



PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM  
AURORA DE AFONSO COSTA

Artigos Originais



## Validação de protocolo para pessoas com úlcera venosa: estudo quantitativo

Isabelle Katherine Fernandes Costa Assunção<sup>1</sup>, Lays Pinheiro de Medeiros<sup>1</sup>, Thalyne Yuri Araújo Farias Dias<sup>1</sup>, Marina de Góes Salvetti<sup>2</sup>, Daniele Vieira Dantas<sup>1</sup>, Gilson de Vasconcelos Torres<sup>1</sup>

1. Universidade Federal do Rio Grande do Norte
2. Universidade de São Paulo

### RESUMO

**Objetivos:** confirmar e refinar a estrutura de protocolo de assistência multiprofissional para pessoas com úlcera venosa atendidas na atenção primária. **Método:** estudo metodológico, quantitativo, realizado em três etapas: elaboração do instrumento, a partir de revisão da literatura; e validação de conteúdo, por meio da técnica Delphi em duas etapas: uma com 51 juízes e outra com 35. A análise utilizou o índice Kappa  $\geq 0,81$  e Índice de Validade de Conteúdo (IVC)  $> 0,80$ , e o teste de Wilcoxon para comparação entre as duas etapas de validação. **Resultados:** verificou-se que, das 15 categorias do protocolo, 12 apresentaram melhores escores na fase Delphi 2. Em relação aos requisitos de avaliação do protocolo, constatou-se que as notas atribuídas pelos juízes na segunda fase foram maiores em nove dos 10 itens, confirmando a validade do instrumento. **Conclusão:** a versão elaborada e validada por profissionais consiste num roteiro de abordagem para pacientes com úlcera venosa na atenção primária.

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

## INTRODUÇÃO

Úlceras venosas (UV) são a causa mais comum de lesões nos membros inferiores, representando aproximadamente 70% dessas. Sua principal etiologia é a insuficiência venosa, culminando em alteração na microcirculação dérmica e ulceração<sup>(1-2)</sup>.

Entre 1 e 2% da população adulta é acometida por UV, que leva meses ou anos para cicatrizar. Além disso, 45% dessas lesões sofrem recidivas. Para minimizá-las, é necessário um acompanhamento multiprofissional, a fim de estimular o autocuidado e direcionar o tratamento da maneira mais adequada, observando desde aspectos físicos até os psicossociais como fatores que influenciam o processo cicatricial e as recorrências<sup>(3)</sup>.

Devido à complexidade do tratamento, frequência e duração, os custos para o tratamento de úlceras crônicas são elevados. Os gastos com esse tipo de lesão são estimados em R\$1.620,65, para cada paciente, por ano, utilizando a terapia convencional. Soma-se isso ao impacto significativo que a UV causa na qualidade de vida das pessoas, evidenciada principalmente nos domínios físicos e capacidade funcional<sup>(4-5)</sup>.

Atualmente, há uma grande quantidade de estudos que demonstram a efetividade de diversas opções terapêuticas, as quais abrangem terapias tópicas, compressivas e intervenções cirúrgicas. Isso torna a prática de cuidados cada vez mais complicada, afirmando a importância de diretrizes clínicas como meio de transmissão de informações baseadas em evidências científicas<sup>(6)</sup>.

As diretrizes objetivam promover a qualidade e eficácia dos cuidados de saúde e identificar as lacunas no conhecimento de uma área específica. Além disso, possuem vários atributos - dentre eles a validade, que é traduzida na capacidade de a diretriz produzir seus efeitos des-

tinados à saúde. Os outros são a confiabilidade, reprodutibilidade, aplicabilidade e flexibilidade clínica<sup>(6)</sup>.

Em relação às úlceras venosas, embora existam inúmeras diretrizes, não há consenso sobre fortes recomendações para curativos e compressão. Para melhorar o cuidado à pessoa com UV e reduzir o desperdício de recursos, é imperativa a elaboração de um instrumento clínico, como um protocolo, construído a partir do consenso de especialistas e evidências científicas que embasem a prestação de cuidados homogêneos e seguros<sup>(7)</sup>.

A atenção primária apresenta-se como importante articuladora da prestação de cuidados nos diferentes níveis de atenção à saúde. Sendo assim, a partir dela a pessoa com UV recebe atendimento integral, que envolve desde assistência básica ao encaminhamento para especialistas e atendimento domiciliar<sup>(8)</sup>.

