



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**HELLEN LÍVIA OLIVEIRA CATUNDA**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA UTILIZAÇÃO  
DE PESSÁRIO VAGINAL**

**FORTALEZA**

**2016**

HELLEN LÍVIA OLIVEIRA CATUNDA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO PARA UTILIZAÇÃO DE PESSÁRIO  
VAGINAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Saúde sexual e reprodutiva: uma proposta de estudo para a atividade intersectorial de promoção da saúde e Ações integradas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Orientadora:  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Priscila de Souza Aquino

Co-orientadora:  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

- 
- C361c Catunda, Hellen Livia Oliveira.  
Construção e validação de protocolo para utilização de pessário vaginal. / Hellen Livia Oliveira Catunda. – 2016.  
132 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Centro de Ciências da Saúde; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Mestrado em Ciências Enfermagem, Fortaleza, 2016.  
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.  
Orientação: Profa. Dra. Priscila de Souza Aquino.  
Co-Orientação: Camila Teixeira Moreira Vasconcelos.
1. Distúrbios do Assoalho Pélvico. 2. Prolapso de Órgão Pélvico. 3. Pessários. 4. Avaliação em Enfermagem. I. Título.

---

CDD 610.73678

HELLEN LÍVIA OLIVEIRA CATUNDA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO PARA UTILIZAÇÃO DE PESSÁRIO  
VAGINAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Priscila de Souza Aquino (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Karina Bezerra Pinheiro (1º Membro)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Escolástica Rejane Ferreira Moura (2º Membro)  
Aposentada da Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paula Renata Amorim Lessa (Suplente)  
Instituto Federal do Ceará (IFCE)

A Deus e a minha família, meu porto seguro.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus por tudo o que Ele proporciona na minha vida. Obrigada, Senhor, pela minha família maravilhosa a qual você me presenteou, pelas pessoas especiais que colocou no meu caminho e, principalmente, pelo o que sou e pelos meus atos, pois a Sua orientação foi essencial para a minha formação pessoal, intelectual e profissional.

Agradeço imensamente aos meus pais, Regina e Luciano Catunda, por me amarem incondicionalmente, por me darem uma boa educação e a oportunidade de crescer na vida. Obrigada por serem o meu porto seguro, obrigada por toda a dedicação, obrigada pelo aprendizado constante, obrigada por estarem sempre ao meu lado! Amo infinitamente vocês.

Aos meus irmãos, Antônio Luciano e Ana Patrícia, um amor fraternal indescritível. Obrigada, meu irmão, por sempre me defender, apesar de eu reclamar muitas vezes com você (rsrsrs), e obrigada, minha irmã especial nos dois sentidos, por me ensinar a cada dia conviver com as diferenças. Amo muito, muito vocês dois!

Ao Magno Ferreira, meu namorado, por ser esse companheiro surpreendente o qual posso contar em todos os momentos. Meu amor, agradeço demais pelo apoio e força de sempre, pela paciência durante esse período e, sobretudo, por me fazer a mulher mais feliz do mundo! Te amo, vida.

Agradeço a minha orientadora, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Priscila de Souza Aquino. Sou grata, professora, por compartilhar seus conhecimentos, auxiliar no meu desenvolvimento científico e, principalmente, por confiar em mim e acreditar que tudo daria certo. A senhora é verdadeiramente especial para mim!

A minha co-orientadora, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Camila T. M. Vasconcelos, pelo aprendizado incrível acerca das disfunções do assoalho pélvico, por me proporcionar experiências únicas durante seis meses na prática do pessário e pela assistência prestada a esse trabalho. Muito obrigada!

A minha banca querida, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Karina B. Pinheiro, futura orientadora e a quem tenho sincero carinho e admiração, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Escolástica Rejane F. Moura e Prof<sup>ª</sup> Dra. Paula Renata Lessa. Obrigada pela disponibilidade e por colaborarem na concretização desse trabalho. As contribuições, sempre pertinentes, foram essenciais para a melhoria do mesmo.

A Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Régia Christina M. B. Castro, obrigada por ser essa pessoa iluminada, que contagia a todos com suas palavras positivas, e por estar sempre por perto quando preciso. Adoro muito você, meu anjo!

Agradeço a Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno, minha eterna tutora do PET Enfermagem UFC, por todos os momentos e aprendizados vividos e pela confiança de sempre depositada nos seus queridos petianos! Saudades e volta logo, professora.

Aos colegas ex-petianos, agradeço pelos momentos únicos vivenciados dentro e fora do grupo.

Aos membros do Projeto de Pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva, sou imensamente grata por tê-los ao meu lado e por fazer parte desse grupo TOP que faz parte da minha vida desde o primeiro semestre da graduação e que se estenderá do mestrado ao doutorado e por muitos anos ainda. Vocês estão no meu coração!

Aos meus amigos conquistados ao longo da vida acadêmica, Igor Mendes, Elizian Bernardo, Karine Bezerra, Camila Brasil, Ana Carolina Rocha, Adria Marcela e Lara Leite. Obrigada por terem feito meus dias na Universidade, nas atividades exigidas durante o mestrado e na vida pessoal mais alegres e inesquecíveis. Que nossa amizade só cresça e se fortaleça com o passar do tempo. Amo vocês demais!

Não poderia deixar de agradecer especialmente a minha amiga Karine Bezerra. Ka, sua ajuda e seu esforço foram fundamentais na elaboração desse trabalho. Sou eternamente grata. Conte sempre comigo!

A todos os colaboradores no desenvolvimento protocolo. MUITÍSSIMO obrigada pelo tempo concedido para contribuir com a obtenção dos resultados desse estudo. Vocês foram fundamentais! Tati, Vivien e Carol, agradeço também a ajuda de vocês.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, que exerceram um papel fundamental na minha formação como mestre, serei grata sempre.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento da pesquisa por meio do edital Universal 14/2014. Número do processo 459445/2014-6. Agradeço também a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro durante todo o curso de mestrado.

Muito obrigada a todos!

Se enxerguei mais longe, foi por estar de pé  
sobre ombros de gigantes.

(Isaac Newton)

## RESUMO

O prolapso de órgãos pélvicos é considerado a descida do conteúdo pélvico e/ou intraperitoneal pelo canal vaginal. Dentre os tipos de tratamentos conservadores, tem-se o pessário. Entende-se que o uso do dispositivo é uma opção viável, pois é um tratamento de primeira linha, de baixo custo e de baixo risco. A consulta a mulheres com esse agravo necessita ser sistematizada, e, dentre as ferramentas que auxiliam nessa sistematização, tem-se a utilização dos protocolos clínicos. Dessa forma, o objetivo geral do estudo foi desenvolver protocolo clínico para o tratamento conservador do prolapso de órgãos pélvicos com pessário vaginal. Tratou-se de uma pesquisa de desenvolvimento a qual ocorreu de julho de 2015 a janeiro de 2016, dividindo-se em cinco etapas: 1) Refinamento dos tópicos/questões do protocolo; 2) Revisão sistemática; 3) Estabelecimento de recomendações para pesquisa e atualização da diretriz/protocolo; 4) Revisão por pares do protocolo; 5) Planejamento de disseminação da diretriz/protocolo, incluindo localização e avaliação. O instrumento utilizado para a avaliação da qualidade do protocolo foi o *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*. A análise se deu pelo programa *SPSS versão 20.0*, pelo Índice de Validade de Conteúdo e por uma fórmula própria do instrumento de avaliação que calcula a pontuação de qualidade do protocolo. Para refinar os tópicos/questões do protocolo clínico, realizou-se *brainstorming* eletrônico com cinco profissionais da área de Uroginecologia, entrevista com quatro usuárias de pessário vaginal e imersão da pesquisadora no serviço. Após delimitação dos tópicos norteadores, realizou-se revisão integrativa por meio das bases de dados PUBMED/MEDLINE, LILACS, SCOPUS, COCHRANE, CRD, WEB OF SCIENCE e REBRATS, utilizando-se os descritores controlados “*pelvic organ prolapse*”, “*pessaries*” e “*pessary*”, e em livros publicados com o intuito de selecionar estudos para o embasamento do protocolo clínico. A busca finalizou com 44 artigos. O protocolo foi elaborado em forma de texto, quadros, figuras e fluxogramas em 13 sessões com suas subseções. Para a revisão do protocolo clínico, utilizou-se a técnica Delphi com sete profissionais de saúde, verificando-se concordância de 0,85 ou mais por meio do Índice de Validade de Conteúdo já na primeira rodada. Na última etapa foi realizada a avaliação da qualidade do protocolo com quatro profissionais de saúde selecionados por critérios definidos, utilizando o instrumento supracitado. As pontuações obtidas em cada domínio foram: Domínio 1 – Escopo e Finalidade: 100%; Domínio 2 – Envolvimento das partes interessadas: 95,8%; Domínio 3 – Rigor do Desenvolvimento: 98,9%; Domínio 4 – Clareza da Apresentação: 95,8%; Domínio 5 – Aplicabilidade: 79,2%; Domínio 6 – Independência Editorial: 93,7%. A pontuação do domínio 5 foi menor devido os juízes não observarem critérios para monitoramento/auditoria no protocolo. Na avaliação global, os juízes recomendaram o uso da diretriz com modificações. O protocolo passou por modificações, ajustes e acréscimos a fim de potencializar sua qualidade. Acredita-se que os profissionais de saúde, ao utilizar o protocolo clínico, se sentirão mais seguros na realização do atendimento a mulher com prolapso na abordagem conservadora com pessário, adquirindo maior conhecimento para embasar sua prática e oferecendo um cuidado de maior qualidade, já que se trata de uma ferramenta válida e pautada em evidências científicas.

**Palavras-chave:** Distúrbios do Assoalho Pélvico. Prolapso de Órgão Pélvico. Pessários. Protocolos. Enfermagem.

## ABSTRACT

The pelvic organ prolapse is regarded as the descent of the pelvic contents and/or by intraperitoneal vaginal canal. Among the types of conservative treatments, it has the pessary. It is understood that the use of the device is a viable option as it is a first-line treatment, low cost and low risk. Consultation with women with this injury needs to be systematized, and, among the tools that help in this systematization, there is the use of clinical protocols. Thus, the overall objective of the study was to develop a clinical protocol for the conservative treatment of pelvic organ prolapse with vaginal pessary. It was a development of research which took place from July 2015 to January 2016, dividing into five steps: 1) Refinement of topics/issues of the Protocol; 2) Systematic review; 3) Establishment of recommendations for research and update the guideline/protocol; 4) Review by the protocol peers; 5) Dissemination planning guideline/protocol, including location and evaluation. The instrument used for assessing the quality of the protocol was the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation. The analysis was done by SPSS version 20.0, the Content Validity Index and its own formula of assessment tool that calculates the protocol quality score. To refine topics/issues of the clinical protocol, was held electronic brainstorming with five professionals Urogynecology area, interview with four users of vaginal pessary and immersion of the researcher in the service. After delimitation of the guiding threads, held integrative review through the databases PubMed/MEDLINE, LILACS, Scopus, Cochrane Library, CRD, WEB OF SCIENCE and REBRATS, using controlled descriptors "pelvic organ prolapse", "pessaries" and "pessary", and in published books in order to select studies for the foundation of the clinical protocol. The search ended with 44 articles. The protocol was created in the form of text, tables, figures and flow charts in 13 sessions with their subsections. For the review of the clinical protocol, we used the Delphi technique with seven health professionals, verifying compliance of 0.85 or more through the Content Validity Index already in the first round. In the last step was performed to evaluate the quality protocol with four health professionals selected by defined criteria, using the above instrument. The scores obtained in each sector were: Domain 1 - Scope and Purpose: 100%; Area 2 - Stakeholder engagement: 95.8%; Area 3 - Rigor of Development: 98.9%; Domain 4 - Clarity of presentation: 95.8%; Area 5 - Applicability: 79.2%; Area 6 - Editorial Independence: 93.7%. The score of the domain 5 was lower because the judges do not comply with criteria for monitoring/auditing the protocol. In this overall assessment, the judges recommended the use of guidelines with modifications. The protocol has undergone modifications, adjustments and additions to enhance their quality. It is believed that health professionals, to use the clinical protocol, feel safer in the realization of care to women with prolapse in conservative approach with pessary, acquiring greater knowledge on which to base their practice and providing a higher quality of care, as it is a valuable tool and guided by scientific evidence.

**Keywords:** Pelvic Floor Disorders. Pelvic Organ Prolapse. Pessaries. Protocols. Nursing.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dados de identificação das teses/dissertações da Biblioteca do CEPEn e do Banco de Teses da CAPES. Fortaleza, abril, 2015 .....	26
Quadro 2 – Características das teses/dissertações da Biblioteca do CEPEn e do Banco de Teses da CAPES segundo o referencial metodológico, tipo de estudo, objetivos, tema do protocolo, construção e validação. Fortaleza, abril, 2015 .....	30
Quadro 3 – Características das evidências segundo a Classificação de <i>Oxford Centre for Evidence-Based Medicine</i> . Fortaleza, 2015 .....	56
Quadro 4 – Graus de recomendação segundo a Classificação de <i>Oxford Centre for Evidence-Based Medicine</i> . Fortaleza, 2015 .....	57
Quadro 5 – Critérios para seleção de juízes. Fortaleza, 2015 .....	61
Quadro 6 – Tópicos e subtópicos do conteúdo a ser contemplado no protocolo. Fortaleza, 2016 .....	67
Quadro 7 – Características das usuárias de pessário e suas ideias/opiniões sobre a utilização do dispositivo. Fortaleza, 2016 .....	68
Quadro 8 – Conteúdo que compõe o protocolo clínico. Fortaleza, 2016 .....	74
Quadro 9 – Distribuição do número de juízes segundo critérios de seleção. Fortaleza, 2016 .....	85
Quadro 10 – Pontuação da Avaliação Global do Protocolo Clínico pelos Especialistas. Fortaleza, 2016 .....	95

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultado da busca mediante associação dos descritores utilizados nas bases de dados. Fortaleza, novembro, 2015 .....	71
Tabela 2 – Distribuição do número de profissionais segundo os critérios de avaliação quanto aos objetivos do protocolo clínico. Fortaleza, 2016 .....	81
Tabela 3 – Distribuição do número de profissionais segundo os critérios de avaliação quanto ao conteúdo e apresentação do protocolo clínico. Fortaleza, 2016 .....	82
Tabela 4 – Distribuição do número de profissionais segundo os critérios de avaliação quanto a relevância do protocolo clínico. Fortaleza, 2016 .....	83
Tabela 5 – Pontuação da avaliação do protocolo clínico segundo o Domínio 1 – Escopo e Finalidade. Fortaleza, 2016 .....	87
Tabela 6 – Pontuação da avaliação do protocolo clínico segundo o Domínio 2 – Envolvimento das partes interessadas. Fortaleza, 2016 .....	88
Tabela 7 – Pontuação da avaliação do protocolo clínico segundo o Domínio 3 – Rigor do Desenvolvimento. Fortaleza, 2016 .....	89
Tabela 8 – Pontuação da avaliação do protocolo clínico segundo o Domínio 4 – Clareza da Apresentação. Fortaleza, 2016 .....	90
Tabela 9 – Pontuação da avaliação do protocolo clínico segundo o Domínio 5 - Aplicabilidade. Fortaleza, 2016 .....	91
Tabela 10 – Pontuação da avaliação do protocolo clínico segundo o Domínio 6 – Independência Editorial. Fortaleza, 2016 .....	93

