



Artigo Original

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM ÚLCERAS VENOSAS: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO*

ASSISTANCE PROTOCOL FOR VENOUS ULCERS PATIENTS: VALIDATION OF CONTENTS

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ÚLCERAS VENOSAS: VALIDACIÓN DE CONTENIDO

Daniele Vieira Dantas¹, Rodrigo Assis Neves Dantas², Isabelle Katherinne Fernandes Costa³, Gilson de Vasconcelos Torres⁴

As úlceras venosas requerem tratamento complexo e são responsáveis por morbimortalidade significativas. Este estudo objetiva identificar aspectos validados por juízes para elaboração de protocolo de assistência a pessoas com úlceras venosas. Trata-se de pesquisa descritiva, quantitativa, com 39 profissionais (30 enfermeiros, 7 médicos e 2 fisioterapeutas), realizada no Hospital Universitário Onofre Lopes, entre abril e julho/2010. A coleta de dados foi realizada através de questionário tipo *check list*. A análise foi feita no *Statistical Package for Social Science* 15.0 avaliando concordância das diretrizes. Os resultados foram os aspectos de composição do protocolo: avaliação do paciente e lesão, registro/documentação, cuidado com ferida/pele perilesional, indicação de cobertura, uso de antibiótico e tratamento da dor, tratamento cirúrgico/medicamentoso, melhoria do retorno venoso e prevenção de recidiva, encaminhamento dos pacientes, capacitação, referência/contra-referência. Conclui-se que para compor o protocolo, fazem-se necessários aspectos referentes a diagnóstico, tratamento e prevenção das lesões.

Descritores: Úlcera Varicosa; Assistência Integral à Saúde; Protocolos; Enfermagem.

Venous ulcers require complex treatment and are responsible for significant morbidity and mortality rates. This study aims at identifying aspects validated by the jury for the preparation of an assistance protocol for venous ulcer sufferers. It is a descriptive and quantitative research, with 39 professionals (30 nurses, 7 doctors and two physiotherapists), held at the Onofre Lopes University Hospital, between April and July/2010. Data collection began through a questionnaire checklist. Analysis was performed through *Statistical Package for Social Science* 15.0, assessing compliance with guidelines. Results were the compositional aspects of the protocol: assessment of patient and lesion history/documentation, wound care/perilesional skin, dressing suggestion, use of antibiotics and pain treatment, surgical treatment/medication, improving venous return and relapse prevention, patient referral, professional training and referral/counter-referral. It was concluded that to compose the protocol, aspects related to diagnosis, treatment and injury prevention must be considered.

Descriptors: Varicose Ulcer; Comprehensive Health Care; Protocols; Nursing.

Las úlceras venosas requieren tratamiento complejo y son responsables por morbilidad y mortalidad significativas. El objetivo fue identificar aspectos validados por jueces para preparación de protocolo para personas con úlceras venosas. Investigación descriptiva y cuantitativa, con 39 profesionales (30 enfermeros, 7 médicos y 2 fisioterapeutas), en el Hospital Universitario Onofre Lopes, entre abril y julio/2010. La recolección de datos a través de lista de verificación cuestionario. Análisis se realizó en *Statistical Package for Social Science* 15.0 evaluando directrices de cumplimiento. Los resultados fueron aspectos compositivos del protocolo: evaluación del paciente y lesión de registro/documentación, cuidado de herida/piel perilesional, cobertura de sentencias, uso de antibióticos y tratamiento del dolor, tratamiento quirúrgico/medicación, mejorando retorno venoso y prevención repetición, derivación de pacientes, formación, referencia/contra-referencia. Para componer el protocolo, son aspectos necesarios diagnóstico, tratamiento y prevención de lesiones.

Descritores: Úlcera Varicosa; Assistência Integral à Saúde; Protocolos; Enfermería.

*Extraído da Dissertação Assistência aos portadores de úlceras venosas: proposta de protocolo, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) em 2010, financiada pela Fundação de Apoio a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Norte (FAPERN), através do edital de Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS III MS / CNPq / FAPERN / SESAP – n.º 011/2009, e Projeto PNPD UFRN n.º 850001-850020.

¹Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente do Centro Universitário da Faculdade de Ciências, Cultura e Extensão do Rio Grande do Norte (UNIFACEX), da Escola de Enfermagem de Natal/UFRN e Enfermeira do Hospital Maria Alice Fernandes. Natal, RN, Brasil. E-mail: daniel00@hotmail.com.