Assim, este estudo teve como objetivos confirmar e refinar a estrutura de protocolo de assistência multiprofissional para pessoas com UV atendidas na atenção primária.

## MÉTODOS

Estudo metodológico, de validação de conteúdo, realizado por meio da Técnica Delphi em duas fases, no período de setembro de 2012 a janeiro de 2013.

Vários são os métodos de validação de conteúdo encontrados na literatura. Porém, todos apresentam etapas semelhantes de estruturação e têm como finalidade gerar um processo metodologicamente validado para qualificar as pesquisas. Em resumo, contemplam as seguintes etapas: a) fundamentação teórica e científica; b) elaboração de um instrumento que contemple atributos da medida e critérios para a conformidade ou consenso; c) elaboração da medida

de avaliação por profissionais experientes na área em questão; d) seleção de um painel de juízes para validação opinativa com base neste instrumento previamente elaborado<sup>(9)</sup>.

O método de validação de conteúdo possibilita obter consenso de um grupo de especialistas acerca de determinado fenômeno por meio de um questionário, que é repassado continuadas vezes até se obter a convergência das respostas, representando a consolidação do julgamento intuitivo do grupo. Pressupõe-se que o julgamento coletivo, bem organizado, seja superior à opinião de um só indivíduo. O anonimato dos respondentes, a representação estatística da distribuição dos resultados e o *feedback* de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes são as principais características deste método<sup>(10)</sup>.

A partir de revisão de literatura, o conteúdo inicial do protocolo foi composto por 15 categorias e 111 itens. As categorias propostas foram: *dados sociodemográficos; anamnese; fatores de risco; solicitação/realização/resultados de exames; verificação de dor, sinais vitais (ssvv), sinais de infecção, localização da lesão e edema; características da úlcera; cuidados com as áreas perilesional e lesional; medicamentos relacionados ao tratamento da lesão em uso atualmente; tratamento da dor; terapia compressiva; estratégias clínicas de prevenção de recidiva; estratégias educativas de prevenção de recidiva; referência/encaminhamento dos pacientes; contrarreferência; avaliação da qualidade de vida (Chronic Venous Insufficiency Questionnaire – CIVIQ)*<sup>(11)</sup>.

A etapa de seleção e inclusão dos juízes foi descrita anteriormente. A busca pelos juízes especialistas aconteceu por meio da plataforma Lattes, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Na primeira etapa de validação (Fase Delphi I), o protocolo assistencial foi enviado para 102 juízes e 51

aceitaram participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.<sup>(11)</sup>

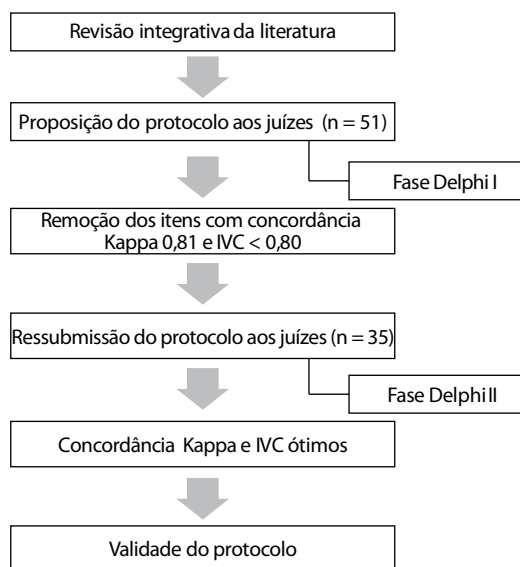
A primeira etapa permitiu a validação inicial do protocolo, que ocorreu a partir da classificação de cada item quanto à concordância ou discordância da permanência do item no protocolo. Além disso, facultou-se aos juízes um espaço de sugestões para que os itens pudessem ser refeitos ou melhorados. Os itens que não obtiveram nível de concordância Kappa (K) e índice de validade de conteúdo (IVC) excelentes ( $K \leq 0,81$  e  $IVC \leq 0,80$ ) foram retirados<sup>(10-11)</sup>.

