

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**JANINE VIANA BARONI VALGAS**

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM ÚLCERA VENOSA PARA  
O MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA, MG**

**Belo Horizonte**

**2015**

**JANINE VIANA BARONI VALGAS**

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM ÚLCERA VENOSA PARA  
O MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA, MG**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade – CEAMAC, para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Estomaterapia.

Orientadora: Profa. Anadias Trajano Camargos

**Belo Horizonte**

**2015**

Ficha de identificação da obra, elaborada pelo autor.  
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG.

Valgas, Janine Viana Baroni

Protocolo de atendimento a pacientes com úlcera venosa para o município de Lagoa Santa, MG [manuscrito] / Janine Viana Baroni Valgas. - 2015.

61 f. : il.

Orientadora: Anadias Trajano Camargos.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Estomaterapia.

1. Diretrizes. 2. Protocolos. 3. Úlceras Venosas. I. Camargos, Anadias Trajano. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

JANINE VIANA BARONI VALGAS

TÍTULO DO TRABALHO: "Protocolo de Atendimento a Pacientes com Úlcera Venosa para o Município de Lagoa Santa - MG".

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Estomatoterapia. (Área de concentração).

APROVADO: 18 de Dezembro de 2015.

  
Prof. **ANADIAS TRAJANO CAMARGOS**

(Orientadora)

(UFMG)

  
Prof. **SELME SILQUEIRA DE MATOS** (UFMG)

  
Prof. **SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA**

(UFMG)

*Aos pacientes, que com um sorriso de idoso no olhar de uma criança pedindo “cuidado”, me fazem, dia a dia, ter certeza da escolha em ser Enfermeira e, cada vez mais, buscar me aprimorar, com ricos conhecimentos, para proporcioná-los este CUIDADO.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao nosso Deus, Pai amoroso que sempre tem me sustentado. Não tenho palavras para agradecer tua bondade. Tudo o que tenho, tudo o sou, tudo o que tenho alcançado, o que virei a ser, vem de ti, Senhor e pela interseção de vossa Mãe Maria.

Aos meus familiares, pelas expectativas do sucesso deste trabalho e orgulho depositado em minhas caminhadas, em especial meu esposo Anderson, pela tolerância de minha ausência diária para que pudesse me dedicar a esta Especialização.

Às colegas de curso Ana Paula e Luciana pela colaboração na avaliação das diretrizes.

À Anadias Trajano Cargos (orientadora) pela presteza e paciência em auxiliar-me nessa trajetória.

À Professora Dra. Eline Lima Borges pelos ensinamentos e por despertar em mim a busca incessante de novos e qualificados conhecimentos na área da Estomaterapia.

A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados que terão meu eterno agradecimento.

A esta Universidade, ao seu corpo de Direção e Administrativo que me deram oportunidade de vislumbrar novo horizonte, além do que vivi até então.

Gratidão a vocês!

*Você, que é enfermeira, ame os doentes que a procuram e que lhe foram confiados, como se fossem seus próprios filhos e irmãos.*

*Sua missão é grandiosa e sublime, embora difícil e espinhosa.*

*Não se irrite jamais!*

*Os enfermos são exigentes, porque sentem mais necessidade de carinho do que pessoas sadias.*

*Seu carinho lhe apressará a cura, mais do que qualquer outro remédio.*

*(Autor desconhecido).*

## RESUMO

O cuidado de saúde prestado às pessoas com feridas é um problema desafiante a ser enfrentado cotidianamente por aqueles que as assistem, em especial os profissionais de saúde. As feridas crônicas são consideradas problemas de saúde pública e têm significativo impacto socioeconômico para pacientes, familiares e sistema de saúde como um todo. Este trabalho teve por finalidade elaborar um protocolo para atendimento de pessoas com úlcera venosa, baseado em evidências científicas, a fim de contribuir para a autonomia dos profissionais de enfermagem na organização de seus processos de trabalho no município de Lagoa Santa, Minas Gerais. O estudo reuniu e avaliou diretrizes de práticas clínicas no manejo com úlceras venosas para a construção do protocolo municipal, por meio de uma revisão integrativa, percorrendo as seis fases deste método, sendo que, para a quarta e quinta fases, aplicou-se avaliação das diretrizes clínicas utilizando-se do instrumento AGREE II. O resultado foi o levantamento das melhores evidências no atendimento aos portadores de úlcera venosa, reunindo-as para a construção do protocolo municipal. Evidenciou-se com o estudo que há poucas pesquisas no Brasil sobre o assunto, sendo encontradas diretrizes apenas internacionais. Concluiu-se que é possível e de grande relevância construir um protocolo municipal pautado em práticas baseadas em evidências, pela avaliação sistemática de diretrizes clínicas e utilizando instrumento validado.

**Palavras-chave:** Diretrizes. Protocolos. Úlceras Venosas.



## ABSTRACT

The health care provided to people with wounds is a challenging problem to be faced daily by those who care for them, especially health professionals. Chronic wounds are considered public health problems and have significant socioeconomic impact on patients, families and health care system as a whole. This work aimed to develop a protocol for care of people with venous ulcers, based on scientific evidence in order to contribute to the autonomy of nursing professionals in the organization of work processes in Lagoa Santa, Minas Gerais. The study gathered and evaluated guidelines of clinical practice in the handling of venous ulcers for the construction of municipal protocol through an integrative review, covering the six phases of this method being that for the fourth and fifth stages, applied review of clinical guidelines using the AGREE II instrument. The result was the identification of the best evidence on care to patients with venous ulcers, bringing them together to build the municipal protocol. It showed to the study that there is little research on the subject in Brazil, being found only international guidelines. It was concluded that it is possible and very important to build a municipal protocol guided by evidence-based practices for the systematic evaluation of clinical guidelines and using validated instrument.

**Keywords:** Guidelines. Protocols. Venous Ulcers.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Cálculo das pontuações obtidas com a aplicação do instrumento AGREE II para avaliar as diretrizes .....	23
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## **LISTA DE FIGURAS**

Quadro 1– Esquema de classificação para a força da evidência .....	24
Quadro 2 – Esquema de classificação para a força das recomendações .....	24
Quadro 3 – Resultado de recomendações das diretrizes.....	25

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAWC	<i>Association for the Advancement of Wound Care</i>
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research &amp; Evaluation</i>
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
DeCS	Descritores de Ciências e Saúde
EWMA	<i>European Wound Management Association</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ITB	Índice Tornozelo Braço
NGC	<i>National Guideline Clearinghouse</i>
NOC	Normas de Orientação Clínica
NOC	Normas de Orientação Clínica
NSCCH	<i>Northern Sydney Central Coast Health</i>
PAM	Posto de Atendimento Médico
PBE	Prática Baseada em Evidências
RCN	<i>Royal College of Nursing</i>
RI	Revisão Integrativa
RNAO	<i>Registered Nurses Association of Ontario</i>
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
SUS	Serviço Único de Saúde
WOCNS	<i>Wound Ostomy and Continence Nurses Society</i>
WUWHS	<i>World Union of Wound Healing Societies</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>14</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
<b>4 REFERENCIAL METODOLÓGICO .....</b>	<b>17</b>
<b>5 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>22</b>
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>25</b>
<b>6.1 Apresentação do protocolo elaborado .....</b>	<b>31</b>
<b>7 DISCUSSÃO .....</b>	<b>32</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXO A – AGREE II. Instrumento para avaliação de diretrizes clínicas .....</b>	<b>36</b>
<b>APÊNDICE A – Instrumento de coletas das recomendações das diretrizes.....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICE B – Protocolo de Atendimento a Pacientes com Úlcera Venosa. Município de Lagoa Santa, MG.....</b>	<b>42</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O cuidado de saúde prestado às pessoas com feridas é um problema desafiante a ser enfrentado cotidianamente por aqueles que as assistem, em especial os profissionais de saúde (CARDOZO *et al.*, 2012). As feridas crônicas são consideradas problemas de saúde pública e têm significativo impacto socioeconômico para pacientes, familiares e sistema de saúde como um todo (RAHMAN *et al.*, 2010). Em razão do longo tempo e complexidade do seu tratamento, os cuidados com lesões crônicas exigem atuação interdisciplinar, adoção de protocolo de atendimento, conhecimento específico, habilidade técnica, articulação entre os níveis de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) e participação ativa dos pacientes e familiares, dentro de uma perspectiva integral da assistência (CHAVAGLIA *et al.*, 2015).

Estes mesmos autores citam ainda que conviver com a condição de ter uma ferida provoca uma série de mudanças biopsicossociais. Assim, é importante um olhar global e multidisciplinar, que considere a pessoa com lesão cutânea nas dimensões: física, psicológica e sócio espiritual, tornando-o participante no seu processo saúde doença. Ainda, segundo Chavaglia *et al.*, (2015), tem-se percebido na prática a grande quantidade de material gasto com curativos convencionais, sem a devida efetividade do tratamento o que traz frustração ao profissional, impaciência e absenteísmo do paciente ao tratamento.

Estudiosos destacam que a assistência malconduzida determina que a ferida crônica permaneça anos sem cicatrizar, acarretando alto custo social e emocional. Em inúmeros casos, ela afasta o indivíduo do trabalho, agravando as condições socioeconômicas e a qualidade de vida dessa pessoa e dos seus familiares, além de onerar os serviços de saúde. Em nível de atenção básica, média e alta complexidade tem-se constatado que a assistência proporcionada pelo SUS, não contribui para o tratamento efetivo e prevenção de novas úlceras, aumentando a demanda de pessoas com lesões crônicas, e muitas vezes, com complicações avançadas e irreversíveis, com agravamento do estado geral e de doenças crônicas pré-existentes.

Nesse sentido, os protocolos são considerados instrumentos que definem a atuação da equipe multiprofissional e facilitam a elaboração de um plano de ação. Ainda, o seu uso auxilia na prevenção de doenças, promoção e reabilitação da saúde, melhora a segurança dos envolvidos na organização do trabalho e diminui as queixas dos usuários (MALAGUTTI e KAKIHARA, 2010).

Em serviços de saúde da rede municipal é comum não ter protocolos para este tipo de tratamento, levando a enfermagem a prestar cuidado pouco eficiente, aumentando o tempo de cicatrização da ferida em virtude dessa demora.

Assim como outros, Lagoa Santa representa esses municípios, os quais não possuem protocolos para o atendimento integral e efetivo ao portador de lesões cutâneas. Lagoa Santa é um município do estado de Minas Gerais, localizado na Região Metropolitana de Belo

Horizonte, a 35 km da Capital mineira. A cidade encontra-se a 800 metros de altitude, possui 231,9 km<sup>2</sup> de área e população de 54.526 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE/2010). O município conta com cobertura de 100% da assistência em Atenção Básica, sendo formada por 20 Unidades de Saúde da Família e 2 equipes do NASF que se articulam em rede com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS infantil), o Pronto Atendimento Municipal (PAM) – serviço de urgência e o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), sendo este último, responsável pelo atendimento ao portador de lesões cutâneas crônicas e complexas.

Corroborando com a epidemiologia da úlcera venosa, que segundo Borges (2011), representa 70% a 90% do total das úlceras de perna, verifica-se que a maior prevalência no município, são dessa etiologia além das úlceras por pressão em pacientes acamados. Quanto aos materiais (medicamentos e coberturas) disponibilizados pela Prefeitura, para o tratamento dessas lesões, tem-se apenas a Colagenase, Sulfadiazina de Prata, soro fisiológico e bota de unna<sup>1</sup>. As demais coberturas estão em trâmites de licitação e compra pelo município.