²Enfermeiro. Doutorando pelo Programa Pós-Graduação em Ciências da Saúde/UFRN. Professor Assistente II do Departamento de Enfermagem/UFRN e Enfermeiro do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Metropolitano do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. E-mail: rodrigoenf@yahoo.com.br.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa Pós-Graduação em Enfermagem/UFRN. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem/UFRN. Natal, RN, Brasil. E-mail: isabellekfc@yahoo.com.br

⁴Enfermeiro. Pós-Doutor em Enfermagem/Évora-Portugal. Professor Titular do Departamento de Enfermagem/UFRN. Pesquisador do CNPq (PQ-2). Natal, RN, Brasil. E-mail: gilsonvtorres@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

As úlceras mais frequentemente encontradas nos serviços da rede básica de saúde, hospitais gerais e especializados advêm da insuficiência venosa crônica (IVC), em um percentual entre 80% a 85%, e de doença arterial (5% a 10%), sendo o restante de origem neuropática ou mista⁽¹⁻²⁾. As úlceras venosas (UV), feridas crônicas que resultam da IVC, acometem pessoas de diferentes faixas etárias, com índices elevados de recidiva (66% dos casos), e repercutem de forma severa na deambulação dos portadores. As lesões requerem tratamento duradouro e complexo e são causa de hospitalização prolongada, sendo responsáveis por morbidade e mortalidade significativas⁽³⁻⁴⁾. A IVC é resultante da insuficiência das válvulas das veias da perna e da associação do refluxo de sangue para as veias superficiais, este agravo pode ser de etiologia congênita, primária ou secundária⁽⁵⁾.

Os cuidados com as UV, devido ao tratamento longo e complexo, exigem atuação interdisciplinar, adoção de protocolo, conhecimento específico, habilidade técnica, articulação entre os níveis de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) e também participação ativa dos pacientes e familiares, dentro de uma perspectiva integral da assistência⁽³⁾.

A integralidade na atenção à saúde é definida como um princípio do SUS, orientando políticas e ações que respondam às demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado⁽⁶⁾.

Na abordagem a pessoa com UV, considera-se como aspecto fundamental a assistência sistematizada

pautada em protocolo que possibilita a equipe multidisciplinar avaliar os fatores relacionados aos aspectos clínicos (características da dor, sinais de IVC, tempo de lesão e características do membro afetado e da úlcera), assistenciais (diagnóstico, condutas e intervenções) e da qualidade de vida dos pacientes, que podem interferir na evolução da cicatrização da UV⁽⁷⁻¹¹⁾.

Essa ideia é reforçada por estudos realizados no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, utilizando um protocolo de prevenção e tratamento de feridas crônicas, no qual os resultados alcançados foram eficazes e 100% dos pacientes tiveram suas feridas epitelizadas⁽⁷⁾.

Para tanto, faz-se necessário validar o conteúdo do protocolo, uma vez que esse tipo de validação é utilizado para o reconhecimento da qualidade dos instrumentos, sendo aspecto fundamental para a legitimidade e credibilidade dos resultados de uma pesquisa. A validação de conteúdo é a metodologia que engloba duas fases distintas, a análise conceitual que é feita pelo autor à luz de literatura e a avaliação por especialistas⁽¹²⁾.

Segundo estudos⁽¹³⁻¹⁵⁾, quando a assistência é mal conduzida, a lesão pode permanecer anos sem cicatrizar, acarretando alto custo social e emocional. Em inúmeros casos, afasta o indivíduo do trabalho, agravando as condições socioeconômicas e a qualidade de vida dos portadores e familiares, além de onerar os serviços de saúde. Em diversos estudos em nível de atenção básica⁽¹⁴⁾, média e alta complexidade^(13,15) constatamos que a assistência proporcionada pelo SUS, no Rio Grande do Norte (RN), não vem contribuindo para o tratamento efetivo e prevenção de novas úlceras, aumentando a demanda de portadores de lesões

crônicas, as quais estão cada vez mais difíceis de serem tratadas, e muitas vezes, com complicações avançadas e irreversíveis, com agravamento do estado geral e de doenças crônicas pré-existentes.

A assistência aos indivíduos, bem como o manejo e o tratamento específico da UV, requer da equipe multidisciplinar especializada e envolvida em um conjunto de estratégias que possibilitem a identificação de caminhos para o alcance precoce dos objetivos propostos na assistência, o que é possível através de protocolo de assistência a pessoas com essas lesões^(11,14). Porém faz-se necessário identificar quais aspectos devem compor o protocolo de assistência a pessoa com UV e dessa forma validá-los por especialistas.

Dessa forma, este artigo tem por objetivo identificar os aspectos validados por juízes para elaboração de protocolo de assistência a pessoas com úlceras venosas no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL).

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no ambulatório de clínica cirúrgica do HUOL vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), no período de abril a julho de 2010. A escolha do setor de curativos do HUOL justificou-se por ser hospital de referência em assistência a pessoas com UV, por ser campo dos estágios curriculares e extracurriculares de acadêmicos de graduação em medicina e enfermagem e de alunos de nível médio (auxiliar e técnico de enfermagem) e por ser um espaço onde se desenvolvem projetos de pesquisa e extensão, nos quais a pesquisadora está inserida.

