de

avaliação da QV com resultados significantes no período entre avaliações de três meses e seis meses <sup>(20)</sup>.

Observa-se que a construção e validação de um instrumento perpassam por várias etapas, algumas complexas, mas que são fundamentais e devem ser seguidas com rigor metodológico, possibilitando o desenvolvimento de um instrumento que verdadeiramente mesure aquilo a que se propôs, bem como sua aplicação a uma determinada população, para sua validação clínica.

## CONCLUSÃO

Constatou-se que, das quinze categorias do protocolo, 12 apresentaram melhores escores na fase Delphi 2 e as outras três categorias mantiveram os mesmos índices Kappa e IVC da fase anterior.

Quanto à média dos requisitos de avaliação do protocolo, verificou-se que as notas atribuídas pelos juízes na segunda fase foram maiores em 9 dos dez itens, permanecendo a mesma média em apenas um dos itens indicando a validade do instrumento perante o consenso dos juízes.

A avaliação do cuidado com a pessoa com úlcera venosa por meio de protocolo pode ser utilizada como estratégia para reforçar o estímulo e a adesão do profissional de saúde para melhorar o cuidado, como também funciona como instrumento para compreender a qualidade da assistência prestada. Chama-se a atenção para os processos de avaliação os quais devem utilizar informações, válidas, fidedignas e confiáveis uma vez que se evita o risco de distorção quer da informação, quer do julgamento e comportamento dos profissionais, além de permitir o direcionamento das mudanças necessárias ao processo de trabalho da equipe focada no contexto vivenciado.

Nesse sentido, a Técnica Delphi possibilitou a viabilização deste estudo, por ser flexível, de resultados fidedignos e, sobretudo, por valorizar a opinião e o conhecimento dos profissionais envolvidos. Esta metodologia permitiu reflexão acerca das condutas relacionadas à assistência e à necessidade de uniformizá-las para que se possa atingir a finalidade de realizar uma avaliação sistemática e de qualidade voltada ao alcance da satisfação das necessidades da pessoa com úlcera venosa. Ressalta-se que esta é uma das etapas do processo de validação, sendo ainda necessária a sua aplicação à população alvo para comprovar sua validação clínica, embora “ensaios” já apontam sua aplicabilidade.

## REFERÊNCIAS

1. Silva MH, Jesus MCP, Merighi MAB, Oliveira DM, Santos SMR, Vicente EJD. Manejo clínico de úlceras venosas na atenção primária à saúde. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em: 23 dez. 2012]; 25(3): 329-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a02.pdf>
2. Torres GV, Costa IKF, Dantas DV, Dias TYAF, Nunes JP, Deodato OON, et al. Idosos com úlceras venosas atendidos nos níveis primário e terciário: caracterização sociodemográfica, de saúde e assistência. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2009 [acesso em: 23 out. 2012]; 3(4): 1-7. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/112/112>
3. Nonino EAPM. Avaliação da qualidade dos procedimentos de enfermagem – banho e curativo – segundo o grau de dependência assistencial dos pacientes internados em um Hospital Universitário [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo [Internet]; 2006. 243 p. [acesso em: 23 out. 2012]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-09122006-003356/pt-br.php>
4. Uchôa SAC, Camargo Jr KR. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências? *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [acesso em: 07 jan. 2013]; 15(4): 2241-2249. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232010000400038&ln=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000400038&ln=en)
5. Ministério da Saúde (BR). Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Volume I. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
6. Posnett J, Franks PJ, The burden of chronic wounds in the UK. *Nursing Times* [Internet]. 2008 [acesso em: 07 jan. 2013]; 104(3): 44-5. Disponível em: <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-zones/wound-care/the-burden-of-chronic-wounds-in-the-uk/527138.article>
7. Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle: ten lessons from the Delphi Technique in nursing research. *J Adv Nurs* [Internet]. 2006 [acesso em: 07 jan. 2013]; 2(53): 205-12. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03716.x/pdf>

8. Kuwabara CCT, Évora YDM, Oliveira, MMB. Gerenciamento de risco em tecnovigilância: construção e validação de instrumento de avaliação de produto médico-hospitalar. *Rev. Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2010 [acesso em: 23 jan. 2012];18(5):[09 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_15.pdf)
9. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
10. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health* [Internet]. 1997 [acesso em: 23 out. 2012]; 20(3): 269-74. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9179180>
11. Seganfredo DH, Almeida MA. Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jan-fev. 2011 [acesso em: 17 out. 2012];19(1):[08 telas] Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100006&script=sci_arttext&tlng=pt)
12. Serra MN. Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação* [Internet]. 2008 [acesso em: 17 out. 2012]; 5: 69-80. Disponível em: <http://sisifo.fpce.ul.pt/pdfs/Sisifo05MiguelSerra.pdf>
13. Kayo EK, Securato JR. Método DelPhi: fundamentos, críticas e vieses. *Caderno de Pesquisa em Administração* [Internet]. 1997 [acesso em: 17 out. 2012]; 1(4): 51-61. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/c4-art5.pdf>
14. Fernandes IR, Tilbery CP, Avelar MCQ. Validação das Condutas de Enfermagem na orientação de clientes com Esclerose Múltipla em uso de imunomoduladores. *Rev Neurocienc* [Internet]. 2011 [acesso em: 17 out. 2012]; 19(1): 68-76. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1901/original/537%20original.pdf>
15. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev Rene* [Internet]. 2012 [acesso em: 17 out. 2012]; 13(1): 242-51. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/36/31>
16. Jorge SA; Dantas SRPG. *Abordagem Multidisciplinar do tratamento de feridas*. 3. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.
17. Conferencia Nacional de Consenso Sobre Úlceras de la Extremidad Inferior (CONUEI). España: EdikaMed S. L.; 2009[acesso em: 17 out. 2012]. Disponível em: <http://www.gneaupp.es/app/portada>

18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic venous leg ulcers. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2010 Aug. 44 p.
19. Costa IKF, Nóbrega WG, Torres GV, Lira ALBC, Tourinho FSV, Enders BC. Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do Modelo Adaptativo de Roy. *Rev Gaúch Enferm*[Internet]. 2011[acesso em: 17 jan. 2013];;32(3)561-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000300018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000300018&script=sci_arttext)
20. Palfreyman SJ, Tod AM, Brazier JE, Michaels JA. A systematic review of health-related quality of life instruments used for people with venous ulcers: an assessment of their suitability and psychometric properties. *Journal of Clinical Nursing*[Internet]. 2010[acesso em: 17 jan. 2013];19(19-20): 2673–2703. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03269.x/full>

## 6 CONCLUSÃO

Diante da análise dos estudos selecionados na literatura científica, observou-se a presença dos aspectos relacionados à avaliação do paciente e da lesão, ao registro e documentação, ao cuidado com a ferida e a pele perilesional, indicação de cobertura, uso de antibiótico e tratamento da dor, tratamento medicamentoso, melhoria do retorno venoso e prevenção de recidiva, capacitação profissional, referência e contrarreferência e avaliação da qualidade de vida de pessoas com úlcera venosa.

No intuito de contemplar aspectos que buscam prestar aos usuários cuidados pautados na integralidade propõe-se a adoção de um protocolo de assistência à pessoa com úlcera venosa, por ser um recurso de grande valor para os profissionais e para o paciente, uma vez que uma assistência mal conduzida pode acarretar prejuízos tanto físicos quanto emocionais, em contrapartida, cuidados efetivos podem evitar complicações decorrentes dessas lesões.

Para tanto, posteriormente à pesquisa na literatura, elaborou-se o protocolo para assistência às pessoas com úlceras venosas atendidas na atenção primária, o qual foi submetido aos juízes da pesquisa para validação de conteúdo, esta realizou-se por 51 juízes, tendo como maioria enfermeiros assistenciais do sexo feminino, com idade entre 31 e 40 anos, atuando nas regiões Nordeste e Sudeste, com tempo de cuidado de pessoas com úlcera venosa até cinco anos.

No proceso de validação de conteúdo do protocolo, as categorias que tiveram itens que não atingiram os índices de Kappa e IVC dentro dos estabelecidos ( $Kappa \geq 0,81$  e  $IVC > 0,80$ ) entre os juízes foram: solicitação/ realização/ resultados de exames; dados sociodemográficos; anamnese; fatores de risco; verificação de dor/ SSVV/ pulso/ sinais de infecção/ localização da lesão/ edema; tratamento da dor.

Pode-se observar aumento dos índices Kappa e IVC destas 06 categorias após a remoção dos itens que obtiveram discordância em um dos índices entre os juízes, elevando-os para 0,91 e 0,95, respectivamente, tendo alcançando índices ótimos. Com a finalidade de obter mais objetividade e clareza no protocolo, acatou-se a maioria das sugestões dos juízes, principalmente as que se referiam ao acréscimo de itens, exclusão de itens que se encontravam repetitivos ou redundantes e mudança de nomenclatura.

O protocolo reformulado (fase Delphi I) foi ressubmetido aos juízes que participaram da primeira etapa (fase Delphi II), sendo novamente julgado por 35 juízes que concordaram em continuar participando e analisado quanto ao Kappa e IVC. Verificou-se que, das quinze

categorias do protocolo, 12 apresentaram melhores índices na fase Delphi 2 e as outras três categorias mantiveram os mesmos índices da fase anterior. Quanto a média dos requisitos de avaliação do protocolo verificou-se que as notas atribuídas pelos juízes na segunda fase foram maiores em 9 dos dez itens, permanecendo a mesma média em apenas um dos itens.

Assim, a análise dos resultados indica a validade do protocolo proposto, que obteve índices de validação (Kappa e IVC) iguais ou melhores na fase Delphi 2 em relação aos alcançados na fase Delphi 1, acatando-se, por tanto, a hipótese alternativa ( $H^1$ ) proposta neste estudo.

Nesse sentido, a Técnica Delphi apresentou vantagens que possibilitou a viabilização desta pesquisa, por ser flexível, de resultados fidedignos e, sobretudo, por valorizar a opinião e o conhecimento dos profissionais envolvidos. Esta metodologia permitiu reflexão acerca das condutas relacionadas à assistência e à necessidade de uniformizá-las para que se possa atingir a finalidade de realizar uma avaliação sistemática e de qualidade voltada ao alcance da satisfação das necessidades da pessoa com úlcera venosa.