As principais dificuldades existentes no município estão relacionadas ao desconhecimento dos profissionais quanto aos novos recursos para tratamento de lesões. Há instituições e profissionais que continuam usando a Sulfadiazina de Prata para todos os tratamentos, independente da etiologia da lesão. Esse fato contribui para a demora na cicatrização, além do auto índice de recidivas dessas lesões, quando há causa crônica pré-existente, sem os devidos cuidados e orientações para a prevenção das recidivas.

Diante disso, surge a inquietação da autora, associada à carência de protocolo para atendimento ao portador de feridas que podem auxiliar na condução do tratamento com efetividade.

A relevância deste estudo consiste na construção de um protocolo de tratamento de úlceras venosas, devido sua maior prevalência no serviço, e promover a autonomia do profissional enfermeiro quanto ao atendimento desta comorbidade, permitindo o respaldo nas condutas e garantindo a disponibilização de produtos e materiais adequados ao tratamento efetivo destes pacientes, além de contribuir para a Sistematização da Assistência na atenção primária e secundária do município de Lagoa Santa, MG.

---

<sup>1</sup> O curativo denominado bota de Unna consiste em uma bandagem compressiva inelástica desenvolvida no séc. XIX pelo médico dermatologista alemão Paul Gerson Unna. Nesse curativo há a presença de uma pasta composta basicamente das substâncias: óxido de zinco, glicerina, água destilada e gelatina (COREN-MG).

## **2 OBJETIVO**

Elaborar um protocolo para atendimento de pessoas com úlcera venosa baseado em evidências científicas.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A presença do enfermeiro é de fundamental importância na equipe multidisciplinar. Realiza troca de curativos, avalia a lesão, indica coberturas tópicas de acordo com protocolos estabelecidos pela Instituição ou Órgão de Saúde. Realiza desbridamento instrumental conservador, faz encaminhamento, orientações de prevenção e cuidados com a lesão e a pele, elabora protocolos, dentre outros (COFEN, 2015).

O tratamento das diversas lesões deve ser prescrito pelo profissional enfermeiro, preferencialmente pelo especialista na área (COREN-MG, 2000)<sup>2</sup>. No âmbito do tratamento de lesões cutâneas, compete ao enfermeiro capacitado prescrever coberturas/correlatos, mediante elaboração do Processo de Enfermagem, conforme previsto na Resolução COFEN n. 358/2009, e estabelecimento de Protocolo Institucional, sendo o Estomaterapeuta o especialista desta área.

O foco deste trabalho é o Protocolo para manejo de úlcera venosa, também conhecida como úlcera por insuficiência venosa, úlcera de estase ou úlcera varicosa. Esta comorbidade é definida como uma área de descontinuidade da epiderme que persiste por 4 semanas ou mais e ocorre como resultado da hipertensão venosa e insuficiência da bomba do músculo gastrocnêmio (BORGES e CALIRI, 2011). Segundo Dantas *et al.*, (2010), são feridas que resultam da Insuficiência Venosa Crônica e acometem pessoas de diferentes faixas etárias, principalmente idosos. Como características, são recorrentes, incapacitantes e repercutem de forma severa para a deambulação dos portadores. A doença requer tratamento duradouro e complexo, são causa de hospitalizações prolongadas e responsáveis por morbidade e mortalidade significativas. Estima-se que em torno de quatro milhões de pessoas sejam portadoras de lesões crônicas ou tenham algum tipo de complicação no processo de cicatrização. Os cuidados com as úlceras venosas exigem atuação interdisciplinar, adoção de protocolo, conhecimento específico, habilidade técnica, articulação entre os níveis de complexidade de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) e também participação ativa dos portadores dessas lesões e seus familiares.

A úlcera venosa representa, aproximadamente, 70 a 90% do total das úlceras de perna, e é o evento final de uma série de anormalidades vasculares que acometem o sistema tegumentar, desencadeando diversas alterações localizadas nas porções distais do membro, como hiperpigmentação cutânea, edema justamaleolar e aparecimento de veias varicosas secundárias (BORGES e CALIRI, 2011).

---

<sup>2</sup>Deliberação n. 65, de 22 de maio de 2000 (COREN-MG).

Borges (2005) afirma que para úlcera venosa o tratamento deve estar amparado em quatro condutas: tratamento da estase venosa, utilizando o repouso e a terapia compressiva; terapia tópica, com escolha de coberturas locais que mantenham úmido e limpo o leito da ferida e sejam capazes de absorver o exsudato; controle da infecção com antibioticoterapia sistêmica e prevenção de recidivas.

Para o atendimento da pessoa portadora de úlcera venosa, garantindo a forma correta de manejo das condutas principais no tratamento, ressalta-se que os protocolos, facilitam a sistematização da assistência à saúde do usuário portador de feridas e garantem qualidade no atendimento, além disso, contribuem para a redução dos custos em saúde. Recomenda-se que estes devem ser elaborados pelo enfermeiro e os demais profissionais da equipe, mediante a análise das condições da rede *loco* regional de saúde e da população usuária a ser atendida (MONTEIRO *et al.*, 2010) e que sejam fundamentadas na prática baseada em evidências, auxiliando o enfermeiro a prestar assistência adequada e de qualidade (BRUM *et al.*, 2015).

#### 4 REFERENCIAL TEÓRICO

O estudo reuniu e avaliou as Diretrizes de Práticas Clínicas ou Normas de Orientação Clínica (NOC) no manejo com úlceras venosas para a construção de um Protocolo Municipal. Pode-se definir uma Norma de Orientação Clínica como o conjunto de recomendações desenvolvidas de maneira sistematizada e que se destinam a apoiar o profissional e o doente na tomada de decisões, acerca dos cuidados de saúde em situações clínicas específicas (CARNEIRO, 2001). A metodologia defendida, hoje em dia, para a elaboração de NOC é que as recomendações sejam baseadas na evidência científica, isto é, em dados científicos selecionados e avaliados criticamente, sendo incluídos e sintetizados os que apresentam resultados válidos, importantes e aplicáveis, na base de critérios pré-definidos (CARNEIRO, 2000).

A prática baseada em evidências (PBE), cuja origem atrelou-se ao trabalho do epidemiologista Archie Cochrane, caracteriza-se por uma abordagem voltada ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

O método da revisão integrativa (RI) constitui basicamente um instrumento da Prática Baseada em Evidências que foi a base deste estudo e avaliadas as Diretrizes Clínicas. Este método proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática.

Para a construção da RI, existem seis fases da pesquisa convencional, de acordo com GANONG (1987, *apud* SOUZA *et al.*, 2010), que serão percorridos neste estudo:

- **Primeira fase:** elaboração da pergunta norteadora, em que se determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado.
- **Segunda fase:** busca ou amostragem na literatura que contempla a procura em bases eletrônicas, busca manual em periódicos, as referências descritas nos estudos selecionados, o contato com pesquisadores e a utilização de material não-publicado.
- **Terceira fase:** coleta de dados que deve incluir a definição dos sujeitos, metodologia, tamanho da amostra, mensuração de variáveis, método de análise e conceitos embaixadores empregados.

- **Quarta fase:** análise crítica dos estudos incluídos. Esta fase demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo e utiliza-se a PBE.
- **Quinta fase:** discussão dos resultados; nesta fase, a partir da interpretação e síntese dos resultados, comparam-se os dados evidenciados na análise dos artigos do referencial teórico.
- **Sexta fase:** apresentação da revisão integrativa. É a fase da exposição dos achados, comparações dos dados e conclusão da pesquisa.

Considerando a revisão integrativa, na quarta e quinta fases da pesquisa, o estudo reuniu e avaliou as Diretrizes de Práticas Clínicas. Para avaliar uma diretriz, é necessário estabelecer critérios prévios, sendo necessário o uso de um instrumento para avaliação, elaborado, especificamente, com essa finalidade. O instrumento utilizado neste estudo foi o *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE)*. Este surgiu como o primeiro instrumento existente em nível mundial, capaz de servir de critério de qualidade para as normas de orientação clínica baseadas na evidência, segundo CLUZZEAU *et al.* (1999) (*apud* CARNEIRO, 2004).

O Instrumento AGREE foi desenvolvido para abordar a variabilidade na qualidade de diretrizes. É uma ferramenta que avalia o rigor metodológico e transparência com que uma diretriz clínica é desenvolvida. O instrumento AGREE original foi refinado, o que resultou no novo AGREE II, que inclui o novo Manual do Usuário e melhora as questões de avaliação nos seis domínios. O AGREE II substitui o instrumento original como ferramenta e pode ser utilizado como parte de um protocolo de qualidade global com o propósito de melhorar a atenção à saúde (*AGREE Next Steps Consortium*, 2009). Além disso, AGREE é considerado uma ferramenta genérica e pode ser aplicado à diretriz referente a qualquer doença/condição, incluindo aspectos diagnósticos, promoção da saúde, tratamento ou outras intervenções. O instrumento consiste de 23 itens-chave organizados em seis domínios. Cada domínio pretendeu abordar uma dimensão individual da qualidade da diretriz, como descrito a seguir (*AGREE Next Steps Consortium*, 2009):

- a) **Escopo e finalidade** (itens 1-3) – relacionado com o objetivo global da norma de orientação, as respectivas questões clínicas específicas e a população-alvo de pacientes.

- b) **Envolvimento das partes interessadas** (itens 4-6) – sinaliza até que ponto a norma de orientação representa os pontos de vista dos utilizadores. O desenvolvimento de uma norma de orientação deverá envolver todas as partes cujas atividades tenham alguma probabilidade de ser cobertas pela norma proposta, o que deverá incluir igualmente grupos de pacientes.
- c) **Rigor de desenvolvimento** (itens 7-14) – refere-se ao processo usado para colher e sintetizar a evidência, aos métodos de formulação de recomendações e de atualização da norma de orientação, o que inclui informação sobre as pesquisas bibliográficas realizadas, os critérios usados para selecionar a evidência e os métodos utilizados para formular as recomendações. Estas deverão estar explicitamente relacionadas com a evidência de suporte. As normas de orientação devem ser alvo de revisão externa antes de serem publicadas e devem igualmente explicitar de forma clara os procedimentos de atualização.
- d) **Clareza e apresentação** (itens 15-17) – refere-se à linguagem e ao formato da norma de orientação. A principal função desta é ajudar os clínicos e os pacientes a tomarem decisões eficientes. Profissionais que estão sempre ocupados e que necessitam de normas de orientações específicas para conduzir o trabalho junto aos pacientes com maior facilidade e compreensão. A boa norma de orientação apresenta informação clara sobre as opções de abordagem disponíveis e as prováveis consequências de cada uma delas.
- e) **Aplicabilidade** (itens 18-21) – diz respeito às prováveis implicações, em termos organizacionais e de custos, resultantes da aplicação da norma de orientação. Esta deve ser exequível no contexto dos cuidados de saúde, devendo encaixar-se na rotina e nos constrangimentos de tempo da prática clínica. Além disso, das recomendações-chave deverão emergir critérios de revisão.
- f) **Independência editorial** (itens 22-23) – trata da isenção das recomendações e do reconhecimento de eventuais conflitos de interesse no seio do grupo de desenvolvimento da norma de orientação. Com efeito, cada vez mais normas de orientação são financiadas direta ou indiretamente por fontes externas. Deverá constar uma declaração explícita que os pontos de vista e os interesses do organismo financiador não influenciaram as recomendações finais.