A amostra intencional foi composta por 39 especialistas, sendo 30 enfermeiros, sete médicos e dois fisioterapeutas. Os profissionais distribuíram-se em: três médicos angiologistas e um enfermeiro integrantes da equipe de clínica cirúrgica do HUOL; quatro angiologistas de outras instituições (hospitais e clínicas privadas) e 29 enfermeiros especialistas em dermatologia e de reconhecida experiência no tratamento de UV no Estado, da Estratégia Saúde da Família e da rede hospitalar pública e privada. Além de dois fisioterapeutas especialistas na área vascular e que desenvolvem pesquisas na área, um da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e um da UFRN.

A inclusão de outros profissionais neste estudo, além dos funcionários do HUOL, justificou-se pelo reduzido número de profissionais com experiência em cuidado de lesões no hospital selecionado. Esses profissionais foram os juízes responsáveis por validar o conteúdo segundo diretrizes já propostas na literatura^(2,7-9). Os critérios de inclusão dos profissionais no estudo foram: especialistas em dermatologia e de reconhecida experiência no tratamento de UV. Os critérios de exclusão foram: a recusa em participar e estar afastado do serviço, durante a coleta de dados.

No instrumento os especialistas opinaram com D (Discordo) e C (Concordo), para validação do conteúdo a respeito dos aspectos propostos pela literatura: avaliação do paciente e da lesão, registro e documentação, cuidado com a ferida e a pele perilesional, indicação de cobertura, uso de antibiótico e tratamento da dor, tratamento cirúrgico da IVC, tratamento medicamentoso, melhoria do retorno venoso e prevenção de recidiva, encaminhamento dos pacientes a especialistas, capacitação profissional, referência e contrarreferência^(2,7-9). Este protocolo é de atuação

multiprofissional, já que depende da assistência de vários profissionais.

A validação de conteúdo⁽¹²⁾ reflete aquilo que os especialistas pensam, ou seja, busca-se um senso comum sobre o que está em julgamento, neste caso, as diretrizes propostas pela literatura^(2,7-9) para elaboração do protocolo de assistência a pessoas com úlcera venosa. Dessa forma, os especialistas julgaram o quanto essas diretrizes serão adequadas para a assistência a pessoa com UV⁽¹²⁾.

Os dados foram analisados no *Statistical Package for Social Science* (SPSS) 15.0 e realizadas médias aritméticas para a validação de conteúdo das diretrizes. Na análise foram considerados os aspectos (diretrizes) de composição do protocolo com índice Kappa (K) \geq 0,81 (ótimo).

A coleta de dados iniciou-se, após autorização da direção do HUOL e da aprovação do Comitê de Ética em

Pesquisa HUOL/UFRN, Parecer n.º 081/2007. Aos participantes do estudo foram explicados os objetivos e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos profissionais (enfermeiros, médicos e fisioterapeutas).

RESULTADOS

A maioria dos profissionais é constituída por enfermeiros (76,9%), entre 34 a 45 anos (41,0%), sexo feminino (79,5%), casado/união consensual (46,2%) e com especialização no cuidado a pessoa com UV (61,5%), 12,8% possuem mestrado e 2,6% doutorado. Os especialistas atuam na rede hospitalar (46,1%) e ambulatorial (30,8%), com tempo de cuidado de UV até cinco anos (69,2%) e 92,3% sentem-se preparados para assistir pessoas com úlceras venosas. Os aspectos de composição do protocolo de assistência as pessoas com UV foram dispostos nos Quadros 1 a 5.

Quadro 1 – A) Avaliação do paciente e da lesão. Natal, RN, Brasil, 2011.