Recomenda-se o uso de protocolo para acompanhamento da assistência da pessoa com úlcera venosa na atenção primária, no intuito de que o instrumento possa estimular o profissional de saúde a melhorar o cuidado, como também avaliar a qualidade da assistência prestada. Ressalta-se que não trata-se apenas de um protocolo, mas de um processo avaliativo para cuidar de pessoas com úlceras venosas. Nesse sentido, os processos de avaliação devem utilizar informações e medidas válidas, uma vez que se evita o risco de distorção da informação e do comportamento dos profissionais, além de permitir o direcionamento das mudanças necessárias ao processo de trabalho da equipe focada no contexto vivenciado.

Além da melhora esperada nas taxas de cicatrização e conseqüente melhoria da qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa, espera-se que a padronização e a assistência sistemática possa otimizar o tempo dos profissionais de saúde, bem como, consolidar o processo de trabalho multiprofissional na comunidade no que se refere a assistência a pessoas com essas lesões.

A validação clínica constitui a continuidade desta pesquisa, com a aplicabilidade na prática, na atenção primária, do protocolo proposto pelo período de um ano. Decorrido esse tempo, o protocolo será avaliado baseando-se na evolução das pessoas que realizaram o tratamento com o novo modelo. Essa avaliação pós protocolo, objetiva investigar a efetividade da proposta, dessa vez, na aplicação com os pacientes.

A importância da construção do protocolo traz implicações teóricas, para a academia, e prática para os serviços de saúde, com validação e avaliação de efetividade dos resultados. Além disso, reforça-se a necessidade construir, validar e aprimorar protocolos de assistência que sejam operacionais e que possam contribuir para mudança da prática do cuidar em saúde, em especial as pessoas com úlceras venosas.

Quanto as limitações deste estudo, aponta-se em relação a técnica de seleção dos juízes desta pesquisa ter-se restringido a busca via plataforma Lattes, poderia ter sido utilizado também a técnica snowball ou da “Bola de neve” em que a amostragem pode ser ampliada com cadeias de referências ou cadeias de informantes.

No entanto, destaca-se que com o uso do formulário via Google docs, verificou-se a praticidade na construção do formulário, facilidade quanto ao envio aos juízes, permitiu atingir especialistas em regiões distantes, baixo custo, redução no tempo de coleta e acompanhamento de cada resposta, agilizando, dessa maneira, o processo de pesquisa. No entanto, reconhecem-se as dificuldades deste método no que se refere a não devolução dos instrumentos, após sucessivos contatos, bem como alguns dos juízes revelaram que o convite pra participar da pesquisa caiu em sua caixa de spam.

Os resultados deste estudo contribuem não apenas para a assistência mais organizada e sistematizada por meio de protocolo, mas também, propõe-se uma metodologia para o desenvolvimento de um instrumento, que pode ser extensível a outros procedimentos. Conclui-se que o protocolo desenvolvido possui validade científica e possibilita assistência sistematizada e de qualidade a pessoas com úlcera venosa.

## REFERÊNCIAS

- ABBADE, L.P.F.; LASTÓRIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. **An Bras Dermatol**, v. 81, n. 6, p. 509-522, 2006.
- AGUIAR, E.T. et al. Diretrizes da SBACV para diagnóstico, prevenção e tratamento da úlcera de insuficiência venosa crônica. **J Vasc Br.**, v. 4, n. 3, p. 195-200, 2005.
- ALBERTI, L.R. et al. Relação entre exercício físico e insuficiência venosa crônica. **Rev Med Minas Gerais.**, v. 20, n. 2, p.30-35, 2010.
- ALDUNATE JLCB et al. Úlceras venosas em membros inferiores. **Rev Med (São Paulo)**. v.89, n.3/4, p.:158-163, 2010.
- ALEXANDRE, N. M. C; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALLIYERIS, V.E.; LAS CASAS, A.L. A utilização do método de coleta de dados via internet na percepção dos executivos dos institutos de pesquisa de mercado atuantes no Brasil. **Interações (Campo Grande)**, v. 13, n. 1, June 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-70122012000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-70122012000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 Jan. 2013.
- ALMEIDA C, MACINKO J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília-DF: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2006. 215. (Série Técnica - Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).
- ARAÚJO, T. et al. Controlar o paciente com úlceras venosas. **Ann Intern Med.**, v. 138, p. 326-34, 2003.
- AZEVEDO, A.M.A. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Recife. 2007.
- BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 7. ed. Florianópolis: UFSC, 2007.
- BECKERT, S. et al. Efficacy of topical pale sulfonated shale oil in the treatment of venous leg ulcers: a randomized, controlled, multicenter study. **Journal of Vascular Surgery**, v. 43, n. 1, p. 94-100, 2006.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Políticas Sociais. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência. Coordenação de Atenção a Saúde do Adulto e do Idoso. **Protocolo de assistência aos portadores de feridas**. 2010. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/atadulto/protocoloferidas.pdf>> Acesso em: 30 jul. 2012.

- BERGONSE, F. N.; RIVITTI, E. A. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. **Anais brasileiros de dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p.131-35, 2006.
- BITTENCOURT, H. R. et al. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. **Est. Aval. Educ.**, v. 22, n. 48, p. 91-114, 2011.
- BONGIOVANNI, C. M.; HUGHES, M. D.; BOMENGEN, R. W. Accelerated Wound Healing: Multidisciplinary Advances in the Care of Venous Leg Ulcers. **Angiology**, v. 57, n. 2, p. 139-44, 2006.
- BORGES, E. L. **Tratamento de feridas**: avaliação de um protocolo. 2000. 159f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.
- BORGES, E. L.; SAÁR, S. R. C.; LIMA, V. L. A. N. Subsídios para a construção de protocolos. In: BORGES, E. L. et al. **Feridas como tratar**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. p. 121-127.
- BORGES, E.; CALIRI, M. H. L.; HAAS, V. J. Revisão sistemática do tratamento tópico da úlcera venosa. **Rev Latino-am Enferm.**, v. 15, n. 6, p. 1163-1170, 2007.
- BORGES, E.L. **Tratamento tópico de úlceras venosa**: proposta de uma diretriz baseada em evidências. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisas. Resolução n.º196/96. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF), 1997.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde, v.4, 2006.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.
- BREM, H.; KIRSNER; R.S.; FALANGA, V. Protocol for the successful treatment of venous ulcers. **Am J Surg.**, v. 188, p. 1-8, 2004.
- BRYANT, R. A. **Acut and chronic wounds**: nursing management. 2 ed. Saint Louis: Mosby, 2000.

- CABRAL, A. L. S. **Insuficiência venosa crônica de membros inferiores**: prevalência, sintomas e marcadores preditivos. 2000. 140 f. (Doutorado em Angiologia e Cirurgia Vascular) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000
- CARMO, S. S. et al. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 506-517, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/pdf/v9n2a17.pdf>> Acesso em: 4 fev. 2010.
- CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.3, p.466, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01.htm>>
- CASEY, G. Causes and management of leg and foot ulcers. **Nursing standart**, London, v.18, n. 45, jul. 2004.
- CASTILLO, P. D. et al. Colgajo sural en úlceras venosas crónicas de piernas. **Rev. Chil Cir.**, Chile, v. 56, n. 5, p. 475-480, 2004.
- CASTRO E SILVA M. et al. **Normas de orientação clínica para o diagnóstico e tratamento da insuficiência venosa crônica**. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV), 2001.
- CASTRO E SILVA, M. et al. **Normas de orientação clínica para o diagnóstico e tratamento da insuficiência venosa crônica**. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV), 2001.
- CONFERENCIA NACIONAL DE CONSENSO SOBRE ÚLCERAS DE LA EXTREMIDAD INFERIOR (CONUEI). España: EdikaMed S. L.; 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n.º 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Brasília: COFEN; 2009.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 1999.
- COSTA, I. K. F. **Qualidade de vida de pessoas com úlcera venosa**: associação dos aspectos sociodemográficos, saúde, assistência e clínicos da lesão Natal, 2011. 146f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011
- COSTA, Larissa Maranhão et al . Perfil clínico e sociodemográfico dos portadores de doença venosa crônica atendidos em centros de saúde de Maceió (AL). **J. vasc. bras.**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, June 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-54492012000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492012000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 Jan. 2013.
- CUNHA, N. A. **Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas**. Monografia – Centro de Ciências da Saúde, Fundação de Ensino Superior de Olinda, Olinda, 2006.

DANTAS, D. V. **Assistência aos portadores de úlceras venosas: proposta de protocolo**. 2010. 134f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

DANTAS, D. V.; DANTAS, R. A. N.; TORRES, G. V. Venous ulcers protocols: a study conducted on a scientific international basis. **The FIEP Bulletin**, v. 79, p. 320-322, 2009.

DEODATO, O. O. N. **Avaliação da assistência aos portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário em Natal/RN**. Natal, 2007. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2007.

DEODATO, O.O.N.; TORRES, G.V. Venous ulcers in users assisted on onofre lopes university hospital, at Natal/RN: sociodemographic and health characterization. **The FIEP Bulletin**, v.78, p.471-474, 2008.

DEVON, H. A. et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. **J Nurs Scholarship**, v. 39, n. 2, p. 155-164, 2007.

DOUGHTY, D.B.; WALDROP, J.; RAMUNDO, J. Lower-extremity ulcers of vascular etiology. In: BRYANT R. A. **Acute & chronic wounds: nursing management**. 2ed. St. Louis: Mosby, 2000. p.265-300.

EBERHARDT, R.T.; RAFFETTO, J.D. Chronic Venous Insufficiency. **Circulation**, v. 111, p. 2398-2409, 2005

ÉCHELI, C.S.B., BUSATO, C.R. Tratamento tópico de úlcera de estase venosa - proposta para padronização. **Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v. 12, n. 1, p. 7-14, 2006. Disponível em: <http://www.eventos.uepg.br/ojs2/index.php/biologica/article/view/424/424>. Acesso em: 20 jan. 2012

EDWARDS, H. et al. A randomised controlled trial of a community nursing intervention: improved quality of life and healing for clients with chronic leg ulcers. **Journal of Clinical Nursing**, v. 18, p. 1541-1549, 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02648.x/pdf>> Acesso em: 25 abr. 2010.