Cada item dos domínios é classificado em uma escala de sete pontos, sendo 7 a opinião em que "Concordo totalmente" a 1 a que "Discordo totalmente". Deve-se ter o

mínimo 2 avaliadores, mas preferencialmente 4. A escala mede até que ponto um dado critério (item) foi cumprido:

- **Escore 1 (discordo totalmente).** O escore 1 deve ser dado quando não há qualquer informação que seja relevante para o item do AGREE II ou se o conceito relatado é simples.
- **Escore 7 (concordo totalmente).** O escore 7 deve ser dado quando a qualidade da informação é excelente e quando todos os critérios e considerações articulados no Manual do Usuário estão atendidos.
- **Escores entre 2 e 6.** Um escore entre 2 e 6 deve ser atribuído quando a informação referente ao item do AGREE II não atende todos os critérios ou considerações. A pontuação deve ser atribuída em função da completude e qualidade do relato e deve aumentar à medida que mais critérios são contemplados e as considerações abordadas.

Para o cálculo das pontuações é somado todas as pontuações dos itens individuais de cada domínio e padronizando o total sob a forma de uma percentagem da pontuação máxima possível para esse domínio, como descrito a seguir:

$$\frac{\text{Pontuação obtida} - \text{pontuação mínima possível}}{\text{Pontuação máxima possível} - \text{pontuação mínima possível}} \times 100$$

Sendo, para o domínio 5, por exemplo, neste estudo:

- Pontuação máxima possível = 7 (concordo totalmente) x 4 (itens, no caso do domínio 1) x 3 (avaliadores) = 84.
- Pontuação mínima possível = 1 (discordo totalmente) x 4 (itens) x 3 (avaliadores) = 12.
- Pontuação obtida = soma de todas as pontuações de todos os avaliadores de cada item de um domínio.

Apesar da pontuação dos domínios ser útil na comparação de diretrizes e dar subsídios para que a diretriz seja ou não recomendada, não há definição de pontuações mínimas para os domínios ou padrões de pontuação entre os domínios, para diferenciar diretrizes de alta e

baixa qualidade. (*AGREE Next Steps Consortium*, 2009). Neste estudo, esta definição foi critério pessoal e está descrita no percurso metodológico.

Ao completar os 23 itens, os usuários devem realizar duas avaliações gerais da diretriz. A avaliação global requer que o usuário faça um julgamento sobre a qualidade da diretriz considerando os critérios do processo de avaliação. Além disso, deve informar se recomendaria ou não o uso da diretriz (*AGREE Next Steps Consortium*, 2009).

## 5 PERCURSO METODOLÓGICO

Diante da carência de protocolos municipais, para atendimento ao portador de lesões cutâneas de etiologia venosa, que podem auxiliar na condução do tratamento com efetividade, o estudo construiu um protocolo, a partir da avaliação de Diretrizes atribuída pelo instrumento AGREE II, contendo as evidências fortes no atendimento à pessoa com úlcera venosa.

Para identificação das diretrizes referentes ao tratamento de pacientes com úlcera venosa, foi realizada a busca nos sites de associações e sociedades internacionais, que tratam do tema e publicam diretrizes elaboradas baseadas em evidências científicas, com atualizações periódicas, conforme apresentado:

- *Association for the Advancement of Wound Care (AAWC)*
- *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*
- *Wound Ostomy and Continence Nurses Society (WOCNS)*
- *Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)*
- *Royal College of Nursing (RCN)*
- *European Wound Management Association (EWMA)*
- *World Union of Wound Healing Societies (WUWHS)*
- *National Guideline Clearinghouse (NGC)*
- *Northern Sydney Central Coast Health (NSCCH)*

O acesso aos sites ocorreu no período de setembro a outubro de 2015 por meio de três descritores controlados, identificados na terminologia Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “*guidelines*”, “*protocols*” e “*varicoseulcer*”.

Para fazer parte da amostra, a diretriz deveria atender os critérios de inclusão: publicação no idioma inglês, no período de 2010 a 2015, no formato *online* ou impresso, possíveis de serem acessadas até outubro de 2015, pontuação mínima de 65% em no mínimo 3 domínios, obtida com a avaliação do AGREE II e apresentação das recomendações com o respectivo nível de evidência.

As buscas nos sites citados resultaram na identificação de 11 diretrizes que tratavam de úlceras venosas, sendo que as sociedades AAWC e RNAO disponibilizavam duas diretrizes com data de publicação distinta. Nesse caso, optou-se pela diretriz de publicação mais recente, resultando em 09 publicações. A etapa seguinte consistiu na aplicação dos critérios de inclusão resultando na seleção de duas diretrizes.



A qualidade dessas diretrizes foi avaliada com a utilização do AGREE II (ANEXO A) por três juízes, enfermeiros alunos do Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia, do último mês de curso, considerados com competência para desenvolver tal atividade. As diretrizes *Guideline for Management of Wounds in Patients with Lower-Extremity Venous Disease* e *Management of chronic venous leg ulcers -A national clinical guideline*, identificadas na forma impressa da WOCN e no site “<http://www.sign.ac.uk>”, foram codificadas em D1 e D2, respectivamente. As pontuações fornecidas pelos juízes a respeito dos domínios avaliados se encontram na Tabela 1.

Tabela1 – Cálculo das pontuações obtidas com a aplicação do instrumento AGREE II para avaliar as diretrizes

Domínio/Pontuação	DIRETRIZ 1 – D1					DIRETRIZ 2 – D2				
	Juiz			Total	Escore%	Juiz			Total	Escore%
	1	2	3			1	2	3		
1. Escopo e finalidade	20	21	19	60	94,4	19	21	20	60	94,4
2. Envolvimento das partes interessadas	09	16	15	40	57,4	14	14	14	42	61,1
3. Rigor do desenvolvimento	48	51	49	148	86,1	46	42	44	132	75
4. Clareza da apresentação	16	21	20	57	88,8	15	17	17	49	74,0
5. Aplicabilidade	09	16	16	41	40,3	08	15	15	38	36,1
6. Independência editorial	08	08	08	24	50,0	02	05	04	11	13,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

As diretrizes D1 e D2 obtiveram a pontuação mínima de 65% em, no mínimo, 3 domínios, sendo incluídas na amostra desse estudo.

Para facilitar a extração dos dados na elaboração do protocolo, criou-se um instrumento de coleta (APÊNDICE A). Quando as duas diretrizes apresentaram duas recomendações semelhantes, optou-se por aquele de maior nível de evidência.

As recomendações foram classificadas conforme a força de evidências, baseadas na categorização da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), apresentado no Quadro 1 e a classificação para a força das recomendações, no Quadro 2.

Quadro 1 – Esquema de classificação para a força da evidência

Nível e qualidade de evidência	Fontes de evidências
Nível I	Um estudo randomizado controlado (RCT), que demonstra a diferença estatisticamente significativa em pelo menos um resultado importante definida por $p < 0,05$ .
Nível II	RCT que não satisfaz os critérios de Nível I.
Nível III	Um estudo não randomizado, com controles contemporâneos selecionadas por algum método sistemático. Um controle pode ter sido escolhido devido a sua adequação percebida como uma opção de tratamento para pacientes individuais.
Nível IV	Uma série de casos de pelo menos 10 pacientes em uso de controles ou controles históricos retirados de outros estudos.
Nível V	Uma série de casos de pelo menos 10 pacientes sem controles.
Nível VI	Um relatório de caso ao menos de 10 pacientes.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Quadro 2– Esquema de classificação para a Força das Recomendações

Força da recomendação	Descrição
Nível A	Duas ou mais RCTs de apoio de pelo menos 10 seres humanos com úlcera venosa de membros inferiores s (nos níveis I ou II), uma meta-análise de ensaios clínicos randomizados, ou uma revisão sistemática Cochrane de ensaios clínicos randomizados.
Nível B	Um ou mais apoio aos ensaios de pelo menos 10 seres humanos controlada com a extremidade inferior úlcera venosa ou dois ou mais apoio aos ensaios não randomizados de pelo menos 10 seres humanos com úlcera venosa de membros inferiores s (no Nível III).
Nível C	Dois apoios de série de casos de pelo menos 10 seres humanos com a extremidade inferior úlcera venosa ou opinião de especialistas.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

As recomendações extraídas com a análise das diretrizes estão detalhadas no item Resultados. Também, nesse item, consta o protocolo, elaborado e amparado nessas recomendações, no diagnóstico situacional e fluxos de atendimento do município referido.

## 6 RESULTADOS

A análise das diretrizes permitiu elencar três temas, sendo um, com onze subdivisões com respectivas recomendações, as quais estão descritas no Quadro 3.

Quadro 3 – Resultado de recomendações das diretrizes

			Continua
Temas	Recomendação	Evidência	Fonte D1xD2
<b>Avaliação</b>	1. Inicialmente realize a avaliação dos fatores predisponentes ou contribuintes e sinais e sintomas para diferenciar os diferentes tipos de úlceras de membros inferiores que requerem tratamentos variados.		D1
	2. Revisar o histórico de saúde para diferenciar os fatores de risco para doença venosa (história familiar; gestações; idade; obesidade; trombose venosa profunda; história de feridas; medicações em uso, prescritas e não prescritas). A) Avaliação da dor: começo, duração, localização, fatores precipitantes/aliviantes, presença/ausência de claudicação ou dor em repouso (encontrada na doença mista).	C	D1
	3. Revisão laboratorial:		D1
	1. Hemoglobina, hematócrito, tempo de protrombina;		D1
	2. RNI pacientes em uso de anticoagulantes	C	D1
	3. Níveis de hemocisteína	C	D1
	4. Exame físico dos membros inferiores:		D1
	a. Avaliação da habilidade funcional;		D1
	b. Determinação da perfusão pela temperatura da pele, enchimento capilar, enchimento venoso, mudança de coloração e presença de parestesias;	C	D1
	c. Determinação da presença ou ausência de pulsos. Palpação dos pulsos pedioso e tibial posterior bilateralmente. Presença de pulsos palpáveis não exclui doença arterial bem como a ausência de pulsos nem sempre indica a presença da mesma, especialmente na presença de edema;		D1
	d. Realizar Índice Tornozelo Braço (ITB) em todos os pacientes com úlceras de perna. Refazer o ITB periodicamente (a cada 3 meses) para pacientes com úlceras de perna que não cicatrizam;	C	D1
e. Avaliação de mudanças como edema, dermatite venosa, atrofia branca, veias varicosas, coroa flebostática, cicatrizes de úlceras prévias, lipodermatoesclerose, temperatura elevada;		D1	
f. Avaliação de complicações: celulite, gangrena e osteomielite		D1	

Quadro 3 – Resultado de recomendações das diretrizes

			Continua	
Temas	Recomendação	Evidência	Fonte D1xD2	
<b>Avaliação</b>	5. Considerar o uso do duplex scan com ultrassom como o teste não invasivo mais confiável para diagnóstico anatômico e de anormalidades hemodinâmicas além de detecção de refluxo em qualquer segmento venoso.	A	D1	
	6. Monitorar/mensurar a porcentagem de mudança na área da ferida para avaliar cicatrização. Uma úlcera que não cicatriza ou demonstra cicatrização significativa com 4 semanas pode levar o profissional a considerar terapias adjuvantes.	B	D1	
	7. Avaliar fatores que impedem a cicatrização como as comorbidades, falta de aderência no programa de prevenção e /ou tratamento, especialmente a terapia compressiva e medicações como os esteróides		D1	
	8. Considerar o encaminhamento para avaliação mais aprofundada em pacientes com celulite, sangramento por varizes e úlceras com aparência atípica ou que não respondem a 2 a 4 semanas de terapia apropriada.		D1	
	9. Considerar terapia adjuvante para úlceras que demoram a cicatrizar.	A	D1	
	10. Medição do índice de pressão tornozelo-braquial deve ser realizada por forma apropriada profissionais treinados, que deve se esforçar para manter suas habilidades.	D	D2	
	11. A terapia de compressão pode ser usado com segurança em pacientes com úlcera de perna com ITB $\geq$ 0.8.	D	D2	
	12. Pacientes com um ITB de <0.8 devem ser encaminhados para um especialista vascular para avaliação.	D	D2	
	13. A área da superfície da úlcera deve ser medida em série ao longo do tempo.	C	D2	
	14. Pacientes com uma não-cura (após 12 semanas) ou úlcera de perna atípica devem ser enviadas para apreciação de biópsia.	D	D2	
	15. Bacteriologia com swab só deve ser realizada quando houver evidência clínica de infecção.	C	D2	
	16. Pacientes com úlcera de perna com dermatite/eczema devem ser considerados para patch- teste (epicutâneo ou de contato)	D	D2	
	<b>Intervenções</b>	1. Recomendar pacientes com insuficiência venosa e/ou úlceras venosas a procurar cuidados por um profissional especialista em feridas.	C	D1
		2. Selecionar o curativo de acordo com os princípios de tratamento de feridas aceitos, características da úlcera, necessidades do paciente como conforto, custo, facilidade de aplicação, absorção de exsudatos e disponibilidade dos curativos.		D1