Aspectos de composição do protocolo		Enfermeiro	Médico	Fisioterapeuta	Total
		\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}
A) Avaliação do paciente e da lesão^(2,9)					
A1	Realizar anamnese contemplando:				
A1.1	Nome, idade, sexo, endereço.	1,00	1,00	1,00	1,00
A1.2	História clínica.	1,00	1,00	1,00	1,00
A1.3	Cond. socio-econ./psicológica.	1,00	1,00	1,00	1,00
A1.4	Higiene pessoal.	1,00	1,00	1,00	1,00
A1.5	Estado nutricional e hematológico.	1,00	1,00	1,00	1,00
A1.6	Uso de medicamentos e drogas.	1,00	1,00	1,00	1,00
A1.7	Valores culturais.	1,00	1,00	1,00	1,00
A1.9	Palpação, percussão e ausculta.	0,97	1,00	1,00	0,97
A2	Identificar os fatores de risco:				
A2.1	História familiar de doença venosa.	1,00	1,00	1,00	1,00
A2.2	Veias varicosas.	1,00	1,00	1,00	1,00
A2.3	Trombose venosa profunda (TVP).	1,00	1,00	1,00	1,00
A2.4	Flebite.	0,93	1,00	1,00	0,95
A2.5	Cirurgia venosa prévia.	1,00	1,00	1,00	1,00
A2.6	Cirurgia ou fratura da perna.	0,93	1,00	1,00	0,95
A2.9	Obesidade.	0,97	1,00	1,00	0,97
A2.10	Trabalho períodos de pé/sentado.	1,00	1,00	1,00	1,00
A2.11	Investigar duração e recorrência.	1,00	1,00	1,00	1,00
A4	Descrever presença de:				
A4.1	Dor.	1,0	1,0	1,00	1,00
A4.2	Pulsos pedial, dorsal e tibial.	1,0	1,0	1,00	1,00
A5	Solicitar:				
A5.1	Hemograma completo.	1,00	1,00	1,00	1,00
A5.2	Glicemia em jejum.	1,00	1,00	1,00	1,00
A6	Avaliar infecção.	1,00	1,00	1,00	1,00
A7	Verificar sinais vitais	1,00	1,00	1,00	1,00
A8	Calcular índice massa corpórea.	0,90	1,00	1,00	0,92
A9	Definir a localização da ferida.	1,00	1,00	1,00	1,00
A10	Índice tornozelo/braço (ITB).	1,00	1,00	1,00	1,00
A11	Realizar a medida do ITB quando:				
A11.3	Úlcera recorrente.	0,93	1,00	1,00	0,95
A11.4	Meias de compressão p/prevenção.	0,97	1,00	1,00	0,97
A11.6	Aumento da dor, mudança na cor e/ou temperatura do pé.	0,90	1,00	1,00	0,92
A12	Descrever: profundidade, borda, tecido e exsudato.	1,00	1,00	1,00	1,00
A13	Mensurar área durante tratamento.	1,00	1,00	1,00	1,00
A15	Biopsiar na suspeita de infecção.	0,90	1,00	1,00	0,92
A16	Realizar eco-doppler colorido para:				
A16.1	Identificar insuficiência valvar e obstrução dos sistemas venosos.	1,00	1,00	1,00	1,00
A16.3	Atentar UV primária/secundária	0,97	1,00	1,00	0,97

Alguns itens obtiveram índice Kappa (K) menor que 0,81: episódio de dor torácica ($\bar{X}=0,72$); hemoptise ou história de uma embolia pulmonar ($\bar{X}=0,77$); exclusão de doença venosa ou outras ($\bar{X}=0,79$); realizar ITB quando úlcera não cicatriza

completamente, em 12 meses de tratamento ($\bar{X}=0,80$); cultura de exsudato após limpeza com soro fisiológico na suspeita de infecção ($\bar{X}=0,74$) e de plestimografia para diagnóstico e avaliação da conduta ($\bar{X}=0,80$).

Quadro 2 – B) Registro e documentação, C) Cuidado com a ferida e a pele perilesional e D) Indicação da cobertura. Natal/RN, 2011.

Aspectos de composição do protocolo		Enfermeiro	Médico	Fisioterapeuta	Total
		\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}
B) Registro e documentação⁽¹⁰⁾					
B1	Registrar anamnese na primeira consulta.	1,00	1,00	1,00	1,00
B2	Anotar exames durante tratamento.	1,00	1,00	1,00	1,00
B3	Mensurar área ao longo do tratamento.	1,00	1,00	1,00	1,00
C) Cuidado com a ferida e a pele perilesional^(9,11)					
C1	Realizar limpeza da úlcera com solução salina e para curativo usar técnica limpa.	0,87	1,00	1,00	0,90
C3	Remover tecido necrótico e desvitalizado por meio de desbridamento.	0,97	1,00	1,00	0,97
C4	Tratar casos de dermatite aguda/ exsudativa com creme de esteróide.	0,87	1,00	1,00	0,90
C6	Não usar esteróides tópicos com celulite.	0,97	1,00	1,00	0,97
C8	Atentar alergias ao tratamento tópico.	1,00	1,00	1,00	1,00
C9	Não usar produtos que causem sensibilidade a pele, lanolina ou antibiótico tópico, em pessoas com alergia.	1,00	1,00	1,00	1,00
D) Indicação de cobertura⁽⁷⁻⁸⁾					
D1	Utilizar a cobertura simples, não aderente, de baixo custo e aceitável pelo paciente.	0,97	1,00	1,00	0,97

Os profissionais consideraram menos importante no cuidado com a ferida e pele perilesional a utilização de esteróide tópico de potência mais alta, no máximo, durante uma ou até duas semanas ($\bar{X}=0,68$) e usar unguento, com baixo potencial de sensibilização, quando a pele estiver seca e escamosa ($\bar{X}=0,80$). Na indicação

de cobertura, os itens usar os curativos de hidrocolóide ou de espuma de poliuretano em úlceras dolorosas ($\bar{X}=0,71$) e usar cobertura de hidrocolóide associado à bandagem de pasta de óxido de zinco (bota de Unna) e uma bandagem de compressão gradiente ($\bar{X}=0,69$) não alcançaram índice de 0,81.