EKLÖF B. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. **J Vasc Surg**. v.40, p.1248-52, 2004.

ERICKSON, C. A. et al. Healing of venous ulcers in an ambulatory care program: the roles of chronic venous insufficiency and patient compliance. **Journal of Vascular Surgery**, v. 22, n. 5, p. 629-636. 1995. Disponível em:<[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6WMJ-4HFX6SN-T&\\_user=687335&\\_coverDate=11%2F30%2F1995&\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_orig=search&\\_sort=d&\\_docanchor=&view=c&\\_searchStrId=1440613698&\\_rerunOrigin=google&\\_acct=C000037878&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=687335&md5=0c32ba0f40ab692cdeeee9ff2fa2a441](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WMJ-4HFX6SN-T&_user=687335&_coverDate=11%2F30%2F1995&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1440613698&_rerunOrigin=google&_acct=C000037878&_version=1&_urlVersion=0&_userid=687335&md5=0c32ba0f40ab692cdeeee9ff2fa2a441)> Acesso em: 26 abr. 2010.

ESCUADERO, J. R. Atención Primaria y Atención especializada (hospitalaria). Un tándem dispuesto a entenderse. **Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular**, v. 10, n. 2, p. 96-143, 2004.

ETUFUGH, C. N; PHILLIPS, T.J. Venous ulcers. **Clinics in Dermatology**. v. 25, p. 121- 30, 2007.

EVANGELISTA, D.G. et al. Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da estratégia de saúde da família. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v.2, n.2, p.254-263, 2012.

EVANS, C.J. et al. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburgh Vein Study. **J Epidemiol Community Health**. v.53, p. 149–153, 1999.

FALANGA, V. Venous ulceration. In: KRASNER, D; KANE, D. **Chronic wound care**, 2. ed. Waynes: Health Management, 1997

FARO, A.C.M. e. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. **Rev.Esc.Enf.USP.**,v.31, n.1, p. 259-73, 1997.

FERNANDES M.V.L. **Indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter: construção e validação**. 2005. 110 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2005.

FERNANDES, L. F.; PIMENTA, F. C.; FERNANDES, F. F. Isolamento e perfil de suscetibilidade de bactérias de pé diabético e úlceras de estase venosa de pacientes admitidos no pronto-socorro do principal hospital universitário do estado de Goiás, Brasil. **J Vasc Bras**, v. 6, n. 3, p. 211-217, 2007.

FERREIRA, A. M.; BOGAMIL, D. D.; TORMENA, P. C. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. **Arquivos de Ciências da Saúde (FAMERP)**, v. 15, p. 1-5, 2008. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-15-3/IDN269.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN269.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2009.

FIGUEIREDO, M. Úlceras varicosas. In: PITTA, G. B. B.; CASTRO, A. A.; BURIHAN, E. **Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado**. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA, 2003. Disponível em: <<http://www.lava.med.br/livro>>. Acesso em: 06 dez. 2009.

FIGUEIREDO, M.L.; ZUFFI, F.B. Cuidados aos portadores de úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Enfermería Global**, n. 28, p. 147- 158, 2012. Disponível em:

<<http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/28648/2/Cuidados%20aos%20portadores%20de%20%C3%BAlcera%20venosa,%20%20percep%C3%A7%C3%A3o%20dos%20enfermeiros%20da%20Estrat%C3%A9gia%20de%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia..pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde. **Protocolo de cuidados de feridas**. Coordenado por Antônio Anselmo Granzotto de Campos; Organizado por Lucila Fernandes More e Suzana Schmidt de Arruda. Florianópolis: IOESC, 2011.

Disponível

em:<[http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/PROTOCOLO\\_FERIDA\\_26\\_08\\_2008\\_atual.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/PROTOCOLO_FERIDA_26_08_2008_atual.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2012

- FORTI, J.K. et al. Distribuição de angiologistas e cirurgiões vasculares na população brasileira: análise dos membros da SBACV – ano base 2004. **J Vasc Br**, v. 3, n. 4, p. 350-6, 2004.
- FRADE, M. A. C. et al. Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. **An Bras Dermatol.**, Rio de Janeiro, v.80, n.1, p. 41-46, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n1/v80n01a06.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2010.
- FRANÇA, L. H. G.; TAVARES, V. Insuficiência venosa crônica: uma atualização. **J. Vasc. Bras.**, Porto Alegre, v.2, n.4, p.318-28, 2003. Disponível em: <<http://www.jvascbr.com.br/03-02-04/03-02-04-318/03-02-04-318.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2010.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: **52º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, Apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda – PE, 2000.
- GIOVINAZZO, R. A . Modelo de aplicação de metodologia Delphi pela internet: vantagens e ressalvas. **Administração On Line**, v. 2, n. 2, 2001. Disponível em: [http://www.fecap.br/adm\\_online/art22/renata.htm](http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm). Acesso em: 02 jan 2013.
- GOHEL, M. S. et al. Long term results of compression therapy alone versus compression plus surgery in chronic venous ulceration (ESCHAR): randomised controlled trial. **BMJ**, v. 335, n. 83, p. 01-06, 2007.
- GRANT, J.S.; DAVIS, L.L. Selection and use of content experts for instrument development. **Res Nurs Health**. v.20, n.3, p.269-274, 1997. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9179180>
- GUSSO, G. D. F., BENSENOR, I. J. M., OLMOS, R. F. Terminologia da atenção primária a saúde. **Rev. bras. educ. med.** vol.36 no.1 Rio de Janeiro jan./mar. 2012
- HEIT, J. A. et al. Trends in the incidence of venous stasis syndrome and venous ulcer: a 25-year population-based study. **J. Vasc. Surg.**, v. 33, n. 5, p. 1022-1077, 2001. Disponível em: <<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/07415214/PIIS0741521401336364.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2012.
- HESS, C. T. Úlceras venosas e arteriais. In \_\_\_\_\_. **Tratamento de feridas e úlceras**. 4. ed. São Paulo: Reichmann & Affonso editores, 2002. p.109-139
- KEENEY S.; HASSON F.; MCKENNA H.P. A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. **Int J Nurs Stud.**, v. 38, n. 2, p. 195-200, 2001.
- LAUNOIS, R.; REBOUL-MARTY, J.; HENRY, B. Construction and validation of a quality of life questionnaire in chronic lower limb venous. **Quality of Life Research**, v.5, n.6, p.539-554, 1996.
- LEAL, J.; MANSILHA, A. Como avaliar o impacto da doença venosa crônica na qualidade de vida. **Angiologia e cirurgia vascular**. v.6, n.4, 2010.

- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Confiabilidade e validade**. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Pesquisa em Enfermagem. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 186- 99.
- LONGO JUNIOR, O. et al. Qualidade de vida em pacientes com lesões ulceradas crônicas na insuficiência venosa de membros inferiores. **Cir vasc angio.**, v.17, n.1, p.21-26, 2001.
- LOPES, M.I.; SILVA, E.L.S. A internet e a busca da informação e comunidades científicas: um estudo focado nos pesquisadores da UFSC. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v.12, n.3, p.21-40, 2007.
- LOPEZ, A. R.; ARAVITES, L. B.; LOPES, M. R. **Úlcera venosa**. Porto Alegre: Acta médica, 2005.
- LÓPEZ, P. J. T. et al. Tratamiento de la insuficiencia venosa crônica y calidad de vida en una Zona Básica de Salud. **Medicina Geral**, v. 86, p. 452-463, 2006. Disponível em: <[http://www.medicinageneral.org/revista\\_86/pdf/453\\_464.pdf](http://www.medicinageneral.org/revista_86/pdf/453_464.pdf)>. Acesso em: 29 nov. 2012
- LORIMER, K. R. Continuity through best practice: design and implementation of a nursered community leg ulcer service. **J. Nurs. Res.**, v. 36, n. 2, p. 105-112, 2004.
- LORIMER, K. R. et al. Venous leg ulcer care: how evidence-based is nursing practice? **J Wound Ostomy Continence Nurs.**, v. 30, n. 3, p. 132-142, 2003.
- LYNN, M. "Determination and Quantification of Content Validity." **Nursing Research**, v. 35, p. 382-385, 1986.
- MACEDO, E. A. B. **Custo-efetividade da terapia compressiva no processo de cicatrização de úlceras venosas**. Natal/RN, 2009. 157f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.
- MAFFEI, F. H. A. Insuficiência venosa crônica: conceito, prevalência etiopatogênica e fisiopatologia. In MAFFEI, F. H. A. et al. **Doenças vasculares periféricas**. 3 ed. v. 2. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. p. 1581-1590.
- MAFFEI, F.H. et al. Varicose veins and chronic venous insufficiency in Brazil: prevalence among 1755 inhabitants of a country town. **Int J Epidemiol**. v.15, n.2, p.210-217,1986.
- MALAQUIAS, Suelen Gomes et al . Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p.302-310, 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 Jan. 2013.
- MANCUSSI E FARO AC. The Delphi technique to validate the nursing interventions. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 31, n. 2, p. 259-273, 1997.
- MANDELBAUM, S. H.; DI SANTIS, E. P.; MANDELBAUM, M. H. S. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares – Parte I. **Anais brasileiros de dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 393-410, jul. / ago 2003
- MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **RBGN**, v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006.