Quadro 3 – Resultado de recomendações das diretrizes

				Continua	
Temas	Recomendação	Evidência	Fonte D1xD2		
<b>LIMPEZA E DESBRIDAMENTO</b>					
<b>Intervenções</b>	3. Limpar a úlcera em cada troca de curativo, minimizando o trauma à úlcera e à pele circundante. Não há estudos específicos que demonstrem o benefício de usar um limpador ou outro, assim, as úlceras devem ser limpas com produtos de limpeza não citotóxicos como soro fisiológico ou água.	C	D1		
	4. Acompanhar de perto a ferida quando algum método de desbridamento for usado tais como agentes autolíticos ou enzimáticos. Nenhum método de desbridamento mostrou ser ótimo para úlceras venosas.		D1		
	5. Considerar o uso de terapia biológica (larvas) para remover tecido necrótico.	B	D1		
	6. Desbridamento mecânico só deve ser realizada por profissionais devidamente treinados.	D	D2		
	7. Coberturas simples não aderentes são recomendadas para tratamento de úlcera venosa.	A	D2		
	8. Coberturas de mel não são recomendados no tratamento de rotina de pacientes com venoso úlceras de perna.	B	D2		
	9. Coberturas de prata não são recomendadas no tratamento de rotina de pacientes com, úlcera venosa.	A	D2		
	<b>DERMATITE</b>				
	10. Evitar produtos sabidamente irritantes ou alérgenos na pele, especialmente em pacientes com dermatite venosa por causa da alta porcentagem de indivíduos com insuficiência venosa e úlceras que têm hipersensibilidade a vários ingredientes e produtos.			D1	
11. Fazer teste de sensibilidade em indivíduos com sensibilidades conhecidas ou atraso na cicatrização da ferida antes de usar novos produtos. Usar uma pomada de corticóide em pacientes com dermatite por até 2 semanas para reduzir inflamação e prurido. Em casos severos um tratamento prolongado pode ser garantido.			D1		
<b>CONTROLE DA DOR</b>					
12. Considerar anestésicos tópicos para alívio da dor para desbridamento da úlcera venosa tais como anestésicos locais, lidocaína creme reduzem o escore da dor durante o desbridamento.	B		D1		
13. Considerar o uso de hidrocolóide ou curativo de espuma para reduzir a dor associada às úlceras venosas de membros inferiores.	B		D1		
14. Creme anestésico local ( <i>EMLA</i> ®) deve ser utilizado para reduzir a dor de desbridamento afiado em pacientes com úlcera de perna venosa.	C		D2		

Quadro 3 – Resultado de recomendações das diretrizes

			Continua
Temas	Recomendação	Evidência	Fonte D1xD2
<b>ANTIBIOTICOTERAPIA</b>			
<b>Intervenções</b>	15. Tratar infecção de tecidos profundos e celulite com tratamento sistêmico. Considerar antibióticos ou antimicrobianos tópicos para infecção superficial. Usar a cultura para guiar a antibioticoterapia. Considerar o uso de antimicrobianos não tóxicos (Ex.: cadexomero de iodo, coberturas com prata) para infecção clínica como uma alternativa aos antibióticos tópicos.	C	D1
	16. Não se recomenda o uso rotineiro de longo prazo de anti-sépticos tópicos e antimicrobianos.		D2
	17. Em pacientes com úlcera venosa crônica, antibióticos sistêmicos não deve ser usado a menos que haja evidência de infecção clínica.	C	D2
<b>NUTRIÇÃO</b>			
<b>Intervenções</b>	18. Considerar o uso de Mesoglicanos combinados com o cuidado usual (compressão, elevação das pernas) para promover a cura da ferida.	B	D1
	19. Considerar o uso de Rutosídeos em doses variando de 250 a 300 mg duas vezes ao dia para melhorar as taxas de cicatrização da ferida.	A	D1
	20. Nenhuma evidência de boa qualidade foi identificada sobre a eficácia das intervenções nutricionais u suplementação nutricional no tratamento de pacientes com úlcera venosa.		D2
<b>TERAPIA COMPRESSIVA</b>			
<b>Intervenções</b>	21. Selecionar métodos compressivos baseados na avaliação cuidadosa do paciente.		D1
	22. Terapia de compressão cura mais úlceras venosas e diminui o tempo de cicatrização comparado com terapia não compressiva.	A	D1
	23. Usar alta compressão para tratar pacientes com insuficiência venosa é relatado como mais efetivo que baixa compressão. Não existem diferenças na efetividade dos diferentes tipos de produtos disponíveis para alta compressão. No entanto, existem algumas sugestões de que camadas elásticas podem ser mais benéficas.	A	D1
	24. Não confiar em meias ou meia calça antiembolismo (15-17 mm Hg), que não são projetados para a compressão terapêutica e não devem ser usados como tal.		D1
	25. Considerar o uso de sistema de multicamadas que contem uma camada elástica, tais como esses parecem ser benéficos.	A	D1
	26. Use bandagem com pressão reduzida (23 a 30 mmHg) em indivíduos com doença mista arterial/venosa e insuficiência arterial moderada (ITB entre 0.5 a 0.8 mmHg) que apresentam úlceras e edema.	C	D1

Quadro 3 – Resultado de recomendações das diretrizes

Continua				
Temas	Recomendação	Evidência	Fonte D1xD2	
<b>Intervenções</b>	27. Considere o uso de compressão pneumática intermitente para pacientes que estão imobilizados ou que necessitam de mais alto nível de compressão do que o que é fornecido com bandagens ou meias ou naqueles que não respondem ao uso de bandagens e meias.	B	D1	
	28. Alta compressão bandagem múltiplos componentes devem ser usados rotineiramente para o tratamento de úlcera venosa.	A	D2	
	29. A terapia de compressão visa melhorar o retorno venoso e reduzir a hipertensão venosa	A	D2	
	30. Os pacientes devem ser oferecidos a compressão mais forte que mantém concordância do paciente.		D2	
	31. No início de compressão, os doentes devem ser avaliados quanto a complicações de pele dentro 24-48 horas.		D2	
	32. Em pacientes com um ITB <0,8 e em pacientes com diabetes, a compressão deve apenas ser usados sob orientação especializada e com um monitoramento rigoroso.		D2	
	33. Ao considerar o tipo de compressão a ser usado, os médicos devem ter em conta: preferência do paciente, estilo de vida e concordância provável, frequência necessária de aplicação, nível prático do especialista, tamanho e forma do pé.		D2	
	<b>MEDICAMENTOS</b>			
	34. Considerar o uso dos seguintes medicamentos para promover a cura:			D1
	a. Pentofilina, 400mg, três vezes ao dia como adjunto da terapia compressiva no tratamento de úlceras venosas.	A		D1
b. Fator estimulante de colônias de granulócitos-macrófagos dada como uma injeção peri-úlcera para melhorar a cicatrização.	B		D1	
c. Extrato de castanha da índia é benéfico no controle da dor e redução do edema em doença venosa periférica.	A		D1	
d. Sulodexide (não é amplamente disponível nos EUA), administrado por via oral ou por via intramuscular combinado com compressão.	A		D1	
35. O uso de pentoxifilina (400 mg três vezes ao dia por até seis meses) para melhorar a cicatrização deve ser considerada em pacientes com úlcera venosa.	A		D2	
<b>CIRURGIA</b>				
36. Considere cirurgia subendoscópica para melhorar a cicatrização da úlcera venosa e reduzir a reincidência.	B		D1	
37. Pacientes com úlcera de perna venosa crônica e refluxo venoso superficial deve ser considerado para cirurgia venosa superficial para prevenir a recorrência.	B		D2	

Quadro 3 – Resultado de recomendações das diretrizes

Continua			
Temas	Recomendação	Evidência	Fonte D1xD2
<b>TERAPIAS ADJUVANTES</b>			
	38. Educar/encorajar os pacientes a participarem de um programa de atividade física em casa, incluindo atividades isotônicas ou de resistência, para melhorar o funcionamento da bomba muscular da panturrilha e reduzir o tempo de cura.	A	D1
	39. Ensinar o paciente a elevar as pernas acima do nível do coração durante 30 minutos, 3 a 4 vezes por dia, se não for clinicamente contra-indicado.		D1
	40. Exercício supervisionado do músculo da panturrilha deve ser considerado em pacientes com úlcera venosa.		D2
<b>CRITÉRIOS PARA REFERENCIAR O PACIENTE</b>			
Intervenções	41. Os doentes que tenham as seguintes características devem ser encaminhados ao especialista apropriado: suspeita de malignidade, doença arterial periférica, ITB < 0,8, diabetes mellitus, artrite reumatóide/vasculite, distribuição atípica de úlceras, suspeita de dermatite de contato ou dermatite resistentes a esteróides tópicos, úlcera que não cura.		D1
<b>EDUCAÇÃO DO PACIENTE</b>			
Prevenção de úlceras venosas e recorrências	42. Educar os pacientes sobre o uso de compressão para toda a vida, a cessação do tabagismo, atividade física / exercício, evitar trauma/cruzar as pernas, e seguir práticas saudáveis como controle de peso e nutrição.		D1
	43. Os prestadores de cuidados e saúde devem avaliar regularmente a adesão às recomendações, habilidades e atividades funcionais da vida diária, presença de depressão, doenças concomitantes, dor, condições das meias, ligaduras e bandagens.		D1
	1. Encorajar o paciente a empreender um programa de atividade física para fortalecimento do músculo da panturrilha e ampliar a mobilidade do tornozelo para prevenir recorrência de úlcera.	A	D1
	2. Treinar o paciente que meias de compressão ou outras bandagens de compressão devem ser usadas diariamente para prevenção do edema venoso e recorrência de úlcera venosa.	A	D1
	3. Rastrear todo paciente com ferida em membros inferiores para doença arterial utilizando a mensuração do Índice Tornozelo Braço (ITB) por equipe treinada adequadamente antes da aplicação de terapia compressiva.		D1
	4. Educar indivíduos com fluxo arterial normal que o uso de alta compressão (40 a 50 mmHg) pode ser aplicada ou tolerada. Baixa compressão pode ser útil para indivíduos com doença venosa periférica e lipodermatoesclerose que são incapazes de usar dispositivo compressivo, tolerar grande compressão ou arcar com o custo de dispositivos de alta compressão.	B	D1



Quadro 3 – Resultado de recomendações das diretrizes

			Conclusão
	Recomendação	Evidência	Fonte D1xD2
<b>Prevenção de úlceras venosas e recorrências</b>	5. Ter meias de compressão aplicadas por pessoal treinado.	B	D1
	6. Ter bandagens ou ataduras de compressão aplicadas por pessoal especializado		D1
	7. Especialistas em cuidados com feridas podem supervisionar e monitorar a terapia compressiva em indivíduos com insuficiência mista arterial/venosa com ITB entre 0.5 e 0.8.		D1
	8. Considerar cirurgia vascular para prevenir recorrência.	B	D1
	9. Providenciar educação do paciente sobre a necessidade de vestir meias de compressão pelo resto de suas vidas, elevar pernas, controle do peso, participação em atividades físicas, evitar traumas, buscar intervenção no início de sinais como edema, hiperemia, sensações anormais na pele e discutir opções de medicamentos pode ser enfatizado por profissionais de saúde.		D1
	10. É recomendado uso de meias de compressão graduada para evitar a recorrência de úlcera, em doentes em que foi alcançada a cura da úlcera venosa.	A	D2

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

### 6.1 Apresentação do protocolo elaborado

Diante das recomendações extraídas das diretrizes avaliadas, foi possível construir o protocolo municipal de atendimento ao portador de úlcera venosa, denominado “Protocolo de Atendimento a Pacientes com Úlcera Venosa. Município de Lagoa Santa, MG”, disposto na íntegra neste trabalho (APÊNDICE B).