A conclusão da primeira etapa permitiu o aprimoramento do protocolo inicial a partir da inclusão de cinco itens, retirada de 18 itens e alteração de três itens por meio das sugestões dos juízes<sup>(11)</sup>.

Na segunda etapa (Fase Delphi II), o protocolo com 98 itens foi reenviado aos 51 juízes, que foram convidados a reanalisar o protocolo após os ajustes iniciais. Desta vez, 35 juízes aceitaram participar.

A Figura 1 apresenta a síntese das etapas percorridas no estudo.

**Figura 1** - Fluxograma de desenvolvimento do estudo. Brasil, 2013.



Fonte: autoria própria

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

Os dados coletados foram organizados em planilha de dados eletrônica e, posteriormente, exportados para um *software* estatístico. Após codificação e tabulação, os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial e os índices obtidos na primeira e segunda etapa foram analisados por meio do teste de Wilcoxon, adotando nível de significância menor que 5%.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS

Conforme caracterização da Tabela 1, a maioria dos juizes era de enfermeiros, tanto na primeira etapa, ou fase Delphi 1 (84,3%), como na segunda etapa, ou fase Delphi 2 (85,7%).

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

Caracterização dos profissionais	Dephi 1	Dephi 2
	n (%)	n (%)
<b>Formação profissional</b>		
Enfermeiros	43 (84,3)	30 (85,7)
Médicos	8 (15,7)	5 (14,3)

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

Fonte: autoria própria.

Quanto ao tempo de cuidado com a UV, predominou o período de um a cinco anos, tanto no Delphi 1 (39,2%) como no Delphi 2 (40,0%). No que concerne à região de atuação dos profissionais, o Nordeste prevaleceu com 51% na Delphi 1 e 42,9% na Delphi 2, seguida da Região Sudeste, com 39,2% na Delphi 1 e 42,9% na Delphi 2.

No Quadro 1, verificou-se que, das 15 categorias do protocolo, 12 apresentaram melhores escores na fase Delphi 2; e as outras três categorias (tratamento da dor, prevenção de recidivas – estratégias clínicas e referência/encomendado) mantiveram os mesmos índices Kappa e IVC da fase anterior.

A comparação dos índices obtidos nos itens do protocolo mostrou diferença significativa entre os índices obtidos nas duas fases do estudo para as categorias *anamnese* ( $\rho=0,003$ ), *verificação da circulação/infecção/índice de massa corpórea (IMC)/localização da lesão* ( $\rho=0,048$ ) e *cuidados gerais/terapia compressiva* ( $\rho=0,046$ ).

**Quadro 1** - Julgamento dos juizes sobre as categorias de composição do protocolo na fase Delphi 1 e fase Delphi 2 e o teste de Wilcoxon.

Categorias de composição do protocolo	Avaliação		Avaliação Delphi 2		Teste de Wilcoxon	
	Delphi 1 (n=50)		(n=35)		KAPPA	IVC
	KAPPA	IVC	KAPPA	IVC		
Dados sociodemográficos	0,93	0,96	0,97	0,98	0,171	0,171
Anamnese	0,94	0,97	0,99	0,99	0,003	0,003
Fatores de risco	0,93	0,96	0,95	0,97	0,237	0,207
Solicitação de Exames/ Realização/Resultados	0,87	0,93	0,98	0,99	0,069	0,069
Verificação da circulação/ infecção/IMC/ localização da lesão	0,91	0,95	0,95	0,97	0,068	0,048
Características da úlcera	0,91	0,95	0,97	0,98	0,065	0,057
Cuidados com as áreas perilesional e lesional	0,96	0,98	0,99	0,99	0,593	0,593
Medicamentos relacionados ao tratamento da lesão	0,89	0,94	1	1	0,317	0,317
Tratamento da dor	0,92	0,96	0,92	0,96	1	1
Cuidados gerais e terapia compressiva	0,87	0,93	0,94	0,97	0,046	0,046
Prevenção de recidiva (Estratégias clínicas)	0,91	0,95	0,91	0,95	0,593	0,785
Prevenção de recidiva (Estratégias educativas)	0,92	0,96	0,99	0,99	0,074	0,074
Referência/encaminhamento dos pacientes	0,89	0,94	0,89	0,94	0,655	1
Contrarreferência	0,89	0,94	0,97	0,98	0,058	0,068
Aspectos referentes à qualidade de vida	0,96	0,98	1	1	0,114	0,125