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção das teses/dissertações incluídas na revisão integrativa. Fortaleza, abril, 2015 .....	25
Figura 2 – Esquema representativo da simbologia que compõe um fluxograma. Fortaleza, 2015 .....	58
Figura 3 – Algoritmo para avaliação da mulher com indicação terapêutica do pessário. Fortaleza, 2016 .....	76
Figura 4 – Algoritmo da consulta de inserção do pessário. Fortaleza, 2016 .....	77
Figura 5 – Algoritmo da consulta de seguimento da mulher em uso de pessário. Fortaleza, 2016 .....	78
Figura 6 – Pontuação da Adequabilidade do Protocolo Clínico de acordo com cada domínio do AGREE II. Fortaleza, 2016 .....	93

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DAP	Disfunção do Assoalho Pélvico
EUA	Estados Unidos da América
POP	Prolapso de Órgãos Pélvicos
IU	Incontinência Urinária
SUS	Sistema Único de Saúde
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
HGCC	Hospital Geral Dr. César Cals
POP-Q	<i>Pelvic Organ Prolapse Quantification System</i>
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEPE <sub>n</sub>	Centro de Estudo e Pesquisa em Enfermagem
SIAB	Sistema de Automação de Bibliotecas
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
UP	Úlcera por pressão
HUUSP	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PCE	Protocolo de Cuidado em Enfermagem
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
SIMV	Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada
RM	Revascularização do Miocárdio
GRAU	Grupo de Resposta Aérea às Urgências
PAAF	Punção Aspirativa por Agulha Fina
ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria
RN	Recém Nascido
UTIN	Unidade Terapia Intensiva Neonatal
HU/UFSC	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
DE	Diretoria de Enfermagem
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
IC	Insuficiência Cardíaca
SOBEST	Sociedade Brasileira de Estomaterapia
ATS	Australasian Triage Scale
UFC	Universidade Federal do Ceará
AHCPR	<i>Agency for Health Care Policy and Research</i>
PHTLS	<i>Prehospital Trauma Life Support</i>
DAC	Déficits de Autocuidado
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PBE	Prática Baseada em Evidência
PUBMED	<i>US National Library of Medicine</i>
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
CRD	<i>Centre for Reviews and Dissemination</i>
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde
NE	Nível de Evidência
GR	Grau de Recomendação
Coo	Cópia Oculta
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
IVC	Índice de Validade do Conteúdo
SPSS	<i>Statistical Package for Social Scienses</i>
COMEPE	Comitê de Ética em Pesquisa
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>22</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	<b>22</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> .....	<b>22</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>23</b>
<b>3.1</b>	<b>Percurso metodológico para construção e validação de protocolos: revisão integrativa</b> .....	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>51</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de Estudo</b> .....	<b>51</b>
<b>4.2</b>	<b>Período e Etapas do Estudo</b> .....	<b>51</b>
<b>4.2.1</b>	<i>Etapa 1: Refinar os tópicos/questões</i> .....	<b>52</b>
<b>4.2.2</b>	<i>Etapa 2: Revisão sistemática</i> .....	<b>54</b>
<b>4.2.3</b>	<i>Etapa 3: Estabelecer recomendações para pesquisa e atualização da diretriz/protocolo</i> .....	<b>57</b>
<b>4.2.4</b>	<i>Etapa 4: Garantir a revisão por pares</i> .....	<b>59</b>
<b>4.2.5</b>	<i>Etapa 5: Planejar a disseminação da diretriz/protocolo incluindo localização e avaliação</i> .....	<b>60</b>
<b>4.3</b>	<b>Análise dos Dados</b> .....	<b>62</b>
<b>4.4</b>	<b>Aspectos Éticos</b> .....	<b>64</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>65</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>96</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>98</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>108</b>
	<b>ANEXO</b> .....	<b>131</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A disfunção do assoalho pélvico (DAP) pode ser definida como a incapacidade dessa estrutura em cumprir seu papel de apoio aos órgãos urinário, genital e anorretal e/ou a sua incapacidade para permitir que esses órgãos funcionem normalmente. Geralmente, são condições que acometem mulheres em idades variadas, porém aquelas que estão no período do climatério, assim como as multíparas, são mais suscetíveis (JARRET, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2011).

O número de mulheres com 65 anos ou mais nos Estados Unidos da América (EUA) foi estimado de 22,9 milhões em 2010 (7,4%) para cerca de 39,9 milhões em 2030 (19%). De acordo com estudo de previsão desenvolvido nesse país, doenças por distúrbios do assoalho pélvico vão aumentar substancialmente devido ao aumento da expectativa de vida, e cerca de 43,8 milhões de mulheres norte-americanas sofrerão pelo menos um transtorno do assoalho pélvico em 2050, como o Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP), distúrbio cada vez mais incômodo na população com idade mais avançada (PIZARRO-BERDICHEVSKY; CLIFTON; GOLDMAN, 2015).

Há um desafio nos estudos epidemiológicos que buscam investigar possíveis disfunções em grandes populações devido à despesa e à complexa logística em executar os exames ginecológicos. No Brasil, estudos sobre a prevalência de DAP ainda são escassos, uma vez que muitas mulheres não buscam assistência à saúde por acreditarem que estão vivenciando uma consequência natural do envelhecimento e/ou do número de partos, principalmente os vaginais (VASCONCELOS *et al.*, 2013).

No entanto, o que pode aumentar o risco de DAP são as alterações nos músculos do assoalho pélvico decorridas de inúmeros fatores, como idade, paridade, histerectomia, cirurgias prévias para distopia genital e desordem do colágeno, resultando em possíveis condições como Incontinência Urinária (IU), Disfunções Anorretais, Disfunções Sexuais e POP (ALMEIDA *et al.*, 2011).

O POP é considerado a descida, a partir da localização anatômica comum, do conteúdo pélvico e/ou intraperitoneal pelo canal vaginal. O sintoma mais específico é a sensação de abaulamento ou protrusão na vagina. No entanto, a maioria das pacientes com prolapso genital é assintomática. O POP pode estar associado com a IU ou com a disfunção

anorretal, e o tipo de prolapso é determinado de acordo com localização da lesão (MARAMBIO *et al.*, KUNCHARAPU; MAJERONI; JOHNSON, 2010).

A prevalência de prolapso genital varia bastante, pois depende da população feminina estudada e dos critérios de entrada, estimando cerca de 30% a 50% das mulheres múltiparas com mais de 50 anos de idade (HAGEN; STARK, 2011).

Dentre os tipos de tratamentos, a abordagem cirúrgica é frequentemente a mais realizada para a correção do POP. Embora os principais objetivos da cirurgia sejam restaurar a anatomia e melhorar a qualidade de vida, há uma escassez de dados sobre os resultados relativos à bexiga, ao intestino e à função sexual. Além disso, existem implicações significativas de custos para a cirurgia de prolapso, especialmente porque essa abordagem terapêutica apresenta uma taxa de reoperação de até 30% (JONES *et al.*, 2010).

Assim, tratamentos conservadores, como exercícios do assoalho pélvico e uso do pessário vaginal, vem ganhando projeção por representarem uma outra alternativa para o tratamento do POP (ATNIP; O'DELL, 2012; BRAEKKEN *et al.*, 2010).

Atualmente, os pessários são feitos de silicone ou plástico inerte, sendo seguros e simples de manusear. Existem diversos tipos (anel, *donut*, *gelhorn*, cubo) e tamanhos, os quais se dividem em duas funções principais: suporte e preenchimento. A escolha do tipo de dispositivo pode ser afetada por alguns fatores, como estado hormonal, atividade sexual, histerectomia prévia, estágio e local do prolapso (LIMA *et al.*, 2012).

Os pessários são recomendados como uma opção de tratamento de primeira linha, de baixo custo e de baixo risco indicado para uma variedade de sintomas relacionados ao prolapso (BEZERRA *et al.*, 2013; HULLFISH; TROWBRIDGE; STUKENBORG, 2011).

Tradicionalmente, o pessário tem sido utilizado como medida temporária para controlar os sintomas enquanto se aguarda a cirurgia ou como alternativa permanente para as mulheres que apresentam contraindicação para a cirurgia ou mesmo para aquelas que apresentaram recidiva após o procedimento cirúrgico (ATNIP; O'DELL, 2012; OLIVER; THAKAR; SULTAN, 2011; SHAH; SULTAN; THAKAR, 2006).

Entende-se que o uso do pessário vaginal é uma opção viável e efetiva para o tratamento de mulheres com sinais e sintomas de prolapso, visto que usuárias a longo prazo (superior a 12 meses) referiram altos índices de satisfação e controle da condição com o dispositivo (TENFELDE *et al.*, 2015). Kapoor *et al.* (2010) relataram que quase dois terços das

mulheres com POP sintomático escolheu um pessário vaginal ao invés de cirurgia como tratamento inicial.

Apesar disso, resultados de um estudo de revisão sobre inserção de pessários vaginais para tratamento de POP demonstram uma taxa de sucesso maior que 85%, sendo que 50 a 80% continuaram a utilizá-lo por até um ano e apenas 14 a 48% tiveram uma taxa de continuidade maior que cinco anos. Essa opção por deixar o dispositivo pode ser devido ao longo tempo de uso e à complicações, incluindo sangramento, extrusão e corrimento vaginal fétido. (LAMERS; BROEKMAN; MILANI, 2011; SARMA; YING; MOORE, 2009).

Ações de educação em saúde para incentivar a continuidade do uso do pessário são ferramentas importantes para a sensibilização da paciente (BEZERRA *et al.*, 2015). Estudos retrospectivos de resultados em longo prazo do uso do pessário tem sido publicados, entretanto, ainda há necessidade de mais dados prospectivos quanto ao uso dessa terapêutica (TENFELDE *et al.*, 2015; SARMA; YING; MOORE, 2009).

Durante o período de utilização do pessário, pode-se citar a melhora dos sintomas urinários e fecais, do funcionamento sexual, da protuberância vaginal e da sensação de peso/pressão pélvica/abdominal. Além disso, também há uma referida melhora da imagem corporal e da qualidade de vida em muitas mulheres que utilizam esse dispositivo (TENFELDE *et al.*, 2015; ABDOOL *et al.*, 2011; PATEL *et al.*, 2010).

Além disso, por ter baixo custo, o pessário vaginal pode trazer vantagens para redução econômica no Sistema Único de Saúde (SUS) quando comparado aos procedimentos cirúrgicos, pois o custo do material e o custo devido à complicações específicas ou recidivas é relativamente elevado (ANTUNES; MOUALLEM; SINISCALCHI, 2012; HULLFISH; TROWBRIDGE; STUKENBORG, 2011). Portanto, reforça-se ainda mais a necessidade de ampliar a assistência com pessário na realidade brasileira.

Cuidados devem ser observados rotineiramente pelo profissional que presta assistência às mulheres que utilizam pessário para evitar possíveis complicações leves, como sangramento genital, expulsão involuntária do dispositivo, corrimento vaginal anormal, dor e constipação. Nesse contexto, a existência de um protocolo poderá contribuir para orientação e padronização das consultas de seguimento que poderão promover esses cuidados, detectando precocemente e minimizando complicações mais graves (O'DELL; ATNIP, 2012).

No Ceará, existem três hospitais de referência que atendem mulheres com DAP, o Hospital Geral de Fortaleza (HGF), a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) e o Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), sendo que apenas os dois primeiros ofertam pessários vaginais como uma opção de tratamento conservador de POP. Embora o atendimento seja interdisciplinar (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas), a consulta e o acompanhamento das mulheres que utilizam o dispositivo fica sob responsabilidade do enfermeiro, que vem assumindo, aos poucos, esse novo campo de ação.

Em pesquisa realizada em um desses hospitais, 48,2% das mulheres relataram sensação de bola na vagina e 65,9% frouxidão vaginal. Ao exame físico para quantificação do POP (POP-Q), 58,8% das pacientes possuíam prolapso estágio II, 14,1% estágio III e 2,4% estágio IV, com mais da metade das pacientes apresentando defeitos da parede anterior da vagina (55,3%) (VASCONCELOS *et al.*, 2013).

Para prestação de cuidados satisfatórios é primordial que os profissionais de saúde avaliem efetivamente os sinais e sintomas pélvicos, compreendam as indicações para o uso do pessário, conheçam os tipos disponíveis e o manejo necessário, forneçam orientações e acompanhamento adequado a fim de que o uso do dispositivo se torne confortável para a mulher e a terapêutica seja eficaz. Para isso, esse profissional deverá buscar compreender toda a fisiopatologia, o diagnóstico e o tratamento dessa patologia (BEZERRA *et al.*, 2015).

Destarte, é imprescindível também que os profissionais adquiram conhecimentos de suas implicações biopsicossociais de forma a trazer subsídios para contribuir na melhoria da qualidade de vida da paciente, uma vez que o POP traz alterações em vários aspectos da vida (BEZERRA *et al.*, 2014).

Ademais, percebe-se que essa temática consiste em um campo de atuação ainda incipiente no Brasil, e, por mais que haja consolidação maior no âmbito internacional, ainda vem sendo mais centrado na prática médica, o que denota a necessidade de busca por conhecimentos, atualização e maior capacitação por parte dos demais profissionais, incluindo o enfermeiro, podendo ser possível a reorganização do serviço de modo que ele assuma a liderança na inserção e manutenção do pessário vaginal (BUGGE; HAGEN; THAKAR, 2013).

A consulta de mulheres com POP, bem como qualquer outra atividade assistencial, necessita ser sistematizada, ou seja, deve seguir uma sequência dinâmica de etapas,

possibilitando o direcionamento de ações de Enfermagem a fim de que seu trabalho e conhecimento conduzam ao repensar contínuo da prática profissional (SANTOS *et al.*, 2014). Dessa forma, percebe-se a grande relevância de atuação desse profissional no que se concerne às consultas relativas ao pessário vaginal.