## 7 DISCUSSÃO

A análise e avaliação das diretrizes que compuseram o estudo permitiram sintetizar as etapas e condutas para o atendimento ao portador de úlcera venosa pautado em evidências científicas subsidiando a construção de um protocolo consistente e claro para implementação no município de Lagoa Santa, MG, a partir da Atenção Primária à Saúde.

Acerca dos enfoques dados às diretrizes pesquisadas, predominou a avaliação do paciente e da lesão, critérios para referenciar o paciente, princípios para o tratamento da úlcera venosa, etapas das intervenções e a prevenção de úlceras venosas e recorrências. Esse achado corrobora com o estudo de Borges (2005), evidenciando que o tratamento de úlceras venosas deve seguir uma proposta de diretriz e recomendação com base da avaliação do paciente e de sua ferida, documentação dos achados clínicos, cuidados com a ferida e a pele ao redor, indicação da cobertura, uso de antibiótico, melhoria do retorno venoso e prevenção de recidiva, encaminhamento dos pacientes e capacitação profissional.

Reforçando este propósito, a Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular indica diretrizes sobre diagnóstico, prevenção e tratamento de feridas como avaliação da úlcera, medidas e exames subsidiários, terapia de compressão, tratamento da dor, limpeza, desbridamentos e curativos, tratamento cirúrgico de IVC, tratamento medicamentoso e prevenção de recidivas, descrito por Aguiar *et al.* (2005, *apud* Dantas *et al.*, 2010).

Esses aspectos também serviram como orientação na elaboração do protocolo construído neste estudo como também dos protocolos consultados, comparativamente, de São Paulo- SP, Belo Horizonte-MG e Florianópolis-SC, com o intuito de instrumentalizar as ações dos profissionais e sistematizar a assistência a ser prestada ao portador de úlcera venosa, além de fornecer subsídios para implementação desta assistência.

No entanto, os protocolos mencionados deixaram de conceber a necessidade de integralização de diretrizes e nível de recomendações, baseado em evidências, pela avaliação sistemática das que tratam do assunto. Este é o ponto forte do presente trabalho, em que se construiu um protocolo municipal de atendimento ao portador de úlcera venosa, pautado em avaliação criteriosa e sistemática de diretrizes – de Sociedades Internacionais que tratam do assunto – e por um instrumento validado, que é o AGREE II, em sua versão atual, contando com a contribuição de profissionais especializados no assunto.

Em contrapartida, evidenciou-se com o estudo que há poucas pesquisas no Brasil acerca do assunto, sendo encontradas diretrizes apenas internacionais e ainda assim, com grande número de recomendações sem nível de evidências ou de recomendações de nível C, ou seja, reflete a necessidade de realização de mais estudos controlados que possam avaliar condutas em atendimento a úlceras venosas avaliando força de evidência.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo enriqueceu o conhecimento acerca do manejo de úlcera venosa, comorbidade esta de grande incidência nas salas de curativos das Unidades básicas de Saúde, conforme consta em resultados de estudos epidemiológicos, bem como na prática clínica.

Concluiu-se que é possível e de grande relevância construir um protocolo municipal, pautado em evidências científicas ou práticas baseadas em evidências, pela avaliação sistemática de diretrizes clínicas usando instrumento validado. Com isso, o estudo pode contribuir para ajudar suprir a lacuna que é a carência de protocolos nos serviços de saúde, principalmente no primário, a fim de minimizar a assistência malconduzida a pacientes portadores de feridas crônicas, que permanecem anos sem cicatrizar, acarretando alto custo financeiro, social e emocional, também onerando os serviços de saúde.

Nesse sentido, o protocolo construído poderá definir a atuação da equipe multiprofissional e facilitar a elaboração de um plano de ação para cada paciente, ainda contribuindo com a prevenção de surgimento de úlceras venosas, bem como suas recidivas.

Por fim, o estudo apresentou os caminhos para construção de protocolo municipal de apenas uma etiologia de lesões cutâneas, das diversas que existem. Foi o primeiro passo para o percurso de posterior desenvolvimento de um protocolo integral de tratamento de feridas para o município de Lagoa Santa, MG.

## REFERÊNCIAS

AGREE II. Instrumento para avaliação de diretrizes clínicas. **Consórcio AGREE**. Maio 2009. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/3807906-Instrumento-para-avaliacao-de-diretrizes-clinicas.html>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

AGREE-Avaliação Metodológica de Normas de Orientação Clínica. **Normas de Orientação Clínica**, n. 9, jan./mar., 2004.

AGUIAR, E. T.; PINTO, L. J.; FIGUEIREDO, M. A.; SALVINO NETO S. Diretrizes da SBACV para diagnóstico, prevenção e tratamento da úlcera de insuficiência venosa crônica. **J Vasc Br.**, v. 4, n. 3, Supl. 2, p. 95-200. 2005

BORGES, E. L. **Tratamento tópico de úlceras venosas**: proposta de uma diretriz baseada em evidências. 305 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<file:///C:/Users/Admin/Downloads/tesetratamentotopicoulceravenosa.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

BORGES; E. L.; CALIRI, M. H. L. Úlcera Venosa. In: BORGES, E.L. **Feridas**: úlceras de membros inferiores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BRUM, M. L. B.; Poltronieri, A.; ADAMY, E. K.; KRAUZER, I. M.; SCHMITT, M. D.. Protocolo de assistência de enfermagem a pessoas com feridas como instrumento para autonomia profissional. **Rev. Enferm. UFSM**, n. 5, v. 11, p. 50-57, jan./Mar. 2015.

CARDOZO, G. M. *et al.* Contribuições da enfermagem para avaliação da qualidade de vida de pessoas com úlceras de perna. **Rev Estima**, v. 10, n. 2, p. 19-27, 2012.

CARNEIRO AV. As normas de orientação clínica (guidelines) e a prática da Cardiologia Baseada na Evidência Científica. Parte I. **RevPortCardiol**.2001; 20:449-455.

CHAVAGLIA, SRR. *et al.* Pessoas que convivem com feridas: uma reflexão teórica. **REFACS** (online) 2015; 3(2): 88-94

CORENMG. **Guias para elaboração dos protocolos assistenciais**. Disponível em: <<http://www.corenmg.gov.br/artigos/10588-modelos-de-protocolo-assistencial.html>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

DANTAS, D. V.; TORRES, G. V.; NÓBREGA, W. G.; MACEDO, E. A. B.; COSTA, I. K. F.; MELO, G. S. M.; DANTAS, R. A. N. **Rev. Enferm UFPE**, v. 4 (spe), p. 1944-950, nov./dez. 2010.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, NamieOkino. MENDES, Isabel Amélia Costa. A busca das melhores evidências. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003.

GUIMARÃES BARBOSA, J. A.; NOGUEIRA CAMPOS, L. M. Diretrizes para o tratamento da úlcera venosa. **Enfermeria Global**, n. 20, out./2010. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/pt\\_revision2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/pt_revision2.pdf)>. Acesso em: 13 nov. 2015.

MALAGUTTI, W; KAKIHARA, C. T. **Curativo, estomias e dermatologia**: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari; 2010.

MONTEIRO, A. I. *et al.* A expressão da autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. **Rev. Enferm UERJ**, v. 19, n. 3, p. 426-31, 2011.

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE FERIDAS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Secretaria Municipal de Saúde**. Florianópolis, 2008. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26\\_10\\_2009\\_10.46.46.f3edcb3b301c541c121c7786c676685d.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.46.46.f3edcb3b301c541c121c7786c676685d.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2015.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS. **Prefeitura Municipal de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/Admin/Downloads/Protocolo\\_Prevencao\\_e\\_Tratamento\\_Feridas%20\(1\)](file:///C:/Users/Admin/Downloads/Protocolo_Prevencao_e_Tratamento_Feridas%20(1))>. Acesso em: 13 nov. 2015.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS. **Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo**. Prefeitura Municipal de São Paulo. São Paulo. [s/d]. Disponível em: <[http://www.ee.usp.br/departamento/ens/sel/protocolo\\_feridas.pdf](http://www.ee.usp.br/departamento/ens/sel/protocolo_feridas.pdf)>. Acesso em: 13 nov. 2015.

RAHMAN, GA; ADIGUM, IA. Epidemiology, and treatment of chronic leg ulcer: experience with sixty patients. **Ann Afr Med.**, n. 9, v. 1, p. 1-4, 2010.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A.M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 3, maio-junho/2007. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 1 nov. 2015.

SING. **Management of chronic venous leg ulcers**: A national clinical guideline. Inglaterra, 2010. Disponível em: <<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign120.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

SOARES, R. S. A. **Significando o protocolo de úlcera por pressão como instrumento de qualificação para o cuidado gerencial do enfermeiro**. Dissertação (Mestrado). Santa Maria, RS, 2015.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8(1 Pt 1), p. 102-6, 2010.

Wound Ostomy and Continence Nurses Society. Advanced the practice and guiding the delivery of expert health care to patients. **Guideline for Management of Wounds in Patients with Lower-Extremity Venous Disease**. Califórnia, 2011. Disponível em: <<http://www.wocn.org/>>. Acesso em: 14 nov. 2015.