- MARTINS, L. M.; FRANCA, A.P.D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, dez. 1996.
- MATA, V.E.; PORTO, F.; FIRMINO, F. Tempo e custo do procedimento: curativo em úlcera vasculogênica. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam.**, v. 3, n. 1, p. 1628-37, 2011
- MELLO, G. A., FONTANELLA, B. J. B., DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde – Origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.
- MELO, R. P. et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene**, v. 12, n. 2, p. 424-31, 2011.
- MOFFAT, C. J. et al. Prevalence of leg ulceration in a London population. **Q J Med**, v. 7, n. 7, p. 431-437, 2004.
- MORAIS, G. F. C.; OLIVEIRA, S. H. S.; SOARES, M. J. G. O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n.1, p. 98-105, jan./mar. 2008.
- MORENO-CASBAS T.; MARTIN-ARRIBAS C.; ORTS-CORTES I.; COMET-CORTES P. Identification of priorities for nursing research in Spain: a Delphi study. **J Adv Nurs.**, v. 35, n. 6, p. 857-863, 2001.
- NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de assistência aos portadores de feridas**. Natal: SMS, 2008.
- NICOLAIDES, A.N. Investigation of Chronic Venous Insufficiency: a Consensus Statement. **Circulation**, v. 102, p. 126-163, 2000.
- NOBREGA, W. G. **Qualidade de vida dos portadores de úlcera venosa atendidos no ambulatório de um hospital universitário em Natal/RN**. 2009. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009. Disponível em: <[http://www.pgenf.ufrn.br/arquivos/teses/dissertacao\\_de\\_walkiria\\_2009.pdf](http://www.pgenf.ufrn.br/arquivos/teses/dissertacao_de_walkiria_2009.pdf)>. Acesso em: 09 dez. 2009.
- NÓBREGA, W.G. et. al. Assessment of the care provided to patients with lower limb vascular ulcers at a university hospital in Natal, Brazil. **The FIEP Bulletin**, v. 78, p. 350-353, 2008.
- NUNES, J. P et al. Venous ulcers in patients treated at family health units in Natal, Brazil: prevalence and sociodemographic and health characterization. **The FIEP Bulletin**, v. 78, p. 338-41, 2008.
- NUNES, J. P. **Avaliação da assistência à saúde aos portadores de úlceras município de Natal/RN**. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.
- NUNES, J. P. et al. Aspectos socio-demográficos e de saúde dos portadores de úlceras venosas atendidos nas unidades de saúde da família do município de Natal/RN. **Revista Olho Mágico**, v. 13, n. 2, p. 689, abr./jul. 2006.

- NUNES, J. P. et al. Venous ulcers in patients treated at family health units in Natal, Brazil: prevalence and sociodemographic and health characterization. **The FIEP Bulletin**, v. 78, p. 338-41, 2008.
- OLSON, J. M. et al. Guideline concordant venous ulcer care predicts healing in a tertiary care Veterans Affairs Medical Center. **Wound Repair Regen**, v. 17, n. 5, p. 666-670, 2009.
- PEREIRA, M. G. Qualidade dos Serviços de Saúde. In: \_\_\_\_\_. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 538-560
- PERROCA, M. G. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 1-9, 2011.
- PHILLIPS, T. J. Current approaches to venous ulcers and compression. **Dermatol. Surg.**, v. 27, n. 7, p. 611-621, 2001.
- PIEPER, B.; CALIRI, M. H. R.; CARDOSO, L. J. **Úlceras venosas e doenças venosas**. 2002. Disponível em: <<http://www.erp.usp.br/projetos/feridas/uvenosa.htm>>. Acesso em: 16 set. 2009.
- PINA, E. et al. Leg ulceration in Portugal: Prevalence and Clinical history. **Eur J Vas Endonvasc Surg**, v. 29, n. 5, p. 549-553, 2005.
- PITTLER M. H.; ERNST, E. Horse chestnut seed extract for chronic venous insufficiency. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 1, 2002.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res Nurs Health**, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; OWEN, S. V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. **Res Nurs Health**, v. 30, p. 459-467, 2007.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- RAMOS, E. M. et al. Úlceras de pierna: causas infrecuentes. **Rev. Méd. Urug.**, v. 17, n. 1, p. 33-41, 2001. Disponível em: <<http://www.rmu.org.uy/revista/2001v1/art6.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2009.
- RANDOLPH, J. J. (2008). Online Kappa Calculator. Retrieved October 10, 2012. Available from: <http://justus.randolph.name/kappa>
- REIS, C. J. U. et al. Estudo prospectivo da evolução das úlceras de estase venosa de membros inferiores no hospital de ensino da Faculdade de medicina do ABC no período de um ano. **Arq. Méd. ABC**, v. 28, n. 1, p. 50-52, 2003. Disponível em: <<http://www.fmabc.br/admin/files/revistas/28amabc050.pdf>>. Acesso em: 23 mar. de 2010.
- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Programa de Educação Continuada da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. **Manual de assistência integral as pessoas com feridas crônicas**. 2011.

- RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. Revisada e ampliada. São Paulo: Atlas, 1999.
- ROBERTS, P.; PRIEST, H.; TRAYNOR, M. Reliability and validity in research. **Nurs Stand**, v. 20, n. 44, p. 41-45, 2006.
- ROCHA, C. H. et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 13, supl. 1, p. 703-710, 2008.
- ROCHA, D. E. R.; FREITAS, M. E. A. Unidade de tratamento de queimados: relato de experiência sobre a construção de protocolo para os cuidados de enfermagem. **Enfermería global**, n. 3, p. 1-11, 2003. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/File/614/671>>. Acesso em: 17 fev. 2010.
- RODRIGUES, R.C.V.; PERES, H.H. Panorama brasileiro do ensino de enfermagem On-line. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n.2, p. 298-304, 2008.
- ROSSETTI, A. G.; MORALES, A. B. T. O papel da tecnologia da informação na gestão do conhecimento. **Ciência da Informação**, v. 36, n. 1, p. 124-135, 2007.
- RUBIO, D. M. et al. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Soc Work Res.**, v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003.
- RUCKLEY, C. V. Socioeconomic impact of chronic venous insufficiency and leg ulcers. **Angiology**, v. 48, n. 1, p. 67-69, 1997.
- SALMOND, S. S. Evaluating the reliability and validity of measurement instruments. **Orthop Nurs**, v. 27, n. 1, p. 28-30, 2008.
- SANT'ANA, Sílvia Maria Soares Carvalho et al . Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, Aug. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 Jan. 2013.
- SANTOS A.; VIDOTTO L. S.; GIUBLIN C. R. A utilização do método Delphi em pesquisas na área da gestão da construção. **Ambiente Construído**, v. 5, n. 2, p. 51-59, 2005.
- SANTOS, R.F.F.N.; PORFÍRIO, G.J.M.; PITTA, G.B.B. Qualidade de vida na doença venosa crônica. **J Vasc Bras.**, v.8, n. 2, p. 143-147, 2009
- SCARPARO, A.F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica delphi em pesquisas na enfermagem. **Rev Rene**. v.13, n.1, p.242-151, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/36/31>>acesso em: 17 out. 2012
- SEIDEL, A.C. et al. Prevalência de insuficiência venosa superficial dos membros inferiores em pacientes obesos e não obesos. **J Vasc Bras**, v. 10, n. 2, 2011.
- SHORT, K; BULL, R. Leg ulcers and lymphoedema. **Medicine**, v.37, n.6, june 2009, p. 269-272.

- SILVA JÚNIOR, A G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 241-257
- SILVA, F. A. A. et al. Enfermagem em estomoterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 889-93, 2009.
- SILVA, Francisca Alexandra Araújo da; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. **Características sociodemográficas e clínicas de clientes com úlcera venosa de perna**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.468-472. 2011
- SILVA, J.F.; SANTANA, C.M.H; FRANCISCO, D.J. Indicações para utilização de questionário online em pesquisa científica por meio do aplicativo google docs. ESUD 2011 – VIII Congresso Brasileiro de Ensino Superior a Distância. Ouro Preto, 3 – 5 de outubro de 2011 -
- SILVA, K. L. et al . Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 391-397, 2005.
- SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.
- SILVA, Marcelo Henrique da et al . Manejo clínico de úlceras venosas na atenção primária à saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 Jan. 2013.
- SILVA, R.C.L. et al. Sistematização da assistência de enfermagem. In: SILVA, R.C.L.; FIGUEIREDO, N.M.A.; MEIRELES, I.B. (Org). **Feridas**: fundamentos e atualizações em enfermagem. 2.ed. São Caetano do Sul, SP. Yendis, 2007. p. 135-158.
- SIMON, D. A.; DIX, F. P.; MCCOLLUM, C. N. Management of venous leg ulcers. **BMJ**, v. 328, p. 1358-1362, 2004.
- SOUSA P.A; FRADE M.H.; MENDONÇA D.M. A model of organization and nursing exchange information: a delphi study. **Acta Paul Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 368-381, 2005.
- SOUSA, C.S.; TURRINI R.N.T. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 6, p. 990-996, 2012.
- SOUSA, F.A.M.R. **O corpo que não cura**: vivências de pessoas com úlceras venosas de perna. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. 288f. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Coimbra, Portugal, 2009.
- SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein [Internet]. 2010 [cited 2012 Apr 27];8(1 Pt 1):102-6. Disponível em: [http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1\\_p102-106\\_port.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf)> Acesso em: 21 Jan. 2013.

SPÍNOLA, A.W. de P. **Delfos**: proposta tecnológica alternativa. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Cia USP, 1984.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med.**, v.41, p. 1403-1410, 1995.

TORRES G.V et al. Elderly people with venous ulcers treated in primary and tertiary levels: sociodemographics characterization, of health and assistance. **Rev Enferm UFPE On Line**, v. 3, n.4, p. 222-30, out./dez. 2009.

TORRES, G.V. et al. **Avaliação Clínica da Assistência aos portadores de úlceras vasculares de membros inferiores no ambulatório do Hospital Universitário Onofre Lopes em Natal/RN**. Natal, 2007, 34p. Relatório de pesquisa. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007. (Edital CNPq 19/2004 – Universal (Processo n. 479647/2004-6)

UCHOA, A. C.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências?. **Ciência, Saúde Coletiva**, v. 15, n.4, 2010.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232010000400038&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000400038&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jul.2010.

VALENCIA, J. C.; FALABELLA, R. S.; EAGLSTEIN, W. H. Chronic venous insufficiency ulceration. **J. Am. Acad Dermatol**, v. 44, n. 3, p. 401-402, 2001.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, v. 1, n. 12, p. 54-65, 2000.

WYND CA, SCHMIDT B, SCHAEFER MA. Two Quantitative Approaches for Estimating Content Validity. **West. j. nursing res.**, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003. Disponível em: <http://www.uk.sagepub.com/salkind2study/articles/06Article04.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2012.

YAMADA, B. F. A. Úlceras venosas. In: JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 247-259.

YAMADA, B. F. A.; SANTOS, V. L. C. G. Quality of life of individuals with chronic venous ulcers. **Wounds**, v. 17, n. 7, p. 178-179, 2005. Disponível em: <http://www.woundsresearch.com/article/4420>>. Acesso em: 24 fev. 2012.