Assim, dentre as ferramentas que auxiliam na sistematização da assistência tem-se a utilização dos protocolos clínicos. A sua criação direciona as práticas de cuidado e procedimentos da rotina que os profissionais executam em diversos serviços, tornando-se fundamental para sua organização e gestão. Vale ressaltar que todas as ações preconizadas nesse tipo de material são elaboradas por especialistas na área de atuação a que se propõe e estão embasados na mais alta evidência científica. Quando se trata da aplicação em área da saúde, são conhecidos como protocolos clínicos, pois estão direcionados à busca pela qualidade e promoção da saúde do usuário (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Por ser um tipo de tecnologia, os protocolos tem sua utilização apoiada pelo Ministério da Saúde, que prevê em seu uso maior apropriação do problema em saúde a qual se reporta, permitindo que os profissionais tenham respaldo técnico-científico sob suas ações, favorecendo, até mesmo, maior autoconfiança em suas práticas (PIMENTA *et al.*, 2015).

Busca na literatura realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com os descritores controlados “*clinical protocols*” e “*pessary*”, utilizando o booleano AND, evidenciou que não existem publicações referentes a protocolos clínicos e pessário vaginal, o que dificulta o embasamento teórico dos profissionais atuantes nessa área de conhecimento. Dessa forma, ainda não há diretrizes claras para a gestão do pessário até o presente momento (ALPERIN *et al.*, 2013).

Em vista disso, faz-se urgente a construção e validação desse tipo de tecnologia diante da relevância da temática e por ser uma área ainda pouco conhecida dentro da Enfermagem, servindo para divulgar essa prática e estimular os enfermeiros a se inserirem nesse tipo de serviço, já que são profissionais capazes de manejar o tratamento conservador com pessário de forma efetiva, além de servir para elevar os indicadores de qualidade da assistência, bem como pautar um cuidado em saúde baseado em evidências científicas.

Acredita-se que a existência de uma tecnologia válida e confiável, como o protocolo clínico, trará benefícios e será relevante para que os profissionais de saúde, em especial enfermeiros, possam melhorar o cuidado voltado às mulheres com POP, por meio da

organização do serviço e da assistência, bem como da disponibilização da melhor evidência para as consultas relativas ao pêsário.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Desenvolver um protocolo clínico para o tratamento conservador do prolapso de órgãos pélvicos com pessário vaginal.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Validar um protocolo clínico para o tratamento conservador do prolapso de órgãos pélvicos com pessário vaginal;
- Avaliar a qualidade do protocolo clínico com juízes.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Percurso metodológico para construção e validação de protocolos

Os protocolos são recomendações estruturadas de forma sistemática, com o propósito de orientar decisões dos profissionais de saúde e/ou dos usuários a respeito da atenção adequada em circunstâncias clínicas específicas, tendo como base as evidências científicas, a avaliação tecnológica e econômica dos serviços de saúde e a garantia de qualidade (ROSENFELD; SHIFFMAN; ROBERTSON, 2013).

Para o desenvolvimento de protocolos, é difícil encontrar um único percurso com abordagem válida e abrangente, pois há grande variabilidade nas metodologias utilizadas (ROSENFELD; SHIFFMAN; ROBERTSON, 2013).

Cada método tem suas características, adequando-se às especificidades do problema, dos objetivos e dos propósitos de investigação. Portanto, o pesquisador precisa ter uma definição concisa do problema de pesquisa, enquanto etapa mais importante do processo de investigação científica, para poder selecionar o método mais adequado (ANDRADE, 2010).

No entanto, a combinação de diversas metodologias em determinados tipos de estudos pode contribuir para a falta de rigor, sendo recomendado o seguimento de padrões metodológicos com eficácia comprovada (BERNARDO *et al.*, 2013).

Fatores que impactam no processo de construção e validação de protocolos apresentam um desafio metodológico considerável. Dessa forma, o estudo das recomendações para desenvolvimento de protocolos justifica-se na necessidade de clarificar esse processo, visto que não há consenso sobre a forma mais correta (MICHIE *et al.*, 2007).

Destarte, o intuito dessa revisão é evidenciar o percurso metodológico utilizado por pesquisadores brasileiros em teses/dissertações na área da Enfermagem para construção e validação de protocolos a fim de verificar os métodos e referenciais mais utilizados na literatura, pois é fundamental a divulgação desse tipo de produção para que futuros pesquisadores possam escolher o percurso metodológico que melhor atenda seus objetivos.

A produção de conhecimento divulgada por dissertações de mestrado e de teses de doutorado representa o desenvolvimento da pesquisa científica, dos processos de conhecimento e dos pesquisadores, e a Enfermagem vem se dedicando na construção de

conhecimentos próprios e sua produção científica se intensificando ao longo dos anos (BAGGIO *et al.*, 2014).

Nesse sentido, a análise da produção de teses e dissertações desenvolvidas por enfermeiros desperta a reflexão sobre a prática da Enfermagem e a construção de conhecimento nesse setor nos distintos Programas de Pós-Graduação, justificando a importância do estudo desses produtos científicos, pois, dessa forma, é possível compreender os direcionamentos da pesquisa em Enfermagem para a promoção da saúde e suas interfaces.

Para o alcance do objetivo proposto, selecionou-se como método de pesquisa a revisão da literatura, que tem como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre uma determinada temática, fornecendo uma compreensão mais profunda do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Foram percorridas as seguintes etapas: delimitação do tema e formulação da questão norteadora; estabelecimento dos critérios para a seleção das publicações; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos mesmos; análise dos estudos; interpretação dos achados e, por fim, divulgação do conhecimento sintetizado e avaliado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A pergunta norteadora estabelecida para subsidiar essa revisão foi: “Qual o percurso metodológico utilizado por pesquisadores brasileiros em teses/dissertações na área da Enfermagem para construção e/ou validação de protocolos?”.

A busca fundamentou-se em teses/dissertações indexadas na Biblioteca do Centro de Estudo e Pesquisa em Enfermagem (CEPEEn), criado em 17 de julho de 1971 para divulgação da pesquisa em Enfermagem. Esse acervo encontra-se no Sistema de Automação de Bibliotecas (SIAB) no site da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).

A busca ocorreu também no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), disponibilizado, inicialmente, em julho de 2002 com o objetivo de facilitar o acesso às teses/dissertações defendidas em programas de pós-graduação do país.

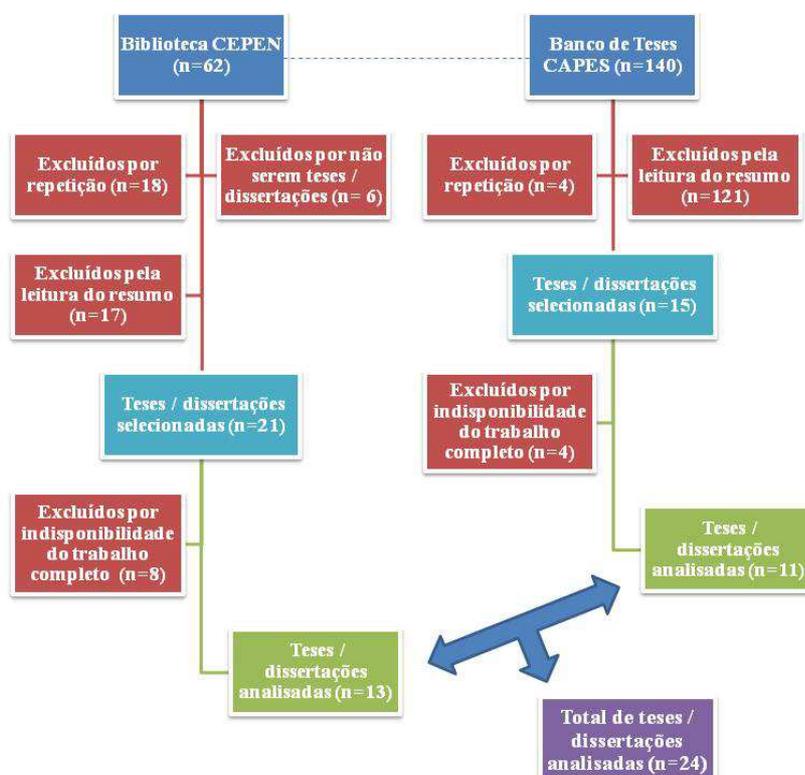
Os critérios de inclusão adotados para a seleção das teses/dissertações foram: haver desenvolvimento e/ou validação de protocolo; estar disponível eletronicamente; apresentar publicações completas com resumos disponíveis. Foram excluídos estudos que não abordassem a questão norteadora da revisão.

A busca ocorreu por acesso *online* no mês de abril de 2015, em dois dias consecutivos, utilizando-se a palavra-chave “Protocolo”. Apenas no Banco de Teses da CAPES, por ser um banco abrangente em todas as áreas do conhecimento, decidiu-se restringir para a área “Enfermagem” a fim de alcançar o propósito da revisão. Como resultado, foram levantadas 140 teses/dissertações no Banco de Teses da CAPES e 62 na Biblioteca do CEPEn.

Realizou-se, inicialmente, a leitura do título e do resumo e, caso a tese/dissertação não abrangesse construção e/ou validação de protocolo, era excluída da busca. Excluíram-se também teses/dissertações repetidas e livros e folhetos, os quais surgiram durante a busca. Em seguida, procurou-se o trabalho completo das dissertações e teses selecionadas. Aqueles trabalhos que estavam indisponíveis foram retirados da análise final.

Após seleção baseada nos critérios de inclusão e exclusão, a busca finalizou com 24 teses/dissertações, conforme indicado na figura 1.

**Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção das teses/dissertações incluídas na revisão da literatura. Fortaleza, abril, 2015.**



Fonte: Elaborado pela autora.

Depois de selecionadas as teses/dissertações, foi procedida a leitura na íntegra e, posteriormente, foram extraídos e organizados os dados para análise e síntese mediante um instrumento de coleta elaborado e adaptado (URSI, 2005), o qual contemplava os seguintes aspectos: dados de identificação das teses/dissertações (título; nome do autor; ano de publicação; universidade; tipo de pós-graduação e especificação do programa de pós-graduação), tipo de estudo, objetivo(s), tema do protocolo, presença de referencial metodológico e presença de construção/validação de protocolo.

Desse modo, o instrumento permitiu a catalogação das teses/dissertações e o registro das informações contempladas em seus aspectos. A apresentação dos resultados foi feita de forma descritiva e por meio de quadros.

Por meio da análise das teses/dissertações selecionadas, o quadro 1 mostra os dados de identificação, como título, autor, ano, universidade, tipo de pós-graduação e programa de pós-graduação dos achados da Biblioteca do CEPEn e do Banco de Teses da CAPES.

**Quadro 1 – Dados de identificação das teses/dissertações da Biblioteca do CEPEn e do Banco de Teses da CAPES. Fortaleza, abril, 2015.**

Fonte	Título	Autor	Ano	Universidade	Tipo de Pós-Graduação	Programa de Pós-Graduação
Biblioteca CEPEn	T6. Construção, utilização e avaliação dos efeitos de protocolo de prevenção de úlceras por pressão em Unidade de Terapia Intensiva	VASCONCELOS, J. M. B.	2014	Universidade de São Paulo	Doutorado em Ciências	Enfermagem Fundamental
Biblioteca CEPEn	D5. Construção e validação de protocolo de terapia de nutrição enteral	CAMPOS, F. A.	2013	Universidade Federal do Ceará	Mestrado Acadêmico em Enfermagem	Enfermagem
Banco CAPES	D17. Validação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria	MAGALHÃES, F. J.	2012	Universidade Federal do Ceará	Mestrado Acadêmico em Enfermagem	Enfermagem
Banco CAPES	T18. Elaboração e validação de conteúdo do protocolo de intervenções de Enfermagem para idosos com risco de apresentar fragilidade	BESSA, M. E. P.	2012	Universidade Federal do Ceará	Doutorado em Enfermagem	Enfermagem
Banco CAPES	D19. Reflexão da equipe de Enfermagem sobre o	CORDEIRO, R. A.	2012	Universidade Federal de Santa	Mestrado Profissional em	Enfermagem

	desconforto e a dor do recém-nascido: uma proposta de protocolo de cuidado baseado nos métodos não farmacológicos			Catarina	Gestão do Cuidado em Enfermagem	
Banco CAPES	D20. Protocolo de alta em neonatologia: importância da ação educativa no contexto do cuidado ao bebê pré-termo	VERONEZ, M.	2012	Universidade Estadual de Maringá	Mestrado Acadêmico em Enfermagem	Enfermagem
Banco CAPES	D24. Definição de uma medida para a introdução de sonda enteral em posição gástrica em adultos: fatores limitantes	SANTOS, S. C. V. O.	2012	Universidade Estadual de Campinas	Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde	Enfermagem
Biblioteca CEPEn	T1. Adaptação e validação de protocolo para prevenção de úlcera por pressão em idosos assistidos no domicílio	MORAES, G. L. A.	2011	Universidade Federal do Ceará	Doutorado em Enfermagem	Enfermagem
Biblioteca CEPEn	T3. Avaliação da implementação de um protocolo de prevenção de úlceras por pressão	ROGENSKI, N. M. B.	2011	Universidade de São Paulo	Doutorado em Ciências	Gerenciamento em Enfermagem
Banco CAPES	D14. Protocolo de cuidado a clientes submetidos à punção aspirativa por agulha fina	ROSINI, I.	2011	Universidade Federal de Santa Catarina	Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem	Enfermagem
Banco CAPES	D15. Protocolo de acolhimento para usuários submetidos à endoscopia digestiva alta e seus acompanhantes	SELHORST, I. S. B.	2011	Universidade Federal de Santa Catarina	Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem	Enfermagem
Banco CAPES	D16. Construção e validação de um guia abreviado do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria	VERAS, J. E. G. L. F.	2011	Universidade Federal do Ceará	Mestrado Acadêmico em Enfermagem	Enfermagem
Banco CAPES	D21. Situação vacinal contra a influenza dos profissionais de Enfermagem em um hospital de ensino: diagnóstico e intervenções	VIEIRA, R. H. G.	2011	Universidade Federal de Santa Catarina	Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem	Enfermagem
Banco CAPES	T22. Efetividade da implementação das intervenções de Enfermagem nos resultados esperados de	AZZOLIN, K. O.	2011	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Doutorado em Enfermagem	Enfermagem

	pacientes com insuficiência cardíaca em cuidado domiciliar					
Banco CAPES	D23. Acolhimento aos acompanhantes de pessoas adultas em situação crítica de saúde em serviço de emergência	NIENKOTTER, S. M. V.	2011	Universidade Federal de Santa Catarina	Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem	Enfermagem
Biblioteca CEPEn	T2. Avaliação da eficácia de um protocolo de exercícios físicos baseado no método pilates nas variáveis dor lombar, flexibilidade e força muscular em profissionais de enfermagem com lombalgia crônica idiopática	FRANCO, B. A. S.	2010	Universidade de São Paulo	Doutorado em Ciências	Enfermagem Fundamental
Biblioteca CEPEn	D12. Protocolo de cuidados de Enfermagem no ambiente aeroespacial a adultos vítimas de trauma: uma pesquisa convergente assistencial	SCHWEITZER, G.	2010	Universidade Federal de Santa Catarina	Mestrado Acadêmico em Enfermagem	Enfermagem
Biblioteca CEPEn	D13. Protocolo de orientação para o autocuidado de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: atuação do enfermeiro	FELIX, L. G.	2009	Universidade Federal da Paraíba	Mestrado Acadêmico em Enfermagem	Enfermagem
Biblioteca CEPEn	T9. Desmame ventilatório no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca: implantação de um protocolo por enfermeiras	BRAZ, M. R.	2008	Universidade Federal do Rio de Janeiro	Doutorado em Enfermagem	Enfermagem
Biblioteca CEPEn	D11. Protocolo de cuidados contínuos de Enfermagem a politraumatizados na sala de emergência	FERNANDES, R. T. P.	2008	Universidade Federal do Rio de Janeiro	Mestrado Acadêmico em Enfermagem	Enfermagem
Biblioteca CEPEn	T10. Protocolo de consultas de Enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: avaliação da eficácia	LIMA, F. E. T.	2007	Universidade Federal do Ceará	Doutorado em Enfermagem	Enfermagem
Biblioteca CEPEn	D8. Cuidando do cliente com distúrbio respiratório agudo: proposta de um protocolo assistencial para tomar decisões em	LIMA, G. O. P.	2006	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	Mestrado Acadêmico em Enfermagem	Enfermagem