**ANEXO A – AGREE II. Instrumento para avaliação de diretrizes clínicas**

<b>DOMÍNIO 1. ESCOPO E FINALIDADE</b>						
1 O(s) objetivo(s) global(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s).						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente
Comentários						

<b>DOMÍNIO 1. ESCOPO E FINALIDADE</b>						
2 A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente
Comentários						

<b>DOMÍNIO 1. ESCOPO E FINALIDADE</b>						
3 A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamentedescrita						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente
Comentários						

<b>DOMÍNIO 2. ENVOLVIMENTO DAS PARTES</b>						
4 A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionaisrelevantes.						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente
Comentários						

<b>DOMÍNIO 2. ENVOLVIMENTO DAS PARTES</b>						
5 Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc.).						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente
Comentários						

<b>DOMÍNIO 2. ENVOLVIMENTO DAS PARTES</b>						
6 Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente					Concordo totalmente	
Comentários						

<b>DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO</b>						
7 Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente					Concordo totalmente	
Comentários						

<b>DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO</b>						
8 Os critérios de seleção de evidências estão claramente descritos.						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente					Concordo totalmente	
Comentários						

<b>DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO</b>						
9 Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente					Concordo totalmente	
Comentários						

<b>DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO</b>						
10 Os métodos utilizados para a formulação das recomendações estão claramente descritos.						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente					Concordo totalmente	
Comentários						

<b>DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO</b>						
11 Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente					Concordo totalmente	
Comentários						

<b>DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO</b>						
12 Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte.						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente					Concordo totalmente	
Comentários						

<b>DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO</b>						
13 A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação.						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente					Concordo totalmente	
Comentários						

<b>DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO</b>						
14 O procedimento para atualização da diretriz está disponível.						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente					Concordo totalmente	
Comentários						

<b>DOMÍNIO 4. CLAREZA DA APRESENTAÇÃO</b>						
15 As recomendações são específicas e sem ambiguidade.						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente					Concordo totalmente	
Comentários						



<b>DOMÍNIO 4. CLAREZA DA APRESENTAÇÃO</b>						
16 As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente					Concordo totalmente	
Comentários						

<b>DOMÍNIO 4. CLAREZA DA APRESENTAÇÃO</b>						
17 As recomendações-chave são facilmente identificadas.						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente					Concordo totalmente	
Comentários						

<b>DOMÍNIO 5. APLICABILIDADE</b>						
18 A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras à sua aplicação						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente					Concordo totalmente	
Comentários						

<b>DOMÍNIO 5. APLICABILIDADE</b>						
19 A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser postas em prática.						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente					Concordo totalmente	
Comentários						

<b>DOMÍNIO 5. APLICABILIDADE</b>						
20 Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente					Concordo totalmente	
Comentários						

<b>DOMÍNIO 5. APLICABILIDADE</b>						
21 A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente			Concordo totalmente			
Comentários						

<b>DOMÍNIO 6. INDEPENDÊNCIA EDITORIAL</b>						
22 O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente			Concordo totalmente			
Comentários						

<b>DOMÍNIO 6. INDEPENDÊNCIA EDITORIAL</b>						
23 Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente			Concordo totalmente			
Comentários						

<b>AVALIAÇÃO GLOBAL</b>	
Recomendaria a aplicação na prática clínica destas normas de orientação?	
<input type="checkbox"/>	Recomendaria vivamente
<input type="checkbox"/>	Recomendaria com limitações ou alterações
<input type="checkbox"/>	Não recomendaria
<input type="checkbox"/>	Incerto

**APÊNDICE A – Instrumento de coletas das recomendações das diretrizes**

Temas	Recomendação	Evidência	Fonte D1xd2
Avaliação  Intervenções  Prevenção de Úlceras Venosas e Recorrências			
	<b>LIMPEZA E DESBRIDAMENTO</b>		
	<b>DERMATITE</b>		
	<b>CONTROLE DA DOR</b>		
	<b>ANTIBIOTICOTERAPIA</b>		
	<b>NUTRIÇÃO</b>		
	<b>TERAPIA COMPRESSIVA</b>		
	<b>MEDICAMENTOS</b>		
	<b>TERAPIAS ADJUVANTES</b>		
	<b>EDUCAÇÃO DO PACIENTE</b>		

**APÊNDICE B – Protocolo de Atendimento a Pacientes com Úlcera Venosa. Município de Lagoa Santa, MG**



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA**

1

**Protocolo de atendimento a pacientes com Úlcera Venosa  
Município de Lagoa Santa, MG**

## **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM ÚLCERA VENOSA MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA, MG**

*Elaborado por Janine Viana Baroni Valgas*

*Enfermeira Estomaterapeuta*

*Dezembro/2015*



# PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA

## Protocolo de atendimento a pacientes com Úlcera Venosa Município de Lagoa Santa, MG

### SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>DEFINIÇÃO DE ÚLCERA VENOSA .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>ATRIBUIÇÕES .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO DO PORTADOR DE ÚLCERA VENOSA ....</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>AVALIAÇÃO DO PACIENTE.....</b>	<b>8</b>
4.1	CrITÉRIOS para referenciar o paciente.....	11
<b>5</b>	<b>PADRONIZAÇÃO DE COBERTURAS.....</b>	<b>12</b>
<b>6</b>	<b>INTERVENÇÕES .....</b>	<b>12</b>
6.1	Limpeza e desbridamento.....	13
6.2	Controle da dor .....	14
6.3	Dermatite .....	14
6.4	Antibioticoterapia .....	14
6.5	Terapia compressiva .....	15
6.6	Nutrição .....	16
6.7	Terapias adjuvantes .....	17
6.8	Indicação de cirurgia .....	17
6.9	Educação do paciente .....	17
<b>7</b>	<b>PREVENÇÃO DE ÚLCERAS VENOSAS E RECORRÊNCIAS .....</b>	<b>18</b>

*Elaborado por Janine Viana Baroni Valgas*

*Enfermeira Estomaterapeuta*

*Dezembro/2015*



# PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA

## Protocolo de atendimento a pacientes com Úlcera Venosa Município de Lagoa Santa, MG

### 1 DEFINIÇÃO DE ÚLCERA VENOSA

Também conhecida como úlcera por insuficiência venosa, úlcera de estase ou úlcera varicosa, Essa comorbidade é definida como uma área de descontinuidade da epiderme que persiste por 4 semanas ou mais e ocorre como resultado da hipertensão venosa e insuficiência da bomba do músculo gastrocnêmio (BORGES e CALIRI, 2011). Segundo Dantas *et al.*, (2010), são feridas que resultam da Insuficiência Venosa Crônica e acometem pessoas de diferentes faixas etárias, principalmente idosos. Como características, são recorrentes, incapacitantes e repercutem de forma severa para a deambulação dos portadores. A doença requer tratamento duradouro e complexo, são causa de hospitalizações prolongadas e responsáveis por morbidade e mortalidade significativas. Estima-se que em torno de quatro milhões de pessoas sejam portadoras de lesões crônicas ou tenham algum tipo de complicação no processo de cicatrização. Os cuidados com as úlceras venosas exigem atuação interdisciplinar, adoção de protocolo, conhecimento específico, habilidade técnica, articulação entre os níveis de complexidade de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) e também participação ativa dos portadores dessas lesões e seus familiares.

A úlcera venosa representa, aproximadamente, 70% a 90% do total das úlceras de perna, e é o evento final de uma série de anormalidades vasculares que acometem o sistema tegumentar, desencadeando diversas alterações localizadas nas porções distais do membro, como hiperpigmentação cutânea, edema justamaleolar e aparecimento de veias varicosas secundárias (BORGES e CALIRI, 2011).

O presente Protocolo visa instrumentalizar as ações dos profissionais e sistematizar a assistência prestada aos portadores de úlcera venosa, além de fornecer subsídios para sua implementação, bem como suas opções éticas para organização do trabalho em saúde com escolhas tecnológicas úteis, apropriadas e disponíveis para o processo de enfrentamento dos problemas relativos ao tratamento de feridas. Todos os profissionais devem incorporar o papel de cuidador em sua função, estarem informados quanto aos recursos e serviços disponíveis, conhecerem as normas, rotinas e fluxos de encaminhamentos durante a assistência às pessoas com úlcera venosa, bem como otimização de ações de prevenção preconizadas.

*Elaborado por Janine Viana Baroni Valgas*

*Enfermeira Estomaterapeuta*

*Dezembro/2015*



## Protocolo de atendimento a pacientes com Úlcera Venosa Município de Lagoa Santa, MG

### 2 ATRIBUIÇÕES

Todos os profissionais da equipe de saúde devem orientar a população a procurar a Unidade de Atenção Primária à Saúde (USF) mais próxima de sua residência quando detectar lesões cutâneas.

Compete aos profissionais de saúde:

#### a) Enfermeiro

- Realizar consulta de enfermagem, avaliar, classificar a ferida e indicar o tratamento.
- Esclarecer ao paciente e/ou familiares sobre os procedimentos que serão realizados.
- Agendar troca de curativo das feridas crônicas.
- Fazer encaminhamentos para o médico da Unidade de Atenção Primária à Saúde (USF), fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e psicólogo da rede municipal, se necessário.
- Solicitar exames laboratoriais estabelecidos no protocolo.
- Prescrever as coberturas e cremes para o curativo.
- Executar o curativo quando necessário.
- Capacitar e orientar a equipe de enfermagem sobre os procedimentos de curativos.
- Garantir a adesão da equipe e a aplicação dos componentes essenciais ao tratamento.
- Orientar paciente e/ou familiares sobre o autocuidado e cuidados com o curativo.
- Realizar grupos educativos para pacientes portadores de úlcera venosa crônica.
- Fazer o registro do curativo no prontuário do paciente.
- Encaminhar o paciente para o especialista, se o médico da unidade estiver ausente.
- Fazer relatório das coberturas utilizadas quando for encaminhar para o médico ou especialista.

*Elaborado por Janine Viana Baroni Valgas*

*Enfermeira Estomaterapeuta*

*Dezembro/2015*





## PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA

### Protocolo de atendimento a pacientes com Úlcera Venosa Município de Lagoa Santa, MG

- Encaminhar para o serviço de urgência se necessário
- Estabelecer a alta.

#### **b) Auxiliar ou Técnico de Enfermagem**

- Organizar e manter a sala de curativo em condições adequadas para o atendimento.
- Acolher o paciente, acomodando-o em posição confortável e que permita boa visualização da lesão.
- Esclarecer ao paciente e/ou familiares sobre os procedimentos que serão realizados.
- Explicar a técnica do soro em jato para o paciente no primeiro atendimento.
- Realizar o curativo conforme orientação e/ou prescrição do enfermeiro.
- Reforçar com o paciente quanto a data do retorno e cuidados com o curativo.
- Solicitar a presença do enfermeiro sempre que necessário.
- Realizar a limpeza do instrumental.
- Fazer o registro do curativo no prontuário do paciente.

#### **c) Clínico geral ou Médico generalista**

- Acompanhar clinicamente o paciente com ferida.
- Solicitar quando necessário os seguintes exames: hemograma completo, albumina sérica, glicemia jejum e cultura de exsudato com antibiograma e outros.
- Encaminhar o paciente para avaliação do especialista quando necessário.
- Acompanhar a evolução do quadro clínico junto ao especialista e a equipe de enfermagem da Unidade de Atenção Primária à Saúde.
- Encaminhar para o serviço de urgência se necessário.

*Elaborado por Janine Viana Baroni Valgas*

*Enfermeira Estomaterapeuta*

*Dezembro/2015*



## Protocolo de atendimento a pacientes com Úlcera Venosa Município de Lagoa Santa, MG

Compete ao Núcleo de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF):

### **a) Nutricionista**

- Avaliar os pacientes portadores de ferida crônica encaminhados pela equipe de saúde.
- Avaliar o estado nutricional.
- Implementar o suporte nutricional quando indicado.
- Monitorar a evolução do estado nutricional.
- Participar de grupos educativos promovidos pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde.

### **b) Fisioterapeuta**

- Realizar programa de exercícios físicos, priorizando exercícios para panturrilha.
- Participar de grupos educativos promovidos pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde.
- Psicólogo
- Avaliar pacientes portadores de úlcera venosa crônica e realizar conduta terapêutica para fortalecer estado emocional e de conscientização quanto ao tratamento proposto.
- Participar de grupos educativos promovidos pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde.

### **c) Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)**

- Acompanhar tratamento de pacientes de úlcera venosa de maior complexidade ou que não tem condição de ir à Unidade de Atenção Primária à Saúde.