## APENDICE A – TCLE

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Caro(a) juiz/especialista,

O objetivo deste é solicitar o seu consentimento para participar voluntariamente do projeto de pesquisa intitulado "**Assistência clínica e aspectos relacionados a qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa na atenção primária e terciária: proposição, implementação e avaliação de protocolo**".

**Justificativa e objetivos da pesquisa:** Trata-se de uma pesquisa relevante, que tem nesta etapa o objetivo de validar a proposta do protocolo para assistência as pessoas com úlceras venosas atendidos na atenção primária e terciária de Natal/RN nos aspectos de formatação, clínico, de conteúdo e operacional.

Este projeto justifica-se por trazer benefícios aos usuários do serviço atendidos em nível primário e terciário de Natal, com possível cicatrização de suas lesões e melhoria da sua qualidade de vida. Aos profissionais da saúde, com vistas a uma assistência de melhor qualidade e sistematizada, e a instituição hospitalar, no tocante a possível diminuição dos custos com o tratamento de lesões venosas. Vale ressaltar a possibilidade de favorecer a ampliação da produção científica e a consequente renovação dos conhecimentos nesta área.

**Desconfortos, riscos e benefícios:** Os riscos associados à participação neste estudo são mínimos, uma vez que a participação dos profissionais (enfermeiros, médicos e fisioterapeutas) será apenas no preenchimento do instrumento de coleta de dados e não será realizado procedimentos invasivos. Todos os dados que obtivermos serão guardados e manipulados em sigilo. Nós assumimos o compromisso de não disponibilizarmos esses dados para terceiros.

As medidas de proteção para minimizar possíveis riscos serão a privacidade do profissional, o sigilo absoluto acerca das informações recebidas e da sua identidade por parte do pesquisador.

**Benefícios:** A utilização do protocolo proporcionará uma assistência sistematizada e de qualidade para as pessoas com úlceras venosas, bem como, sistematizará a assistência dos profissionais de saúde, facilitando e organizando seu trabalho.

**Participação voluntária:** Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, podendo recusar-se a fazer parte do mesmo ou interromper se julgar conveniente, sem prejuízo para o andamento do trabalho de pesquisa.

**Confidencialidade do estudo:** Os registros da sua participação neste estudo serão mantidos em sigilo. Nós guardaremos os registros de cada pessoa, e somente o pesquisador responsável e colaboradores terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do profissional não será revelada. Resultados serão relatados de forma sumariada e a pessoa não será identificada.

**Forma de acompanhamento:** Durante e após o término da pesquisa você receberá toda assistência e acompanhamento por parte da equipe responsável pela pesquisa, podendo entrar em contato com o Professor Dr. Gilson de Vasconcelos Torres pelo telefone (84) 3215-3839 no Departamento de Enfermagem da UFRN, localizado no Campus universitário, Lagoa Nova. Se algum dano ocorrer, decorrente da pesquisa, toda assistência lhe será assegurada pelo pesquisador e pela instituição.

**Ressarcimento de despesas:** Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

**Comitê de Ética:** Este projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte localizado na Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova. Caixa Postal 1666, CEP 59072-970 Natal/RN  
Telefone/Fax (84)3215-3135.

### CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO

Eu fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos. Estou de acordo em participar voluntariamente no estudo, sendo que minha participação não implicará em custos ou prejuízos, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

O pesquisador responsável me garantiu disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha a solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou minha família.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante



### Compromisso do investigador:

Eu discuti as questões acima com o (a) participante do presente estudo ou com seus responsáveis legais. É minha convicção que o (a) participante entende os riscos, benefícios e obrigações relacionados com este projeto.

\_\_\_\_\_  
Professor Dr. Gilson de Vasconcelos Torres

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE B – Carta convite enviada aos juízes para participação da primeira rodada Delphi

Prezado (a) Sr(a),

O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) a participar, voluntariamente, da pesquisa intitulada "Assistência clínica e aspectos relacionados à qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa na atenção primária e terciária: proposição, implementação e avaliação de protocolos".

Este estudo trata-se de uma pesquisa de Doutorado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PGENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), que tem como pesquisador responsável (orientador) Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres e as doutorandas Daniele Vieira Dantas e Isabelle Katherinne Fernandes Costa, e objetiva analisar a implementação de protocolo baseado nos fatores que influenciam a qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa na atenção primária e terciária de Natal/RN.

Nesta etapa o (a) Sr (a) foi selecionado (a) via plataforma Lattes como juiz (a) para participar da primeira rodada de validação do instrumento protocolo de assistência clínica e aspectos relacionados a qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa na atenção primária e terciária.

Esse estudo poderá promover benefícios aos usuários, com possível cicatrização de suas lesões; aos profissionais de enfermagem, com vistas a uma assistência de melhor qualidade; e as instituições de saúde no tocante a possível diminuição dos custos com o tratamento de lesões venosas. Vale ressaltar a possibilitar de favorecer a ampliação da produção científica e a consequente renovação dos conhecimentos nesta área.

Ao acessar o instrumento, há a possibilidade de concordância/discordância em participar da pesquisa. Caso aceite, ao assinalar a opção “concordo”, o (a) Sr(a) está automaticamente aceitando participar voluntariamente da pesquisa.

Além disso, em anexo, estamos encaminhando o termo de consentimento livre e esclarecido referente ao estudo, que poderá ser assinado eletronicamente ou escaneado e, se possível, encaminhado de volta.

Para acessar o instrumento, copie o link abaixo e cole no seu navegador da internet:

<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dFRJUHQ0bTc4NnNjRHFETjEwMGg5X0E6MQ>

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Caixa Postal 1524 - Campus Universitário, Lagoa Nova  
CEP 59078-970 - Natal/RN – Brasil  
E-mail: [gilsonvtorres@hotmail.com](mailto:gilsonvtorres@hotmail.com)  
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1944547152815226>

**Isabelle Katherine Fernandes Costa**

Enfermeira, Mestre em Enfermagem,  
Doutoranda do PPGEnf/UFRN, bolsista CAPES  
E-mail: [isabellekfc@yahoo.com.br](mailto:isabellekfc@yahoo.com.br)  
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5903265312273525>

**Daniele Vieira Dantas**

Enfermeira, Mestre em Enfermagem,  
Doutoranda do PPGEnf/UFRN  
E-mail: [daniele00@hotmail.com](mailto:daniele00@hotmail.com)  
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0404704679319143>

## APÊNDICE C – Carta convite enviada aos juízes para participação da segunda rodada Delphi

Prezado (a) Sr. (a),

Primeiramente, gostaríamos de agradecer a sua valiosa participação na primeira etapa deste estudo. Neste segundo momento, estamos re-submetendo o protocolo somente da ATENÇÃO PRIMÁRIA para sua análise, após a remoção dos itens que não obtiveram concordância ótima e adequação de alguns itens conforme recomendação de alguns dos juízes.

As categorias do protocolo que não alcançaram escores Kappa excelente entre os juízes da pesquisa foram: Solicitação/ Realização/ Resultados de Exames ( $\kappa=0,72$ ; IVC = 0,74) e tratamento da dor ( $\kappa=0,79$ ). No entanto, as categorias dados sociodemográficos, anamnese, fatores de risco e verificação de dor/SSVV/pulso/sinais de infecção/localização da lesão/edema, apresentaram itens Kappa ou IVC abaixo do valor determinado. Após a remoção dos itens que obtiveram discordância Kappa ou IVC entre os juízes, verificou-se aumento dos escores das 06 categorias, elevando os índices Kappa e IVC geral do protocolo. As sugestões dos juízes foram, em sua maioria, aceitas.

Esta é uma etapa de fundamental importância para validação final do instrumento.

Ao acessar o instrumento, há a possibilidade de concordância/discordância em participar da pesquisa. Caso aceite, ao assinalar a opção “concordo”, o (a) Sr(a) está automaticamente aceitando participar voluntariamente da pesquisa.

Obs.: Caso queira ter acesso a versão inicial do protocolo de atenção primária, com as devidas alterações, basta nos enviar um email com a solicitação, que, prontamente enviaremos o arquivo para o Sr (a).

Para acessar o instrumento, copie o link abaixo e cole no seu navegador da internet:

<https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dHVtczJpemkyR0JXQllzSnIbCvXhtUVE6MQ#gid=2>

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Caixa Postal 1524 - Campus Universitário, Lagoa Nova  
CEP 59078-970 - Natal/RN – Brasil

Telefone: [\(84\) 3215-3839](tel:(84)3215-3839)

E-mail: [gilsonvtorres@hotmail.com](mailto:gilsonvtorres@hotmail.com)

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1944547152815226>

**Isabelle Katherine Fernandes Costa**

Enfermeira, Mestre em Enfermagem,  
Doutoranda do PPGEnf/UFRN, bolsista CAPES  
Telefone: [\(84\) 3201-5553](tel:(84)3201-5553) / 9900-2305 / 9180-6380

E-mail: [isabellekfc@yahoo.com.br](mailto:isabellekfc@yahoo.com.br)

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5903265312273525>

## APENDICE D – Instrumento Submetido aos juízes na fase Delphi 1

### Tela 1



Prezado (a) Juiz (a),

Este estudo trata-se de uma pesquisa de Doutorado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), que tem como objetivo analisar a implementação de protocolo baseado nos fatores que influenciam a qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa na Atenção primária e terciária de Natal/RN.

Desta forma solicitamos a sua contribuição na validação do protocolo de assistência clínica e aspectos relacionados a qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa na atenção primária e terciária.

Caso concorde em participar, marcar o item abaixo.

\*Obrigatório

Nome \*

Concorda em participar da pesquisa? \*

- Concordo  
 Discordo

Tecnologia [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

### Tela 2

## Assistência clínica e aspectos relacionados à qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa na atenção primária e terciária: proposição, implementação e avaliação de protocolo

Prezado (a) Juiz (a),

Leia atentamente as instruções a seguir para o preenchimento do protocolo do presente estudo.

O instrumento está dividido em partes: a primeira parte se refere a caracterização dos juízes da pesquisa; a segunda e terceira partes dizem respeito aos itens do protocolo em que os juízes julgarão sua concordância quanto a permanência das variáveis que deverão compor o protocolo; e a quarta parte se refere ao parecer final em relação ao protocolo.