	Enfermagem					
Biblioteca CEPEEn	D4. Construção e implantação da prescrição de Enfermagem informatizada em uma UTI	AQUINO, D. R.	2004	Fundação Universidade Federal do Rio Grande	Mestrado Acadêmico em Enfermagem	Enfermagem
Biblioteca CEPEEn	D7. Uma construção coletiva: protocolo de cuidados de Enfermagem dos pacientes com traumatismo crânio-encefálico severo internados em unidade de terapia intensiva	MARCON, L.	2002	Universidade Federal de Santa Catarina	Mestrado Acadêmico em Enfermagem	Enfermagem

\*T: Tese / D: Dissertação.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto ao ano de publicação das teses/dissertações incluídas, houve variação das publicações de 2002 a 2014, sendo os anos de 2012 e 2013 os mais prevalentes, totalizando 54,1% (n=13).

As universidades que mais publicaram acerca do objeto dessa revisão foram a Universidade Federal de Santa Catarina, com 29,2% (n=7), a Universidade Federal do Ceará, com 25% (n=6) e a Universidade de São Paulo, com 12,5% (n=3).

No total, consistiam em teses de doutorado 33,3% (n=8) e 66,7% em dissertações de mestrado (n=16), sendo que a maioria das teses/dissertações era de doutorado e mestrado acadêmico na área da Enfermagem, com 20,8% (n=5) e 41,7% (n=10), respectivamente. No entanto, correspondia a outras áreas um total de 16,7% (n=4). Havia também 20,8% (n=5) dissertações correspondentes ao mestrado profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Quando analisados os programas de pós-graduação, a maior parte, 87,5% (n=21), era em Enfermagem, havendo uma pequena proporção inserida no programa de pós-graduação em Enfermagem Fundamental e em Gerenciamento em Enfermagem, 12,5% (n=3).

No quadro 2, observa-se características das teses/dissertações, evidenciando tipo de estudo, objetivo(s), tema do protocolo, presença de referencial metodológico e presença de construção/validação de protocolo.

**Quadro 2 – Características das teses/dissertações da Biblioteca do CEPEn e do Banco de Teses da CAPES segundo o referencial metodológico, tipo de estudo, objetivos, tema do protocolo, construção e validação. Fortaleza, abril, 2015.**

	Referencial Metodológico	Tipo de Estudo	Objetivo(s)	Tema do Protocolo	Construção	Validação
T1	Não	Experimental Randomizado	Adaptar e validar o protocolo para prevenção de úlcera por pressão em idosos assistidos no domicílio	Prevenção de úlcera por pressão	Sim	Sim
T2	Não	Intervenção, controlado e não-randomizado com análise quantitativa	Comparar a efetividade de um protocolo de exercícios físicos baseado no método Pilates nas variáveis dor, flexibilidade e força com outro protocolo contendo exercícios de alongamento e fortalecimento convencionais aplicados em profissionais da enfermagem com lombalgia crônica idiopática	Exercícios físicos baseados no método Pilates e exercícios físicos de alongamento e fortalecimento convencionais	Sim	Não
T3	Não	Prospectivo, descritivo e exploratório com vertentes quantitativa e Qualitativa	Avaliar a implementação de um protocolo de prevenção de úlcera por pressão (UP) em Unidades do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HUUSP)	Prevenção de UP	Sim	Não
D4	Pesquisa Convergente Assistencial (PCA)	Qualitativo descritivo-exploratório	Construir coletivamente um instrumento metodológico para o trabalho, a partir do conhecimento da realidade e da interação dos indivíduos	Intervenções de Enfermagem	Sim	Não
D5	Stetler (1998); Werneck, Faria e Campos (2009)	Metodológico	Identificar na literatura as evidências disponíveis sobre as condutas de enfermagem implementadas durante a terapia de nutrição enteral; Construir um protocolo de terapia de nutrição enteral através do conhecimento na área da Enfermagem; Validar protocolo de terapia de nutrição enteral	Terapia de Nutrição Enteral	Sim	Sim
T6	Rogers (2003); RNAO (2002)	Descritivo e comparativo com abordagens quantitativa e qualitativa	Avaliar o efeito da construção e utilização de um protocolo para prevenção de úlceras por pressão (UP) em Unidade de Terapia Intensiva, com a participação dos profissionais do serviço, sobre as ações de enfermagem e na incidência do evento	Prevenção de UP	Sim	Não
D7	Formarier e Jovic (1993); Pesquisa Convergente Assistencial (PCA)	Qualitativo descritivo-exploratório	Construir com as Enfermeiras um Protocolo de Cuidado de Enfermagem (PCE) dos pacientes com Traumatismo Crânio-encefálico (TCE) internados na UTI de um hospital geral	Cuidados de Enfermagem do Paciente com TCE Severo	Sim	Não
D8	Não	Quase-experimental do tipo <i>antes-depois</i>	Elaborar e testar um protocolo de enfermagem voltado para a assistência a clientes em situações de distúrbio respiratório agudo	Investigação dos distúrbios respiratórios agudos	Sim	Sim
T9	Não	Ensaio clínico	Comparar o tempo entre dois métodos	Desmame	Sim	Não

		pragmático e randomizado	distintos de desmame ventilatório: Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada (SIMV) e tubo-T; Avaliar a implantação de protocolos de desmame ventilatório no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca	ventilatório com tubo-T e SIMV		
T10	Não	Experimental do tipo ensaio clínico randomizado	Avaliar a eficácia de um Protocolo de Consultas de Enfermagem ao paciente após revascularização do miocárdio (RM), comparando com um grupo controle	Consultas de Enfermagem às pessoas submetidas à RM	Sim	Não
D11	Não	Descritivo e exploratório com abordagem qualitativa	Identificar os cuidados de enfermagem recebidos inicialmente, nas Salas de Emergência, pelos pacientes politraumatizados por veículos automotor; Descrever os cuidados de enfermagem dispensados inicialmente nas Salas de Enfermagem aos pacientes politraumatizados por veículo automotor; Constatar a realização de cuidados contínuos desenvolvidos nas Salas de Emergência junto aos pacientes politraumatizados por veículo automotor; Criar um Protocolo de Cuidados Contínuos de Enfermagem para pacientes politraumatizados por veículo automotor, atendidos nas Salas de Emergência	Cuidados Contínuos de Enfermagem à Politraumatizados na Sala de Emergência	Sim	Não
D12	Pesquisa Convergente Assistencial (PCA)	Qualitativo descritivo-exploratório	Desenvolver, em conjunto com os enfermeiros do Grupo de Resposta Aérea às Urgências (GRAU), um protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial à pacientes adultos vítimas de trauma	Atendimento ao paciente adulto vítima de trauma no ambiente aeroespacial	Sim	Não
D13	Não	Metodológico e de tecnologia assistencial	Construir um Protocolo de Orientação para o autocuidado de clientes no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica, fundamentado na Teoria Geral do Autocuidado de Orem	Orientação para assistência de Enfermagem ao paciente submetido à cirurgia bariátrica	Sim	Não
D14	Pesquisa Convergente Assistencial (PCA)	Qualitativo descritivo-exploratório	Desenvolver um protocolo de cuidados a clientes submetidos à Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) de mama e tireoide com vistas a favorecer o cuidado humanizado a esses clientes do Serviço de Radiologia	Cuidados para clientes submetidos à PAAF de mama e tireoide	Sim	Sim
D15	Não	Quanti-qualitativo	Propor um protocolo de acolhimento para os usuários de saúde submetidos à Endoscopia Digestiva Alta e seu acompanhante no Centro Endoscópico	Acolhimento para o usuário de saúde submetido à	Sim	Sim

			do Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina	Endoscopia Digestiva Alta e seu acompanhante		
D16	Não	Metodológico	Construir e validar um guia abreviado do protocolo de ACCR (Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria) em pediatria do município de Fortaleza-CE	Guia abreviado do protocolo de ACCR	Sim	Sim
D17	Não	Metodológico	Validar o Protocolo de ACCR para classificar a prioridade de atendimento de crianças e adolescentes em situações de urgência e emergência	ACCR em Pediatria	Não	Sim
T18	Ribeiro (2010)	Metodológico	Elaborar o protocolo de intervenções de enfermagem para idosos em risco de fragilidade, segundo os domínios da Escala de Fragilidade de Edmonton	Cuidado com idosos com risco de fragilidade	Sim	Sim
D19	Pesquisa Convergente Assistencial (PCA)	Qualitativo descritivo-exploratório	Refletir sobre a prática da enfermagem na avaliação do desconforto e da dor e sobre as estratégias não farmacológicas utilizadas para minimizá-los e construir uma proposta de protocolo de cuidado no manejo do desconforto e da dor no RN em UTIN, utilizando métodos não farmacológicos	Cuidado baseado nos métodos não farmacológicos para desconforto e a dor do recém-nascido	Sim	Não
D20	Pesquisa Convergente Assistencial (PCA)	Qualitativo descritivo-exploratório	Descrever o processo de desenvolvimento de uma proposta de protocolo de alta para recém-nascidos prematuros	Alta em Neonatologia	Sim	Não
D21	Não	Transversal descritivo complementado com um estudo construtivista	Fazer o diagnóstico da situação vacinal em relação à Influenza dos profissionais de enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC); identificar as crenças e conhecimentos que os profissionais da Diretoria de Enfermagem (DE/HU/UFSC) possuem a respeito deste assunto; estimular a prática da biossegurança através da vacinação dos servidores de enfermagem do HU/UFSC mediante a construção de uma cartilha educativa e, elaborar uma proposta de protocolo para obtenção de cobertura adequada permanente desta vacina	Adesão dos servidores de enfermagem à vacinação contra influenza	Sim	Não
T22	Não	Quantitativo (Validação por consenso e coorte prospectivo, aninhado a um Ensaio Clínico Randomizado)	Avaliar a efetividade da implementação das intervenções e atividades (NIC), por meio dos resultados (NOC), a pacientes com insuficiência cardíaca (IC) em cuidado domiciliar, acompanhados por quatro visitas no período de seis meses	Cuidados ao paciente portador de IC	Sim	Sim
D23	Pesquisa Convergente Assistencial	Qualitativo descritivo-exploratório	Construir, a partir de um processo crítico-reflexivo com profissionais de saúde que atuam em uma Emergência	Acolhimento ao acompanhante	Sim	Não

	(PCA)		hospitalar e opinião de acompanhantes, indicativos para a elaboração de um protocolo de acolhimento ao acompanhante do paciente adulto, em situação crítica de saúde	do paciente adulto em situação crítica de saúde		
D24	Não	Descritivo, exploratório com abordagem quantitativa e corte transversal	Verificar os fatores limitantes para a definição de uma medida para introdução de sonda enteral em posição gástrica em adultos	Inserção de sonda enteral	Sim	Não

\*T: Tese / D: Dissertação.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto ao referencial metodológico, não citaram referencial 58,3% (n=14) teses/dissertações, 25% (n=6) utilizaram a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), 4,2% (n=1) utilizou as ideias de Formarier e Jovic (1993) somados a PCA, a mesma quantidade utilizou Rogers (2003) e o modelo de implementação de diretrizes para a prática clínica *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO), a mesma quantidade as ideias de Stetler (1998) e de Werneck, Faria e Campos (2009) e o mesmo valor utilizou como referencial metodológico Ribeiro (2010).

A seguir, apresenta-se a descrição do percurso metodológico detalhado de cada tese/dissertação selecionada. Para fins de organização, dividiu-se os achados em três categorias, segundo seus objetivos: Estudos de construção e validação de protocolos (n=8); Estudos de construção de protocolos (n=15); e Estudos de validação de protocolos (n=1).

### **Estudos de construção e validação de protocolos**

Em T1, utilizou-se o protocolo prático do padrão de Enfermagem para úlcera por pressão (UPP) desenvolvido por enfermeiras americanas como parte do projeto do sistema de melhoria nos cuidados de enfermagem para idosos (NICHE). O protocolo havia sido traduzido, mas não se conseguiu contato com o autor, então entrou-se em contato com a autora principal do protocolo para avaliar e adequar o protocolo para idosos acamados no domicílio no Brasil.

A validação foi realizada com enfermeiros especialistas em estomaterapia e na temática e foram criados critérios de acordo com a pesquisadora no qual eles teriam que ter escore mínimo de cinco pontos. Os 16 juízes foram captados por intermédio da Sociedade

Brasileira de Estomaterapia (SOBEST). Utilizou-se o grupo focal com sete juízes, e os demais enviaram as sugestões por email.

Nesse momento, foi avaliado o conteúdo de cada uma das intervenções contidas no documento, adequando-as à realidade local. O resultado foi um modelo de protocolo, que após a junção de todas as alterações sugeridas pelos juízes, foi novamente apresentado aos especialistas em um momento presencial, com participação de apenas quatro desses. Acredita-se, portanto, que esse momento foi propício para que diferentes percepções fossem agrupadas para os ajustes finais do protocolo a ser submetido à validação clínica.