*Elaborado por Janine Viana Baroni Valgas*

*Enfermeira Estomaterapeuta*

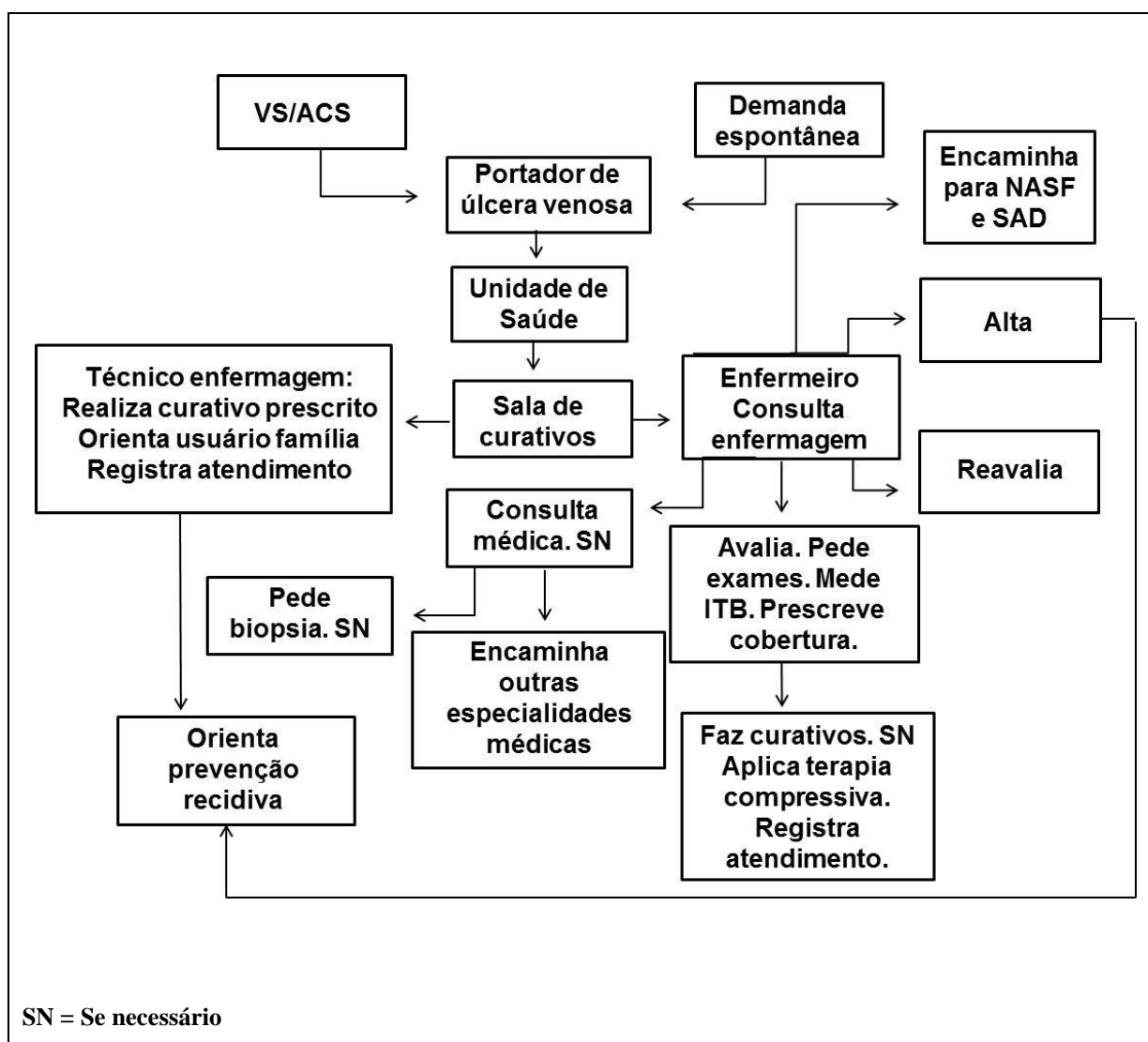
*Dezembro/2015*



# PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA

## Protocolo de atendimento a pacientes com Úlcera Venosa Município de Lagoa Santa, MG

### 3 FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO DO PORTADOR DE ÚLCERA VENOSA



Elaborado por Janine Viana Baroni Valgas

Enfermeira Estomaterapeuta

Dezembro/2015



## PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA

### Protocolo de atendimento a pacientes com Úlcera Venosa Município de Lagoa Santa, MG

#### 4 AVALIAÇÃO DO PACIENTE

##### a) Enfermeiro

- Realizar a avaliação dos fatores predisponentes ou contribuintes e sinais e sintomas para diferenciar os diferentes tipos de úlceras de membros inferiores que requerem tratamentos variados.
- Revisar o histórico de saúde para diferenciar os fatores de risco para doença venosa (história familiar; gestações; idade; obesidade; trombose venosa profunda; história de feridas; medicações em uso, prescritas e não prescritas). *Nível de evidência C*
- Avaliação da dor: começo, duração, localização, fatores precipitantes/aliviantes, presença/ausência de claudicação ou dor em repouso (encontrada na doença mista). *Nível de evidência C*
- Revisão laboratorial: *Nível de evidência C*
  - g) Hemoglobina, hematócrito, tempo de protrombina;
  - h) RNI pacientes em uso de anticoagulantes;
  - i) Níveis de hemocisteína.
- Exame físico dos membros inferiores:
  - a) Avaliação da habilidade funcional.
  - b) Determinação da perfusão pela temperatura da pele, enchimento capilar, enchimento venoso, mudança de coloração e presença de parestesias.
  - c) Determinação da presença ou ausência de pulsos. Palpação dos pulsos pedioso e tibial posterior bilateralmente. Presença de pulsos palpáveis não exclui doença arterial bem como a ausência de pulsos nem sempre indica a presença da mesma, especialmente na presença de edema. *Nível de evidência C*

*Elaborado por Janine Viana Baroni Valgas*

*Enfermeira Estomaterapeuta*

*Dezembro/2015*



## PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA

### Protocolo de atendimento a pacientes com Úlcera Venosa Município de Lagoa Santa, MG

- a) Realizar Índice Tornozelo Braço (ITB) em todos os pacientes com úlceras de perna. Refazer o ITB periodicamente (a cada 3 meses) para pacientes com úlceras de perna que não cicatrizam; *Nível de evidência C*
- b) Avaliação de mudanças como edema, dermatite venosa, atrofia branca, veias varicosas, coroa flebostática, cicatrizes de úlceras prévias, lipodermatoesclerose, temperatura elevada;
- c) Avaliação de complicações: celulite, gangrena e osteomielite.

#### b) Médico

- Considerar o uso do duplex scan com ultrassom como o teste não invasivo mais confiável para diagnóstico anatômico e de anormalidades hemodinâmicas além de detecção de refluxo em qualquer segmento venoso. *Nível de evidência A*

#### Reavaliações

- Monitorar/mensurar a porcentagem de mudança na área da ferida para avaliar cicatrização. Uma úlcera que não cicatriza ou demonstra cicatrização significativa com 4 semanas pode levar o profissional a considerar terapias adjuvantes. *Nível de evidência B*
- A área da superfície da úlcera deve ser medida em série ao longo do tempo. *Nível de evidência C*

#### Técnica de Mensuração da Área Lesada

- Proceder a limpeza da ferida conforme técnica de soro em jato.
- colocar parte interna do acetato (parte transparente da embalagem das coberturas ou gaze) sobre a ferida.
- Desenhar o contorno da ferida com caneta para retroprojeter.

*Elaborado por Janine Viana Baroni Valgas*

*Enfermeira Estomaterapeuta*

*Dezembro/2015*



## PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA

### Protocolo de atendimento a pacientes com Úlcera Venosa Município de Lagoa Santa, MG

- Traçar uma linha na maior extensão vertical e maior extensão horizontal formando um ângulo de 90° entre as linhas.
- Anotar medidas das linhas em cm (no impresso de evolução) para comparações posteriores.
- Multiplicar uma medida pela outra para se obter a área em cm<sup>2</sup>.
- Na presença de duas ou mais feridas, separadas por pele íntegra de até 2 cm, deve-se considerar como ferida única, somar a área vertical de cada lesão e multiplicar pela horizontal de maior diâmetro e calcular área.
- Durante o processo cicatricial com a formação de ilhas de epitelização, que divide a ferida em várias, deve-se considerar apenas como uma ferida, calcular área, conforme descrito anteriormente.

#### Técnica de Mensuração da Profundidade da Ferida

- Limpar a ferida.
- Introduzir uma espátula estéril ou seringa de insulina estéril, sem agulha, sonda uretral n° 6 ou 8 ou dedo enluvado no ponto mais profundo da ferida.
- Marcar no instrumento o ponto mais próximo da borda.
- Medir com uma régua o segmento marcado e anotar resultados em cm para comparação posterior.
- Deve-se respeitar o orifício no qual se realiza a medição e ter o cuidado para não ampliá-lo durante o procedimento.
- Avaliar fatores que impedem a cicatrização como as comorbidades, falta de aderência no programa de prevenção e /ou tratamento, especialmente a terapia compressiva e medicações como os esteróides.

*Elaborado por Janine Viana Baroni Valgas*

*Enfermeira Estomaterapeuta*

*Dezembro/2015*



## PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA

### Protocolo de atendimento a pacientes com Úlcera Venosa Município de Lagoa Santa, MG

#### 4.1 Critérios para referenciar o paciente

- Considerar o encaminhamento para o angiologista ou cirurgião ambulatorial para avaliação mais aprofundada em pacientes com celulite, sangramento por varizes e úlceras com aparência atípica ou que não respondem a 2 a 4 semanas de terapia apropriada.
- Pacientes com um ITB de  $<0.8$  devem ser encaminhados para um especialista vascular. *Nível de evidência C*
- Pacientes com uma não-cura (após 12 semanas) ou úlcera de perna atípica devem ser encaminhados para apreciação de biópsia. *Nível de evidência D*
- Bacteriologia com *swab* só deve ser realizada quando houver evidência clínica de infecção (*Nível de evidência C*) e após não resolução aos antibióticos prescritos por abordagem sintomática.
- O enfermeiro encaminha o paciente para o SAD em casos de pacientes acamados ou com dificuldades de locomoção em comparecer regularmente à Unidade de Saúde.

*Elaborado por Janine Viana Baroni Valgas*

*Enfermeira Estomaterapeuta*

*Dezembro/2015*



## PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA

### Protocolo de atendimento a pacientes com Úlcera Venosa Município de Lagoa Santa, MG

#### 5 PADRONIZAÇÃO DE COBERTURAS

Para o atendimento adequado aos portadores de úlcera venosa, os seguintes insumos devem ser disponibilizados para prescrição, conforme avaliação do enfermeiro:

PADRONIZAÇÃO DE COBERTURAS	
Objetivo terapêutico:	- Coberturas
Absorção de exsudato:	- Alginato de cálcio; - Espuma de poliuretano; - Carvão ativado, se odor
Desbridamento Autolítico:	- Alginato de cálcio; - Hidrocolóide; - Hidrogel.
Manutenção do meio úmido:	- Alginato de cálcio; - Hidrocolóide; - Soro fisiológico 0,9%; - Gase impregnada com petrolato.
Preencher Cavidades:	- Alginato de cálcio; - Hidrogel; - Carvão ativado e prata.
Ação Antimicrobiana:	- Alginato de prata; - Carvão ativado e prata; - Espuma de poliuretano com prata

O padrão ouro no tratamento de úlcera venosa é a terapia de compressão, se fazendo necessária a disponibilidade da terapia de multicamadas (elástico) e/ou bota de unna (inelástico). E para limpeza da ferida e hidratação de pele íntegra, se faz necessário o soro fisiológico e óleo de ácidos graxos essenciais (AGE), respectivamente, além de ataduras, filme transparente e gases para cobertura secundária.