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

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

Requisitos de avaliação	Delphi 1		Delphi 2		Teste Wilcoxon
	MÉDIA 1 (n=50)	Desvio padrão	MÉDIA 2 (n=35)	Desvio padrão	
Utilidade / pertinência	9,2	1	9,5	0,8	0,284
Consistência	9,2	1,3	9,3	1,1	0,523
Clareza	9,2	1,3	9,2	1,1	0,107
Objetividade	9,1	1,2	9,4	0,9	0,094
Simplicidade	9,1	1,3	9,5	0,9	0,038
Exequível	9,1	1,4	9,2	1,5	0,6
Atualização	9	1,2	9,6	0,8	0,173
Precisão	8,9	1,5	9,1	1	0,318
Sequência instrucional dos tópicos	8,8	1,3	9,5	0,9	0,185
Avaliação geral do protocolo	9,1	1	9,4	0,9	0,088

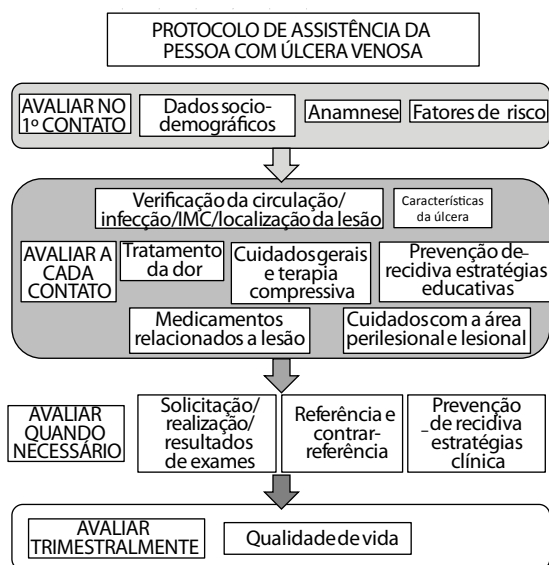
Fonte: autoria própria

Nas demais categorias verificou-se aumento dos índices, sem, no entanto, significância estatística (Quadro 1).

Quanto à média dos requisitos de avaliação do protocolo, verificou-se uma variação de 8,8 a 9,2 na fase Delphi 1, com média geral de 9,1. Na fase Delphi 2, obtiveram-se em todas as categorias médias acima de 9,1, com variação de 9,1 a 9,5 e média geral de 9,4. Todos os itens obtiveram médias melhores na segunda avaliação, com significância estatística ( $p=0,038$ ) no requisito *simplicidade*, denotando que com as sugestões dos juizes o protocolo ficou mais simples, conforme o Quadro 2.

A partir dos resultados deste estudo, elaborou-se o protocolo de assistência às pessoas com UV (Figura 2).

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



A rede explicativa proposta subdivide as categorias pela necessidade de avaliação da pessoa com UV, facilitando a aplicabilidade do protocolo pelos profissionais de saúde.

## DISCUSSÃO

Na primeira etapa do estudo, as categorias a seguir receberam recomendações dos juizes, das quais algumas foram incluídas no protocolo. Nos *dados sociodemográficos*, incluíram-se religião e crenças. Já na *anamnese*, foi incluída a avaliação nutricional, mobilidade, hábitos intestinais e diurese. Na categoria *verificação de dor/SSVV/pulso/sinais de infecção/localização da lesão/edema*, os juizes recomendaram especificar a medida do edema, que foi aceita e acrescentada ao protocolo. Na *característica da úlcera*, a sugestão de mudar o termo “borda” para “margem” também foi aceita. Sobre os cuidados com as áreas perilesional e lesional, aforam acrescentadas as perguntas: como protege a ferida no banho? Uso de pomadas no curativo? Quanto aos medicamentos relacionados ao tratamento da lesão em uso atualmente, concordou-se incluir anti-inflamatórios<sup>(11)</sup>.

Quanto à caracterização da amostra de juizes, sabe-se da dificuldade para definir os critérios para inclusão nos estudos de validação, frente ao dissenso na literatura acerca de critérios específicos. Entretanto, a amostra de juizes deste estudo incluiu médicos e enfermeiros de todas as regiões do país, qualificados e comprometidos com atividades acadêmicas e de pesquisa e/ou comprovada experiência na assistência a pessoas com UV<sup>(10)</sup>.

