

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DANIELA FERREIRA ROCHA

**DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE CUIDADO COM
ÚLCERAS VASCULARES**

Porto Alegre

2016

DANIELA FERREIRA ROCHA

**DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE CUIDADO
COM ÚLCERAS VASCULARES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a conclusão do curso e obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Denise Tolfo Silveira

Porto Alegre

2016

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus, por me guiar na escolha dessa profissão tão linda, é um privilégio ser escolhida por Ele para cuidar das pessoas enfermas. Obrigada por me sustentar quando já estava ficando sem forças, por me inspirar a ser melhor a cada dia e porque lendo a Sua palavra eu me sinto obrigada a prestar assistência de qualidade aos pacientes, e tratá-los como Ele me trata, com amor e dedicação.

Agradeço aos meus pais, Antonio Carlos e Rute, meus exemplos de vida! Eu amo muito vocês!! Não me ensinaram a fazer artigos científicos, tampouco formatação em abnt, mas me deram educação que nenhuma universidade, por me melhor que fosse, poderia me ensinar. Me ensinaram e me ensinam a cada dia sobre caráter e respeito. Obrigada por prezarem sempre pelo meu bem estar e pela minha felicidade, obrigada por todas as noites que cheguei do pré-vestibular e minha janta estava quentinha me esperando, obrigada por todas as manhã em que recebi meu cafezinho preto na cama. Obrigada por tudo! Obrigada por acreditarem em mim. Essa conquista é nossa, foi por vocês!

Ao meu irmão Vicente, muito obrigada pela empolgação sem limites, por me animar todos os dias. Vejo o amor de Deus em ti, por vezes se alegra mais com as minhas conquistas do que eu mesma! Agora pode mexer no meu notebook, tu estás livre! Eu te amo, ah.. vai ter formatura!

Agradeço ao meu namorado George, o amor da minha vida, que dividiu comigo esse último ano de sufoco entre TCC I e TCC II e teve toda a paciência do mundo, mesmo nas vezes em que eu não merecia. Obrigada por se alegrar comigo, por ser meu companheiro e por vezes acreditar muito mais em mim do que eu mesma. Com certeza teria sido muito mais difícil passar por esse período sem a tua companhia e o teu amor. Obrigada por me cuidar, me amar e caminhar ao meu lado. Eu te amo, pra sempre!

À minha família, a “Oliveirada”, muito obrigada por tudo. Enfim, espero voltar ao convívio familiar depois desses anos de plantões intermináveis aos finais de semana.

Às minhas “Quase nurses”, obrigada pelo companheirismo, pelas conversas e pela amizade, vocês foram os presentes que recebi durante a graduação!

Aos meus colegas do Hospital Nossa Senhora da Conceição e Hospital da Criança Conceição e aos enfermeiros Denise Amaral, Maria Cristina da Rocha, Jocielo Gheno e Luiz Fernandes Filho, muito obrigada por tudo que fizeram por mim, eu não teria conseguido sem a ajuda de vocês. Não tenho como agradecer por tantas trocas de plantão, trocas de turnos, trocas

de folgas, entradas atrasadas e saídas antecipadas para que fosse possível cumprir com minhas atividades acadêmicas. Agradeço especialmente aos meus colegas do 1º anexo, pois atravessaram comigo o período mais crítico da graduação, o final.

Ao meu “bebê-príncipe” Samuel, mesmo nos dias em que estava muito cansada ou desanimada, lembrar que tu estarias lá me esperando, me animava! Tu és muito amado, obrigada por existir!

A minha orientadora, Profª Drª Denise Tolfo Silveira, obrigada pela tranquilidade que me transmitia quando eu estava quase ficando louca, obrigada pela disposição em me auxiliar. Muito obrigada pela paciência para construir esse estudo comigo e ser minha parceira nesta etapa que completa a minha formação profissional.

Aos meus amigos e irmãos da Igreja Batista Betel, principalmente do PARE – PUC por compreenderem a minha ausência em alguns períodos e por orarem pela minha vida. Que Deus retribua cada um.

Por último, e novamente, a Deus. Pois é o início e o fim de todas as coisas e a Ele seja a glória para sempre.

*“Tudo o que fizerem, façam de todo o coração,
como para o Senhor, e não para os homens,
sabendo que receberão do Senhor a recompensa da herança.*

É a Cristo, o Senhor, que vocês estão servindo”.

Colossenses 3. 23-24

RESUMO

As úlceras vasculares constituem um sério problema de saúde pública em função do grande número de pessoas acometidas que necessitam de cuidados em saúde. Tanto a atenção primária, quanto a terciária realizam essa assistência ao paciente com úlcera, em graus distintos, portanto há necessidade de utilizar-se um protocolo que guie essa conduta. **Objetivo:** elaborar um protocolo de cuidado com úlceras venosas e arteriais para pacientes atendidos no ambulatório e internação hospitalar no Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS. **Método:** trata-se de um estudo metodológico desenvolvido em duas etapas: realização de revisão de literatura acerca dos aspectos relativos à assistência às pessoas com úlceras vasculares e elaboração de proposta de protocolo submetida à avaliação dos juízes do estudo por duas rodadas para concluir a versão final. A amostra do estudo foi composta por enfermeiros do ambulatório do HCPA que atendem nas agendas de enfermagem de prevenção e tratamento de feridas (ETF) e profissionais que compõe a Comissão de Prevenção e Tratamento de feridas (CPTF). O estudo foi aprovado pela COMPESQ/Eenf e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - CEP/HCPA (CAEE 51481915.7.0000.5327). **Resultados:** a proposta de protocolo foi composta por nove itens: avaliação do paciente e da lesão, registro e documentação, cuidado com a ferida e pele perilesional, indicação de cobertura, uso de antibioticoterapia e tratamento da dor, tratamento cirúrgico e outras intervenções adjuvantes, melhora do retorno venoso e prevenção de recidiva, encaminhamento do paciente, e resultados esperados e critérios de desligamento do tratamento. O protocolo foi submetido à avaliação dos juízes em formato de fluxograma seguido de texto de apoio. Após duas rodadas de consultas aos juízes, foi elaborada a versão final do instrumento. **Considerações finais:** espera-se que o protocolo elaborado possa subsidiar melhorias na qualidade da assistência às pessoas com úlceras vasculares, uma vez que a criação desse documento possibilita orientar a prática da sistematização da assistência multiprofissional aos pacientes com UV no âmbito do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Ferimentos e lesões. Protocolos clínicos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Etapas seleção de artigos para amostra final da revisão de literatura	30
Figura 2 – Demais publicações utilizadas para revisão de literatura.....	31

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Uso dos protocolos como apoio à decisão clínica e às condutas para obtenção de melhor resultado no tratamento das úlceras vasculares	35
Quadro 2 – Elementos necessários para compor o protocolo para assistência a pacientes com úlceras vasculares	38
Quadro 3 – Caracterização da amostra de consultores (juízes do estudo)	42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de percentual dos anos de publicação dos estudos	32
Gráfico 2 – Distribuição de percentual do local de publicação dos artigos	33
Gráfico 3 – Distribuição de percentual de tipos de estudo/publicação da amostra	34

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CEP/HCPA – Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

COMPESQ/Eenf – Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem

CPTF – Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas

ETF – Enfermagem no Tratamento de Feridas

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

ITB – Índice Tornozelo Braço

IVC – Insuficiência Venosa Crônica

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática baseada em evidência

RN – Rio Grande do Norte

SESP – Serviço de Enfermagem em Saúde Pública

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UV – Úlceras vasculares

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1 INSUFICIÊNCIA VENOSA E ÚLCERAS VASCULARES	17
3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PORTADORES DE ÚLCERAS	18
3.3 ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS	19
3.4 PROTOCOLOS DE ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE ÚLCERAS VASCULARES .	23
4 MÉTODO	26
4.1 PRIMEIRA ETAPA.....	26
4.2 SEGUNDA ETAPA.....	27
4.2.1 Local de estudo	27
4.2.2 População e amostra	28
4.2.3 Instrumento de coleta de dados	28
4.2.4 Coleta de dados	28
4.2.5 Análise dos dados	28
4.3 ASPECTOS ÉTICOS	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1 ETAPA 1 – RESULTADOS OBTIDOS NA REVISÃO DE LITERATURA	30
5.1.1 Uso dos protocolos como apoio à decisão clínica e às condutas para obtenção de melhor resultado no tratamento das úlceras vasculares	34
5.1.2 Elementos necessários para composição do protocolo para assistência a pacientes com úlceras vasculares	38
5.2 ETAPA 2 - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO POR ESPECIALISTAS .	42
6 PROTOCOLO DE CUIDADOS COM ÚLCERAS VASCULARES	48
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA REGISTRO DA AVALIAÇÃO DAS INFORMAÇÕES*	64
APÊNDICE B – QUADRO SINÓPTICO: INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES*	65
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	666
APÊNDICE D – PROTOCOLO DE CUIDADO COM ÚLCERAS VASCULARES – PROPOSTO NA 1ª AVALIAÇÃO	68
ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO – COMPESQ/EENF	76
ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO – CEP/HCPA	77
ANEXO C – FOLDER ADUCATIVO SOBRE ÚLCERA VENOSA	81

1 INTRODUÇÃO

As úlceras vasculares constituem um sério problema de saúde pública em função do grande número de pessoas acometidas que necessitam de cuidados em saúde. Provocam ausência do trabalho ou perda do emprego, contribuindo para onerar o gasto público, além de provocar o sofrimento das pessoas e a interferência na sua qualidade de vida (BRASIL, 2008).

Segundo Martins (2008), as úlceras venosas são responsáveis pela principal causa de úlcera de perna, com uma ocorrência que atinge índices de até 80%, e podem acometer desde indivíduos jovens até os mais idosos (DEODATO, 2007). Independente da faixa etária acometida, é observado impacto tanto no aspecto físico como psicossocial, que incluem a dor, dificuldades para se locomover, limitações no trabalho doméstico, nas atividades sociais, vergonha de expor as pernas, limitação das atividades de lazer e restrições na vida conjugal (COSTA et al., 2011). Por isso, necessitam de cuidados apropriados e de forma resolutiva, com vista ao restabelecimento da saúde das pessoas e seu retorno às atividades cotidianas.

A úlcera venosa acontece devido à insuficiência venosa crônica por varizes primárias, seqüela de trombose profunda, anomalias valvulares venosas ou outras causas que interferem no retorno do sangue venoso. As características clínicas são: extremidade quente, edema, presença de varizes, alterações cutâneas como eczema de estase, esclerose e hiperpigmentação. Em geral, de progressão lenta, o aspecto da ferida são bordas infiltradas, fundo com fibrina e, quase sempre, acompanhada de infecção secundária. O doente apresenta queixa de dor em pontada ou contínua. A localização mais frequente é a região do maléolo e terço distal da perna. Surge após trauma e, muitas vezes, é precedida por episódio de erisipela, celulite ou eczema de estase. A fisiopatologia revela que o sangue retorna da perna ao coração através de três conjuntos de veias (profundas, superficiais e intercomunicantes). Se este sistema falhar em um dos seus componentes, o resultado é uma hipertensão venosa que causa distensão e alongamento das alças capilares. O fibrinogênio extravasa para os tecidos através de poros endoteliais alargados e a fibrina é depositada nos capilares, formando um “coxim” que limita a difusão do oxigênio e de outros nutrientes para a pele. Adicionalmente, os leucócitos se acumulam durante os períodos de imobilidade, obstruindo os capilares e, assim, contribuem para a isquemia local. Na palpação do pulso pedioso e tibial posterior, os mesmos devem estar presentes (BRASIL, 2002).

A úlcera arterial é produzida pela desnutrição cutânea devido a uma insuficiência arterial que tem como resultado a isquemia, caracterizando-se clinicamente por extremidade fria e

escura. Há palidez, ausência de estase, retardo no retorno da cor após a elevação do membro, pele atrofica, perda de pelo, diminuição ou ausência das pulsações das artérias do pé e dor severa aumentada com a elevação das pernas. A úlcera é de bordas cortadas a pique, irregular, localizada nos tornozelos, maléolos e extremidades digitais (perna, calcanhar, dorso do pé ou artelho) (BRASIL, 2002).

A escolha do tratamento adequado tem como objetivo o conforto, alívio da dor, que deve ser feito de forma individualizada, atentando-se também para as questões socioeconômicas. Com a diversidade dos tipos de produtos e das alternativas de tratamentos disponíveis no mercado, torna-se necessário que os profissionais da saúde se atualizem para determinar a melhor terapia para cada tipo e em cada estágio da ferida (MULLER, 2014).

Tanto a atenção primária, quanto a terciária realizam essa assistência ao paciente com úlcera, em graus distintos, assim há necessidade de utilizar-se um protocolo que guie essa conduta. Protocolo é um documento elaborado de maneira sistemática para auxílio e orientação dos profissionais de saúde sobre decisões apropriadas na assistência ao paciente em condições específicas (ZYLBERSZTEJN; HAGEMANN; FRITZEN, 2006). Trata-se da descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstico ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais (COREN/SP, 2012).

A elaboração de protocolos tem como finalidade estabelecer uma padronização na abordagem diagnóstica e terapêutica, construída segundo uma perspectiva intersetorial e interdisciplinar (POLANCZYK et al., 2011). Seu uso tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas e minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde. Além disso, são instrumentos legais e que estabelecem os limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais da equipe multidisciplinar. Construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências, apresentam as melhores opções disponíveis de cuidado e oferecem maior segurança aos usuários e profissionais. Além de reduzirem a variabilidade de ações do cuidado, promovendo melhoria na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilitando a incorporação de novas tecnologias. Ainda como vantagens, protocolos facilitam o

desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado (COREN/SP, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros órgãos, nacionais e internacionais, vêm elaborando critérios para a avaliação e construção de protocolos de assistência/cuidados, são eles: origem, objetivo, grupo de desenvolvimento, conflito de interesse, evidências, revisão, fluxograma, indicador de resultado, validação pelos profissionais que utilizarão o protocolo, limitações e plano de implantação (COREN/SP, 2012). Nesta ótica, o Ministério da Saúde (MS) vem trabalhando constantemente na criação de protocolos e linhas de cuidados que subsidiem o tratamento a diversas doenças tais como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes, HIV/Aids, Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC), obesidade, entre outros.

Durante a graduação, no 6º semestre, realizei a disciplina de Adulto II na zona 15 do ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na agenda ETF – Enfermagem no Tratamento e Prevenção de Feridas que atende a pacientes com úlceras vasculares, em sua maioria, venosas. Ao longo do estágio, estudei sobre as coberturas existentes no mercado e aquelas que a instituição utiliza e atentei para o fato de que não há, na instituição, uma sistematização desse cuidado especificamente. Além disso, no HCPA não há um guia ou protocolo que padronize a assistência a pacientes com úlceras vasculares embora a instituição já utilize protocolos assistenciais para o cuidado há quase duas décadas em outras clínicas. Neste cenário, o grupo de enfermeiras da agenda ETF solicitou ajuda para que, por meio de um trabalho de conclusão de curso, essa demanda fosse atendida com mais sucesso, visto que já existiram tentativas de construção desse instrumento anteriormente sem êxito.

Neste contexto, considera-se essencial trabalhar este tema em termos de factibilidade de padronização de condutas e apoio à decisão clínica para aprimorar a assistência aos pacientes atendidos. Este estudo propõe-se a elaborar um instrumento que sirva como norteador da assistência de enfermagem no cuidado ao paciente com úlceras vasculares.

Acredita-se que, mediante um protocolo, a equipe multiprofissional de saúde poderá contribuir significativamente para avaliar a 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 portadora de úlcera vascular.

A partir do exposto questiona-se: como o uso dos protocolos pode servir de apoio à decisão clínica e às condutas para obter melhor resultado no tratamento das úlceras vasculares?

Quais os elementos necessários para compor o protocolo para assistência a pacientes com úlceras vasculares?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um protocolo de cuidado com úlceras venosas e arteriais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever as etapas de desenvolvimento do protocolo;
- b) Analisar a opinião de especialistas da área temática sobre a aplicabilidade e efetividade do protocolo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 INSUFICIÊNCIA VENOSA E ÚLCERAS VASCULARES

Nos pacientes com insuficiência venosa, durante a deambulação, há uma menor queda da pressão no sistema venoso profundo, ocasionando um aumento da pressão no local e, conseqüentemente, uma transmissão desse aumento de pressão para o sistema venoso dos membros inferiores. Sendo assim, a hipertensão venosa é decorrente de uma insuficiência venosa; as possíveis causas dessa insuficiência podem ser: uma disfunção valvar no sistema venoso dos membros inferiores, que pode ser congênita ou adquirida, disfunção muscular ou falha na "bomba" da musculatura da panturrilha devido a neuropatias, doenças inflamatórias e fibroses (ALDUNATE et al. , 2010).

A insuficiência venosa crônica (IVC) é uma doença comum na prática clínica e suas complicações, principalmente a úlcera de estase venosa, causam morbidade significativa. A ulceração afeta a produtividade no trabalho, gerando aposentadorias por invalidez, além de restringir as atividades da vida diária e de lazer. Para muitos pacientes, a doença venosa significa dor, perda de mobilidade funcional e piora da qualidade de vida. No Brasil, a importância socioeconômica da IVC passou a ser considerada pelo governo somente nos últimos anos, o que tem levado a um interesse crescente pelo conhecimento científico e clínico das questões relacionadas a essa doença.