Em D5, para construção e validação de um protocolo sobre terapia de nutrição enteral, a pesquisadora seguiu o modelo de Stetler (1998), o qual preconiza a realização de seis fases: estabelecimento dos propósitos de revisão de literatura (revisão integrativa); análise crítica dos estudos; avaliação comparativa; decisão e implementação dos resultados na assistência; formulação de protocolos com a finalidade de instrumentalizar o enfermeiro para as atividades de assistência, gerência e educação; e, por fim, validação do instrumento construído.

A partir das evidências obtidas por meio da revisão integrativa foi construído o protocolo, considerando também para sua construção e disposição os critérios conforme as recomendações de Stetler (1998) e Werneck, Faria e Campos (2009).

A validação foi realizada por meio das opiniões emitidas por especialistas e discutidas por meio de uma avaliação interativa, isto é, o protocolo foi enviado e posteriormente foram analisadas as sugestões e acatadas quando pertinentes. Foram adaptados os critérios de seleção dos especialistas para a temática da pesquisa propostos por Fehring (1994), com pontuação mínima de seis pontos.

Como parâmetros para seleção dos especialistas foi usada a amostragem intencional e também a amostragem tipo “bola de neve”, na plataforma lattes.

A amostra final resultou em 15 especialistas, sendo estabelecido prazo de 45 dias para cada especialista proceder à avaliação. De posse das avaliações, realizou-se a análise do material, lendo e avaliando as sugestões dos pareceres dos especialistas.

Em D8, a pesquisadora utilizou quatro etapas para desenvolver e validar o protocolo: pesquisa na literatura; elaboração do protocolo; aplicação do protocolo; e processo inicial de validação.

Na primeira etapa foi realizado um levantamento de protocolos voltados para a assistência aos clientes com distúrbios respiratórios e, em seguida, uma revisão acerca do processo de enfermagem e das necessidades humanas do cliente pautada no modelo conceitual de Maslow (1975).

A segunda etapa esteve pautada em pesquisas na literatura e estudos clínicos, assim como a experiência e a intuição.

Foram estruturadas cinco versões do protocolo durante a fase de construção. Cada modelo proposto foi discutido junto a outros enfermeiros, profissionais com vasta experiência na assistência a clientes críticos, com o objetivo de garantir aspectos como: adequação, clareza e viabilidade do protocolo proposto. Foi utilizada como estratégia de avaliação do protocolo proposto a realização de um grupo de discussão composto por nove participantes: o pesquisador responsável pelo projeto e seu orientador, dois enfermeiros, três alunos do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem e uma aluna do nono período do curso de graduação em enfermagem. Na avaliação da proposta os participantes forneceram contribuições na estruturação da versão final do protocolo testado.

A terceira etapa foi realizada em dois momentos do tempo: pré-teste (avaliação de situações-problema sem o uso do protocolo proposto) e pós-teste (avaliação das situações-problema utilizando o protocolo assistencial).

Foram incluídos na pesquisa 22 enfermeiros que exerciam atividades nos setores intra e pré-hospitalares. Os participantes foram orientados a avaliar as situações-problema que envolviam clientes com distúrbio respiratório agudo, marcar sua decisão diante de cada recomendação e devolver o material para o pesquisador.

No primeiro momento (pré-teste) foi aplicado um questionário respondido pelo enfermeiro sem o auxílio do protocolo proposto. No segundo momento (pós-teste), esse mesmo questionário foi respondido com o auxílio do protocolo.

Após a testagem do protocolo no grupo de enfermeiros, o mesmo foi submetido a um processo inicial de validação, quarta etapa, visando a avaliação por três especialistas professores universitários, segundo critérios escolhidos pelo pesquisador.

Em D14, a construção do protocolo de cuidado deu-se fundamentado em três etapas: nas informações, questionamentos e expectativas coletadas junto aos 88 clientes em sala de espera para realizar exames de Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) de mama e

tireoide, nos encontros com os 20 profissionais da equipe de saúde do Serviço de Radiologia e do Serviço de Anatomia Patológica, que atuam junto ao cliente submetido à PAAF e nas evidências científicas encontradas na literatura.

Com os clientes, foram realizados 10 encontros com presença média de 8 participantes em cada um deles. No encontro com a equipe de saúde, esses dados foram determinantes para a obtenção da adesão dos profissionais na construção desse Protocolo.

Foram realizados dois encontros coletivos com os profissionais, dentre médicos, técnicos/auxiliares de enfermagem, técnico em radiologia, auxiliar administrativo, recepcionistas de área e assistente administrativo, para refletir, discutir, opinar, sugerir e validar o procedimento e a prática assistencial a serem desenvolvidos junto a esses clientes. A participação interdisciplinar foi intensa, permitindo assim, sua validação e conclusão nesse momento.

A revisão da literatura, buscando evidências científicas nas bases de dados e a elaboração da proposta do protocolo de cuidados, ocorreu, cronologicamente, entre o primeiro e segundo encontros com os profissionais da equipe de saúde.

Sob essa perspectiva, o Protocolo foi construído e validado junto ao grupo de profissionais com base na imersão da pesquisadora nos resultados qualitativos decorrentes dos encontros e entrevistas com os clientes, das discussões com os profissionais e nas evidências científicas acerca do exame de PAAF.

Em D15, a pesquisa envolveu levantamento bibliográfico, entrevistas com usuários de saúde e seus acompanhantes que iriam realizar o exame de endoscopia digestiva alta, grupo de discussão com enfermeiros que atuam no Centro Endoscópico para elaboração do protocolo e submissão do protocolo construído a avaliadores externos.

Na primeira fase, houve a entrevista semiestruturada com usuários de saúde submetidos ao exame de Endoscopia Digestiva Alta e seu acompanhante, sendo 21 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e 19 acompanhantes, no intuito de identificar necessidades de cuidado.

Na segunda fase, houve a construção coletiva do protocolo. Os sujeitos foram três enfermeiras que atuam no Centro Endoscópico, elaborando, a partir dos achados na etapa anterior, da revisão de literatura realizada pela mestranda e da experiência adquirida na

prática do serviço, o protocolo propriamente dito. Foram realizados três encontros entre as três enfermeiras e a pesquisadora.

A validação do protocolo por peritos fez parte da terceira fase do estudo. Foram convidadas duas enfermeiras com conhecimentos em protocolos, que tinham experiência na área de Endoscopia Digestiva Alta e um profissional médico. Após parecer dos peritos, o protocolo de acolhimento foi validado e disponibilizado ao serviço para ser utilizado como guia para atuação do enfermeiro no Centro Endoscópico.

Em D16, o desenvolvimento do estudo ocorreu em duas fases: a primeira tratou da elaboração do guia abreviado a partir do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria, da seleção e conceituação dos indicadores de risco e da distribuição das condições clínicas, de acordo com a classificação de risco. A segunda reportou-se à validação de conteúdo e de aparência do instrumento por parte dos juízes.

Na primeira etapa realizou-se o levantamento e aprofundamento do construto “Classificação de risco de crianças atendidas nos serviços de saúde” pela revisão de literatura. Em uma segunda revisão de literatura, o pesquisador busca instrumentos de medição que poderiam ser utilizados na versão original ou adaptados ao estudo atual.

Dessa forma, o guia abreviado foi construído a partir do conteúdo do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria (ACCR) e, para orientar quanto a sua estrutura, foi utilizado o instrumento australiano Paediatric Triage Tool, versão resumida da escala de triagem pediátrica australiana (Australasian Triage Scale – ATS), além de outras referências tidas como relevantes. Além disso, levou-se em consideração a vivência da pesquisadora na prática assistencial.

Na segunda fase, o guia abreviado do protocolo de ACCR em pediatria foi avaliado pelos juízes de conteúdo, docentes/pesquisadores com conhecimento em construção/validação de instrumentos, e por juízes técnicos, enfermeiros com experiência clínica em classificação de risco em emergência pediátrica. Dessa forma, utilizando critérios estabelecidos com pontuação mínima de cinco pontos adaptados de Fehring (1994), selecionou-se 10 juízes de conteúdo e nove juízes técnicos por meio da pesquisa na plataforma lattes e da amostragem de “bola de neve”. Apenas quatro juízes de conteúdo e cinco técnicos fizeram a devolução dos instrumentos, e os itens foram modificados com o intuito de tornar o instrumento válido e aplicável na prática, pelo profissional de Enfermagem.

Em T18, houve realização de duas etapas: a primeira refere-se ao desenvolvimento do protocolo e a segunda à validação de conteúdo do mesmo. A primeira etapa baseou-se em Ribeiro (2010), que traz oito fases para elaboração de diretrizes clínicas, porém a pesquisadora utilizou apenas os cinco primeiros passos, pois os outros três correspondem à validação clínica.

1º) Refinar os tópicos/questões (contextualização; finalidade; a quem se destina; local a ser aplicado; público alvo e instruções gerais); 2º) Revisão sistemática (realizou-se revisão integrativa); 3º) Elaborar cenários diferentes e desenvolver modelos de recomendações; 4º) Estabelecer recomendações para pesquisa e atualização da diretriz/protocolo (elaboração do protocolo); 5º) Garantir a revisão por pares.

Após a elaboração do protocolo, realizou-se a validação de conteúdo, que totalizou 15 juízes a partir da fórmula para cálculo de tamanho amostral baseado em proporção. Compuseram, no entanto, a amostra final do estudo 17 enfermeiros especialistas, sendo nove docentes e oito assistentes, que fizeram uma pontuação mínima de cinco pontos, segundo critérios próprios.

A seleção dos profissionais atuantes na assistência deu-se inicialmente pela identificação daqueles que faziam parte do Pro-saúde (UFC) e dos membros do Projeto de Pesquisa Ações Integradas em Saúde do Idoso do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), bem como por amostragem tipo “bola de neve”.

Assim, o protocolo desenvolvido na primeira fase do estudo foi submetido ao grupo de especialistas a fim de que fosse julgado seu conteúdo por meio de concordância pela técnica do Método Delphi baseado em Spínola (1984), no qual possibilita aos especialistas expressar suas opiniões sobre um determinado tema, existindo construção participativa, mas sem contato face a face, portanto, o anonimato é uma das características desse método. Como uma forma de assegurar essa característica, e-mail foi enviado na forma de cópia oculta. Após devolução do instrumento preenchido pelos especialistas, foi analisado o consenso entre eles para o desenvolvimento da versão final do protocolo.

Em T22, o trabalho foi conduzido em duas etapas com abordagens metodológicas distintas. Primeiramente, utilizou-se o método de validação por consenso para formulação de um protocolo de pesquisa, com os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem a serem utilizados na segunda etapa do estudo.

Na primeira etapa, o consenso contou com a participação de seis enfermeiras especialistas na área de cardiologia mediante dois encontros presenciais e quatro e-mails por correio eletrônico. O processo de seleção dos diagnósticos de Enfermagem foi desenvolvido durante o encontro presencial.

A partir da seleção prévia descrita, elaborou-se um instrumento contendo as intervenções e os resultados a fim de serem avaliados pelas enfermeiras especialistas quanto à aplicabilidade e à efetividade em pacientes com insuficiência cardíaca em ambiente domiciliar. Esse instrumento foi enviado às especialistas por meio eletrônico.

Realizou-se um encontro e o grupo avaliou as atividades e os indicadores, respectivamente, das intervenções e dos resultados selecionados. Para aquelas intervenções recomendadas em consenso, foi elaborado um segundo instrumento, contendo o título da intervenção e a lista de atividades sugeridas para nova submissão ao grupo de especialistas. Essa última etapa do consenso foi realizada por meio eletrônico.

Uma vez obtido o consenso final, foi elaborado um instrumento contendo os diagnósticos, os resultados e as intervenções selecionados pelo grupo para aplicação na prática clínica domiciliar, assumindo-se, então, um protocolo para implementação com os pacientes em estudo a partir da ligação NANDA-I-NIC-NOC.

Dessa forma, a síntese do conhecimento das metodologias abordadas nas dissertações e teses que construíram e validaram protocolos mostrou que, na fase de construção, a maioria, 75% (n=6), garante a revisão na literatura científica como etapa imprescindível. Mais da metade, 62,5% (n=5), utilizaram o profissional como membro importante para essa fase, 25% (n=2) utilizaram a vivência/experiência do pesquisador e a mesma quantidade a participação de pacientes-alvo do protocolo. Já na fase de validação, o número de juízes variou de 3 a 16, prevalecendo até 10 juízes em 62,5% (n=5) das teses/dissertações e acima de 10 juízes em 37,5% (n=3). Com relação aos testes para análise do processo de validação, a metade, 50% (n=4), utilizou a concordância entre juízes, 37,5% (n=3) utilizaram o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), 25% (n=2) utilizaram a categorização e interpretação de dados, 12,5% (n=1) utilizou o teste binomial e a mesma quantidade o coeficiente alfa de Cronbach.

## **Estudos de construção de protocolos**

Em T2, optou-se em elaborar protocolos com o intuito de enfatizar exercícios de extensão e mobilização de tronco, incluindo exercícios abdominais, e avaliar sua eficácia. O protocolo de exercícios físicos baseados no método Pilates foi elaborado pelo autor da pesquisa a partir dos objetivos e descrições de cada exercício do método. As adaptações e/ou alterações a partir da execução original foram realizadas com o intuito de que os exercícios se adequassem à população sedentária.

Em se tratando do protocolo de exercícios físicos de alongamento e fortalecimento convencionais, esse também foi elaborado pelo autor da pesquisa a partir dos objetivos e descrições de cada exercício. Adaptações e/ou alterações também foram realizadas com o intuito de que os exercícios tornassem desafiadores para os praticantes com o passar do tempo.

Em T3, a pesquisadora teve como objetivo avaliar a implementação de um protocolo no qual relatou que foi elaborado por enfermeiras integrantes do Grupo de Estomaterapia do Departamento de Enfermagem para a prevenção de úlceras por pressão. Para tanto, fundamentaram-se em diretrizes internacionais propostas pelo NPUAP (1989), vigentes na Agency for Health Care Policy and Research - AHCPR (AHCPR, 1994) e adequadas à realidade Institucional. As enfermeiras desenvolveram o protocolo estabelecendo a finalidade, os objetivos, a definição de úlcera por pressão e as intervenções de enfermagem.

Em D4 a pesquisadora seguiu os seguintes passos na construção dos protocolos assistenciais: Método de coleta, registro e análise dos dados a partir da aproximação com a realidade, construção individual dos protocolos e construção coletiva com enfermeiros.

A coleta de dados começou com a observação sistemática dos problemas de Enfermagem apresentados por pacientes internados na UTI, utilizando uma planilha de coleta de dados. A busca dos problemas durou uma semana, alternando a observação do exame físico diário e da dinâmica de trabalho local com a pesquisa documental na evolução de enfermagem, na prescrição médica, no livro de intercorrências da Enfermagem, no prontuário do paciente e na planilha geral dos problemas.