Sobre as categorias de composição do protocolo, a inclusão das características sociodemográficas apresenta-se como etapa fundamental na execução dele, pois, a partir delas, é possível identificar diversos fatores determinantes e condicionantes de saúde que permeiam a UV. Um exemplo disso está na relação do sexo com o sedentarismo, a permanência prolongada em determinadas posturas durante a atividade laborativa, os níveis de escolaridade, as classes econômicas, as condições clínicas e a qualidade de vida de pessoas com UV<sup>(8)</sup>.

Essas condições também são abordadas na etapa de anamnese do protocolo, visto que enfatiza a identificação dos fatores de risco que dificultam a cicatrização, como a presença de infecção, diabetes mellitus, obesidade e hipertensão arterial sistêmica. A realização de exames laboratoriais proposta pelo instrumento corrobora com diversos autores. Apesar de considerarem o diagnóstico da UV eminentemente clínico, esses autores ressaltam a importância do hemograma completo, glicemia em jejum, albumina sérica, cultura do exsudato, dentre outros, que auxiliam o acompanhamento do processo cicatricial, possibilitando a identificação dos elementos que possivelmente irão prolongar o tempo de tratamento da lesão<sup>(8,12)</sup>.

A avaliação clínica constitui-se como etapa primordial na assistência às pessoas com UV, visto que características como a localização, a profundidade, o aspecto das margens e dos tecidos adjacentes são critérios de identificação do tipo de lesão e direcionamento de condutas subsequentes. Baseado nessa fase, é possível reconhecer as condições físicas e fisiológicas da cicatrização a partir de diversos indicadores, como o exsudato, tipo de tecido no leito da lesão e das bordas<sup>(12-14)</sup>.

Por conseguinte, tratando-se da área perilesional, é possível identificar vários tipos de alterações teciduais circunvizinhas à lesão, como a maceração, dermatite, eritema, epitelização e descamação. O reconhecimento, e execução dos devidos cuidados necessários com essa região são essenciais para a cicatrização, pois a epitelização das margens favorece a contração da ferida e, em contrapartida, a maceração prejudica esse processo. A escolha da terapia tópica durante o tratamento está associada ao favorecimento ou não da epitelização, além disso a escolha da cobertura é susceptível à mudança ao longo do tempo dependendo do estado da úlcera<sup>(12-14)</sup>.

Para o tratamento da UV são utilizados diversos produtos, destacando-se os alginatos, filmes, espumas, hidrogeis, hidrocoloides, hidrofibras e antibióticos. Ademais, estudos têm demonstrado a efetividade de novas terapias tópicas, como a biomembrana vegetal, neutrophil e dermagraft. Somam-se à gama de intervenções a aplicação da microcorrente, a terapia eletromagnética e a terapia compressiva, que contribuem para o aceleração do processo de cicatrização e reduzem a hipertensão venosa, principal causa etiológica das UV<sup>(14-18)</sup>.

A dor é um sintoma frequentemente referido pelas pessoas com UV, sendo um dos principais aspectos que afetam a qualidade de vida. Além da elevação dos membros inferiores e uso de terapia compressiva, existem terapias específicas para UV que auxiliam na redução da dor, como a aplicação de microcorrente, espuma ibuprofeno, enxertos de pele e medicina complementar e alternativa<sup>(16-18)</sup>.

Sobre os cuidados gerais e terapia compressiva, as opções desse tipo de tratamento são a compressão pneumática intermitente, o sistema de meia elástica, *multi layer bandage*, duas camadas de ataduras de curto estiramento e botas de unna. As três primeiras são as mais eficientes, enquanto que a bota de unna apresenta-se como uma alternativa que melhora a qualidade de vida das pessoas com UV<sup>(18)</sup>.

A qualidade de vida das pessoas com UV é comprometida em decorrência da dor, limitação física, afastamento das atividades de lazer e laboral. Esses fatores ainda podem ser agravados pela dificuldade de adesão ao tratamento, contribuindo para a cronicidade das lesões, deteriorando ainda mais a QV. É fundamental verificar a qualidade de vida destas pessoas a cada três meses, pois em revisão sistemática da literatura encontraram-se estudos de avaliação da QV com resultados significantes no período entre avaliações de três meses e seis meses<sup>(17,19)</sup>.