A insuficiência venosa crônica é definida como uma anormalidade do funcionamento do sistema venoso causada por uma incompetência valvular, associada ou não à obstrução do fluxo venoso. Pode afetar o sistema venoso superficial, o sistema venoso profundo ou ambos. (FRANÇA; TAVARES, 2003).

As úlceras vasculares, ou vasculogênicas, são as mais prevalentes entre as úlceras de perna. Podem ser de origem venosa, arterial ou mista e caracterizam-se por um processo crônico, doloroso, recorrente, com impacto negativo na qualidade de vida, na mobilidade, no estado emocional e na capacidade funcional das pessoas acometidas (FRADE et al, 2005).

A úlcera vascular é síndrome caracterizada por perda circunscrita ou irregular do tegumento (derme ou epiderme), podendo atingir subcutâneo e tecidos subjacentes, que acomete as extremidades dos membros inferiores e cuja causa está, geralmente, relacionada ao sistema vascular arterial ou venoso (FRADE et al, 2005).

3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PORTADORES DE ÚLCERAS

A sistematização da assistência de enfermagem aos portadores de úlceras vasculares é um tema relevante e deve ser fundamentado nos princípios do SUS. Esses princípios estabelecem uma assistência de forma universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população: seja no ambiente hospitalar, unidade de saúde ou domicílio, identificando os fatores de risco aos quais a população está exposta e neles intervindo de forma apropriada.

Nesse sentido, a primeira etapa da sistematização da assistência constitui a avaliação do usuário, com enfoque familiar. Deve-se levar em consideração dois aspectos básicos: aspectos clínicos individuais (anamnese e exame físico) e os aspectos sociais, culturais e econômicos, dentro do contexto familiar, pois é nele que se insere o indivíduo (NUNES, 2006).

Para Seidel et al (1999), a anamnese e o exame físico, quando realizados de forma adequada, permitem estabelecer o diagnóstico diferencial entre úlcera venosa, arterial e diabética. Definido o diagnóstico, inicia-se o planejamento da assistência, a qual deve ser interdisciplinar, levando-se em consideração o processo de cicatrização, que é dinâmico e complexo (POLETTI, 2000).

Em relação à úlcera venosa é importante estabelecer o diagnóstico diferencial da etiologia arterial através da anamnese. Em seguida, proceder ao exame físico para avaliação do estado vascular e das lesões.

- Anamnese: busca-se a história pessoal e da doença atual (queixa e duração dos sintomas), caracterização de doenças anteriores e os fatores considerados de risco, tais como obesidade, cirurgias prévias, doenças cardíacas, varizes, traumas, múltiplas gestações, atividades físicas, medicamentos em uso, ocupação e estilo de vida, história familiar e outros (FALANGA, 1999; POSSO, 2005; PORTO, 2011).

- Exame físico: 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 IVC: edema, eczema, hiperpigmentação, aumento do diâmetro do tornozelo, veias varicosas, lipodermatoesclerose, dor e outros. Quanto às características das lesões, devemos observar: localização, profundidade, bordas, leito, exsudato, área lesada, e dor (FALANGA, 1999; POSSO, 2005; PORTO, 2011).

A realização do diagnóstico do processo saúde/doença e das necessidades de atenção à saúde deve embasar o planejamento das ações. A criação e implementação de protocolos

constituem uma etapa fundamental na organização da assistência a portadores de úlceras vasculares. É de fundamental importância que os profissionais que cuidam de portadores de úlceras vasculares se apropriem desses conhecimentos para que possam fundamentar suas ações cientificamente; provocar modificações juntos aos gestores no sentido de organizar e garantir uma assistência com qualidade, contribuindo sobremaneira para melhorar a qualidade de vida dos portadores de úlceras vasculares (NUNES, 2006).

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. Após o planejamento das ações, inicia-se a implementação das ações que consiste em: evolução clínica, com avaliação da lesão (localização anatômica, evolução, área, tipo de cicatrização, tipo do exudato, característica do leito e perilesional, sinais de infecção); prescrição de terapia tópica e sistêmica; escolha da cobertura, tratamento contínuo; documentação (prontuário/fotografias); mensuração quinzenal; encaminhamentos para especialistas, identificação do cuidador familiar, orientações e treinamentos. Uma vez implementada a assistência com base em protocolos, à próxima etapa será a avaliação.

A avaliação deve ser realizada em intervalos quinzenais, ou menores, se necessário, e tem como objetivo verificar a efetividade das intervenções, condutas e tratamento. Deve ainda, identificar fatores locais, sistêmicos, familiares, sociais e estruturais do serviço/domicílio que possam estar intervindo no tratamento. Além de reavaliar os produtos, coberturas e tipo de técnicas de curativo, bem como a reavaliação e replanejamento da assistência de acordo com a necessidade.

3.3 ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

Ao longo de toda a sua história, a humanidade vem lidando com grandes movimentos que orientam suas atividades econômicas, sociais, educacionais e tecnológicas, entre várias outras (TAJRA, 2009). O conhecimento na área da saúde vem crescendo e, com ele, novas tecnologias no diagnóstico e no tratamento de várias doenças estão sendo implementadas. Inúmeras pesquisas científicas em âmbito mundial trazem, rapidamente, um grande volume de informações, o que amplia o universo científico, mas, muitas vezes, torna difícil a tomada de decisão frente a situações cotidianas. O maior desafio para os profissionais de saúde é o

desenvolvimento permanente de conhecimentos, competências e habilidades para se qualificar o desempenho da assistência prestada ao paciente.

Os protocolos assistenciais trazem a possibilidade de redução dessa variação na prática clínica, proporcionando maior efetividade e eficiência na prestação de serviços em saúde. Esse tipo de instrumento vem sendo desenvolvido há muitos anos e, nas duas últimas décadas, ganhou destaque e investimentos importantes, resultantes da abundância de informações científicas e da necessidade de sistematização destas. Isso possibilitou o estabelecimento de parâmetros a serem seguidos pelas instituições de saúde, privadas ou públicas (STEIN, 2005; BRASIL, 2006).

Considerando a necessidade de definição de critérios para avaliação, aprovação e incorporação – no âmbito do SUS – de protocolos clínicos e assistenciais, diretrizes terapêuticas e outras tecnologias, o Ministério da Saúde constituiu por meio da Portaria GM/MS nº 31/5/2005, o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde. Baseada no impacto desse tema na saúde da população e na organização dos serviços, a iniciativa teve como objetivos: identificação e ordenação dos protocolos existentes e em elaboração, bem como a racionalização dos gastos públicos com a incorporação de novos procedimentos e tecnologias (BRASIL, 2005).

A elaboração de protocolos tem com finalidade estabelecer uma padronização na abordagem diagnóstica e terapêutica, construída segundo uma perspectiva intersetorial e interdisciplinar. A adoção destes também proporciona uma situação adequada para a coleta de dados no gerenciamento, diminuindo a sobrecarga na documentação médica e de enfermagem (POLANCZYK et al., 2011).

Os protocolos assistenciais são documentos sistematicamente desenvolvidos por órgãos competentes. Seu processo de construção é rico em aprendizagem organizacional e, uma vez que prescrevem racionalmente os melhores recursos a serem utilizados, garantem uma probabilidade maior de se chegar aos resultados desejados (JACQUES; GONÇALO, 2007).

Os protocolos constituem uma valiosa ferramenta de educação permanente e embora sirvam de guia para adoção de melhor conduta, ainda assim preservam a autonomia do profissional de saúde. Polanczyk et al (2011) definem protocolos assistenciais como formas estruturadas de suporte de gerenciamento clínico que incluem a definição de objetivos terapêuticos e uma sequência temporal de cuidados e estratégias diagnósticas e terapêuticas definidas.

O envolvimento dos profissionais de saúde na elaboração de protocolos estimula a atualização nas suas respectivas áreas de atuação e proporciona um espaço para reflexão e discussão sobre as práticas de assistência empregadas (ZYLBERSZTEJN; HAGEMANN; FRITZEN, 2006). O protocolo deve ser delineado tanto para utilização ambulatorial quanto hospitalar.

Na prática, não existe um modelo metodológico para sua construção, mas alguns aspectos são fundamentais como:

- Discussão ampla entre os profissionais envolvidos com o tema e definição clara dos objetivos e dos principais norteadores;
- Estrutura coerente;
- Mecanismos de avaliação confiáveis, entre outros (DOMANSKY e BORGES, 2014, p. 241).

Como todo protocolo deve basear-se na prática baseada em evidências (PBE), as etapas da sua construção também podem ser consideradas na elaboração deste. São elas: identificação de um problema, formulação de uma questão clínica relevante, busca das evidências científicas, avaliação das evidências disponíveis, avaliação da aplicabilidade das evidências, aplicação da evidência no cuidado do paciente e avaliação dos resultados da mudança (SANTOS, MATTOS e NOBRE, 2007).

Domansky e Borges (2014) defendem que os protocolos não são simples instrumentos para a automação da prática em saúde, pois os graus de objetividade e subjetividade que orientam esse processo são complexos. A padronização de condutas não só é uma necessidade institucional, mas também um instrumento eficaz da qualificação da prática e imprescindível para a manutenção da conduta ética diante da diversidade de ofertas e alternativas de abordagem, nem sempre qualificadas ou reconhecidas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros órgãos, nacionais e internacionais, como o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN/SP), vêm elaborando critérios para a avaliação e construção de protocolos de assistência/cuidados. Tendo como base documentos desses órgãos, segue síntese desses critérios:

- a) *Origem*: identificar claramente a instituição/departamento que emite o protocolo. Se esse tratar de ação específica de enfermagem, a aprovação deve ser do Enfermeiro Responsável Técnico do Serviço de Enfermagem. Se multiprofissional, todos os Responsáveis Técnicos pelas diferentes profissões envolvidas e o dirigente da instituição devem aprová-lo. Essas aprovações devem constar no protocolo;
- b) *Objetivo*: informar claramente a(s) situação(es) e as categorias de pacientes para a(s) qual(is) o protocolo foi organizado, assim como o grupo de profissionais que o

implementará. Por exemplo, um protocolo intitulado “Cuidados com Feridas” é muito menos específico do que outro intitulado “Cuidado com Úlceras Venosas e Arteriais”. O primeiro envolverá uma gama de possibilidades como: feridas pós-cirúrgicas, úlceras arteriais, úlceras por pressão, úlceras venosas, feridas por lesões traumáticas, entre outros, e exigirá grande habilidade do grupo elaborador do protocolo para não omitir alguma das diversas possibilidades de feridas e tratamentos. No primeiro caso, a revisão da literatura será muito ampla, visto a variabilidade de lesões e a síntese das evidências bastante complexa. No segundo caso, as situações são mais circunscritas, a revisão bibliográfica é mais específica e a síntese mais tangível;

c) *Grupo de desenvolvimento*: incluir os grupos profissionais especialistas e relevantes na área e usuários finais. Incluir profissionais com experiência em metodologia de pesquisa científica, em busca de evidências, análise crítica da literatura científica e análise de custo-efetividade.

d) *Conflito de interesse*: refere-se a aspectos de cunho comercial, econômico/financeiro, ideológico, religioso e político. A declaração de conflito de interesse deve constar de todas as instituições de provisão de recursos e profissionais que elaboraram e reviram o protocolo;

e) *Evidências*: derivam da busca e análise sistemática das evidências científicas, que justificam as ações propostas. O protocolo deve conter a descrição da estratégia de busca da evidência (estratégia de revisão da literatura), gradação da força da recomendação das evidências, identificação das informações oriundas da opinião de especialista, considerações sobre segurança das ações e mau uso potencial em diferentes cenários e localização; custo-efetividade e escassez potencial de recursos;

f) *Revisão*: conter revisão por revisor externo ao grupo elaborador, aprovação do documento pelos membros do grupo de desenvolvimento do protocolo e diretivo da instituição e plano de atualização. A atualização pode ser periódica (dentro do limite de tempo proposto, geralmente dois anos), instantânea (sempre que o grupo elaborador recuperar informação impactante que exija mudanças fundamentais) e devido a incorreções (percebidas pelo público leitor ou outros profissionais), que deverão ser inseridas a qualquer momento. Local para comentários/objeções/correções ao protocolo deve estar disponível e ser de fácil acesso e aberto a profissionais e usuários.

g) *Fluxograma*: é a representação esquemática do fluxo de informações e ações sobre determinado processo que subsidia a avaliação e a tomada de decisão sobre determinado

assunto. É a representação esquemática de um protocolo. Fluxogramas, para serem de compreensão fácil e rápida, devem ser específicos;

h) *Indicador de resultado*: é uma variável resultante de um processo capaz de sintetizar ou representar o que se quer alcançar, dando informações sobre uso, eficácia e efetividade de uma ação/protocolo. Indicadores precisam ser válidos (mensurar o que se pretende medir) e confiáveis (estáveis, reproduzíveis). O monitoramento de indicadores deve ser atividade planejada e sistemática para permitir a detecção de falhas e a implantação de melhorias. O monitoramento e divulgação de resultados torna a atenção à saúde mais transparente aos profissionais, pacientes e órgãos gestores públicos e privados, auxiliando os usuários na escolha dos serviços e os gestores na alocação de recursos;

i) *Validação pelos profissionais que utilizarão o protocolo*: é importante para garantir que o mesmo seja aceito e utilizado. Pode ser realizada pela inclusão de profissionais da instituição no grupo elaborador do protocolo, sem prejuízo de participação de autoridades no tema, sendo recomendável uma validação externa;

j) *Limitações*: conter recomendações claramente formuladas, com identificação e aconselhamento sobre práticas não efetivas ou sobre as quais não há evidências ou as evidências são fracas.

k) *Plano de implantação*: apresentar plano de implantação e divulgação. O plano de implantação deve prever treinamento de todos que utilizarão o protocolo. A divulgação deve ser feita nos sites oficiais, fazer parte dos livros de divulgação, cursos, seminários e disponibilizadas eletronicamente (COREN/SP, 2012).

3.4 PROTOCOLOS DE ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE ÚLCERAS VASCULARES

De acordo com Torres et al (2007), a assistência às pessoas com úlceras vasculares exige atuação multiprofissional, adoção de protocolo, conhecimento específico e habilidade técnica. Além disso, é necessário 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 pesquisa holística.

Assim, considera-se como aspecto fundamental na abordagem às pessoas com UV a assistência multiprofissional sistematizada pautada em protocolo. Esse instrumento deve contemplar: 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).

Segundo Borges (2005), é por meio de um protocolo de assistência que a equipe multiprofissional de saúde capacitada pode avaliar os fatores relacionados ao cuidado. Essa avaliação, ainda conforme o autor, deve levar em conta os aspectos clínicos (características de 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.

Com o objetivo de instrumentalizar as ações dos profissionais e sistematizar a assistência a ser prestada às pessoas com ferida, além de fornecer subsídios para implementação desta assistência, as Secretarias Municipais de Ribeirão Preto (SP), Belo Horizonte (MG) e de Natal (RN) elaboraram protocolos orientados pelos estudos de Aguiar et al (2005) e de Borges (2005). Somando-se a isso, protocolos também procuram ajudar no cuidado às 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).

O protocolo elaborado em Belo Horizonte sobre a assistência às 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 por sono por noite, hábitos intestinais, etilismo, tabagismo e alergia atópica (BELO HORIZONTE, 2010). Um protocolo especializado para a assistência ao paciente com úlceras vasculares inclui, ainda, técnicas para a identificação da fisiopatologia, tratamento da ferida, educação e acompanhamento do paciente (ERICKSON et al, 1995)

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.

4 MÉTODO

Este trabalho consistiu em um estudo metodológico, segundo Polit e Hungler (2004), referente às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa para o desenvolvimento do protocolo. O objetivo dessa pesquisa é a construção de um instrumento que fosse confiável, preciso e utilizável para que pudesse ser aplicado por outros pesquisadores. Dessa forma, o estudo foi desenvolvido em duas etapas: a primeira etapa consistiu na realização de revisão de literatura acerca dos aspectos relativos à assistência às pessoas com úlceras vasculares; a segunda etapa, esses aspectos foram organizados e propostos aos juízes do estudo por meio de um instrumento de coleta de dados, um formulário estruturado. Posteriormente, o protocolo foi submetido a uma nova rodada de avaliação pelos juízes, chegando-se à versão final.

4.1 PRIMEIRA ETAPA

A revisão de literatura científica acerca dos aspectos relevantes que são contemplados em protocolos para assistência aos portadores de úlceras vasculares foi realizada em bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed, sites institucionais das Secretarias Municipais de Saúde e Programas de Pós-Graduação em Enfermagem. Os descritores utilizados foram: protocolos clínicos, ferimento e lesões e cuidados de enfermagem. Os critérios de inclusão para seleção da amostra foram: manuais, protocolos, guias, pesquisas dos tipos qualitativa, quantitativa, descritiva, retrospectiva, revisão bibliográfica, revisão sistemática, ensaios clínicos, ensaios clínicos randomizados, estudos pilotos; o período de publicação definido foi de 2004 a 2015, devido à variedade de produtos lançados no mercado a cada ano. Os critérios de exclusão: publicações não disponíveis online de modo completo e pesquisas somente com animais, e não com seres humanos.