Concluída essa etapa, houve a consulta bibliográfica das intervenções de enfermagem possíveis de serem realizadas para os problemas detectados. Foram convidados

os cinco enfermeiros da unidade em estudo para realizar a revisão dos protocolos de cuidados construídos pela pesquisadora.

Após um novo processo de revisão, realizado através de uma reunião com o enfermeiro chefe da unidade, foram identificadas as intervenções que apenas reproduziam parte da rotina diária, o que abalaria a credibilidade da prescrição de enfermagem, se inseridas no sistema. Após mais essa minuciosa seleção, contemplou-se finalmente o conjunto de 176 intervenções.

Em T6, foram contempladas três fase: pré-intervenção, fase de intervenção e fase pós-intervenção (avaliação dos resultados). A definição dessas etapas teve como base os pressupostos da Teoria de Difusão de Inovações de Rogers (2003). Adotou-se, também, as orientações apresentadas no modelo de implementação de diretrizes para a prática clínica da RNAO (2002).

A fase pré-intervenção compreendeu o conhecimento prévio da realidade do serviço, as necessidades e/ou problemas percebidos no campo e as normas do sistema social por meio dos profissionais de Enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) atuantes na UTI pela técnica de observação não participante, da consulta aos registros de Enfermagem nos prontuários e dos pacientes internados. Isso permitiu conhecer a realidade da prevenção e da incidência de úlcera por pressão (UP).

A fase de intervenção possibilitou a construção e utilização do protocolo de prevenção de UP. Participaram dessa fase os membros da equipe de enfermagem e outros membros da equipe de saúde da UTI. A intervenção foi composta por várias etapas, considerando o modelo proposto por Rogers (2003).

Primeiramente, utilizou-se a técnica do grupo focal como um momento para discutir a prática, apresentar as diretrizes de prevenção de úlcera por pressão e fomentar a decisão. Foram realizados quatro grupos focais, três com os enfermeiros e técnicos de enfermagem e um com representantes da equipe de saúde da UTI.

O número de participantes nas sessões grupais variou de cinco a oito, totalizando 25 profissionais, sendo seis enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem e um representante de cada uma das demais categorias profissionais.

Na etapa de avaliação da concordância em relação às decisões tomadas nos grupos focais, permitiu-se trazer mais uma vez para o contexto da prática as ações propostas pelo

EPUAP; NPUAP (2009) e WOCN (2010) para a prevenção da UP, com as devidas sugestões/adequações realizadas nos grupos focais. Para isso, foi estruturado um instrumento com a síntese das diretrizes.

Dos profissionais de saúde atuantes na UTI, 55 devolveram os instrumentos recebidos com o devido preenchimento. O próximo passo foi em direção à elaboração do material concreto para consolidação do protocolo de prevenção de UP e o algoritmo de prevenção. Essa etapa demandou a leitura exaustiva do material no sentido de atender todas as solicitações dos profissionais e de sintetizá-las, mantendo os princípios descritos nas recomendações do EPUAP; NPUAP (2009) e WOCN (2010). Esse processo culminou com a elaboração de uma nova versão das recomendações que se presumia serem compatíveis para aplicação na prática clínica.

Concluída a estruturação do protocolo e do algoritmo, partiu-se para a fase de implementação na prática, que compreendeu um momento para instrumentalização da equipe para a sua utilização, e também de reavaliação de sua adequação, agora na perspectiva de analisar a sua compatibilidade para uso no serviço.

Por fim, a fase pós-intervenção permitiu verificar o impacto causado pela utilização do protocolo de prevenção de UP sobre as ações de enfermagem e na incidência dessas na Unidade de Terapia Intensiva.

Em D7, o processo de construção coletivo do protocolo foi desenvolvido através da metodologia convergente-assistencial e fundamentado na teoria construtivista.

A fundamentação foi baseada em Formarier e Jovic (1993), que descreve a metodologia da construção de um protocolo de cuidados e do referencial teórico construtivista: a) determinar a população, que seria abordada na prática de cuidados; b) selecionar a literatura atualizada relacionada com o Traumatismo Crânio-encefálico (TCE); c) distribuir os temas entre as enfermeiras participantes do estudo; d) determinar o aprazamento da construção do conteúdo que seria abordado no protocolo; e) construir coletivamente o texto final; f) avaliar o conteúdo elaborado em conjunto com as enfermeiras de acordo com sua aplicação prática que compreende a articulação do conhecimento, diagnóstico de Enfermagem e a construção do protocolo.

A busca pela fundamentação científica reuniu fontes bibliográficas da área da medicina, enfermagem, anatomia, fisiologia, farmacologia e bioquímica. As escolhas dos

temas foram obtidas durante as entrevistas e foram selecionados posteriormente no grande grupo com a revisão da literatura.

A escolha das participantes foi intencional, sendo composto por seis enfermeiras da UTI com experiência no cuidado dos pacientes com TCE severo. As estratégias utilizadas foram: entrevistas semi-estruturadas, observação participante e discussão com o grupo do estudo.

O processo de construção do protocolo de cuidados do paciente com TCE severo foi desenvolvido em seis fases, sendo três coletivas e três individuais (mestranda participante).

1) Sensibilização: A primeira atividade da prática assistencial se concretizou através de um encontro com quatro enfermeiras. A sensibilização do grupo foi feita com a apresentação do projeto da prática assistencial, sendo organizado conjuntamente o cronograma das atividades.

2) Entrevistas: Caracterizou-se como um encontro individual realizado em duas etapas distintas: um questionário e entrevistas individuais semi-estruturadas.

3) Encontros coletivos: Participaram cinco enfermeiras e houve apresentação dos resultados das entrevistas e a distribuição dos temas entre as participantes do estudo.

4) Suporte teórico: Caracterizou-se pelo desenvolvimento do suporte teórico dos temas propostos para compor o protocolo. Para que isso fosse possível, vários encontros foram programados entre a mestranda e cada uma das enfermeiras componentes do grupo de estudo. Através da escolha da literatura, o conteúdo foi sendo construído.

5) Síntese: Caracterizou-se pela apresentação sucinta dos temas estudados. A partir de várias reflexões, fez-se um esboço, agora, coletivo, de um corpo de conhecimento para fundamentar teoricamente o protocolo em discussão.

Nessa fase, solicitou-se ao grupo uma (re)interpretação dos temas desenvolvidos com o intuito de avaliar se os conteúdos foram efetivamente explorados de forma a darem suporte à prática. A partir daí, surgiram os pontos-chave referentes às temáticas sobre as descobertas mais recentes relacionadas ao tratamento e cuidados do paciente com TCE, fornecendo subsídios para analisar a cientificidade do conteúdo proposto.

Assim sendo, o conteúdo foi avaliado pelas próprias enfermeiras que o (re)interpretaram, sugerindo algumas mudanças na estrutura do texto para facilitar a compreensão dos fenômenos decorrentes das injúrias cerebrais provocadas pelo TCE, bem

como foram acrescentadas ilustrações, como por exemplo, as curvas da Pressão Intracraniana (PIC).

6) Finalmente, após várias encenações de um construir coletivo, chegou-se ao desenho de um protocolo.

As enfermeiras participantes, juntamente com a mestrandas, foram as responsáveis pela elaboração do suporte teórico, correlacionando-o às ações de enfermagem. Para a inclusão do diagnóstico de enfermagem no protocolo, tendo como finalidade aprimorar as avaliações junto ao paciente, contou-se com a valiosa contribuição de uma professora universitária expert nessa área. O protocolo contempla o diagnóstico de enfermagem, o suporte teórico e as ações de enfermagem.

Em T9, os protocolos de desmame, adaptados de Goldwasser *et al.* (2000), Ely *et al.* (2001) e Coberlline *et al.* (2003) foram desenvolvidos após revisão bibliográfica de ensaios clínicos e trabalhos de revisão, dando origem a dois algoritmos: um como modalidade, o Tubo-T, e outro utilizando a Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada (SIMV) como modalidade de desmame.

Em T10, apenas é mencionada a criação de um Protocolo de Consultas de Enfermagem para pacientes submetidos à revascularização do miocárdio para atingir o objetivo do estudo, que era avaliar a eficácia do protocolo comparado a um grupo controle, não evidenciando o percurso metodológico utilizado.

Em D11, o percurso metodológico seguido pela pesquisadora para fundamentar a criação do protocolo foi por meio da coleta dos dados pelo método de observação participante estruturada no intuito de saber exatamente quais os cuidados de enfermagem recebidos pelos pacientes politraumatizados atendidos na Sala de Emergência de um hospital municipal e após a abordagem inicial.

Antes, foi realizada uma fase de teste com o instrumento de coleta elaborado para fins de validação. Foram observados quatro pacientes durante essa fase de teste, resultando na necessidade de ajustes no instrumento a fim de obter dados mais fiéis para o desenvolvimento do protocolo.

Após reajustar o formulário, deu-se início à coleta de dados propriamente dita. Nessa nova etapa, foram realizadas sete visitas ao cenário da pesquisa. No total, foram cerca de 52

horas de pesquisa e, de acordo com os critérios estabelecidos, onze pacientes. Neste sentido, a análise dos dados e a criação do protocolo se deram substanciada por esses cuidados.

Em D12, a coleta de dados para a construção do protocolo foi realizada por meio de entrevista e discussões em grupo. Participaram oito enfermeiros que iniciaram as atividades na base da Divisão de Operações Aéreas da Polícia Rodoviária Federal.

As entrevistas foram realizadas com o intuito de adquirir informações de cada enfermeiro sobre quais cuidados de enfermagem devem constar no protocolo de cuidados, qual a prioridade dos cuidados e/ou dificuldades no atendimento.

As discussões em grupo tiveram a finalidade de socializar as informações obtidas nas entrevistas e, a partir disso, em conjunto com os enfermeiros participantes desenvolver o protocolo de cuidados fundamentado nos princípios do *Prehospital Trauma Life Support* (PHTLS).

A coleta de dados ocorreu em duas etapas. A primeira constou de entrevistas semiestruturadas com todos os enfermeiros a partir de uma questão norteadora. Na segunda etapa foram realizados três encontros para a elaboração do protocolo.

No primeiro encontro foram apresentados os resultados das entrevistas, discutido o protocolo do PHTLS, iniciada a elaboração dos cuidados de enfermagem e justificativas foram criadas para cada cuidado. O segundo encontro continuou com a elaboração de mais cuidados, justificativas, e foi nesse momento que o protocolo começou a ganhar forma. Por fim, no último encontro realizou-se a finalização do protocolo.

Em D13, inicialmente, a pesquisadora fez um levantamento bibliográfico sobre o tema, sendo o protocolo construído a partir da consulta a diversos autores, bem como de elementos identificados como importantes no processo assistencial vivenciado pela pesquisadora e pela equipe para a cirurgia bariátrica.

O estudo foi construído em quatro etapas: 1) identificação dos indicadores empíricos para a demanda terapêutica de autocuidado na literatura pertinente e estruturação do instrumento para a coleta de dados; 2) determinação dos Déficits de Autocuidado (DAC); 3) desenvolvimento dos Sistemas de Enfermagem para os DAC identificados; 4) estruturação do Protocolo de orientação para a enfermagem e do Manual de orientação para o autocuidado de pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Nessa primeira fase da pesquisa, foi realizada uma revisão sistemática, na segunda e terceira fases foram realizadas entrevistas na sala de espera do ambulatório da Cirurgia Bariátrica com 31 clientes portadores de obesidade mórbida. A partir das demandas de autocuidado universais apresentadas, foram identificados os déficits de autocuidado, bem como os respectivos diagnósticos de Enfermagem baseados na taxonomia da *NANDA-I* (2010).

Após a identificação dos diagnósticos de enfermagem, foi elaborado o planejamento da assistência de enfermagem em forma de protocolo. Segundo a pesquisadora, esse material está sujeito à validação clínica, bem como à avaliações e reformulações.

Em D19, o local para realização do estudo foi a unidade de neonatologia, com quatro enfermeiras, nove técnicos de enfermagem, um auxiliar enfermagem e duas acadêmicas de enfermagem.

A coleta dos dados se deu em duas etapas: na primeira, foram realizados quatro grupos de reflexões com os profissionais da equipe de Enfermagem, orientado pelos pressupostos de Paulo Freire e do arco da problematização de Charles Maguerez, em que os profissionais puderam socializar suas concepções, crenças, valores e formas de perceber que o recém-nascido vivencia momentos de desconforto e dor durante sua hospitalização.

A segunda etapa da coleta de dados se deu através da observação participante realizada pela pesquisadora. Nesse momento, inseriu-se no processo de orientação e aprendizado junto aos profissionais de Enfermagem, resgatando os aspectos teóricos do manejo do desconforto e da dor e também as discussões realizadas nos grupos de reflexão. Assim, pode-se observar e validar os dados coletados nos grupos de reflexão e até sugerir possibilidades de aplicação de métodos não farmacológicos pautados na literatura como benéfico ao recém-nascido, resultando na proposta do protocolo.

Em D20, participaram do estudo sete mães de recém-nascido pré-termo (RNPT) internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI). A coleta de dados ocorreu pela observação participante, registro em diário de campo e entrevistas.

O primeiro contato com a mãe foi realizado durante a visita materna à unidade neonatal. Para cada mãe, foi fornecido também um diário de campo para o registro dos

acontecimentos diários, desde o período de internação, alta e adaptação pós-alta. A partir do primeiro contato, eram programados os encontros seguintes.

Desse modo, cada encontro era utilizado como subsídio da avaliação continuada do processo, embasando a programação para o encontro seguinte. O sequenciamento das orientações fornecidas às mães pelo pesquisador se baseou em protocolos de alta adotados por outros serviços de neonatologia, bem como nas necessidades de instrução emanadas espontaneamente ao longo dos encontros com as mães do estudo. O diário materno era recolhido periodicamente para a realização de cópia xerográfica, compondo assim o arquivo de dados e registros da pesquisadora.

Na segunda fase após a alta hospitalar do RN, foram realizados dois encontros em momentos distintos. No primeiro encontro, efetuado no domicílio das famílias, era realizada uma entrevista seguindo um roteiro semiestruturado, cujo propósito era o de verificar se as orientações recebidas durante a hospitalização foram suficientes e eficazes para a viabilização do cuidado do RN no domicílio. Na medida em que eram identificadas dificuldades remanescentes do processo instrucional efetuado no hospital, outras orientações foram efetivadas durante a visita domiciliar, complementando assim o preparo das mães para o cuidado no lar.

O segundo encontro pós-alta efetivava-se por ocasião do retorno do binômio ao ambulatório de especialidades do hospital, quando era realizada uma entrevista informal com o objetivo de complementar as informações coletadas durante as etapas precedentes. Naquele dia, os diários das mães eram recolhidos e xerografados pela última vez e, em seguida, devolvidos às participantes do estudo. Assim, a partir dos dados coletados e analisados, efetivou-se uma proposta de protocolo de alta para RNPT.