Ressaltamos que essa pesquisa servirá como base para a construção de dois protocolos: um para a atenção primária e o outro para a terciária. Por este motivo, a maioria dos itens estará nos dois protocolos e em alguns itens está especificado o nível de atenção a que se refere (primária ou terciária).

Agradecemos sua contribuição.

### Parte 1 - Caracterização do especialista/juiz

Esta primeira parte da pesquisa você deverá preencher com os seus dados de identificação pessoal e profissional.

Instituição em que trabalha \*

Idade \*

Em anos

## Cont. Tela 2

---

**Estado conjugal \***

- Casado/União consensual
- Solteiro
- Separado
- Divorciado
- Viúvo
- Outro:

**Formação profissional \***

- Enfermeiro
- Médico
- Fisioterapeuta
- Outro:

**Setor de trabalho \***

- Ambulatório
- Clínica médica
- Clínica cirúrgica
- UTI
- Educação
- Outro:

**Tempo de cuidado a pessoa com úlcera venosa \***

Em anos

**Motivo que levou a assistir/pesquisar/trabalhar com pessoas com úlcera venosa \***

- Afinidade
- Imposição
- Especialização
- Outro:

**Motivo que levou a assistir/pesquisar/trabalhar com pessoas com úlcera venosa \***

- Afinidade
- Imposição
- Especialização
- Outro:

**Considera importante os profissionais de saúde serem capacitados para assistir pessoas com úlcera venosa? \***

- Sim
- Não

**Sente-se preparado para assistir as pessoas com úlcera venosa? \***

- Sim
- Não

**Como adquiriu esse preparo? \***

- Atualização/capacitação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Na prática
- Outro:

## Tela 3

### Parte 2 - Protocolo

Nesta parte do protocolo estão os aspectos referentes aos dados sociodemográficos, anamnese e fatores de risco, que deverão ser coletadas apenas uma vez do paciente.

Nestes itens da pesquisa você deverá marcar se concorda com a permanência da variável no protocolo. Caso discorde ou queira adicionar outra informação, deverá marcar a opção "outro" justificando, quando necessário, o motivo.

#### 1. Dados sociodemográficos \*

Marcar as variáveis de caracterização sociodemográfica que concorda permanecer no protocolo.

- Nome
- Nº cartão SUS
- Nº prontuário
- Referenciado (somente para o protocolo da atenção terciária)
- Idade
- Sexo
- Endereço
- Unidade de saúde (somente para o protocolo da atenção primária)
- Agente de saúde (somente para o protocolo da atenção primária)
- Estado civil
- Nível de instrução
- Profissão/ocupação
- Renda familiar em salários mínimos
- Outro:

#### 2. Anamnese \*

Marcar as variáveis da anamnese que concorda permanecer no protocolo.

- Quem realiza o curativo durante a semana
- Local de realização do curativo durante a semana
- Quem realiza o curativo no final semana
- Local de realização do curativo no final de semana
- Doenças crônicas
- Alergias
- Medicamentos em uso atualmente
- Etilismo
- Tabagismo
- Higiene pessoal (Adequada ou inadequada)
- Atividades que realiza durante o dia
- Repouso realizado
- Sono em horas/dias
- Início da primeira úlcera em meses
- Tempo de úlcera atual em meses
- Recidiva

#### 3. Quais doenças crônicas

Marcar apenas as doenças crônicas que julgar necessário permanecer no protocolo. Caso discorde da permanência desta variável marcar "outro" justificando o motivo.

- Diabetes
- Cardiopatia
- Insuficiência arterial
- Arteriosclerose
- Doença neurológica
- Insuficiência venosa
- Hanseníase
- Hipertensão
- Outro:

## Cont. tela 3

### 4. Quais fatores de risco

Marcar apenas os fatores de risco que julgar necessário permanecer no protocolo. Caso discorde da permanência desta variável marcar "outro" justificando o motivo.

- História familiar de doença venosa
- Obesidade
- Veias varicosas
- Cirurgia venosa prévia
- Multiparidade
- Flebite
- Episódios de dor torácica
- Massa tumoral que obstrui o fluxo sanguíneo
- Cirurgia ou fratura da perna
- Atividades de trabalho que requerem longos períodos de permanência de pé ou sentado
- História comprovada ou suspeita de trombose venosa profunda (TVP)
- Investigar sobre duração, recorrência e idade
- Outro:

## Tela 4

### Parte 3 - Protocolo

Dados sobre exames, sinais e sintomas, características, localização, prevenção e tratamento das lesões, referência e contra-referência dos pacientes que serão constantemente avaliados no protocolo.

Nestes itens da pesquisa você deverá marcar se concorda com a permanência da variável no protocolo. Caso discorde ou queira adicionar outra informação, deverá marcar a opção "outro" justificando, quando necessário, o motivo.

#### 5. Solicitação de Exames/Realização/Resultados na ATENÇÃO PRIMÁRIA \*

Marcar apenas o que julgar necessário permanecer no protocolo da ATENÇÃO PRIMÁRIA. Caso discorde da permanência desta variável marcar "outro" justificando o motivo.

- Hemograma completo (hemoglobina, hematócrito e leucócitos)
- Glicemia em jejum
- Albumina sérica
- Urina tipo I
- Índice Tornozelo Braço
- Eco Doppler
- Flebografia
- Outro:

#### 6. Solicitação de Exames/Realização/Resultados na ATENÇÃO TERCIÁRIA \*

Marcar apenas o que julgar necessário permanecer no protocolo da ATENÇÃO TERCIÁRIA. Caso discorde da permanência desta variável marcar "outro" justificando o motivo.

- Hemograma completo (hemoglobina, hematócrito e leucócitos)
- Glicemia em jejum
- Albumina sérica
- Urina tipo I
- Índice Tornozelo Braço
- Eco Doppler
- Flebografia
- Plestimografia
- Biopsia (na suspeita de infecção)
- Outro:

## Cont. Tela 4

### 7. Verificação de: \*

Marcar apenas o que julgar necessário permanecer no protocolo.

- Dor
- Pulso pedial
- Pulso tibial
- Pulso poplíteo
- Edema
- Sinais de infecção
- Índice de Massa Corpórea (IMC)
- Pressão arterial
- Temperatura
- Pulso
- Frequência respiratória
- Localização da lesão
- Outro:

### 8. Característica da úlcera \*

Marcar apenas o que julgar necessário permanecer no protocolo.

- Grau
- Exsudato
- Quantidade do exsudato
- Odor
- Borda
- Área perilesional
- Leito da lesão
- Frequência de troca
- Mensuração da úlcera no decorrer do tratamento
- Outro:

### 9. Cuidados com a área perilesional e lesional \*

Marcar apenas o que julgar necessário permanecer no protocolo.

- Limpeza da área perilesional
- Produtos utilizados na área perilesional
- Limpeza da lesão
- Indicação de cobertura da lesão (relacionado ao tipo de tecido predominante)
- Produtos utilizados na lesão
- Outro:

### 10. Medicamentos relacionados ao tratamento da lesão em uso atualmente \*

Marcar apenas o que julgar necessário permanecer no protocolo.

- Antibiótico
- Flebotrópico
- Outro:

### 11. Tratamento da dor \*

Marcar apenas o que julgar necessário permanecer no protocolo.

- Ausente
- Presente
- Medidas fisioterápicas?
- Quais medidas fisioterápicas?
- Analgésicos?
- Quais analgésicos?
- Outro:

## Cont. Tela 4

### 12. Tratamento cirúrgico da IVC (APENAS PARA ATENÇÃO TERCIÁRIA) \*

Marcar apenas o que julgar necessário permanecer no protocolo de atenção terciária.

- Indicação do tratamento cirúrgico
- Tipo de tratamento cirúrgico
- Terapia compressiva após cirurgia
- Outro:

### 13. Terapia compressiva \*

Marcar apenas o que julgar necessário permanecer no protocolo.

- Ausente
- Presente
- Qual terapia compressiva
- Aplica compressão adequada, quais?
- Orientado uso de meias de compressão.
- Orientado repouso com pernas elevadas (2 a 4h/dia) e elevar pés da cama de 10 a 15cm
- Orientado uso de exercícios de contração e flexão da panturrilha e caminhadas
- Elevado membros inferiores 30min antes da compressão.
- Outro:

### 14. Prevenção de recidiva (Estratégias clínicas) \*

Marcar apenas o que julgar necessário permanecer no protocolo.

- Investigação venosa e cirúrgica (ausente ou presente)
- Terapia de compressão no decorrer da vida (ausente ou presente)
- Seguimento regular para monitorar as condições a pele para recorrência (ausente ou presente)
- Outro:

### 15. Prevenção de recidiva (Estratégias educativas) \*

Marcar apenas o que julgar necessário permanecer no protocolo.

- Importância da adesão ao uso das meias de compressão (ausente ou presente)
- Cuidados com a pele (ausente ou presente)
- Prevenção de acidentes ou traumas em MMII (ausente ou presente)
- Orientação para procura precoce de assistência especializada a sinais de possível solução de continuidade da pele (ausente ou presente)
- Encorajamento a mobilidade e exercícios (ausente ou presente)
- Elevação do membro afetado quando imóvel (ausente ou presente)
- Outro:

### 16. Referência/encaminhamento dos pacientes para ATENÇÃO PRIMÁRIA. \*

Marcar apenas o que julgar necessário permanecer no protocolo.

- Ausente ou presente
- Qual profissional? (especificar)
- Outro:

### 17. Referência/encaminhamento dos pacientes para ATENÇÃO TERCIÁRIA. \*

Marcar apenas o que julgar necessário permanecer no protocolo.

- Ausente ou presente
- Unidade de origem
- Qual profissional? (especificar)
- Outro:





## Cont. Tela 5

### 33. Parecer final em relação ao protocolo de ATENÇÃO PRIMÁRIA. \*

Com base nos itens avaliados e em sua nota final, qual o seu parecer referente ao protocolo de ATENÇÃO PRIMÁRIA?

### 34. Parecer final em relação ao protocolo de ATENÇÃO TERCIÁRIA. \*

Com base nos itens avaliados e em sua nota final, qual o seu parecer referente ao protocolo de ATENÇÃO TERCIÁRIA?

Tecnologia [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

## Tela 6

# OBRIGADO PELA ATENÇÃO!

---

Tecnologia [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

## Tela 7

### **Assistência clínica e aspectos relacionados à qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa na atenção primária e terciária: proposição, implementação e avaliação de protocolo**

Sua resposta foi registrada. Agradecemos pela sua colaboração.