A avaliação dos dados contidos na revisão de literatura foi por meio de um instrumento (Apêndice A), em que foram registradas as informações extraídas das produções em atenção às questões norteadoras do estudo. Nele, foram registrados: número da produção, título, autores, ano, local de publicação, periódico, objetivos da produção, população, método, conclusões e observações.

Para a análise dos dados, foi construído um quadro síntese (Apêndice B) com a síntese e comparação dos resultados da revisão de literatura que atenderam às questões de pesquisa. Este resultado serviu de base para construção do protocolo que foi desenvolvido na segunda etapa.

4.2 SEGUNDA ETAPA

Essa etapa consistiu no desenvolvimento de um formulário estruturado contemplando a proposta de protocolo de cuidado com úlceras venosas e arteriais. Este desenvolvimento foi baseado na revisão de literatura realizada na primeira etapa e que foi enviado para avaliação de consultores (juízes do estudo).

4.2.1 Local de estudo

A etapa de avaliação do protocolo construído foi realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre com as enfermeiras do ambulatório responsáveis pela agenda ETF – Enfermagem no Tratamento de Feridas e membros da CPTF – Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) está vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). É um hospital público, geral e universitário, um centro de atenção à saúde, de ensino e de pesquisa científica e tecnológica integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A agenda ETF compõe o Serviço de Enfermagem em Saúde Pública (SESP) do HCPA, que foi criado em 1972. Este serviço é dividido em 14 zonas, distribuídas nos andares térreo e subsolo do HCPA. A agenda ETF realiza consultas de enfermagem direcionadas a pacientes portadores de úlceras vasculares.

Criada em 2010, a Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas (CPTF) do HCPA busca qualificar o atendimento ao paciente e aperfeiçoar o conhecimento profissional por meio de suporte de avaliação e sugestão de medidas preventivas, condutas e tratamentos de feridas. A CPTF é composta por uma equipe multidisciplinar, composta por: médicos, nutricionista, farmacêutica, fisioterapeuta e enfermeiras.

4.2.2 População e amostra

Os participantes desse estudo foram os enfermeiros do ambulatório do HCPA que atendem nas agendas de enfermagem de prevenção e tratamento de feridas (ETF) e profissionais que compõe a Comissão de Prevenção e Tratamento de feridas (CPTF). A amostra foi constituída por conveniência e os participantes foram selecionados por meio de convite.

O critério de inclusão dos juízes foi trabalhar com prevenção e tratamento de feridas e experiência de pelo menos três anos na área. Cada juiz participante do estudo recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a fim de informar sobre sua disponibilidade em participar do mesmo, devendo dispor-se a avaliar e devolver o instrumento ao pesquisador no prazo de 15 dias. Essa etapa cumpriu a função de validação do conteúdo baseada em julgamento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2.3 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi constituído por um formulário estruturado contemplando a proposta de protocolo de cuidado com úlceras venosas e arteriais com base na revisão de literatura realizada na primeira etapa. Este formulário foi dividido em duas (2) partes: a primeira parte foi direcionada às características da amostra, ou seja, dos consultores (juízes do estudo); a segunda parte do instrumento refere-se à avaliação dos elementos, ao fluxograma e texto de apoio contemplados no protocolo (APÊNDICE D).

4.2.4 Coleta de dados

Os participantes selecionados foram contatados pessoalmente, a partir de uma carta convite. Na ocasião, receberam documento redigido com propósito de explicar a finalidade de sua participação na pesquisa.

4.2.5 Análise dos dados

Um instrumento para pesquisa de avaliação de especialistas na área de lesões e feridas foi estruturado para determinar se o protocolo foi formulado com clareza, sem parcialidade e com utilidade para gerar as informações desejadas neste estudo (POLIT; BECK; HUNGLER,

2004). A partir disso, foi submetido, inicialmente, a 13 juízes, a fim de ser analisado o grau de concordância, pertinência e prioridade dos dados selecionados no domínio do conteúdo do modelo proposto no final deste estudo. Após a 1ª análise pelos juízes, as contribuições e sugestões foram agregadas à proposta de protocolo e ele foi submetido novamente à avaliação. Nesta 2ª e última avaliação, 2 dos juízes não responderam ao questionário. Novamente, houveram sugestões que foram analisadas e contribuíram para elaboração da versão final do protocolo.

Os materiais coletados foram organizados em uma planilha de dados. Após serem codificados e tabulados, os elementos foram analisados por meio de estatística descritiva com frequências absolutas.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo está de acordo com a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), que envolve pesquisas com seres humanos e obteve aprovação em seus aspectos éticos pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - CEP/HCPA (CAAE 51481915.7.0000.5327). Antes disso, foi avaliado em relação a seus aspectos metodológicos pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem – COMPESQ onde obtendo parecer favorável.

Aos juízes da pesquisa, foram esclarecidos os objetivos e a importância deste estudo. Aos que concordaram em participar da pesquisa, foi solicitada a anuência por escrito a partir do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Apêndice C).

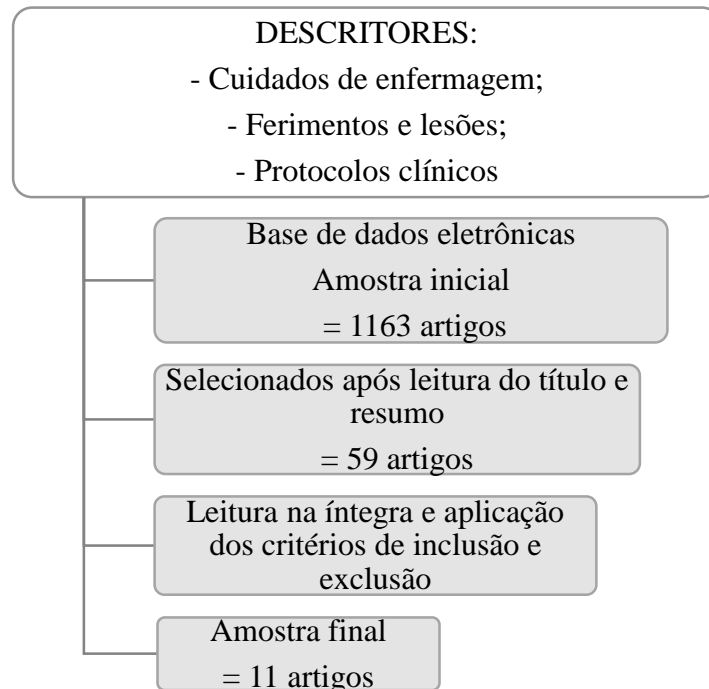
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Optou-se por apresentar os resultados deste estudo em dois momentos, divididos em etapas. A Etapa 1 apresenta os resultados obtidos na revisão de literatura e a Etapa 2, o produto da avaliação do protocolo por especialistas. A discussão será feita após a apresentação de cada etapa.

5.1 ETAPA 1 – RESULTADOS OBTIDOS NA REVISÃO DE LITERATURA

Primeiramente, a amostra inicial em base de dados eletrônica foi composta por 1163 artigos. Após a leitura do título e do resumo, foram pré-selecionados 59 artigos e, por fim, depois de realizar a leitura dos artigos na íntegra, aplicando os critérios de inclusão e exclusão, foram definidos como amostra final 11 estudos. A figura 1 ilustra, a seguir, o passo-a-passo da seleção.

Figura 1 – Etapas seleção de artigos para amostra final da revisão de literatura



Fonte: elaborado pela autora.

Após a seleção dos artigos, ainda utilizando os descritores citados, foram selecionadas outras publicações. A Figura 2 apresenta este processo:

Figura 2 – Demais publicações utilizadas para revisão de literatura

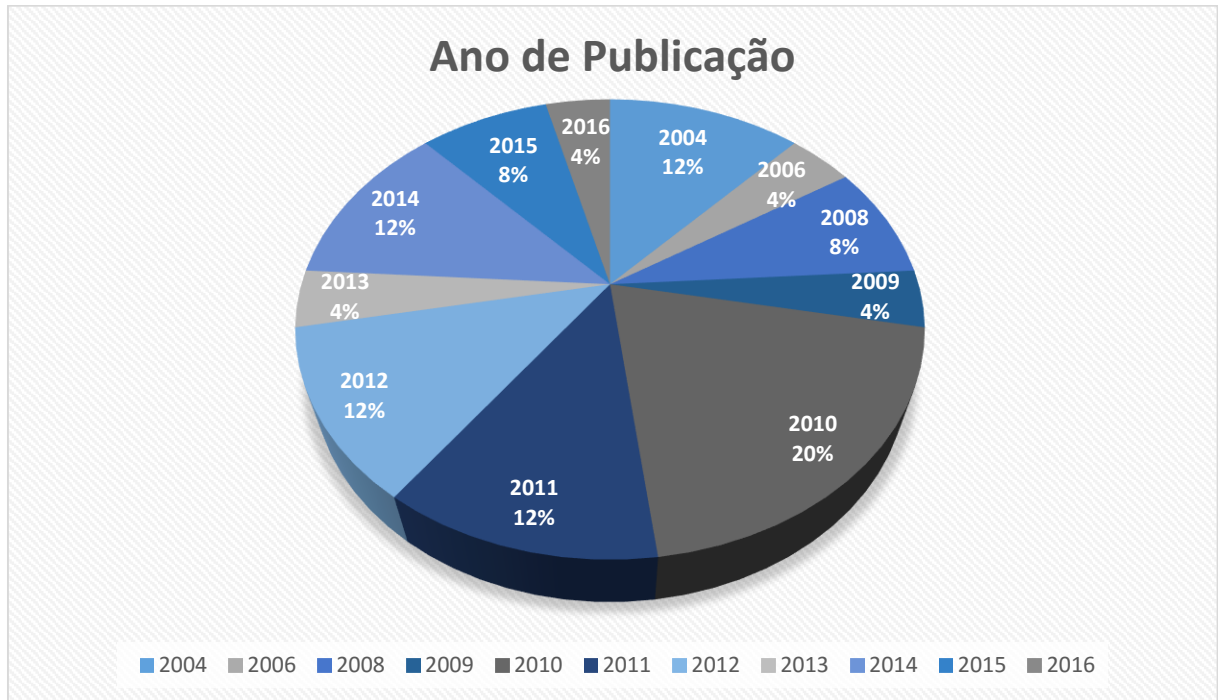


Fonte: elaborado pela autora.

Na amostra acima citada, estão contemplados os manuais, guias, diretrizes e protocolos de Secretarias Municipais de Saúde e associações relacionadas ao cuidado com a pele, foram selecionadas 14 publicações. Portanto, para a revisão de literatura prevista na primeira etapa do estudo, foram selecionadas 25 publicações que responderam às questões norteadoras: “Como o uso dos protocolos pode servir de apoio à decisão clínica e às condutas para obter melhor resultado no tratamento das úlceras vasculares?” e “Quais os elementos necessários para compor o protocolo para assistência a pacientes com úlceras vasculares?”.

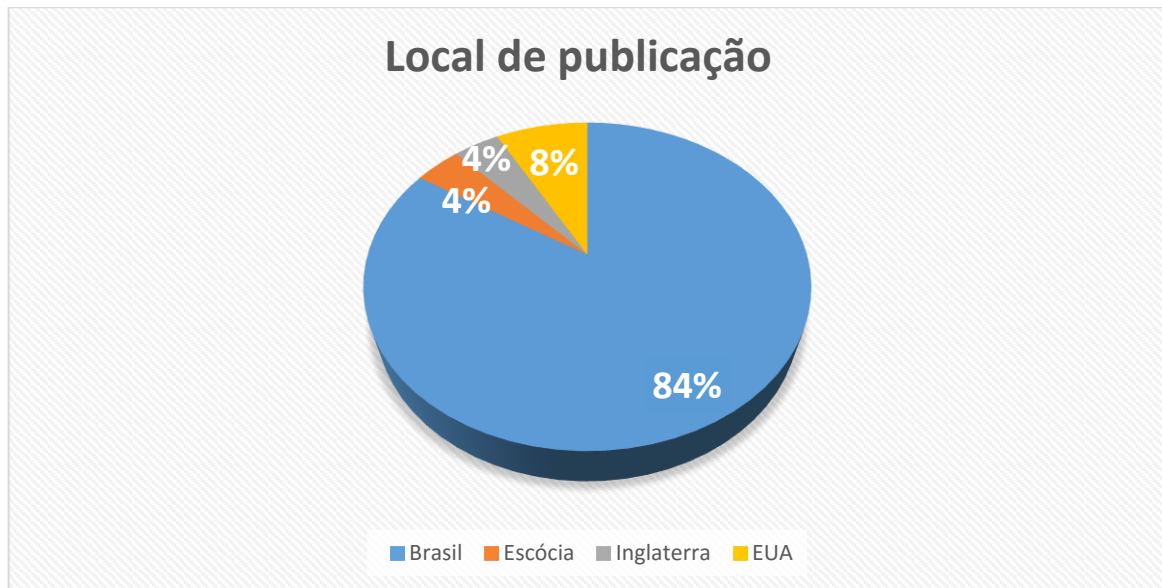
O ano de publicação mais recorrente foi 2010, com 20% das publicações, seguido pelos anos de 2004, 2011, 2012 e 2014, com 12% cada, após 2008 e 2015, com 8% cada, e 2006, 2009, 2013 e 2016 com 4% das publicações cada. Esses dados estão ilustrados no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição de percentual dos anos de publicação dos estudos



Fonte: elaborado pela autora.

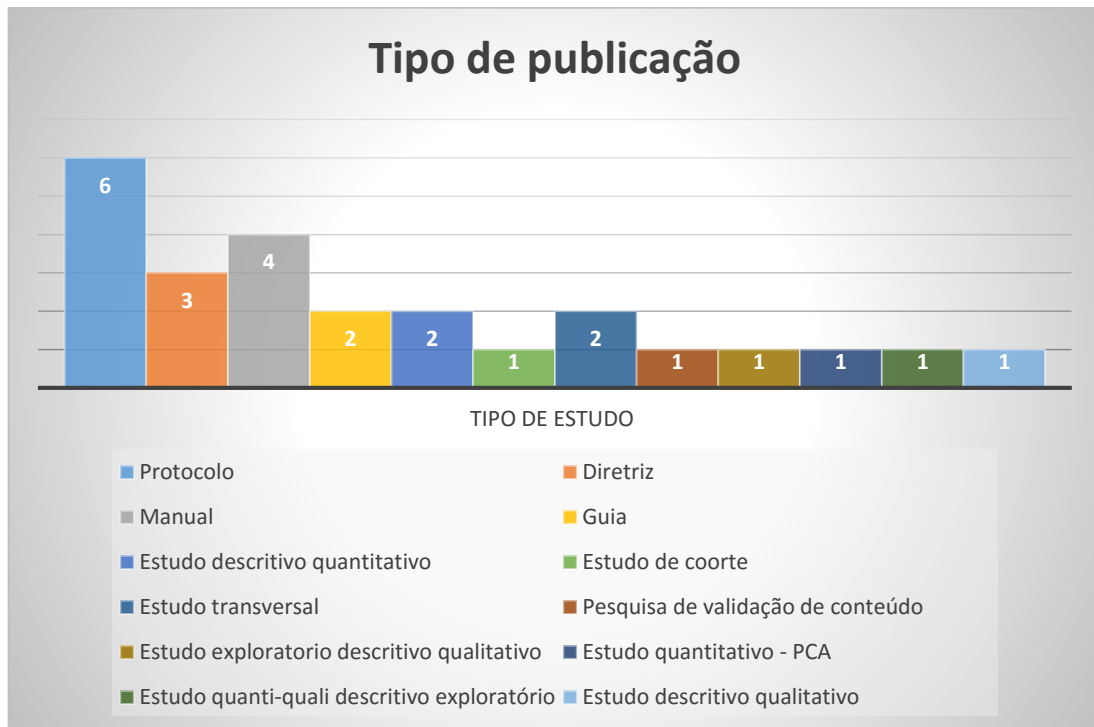
Quanto ao local de publicação, o Brasil lidera a lista com 22 estudos, seguido por Estados Unidos com 2 publicações e, após, por Inglaterra e Escócia com 1 estudo selecionado cada. O fato de o Brasil ser o país com maior número de publicações encontradas na amostra não significa que seja, realmente, o país que mais pesquisa e publica sobre o tema. Isso pode ter ocorrido porque a busca foi realizada na biblioteca SciELO, base que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. Além de que, para este estudo, achamos relevante utilizar publicações nacionais, pois se adequam melhor à realidade dos serviços de saúde do nosso país. O Gráfico 2 apresenta a distribuição de percentual do local de publicação dos estudos.

Gráfico 2 – Distribuição de percentual do local de publicação dos artigos

Fonte: elaborado pela autora.

Em relação aos tipos de estudo, os mais prevalentes na amostra foram: protocolos, manuais e diretrizes, com 6, 4 e 3 publicações, respectivamente. Em seguida, guias, estudo descritivo quantitativo e estudo transversal com 2 cada, e os demais: estudo de coorte, pesquisa de validação de conteúdo, estudo exploratório descritivo qualitativo, estudo quantitativo – PCA, estudo quantitativo-qualitativo descritivo exploratório e estudo descritivo qualitativo com 1 publicação cada, como pode ser visto no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Distribuição de percentual de tipos de estudo/publicação da amostra



Fonte: elaborado pela autora.