Em D21, o estudo foi realizado em cinco passos: Identificação dos sujeitos da amostra; Aplicação do formulário baseado no Modelo de Crenças e Saúde; Criação de um Banco de Dados; Identificação de possíveis interferências nas taxas de adesão à vacinação das medidas efetivadas; Elaboração de protocolo para melhoria de adesão à vacinação contra Influenza.

Para a aplicação do formulário baseado no Modelo de Crenças em Saúde foi feito o cálculo de amostragem proporcional ao tamanho do conglomerado, obtendo uma amostra

final de 265 indivíduos, entre enfermeiros, técnicos de Enfermagem e auxiliares de Enfermagem vacinados e não vacinados.

A partir dos dados coletados na Campanha de Vacinação 2010 e 2011, bem como do formulário preenchido pelos sujeitos, da revisão de literatura e da experiência pessoal da autora na coordenação das Campanhas de Vacinação contra Influenza ocorridas dentro de um hospital, foi elaborada a proposta de um protocolo de ações visando à manutenção/melhoria na aderência dos profissionais de enfermagem da instituição à vacinação.

Em D23, visou-se promover a reflexão acerca do acolhimento aos acompanhantes de pacientes críticos atendidos em serviço de emergência. A investigação foi realizada a partir de uma intervenção no ambiente de trabalho que incluiu a atenção ao paciente/familiar, entrevistas com familiares de pacientes, entrevista com profissionais de saúde e grupo de reflexão com profissionais de saúde.

A construção do protocolo na referida emergência se deu conforme a indicação do Ministério da Saúde, com parte dos profissionais que ali atuam, e envolveu a adaptação de modelos de protocolos já existentes.

Participaram da pesquisa 53 profissionais de saúde atuantes no referido serviço (três médicos, 20 enfermeiros, 25 técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, um psicólogo e três assistentes sociais, incluindo os residentes das diversas profissões) e sete acompanhantes/familiares de pacientes em atendimento no serviço com a finalidade de conhecer suas percepções acerca do acolhimento, as potencialidades e dificuldades existentes no atendimento de suas necessidades.

Responderam às entrevistas 42 profissionais. Participaram dos grupos de reflexão 24 profissionais.

O contato e as entrevistas com os acompanhantes aconteceram na primeira etapa da pesquisa, com vistas a participar ativamente do atendimento e observar a atenção fornecida pelos profissionais. As entrevistas com os profissionais de saúde tiveram por objetivo conhecer sua percepção quanto ao acolhimento do familiar do paciente grave e quais suas propostas para melhorar esse acolhimento, subsidiando a discussão nos grupos, auxiliando os profissionais a pensar e a propor possibilidades de acolhimento ao familiar/acompanhante de paciente crítico.

Foram realizados dois grupos de reflexão como momentos em que se reuniram os profissionais para refletir sobre os achados das entrevistas e questões observadas na prática.

Com o resultado da leitura e interpretação dos dados, objetivou-se a elaboração de indicativos de um protocolo assistencial para utilização pelos profissionais da equipe de saúde no atendimento ao acompanhante de pacientes em situação crítica de saúde da referida instituição.

Em D24, a pesquisadora apenas menciona que foi elaborado um protocolo com a finalidade de ser usado como orientação para a inserção de sonda enteral em posição gástrica, fundamentado nas literaturas que ofereciam dados indicadores dos passos a serem seguidos para a realização das etapas.

Dessa forma, nos estudos de construção de protocolos, 46,7% (n=7) das teses e dissertações utilizaram profissionais para auxiliar no desenvolvimento do mesmo, 40% (n=6) utilizaram a observação da realidade e o mesmo valor a revisão da literatura científica, 26,7% (n=4) utilizaram pacientes-alvo, 13,3% (n=2) utilizaram a vivência do pesquisador e 6,7% (n=1) não menciona.

### **Estudos de Validação de protocolos**

Em D17, o protocolo foi validado pela análise do conceito dos sinais de alerta contidos no protocolo de ACCR em pediatria, o qual foi realizado a partir de revisão de literatura. Foi procedida a validação de conteúdo e aparência dos itens que fazem parte do protocolo de ACCR em pediatria, mediante formulário específico, sendo nessa etapa realizado o julgamento por nove juízes ou peritos no assunto, captados por meio da amostragem tipo “bola de neve” e com avaliação do Currículo Lattes, os quais apresentaram uma pontuação igual ou superior a cinco. Foi utilizado o IVC para análise do processo de validação.

O instrumento foi previamente submetido à apreciação e análise por três especialistas, que não fizeram parte da amostra desse estudo, considerando a importância de um teste-piloto para possíveis adequações do instrumento de validação de conteúdo e aparência do protocolo de ACCR em pediatria.

## Conclusão

Após análise das dissertações/teses, verificou-se que houve distintas fases de elaboração e validação das diretrizes clínicas ou protocolos, não havendo uniformidade das normas devido à utilização de uma grande variabilidade de condutas, confirmando a ausência de um percurso metodológico padrão.

As etapas mais comuns entre todos os estudos analisados para a construção de protocolos foram a revisão da literatura científica e a utilização de profissionais para auxiliar nesse processo, com 52,2% cada (n=12). Em seguida, foi prevalente a observação da realidade e a utilização de pacientes-alvo, com 26,1% cada (n=6), a vivência/experiência do pesquisador, com 17,4% (n=4), e 4,3% (n=1) não menciona. Já para os estudos de validação, constataram-se grupos de especialistas/juízes na temática, variando de três a 16 em quantidade, sendo que 66,7% (n=6) apresentaram até 10 juízes e 33,3% (n=3) acima de 10. Quanto à análise do processo de validação, houve maior prevalência da concordância entre juízes e do IVC, com 44,4% (n=4) cada, seguido da categorização e interpretação dos dados, com 22,2% (n=2), do teste binomial e do coeficiente alfa de Cronbach, com 11,1% (n=1) cada.

Então, após observar que a maior parte dos estudos apresenta uma metodologia própria para elaboração de suas diretrizes, conclui-se que o desenvolvimento desse tipo de tecnologia constitui uma arena complexa e multifacetada, adaptada às expectativas e objetivos dos pesquisadores.

Além disso, a presente revisão visou contribuir para a escolha do método dessa dissertação, selecionando etapas que se adequem melhor ao objetivo do trabalho de forma que o resultado final, que é o desenvolvimento de um protocolo clínico para utilização de pessário vaginal, seja de qualidade.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Tratou-se de uma pesquisa de desenvolvimento, que tem por objetivo conduzir investigações para o desenvolvimento de tecnologias, como produtos, processos, políticas e programas educacionais, que sejam de potencial aplicação e utilidade em métodos de ensino-aprendizagem existentes (MATTA; SILVA; BOAVENTURA, 2014).

Para esse tipo de pesquisa, é necessária a colaboração de todos os envolvidos: investigador, comunidade e pessoas que se relacionam para que se possa produzir conhecimentos resultantes do processo de pesquisa (MATTA; SILVA; BOAVENTURA, 2014).

### **4.2 Período e Etapas do Estudo**

O desenvolvimento do estudo ocorreu de julho de 2015 a janeiro de 2016, dividindo-se em cinco etapas adaptadas de Ribeiro (2010): 1) refinar os tópicos/questões; 2) realizar uma revisão sistemática; 3) estabelecer recomendações para pesquisa e atualização da diretriz/protocolo; 4) garantir a revisão por pares; 5) planejar a disseminação da diretriz/protocolo incluindo localização e avaliação.

Ribeiro (2010) buscou verificar consenso para o processo de desenvolvimento de protocolos com o intuito de garantir sua qualidade, afirmando a importância de seguir passos. No entanto, apesar dele ditar etapas necessárias, não define como cada uma deve ser realizada. Dessa forma, também se utilizou das ideias de Werneck, Faria e Campos (2009) para elaboração de protocolos clínicos.

A escolha desses dois referenciais ocorreu após realização da revisão da literatura e observação de sua utilização em dois estudos para o desenvolvimento de protocolos (BESSA, 2012; CAMPOS, 2013). Ademais, observou-se que os autores seguem uma sistemática clara e exequível para a realização do presente estudo.

#### 4.2.1 Etapa 1: Refinar os tópicos/questões

Nessa etapa é importante definir o objetivo geral e os específicos do protocolo, bem como estabelecer se o protocolo que será constituído terá ações de recuperação, reabilitação, prevenção e promoção da saúde.

Após a escolha da temática, é necessário elaborar a justificativa, avaliando magnitude (o quanto frequente é a condição), transcendência (gravidade do problema) e vulnerabilidade (o quanto é efetivo o tratamento), e verificar quais os tópicos do protocolo a serem desenvolvidos (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Para a construção desses tópicos, foi utilizada a técnica de *Brainstorming* ou “chuva de ideias”. Osborn (1963) desenvolveu essa técnica na década de 50 após concluir que o indivíduo pode pensar, em média, até o dobro de ideias quando se trabalha em grupo quando comparado a se trabalhar sozinho. O *Brainstorming* foi pensado como forma mais adequada para se encontrar soluções alternativas para problemas.

Contudo, regras foram desenvolvidas para assegurar uma condução adequada do grupo: ter de cinco a sete pessoas; os indivíduos devem expressar todas as ideias de que se lembram, sem a preocupação imediata com a qualidade ou com a avaliação das ideias; deve-se gerar o máximo de ideias possíveis; combinar e melhorar as ideias explicitadas para que surjam novas e melhores ideias; nenhuma crítica é permitida; notas devem ser tomadas, manualmente ou por meio de gravação eletrônica; a sessão deve ser um processo espontâneo com duração de dez minutos a uma hora e não requerem qualquer preparação diferente do conhecimento geral do assunto (LINSEY; BECKER, 2010; FURNHAM, 2000).

Portanto, o uso da técnica do *Brainstorming* tem várias vantagens, como reduzir a dependência de uma única figura de autoridade, encorajar partilha aberta de ideias, estimular a participação entre os membros do grupo, fornecer segurança individual em um grupo competitivo, maximizar ideias por um curto período de tempo, garantir um clima não-avaliativo, além de ser agradável e estimulante (FURNHAM, 2000).

Entretanto, autores apontam pontos negativos nessa técnica, sugerindo redução da sua eficácia. Dentre elas, pode-se citar o ócio social, em que o contexto de grupo permite que os indivíduos façam menos esforços, a apreensão de avaliação, gerando medo de expor ideias, e o bloqueio de produção (GALLUPE; BASTIANUTTI; COOPER, 1991).

Em vista disso, novas técnicas assistidas por computador tem sido desenvolvidas ao longo dos últimos anos, como o *Brainstorming* Eletrônico. Esse debate eletrônico destina-se a ultrapassar os problemas apontados no *Brainstorming* tradicional. Tal técnica envolve os membros do grupo em terminais de computador, digitando suas ideias e tendo acesso total às ideias dos outros participantes (FURNHAM, 2000).

Assim, as ideias são geradas e compartilhadas livremente de forma simultânea, diminuindo o efeito potencial de bloqueio, a natureza anônima da técnica alivia a apreensão de avaliação e o ócio social é menos provável de ocorrer porque os indivíduos podem estar preocupados que suas ideias sejam registradas e contadas (FURNHAM, 2000).

Em estudo comparando o *Brainstorming* eletrônico com o tradicional, encontrou-se que grupos eletrônicos foram mais produtivos que os grupos não eletrônicos. Maneira em que o *brainstorming* eletrônico pode reabrir uma área há muito adormecida de pesquisas e aplicação de discussões, justificando a escolha da técnica (GALLUPE; BASTIANUTTI; COOPER, 1991).

Esse momento foi realizado no período de julho a outubro de 2015 com cinco profissionais de saúde convidados que pesquisam e/ou atuam na orientação de uso dos pessários vaginais. Após aceitação em participar e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), foi solicitado que entrassem na Plataforma SOLAR para informar conteúdos que não podiam deixar de ser contemplados no protocolo clínico em questão, prioridades nesse tipo de atendimento, principais dificuldades, queixas e complicações observadas, pontos importantes também considerados no estudo de Schweitzer (2010).

A Plataforma SOLAR é um ambiente virtual de aprendizagem desenvolvido pelo Instituto UFC Virtual da Universidade Federal do Ceará. O mesmo foi desenvolvido para que o usuário tenha rapidez no acesso às páginas e ao conteúdo, fácil navegabilidade e compatibilidade com navegadores de *internet*, possibilitando a publicação de cursos e a interação entre os participantes (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2015).

Em outro momento, foi realizada uma visita no mês de julho de 2015 ao ambulatório de Uroginecologia de um hospital de referência em Fortaleza-CE no atendimento a mulheres com DAP para entrevista com algumas usuárias de pessário vaginal, por meio de um roteiro (Apêndice B), a fim de verificar as principais dúvidas acerca da utilização do dispositivo e as

necessidades a serem satisfeitas na consulta, visando auxiliar também no desenvolvimento do protocolo. Com a finalidade de manter a fidedignidade dos dados coletados, as entrevistas foram gravadas após a aceitação da mulher e assinatura do TCLE (Apêndice C).

Além disso, levou-se em consideração ainda a vivência da pesquisadora sobre o assunto, pois a mesma inseriu-se no período de julho a dezembro de 2014 no referido serviço de Uroginecologia para conhecer mais profundamente como se dá a consulta de utilização do pessário vaginal e para realizar tal prática.

Visitas ao cenário da pesquisa para obter conhecimento prévio e aproximação da realidade, das necessidades e dos problemas do serviço e dos usuários também foram realizadas com a finalidade de complementar a construção do protocolo, tal como realizado por Aquino (2004), Fernandes (2008) e Vasconcelos (2014).

#### **4.2.2 Etapa 2: Revisão sistemática**

A revisão da literatura científica é um dos passos mais importantes para a elaboração do protocolo, pois cria-se uma base do conhecimento de modo a extrair as melhores evidências disponíveis a serem implementadas na prática clínica. É necessário que essa busca na literatura identifique os pontos em que existe um consenso e os pontos controversos do assunto em estudo (POLIT; BECK, 2011; WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Para isso, é fundamental a realização de revisões sistemáticas, enfocando a metodologia utilizada, análise crítica da literatura utilizada, os níveis de evidência, o grau de recomendação, as entidades que participaram da validação e a forma de validação (RIBEIRO, 2010).

A revisão sistemática se caracteriza por evidências de pesquisas cuidadosamente sintetizadas, aplicadas para responder as questões focadas na prática clínica. É conduzida exclusivamente a partir de rigoroso processo de seleção e análise de várias produções sobre o problema em estudo (CROSSETTI, 2012).