Quadro 3 – E) Uso de antibiótico e tratamento da dor, F) Tratamento Cirúrgico da IVC e G) Tratamento medicamentoso. Natal, RN, Brasil, 2011.

Aspectos de composição do protocolo		Enfermeiro	Médico	Fisioterapeuta	Total
		\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}
E) Uso de antibiótico e tratamento da dor^(2,4)					
E1.1	Não utilizar antibiótico de rotina (na ausência de infecção).	1,00	1,00	1,00	1,00
E1.2	Reservar o uso de antibiótico sistêmico somente quando houver infecção.	0,97	1,00	1,00	0,97
E1.3	Iniciar o tratamento apropriado, modificando a prescrição caso necessário, conforme resultado da cultura ou biópsia.	0,97	1,00	1,00	0,97
E3	Para alívio da dor:				
E3.3	Elevar o membro durante o repouso.	1,00	1,00	1,00	1,00
F) Tratamento Cirúrgico da IVC⁽²⁾					
F2	O diagnóstico deve ser completo em relação a:				
F2.1	Etiologia.	1,00	1,00	1,00	1,00
F2.2	Localização da(s) lesão(ões) venosa(s).	1,00	1,0	1,00	1,00
F2.3	Se há insuficiência valvar ou obstrução de segmento venoso.	1,00	1,00	1,00	1,00
F6	O tratamento cirúrgico da IVC associado à terapia de compressão diminui recidivas.	0,93	1,00	1,00	0,95
G) Tratamento medicamentoso⁽¹⁰⁾					
G1	Os medicamentos flebotrópicos apressam a cicatrização das úlceras e devem ser ministrados em conjunto com as outras medidas terapêuticas.	0,90	1,00	1,00	0,92

Nos tratamentos cirúrgico da IVC e medicamentoso, os itens ligadura das perfurantes insuficientes pode ser realizada por método aberto/endoscópico ($\bar{X}=0,77$); cirurgia endoscópica de perfurantes associada à safenectomia tem indicação principal na IVC primária e no sistema venoso profundo

pérvio ($\bar{X}=0,77$); valvuloplastias, transposições venosas e cirurgia endovascular venosa são empregadas na IVC secundária e quando não se consegue manter úlcera cicatrizada com terapia de compressão ($\bar{X}=0,79$), obtiveram escore $\geq 0,81$.

Quadro 4 – H) Melhoria do retorno venoso e prevenção de recidiva. Natal, RN, Brasil, 2011.

Aspectos de composição do protocolo		Enfermeiro	Médico	Fisioterapeuta	Total
		\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}
H) Melhoria do retorno venoso e prevenção de recidiva⁽¹³⁾					
H1	Tratamento p/ melhoria retorno venoso por médicos, enfermeiros e outros profissionais c/ paciente.	1,00	1,00	1,00	1,00
H5	Evitar compressão na insuficiência arterial, carcinoma e TVP.	0,97	1,00	1,00	0,97
H7	Usar compressão graduada-elástica (bandagens/meias de com-pressão), p/ UV não complicadas.	1,00	1,00	1,00	1,00
H8	Aplicar compressão adequada.	1,00	1,00	1,00	1,00
H14	Compressão intermitente pode aumentar cicatrização UV.	0,93	1,00	1,00	0,95
H16	Elevar pernas no dia (2 a 4h) e à noite elevar pés cama 10-15cm. Elevar membros inferiores c/ edema 30min. antes compressão.	1,00	1,00	1,00	1,00
H17	Prescrever caminhadas e exercícios p/ panturrilha.	0,97	1,00	1,00	0,97
H18	Usar estratégias clínicas e educativas para a prevenção de recorrência.				
Clínica:					
H18.3	Monitorar as condições da pele.	1,00	1,00	1,00	1,00
Educativas:					
H18.4	Adesão uso meias compressivas.	1,00	1,00	1,00	1,00
H18.5	Cuidados com a pele.	1,00	1,00	1,00	1,00
H18.7	Prevenção de traumas nas pernas.	0,97	1,00	1,00	0,97
H18.8	Procura precoce p/ especialista a sinais de lesão.	1,00	1,00	1,00	1,00
H18.9	Encorajar mobilidade/exercícios.	0,97	1,00	1,00	0,97
H18.10	Elevação do membro afetado	0,97	1,00	1,00	0,97