Os resultados das publicações que responderam às questões norteadoras desse estudo foram relacionados em um quadro sinóptico (APÊNDICE B) e os dados trazidos pelos autores serão discutidos nos próximos tópicos. Para uma melhor organização de ideias e discussão, apesar de a maioria das publicações responderem às duas questões norteadoras simultaneamente, optou-se por apresentar em dois grupos: publicações que responderam à questão “Como o uso dos protocolos pode servir de apoio à decisão clínica e às condutas para obter melhor resultado no tratamento das úlceras vasculares?” e as publicações que responderam à questão “Quais os elementos necessários para compor o protocolo para assistência a pacientes com úlceras vasculares?”.

5.1.1 Uso dos protocolos como apoio à decisão clínica e às condutas para obtenção de melhor resultado no tratamento das úlceras vasculares

O Quadro 1 apresenta a lista das 21 publicações que responderam à questão norteadora - “ Como o uso de protocolos pode servir de apoio à decisão clínica e às condutas para obter melhor resultado no tratamento das úlceras vasculares? ” . O quadro possui as informações de número do estudo, título, autores e ano de publicação.

Quadro 1 – Uso dos protocolos como apoio à decisão clínica e às condutas para obtenção de melhor resultado no tratamento das úlceras vasculares

Nº	Título	Autor (es) / Ano de publicação
1	Protocolo de prevenção e tratamento de feridas	BELO HORIZONTE, 2011
2	Protocolo de cuidados de feridas	FLORIANÓPOLIS, 2011
3	Manual de assistência integral às pessoas com feridas	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2012
4	Guia para elaboração de protocolo assistencial de enfermagem para a atenção básica	SILVA; VIEIRA, 2012
5	Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem	PIMENTA et al., 2015
6	Protocolo de prevenção e tratamento de úlceras crônicas e do pé diabético	SÃO PAULO, 2010
7	Protocolo de prevenção e tratamento de feridas	SÃO PAULO, 2004
8	Protocolo Técnico Prevenção e Tratamento de Feridas Hospital Governador Israel Pinheiro	BELO HORIZONTE, 2010
9	Protocolo de enfermagem: Prevenção e tratamento de feridas	BRASIL, 2012
13	Avaliação e tratamento de feridas: orientações aos profissionais de saúde	SANTOS et al., 2009
14	Proposta de protocolo para assistência Às pessoas com úlceras venosas.	DANTAS et al., 2013
15	Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial a pacientes traumatizados: cuidados antes do voo	SCHWEITZER, 2011
16	Avaliação da Adesão de médicos ao Protocolo de Hipertensão Arterial da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba	MALUF JR et al., 2010
17	Efeito da implantação de um protocolo assistencial de asma aguda no serviço de emergência de um hospital universitário	ROCHA et al., 2004
18	Validação de protocolo para assistência a pacientes com balão intra-aórtico	MACHADO; GUERRA; BRANCO, 2012

19	Validade de instrumentos sobre o cuidado de enfermagem à pessoa com lesão cutânea	COSTA et al., 2014
21	Segurança do paciente e a prevenção de lesões cutâneo-mucosas associadas aos dispositivos invasivos nas vias aéreas.	PINTO et al., 2015
22	Protocolo de cuidados ao cliente com distúrbio respiratório: ferramenta para tomada de decisão aplicada à enfermagem	PAES et al., 2014
23	Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições da rede pública.	MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008
24	Wound bed preparation in practice	MOFFATT; MORISON; PINA, 2004
25	Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências.	DOMANSKY; BORGES, 2014

Fonte: elaborado pela autora.

Os estudos 1 e 22 defendem que a elaboração de protocolos instrumentaliza as ações dos profissionais, otimizando o cuidado e sistematizando a assistência prestada. Dessa forma, organizando o trabalho em saúde com escolhas tecnológicas úteis, apropriadas e disponíveis para o tratamento das feridas, tornando-se uma ferramenta de apoio teórico-prático que favorece o planejamento do cuidado e, conseqüentemente, corrobora com a qualidade da assistência individual e coletiva.

As publicações 2, 3 e 19 consideram que as úlceras vasculares só podem ser curadas com efetividade e rapidez, sugerindo que, para haver qualidade no cuidado, deve existir assistência integral. Para tal, esse cuidado deve ser realizado por equipe multidisciplinar e orientado por protocolos definidos. Acredita-se que a elaboração desses protocolos traz de fato efetividade ao tratamento e possibilita sistematizar condutas preventivas, diagnósticas e de tratamento para nortear a atuação desses profissionais.

Os estudos 4 e 6 justificam que a criação de protocolos auxilia na organização do processo de trabalho. Estes estudos estabelecem fluxos para agilizar e qualificar a assistência e conferem direcionalidade, atualidade e adequação às ações cotidianas, colaborando para evitar infecção, reduzir o período de cicatrização e aumentar a qualidade de vida do paciente.

O estudo 5 considera que o uso de protocolos aprimora a assistência, favorece o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimiza a variabilidade das informações e condutas entre

os membros da equipe de saúde, estabelece limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. Semelhantemente a esta afirmação, o estudo 7 defende que o protocolo fornece apoio aos profissionais no seu fazer diário, aumentando a resolutividade da assistência prestada colaborando para aumento da satisfação do paciente.

Os estudos 8 e 14 apresentam ideias semelhantes, entendem como aspecto fundamental a assistência sistematizada pautada em um instrumento que contemple a padronização de condutas terapêuticas e definição das ações necessárias à prevenção e tratamento. Além disso, também propõem atividades educativas com foco no indivíduo/família/comunidade, concorrendo para a redução ou eliminação dos fatores que levam o paciente a desenvolver ferida, reduzindo o tempo de tratamento e evitando complicações decorrentes desses lesões.

As publicações 9 e 21 defendem que a utilização de protocolos oferece respaldo e subsídio para tomada de decisão e intervenções na prática assistencial dos enfermeiros e, conseqüentemente, melhora a assistência garantindo a segurança do paciente e prevenindo outras possíveis lesões. Nessa mesma linha, o estudo 13 defende que a criação de um protocolo serve como apoio à equipe na atividade de orientar e realizar de maneira eficiente o cuidado com feridas e fornece elementos capazes de contribuir para construção do conhecimento da equipe de saúde, o desenvolvimento profissional e a melhora da assistência prestada aos pacientes.

As publicações 15, 16 e 17 defendem que a obtenção de um protocolo possibilita sistematizar a conduta, diminuindo a indesejada variação da prática, orientando as ações necessárias para o cuidado. Dessa forma, contribui para aprimorar a resolutividade e a qualidade dos serviços de saúde.

O artigo 18 observa que o protocolo promove uma estrutura científica para a coordenação do cuidado, tendo como principais características a flexibilidade e a constante atualização dos conhecimentos baseados em novas situações evidenciadas e fundamentadas cientificamente. O estudo 23 considera que a implantação de um protocolo para avaliação de feridas representa um avanço da enfermagem e sua criação e implementação é essencial, pois representa um instrumento seguro para a prevenção, acompanhamento e controle dos casos.

A publicação 24 define a utilização de protocolo como uma estratégia de gestão do curso da ferida e que tem potencial de reduzir os encargos financeiros. Ainda, defende que ela deve ser aplicada para desenvolver estratégias que maximizam o potencial para a cicatrização de feridas .

Por fim, a publicação 25 resume que o envolvimento de profissionais de saúde na elaboração de protocolos estimula a atualização e proporciona um espaço para reflexão e discussão sobre as práticas de assistência empregadas, possibilitando a redução da variação na prática clínica, proporcionando maior efetividade e eficiência na prestação de serviços em saúde. Ademais, defende que os protocolos constituem uma valiosa ferramenta de educação permanente e, embora sirvam de guia para adoção da melhor conduta, ainda assim preservam a autonomia do profissional de saúde.

5.1.2 Elementos necessários para composição do protocolo para assistência a pacientes com úlceras vasculares

Na revisão que buscou responder quais os elementos que seriam necessários pra a criação do protocolo, foram utilizadas 14 publicações. A proposta de protocolo de cuidado com úlceras vasculares, está disposta em nove itens: a) avaliação do paciente e da lesão; b) registro e documentação; c) cuidados com a ferida e com a pele perilesional; d) indicação de cobertura; e) uso de antibioticoterapia e tratamento da dor; f) tratamento cirúrgico e adjuvante; g) melhora do retorno venoso e prevenção de recidiva; h) encaminhamento do paciente; i) resultado esperado e critérios de desligamento do tratamento, conforme quadro abaixo (Quadro 2).

Quadro 2 – Elementos necessários para compor o protocolo para assistência a pacientes com úlceras vasculares

Questão norteadora: “Quais os elementos necessários para compor o protocolo para assistência a pacientes com úlceras vasculares?”	
Elementos	Autor (es) /Ano de publicação
<i>Avaliação do paciente e da lesão</i>	BELO HORIZONTE, 2011; FLORIANÓPOLIS, 2008; SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2012; SÃO PAULO, 2010; SÃO PAULO, 2004; SANTOS et al., 2009.
<i>Registro e documentação</i>	BELO HORIZONTE, 2011; SANTOS et al., 2009; DANTAS et al., 2013.
<i>Cuidado com a ferida e pele perilesional</i>	BELO HORIZONTE, 2011; SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011; BELO HORIZONTE, 2010; SANTOS et al., 2009; DANTAS et al., 2013; EUROPEAN WOUND MANAGEMENT ASSOCIATION, 2004.

<i>Indicação de cobertura</i>	BELO HORIZONTE, 2011; SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011; BELO HORIZONTE, 2010; SCOTLAND, 2010; SANTOS et al., 2009.
<i>Uso de antibioticoterapia e tratamento da dor</i>	BELO HORIZONTE, 2011; FLORIANÓPOLIS, 2008; SÃO PAULO, 2010; BRASIL, 2012; ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF WOUND CARE, 2010; SCOTLAND, 2010; SANTOS et al., 2009.
<i>Tratamento cirúrgico e outras intervenções adjuvantes.</i>	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011; SÃO PAULO, 2010; SÃO PAULO, 2004; ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF WOUND CARE, 2010; SCOTLAND, 2010.
<i>Melhora do retorno venoso e prevenção de recidiva</i>	ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF WOUND CARE, 2010; BOLTON et al., 2006; DANTAS et al., 2013.
<i>Encaminhamento do paciente</i>	BELO HORIZONTE, 2011; BELO HORIZONTE, 2012; DANTAS et al., 2013.
<i>Resultados esperados e Critérios de desligamento do tratamento</i>	BELO HORIZONTE, 2011

Fonte: elaborado pela autora.

A avaliação do paciente e da lesão contempla os itens anamnese e exame físico, exames laboratoriais, complementares, avaliação da dor, edema e pulso, características da úlcera e monitorização e progresso no tratamento. Entende-se que esta avaliação deve ter enfoque na história da ferida, análise dos fatores de risco, avaliação física, histórico de doenças associadas, ou seja, assuntos pertinentes ao tratamento (SÃO PAULO, 2010; SÃO PAULO, 2004). Segundo Santos et al (2009), devem ser considerados fatores como causa e tempo de existência da ferida e presença ou não de infecção. Além disso, é preciso avaliar a dor, a presença de edema e de pulso.

Nesta avaliação, também é importante considerar a solicitação de exames laboratoriais e complementares como Índice Tornozelo Braço – ITB, bem como é oportuno realizar diagnóstico diferencial, a fim de excluir outras causas como neoplasia cutânea, sífilis terciária, vasculites, entre outros (BELO HORIZONTE, 2011). Esta avaliação é um passo importante no tratamento, pois é com base nesta observação que o enfermeiro fará a prescrição do curativo (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2012). A indicação inadequada do tratamento das lesões, sejam elas crônicas ou agudas, podem agravar, em longo prazo, a situação do usuário, resultando em

ônus para a equipe de saúde e para a gestão como um todo, considerando os gastos com materiais, internações e necessidade de tratamento sistêmico (FLORIANÓPOLIS, 2011).

O item B (registro e documentação) reúne anotações acerca da anamnese na primeira consulta, mensuração da área e anotações sobre exames ao longo do tratamento (DANTAS et al., 2013). O planejamento da assistência e a implementação das ações deve incluir o registro no prontuário de todas as informações referentes à evolução clínica, com avaliação das características da lesão (BELO HORIZONTE, 2011; SANTOS et al., 2009; DANTAS et al., 2013). Desta forma, documentar essas informações sobre a ferida é essencial para monitorar e gerenciar o progresso da úlcera (SANTOS et al., 2009).

O aspecto C (cuidados com a ferida e com a pele perilesional) ressalta a importância de uma avaliação correta da ferida, realização de técnica de limpeza respeitando o tecido de granulação, preservando o potencial de recuperação, minimizando o risco de trauma e/ou infecção (BELO HORIZONTE, 2011; BELO HORIZONTE, 2010). O tratamento local da ferida deve acompanhar e favorecer o processo cicatricial. Santos et al (2009) e a *European Wound Management Association* (2004) descrevem quatro barreiras que impedem a cicatrização, elas são expressas pela palavra TIME onde cada letra significa uma barreira a ser removida da lesão: *tissue* (tecido não viável), *infection* (inflamação/infecção), *moisture* (manutenção do meio úmido) e *edge* (*epitelização*). Considera-se que o curativo compreende todo o processo de limpeza, desbridamento, enfaixamento (quando indicado) e também a seleção da cobertura e/ou tratamento tópico do local (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2012). Dessa forma, cabe à equipe de saúde, de acordo com o seu contexto, definir qual o tratamento que proporcionará melhor qualidade de vida às pessoas com essas lesões (DANTAS et al., 2013).

No item D (indicação de cobertura), define-se que cabe ao profissional enfermeiro prescrever o tipo de curativo indicado para a prevenção ou o tratamento da ferida, considerando as condições gerais e clínicas do paciente e específicas da ferida (BELO HORIZONTE, 2011; SCOTLAND, 2010). Não existe o melhor produto, ou aquele que possa ser utilizado durante todo o processo cicatricial; a avaliação precisa ser contínua e fazer parte da realização de cada troca do curativo (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2012). Acredita-se que a escolha da cobertura é resultado direto da avaliação correta da lesão, conforme Belo Horizonte (2010), e seu acerto auxilia no processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto ao paciente e recuperação do tecido lesado (SANTOS et al., 2009).

No aspecto E, subdividido em uso de antibioticoterapia e tratamento da dor, Belo Horizonte (2011), São Paulo (2010) e Association For The Advancement Of Wound Care

(2010) defendem que somente as feridas clinicamente infectadas devem ser tratadas com antibiótico sistêmico e, neste caso, mesmo nas infecções leves não há evidências de que o tratamento tópico seja eficaz (BELO HORIZONTE, 2011; FLORIANÓPOLIS, 2011; BRASIL, 2012). Portanto, a via oral (infecções leves a moderadas) ou parenteral (infecções graves) deve ser utilizada (BELO HORIZONTE, 2011). No aspecto relacionado à dor, os autores discutem que o controle da dor deve ser considerado como elemento primordial no tratamento de feridas, pois interfere diretamente na adesão ao tratamento (SÃO PAULO, 2010). Segundo Scotland (2010), as úlceras de perna são muitas vezes dolorosas e o inadequado alívio da dor na presença de feridas e na troca da cobertura dificulta a realização adequada do curativo, acarretando prejuízo à cicatrização e causando desconforto ou dor ao paciente (SANTOS et al., 2009).

Na tratamento das úlceras vasculares, tanto nas de etiologia venosa, quanto nas arteriais o tratamento cirúrgico pode ser necessário (SÃO PAULO, 2010; SÃO PAULO, 2004; AAWCC, 2010). As úlceras arteriais são mais difíceis de cicatrizar, portanto a cirurgia auxilia a melhorar o suprimento sanguíneo, antes mesmo que a lesão cicatrize e, neste caso, o encaminhamento precoce para cirurgia reconstrutora é o ideal. Para alguns pacientes, há o risco de gangrena e septicemia, fazendo com que a amputação possa ser a única solução (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2012). Além do tratamento tópico, sistêmico e cirúrgico, Scotland (2010) sugere outras modalidades adjuvantes como: terapia eletromagnética, oxigenioterapia hiperbárica, compressão pneumática intermitente, laserterapia e luz infravermelha, terapia por pressão negativa- vácuo e ultra-som.

No que diz respeito ao item G (melhoria do retorno venoso e prevenção de recidiva), incluem-se as informações sobre a técnica e o profissional que aplica a terapia compressiva, o uso de meias de compressão e a importância da elevação dos membros inferiores (quando possível). Além disso, os autores sugerem a integração de estratégias clínicas e educativas para os pacientes e familiares afim de prevenir e/ou evitar a recorrência da úlcera vascular (AAWC, 2010; BOLTON, 2006; DANTAS et al., 2013)

O item H (encaminhamento dos pacientes) ressalta o encaminhamento do paciente a serviços de referência. Quando houver necessidade e indicação, o paciente deverá ser encaminhado para realização de biópsia, cirurgia de correção de insuficiência vascular, avaliação com dermatologista, angiologista e outros membros da equipe multidisciplinar (BELO HORIZONTE, 2011; BELO HORIZONTE, 2012; DANTAS et al., 2013).