---

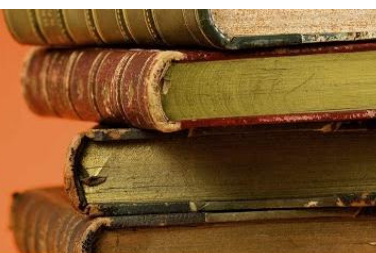
[Enviar outra resposta](#) | [Crie seu próprio formulário](#)

 Google docs

## APENDICE E – Instrumento Submetido aos juízes na fase Delphi 2

### Tela 1

**Assistência clínica e aspectos relacionados à qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa na atenção primária: proposição, implementação e avaliação de protocolo**



Prezado juiz, primeiramente gostaríamos de agradecer a sua participação na primeira fase de validação deste estudo. Neste segundo momento, estamos re-submetendo o protocolo somente da ATENÇÃO PRIMÁRIA para sua análise, após a remoção dos itens que não obtiveram concordância excelente e adequação de alguns itens conforme recomendação de alguns dos juízes. Esta é uma etapa de fundamental importância para validação final do instrumento.

\*Obrigatório

Nome \*

Concorda em participar da pesquisa? \*

- Concordo  
 Discordo

### Tela 2

#### Protocolo

**Dados sociodemográficos \***

- Nome  
 Idade  
 Sexo  
 Estado civil  
 Nível de instrução  
 Profissão/ocupação  
 Renda familiar

**Anamnese \***

- Quem realiza o curativo durante a semana  
 Local de realização do curativo durante a semana  
 Quem realiza o curativo no final semana  
 Local de realização do curativo no final de semana  
 Diabetes  
 Cardiopatia  
 Insuficiência arterial  
 Arteriosclerose  
 Insuficiência venosa  
 Histórico de TVP  
 Hipertensão  
 Alergias  
 Medicamentos em uso atualmente  
 Hábitos nutricionais  
 Etilismo  
 Tabagismo  
 Higiene pessoal (Adequada ou inadequada)  
 Atividades que realiza durante o dia  
 Repouso realizado  
 Sono em horas/dias  
 Início da primeira úlcera em meses  
 Tempo de úlcera atual em meses  
 Recidiva

## Cont. Tela 2

### Fatores de risco \*

- História familiar de doença venosa
- Obesidade
- Veias varicosas
- Cirurgia venosa prévia
- Multiparidade
- Flebite
- Atividades de trabalho que requerem longos períodos de permanência de pé ou sentado
- História comprovada ou suspeita de trombose venosa profunda (TVP)
- Investigar sobre duração, recorrência e idade

### Solicitação de Exames/ Realização/ Resultados \*

- Hemograma completo (hemoglobina, hematócrito e leucócitos)
- Glicemia em jejum
- Albumina sérica
- Índice Tornozelo Braço

### Verificação de: \*

- Pulso pedial
- Pulso tibial
- Pulso poplíteo
- Edema
- Sinais de infecção
- Índice de Massa Corpórea (IMC)
- Pressão arterial
- Localização da lesão

### Característica da úlcera: \*

- Grau
- Exsudato
- Quantidade do exsudato
- Odor
- Margem
- Área perilesional
- Leito da lesão
- Frequência de troca
- Mensuração da úlcera no decorrer do tratamento

### Cuidados com a área perilesional e lesional: \*

- Limpeza da área perilesional
- Produtos utilizados na área perilesional
- Limpeza da lesão
- Indicação de cobertura da lesão (relacionado ao tipo de tecido predominante)
- Produtos utilizados na lesão
- Protege a lesão no banho?

### Medicamentos relacionados ao tratamento da lesão em uso atualmente \*

- Antibiótico
- Flebotrópico

### Tratamento da dor \*

- Intensidade da dor
- Analgésicos?
- Quais analgésicos?





## Cont. Tela 3

Qual o seu parecer em relação ao protocolo final? \*

Qual a sua percepção de participar de uma pesquisa de validação de um instrumento pela via online? \*

Quais as suas sugestões para aprimorar esta técnica de coleta de dados? \*

« Voltar

Continuar »

Tecnologia [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

## Tela 4

### Obrigado pela colaboração!

---

« Voltar

Enviar

Tecnologia [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

## Tela 5

**Assistência clínica e aspectos relacionados à qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa na atenção primária: proposição, implementação e avaliação de protocolo**

Sua resposta foi registrada.

[Enviar outra resposta](#) | [Crie seu próprio formulário](#)

 Google docs

APÊNDICE F - PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DA PESSOA COM ULCERA VENOSA						
<b>A.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>						
A.1.1	Nome:	_____				
A.1.2	Idade:	_____ em anos				
A.1.3	Sexo:	[ ]	0 Masculino	1 Feminino		
A.1.4	Estado civil:	[ ]	0 Solteiro/Viúvo	1 Divorciado/Desquitado	2 Casado/União estável	
A.1.5	Nível de instrução:	[ ]	0 Não alfabetizado	1 Ens. fund. incompleto	2 Ens. fund. completo	
			3 Ens. médio incompleto	4 Ens. médio completo	5 Ens. sup. incompleto	6 Ens. sup. completo
A.1.6	Profissão/Ocupação:	[ ]	0 Não	1 Sim	Qual: _____	
A.1.7	Renda familiar:	_____ SM	Nº de pessoas na casa: _____			
<b>A.2 ANAMNESE</b>						
A.2.1	Quem realiza o curativo?	Durante a semana:	[ ]	0 Enfermeiro	1 Técnico/Auxiliar	
				2 Paciente	3 Cuidador	Outro: _____
		No final de semana:	[ ]	0 Enfermeiro	1 Técnico/Auxiliar	
				2 Paciente	3 Cuidador	Outro: _____
A.2.2	Local de realização do curativo?	Durante a semana:	[ ]	0 UBS/USF	1 Domicílio	Outro: _____
		No final de semana:	[ ]	0 Domicílio	Outro: _____	
A.2.3	Doenças crônicas?	[ ]	0 Diabetes: _____ anos		1 Cardiopatia: _____ anos	
			2 Insuf. Arterial: _____ anos		3 Arteriosclerose: _____ anos	
			4 Insuf. Venosa: _____ anos		5 Hipertensão: _____ anos	
			6 Outras: _____		7 Outras: _____	
A.2.4	Alergia?	[ ]	0 Não	1 Sim	Alérgeno: _____	
A.2.5	Medicamentos em uso atualmente?	1. Nome: _____	Indicação: _____	Tempo: _____ anos	Dose/dia _____	
		2. Nome: _____	Indicação: _____	Tempo: _____ anos	Dose/dia _____	
		3. Nome: _____	Indicação: _____	Tempo: _____ anos	Dose/dia _____	
		4. Nome: _____	Indicação: _____	Tempo: _____ anos	Dose/dia _____	
A.2.6	Etilismo?	[ ]	0 Nunca	1 Não	2 Parou há _____ anos	3 Sim
	Se sim etilismo:	Tempo: _____ anos	Tipo de bebida: _____		Frequência: _____	
A.2.7	Tabagismo:	[ ]	0 Nunca	1 Não	2 Parou há _____ anos	3 Sim
	Se sim tabagismo:	Tempo: _____ anos	Nº cigarros por dia: _____			
A.2.8	Higiene pessoal:	[ ]	0 Adequada	1 Inadequada		
A.2.9	Atividade/dia:	[ ]	0 Atividades domésticas		nº _____ horas/dia	
			1 Atividades na ocupação		nº _____ horas/dia	
			2 Atividades doméstica/ocupação		nº _____ horas/dia	
A.2.10	Repouso diário:	[ ]	0 Sim 1 Não ( ) Com elevação de MMII ( ) Sem elevação de MMII			
			Quantas vezes: _____ x		Quanto tempo: _____ min	
A.2.11	Sono:	_____ horas/dia				
A.2.12	Início da primeira úlcera:	_____ meses				
A.2.13	Tempo de úlcera atual:	_____ meses				
A.2.14	Recidiva	_____ vezes				
<b>A.3 FATORES DE RISCO</b>						
[ ]	0 História familiar de doença venosa		1 Obesidade		2 Veias varicosas	
	3 Cirurgia venosa prévia		4 Multiparidade		5 Flebite	
	6 Atividades de trabalho que requerem longos períodos de permanência de pé ou sentado		07 História comprovada ou suspeita de trombose venosa profunda (TVP)		08 Investigar sobre duração, recorrência e idade	

<b>B - SOLICITAÇÃO /REALIZAÇÃO/RESULTADOS DE EXAMES</b>	<b>1ª avaliação ( _ / _ / ____ )</b>	<b>2ª avaliação ( _ / _ / ____ )</b>	<b>3ª avaliação ( _ / _ / ____ )</b>	<b>4ª avaliação ( _ / _ / ____ )</b>	<b>5ª avaliação ( _ / _ / ____ )</b>
<b>B.1</b> Hemograma completo (hemoglobina, hematócrito e leucócitos)					
<b>B.2</b> Glicemia em jejum					
<b>B.3</b> Albumina sérica					
<b>B.4</b> Índice Tornozelo Braço					
<b>C - VERIFICAÇÃO DE:</b>					
<b>C.1</b> Pulso pedial - 0 Ausente 1 Presente					
<b>C.2</b> Pulso tibial - 0 Ausente 1 Presente					
<b>C.3</b> Pulso poplíteo - 0 Ausente 1 Presente					
<b>C.4</b> Edema -0 Ausente 1 Presente					
<b>C.5</b> Sinais de infecção - 0 Ausente 1 Presente Qual (is)? 1 Odor 2 Exsudato purulento 3 Dor 4 Febre 5 Hiperemia					
<b>C.6</b> IMC (peso/altura²) - 0 Baixo peso [ $<18,5\text{kg/m}^2$ ] 1 Eutrófico [ $\geq 18,5$ a $25,0\text{kg/m}^2$ ] 2 Sobrepeso [ $\geq 25,0$ a $<30,0\text{kg/m}^2$ ] 3 Obesidade [ $\geq 30,0\text{kg/m}^2$ ]					
<b>C.7</b> Pressão arterial					
<b>D - LOCALIZAÇÃO DA LESÃO - 0. Ausente/ Zona 1 (pé)/ Zona 2 (metade distal da perna e tornozelo)/ Zona 3 (metade proximal da perna)</b>					
<b>D.1</b> MID					
<b>D.2</b> MIE					
<b>E - CARACTERÍSTICAS DA ÚLCERA</b>					
<b>E.1</b> 0.Grau 1 1.Grau 2 2.Grau3 3.Grau 4					
<b>E.2</b> Exsudato: 0 Seroso 1 Serossanguinolento 2 Sanguinolento 3 Purulento 4 Purussanguinolento					
<b>E.3</b> Quantidade do exsudato: 0 Pequena (até 3 gazes) 1 Média ( >3 até 10 gazes) 2 Grande (>10 gazes)					
<b>E.4</b> Odor: 0 Ausente 1 Discreto 2 Acentuado					
<b>E.5</b> Margem: 0 Delimitada 1 Não delimitada 2 Elevada 3 Fina 4 Regular 5 Irregular 6 Com crostas 7 Macerada 8 Hiperemiada					