Algumas variáveis referentes à melhoria do retorno venoso e prevenção de recidiva tiveram escores inferiores a 0,81: sistemas de alta compressão graduada devem ser a primeira linha de tratamento de UV não-complicadas ($\bar{X}=0,80$); sistema de alta compressão graduado, de multicamadas, capaz de sustentar a compressão por pelo menos uma semana, como primeira linha de tratamento para UV com ITB < 0,8

($\bar{X}=0,77$); bandagem de alta compressão para melhorar o retorno venoso ($\bar{X}=0,80$); bandagem elástica de alta compressão para melhorar o retorno venoso ($\bar{X}=0,79$); meias com o máximo de compressão ($\bar{X}=0,62$); meias de compressão elásticas classe 111 (35-45 mmHg) ($\bar{X}=0,77$); terapia de compressão não deve ser abandonada em dermatofibrose intensa e lesão venosa secundária à TVP ($\bar{X}=0,77$).

Quadro 5 – I) Encaminhamento dos pacientes, J) Capacitação profissional e K) Referência e contra-referência. Natal/RN, 2011.

Aspectos de composição do protocolo		Enfermeiro	Médico	Fisioterapeuta	Total
		\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}
I) Encaminhamento dos pacientes^(9,16)					
I1	Encaminhar pacientes c/ UV c/ dermatite/alergia p/ dermatologista.	0,97	1,00	1,00	0,97
I2	Encaminhar para médico especialista quando:				
I2.2	Úlcera de etiologia não venosa.	0,87	1,00	1,00	0,90
I2.3	Diagnóstico incerto.	0,93	1,00	1,00	0,95
I2.4	Suspeitar de malignidade.	0,97	1,00	1,00	0,97
I2.7	ITB >1.0 deterioração rápida de UV.	0,87	1,00	1,00	0,90
I2.8	UV c/ tratamento adequado que não melhorou após 3meses.	0,90	1,00	1,00	0,92
I2.9	Distribuição atípica de úlceras.	1,00	1,00	1,00	1,00
I2.11	Pacientes c/ UV cicatrizada que podem fazer cirurgia venosa.	0,97	1,00	1,00	0,97
I3	Os pacientes devem ser encaminhados, de acordo com a necessidade, para:				
I3.1	Angiologista.	1,00	1,00	1,00	1,00
I3.2	Endocrinologista.	0,87	1,00	1,00	0,90
I3.3	Cardiologista.	0,97	1,00	1,00	0,97
I3.4	Nutricionista.	1,00	1,00	1,00	1,00
I3.5	Fisioterapeuta.	1,00	1,00	1,00	1,00
I3.6	Assistente Social.	0,93	1,00	1,00	0,95
I3.7	Psicólogo.	1,00	1,00	1,00	1,00
I4	Fazer biópsia se UV atípica, deterioração, fracasso na cicatrização após 12 semanas de tratamento.	0,93	1,00	1,00	0,95
J) Capacitação profissional⁽³⁾					
J1	Exame clínico e avaliação da UV por profissionais de saúde c/ experiência.	1,00	1,00	1,00	1,00
K) Referência e contra-referência⁽³⁾					
K1	A ficha de referência deve conter:				
K1.1	Resumo clínico.	1,00	1,00	1,00	1,00
K1.2	Resultados de exames solicitados.	0,97	1,00	1,00	0,97
K1.3	Tratamento já realizado.	0,97	1,00	1,00	0,97
K1.4	Impressão diagnóstica.	1,00	1,00	1,00	1,00
K1.5	Observações.	0,93	1,00	1,00	0,95
K2	A ficha de contra-referência deve conter:				
K2.1	Resumo clínico.	0,97	1,00	1,00	0,97
K2.2	Resultados de exames solicitados.	0,97	1,00	1,00	0,97
K2.3	Diagnóstico.	1,00	1,00	1,00	1,00
K2.4	Conduta.	0,97	1,00	1,00	0,97
K2.5	Observações.	0,93	1,00	1,00	0,95

Nos itens referentes a encaminhamento ao especialista, capacitação profissional e referência e

contrarreferência todos aspectos tiveram avaliação ótima.

DISCUSSÃO

O diagnóstico clínico da IVC e UV deve ser feito através de anamnese e exame físico. Os itens a serem considerados na anamnese são: queixa e duração dos sintomas, com história da moléstia atual; caracterização de doenças anteriores (especialmente a TVP); traumatismos prévios dos membros; e existência de doença varicosa. O exame físico, para avaliação do estado vascular e das lesões, deve ser feito através de palpação, percussão e ausculta, no sentido céfalo-caudal⁽⁹⁾.