O aspecto I discorre sobre os resultados esperados no desenvolvimento do protocolo de cuidados, como: prevenção de agravos relacionados e desospitalização precoce, maior conforto

ao paciente portador de feridas, padronização de condutas dos profissionais, capacitação da equipe de enfermagem e redução de custos para a instituição. Além dos resultados esperados, este item também aborda a importância do estabelecimento de critérios para o desligamento do paciente do tratamento (BELO HORIZONTE, 2011).

Com base na revisão de literatura realizada, buscou-se desenvolver uma proposta de protocolo de cuidado com úlceras vasculares. Visto que a elaboração deste material foi uma demanda das enfermeiras da Agenda ETF do ambulatório do HCPA e também é de interesse dos membros do CPTF, a elaboração do material seguiu os moldes da instituição, que apresenta seus protocolos em formato de fluxograma seguido de texto de apoio, com respaldo científico.

5.2 ETAPA 2 - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO POR ESPECIALISTAS

Como previsto no método, esta etapa foi realizada para cumprir a função de avaliação por especialistas da área da saúde, ocorrendo nos meses de abril e maio de 2016, sendo que os participantes foram selecionados por meio de convite. Inicialmente, a amostra foi composta por 16 pessoas, mas dessas, uma estava de férias no período e duas, mesmo após insistência, não devolveram o questionário da 1ª etapa de avaliações preenchido; sendo assim, os três participantes foram excluídos do estudo, totalizando um grupo de treze consultores (juízes do estudo) que avaliaram a proposta na 1ª rodada de avaliações. A caracterização da amostra será apresentada no Quadro 3 e, para fins de discussão, os consultores foram numerados de 1 a 13.

Quadro 3 – Caracterização da amostra de consultores (juízes do estudo)

Caracterização da amostra				
Nº	Categoria profissional	Tempo de serviço	Trabalha com prevenção e tratamento de feridas? Se sim, há quanto tempo?	Membro do CPTF
1	Fisioterapeuta	4 anos	Sim, há 3 anos	Sim
2	Enfermeira	6 anos	Sim, há 4 anos	Sim
3	Enfermeira	8 anos	Sim, há 3 anos	Sim
4	Enfermeira	10 anos	Sim, há 6 anos	Sim
5	Enfermeira	23 anos	Sim, há 6 anos	Sim
6	Enfermeira	24 anos	Sim, há 10 anos	Não
7	Enfermeira	25 anos	Sim, há 7 anos	Sim
8	Enfermeira	26 anos	Sim, há 20 anos	Sim
9	Enfermeira	26 anos	Sim, há 10 anos	Sim
10	Enfermeira	32 anos	Sim, há 14 anos	Não
11	Enfermeira	37 anos	Sim, há 20 anos	Não.
12	Nutricionista	28 anos	Sim, há 5 anos	Sim

13	Médica	9 anos	Sim, há 5 anos	Sim
----	--------	--------	----------------	-----

Fonte: elaborado pela autora.

Compuseram o grupo de consultores 10 profissionais enfermeiros, 1 profissional fisioterapeuta, 1 profissional médico dermatologista e 1 profissional nutricionista. Buscou-se que o grupo tivesse um perfil multiprofissional dentro da realidade tema estudado. Destes, apenas dois profissionais não eram membros da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas, contudo possuíam vasta experiência na área. O tempo de serviço variou consideravelmente, de 4 a 37 anos, sendo que o tempo de serviço na prevenção e tratamento de feridas também variou, de três a 20 anos.

No instrumento construído (APÊNDICE D) para contemplar a proposta de protocolo de cuidados com úlceras vasculares, foi solicitado que cada consultor indicasse sua opinião sobre os elementos componentes do fluxograma e texto de apoio, quanto: a) grau de pertinência [concordo] [sem opinião] [discordo]; b) grau de relevância [importante] [não importante] [não se aplica]; e c) grau de prioridade [alta [1] [2] [3] [4] [5] baixa]. Os resultados apurados foram apresentados na medida que atenderam aos objetivos de validar conteúdo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Quanto ao grau de pertinência, observou-se que os especialistas 1-2, 5-6 e 8-13, concordaram em relação a todos os elementos. O especialista 3 julgou como “Sem opinião” para o elemento “Índice Tornozelo Braço – ITB”, o especialista 4 julgou como “discordo” dos elementos “Avaliação da úlceras” e “Índice Tornozelo Braço – ITB” e o especialista 7, assim como o 3 julgou como “sem opinião” o item “Índice Tornozelo Braço – ITB”.

Em relação ao grau de relevância, verificou-se somente os especialistas 4 e 7 não consideraram importantes todos os elementos. O especialista 4 considerou como “não importante” o elemento “Índice Tornozelo Braço” e o 7 não respondeu este item.

Na avaliação do grau de prioridade, os elementos Fluxograma, Diferenciação das úlceras, Avaliação das úlceras, Desbridamento e Critérios de desligamento obtiveram as avaliações com menos variações de graus de prioridade, na lista dos elementos, e foram avaliados como grau [1] pela maioria dos juízes, ou seja itens com alta prioridade para permanecerem no protocolo.

Os itens Exsudato e Índice Tornozelo Braço, alcançaram graus de avaliação bem diversificados. Os juízes 1, 2, 5, 9, 10 e 13 avaliaram como [1], os avaliadores 3, 6, 7, 8, 11 e 12 avaliaram como [2] e o avaliador 4, considerou [3] o elemento Exsudato e os avaliadores 3,

7, 12 e 13 consideraram como [3], o 4 como [5], o 1 como [2] e dos demais como [1] o item Índice Tornozelo Braço.

Apesar de o item Índice Tornozelo Braço não receber avaliação unânime quanto ao seu grau de prioridade para permanência na proposta de protocolo, considerou-se importante mantê-lo no instrumento, pois o ITB é um método utilizado para detecção e graduação de insuficiência arterial. A maioria das úlceras venosas é tratada com alguma forma de compressão, portanto torna-se importante a utilização do índice, visto que, se houver algum grau de insuficiência arterial nos doentes acometidos pelas UV, esse tipo de tratamento tão utilizado, além de ser pouco benéfico, retardaria a cicatrização da úlcera, podendo causar danos maiores, como isquemia do membro acometido (BERGONESE; RIVITTI, 2006).

Após discussão, optou-se por excluir o EXSUDATO, pois ele já está citado no conteúdo do texto de apoio do item AVALIAÇÃO DAS ÚLCERAS e é um dos obstáculos que European Wound Management Association (2004) aconselha que deve ser observado nesta avaliação, mas que quando avaliado isoladamente não mostra-se relevante no tratamento.

As observações e/ou sugestões adicionais propostas pelos especialistas nos espaços próprios para esse fim no instrumento foram consideradas importantes e aquelas mais relevantes são apresentadas a seguir. O elemento Fluxograma foi o que obteve maior número adição de alterações e sugestões.

Na primeira figura, “PACIENTE”, 3 avaliadores questionaram de onde este paciente era proveniente, quem o encaminhava e como ele chegava ao serviço ambulatorial do HCPA. Em seguida, na figura “AMBULATÓRIO ETF”, 4 avaliadores questionaram se a proposta de protocolo era aplicável somente ao ambulatório ou se seria expandido à internação hospitalar.

Inicialmente, a proposta de protocolo seria aplicável ao ambulatório do HCPA, especialmente à agenda ETF. Após sugestão dos consultores e discussão, foi definido que o instrumento contemplaria também a assistência aos pacientes internados na instituição. Respondendo ao questionamento de onde provém o paciente, modificou-se o fluxograma a fim de esclarecer essa questão.

Em nível ambulatorial, o paciente é atendido no ambulatório de especialidades, avaliado pela equipe médica e encaminhado via consultoria para a agenda ETF, após aceite das enfermeiras feridólogas, inicia o acompanhamento no serviço. Em âmbito hospitalar, o paciente é avaliado pela equipe médica e/ou enfermagem, realiza-se consultoria ao CPTF, o paciente é avaliado e passa a ser acompanhado pela comissão enquanto internado.

Nos desdobramentos de fluxograma, os avaliadores sugeriram mudanças na avaliação da úlcera e, conseqüentemente, no fluxo, com a inclusão da sigla **TIME** (*Tissue, Infection, Moisture, Edge*) para enfatizar as quatro barreiras a serem removidas da lesão afim de promover a cicatrização, conforme citado por Santos et al (2012) e European Wound Management Association (2004). Esta sugestão foi considerada e fluxograma modificado. Ressalta-se que as quatro barreiras não foram apontadas no fluxograma isoladamente, mas sim seus conceitos descritos no texto de apoio do protocolo.

Na caixa explicativa ligada à figura “Escolha da cobertura/curativo”, foi definido que a escolha da cobertura/produto para o tratamento das úlceras deveria ser guiada pelas informações e orientações contidas no manual “Avaliação e tratamento de feridas” (SANTOS et al, 2009), amplamente utilizado no HCPA. Neste item, 2 avaliadores apontaram que este manual não está mais vigente na instituição e que foi substituído pelo “Protocolo de tratamento de feridas do HCPA”. Apesar da sinalização de que o manual de avaliação e tratamento de feridas do HCPA não está mais vigente e foi substituído por um novo protocolo, salienta-se que este novo instrumento ainda está em processo de homologação das instâncias pertinentes para publicação. Portanto, na segunda rodada de avaliações, continuou-se utilizando como guia para escolha de cobertura/produto a ser utilizado o manual elaborado por Santos et al (2009).

Nesta mesma caixa explicativa, foi incluída a sugestão de terapias complementares e, no texto de apoio, essas terapias foram melhor exemplificadas e abordadas através de nova busca em literatura científica. Após esta busca, o fluxograma e texto de apoio receberam complemento com indicação de considerar a realização de drenagem linfática manual e fisioterapia para melhorar a mobilidade de articulação do tornozelo – que são medidas por vezes necessárias em alguns pacientes (ABBADE; LASTORIA, 2006). A aplicação de fisioterapia vascular através dos exercícios terapêuticos e da drenagem linfática manual (DLM) na doença venosa crônica contribui para minimização das alterações vasculares, com melhora do retorno venoso, diminuindo a estase sanguínea e contribuindo para a melhora do quadro clínico. A fisioterapia vascular é capaz de modificar o quadro clínico da doença venosa, promovendo uma evolução positiva à situação do paciente e, conseqüentemente, uma melhora efetiva na qualidade de vida do mesmo (LEAL, 2015).

No final do fluxograma, quando há a expressão “Processo de reparação da pele finalizado”, avaliadores sugeriram mencionar medidas de prevenção e recorrência das úlceras. Essa sugestão também foi atendida e sendo incluída uma caixa explicativa com o propósito de reforçar estes pontos.

Nos demais elementos do texto de apoio, foram sugeridas poucas mudanças e pequenas alterações conceituais e de nomenclatura no quadro de DIFERENCIAÇÃO DAS ÚLCERAS e

no item DESBRIDAMENTO. Belo Horizonte (2011) traz o conceito de desbridamento subdividindo-o em três tipos, entre eles, o mecânico, que é descrito como a remoção de necrose do leito da ferida utilizando a força física, podendo ser usado instrumental cortante. Os juízes sinalizaram que este tipo de nomenclatura não é mais utilizada e sugeriram adequação.

Apesar de literatura utilizada inicialmente ser mais recente, optou-se por utilizar os conceitos de Santos et al (2009) que apresenta conceito semelhante para ação, mas subdivide-a de forma diferente, trazendo desbridamento cirúrgico em substituição ao mecânico, considerando que este tipo de remoção do tecido necrótico deve ser realizado por meio de procedimento cirúrgico.

Todas as alterações propostas pelos juízes do estudo foram analisadas e discutidas. Aquelas que obtiveram subsídio na literatura científica, foram atendidas e agregadas ao novo instrumento proposto aos juízes.

No cumprimento das etapas previstas no método, o instrumento foi novamente entregue aos 13 participantes para a segunda e última rodada de avaliações. Nesta etapa, dos instrumentos entregues, somente dois deles não retornaram no período proposto e foram excluídos do estudo.

Na atualização do instrumento entregue aos consultores, foi solicitado que, novamente, indicassem sua opinião sobre os elementos componentes do fluxograma e texto de apoio. Conforme já citado, o item EXSUDATO foi excluído do texto de apoio e o item TERAPIAS COMPLEMENTARES foi agregado ao instrumento. O juiz que propôs a inclusão das terapias complementares no fluxograma e texto de apoio sugeriu que fosse utilizado o material que foi elaborado pelos membros do CPTF, o novo Protocolo de Avaliação e Tratamento de Feridas, mas este material, como mencionado anteriormente, ainda não está vigente na instituição. Portanto, utilizou-se literatura externa para elaborar o conceito.

Nesta segunda avaliação, acredita-se que alguns questionamentos da avaliação anterior foram respondidos através das alterações do conteúdo, porém houve novas propostas de melhoria, principalmente na disposição das figuras no fluxograma. Estas alterações serão apresentadas a seguir na seção 6. Novamente, na caixa explicativa sobre a escolha da cobertura/produto, onde foi sugerido que o manual “Avaliação e tratamento de feridas” fosse utilizado como guia, 3 consultores propuseram que o manual fosse substituído pelo “Protocolo de Avaliação e Tratamento de Feridas”. Dessa forma, a sugestão foi aceita, entretanto ressaltou-se que este documento ainda está em processo de homologação das instâncias pertinentes para publicação, como já referido na discussão anterior.

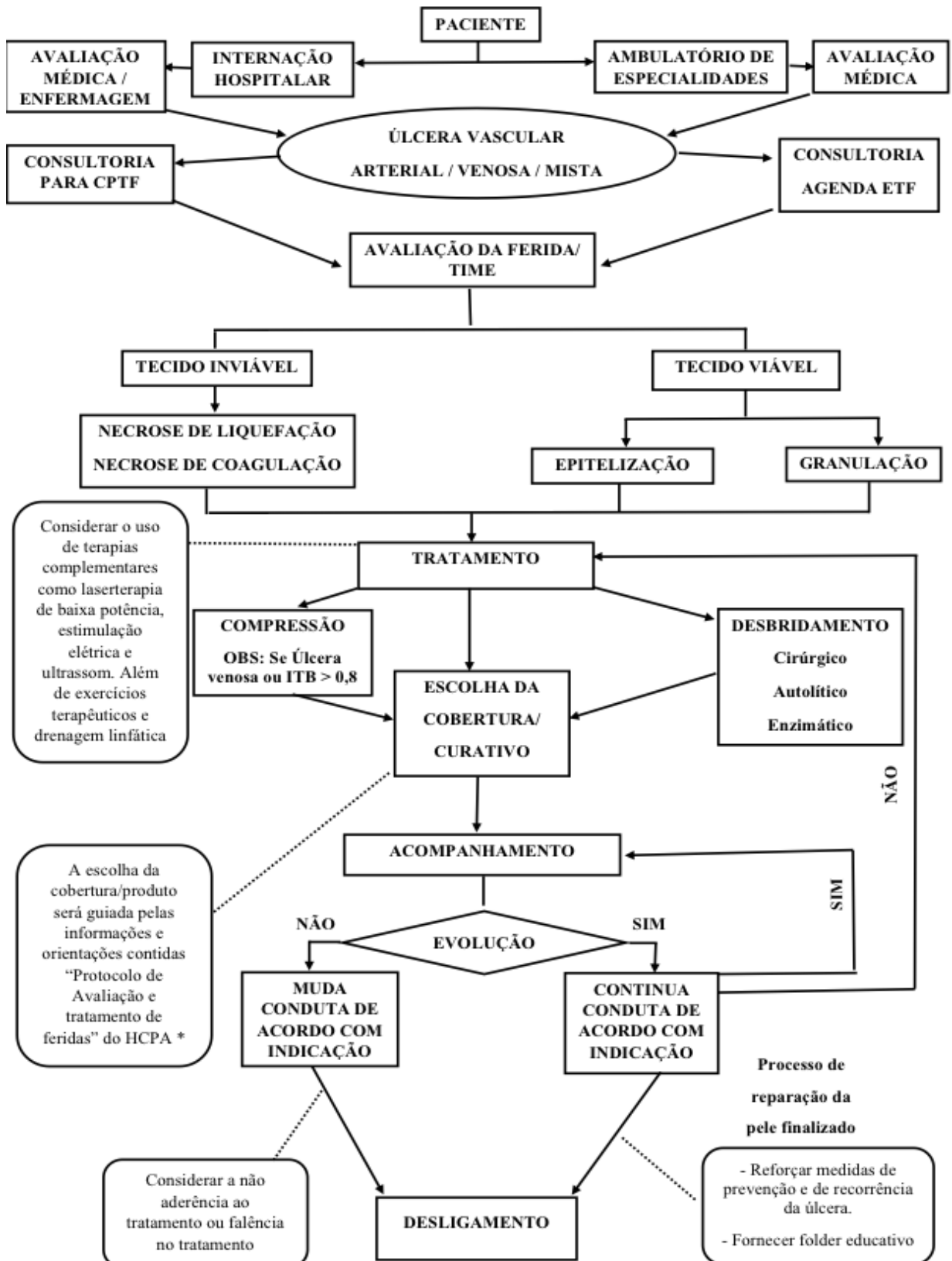
No item TERAPIAS COMPLEMENTARES também foi proposta a substituição da referência bibliográfica pelo material ainda não publicado. Devido a insistência , optou-se por utilizar os conceitos da publicação, mas com a observação de que ele ainda não foi publicado oficialmente pela instituição.