*Elaborado por Janine Viana Baroni Valgas*

*Enfermeira Estomaterapeuta*

*Dezembro/2015*





## PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA

### Protocolo de atendimento a pacientes com Úlcera Venosa Município de Lagoa Santa, MG

## 6 INTERVENÇÕES

Para Borges (2005), o tratamento de úlcera venosa deve estar amparado em quatro condutas: tratamento da estase venosa, utilizando o repouso e a terapia compressiva; terapia tópica, com escolha de coberturas locais que mantenham o leito da ferida úmido e limpo e sejam capazes de absorver o exsudato; controle da infecção com antibioticoterapia sistêmica, se necessário e prevenção de recidivas.

O curativo deve ser selecionado de acordo com os princípios de tratamento de feridas, características da úlcera, necessidades do paciente como conforto, custo, facilidade de aplicação, absorção de exsudatos e disponibilidade dos curativos.

### 6.1 Limpeza e desbridamento

#### a) Técnico de enfermagem

- Limpar a úlcera em cada troca de curativo com soro fisiológico aquecido e em jato com agulha 25x8, minimizando o trauma à úlcera e à pele circundante. *Nível de evidência C*

#### b) Enfermeiro

- Desbridamento mecânico só deve ser realizado por profissionais devidamente treinados. *Nível de evidência D.*
- Coberturas simples não aderentes são recomendadas para tratamento de úlcera venosa. *Nível de evidência A.* Para o desbridamento autolítico considerar o uso de alginato de cálcio, hidrocolóide e hidrogel.

*Elaborado por Janine Viana Baroni Valgas*

*Enfermeira Estomaterapeuta*

*Dezembro/2015*



## PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA

### Protocolo de atendimento a pacientes com Úlcera Venosa Município de Lagoa Santa, MG

#### 6.2 Controle da dor

- Indicado uso de anestésicos tópicos para alívio da dor para desbridamento da úlcera venosa tais como anestésicos locais, lidocaína creme. *Nível de evidência B*
- Considerar o uso de hidrocolóide ou curativo de espuma para reduzir a dor associada às úlceras venosas. *Nível de evidência B*

#### 6.3 Dermatite

Evitar produtos sabidamente irritantes ou alérgenos na pele, especialmente em pacientes com dermatite venosa por causa da alta porcentagem de indivíduos com insuficiência venosa e úlceras que têm hipersensibilidade a vários ingredientes e produtos.

##### a) Enfermeiro

- Avaliar indicação errônea de coberturas que não suportam o exsudato e causam lesão de pele íntegra.

##### b) Médico

- Prescrição do uso de pomada de corticóide em pacientes com dermatite por até 2 semanas para reduzir inflamação e prurido. Em casos severos um tratamento prolongado.

#### 6.4 Antibioticoterapia

- Em pacientes com úlcera venosa crônica, antibióticos sistêmicos não deve ser usado a menos que haja evidência de infecção clínica. *Nível de evidência C*
- Bacteriologia com *swab* só deve ser realizada quando houver evidência clínica de infecção. *Nível de evidência C*

*Elaborado por Janine Viana Baroni Valgas*

*Enfermeira Estomaterapeuta*

*Dezembro/2015*



## PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA

### Protocolo de atendimento a pacientes com Úlcera Venosa Município de Lagoa Santa, MG

#### a) Médico

- Tratar infecção de tecidos profundos e celulite com tratamento sistêmico.
- Usar a cultura para guiar a antibioticoterapia.

#### b) Enfermeiro

- Considerar o uso de antimicrobianos não tóxicos como coberturas com prata: Carvão ativado e prata, alginato com prata ou espuma com prata, para infecção clínica como uma alternativa aos antibióticos tópicos. *Nível de evidência C*

### 6.5 Terapia compressiva

- A base do tratamento da úlcera venosa consiste no controle da hipertensão venosa através da melhora do retorno venoso pela terapia compressiva (elástica- alta compressão- 40mmHg) e exercício x repouso. *Nível de evidência A*
- Usar bandagem com pressão reduzida (23 a 30 mmHg) ou de contenção (inelástica- baixa compressão pela bandagem de bota de unha) em indivíduos com doença mista arterial/venosa e insuficiência arterial moderada (ITB entre 0.5 a 0.8 mmHg) que apresentam úlceras e edema. *Nível de evidência C*
- Devem-se selecionar os métodos compressivos baseados na avaliação cuidadosa do paciente.

### Cálculo do Índice Tornozelo Braço (ITB)

$$\text{ITB} = \frac{\text{Valor da pressão sistólica do tornozelo}}{\text{Valor da pressão sistólica braquial}}$$

*Elaborado por Janine Viana Baroni Valgas*

*Enfermeira Estomaterapeuta*

*Dezembro/2015*



## PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA

### Protocolo de atendimento a pacientes com Úlcera Venosa Município de Lagoa Santa, MG

Interpretação dos Valores do ITB:

- ITB  $> 0,8$  = úlcera venosa (indicado alta compressão)
- ITB 0,5 a 0,8 = úlcera venosa e insuficiência arterial (uso de baixa compressão- bota de unna- bem monitorada)
- ITB  $< 0,5$  = úlcera venosa e insuficiência arterial grave (não indicado a compressão)
- No início de compressão, os doentes devem ser avaliados quanto a complicações de pele dentro 24-48 horas.
- Troca a cada 7 dias, de acordo com avaliação do enfermeiro e saturação de coberturas.

#### 6.6 Nutrição

- Estudos mostram que se deve considerar o uso de Mesoglicanos combinados com o cuidado usual (compressão, elevação das pernas) para promover a cura da ferida.  
*Nível de evidência B;*
- E, Considerar o uso de Rutosídeos em doses variando de 250 a 300 mg duas vezes ao dia para melhorar as taxas de cicatrização da ferida. *Nível de evidência A*
- O enfermeiro encaminha para o Nutricionista para avaliação específica.

*Elaborado por Janine Viana Baroni Valgas*

*Enfermeira Estomaterapeuta*

*Dezembro/2015*



## PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA

### Protocolo de atendimento a pacientes com Úlcera Venosa Município de Lagoa Santa, MG

#### 6.7 Terapias adjuvantes

- Educar /encorajar os pacientes a participarem de um programa de atividade física em casa, incluindo atividades isotônicas ou de resistência, para melhorar o funcionamento da bomba muscular da panturrilha e reduzir o tempo de cura. *Nível de evidência A*
- Ensinar o paciente a elevar as pernas acima do nível do coração durante 30 minutos, 3 a 4 vezes por dia, se não for clinicamente contraindicado.

#### 6.8 Indicação de cirurgia

- Pacientes com úlcera de perna venosa crônica e refluxo venoso superficial deve ser considerado para cirurgia venosa superficial para prevenir a recorrência. *Nível de evidência B*
- Enfermeiro e/ou médico generalista encaminha para angiologia para exames e avaliação.

#### 6.9 Educação do paciente

##### Equipe de saúde

- Educar os pacientes sobre o uso de compressão para toda a vida,
- Estimular a cessação do tabagismo,
- Incentivar atividade física / exercício
- Evitar trauma/cruzar as pernas, e seguir práticas saudáveis como controle de peso e nutrição.
- Realizar grupos operativos regularmente com a participação do NASF.

*Elaborado por Janine Viana Baroni Valgas*

*Enfermeira Estomaterapeuta*

*Dezembro/2015*



## PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA

### Protocolo de atendimento a pacientes com Úlcera Venosa Município de Lagoa Santa, MG

## 7 PREVENÇÃO DE ÚLCERAS VENOSAS E RECORRÊNCIAS

### Enfermeiro e técnico de enfermagem

- Avaliar regularmente a adesão às recomendações, habilidades e atividades funcionais da vida diária, presença de depressão, doenças concomitantes, dor, condições das meias e bandagens.
- Encorajar o paciente a empreender um programa de atividade física para fortalecimento do músculo da panturrilha e ampliar a mobilidade do tornozelo para prevenir recorrência de úlcera. *Nível de evidência A*
- Treinar o paciente que meias de compressão graduadas ou outras bandagens de compressão devem ser usadas diariamente para prevenção do edema venoso e recorrência de úlcera venosa. *Nível de evidência A*
- Realizar grupos para prevenção de recidivas de úlcera venosa.

### Enfermeiro

- Especialistas em cuidados com feridas podem supervisionar e monitorar a terapia compressiva em indivíduos com insuficiência mista arterial/venosa com ITB entre 0,5 e 0,8.
- Encaminhar para especialista para avaliar necessidade de cirurgia vascular para prevenir recorrência. *Nível de evidência B*

Com base na Portaria nº 648/GM/2006 que trata da competência do enfermeiro e na Resolução 159/COFEN que dispõe sobre a consulta de enfermagem, fica estabelecido que em todas as Unidades de Saúde (USF), Policlínicas, Pronto Atendimento e Serviço de Atenção Domiciliar-SAD do Município de Lagoa Santa, é permitido ao profissional enfermeiro a realização da Consulta de Enfermagem, a prescrição de coberturas e medicamentos constantes deste protocolo, bem como, a solicitação de exames complementares necessários ao acompanhamento e avaliação do estado geral de saúde do usuário portador de feridas.

*Elaborado por Janine Viana Baroni Valgas*

*Enfermeira Estomaterapeuta*

*Dezembro/2015*



## PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA

### Protocolo de atendimento a pacientes com Úlcera Venosa Município de Lagoa Santa, MG

#### REFERÊNCIAS

AGREE II. Instrumento para avaliação de diretrizes clínicas. **Consórcio AGREE**. Maio 2009. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/3807906-Instrumento-para-avaliacao-de-diretrizes-clinicas.html>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

BORGES, E. L. **Tratamento tópico de úlceras venosas**: proposta de uma diretriz baseada em evidências. 305 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<file:///C:/Users/Admin/Downloads/tesetratamentotopicoulceravenosa.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

BORGES; E. L.; CALIRI, M. H. L. Diretriz para o tratamento de úlcera venosa. In: BORGES, Eline Lima. **Feridas**: úlceras de membros inferiores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BORGES; E. L.; CALIRI, M. H. L. Úlcera Venosa. In: BORGES, Eline Lima. **Feridas**: úlceras de membros inferiores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CORENMG. **Guias para elaboração dos protocolos assistenciais**. Disponível em: <<http://www.corenmg.gov.br/artigos/10588-modelos-de-protocolo-assistencial.html>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE FERIDAS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Secretaria Municipal de Saúde**. Florianópolis, 2008. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26\\_10\\_2009\\_10.46.46.f3edcb3b301c541c121c7786c676685d.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.46.46.f3edcb3b301c541c121c7786c676685d.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2015.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS. **Prefeitura Municipal de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/Admin/Downloads/Protocolo\\_Prevencao\\_e\\_Tratamento\\_Feridas%20\(1\)](file:///C:/Users/Admin/Downloads/Protocolo_Prevencao_e_Tratamento_Feridas%20(1))>. Acesso em: 13 nov. 2015.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS. **Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo**. Prefeitura Municipal de São Paulo. São Paulo. [s/d]. Disponível em: <[http://www.ee.usp.br/departamento/ens/sel/protocolo\\_feridas.pdf](http://www.ee.usp.br/departamento/ens/sel/protocolo_feridas.pdf)>. Acesso em: 13 nov. 2015.

SING. **Management of chronic venous leg ulcers**: A national clinical guideline. Inglaterra, 2010. Disponível em: <<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign120.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

Wound Ostomy and Continence Nurses Society. Advanced the practice and guiding the delivery of expert health care to patients. **Guideline for Management of Wounds in Patients with Lower-Extremity Venous Disease**. Califórnia, 2011. Disponível em: <<http://www.wocn.org/>>. Acesso em: 14 nov. 2015.

*Elaborado por Janine Viana Baroni Valgas*

*Enfermeira Estomaterapeuta*

*Dezembro/2015*