Autores^(2,4) complementam que o diagnóstico da UV é eminentemente clínico, incluindo avaliação da lesão e realização de exames como hemograma completo, glicemia em jejum, albumina sérica, sinais vitais, cultura de exsudato e Índice Tornozelo-Braquial (ITB), eco-doppler colorido, flebografia e pletismografia.

Vale ressaltar que a documentação dos achados clínicos⁽⁷⁾ é fundamental para o acompanhamento da UV, servindo de instrumento legal e de divulgação entre os vários profissionais envolvidos com a assistência. O registro, na primeira avaliação e nas subsequentes, deve abranger: anamnese e exame físico; história da úlcera (ano em que a primeira úlcera ocorreu, local da UV, recidivas e tratamentos); presença de edema, eczema, granulação, epitelização, necrose, odor; tamanho da UV e exames^(2,7-9). Inexistindo a documentação ou sendo incompleta, a evolução clínica acontece assistemática, o que pode tornar a assistência não resolutive.

Com relação ao uso de antissépticos, atualmente, tem sido contra-indicado por serem citotóxicos. Dentre essas soluções, as mais comuns são: polivinil-pirrolidona-iodo a 10% (PVPI 10%) e a clorexidina a 4%⁽⁷⁾. Sabe-se que o uso de esteróides tópicos é questionável. Alguns autores são favoráveis alegando melhoria da úlcera, diminuindo a dor e o tempo de

cicatrização⁽¹⁷⁾, outros criticam⁽⁷⁾ o uso, ressaltando que é prejudicial em todas as etapas da cicatrização.

A efetividade dos unguentos, em especial o ácido graxo essencial (AGE), nos problemas relacionados às lesões de pele, apesar de questionada pelos juízes do estudo, tem sido estudada desde 1929, quando foram realizadas as primeiras observações de lesões de pele provocadas por uma deficiência nos níveis de AGE nos alimentos que eram preparados⁽¹⁷⁾. O HUOL, hospital no qual o protocolo será proposto, dispõe do AGE para realização do cuidado com úlcera venosa.

Além dos unguentos, é essencial a adoção de técnicas e produtos adequados para a limpeza da lesão, bem como a utilização de coberturas não aderentes, capazes de propiciar meio úmido e absorver exsudato, favorecendo a cicatrização, e a associação de produtos a terapia compressiva para diminuição a dor⁽¹⁵⁾. Complementando o tratamento tópico, o procedimento cirúrgico visa eliminar ou diminuir a transmissão da alta pressão venosa para as áreas ulceradas. Em indivíduos com significativa insuficiência do sistema venoso superficial, isolada ou combinada com insuficiência de perfurantes, pode ocorrer importante evolução após a cirurgia, além de melhora do prognóstico ao longo do tempo⁽¹⁸⁾.

Apesar do consenso sobre o uso da terapia compressiva, estudos realizados com médicos membros do Colégio de Médicos de Família do Canadá, detectaram que mais de 50% não sabiam da eficácia da compressão, sendo essencial a discussão, reorientação e divulgação das terapêuticas⁽²⁾. Além do tratamento clínico e cirúrgico, recomendam-se estratégias educativas, como desencorajar o autotratamento, estimular a mobilidade, exercícios e elevação do membro⁽¹⁹⁾.

O tratamento da úlcera venosa necessita da intervenção de diversas especialidades médicas (cirurgia vascular, cirurgia plástica, dermatologista, infectologista, endocrinologia) e da atuação da equipe multidisciplinar de saúde (enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e técnico de óstese e prótese) para se conseguir resultado terapêutico efetivo^(15-16,19-20). Entendendo-se que, não basta o acesso referenciado aos profissionais, faz-se necessário o registro nas fichas contendo resumo clínico, exames realizados, diagnóstico, conduta e observações pertinentes a cada caso⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

Segundo a validação de conteúdo feita pelos juízes, para compor o protocolo de assistência às pessoas com UV, fazem-se necessários aspectos referentes a diagnóstico, tratamento e prevenção das lesões. Destarte, mantiveram-se itens relacionados a avaliação do paciente e da lesão, registro/documentação, cuidados com a ferida e pele perilesional, indicação de cobertura de baixo custo e

REFERÊNCIAS

1. Abbade LPF, Lastória S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. *An Bras Dermatol*. 2006; 81(6):509-22.

2. Fernandes LF, Pimenta FC, Fernandes FF. Isolamento e perfil de suscetibilidade de bactérias de pé diabético e úlceras de estase venosa de pacientes admitidos no pronto-socorro do principal hospital universitário do estado de Goiás, Brasil. *J Vasc Bras* [internet]. 2007 [cited 2013 jan 18]; 6(3):211-17. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492007000300003&lng=en&nrm=iso>.

adequadas as fases da UV, critério para utilização de antibióticos e flebotrópicos, avaliação para cirurgia, medidas de prevenção de recidiva e melhoria do retorno venoso, encaminhamento dos pacientes, capacitação profissional e critérios de preenchimento das fichas de referências contra-referências.