Na caixa explicativa sobre medidas de prevenção de recorrência das úlceras vasculares, foi sugerido incluir o folder explicativo sobre Úlcera Venosa com orientações para pacientes e cuidadores, elaborado pelo Serviço de enfermagem em Saúde Pública do HCPA (ANEXO C).

6 PROTOCOLO DE CUIDADOS COM ÚLCERAS VASCULARES

Nesta seção, será apresentada a versão final do protocolo de cuidados com úlceras vasculares a partir dos resultados obtidos nas avaliações dos juízes. Ressalta-se que optou-se por construir o protocolo em formato semelhante ao utilizado pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que consiste em um fluxograma para aplicação, seguido de texto de apoio.

Fluxograma de aplicação do protocolo¹



Fonte: elaborado pela autora.

¹ O “Protocolo de avaliação e tratamento de feridas” indicado no fluxograma como guia para escolha de coberturas/curativos, ainda está em fase de homologação para publicação.

DEFINIÇÃO: O protocolo de cuidados com úlceras vasculares é destinado à equipe multiprofissional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e define condutas de avaliação e tratamento dessas feridas.

a) AVALIAÇÃO DO PACIENTE E DA LESÃO

Deverá contemplar os itens anamnese e exame físico, solicitação de exames laboratoriais e complementares para realização de diagnóstico diferencial, avaliação da dor, edema e pulso, características da úlcera e monitorização e progresso do tratamento. Esta avaliação deve ter enfoque na história da ferida, análise dos fatores de risco, avaliação física, histórico de doenças associadas, ou seja, assuntos pertinentes a tratamento.

Também é importante considerar o ITB, pois é com base nessa avaliação que o enfermeiro fará a prescrição do tratamento.

Índice Tornozelo Braço – ITB

O índice tornozelo/braço é determinado dividindo-se a pressão sistólica do tornozelo (Pt) pela pressão sistólica do braço (Pb), ou seja, $ITB = Pt/Pb$. A finalidade do teste é detectar a insuficiência arterial e graduá-la. (BELO HORIZONTE, 2011).

Os doentes com valor de ITB maior ou igual a 1 são considerados normais e, em geral, assintomáticos. Aqueles com ITB entre **0,7 e 0,9** são portadores de grau leve de insuficiência arterial e podem apresentar quadro clínico de claudicação intermitente; pacientes com ITB entre **0,5 e 0,15** demonstram grau moderado a grave de insuficiência arterial e podem apresentar clinicamente dor ao repouso; doentes com ITB abaixo de **0,15** apresentam grau grave de insuficiência arterial com presença de necrose e risco de amputação do membro acometido.

Utiliza-se o $ITB < 0,8$ como valor de corte para se contraindicar a terapia de alta compressão sob o risco de necrose do membro acometido (BERGONSE; RIVITTI, 2006).

Características das Úlceras

	Venosa	Arterial
Características	Trombose Venosa Profunda e Varizes; Imobilidade, obesidade, atividade labora em pé ou trauma; Sem claudicação; Desconforto moderado.	Aterosclerose, arterites, microangiopatias diabéticas e hipertensão; Claudicação intermitente aliviada pelo repouso; Dor noturna aliviada por uma posição pendente, dor em repouso e na úlcera.

Localização	1/3 inferior da perna próximo ao maléolo medial.	Dorso ou borda externa superior do pé, maléolo lateral ou áreas de pressão
Comprometimento de tecidos vizinhos	Dermatites, eczemas e edema sem comprometer aponeurose e músculos, anquilose do tornozelo ou retração de tendão.	Margens vermelhas ou vinhosas, às vezes exposição de aponeurose, músculos e tendões.
Queixas	Desconforto moderado, alivia com elevação do membro; Geralmente só apresentam dor quando infectada;	Dolorosa com comprometimento do sono e atividades habituais
Edema	Tornozelo ou perna.	Presente nos casos de dor em repouso.
Temperatura dos membros	Normal ou aumentada.	Diminuída
Aspecto da ferida	- Superficial, leito com bordas infiltradas e irregulares; - Presença de tecido de granulação; - Exsudação intensa na presença de edema;	Bordas regulares e isquêmicas, rosa, nacarada, superficial ou profunda, podem estar presentes pequenas quantidades de tecido de granulação pálido ou tecido necrótico negro.
Diagnóstico	Clínico	Clínico
Pulso	Geralmente palpável.	Ausente ou diminuído
Outros achados	Dermatite de estase; Lipodermatoesclerose; Linfedema; Veias varicosas; Cicatrizes de úlceras recorrentes; ITB de 0,8 a 1,0;	Ressecada, pêlos escassos; Dor que piora com elevação da perna; Pés frescos ou frios; Atrofia de pele (fina e lustrosa); Perda de pêlos da extremidade inferior; Rubor quando pendente; Palidez por elevação; Possível gangrena; Espessamento de unhas; ITB < 0,8

Fonte: Belo Horizonte (2011).

Cerca de 60 a 70% das úlceras são de etiologia venosa e 10 a 25% devem-se à insuficiência arterial, a qual pode coexistir com a doença venosa, ocasionando a úlcera mista (ABBADE; LASTORIA, 2006).

b) REGISTRO E DOCUMENTAÇÃO

O planejamento da assistência e a implementação das ações deve incluir o registro no prontuário de todas as informações referentes à evolução clínica, com avaliação das características da lesão.

c) CUIDADO COM A FERIDA E PELE PERILESIONAL

É essencial que a avaliação da ferida seja feita de forma correta, realização de técnica de limpeza respeitando o tecido de granulação, preservando o potencial de recuperação, minimizando o risco de trauma e/ou infecção. A avaliação das úlceras deve ser baseada no TIME, conforme quadro abaixo:

Tecido inviável ou deficiente, Infecção ou inflamação, Manutenção da umidade E

Epitelização das margens – TIME

<i>Wound Bed Preparation</i> Preparo do leito da ferida / TIME				
Observações clínicas	Fisiopatologia proposta	Ações clínicas WBP*	Efeitos das ações de WBP	Resultados clínicos
Tecido não viável ou deficiente	Matriz defeituosa e detritos de células prejudicando a cicatrização	- Desbridamento (periódico ou contínuo) - Autolítico, instrumental cirúrgico, enzimático, mecânico ou biológico.	Restauração da base da ferida e proteínas da matriz extracelular	Tecido da ferida viável
Infecção ou inflamação	Alta carga bacteriana ou inflamação prolongada ↑ citocinas inflamatórias ↑ atividade das proteases ↓ atividade dos fatores de crescimento	- Remover foco infectado - Topical/sistêmico - Antimicrobianos - Anti-inflamatórios - Inibidores das proteases	Contagem bacteriana baixa ou inflamação controlada: ↓ citocinas inflamatórias ↓ atividade das proteases ↑ atividade dos fatores de crescimento	Equilíbrio bacteriano e controle da inflamação
Desequilíbrio da umidade	Ressecamento que reduza a migração de células epiteliais. Exsudação excessiva causa maceramento da margem da ferida.	Aplicar curativos para o equilíbrio da umidade, compressão, pressão negativa ou outros métodos para remover exsudato	Migração das células epiteliais restauradas Evitado ressecamento e edema, excesso de exsudato controlado, maceração evitada	Equilíbrio da umidade
Margem da ferida não avança ou presença de espaço morto	Queratinócitos não migram. Células da ferida não respondem e anormalidades ou matriz extracelular ou atividade anormal das proteases.	Reavaliar causa ou considerar terapias corretivas: - Desbridamento - Enxerto de pele - Agentes biológicos - Terapias adjuntas	Migração dos queratinócitos e células da ferida respondendo Restauração apropriada das proteases	Margem da ferida não avança

Fonte: Schultz et al (2008).

Tipos de desbridamento

Desbridamento cirúrgico: remoção do tecido necrótico por meio de procedimento cirúrgico. Deve-se desbridar a ferida que apresentar necrose de coagulação ou necrose de liquefação. O desbridamento só deve ser realizado por profissional qualificado da medicina ou da enfermagem.

O desbridamento cirúrgico é a técnica mais rápida e efetiva para remoção da necrose, principalmente quando o paciente necessita de intervenção urgente. O desbridamento à beira do leito ou ambulatorial poderá ser realizado em feridas em que a área de necrose não é muito extensa.

Desbridamento enzimático: aplicação tópica de enzimas desbridantes diretamente no tecido necrótico. A escolha da enzima depende do tipo de tecido existente. Aplica-se somente nas áreas com tecido necrótico.

Desbridamento autolítico: utiliza as enzimas do próprio corpo para destruição do tecido desvitalizado. A utilização de coberturas primárias promove um meio úmido adequado, estimula a migração leucocitária e a ação das enzimas (proteases, colagenases) no leito da ferida sobre a necrose. O desbridamento autolítico está indicado para todos os tipos de necroses, inclusive para pacientes que não suportam ou têm contraindicação para utilização de outros tipos de desbridamento. No entanto, é considerado o método mais lento (SANTOS et al, 2009).

d) INDICAÇÃO DE COBERTURA

Não existe o melhor produto, ou aquele que possa ser utilizado durante todo o processo cicatricial; a avaliação precisa ser contínua e fazer parte da realização de cada troca de curativo. Para escolha da cobertura ou curativo a ser utilizado para cada paciente, sugerimos a utilização do “Protocolo de Avaliação e Tratamento de Feridas”, do HCPA.

e) ANTIBIOTICOTERAPIA E TRATAMENTO DA DOR

Somente as feridas clinicamente infectadas devem ser tratadas com antibiótico sistêmico e, neste caso, mesmo nas infecções leves não há evidências de que o tratamento tópico seja eficaz.

O antibiótico inicial é escolhido empiricamente, considerando-se que os seguintes grupos são comprovadamente eficazes: cefalosporinas; inibidores da Beta-lactamase; clindamicina; quinolonas; carbapenemos; oxazolidinonas; Penicilinas semi-sintéticas.

O controle da dor deve ser considerado como primordial no tratamento de feridas, pois interfere diretamente na adesão ao tratamento.

f) TRATAMENTO CIRÚRGICO E OUTRAS INTERVENÇÕES ADJUVANTES

O tratamento cirúrgico auxilia a melhora do suprimento sanguíneo, antes mesmo que a lesão cicatrize e, neste caso, o encaminhamento precoce para cirurgia reconstrutora é o ideal.

A presença de profissionais fisioterapeutas e de enfermagem na equipe multidisciplinar atuante no tratamento das feridas possibilita a utilização de recursos complementares que proporcionam benefícios à cicatrização e à reparação tecidual, entre eles cita-se a laserterapia de baixa potência (LBP), a estimulação elétrica e o ultrassom (Qaseem et al. 2015). Estão aptos a receber esses recursos, os indivíduos que apresentam feridas abertas ou fechadas com tecido vitalizado. Deverá ser analisada, antes da aplicação de cada recurso, a presença de contraindicações para cada técnica. A aplicação desses recursos é de responsabilidade do fisioterapeuta, exceto a LBP que poderá ser aplicada também por enfermeiros.

Além desses recursos, sugere-se também:

- Exercícios terapêuticos: indicados por promover melhora da mobilidade da articulação, favorecendo o retorno venoso e reduzindo o edema. Deverão ser prescritos por um fisioterapeuta;
- Drenagem linfática manual: quando realizada na região acometida, promove aumento do fluxo linfático e conseqüente redução do edema. Deverá ser realizada por um profissional capacitado, como o fisioterapeuta.

g) MELHORA DO RETORNO VENOSO E PREVENÇÃO DE RECIDIVA

A terapia compressiva age na macrocirculação, aumentando o retorno venoso profundo, diminuindo o refluxo patológico durante a deambulação e aumentando o volume de ejeção durante a ativação dos músculos da panturrilha, favorecendo a reabsorção do edema e melhorando a drenagem linfática.

h) ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

Quando houver indicação, o paciente deverá ser encaminhado para outros profissionais da equipe multiprofissional, além de encaminhamento para cirurgia de correção vascular e biópsias. Ressalta-se o encaminhamento do paciente a serviços de referência e critérios para o desligamento do tratamento.

Crêterios de Desligamento:

Cura - epiteliza o completa da ferida ou processo de repara o da pele finalizado.

M  adesão ao tratamento - não seguir corretamente as orienta es dadas pelos profissionais da equipe de saúde ou não concordar com elas.

Abandono - faltar ao retorno agendado sem comunica o prévia e sem resposta   busca ativa.

A pedido - desligamento solicitado pelo paciente.

Encaminhamento - encaminhado para outro serviço de saúde para continuidade do tratamento.

Falência do tratamento - após 6 meses de tratamento sem evolu o satisfatória. Nestes casos, manter curativo convencional (SF 0,9% + gaze) após o desligamento.

 bito

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou responder a duas questões distintas. Em resposta à primeira delas, “Como o uso de protocolos pode servir de apoio à decisão clínica e às condutas para obter melhor resultado no tratamento das úlceras vasculares?”, concluímos que o envolvimento de profissionais de saúde na elaboração de protocolos estimula a atualização e proporciona um espaço para reflexão e discussão sobre as práticas de assistência empregadas, possibilitando a redução da variação na prática clínica, proporcionando maior efetividade e eficiência na prestação de serviços em saúde. Além disso, os protocolos constituem uma valiosa ferramenta de educação permanente e servem de guia para adoção da melhor conduta na assistência aos pacientes com úlceras vasculares.

A segunda questão “Quais os elementos necessários para compor o protocolo para assistência a pacientes com úlceras vasculares?” foi respondida através de revisão de literatura em base de dados. Após ampla busca de material, a proposta de protocolo foi composta por nove itens: avaliação do paciente e da lesão, registro e documentação, cuidado com a ferida e pele perilesional, indicação de cobertura, uso de antibioticoterapia e tratamento da dor, tratamento cirúrgico e outras intervenções adjuvantes, melhora do retorno venoso e prevenção de recidiva, encaminhamento do paciente, e resultados esperados e critérios de desligamento do tratamento. O protocolo foi elaborado em formato já adotado pelo HCPA, que consiste em um fluxograma de aplicação seguido de texto de apoio. Após duas rodadas de consultas aos juízes, foi elaborada a versão final do instrumento.

Reconhecem-se as limitações deste estudo quanto ao número de especialistas na área, especificamente que atuam com pessoas com UV, a demora no retorno dos questionários e, em alguns casos, a não devolução dos instrumentos, após sucessivos contatos.

A importância da construção do protocolo traz implicações teóricas e práticas para os serviços de saúde, pois trata da adoção de diretrizes construídas associando a literatura e a realidade das instituições, 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 vasculares.

Acredita-se que, mediante um protocolo, a equipe multiprofissional de saúde poderá contribuir significativamente para avaliar a 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 portadora de úlcera vascular. Por fim, espera-se que o protocolo elaborado neste trabalho possa subsidiar melhorias na qualidade da assistência às pessoas com úlceras vasculares, uma vez que sua criação possibilita orientar a prática da sistematização da assistência multiprofissional aos pacientes com UV no âmbito do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

REFERÊNCIAS

ABBADE, Luciana Patrícia Fernandes; LASTORIA, Sidnei. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. In: **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, 509-522, Dec. 2006.

ALDUNATE, Johnny Leandro Conduto Borba et al. Úlceras venosas em membros inferiores. In: **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 89, n. 3/4, 158-163, 2010.

ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF WOUND CARE. **Venous Ulcer Guideline**. Malvern, Pennsylvania: Association for the Advancement of Wound Care (AAWC), dec. 2010. Disponível em: <http://aawconline.org/professional-resources/resources/>. Acesso: 10 fev. 2016.

BELO HORIZONTE, Hospital Governador Israel Pinheiro. FONSECA, R.B.G.; COUTO, M.C.A. (Orgs.). **Protocolo técnico de prevenção e tratamento de feridas do Hospital Governador Israel Pinheiro**. Belo Horizonte: IPSEMG, 2010. Disponível em: <http://www.sobende.org.br/pdf/protocolo_tratamento_feridas_201402.pdf>. Acesso: 10 fev. 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (Org.). **Protocolo de prevenção e tratamento de feridas**. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=Protocolo_Prevencao_e_Tratamento_Feridas.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

_____. Secretaria Municipal de Políticas Sociais. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência. Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso. **Protocolo de assistência aos portadores de feridas**. 2010.

_____. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Guia para elaboração de protocolo assistencial de enfermagem para atenção básica**. Belo Horizonte, 2012. 18 p.

BERGONSE, Fabiane Noronha; RIVITTI, Evandro Ararigboia. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. In: **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, 131-135, Mar. 2006

BOLTON, Laura et al. **Development of a Content-Validated Venous Ulcer Guideline**. In: **Ostomy/Wound Management**, v. 52, n. 11, 32-48, 2006. Disponível em: <<http://aawconline.org/wp-content/uploads/2015/11/Developing-Comprehensive-Content-Validated-PU-Guideline.pdf>>. Acesso: 15 mar. 2016.

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.

BORGES, E. L. et al. Prevenção de recidiva de úlcera varicosa: um estudo de coorte. In: **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 1, 9-16, feb. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 11 jun. 2016.