<b>E - CARACTERÍSTICAS DA ÚLCERA (cont.)</b>	<b>1ª avaliação ( _ / _ / ____ )</b>	<b>2ª avaliação ( _ / _ / ____ )</b>	<b>3ª avaliação ( _ / _ / ____ )</b>	<b>4ª avaliação ( _ / _ / ____ )</b>	<b>5ª avaliação ( _ / _ / ____ )</b>
<b>E.6</b> Area perilesional: 0 Integra 1 Edema 2 Lipodermatoesclerose 3 Ressecada 4 Macerada 5 Prurido 6 Hiperpigmentada 7 Eczema 8 Hiperemiada 9 Escoriação 10 Dermatite 11 Sensibilidade					
<b>E.7</b> Predominância no leito da lesão: 0 Granulação 1 Epitelização 2 Tecido fibrinótico 3 Necrose seca/isquêmica 4 Necrose úmida/liquefativa					
<b>E.8</b> Frequencia de trocas (x/semana)					
<b>E.9</b> Mensuração da úlcera no decorrer no tratamento					
<b>F - CUIDADOS COM A ÁREA PERILESIONAL E LESIONAL</b>					
<b>F.1</b> Limpeza da área perilesional: 0 Uso de solução salina 1 Uso de antissépticos 2 Outro (qual?)					
<b>F.2</b> Produtos utilizados: 0 Uso de protetores de área 1 AGE 2 Outro (qual?)					
<b>F.3</b> Limpeza do leito da lesão: 0 uso de solução salina 1 Desbridamento (qual?) 2 Outro (qual?)					
<b>F.4</b> Indicação de cobertura 0 Epitelização 1 Granulação 1 Desbridamento 2 Infecção					
<b>F.5</b> Produtos utilizados na lesão					
<b>F.6</b> Protege a lesão no banho? 0 Ausente 1 Presente					
<b>G -MEDICAMENTOS RELACIONADOS A LESÃO</b>					
<b>G.1</b> 0 Ausente 1 Presente Qual (is) antibiótico?					
<b>G.2</b> Flebotrópicos Qual (is) flebotrópicos?					
<b>H - TRATAMENTO DA DOR (Use: 0 Ausente 1 presente)</b>					
<b>H.1</b> Dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (EAV)					
<b>H.2</b> Analgésicos Qual (is) analgésicos?					

<b>I - CUIDADOS GERAIS E TERAPIA COMPRESSIVA (Use: 0 Ausente 1 Presente)</b>	<b>1ª avaliação ( _/ _/ ____ )</b>	<b>2ª avaliação ( _/ _/ ____ )</b>	<b>3ª avaliação ( _/ _/ ____ )</b>	<b>4ª avaliação ( _/ _/ ____ )</b>	<b>5ª avaliação ( _/ _/ ____ )</b>
<b>I.1</b> Em uso de terapia compressiva?					
Qual (is) terapias compressivas?					
<b>I.2</b> Aplicação compressão adequada?					
Qual (is)?					
<b>I.3</b> Orientado uso de meias de compressão?					
<b>I.4</b> Orientado repouso com pernas elevadas (2 a 4h/dia) e elevar pés da cama de 10 a 15cm?					
<b>I.6</b> Orientado uso de exercícios de contração e flexão da panturrilha e caminhadas					
<b>I.7</b> Elevado membros inferiores 30min antes da compressão?					
<b>J - PREVENÇÃO DE RECIDIVA (Estratégias clínicas) - Use: 0 Ausente 1 Presente</b>					
<b>J.1</b> Investigação venosa e cirúrgica					
<b>J.2</b> Terapia de compressão no decorrer da vida					
<b>J.3</b> Seguimento regular para monitorar as condições a pele para recorrência					
<b>L - PREVENÇÃO DE RECIDIVA (Estratégias educativas) - Use: 0 Ausente 1 Presente</b>					
<b>L.1</b> Importância da adesão ao uso das meias de compressão					
<b>L.2</b> Cuidados com a pele					
<b>L.3</b> Prevenção de acidentes ou traumas em MMII					
<b>L.4</b> Orientação para procura precoce de assistência especializada a sinais de possível solução de continuidade da pele					
<b>L.5</b> Encorajamento a mobilidade e exercícios					
<b>L.6</b> Elevação do membro afetado quando imóvel					
<b>M - REFERÊNCIA/ ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES</b>					
<b>M.1</b> 0 Ausente 1 Presente					
<b>M.2</b> Qual: 1 Angiologista 2 Dermatologista 3Nutricionista 4 Outros (especificar)					
<b>N - CONTRA-REFERÊNCIA</b>					
<b>N.1</b> De onde?					
<b>N.2</b> Indicação					

<b>P - QUALIDADE DE VIDA (Avaliar a cada 3 meses)</b>	<b>1ª avaliação</b> ( / / )	<b>2ª avaliação</b> ( / / )	<b>3ª avaliação</b> ( / / )	<b>4ª avaliação</b> ( / / )	<b>5ª avaliação</b> ( / / )
<b>P.1</b> Dor nos tornozelos ou pernas, durante as últimas 4 semanas - 1: sem dor 2: dor ligeira 3: dor moderada 4: dor forte 5: dor intensa					
<b>P.2</b> Limitação/ incomodo no trabalho ou em atividades diárias por causa da DVC, durante as últimas 4 semanas - 1: não limitado/ incomodado 2: um pouco limitado/ incomodado 3: moderadamente limitado/ incomodado 4: muito limitado/ incomodado 5: extremamente limitado/ incomodado					
<b>P.3</b> Dormir mal, por causa da DVC, durante as últimas 4 semanas - 1: nunca 2: raramente 3: com bastante frequência 4: muito frequentemente 5: todas as noites					
Limitação/ incomodo na realização de movimentos ou atividades por causa da DVC, durante as últimas 4 semanas ( <b>Questões 4 a 11</b> ) 1: não limitado/ incomodado, de todo 2: um pouco limitado/ incomodado 3: moderadamente limitado/ incomodado 4: muito limitado/ incomodado 5: impossível de realizar					
<b>P.4</b> Permanecer de pé por longos períodos					
<b>P.5</b> Subir escadas					
<b>P.6</b> Agachar/ ajoelhar					
<b>P.7</b> Caminhar aceleradamente					
<b>P.8</b> Viajar de carro, ônibus, avião					
<b>P.9</b> Atividades domésticas como cozinhar, transportar uma criança ao colo, passar roupa a ferro, limpar chão ou mobiliário, executar trabalhos manuais					
<b>P.10</b> Ir a discotecas, casamentos, festas, cocktails					
<b>P.11</b> Realizar atividades desportivas, esforços físicos extenuantes					
Efeitos psicológicos da DVC, durante as últimas 4 semanas ( <b>Questões 12 a 20</b> ) - 1: não, de todo 2: um pouco 3: moderadamente 4: bastante 5: absolutamente					
<b>P.12</b> Sentir-se “no limite”					
<b>P.13</b> Tornar-se facilmente cansado					
<b>P.14</b> Sentir-se um “fardo” para os outros					
<b>L.15</b> Ter sempre de tomar precauções (como esticar as pernas, evitar permanecer de pé por longos períodos)					
<b>P.16</b> Embaraço em mostrar as pernas					
<b>P.17</b> Irritabilidade fácil					
<b>P.18</b> Sentir-se deficiente					
<b>P.19</b> Dificuldade em iniciar atividades pela manhã					
<b>P.20</b> “Eu não me sinto bem”					
<b>TOTAL</b>					

## ANEXO A – COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE /  
UFRN CAMPUS CENTRAL



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ASSISTÊNCIA CLÍNICA E ASPECTOS RELACIONADOS A QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E TERCIÁRIA: proposição, implementação e avaliação de protocolo.

**Pesquisador:** GILSON DE VASCONCELOS TORRES

**Área Temática:**

**Versão:**...2

**CAAE:** 07556312.0.0000.5537

**Instituição Proponente:** Pós-Graduação em Enfermagem

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 147.452

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após revisão ética da(s) resposta(s) à(s) pendência(s), levantada(s) no parecer anterior, concluímos que as mesmas foram reparadas adequadamente.

Essa adequação situa o protocolo em questão dentro dos preceitos básicos da ética nas pesquisas que envolvem o ser humano.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em pesquisa (Brasília, 2002) e Res. 196/96 - CNS o pesquisador deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Res. 196/96 CNS - item IV.2d). Atenção: conforme circular 017/11 - CONEP sobre o TCLE, torna-se obrigatória a rubrica do pesquisador e do participante em todas as páginas assim como a assinatura de ambos na última página;
2. Desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Res. 196/96 - CNS item III.3z);
3. Apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa.

(Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP - Brasília - 2002 - p. 41);

4. Apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa (Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa - CONEP - Brasília - 2002 - p.65).

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN ([www.cepufm@reitoria.ufrn.br](http://www.cepufm@reitoria.ufrn.br)).

**Endereço:** Av. Senador Salgado Filho, 3000

**Bairro:** Lagoa Nova

**CEP:** 59.078-970

**UF:** RN

**Município:** NATAL

**Telefone:** (84)3215-3135

**Fax:** (84)3215-3135

**E-mail:** cepufm@reitoria.ufrn.br