A importância da construção do protocolo traz implicações teórica, para a academia, e prática para os serviços de saúde, pois trata da adoção de diretrizes construídas associando a literatura e a realidade das instituições. Além disso, reforça-se a importância de construir, validar e aprimorar protocolos de assistência que sejam operacionais e que possam contribuir para mudança da prática do cuidar em saúde, em especial as pessoas com úlceras venosas.

Vale a pena ressaltar ainda que este estudo possui algumas limitações. A amostra intencional dos especialistas não pode ser ampliada devido a pequena quantidade de especialistas em úlceras venosas do local do estudo, sendo necessária a ampliação para outros serviços que possuem algumas características diferentes do hospital pesquisado.

3. Dantas DV, Torres GV, Nóbrega WG, Macedo EAB, Costa IKF, Melo GSM et al. Assistance to patients with venous ulcers based on protocols: literature review in electronic databases. *Rev Enferm UFPE on line* [periódico na internet]. 2010 [cited 2013 feb 18]; 4(esp):2001-7. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1481>.

4. Silva FAA, Moreira TMM. Características sociodemográficas e clínicas de clientes com úlcera venosa de perna. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(3):468-72.

5. Leal J, Mansilha A. Como avaliar o impacto da doença venosa crônica na qualidade de vida. *Angiol Cir Vasc*. 2010; 6(4):173-87.
6. Sena ELS, Gonçalves LHT. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer - Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. *Texto & Contexto Enferm*. 2008; 17(2):232-40.
7. Secretaria Municipal de Belo Horizonte. Protocolo de assistência aos portadores de ferida. Belo Horizonte: SMSA; 2006.
8. Secretaria Municipal de Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal. Manual de Assistência às Pessoas com Feridas. Ribeirão Preto: SMS; 2011.
9. Secretaria Municipal de Natal. Protocolo de assistência aos portadores de feridas. Natal: SMS; 2008.
10. Sellmer D. Sistema de informação para a sistematização da terapia tópica de úlceras venosas. Paraná: PUC/PR; 2008.
11. Morais GFC, Oliveira SHS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. *Texto & Contexto Enferm*. 2008; 17(1):98-105.
12. Bittencourt HR, Creutzberg M, Rodrigues ACM, Casartelli AO, Freitas ALS. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. *Est Aval Educ*. 2011; 22(48):91-114.
13. Nóbrega WG, Melo GSM, Costa IKF, Dantas DV, Macedo EAB, Torres GV. Changes in patients' quality of life with venous ulcers treated at the outpatient clinic of a university hospital in Natal City, Brazil. *Rev Enferm UFPE On Line* [periódico na internet]. 2011 [cited 2013 jan 14]; 5(2):1005-06. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1478>.
14. Dantas DV, Torres GV, Dantas RAN. Assistência aos portadores de feridas: caracterização dos protocolos existentes no Brasil. *Cienc Cuid Saude*. 2011; 10(2):366-72.
15. Costa IKF, Melo GSM, Nóbrega WG, Dantas DV, Macedo EAB, Medeiros RKS et al. Utilization the sf-36 in the assessment of quality of life related to chronic diseases: literature review. *Rev Enferm UFPE on line* [periódico na internet]. 2010 [cited 2013 jan 14]; 4(n.esp):1986-991. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1472>
16. Secretaria Municipal de Florianópolis. Vigilância em Saúde. Protocolo de cuidados de feridas. Florianópolis: IOESC; 2008.
17. Bulisani ACP, Sanches GD, Guimarães HP, Lopes RD, Vendrame LS, Lopes AC. Síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica em medicina intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006; 18(3): 292-7.
18. Bajay HM, Araújo IEM. Validação e confiabilidade de um instrumento de avaliação de feridas. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(3):290-5.
19. Dantas DV, Torres GV, Dantas RAN, Araujo EC, Mendes FRP. Úlceras venosas: sistematização de condutas terapêuticas baseadas em protocolo. In: Silva RCL, Figueiredo NMA, Meirelles IB. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis; 2011. p.469-98.
20. Aquino OS, Moura LM, Florêncio, MIB, Moura ERF. Integração docente-assistencial no cuidado de feridas: relato de experiência. *Rev Rene*. 2006; 7(2):81-8.

Recebido: 27/02/2013
Aceito: 24/04/2013