BORGES, E.L.; SAÁR, S.R.C.; LIMA, V.L.A.N. Subsídios para a construção de protocolos. In: BORGES et al. **Feridas como tratar**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001, p. 121-127.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, Coordenação de Regulação e Avaliação. **Mapa para Implantação de Protocolos assistenciais: necessidades, diretrizes e orientações gerais. Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 816/MSGM, de 31 de maio de 2005**. Constitui o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes: 2005

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. (A. Normas e manuais técnicos).

COREN /SP (São Paulo). **Guia para a construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem**. São Paulo, 2012. 46 p.

COSTA, Isabelle Katherinne Fernandes et al. Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do Modelo Adaptativo de Roy. In: **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, 561-568, 2011.

COSTA, R.K.S. et al. Validade de instrumentos sobre o cuidado de enfermagem à pessoa com lesão cutânea. In: **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 5, 447-457, jul. 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0447.pdf>. Acesso: 10 fev. 2016.

DANTAS, Daniele Vieira. Proposta de Protocolo para Assistência as Pessoas com Úlcera. In: **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, 618-626, 2013. Disponível em: < <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11076/pdf>>. Acesso: 5 jun. 2016.

05

DEODATO, Oniele Oliveira das Neves. **Avaliação da qualidade da assistência aos portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário em Natal/RN**. 2007. 104 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

DOMANSKY, Rita de Cássia; BORGES, Eliane Lima. **Manual para prevenção de lesões de pele: Recomendações baseadas em evidências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

ERICKSON, C. A. et al. Healing of venous ulcers in an ambulatory care program: the roles of chronic venous insufficiency and patient compliance. In: **Journal of Vascular Surgery**, v. 22, n. 5, 629-636, 1995.

EUROPEAN WOUND MANAGEMENT ASSOCIATION. **Position Document: Wound Bed Preparation in Practice**. London: MEP Ltda, 2004. Disponível em: <

http://www.woundsinternational.com/media/issues/87/files/content_49.pdf>. Acesso: 5 mai. 2016.

FALANGA, V. Care of venous leg ulcers. In: **Ostomy Wound Manage**, v. 45, n. 1, p. 33-43, 1999. Supplement.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde. **Protocolo de feridas**. Campos, A. G. (Coord.); MORE, L.F.; ARRUDA, L.F.M. (Orgs.) Florianópolis: IOESC, 2011. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/pdf/26_10_2009_10.46.46.f3edcb3b301c541c121c7786c676685d.pdf>. Acesso: 5 fev. 2016.

FRADE, Marco Andrey Cipriani et al. Úlcera de perna: um estudo em Juiz de Fora – MG (Brasil) e região. In: **An Bras Derm**, v. 80, n. 1, 41-46, 2005.

FRANÇA, L. H.G, TAVARES, V. Insuficiência Venosa Crônica. Uma atualização. In: **J Vasc Br**, v. 2, n. 4, 318-328, 2003

FRIED, Linda; NEWMAN, Anne B.. Peripheral arterial disease: Insights from population studies of older adults. In: **Journal Of The American Geriatrics Society.**, 1157-1162. 2000.

JACQUES, E. J; GONÇALO, C.R. Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. In: **Revista de administração e inovação**. São Paulo, v. 4, n. 1, 106-124, 2007.

LEAL, Flávia de Jesus et al . Fisioterapia vascular no tratamento da doença venosa crônica. In: **J. vasc. bras**. Porto Alegre, v. 14, n. 3, 224-230, Sept. 2015.

LORIMER, K. R. Continuity through best practice: design and implementation of a nursed community leg ulcer service. In: **J. Nurs. Res.**, v. 36, n. 2, 105 – 112, 2004.

LORIMER, K.R. et al. Venous le ulcer care: how evidence-based is nursing practice? In: **J Wound Ostomy Continence Nurs.**, v. 30, n. 3, 132 – 142, 2003.

MACHADO, Regimar Carla; GUERRA, Grazia Maria; BRANCO, João Nelson Rodrigues. Validação de protocolo paraassistênciaa pacientes com balão intra-aórtico. In: **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. spe1, 13-19, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800003&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 22 jun. 2016.

MALUF, Ivan et al. Avaliação da adesão de médicos ao protocolo de hipertensão arterial da secretaria municipal de saúde de Curitiba. In: **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 94, n. 1, 86-91, jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jun. 2016.

MARTINS, Marlene Andrade. **Avaliação de feridas crônicas em pacientes atendidos em unidades básicas de saúde de Goiânia**. 2008. 143 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2008.

MORAIS, G.F.C.; OLIVEIRA, S.H.S; SOARES, M.J.G.O. Avaliação de Feridas Pelos Enfermeiros de Instituições Hospitalares da Rede Pública. In: **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n.1, 98-105, jan/mar 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/11.pdf>>. Acesso: 15 mai. 2016.

MULLER, Patrícia Venzon. **Coberturas e terapias no cuidado com feridas: uma revisão integrativa**. 2014. 42 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de assistência aos portadores de feridas**. Natal: SMS, 2008.

NUNES, Jussara de Paiva. **Avaliação da assistência à saúde dos portadores de úlceras venosas atendidos no programa de saúde da família do município de Natal/RN**. 2006. 131 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.

PAES, Graciele Oroski et al. Protocolo de cuidados ao cliente com distúrbio respiratório: ferramenta para tomada de decisão aplicada à enfermagem. In: **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, 303-310, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200303&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 11 jun. 2016.

PIMENTA, Cibele A. de M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN/SP, 2015. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf> . Acesso: 10 fev. 2016.

PINTO, Deisy Mello de. et al. Segurança do paciente e a prevenção de lesões cutâneo-mucosas associadas aos dispositivos invasivos nas vias aéreas. In: **Rev. Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, 775-782, jul. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0775.pdf>. Acesso: 05 jun. 2016.

POLANCZYK, Carisi Anne et al. **Protocolos Assistenciais como Estratégia de Adesão às Melhores Práticas Clínicas e Otimização de Recursos**. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/observatorio/casoteca/103-casoteca/resumos-de-casos-da-literatura/154-experiencia-protocolos-assistenciais-como-estrategia-de-adesao-as-melhores-praticas-clinicas-e-otimizacao-de-recursos>>. Acesso em: 22 set. 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. 487 p.

POLETTI, Nadia Antonia Aparecida. **O cuidado de enfermagem a pacientes com feridas crônicas: a busca de evidências para a prática**. 2000. 269f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

PORTO, C.C. **Exame clínico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POSSO, M.B.S. **Semiologia e semiotécnica de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

QAESEEM, et al. Treatment of pressure ulcers: a clinical practice guideline from the american college of physicians. In: **Ann Intern Med**, v. 162, 370-379, 2015.

RIBEIRÃO PRETO, Comissão de Assistência, Assessoria e Pesquisa em Feridas da Secretaria Municipal da Saúde. **Manual de assistência integral às pessoas com feridas crônicas**. Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340367448manual_feridas_2011.pdf>. Acesso: 05 jun. 2016.

ROCHA, Pérsio Mariano da et al. Efeito da implantação de um protocolo assistencial de asma aguda no serviço de emergência de um hospital universitário. In: **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 30, n. 2, 94-101, apr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 11 jun. 2016.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; MATTOS, Cibele Andrucio de; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. In: **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p.508-511, 2007.

SANTOS, Joseane Brandão dos et al. **Avaliação e tratamento de feridas**: orientações aos profissionais de saúde. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2012.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto/Faculdade de Medicina São José do Rio Preto. **Protocolos de Enfermagem: Prevenção e Tratamento de Feridas**. 3ª ed. São José do Rio Preto: Secretaria de Saúde, 2012. Disponível em: <http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/mategraf/prot_enfer_trat_fer.pdf>. Acesso: 10 fev. 2016.

SÃO PAULO (Cidade), Secretaria da Saúde. Programa de Prevenção e Tratamento de Úlceras. **Protocolo de prevenção e tratamento de úlceras crônicas do pé diabético**. São Paulo: SMS, 2010. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/nupes/Programa_Prevencao_e_Tratamento_de_Ulcera_Cronicas_e_do_Pe_Diabético.pdf>. Acesso: 10 mai. 2016.

SÃO PAULO (Cidade), Secretaria Municipal da Saúde. Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas. **Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas**. São Paulo: SMS, 2004. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/departamento/ens/sel/protocolo_feridas.pdf>. Acesso: 15 mar. 2016.

SCHULTZ, Gregory et al. Wound healing and TIME: new concepts and scientific applications. **Wound Repair And Regeneration: the international journal of tissue repair and regeneration**, p. 1-11. 2005

SCOTLAND, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. **Management of chronic venous leg ulcers – A national clinical guideline**. Scotland: SIGN, aug. 2010. Disponível em: <<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign120.pdf>>. Acesso: 10 mai. 2016.

SEIDEL, A.C. et al. Diagnóstico diferencial das úlceras artérias e venosas. In: **An.Paul.Med.Cir.**, v. 126, n. 4, p. 130-154, 1999.

STEIN, A. T. Busca da melhor evidência e de efetividade no GHC. In: **Momento e Perspectiva em Saúde**. Porto Alegre, v. 18, n. 2, 72-73, jul./dez. 2005.

SCHWEITZER, Gabriela et al . Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial a pacientes traumatizados: cuidados antes do voo. In: **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 6, p. 1056-1066, Dec. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 11 jun. 2016.

TAJRA, S.F. **Gestão estratégica na saúde**: reflexões e práticas para uma administração voltada para a excelência. 3. ed. São Paulo: Iátria, 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.

VALENCIA, Isabel C. et al. Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. In: **Journal Of The American Academy Of Dermatology**. Philadelphia, 401-421. 2001

ZYLBERSZTEJN, J; HAGEMANN, L; FRITZEN, R. **Protocolos clínicos e sua interface com ensino, pesquisa assistência e política de gestão**. 2006. Monografia (Especialização) - Curso de Gestão Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública, Porto Alegre, 2006.

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA REGISTRO DA AVALIAÇÃO DAS
INFORMAÇÕES***

Número	
Título	
Autores	
Ano de publicação	
Periódico	
Local de publicação	
Objetivo	
População	
Método	
Resultados	
Conclusões	
Observações	

* Esse instrumento também será utilizado para os dados extraídos de teses e dissertações.

**APÊNDICE B – QUADRO SINÓPTICO: INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DAS
INFORMAÇÕES***

Produções	Título	Autores	Ano de Publi- cação	Objetivo	Método	Resultados	Conclu- sões
1							
2							
3							
4							

*** Esse instrumento também será utilizado para os dados extraídos de teses e dissertações.**

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do CAAE: 51481915.7.0000.5327

Título do Projeto: DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE CUIDADO COM ÚLCERAS VASCULARES

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é saber a sua opinião sobre a aplicabilidade e efetividade de um protocolo de cuidado com úlceras venosas e arteriais de acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde. Esta pesquisa está sendo realizada pelas pesquisadoras da Escola de Enfermagem da Universidade federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: responder um questionário objetivo, dividido em 4 partes. A primeira parte será direcionada às características dos consultores (juizes do estudo); a segunda parte do instrumento refere-se às variáveis contempladas no protocolo; a terceira parte do instrumento será constituída por um parecer final em relação ao protocolo e, por fim, eleição dos critérios de análise dos requisitos de avaliação geral do protocolo.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são relacionados ao momento de responder às perguntas, pois pode ser possível que você sinta algum desconforto e cansaço pelo tempo utilizado para realizar as respostas.

Não há benefício imediato decorrente da participação neste estudo, entretanto, as respostas fornecidas auxiliarão as pesquisadoras a conhecer sua opinião, para contribuir para desenvolver um protocolo de assistência às pessoas com úlceras vasculares e otimizar a assistência à população acometida por esse problema.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo institucional. A participação no estudo não está associada a nenhum tipo de avaliação profissional ou de desempenho.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Denise Tolfo Silveira, pelo telefone (51)33085256 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA),

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 1 de 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 1 de 1

**APÊNDICE D – PROTOCOLO DE CUIDADO COM ÚLCERAS VASCULARES –
PROPOSTO NA 1ª AVALIAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II**

Questionário de Avaliação

“Desenvolvimento e avaliação de um protocolo de cuidado com úlceras vasculares”

Este instrumento tem o objetivo de avaliar os elementos essenciais para desenvolvimento de um protocolo de cuidados com úlceras vasculares. Faz parte do trabalho de conclusão do curso desenvolvido pela aluna Daniela Ferreira Rocha sob orientação da Profa. Dra. Denise Tolfo Silveira.

O ideal é que o questionário seja totalmente preenchido; na falta de alguma informação não há problemas em deixar o campo em branco e continuar a avaliar o restante. Qualquer problema, dúvida ou sugestão – E-mail: daniela.ferreirarocha@gmail.com Fone: (51) 85100770.

Sua colaboração é muito importante para o sucesso deste estudo e desde já agradecemos a colaboração prestada.

1. Caracterização da amostra

Categoria profissional:

Tempo de serviço:

Trabalha com prevenção e tratamento de feridas?

() SIM () NÃO

Há quanto tempo?

Membro da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas – CPTF?

() SIM () NÃO

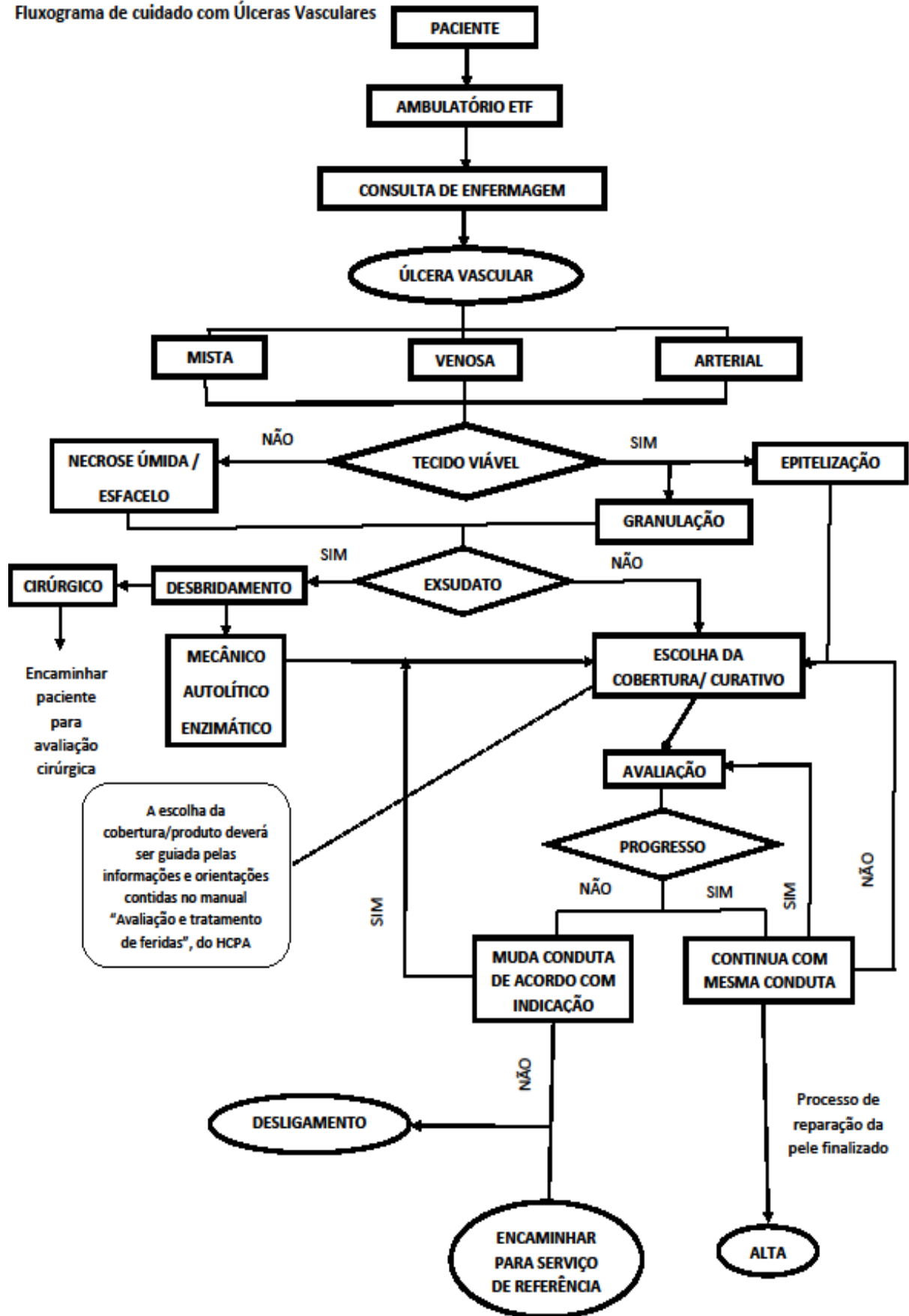
2. Avaliação dos elementos

Instruções: para cada elemento listado abaixo, por favor, indique na coluna sua resposta de acordo com a legenda. Grau de Pertinência como qualidade de pertencer ao conjunto de dados. Grau de Relevância na qualidade de importância de pertencer ao conjunto de dados. Grau de Prioridade na qualidade 1º lugar, no caso do valor da pertinência.