Nota-se que o processo de construção e validação de um protocolo inclui várias etapas, algumas complexas, mas que são fundamentais e devem ser seguidas com rigor metodológico. O desenvolvimento de protocolos assistenciais deve refletir as melhores evidências disponíveis, aliadas à experiência clínica de especialistas na área. Além disso, é importante que o protocolo seja aplicável à população, ao contexto e aos objetivos a que se destina, padronizando condutas e contribuindo para melhorar a assistência e a qualidade de vida dos pacientes. Após as primeiras etapas de validação o protocolo deve ser submetido à validação clínica, que permitirá ajustes mais finos e o refinamento do mesmo.

A avaliação da pessoa com UV por meio de protocolo pode estimular o profissional de saúde a qualificar a assistência, além de funcionar como instrumento para avaliar a qualidade do cuidado prestado. A utilização de protocolo permite a padronização de condutas e o direcionamento das mudanças necessárias ao processo de trabalho da equipe que presta assistência. Ressalta-se que esta é uma das etapas do processo de validação, sendo ainda necessária a sua aplicação à população-alvo para comprovar sua validação clínica.

## CONCLUSÃO

O protocolo de assistência multiprofissional para pessoas com UV atendidas na atenção primária teve sua estrutura confirmada após esta segunda etapa de validação. Constatou-se que, das 15 categorias iniciais do protocolo, 12 apresentaram melhores escores na fase Delphi 2 e as outras três categorias mantiveram os mesmos índices Kappa e IVC da fase anterior.

Quanto à média dos requisitos de avaliação do protocolo, verificou-se que as notas atribuídas pelos juízes na segunda fase foram maiores

em nove dos 10 itens, permanecendo a mesma média em apenas um dos itens, indicando o aprimoramento do protocolo e evidência de validade de conteúdo do instrumento perante o consenso dos juízes.

Por fim, a principal dificuldade desse estudo inclui a não devolução dos instrumentos, após sucessivos contatos, o que prolongou o intervalo temporal da coleta de dados.

## REFERÊNCIAS

1. Weller CD, Buchbinder R, Johnston RV. Interventions for helping people adhere to compression treatments for venous leg ulceration. *Cochrane Database of Syst Rev* [internet]. 2013 [cited 2016 Apr 28];(9): CD008378. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24009097>
2. Raffetto JD, Marston WA. Venous ulcer: what is new?. *Plast Reconstr Surg* [internet]. 2011 [cited 2015 Jan 09];127(1):S279-S88. Available from: <http://journals.lww.com/plasreconsurg/pages/articleviewer.aspx?year=2011&issue=01001&article=00040&type=abstract>
3. Finlayson K, Helen Edwards H, Courtney M. Relationships between preventive activities, psychosocial factors and recurrence of venous leg ulcers: a prospective study. *J Adv Nurs* [internet]. 2011 [cited 2015 Feb 12];67(10):2180-90. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.05653.x/pdf>
4. Belezack SQ, Gornati VC, Aun R, Sincos IR, Fragoso H. Tratamento de úlcera varicosa dos membros inferiores mediante cirurgia e bota de Unna: uma economia para o sistema de saúde brasileiro. *Einstein* [internet]. 2011 [cited 2016 Apr 28];9(3):377-85. Available from: [http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1984-Einstein\\_v9n3\\_377-385\\_PT.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1984-Einstein_v9n3_377-385_PT.pdf)
5. Dias TYAF, Costa IKF, Melo MDM, Torres SMSGSO, Maia EMC, Torres GV. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com e sem úlcera venosa. *Rev Latino-Am Enfermagem* [internet]. 2014 [cited 2016 Apr 28];22(4):576-81. Available from: <http://>