Componentes	Grau de Pertinência			Grau de Relevância		Grau de Prioridade	
	Concordo	Sem Opinião	Discordo	Importante	Não Importante	Não se Aplica	[1] [2] [3] [4] [5] Alta Baixa
Fluxograma							
Diferenciação das úlceras							
Avaliação das úlceras							
Exsudato							
Desbridamento							
Índice Tornozelo Braço – ITB							
Crítérios de desligamento							

3. Aponte suas sugestões para melhoria, dúvidas e/ou esclarecimentos nos componentes do fluxograma bem como nos demais elementos do texto de apoio

Fluxograma de cuidado com Úlceras Vasculares



TEXTO DE APOIO

DIFERENCIAÇÃO DAS ÚLCERAS

Etiologia	Venosa	Arterial
Características	<ul style="list-style-type: none"> - Trombose Venosa Profunda e Varizes; - Imobilidade, obesidade, atividade laboral em pé ou trauma; - Sem claudicação; - Desconforto moderado; 	Aterosclerose, arterites, microangiopatias diabéticas e hipertensiva, claudicação intermitente aliviada pelo repouso, dor noturna aliviada por uma posição pendente, dor em repouso e na úlcera.
Localização	1/3 inferior da perna próximo ao maléolo medial.	Dorso ou borda externa do pé, lateral da perna ou áreas de trauma
Número	Única	Uma ou mais
Comprometimento de tecidos vizinhos	Dermatites, eczemas e edema sem comprometer aponeurose e músculos, anquilose do tornozelo ou retração de tendão.	Margens vermelhas ou vinhosas, às vezes exposição de aponeurose, músculos e tendões.
Queixas	Desconforto moderado, alivia com elevação do membro; Geralmente só apresentam dor quando infectada;	Dolorosa com comprometimento do sono e atividades habituais
Edema	Tornozelo ou perna.	Presente nos casos de dor em repouso.
Temperatura dos membros	Normal ou aumentada.	Diminuída
Aspecto da ferida	<ul style="list-style-type: none"> - Superficial, leito com bordas infiltradas e irregulares; - Presença de tecido de granulação; - Exsudação intensa na presença de edema; 	Bordas regulares e isquêmicas, rosa, nacarada, superficial ou profunda, podem estar presentes pequenas quantidades de tecido de granulação pálido ou tecido necrótico negro.
Diagnóstico	Clínico	Clínico

Pulso	Geralmente palpável.	Ausente ou diminuído
Outros achados	Pele do membro acometido lisa e brilhante, descamativa, hiperemiada, hipo e/ou hiperpigmentada e dermatite venosa; <ul style="list-style-type: none"> • Lipodermatoesclerose; • Linfedema; • Veias dilatadas; • Ausência de neuropatia periférica; • Cicatrizes de úlceras recorrentes; • Índice Tornozelo-Braço – ITB de 0,8 a 1,0; 	Ressecada, pêlos escassos; <ul style="list-style-type: none"> • Dor; • Pés frescos ou frios; • Atrofia de pele (fina e lustrosa); • Perda de pêlos da extremidade inferior; • Rubor quando pendente; • Palidez por elevação; • Possível gangrena; • Espessamento de unhas; ITB < 0,8

Fonte: Belo Horizonte (2011).

AVALIAÇÃO DAS ÚLCERAS

Tecido inviável ou deficiente Infecção ou inflamação Manutenção da umidade
 Epitelização das margens – **TIME**

<i>Wound Bed Preparation</i> Preparo do leito da ferida / TIME				
Observações clínicas	Fisiopatologia proposta	Ações clínicas WBP*	Efeitos das ações de WBP	Resultados clínicos
Tecido não viável ou deficiente	Matriz defeituosa e detritos de células prejudicando a cicatrização	Desbridamento (periódico ou contínuo) <ul style="list-style-type: none"> • Autolítico, instrumental cirúrgico, enzimático, mecânico ou biológico. 	Restauração da base da ferida e proteínas da matriz extracelular	Tecido da ferida viável
Infecção ou inflamação	Alta carga bacteriana ou inflamação prolongada ↑ citoquinas inflamatórias ↑ atividade das proteases ↓ atividade dos fatores de crescimento	<ul style="list-style-type: none"> • Remover foco infectado • Topical/sistêmico • Antimicrobianos • Anti-inflamatórios • Inibidores das proteases 	Contagem bacteriana baixa ou inflamação controlada: ↓ citoquinas inflamatórias ↓ atividade das proteases ↑ atividade dos fatores de crescimento	Equilíbrio bacteriano e controle da inflamação
Desequilíbrio da umidade	Ressecamento que reduza a migração de células epiteliais.	Aplicar curativos para o equilíbrio da umidade, compressão, pressão	Migração das células epiteliais restauradas Evitado ressecamento e edema, excesso de exsudato	Equilíbrio da umidade

	Exsudação excessiva causa maceramento da margem da ferida.	negativa ou outros métodos para remover exsudato	controlado, maceração evitada	
Margem da ferida não avança ou presença de espaço morto	Queratinócitos não migram. Células da ferida não respondem e anormalidades ou matriz extracelular ou atividade anormal das proteases.	Reavaliar causa ou considerar terapias corretivas: <ul style="list-style-type: none"> • Desbridamento • Enxerto de pele • Agentes biológicos • Terapias adjuntas 	Migração dos queratinócitos e células da ferida respondendo Restauração apropriada das proteases	Margem da ferida não avança

Fonte: Schultz et al (2008).

EXSUDATO

Característica: Seroso, serosanguinolento, sanguinolento, purulento.

Volume:

- Pouco: até 5 gazes
- Moderado: de 5 a 10 gazes
- Grande: mais de 10 gazes

Odor: ausente, discreto, acentuado (BELO HORIZONTE, 2011).

DEBRIDAMENTO

É o ato de remover da lesão o tecido desvitalizado e/ou material estranho de lesão traumática ou crônica, infectada ou não, até expor-se o tecido saudável. O tipo de desbridamento a ser indicado depende do quadro clínico completo, incluindo as características da lesão, do paciente, sua história social, recursos disponíveis e o ambiente no qual o paciente se encontra.

Desbridamento Autolítico: significa autodestruição, autodegradação natural do tecido necrótico. Para que este processo possa acontecer, é necessário que o leito da ferida seja mantido com umidade fisiológica e temperatura em torno de 37°C, utilizando coberturas que são detentoras de umidade. Sua vantagem é ser um método indolor, não invasivo e seletivo (destrói somente o tecido desvitalizado).

Desbridamento Químico / Enzimático: método onde são utilizadas enzimas proteolíticas para obter remoção mais rápida do tecido desvitalizado por degradação do colágeno. Não é um método seletivo. Exemplo: colagenase, estreptoquinase e papaína.

Desbridamento Mecânico: consiste na remoção da necrose do leito da ferida utilizando força física. Pode ser usada fricção com gaze, irrigação com jato de soro, curativo úmido seco, instrumental cortante, podendo ser necessária ou não a analgesia. Nos centros de saúde básicas este desbridamento pode ser realizado apenas em feridas que se estendem até a fáscia, desde que não haja comprometimento arterial ou necessidade de analgesia (BELO HORIZONTE, 2011).

INDICE TORNOZELO BRAÇO – ITB

O índice tornozelo/braço é determinado dividindo-se a pressão sistólica do tornozelo (Pt) pela pressão sistólica do braço (Pb), ou seja, $ITB = Pt/Pb$. A finalidade do teste é detectar a insuficiência arterial e graduá-la. O ITB não é útil em avaliar a presença de comprometimento microvascular associado à artrite reumatoide, vasculite sistêmica e diabetes mellitus.

Relação entre o ITB e as diferentes fases da isquemia

Relação entre o ITB e as diferentes fases da isquemia	
Resultados	Interpretação
1,11 ± 0,10	Indivíduo normal.
0,59 ± 0,15	Doente com claudicação intermitente
0,26 ± 0,13	Doente com dor em repouso
0,05 ± 0,08	Doente com risco de gangrena

Em pacientes com diabetes, com artérias calcificadas, estes índices podem mostrar-se elevados mesmo em vigência de doença arterial obstrutiva (BELO HORIZONTE, 2011).

CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO

Cura: epitelização completa da ferida ou processo de reparação da pele finalizado.

Abandono: faltar ao retorno agendado sem comunicação prévia e sem resposta à busca ativa; não seguir corretamente as orientações dadas pelos profissionais da equipe de saúde ou não concordar com elas.

A pedido: desligamento solicitado pelo paciente

Encaminhamento: encaminhado para outro serviço de saúde para continuidade do tratamento.

Falência do tratamento: após 6 meses de tratamento sem evolução satisfatória. Nestes casos, manter curativo convencional (SF 0,9% + gaze) após o desligamento.

Óbito (BELO HORIZONTE, 2011).

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (Org.). **Protocolo de prevenção e tratamento de feridas**. Belo Horizonte, 2011.

SCHULTZ, Gregory et al. Wound healing and TIME: new concepts and scientific applications. **Wound Repair And Regeneration: the international journal of tissue repair and regeneration**, p. 1-11. 2005.

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO – COMPESQ/EENF

ps://www1.ufrgs.br/PortalServidor/Pesquisa/Pesquisador/forms/form_index.php

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Denise Tolfo Silveira

Dados Gerais:

Projeto Nº:	30096	Título:	DESENVOLVIMENTO E AVALIACAO DE UM PROTOCOLO DE CUIDADO COM ULCERAS VASCULARES	
Área de conhecimento:	Enfermagem	Início:	01/01/2016	Previsão de conclusão: 30/07/2016
Situação:	Projeto em Andamento			
Origem:	Escola de Enfermagem	Projeto Isolado		
Local de Realização:	não informado			
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.				
Objetivo:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Elaborar um protocolo de cuidado com úlceras venosas e arteriais. </div>			

Palavras Chave:

CUIDADOS DE ENFERMAGEM
 FERIMENTOS E LESÕES
 PROTOCOLOS CLINICOS

Equipe UFRGS:

Nome: DENISE TOLFO SILVEIRA
 Coordenador - Início: 01/01/2016 Previsão de término: 30/07/2016

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - **Aprovado** em 25/11/2015 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

Anexos:

[Projeto Completo](#)

Data de Envio: 20/11/2015

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO – CEP/HCPA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE CUIDADO COM ÚLCERAS VASCULARES

Pesquisador: Denise Tolfo Silveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51481915.7.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.405.589

Apresentação do Projeto:

As úlceras vasculares constituem um sério problema de saúde pública em função do grande número de pessoas acometidas que necessitam de cuidados em saúde. A escolha do tratamento adequado tem como objetivo o conforto, alívio da dor, que deve ser feito de forma individualizada, atentando-se também para as questões socioeconômicas. Tanto a atenção primária, quanto a terciária realizam essa assistência ao paciente com úlcera, em graus distintos, assim há necessidade de utilizar-se um protocolo que guie essa conduta. O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais e também são instrumentos legais. Neste contexto, considera-se essencial trabalhar este tema em termos de factibilidade de padronização de condutas e apoio a decisão clínica para aprimorar a assistência aos pacientes atendidos. Este estudo propõe-se a elaborar um instrumento que sirva como norteador da assistência de enfermagem no cuidado ao paciente com úlceras vasculares.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Elaborar um protocolo de cuidado com úlceras venosas e arteriais.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.405.589

Objetivo Secundário:

- a) Descrever as etapas de desenvolvimento do protocolo;
- b) Analisar a opinião de especialistas da área temática sobre a aplicabilidade e efetividade do protocolo de acordo com os critérios da OMS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Embora não sejam conhecidos riscos pela participação no projeto, poderão ocorrer desconfortos e perda de tempo do participante de pesquisa que receberá o material para responder em casa, com prazo de 15 dias para devolução. Benefícios difusos relacionados ao conhecimento sobre o tema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de TCC do curso de graduação em enfermagem. Embora já existam protocolos para cuidado com úlceras vasculares, o estudo propõe atualizar os existentes através de revisão atualizada e avaliada por juízes, no caso as enfermeiras que atuam no ambulatório do HCPA e atendem tais pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 1.389.223 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 19/01/2016. Não apresenta novas pendências.

Embora o TCLE anexado tenha sido modificado, ainda era preciso fazer mais algumas adequações pelo fato dos participantes serem funcionários do HCPA. Sendo assim, o CEP está incluindo nova versão aprovada do TCLE, substituindo "atendimento" por "vínculo institucional" e incluindo a frase "A participação no estudo não está associada a nenhum tipo de avaliação profissional ou de desempenho".

A versão do TCLE que deverá ser utilizada no HCPA é a versão adicionada e aprovada pelo CEP HCPA em 29/01/2016.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.405.589

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão do projeto de 19/01/2016, TCLE incluído pelo CEP de 29/01/2016 e demais documentos submetidos até a presente data, que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deverá estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada. A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEaprovado51481915700005327.pdf	29/01/2016 14:53:08	Gabriella Rejane dos Santos Dalmolin	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_636063.pdf	19/01/2016 17:32:32		Aceito
Outros	RESPOSTA_PARECER_GPPG.pdf	19/01/2016 17:32:15	Denise Tolfo Silveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_posCEP.doc	19/01/2016 17:30:34	Denise Tolfo Silveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTCC_posCEP.pdf	19/01/2016 17:30:20	Denise Tolfo Silveira	Aceito
Outros	delegafuncoesHCPA.pdf	01/12/2015 13:21:15	Denise Tolfo Silveira	Aceito
Outros	Compesq.pdf	30/11/2015 17:58:08	Denise Tolfo Silveira	Aceito
Outros	COMPESQaprovado.pdf	30/11/2015	Denise Tolfo	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.405.589

Outros	COMPESQaprovado.pdf	17:56:11	Silveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/11/2015 17:55:09	Denise Tolfo Silveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTCC_30nov.pdf	30/11/2015 17:51:46	Denise Tolfo Silveira	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	30/11/2015 17:51:25	Denise Tolfo Silveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 10 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
José Roberto Goldim
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

ANEXO C – FOLDER ADUCATIVO SOBRE ÚLCERA VENOSA

Coordenadora de Comunicação do HCPA - PES022 - 282170 - setembro/13

d) Prática de exercícios físicos

Para melhorar a circulação, pratique exercícios físicos regulares como a caminhada e realize flexão e extensão dos pés (para prevenção do endurecimento da articulação do tornozelo).



e) Alimentação saudável

Mantenha a hidratação, a alimentação e o peso saudável. Evite o uso de bebidas alcoólicas.

Controle periodicamente sua pressão arterial e o nível de açúcar no sangue.

Não fume.

IMPORTANTE

Para evitar que a úlcera volte, use meias elásticas e adote as medidas recomendadas. Em caso de dúvidas, fale com seu médico ou enfermeiro.



HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE - RS

SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA
COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

Rua Ramiro Barcelos, 2350
Largo Eduardo Z. Faraco
Porto Alegre/RS 90035-903
Fone 51 3359 8000
Fax 51 3359 8001
www.hcpa.ufrgs.br

Úlcera Venosa
Orientações para
pacientes e cuidadores

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE - RS

O que é úlcera venosa?

Úlcera venosa é uma ferida que surge nas pernas devido à má circulação do sangue nas veias (insuficiência venosa).

Por que a úlcera venosa surge?

Porque as veias têm dificuldade de levar o sangue de volta até o coração. As principais causas dessa dificuldade são varizes de longa duração, flebite e trombose venosa profunda. Ter casos na família aumenta muito a chance de ter a doença (herança genética).

Quando a insuficiência venosa dura muito tempo, é chamada de crônica.


O diagnóstico de insuficiência venosa crônica, na maioria dos casos, é feito através do exame físico. Às vezes são necessários exames mais detalhados como a flebografia (raio-X das veias com uso de contraste) ou ecodoppler venoso (ecografia que avalia o fluxo de sangue nas veias).

Além da úlcera, os pacientes podem apresentar:

- endurecimento e perda da sensibilidade da pele;
- inchaço (edema);
- manchas escuras na pele (dermatite ocre);
- cansaço;
- dor nas pernas;
- sensação de peso nos pés;
- coceira geralmente em áreas vermelhas e quentes.

Qual a localização mais frequente da úlcera venosa?

- Tornozelos
- Parte inferior da perna



Como se trata a úlcera venosa?


a) Curativo

Fazer o curativo correto é de extrema importância para auxiliar na cicatrização.

- Lavar a úlcera com soro fisiológico morno.
- Secar com gaze somente ao redor da úlcera (não secar dentro da úlcera).
- Aplicar na úlcera o produto indicado pelo enfermeiro ou médico.
- Usar gaze não aderente em contato direto com a úlcera, por exemplo, gaze de viscosa. Após, cobrir com gaze de algodão.
- O uso de sabão não está indicado.

b) Compressão

A compressão do pé e da perna com bota de Unna ou atadura elástica melhora o retorno venoso e é fundamental para a cicatrização.



c) Elevação das pernas

A elevação das pernas é um método simples e sem custos que auxilia no retorno venoso através da força da gravidade.

Fazer repouso reclinado ou deitado, com as pernas elevadas acima do nível do coração, por 30 minutos, duas vezes por dia.

Manter elevado os pés da cama.

Evite permanecer muitas horas em pé ou sentado com as pernas pendentes, pois piora a circulação.

Reestabelecimento da circulação sanguínea normal com uso de compressão