- www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt\_0104-1169-rlae-22-04-00576.pdf
6. Warriner RA, Carter MJ. The current state of evidence-based protocols in wound care. *Plast Reconstr Surg* [internet]. 2011 [cited 2015 Feb 12];127(1):S144-S53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21200285>
  7. O'Donnell Jr TF, Balk EM. The need for an Intersociety Consensus Guideline for venous ulcer. *J vasc surg* [internet]. 2011 [cited 2015 Feb 12];54(6):S83-S90. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.05653.x/epdf>
  8. Müller-Bühl U, Leutgeb R, Bungartz J, Szecsenyi J, Laux G. Expenditure of chronic venous leg ulcer management in German primary care: results from a population-based study. *Int Wound J* [internet]. 2013 [cited 2015 Feb 20];10(1):52-6. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-481X.2012.00942.x/epdf>
  9. Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle: ten lessons from the Delphi Technique in nursing research. *J Adv Nurs* [internet]. 2006 [cited 2015 Feb 20]; 2(53):205-12. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03716.x/epdf>
  10. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health* [internet]. 2006 [cited 2015 Jan 09];29(5):489-97. Available from: [http://cfd.ntunhs.edu.tw/ezfiles/6/1006/attach/33/pta\\_6871\\_6791004\\_64131.pdf](http://cfd.ntunhs.edu.tw/ezfiles/6/1006/attach/33/pta_6871_6791004_64131.pdf)
  11. Costa IKF, Salvetti MG, Souza AJG, Dias TYAF, Dantas VD, Torres GV. Assistance protocol to people with venous ulcers: a methodological study. *Online braz j nurs* [internet]. 2015 [cited 2015 Jun 01];14(1):05-15. Available from: [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4692/pdf\\_358](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4692/pdf_358)
  12. Weller CD, Evans S. Monitoring patterns and quality of care for people diagnosed with venous leg ulcers: the argument for a national venous leg ulcer registry. *Wound Practice and Research* [internet]. 2014 [cited 2015 Feb 09];22(2):68-73. Available from: <http://web.a.ebscohost.com.ez18.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=4151089a-3f4b-4a9b-98cd-25eb07a5b428%40sessionmgr4004&hid=4109>
  13. Greer N, Foman NA, MacDonald R, Dorrian J, Fitzgerald P, Rutks I, Wilt TJ. Advanced wound care therapies for nonhealing diabetic, venous, and arterial ulcers: a systematic review. *Ann Intern Med* [internet]. 2013 [cited 2015 Jan 09];159(8):532-42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24126647>
  14. Yarwood-Ross L. Venous ulcers: assessment and wound dressing selection. *Nurs Residential Care* [internet]. 2013 [cited 2015 Feb 20];15(9):596-601. Available from: <http://www.magonline-library.com/doi/full/10.12968/nrec.2013.15.9.596>
  15. Harding K, Sumner M, Cardinal M. A prospective, multicentre, randomised controlled study of human fibroblast-derived dermal substitute (Dermagraft) in patients with venous leg ulcers. *Int wound j* [internet]. 2013 [cited 2015 Feb 20]; 10:132-7. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iwj.12053/epdf>
  16. Silva DC, Budó MLD, Schimith MD, Heisler EV, Simon BS, Torres GV. Utilização de plantas medicinais por pessoas com úlcera venosa em tratamento ambulatorial. *J res: fundam care online* [internet]. 2015 [cited 2016 Apr 28];7(3):2985-97. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3812/pdf\\_1661](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3812/pdf_1661)
  17. Maddox D. Effects of venous leg ulceration on patients' quality of life. *Nurs stand* [internet]. 2012 [cited 2015 Jan 09];26(38):42-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22787970>
  18. Dolibog P, Franek A, Taradaj J, Dolibog P, Blaszczak E, Polak A, et al. A Comparative Clinical Study on Five Types of Compression Therapy in Patients with Venous Leg Ulcers. *Int J Med Sci* [internet]. 2014 [cited 2015 Feb 12]; 11(1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3880989/>
  19. Palfreyman SJ, Tod AM, Brazier JE, Michaels JA. A systematic review of health-related quality of life instruments used for people with venous ulcers: an assessment of their suitability and psychometric properties. *Journal of Clinical Nursing* [internet]. 2010 [cited 2015 Feb 20]; 19(19-20): 2673-703. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03269.x/pdf>

---

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em [http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE\\_final\\_13-06-2013.pdf](http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf)

---

PROJETO PNPd CAPES UFRN N. 2279/11

---

Recebido: 29/06/2015  
Revisado: 11/04/2016  
Aprovado: 27/04/2016