Denota-se uma baixa contribuição da Enfermagem em estudos com delineamento de pesquisa experimental, ou seja, ensaios clínicos randomizados controlados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Desse modo, optou-se pela realização da revisão integrativa da literatura, a qual possibilita obter um profundo conhecimento em que o pesquisador pode retirar conclusões a partir de estudos anteriores e da síntese realizada sobre um determinado assunto. Trata-se de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, bem como reflexões sobre a realização de futuros estudos (CROSSETTI, 2012). Ademais, outros estudos de construção de protocolos optaram por esse tipo de método (VASCONCELOS, 2014; CAMPOS, 2013; BESSA, 2012).

A revisão integrativa foi realizada no mês de novembro de 2015 por meio de periódicos indexados nas bases de dados informatizadas *US National Library of Medicine (PUBMED)/Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), SCOPUS, COCHRANE, *Centre for Reviews and Dissemination (CRD)*, WEB OF SCIENCE, Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) e em livros publicados, buscando encontrar evidências científicas pertinentes para servirem de base na criação do protocolo.

A partir da leitura desses materiais, foi feita a seleção dos conteúdos que serviram como suporte para a construção do protocolo e o levantamento acerca do que foi relevante. Ressalta-se que, durante a elaboração do protocolo, deu-se preferência na utilização de estudos com maiores níveis de evidência e grau de recomendações, conforme a classificação do *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (HOWICK et al., 2009)*, disposta nos quadros 3 e 4.

**Quadro 3 – Características das evidências segundo a Classificação de *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*. Fortaleza, 2015.**

<b>Nível de Evidência</b>	<b>Tratamento/Prevenção/Etiologia/Dano</b>	<b>Diagnóstico</b>
<b>1ª</b>	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Ensaio Clínicos Controlados e Randomizados	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos Diagnósticos nível 1 Critério Diagnóstico de estudos nível 1B em diferentes centros clínicos
<b>1B</b>	Ensaio Clínico Controlado e Randomizado com Intervalo de Confiança Estreito	Coorte validada com bom padrão de referência Critério Diagnóstico testado em um único centro clínico
<b>1C</b>	Resultados Terapêuticos do tipo “tudo ou nada”	Sensibilidade e Especificidade próximas de 100%
<b>2ª</b>	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos de Coorte	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnósticos de nível > 2
<b>2B</b>	Estudo de Coorte (incluindo Ensaio Clínico Randomizado de Menor Qualidade)	Coorte Exploratória com bom padrão de Referência Critério Diagnóstico derivado ou validado em amostras fragmentadas ou banco de dados
<b>2C</b>	Observação de Resultados Terapêuticos (outcomes research) Estudo Ecológico	-
<b>3ª</b>	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos Caso-Controle	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnósticos de nível > 3B
<b>3B</b>	Estudo Caso-Controle	Seleção não consecutiva de casos ou padrão de referência aplicado de forma pouco consistente
<b>4</b>	Relato de Casos (incluindo Coorte ou Caso-Controle de menor qualidade)	Estudo caso-controle ou padrão de referência pobre ou não independente
<b>5</b>	Opinião desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais)	

Fonte: HOWICK *et al.*, 2009.

Os graus de recomendação são considerados como uma classificação hierarquizada que busca levar em conta os estudos de acordo com os seus níveis de evidência científica e classificam as condutas específicas quanto à recomendação a se adotar ou não na prática clínica ou na tomada de decisões de gestores (BRASIL, 2012b).

**Quadro 4 – Graus de recomendação segundo a Classificação de *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*. Fortaleza, 2015.**

Grau de recomendação	Características
<b>A</b>	Consiste em estudos de <b>nível 1</b> . Estudo com forte recomendação na escolha; são excelentes os níveis de evidência para recomendar rotineiramente a conduta. Os benefícios possuem peso maior que o dano. Há boas evidências para apoiar a recomendação.
<b>B</b>	Consiste em estudos do <b>nível 2 e 3</b> ou <b>generalização</b> de estudos de <b>nível 1</b> . Estudo que recomenda a ação; são encontradas evidências importantes no desfecho, e a conclusão é de que há benefício na escolha da ação em relação aos riscos do dano. Há evidências razoáveis para apoiar a recomendação.
<b>C</b>	Consiste em estudos de <b>nível 4</b> ou <b>generalização</b> de estudos de <b>nível 2 ou 3</b> . Encontra mínimas evidências satisfatórias na análise dos desfechos, mas conclui que os benefícios e os riscos do procedimento não justificam a generalização da recomendação. Há evidências insuficientes, contra ou a favor.
<b>D</b>	Consiste em estudos de <b>nível 5</b> ou qualquer estudo inconclusivo. Estudos com <b>pobre</b> qualidade. Há evidências para descartar a recomendação.

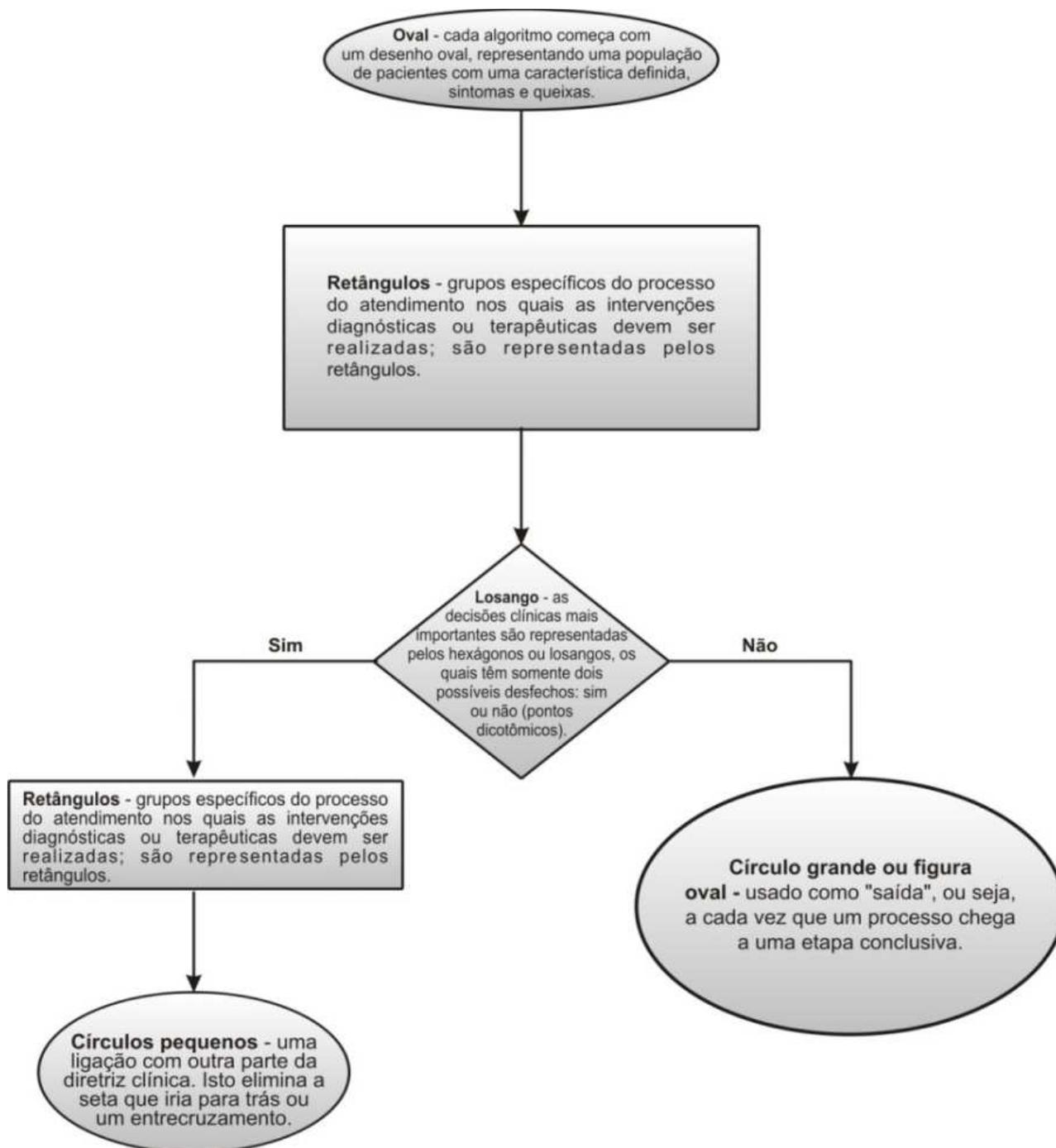
Fonte: HOWICK *et al.*, 2009.

#### **4.2.3 Etapa 3: Estabelecer recomendações para pesquisa e atualização da diretriz/protocolo**

Após a revisão integrativa, guiada pelas sugestões geradas no grupo da fase de Brainstorming, o protocolo foi elaborado no mês de dezembro de 2015 em forma de texto e representado na forma gráfica de fluxogramas com algoritmos, quando necessário. Esse tipo de representação permite uma qualificação da representação, facilitando a compreensão por parte dos profissionais (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). Para a seleção de ilustrações e diagramação, foram seguidas as normas da NBR nº 14.724 e 6.029.

Para se aplicar um algoritmo de maneira correta, é imprescindível conhecer seus símbolos e seus significados. Abaixo, segue a representação de um algoritmo com o conceito da sua simbologia de acordo com Werneck, Faria e Campos (2009).

**Figura 2 – Esquema representativo da simbologia que compõe um fluxograma. Fortaleza, 2015.**



Fonte: WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009.

No conteúdo do protocolo foram disponibilizadas as referências utilizadas para sua construção, as bases de dados investigadas e a classificação dos NE e GR adotados a fim de facilitar sua atualização futura que, segundo Werneck, Faria e Campos (2009), deverá ocorrer a cada dois anos, bem como a revisão das ações com níveis de evidência mais baixos para instigar a busca constante de estudos com evidências maiores.

#### **4.2.4 Etapa 4: Garantir a revisão por pares**

Essa etapa visa obter um *feedback* sobre o protocolo proposto, garantindo que haja uma oportunidade de revisar o documento e identificar as potenciais dificuldades para sua implantação. Deve-se verificar também os efeitos organizacionais da implantação das recomendações, preparando sua futura adoção. É considerada a primeira disseminação do protocolo, proporcionando ao pesquisador a oportunidade de abordar os aspectos levantados pelos revisores antes da sua finalização (CULLUM *et al.*, 2010).

Para isso, foi realizada a técnica Delphi em janeiro de 2016. Essa técnica pode ser entendida como um método sistematizado de julgamento de informações destinado ao alcance do consenso de opiniões sobre um determinado assunto de conhecimento de um grupo de experts por meio de validações articuladas em rodadas de questionários. Tem-se como características o anonimato dos participantes, a retroalimentação das respostas e a análise estatística em cada fase de desenvolvimento do estudo (COUTINHO *et al.*, 2013; SCARPARO *et al.*, 2012).

O número de rodadas de questionários a serem aplicados no painel de participantes dependerá da natureza do grupo, sua homogeneidade e a complexidade do assunto. O processo se repetirá até que se atinja o consenso entre os participantes de 70 a 80% ou uma porcentagem arbitrada e devidamente justificada pelo pesquisador (SCARPARO *et al.*, 2012).

Referente ao quantitativo de participantes, deve-se conter no mínimo sete e no máximo 30 sujeitos. Contudo, a decisão sobre tal quantitativo se dá em função de aspectos como a natureza do objeto de estudo, que poderá apontar para uma disponibilidade maior ou menor de participantes (COUTINHO *et al.*, 2013).

Desse modo, a técnica Delphi para revisão do protocolo contou com a colaboração de profissionais de saúde que pesquisam e/ou atuam na área da Uroginecologia e/ou na

orientação de uso dos pessários vaginais. Sete profissionais foram convidados a participar pessoalmente ou via telefone e, mediante assinatura do TCLE (Apêndice D), enviou-se e-mail na forma de Cópia Oculta (Cco) como meio de assegurar a característica do anonimato, conforme estudo de Bessa (2012), com o protocolo e o instrumento de revisão, o qual continha dados de identificação do profissional e itens referentes a objetivos, conteúdo, apresentação e relevância do protocolo (Apêndice E).

Posterior à revisão, o protocolo teve sua versão final para início do processo de avaliação da qualidade.

#### ***4.2.5 Etapa 5: Planejar a disseminação da diretriz/protocolo incluindo localização e avaliação***

Antes de disseminar o protocolo é fundamental garantir sua avaliação, sendo necessário submetê-lo a um comitê de juízes. Assim, pode-se dizer que essa etapa corresponde à avaliação da qualidade do protocolo.

A qualidade de uma diretriz clínica está diretamente relacionada à confiança de que os vieses potenciais do desenvolvimento foram adequadamente abordados, que as orientações são exequíveis, que apresente validades interna e externa, além de levar em consideração os benefícios, riscos e custos das recomendações (RIBEIRO, 2010).

Logo, foram realizadas consultas a juízes profissionais da saúde com experiência nas áreas de interesse ginecologia/Uroginecologia, DAP, POP e/ou atuantes na prática clínica do tratamento conservador com pessário vaginal em janeiro de 2016, sendo utilizado um instrumento para avaliação do protocolo direcionado aos juízes (Apêndice F), o qual apresenta a seguinte divisão: primeira parte com dados referentes ao avaliador, a fim de fazer sua caracterização quanto à titulação, tempo de formação, tempo de atuação e produção científica na área; segunda parte com o *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE II).

O AGREE II consiste em uma ferramenta de 23 itens, abrangendo seis domínios de qualidade com uma escala Likert de 1 a 7 (1: discordo totalmente a 7: concordo totalmente) para pontuação de cada item. Os seis domínios são: escopo e finalidade, envolvimento das

partes interessadas, rigor do desenvolvimento, clareza e apresentação, aplicabilidade e, por último, independência editorial (KHAN; STEIN, 2014; AGREE, 2009).

Justifica-se a escolha desse instrumento de acordo com Ribeiro (2010), referencial encontrado na revisão da literatura realizada na presente dissertação. O autor afirma que se deve utilizar instrumentos já validados, testados e recomendados para a avaliação da qualidade dos protocolos, dentre os quais se destacam o AGREE II (RIBEIRO, 2010).

Os juízes selecionados foram os mesmos que participaram do *Brainstorming* eletrônico, realizado na primeira etapa desse estudo, por meio das técnicas de amostragem não probabilística intencional, pois possibilita ao pesquisador selecionar os juízes por decisão própria, baseado na especialidade de cada um acerca do tema estudado, e de amostragem em rede ou “bola de neve”, a qual é utilizada para localizar amostras difíceis de serem encontradas de outra maneira (POLIT; BECK, 2011; LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

De acordo com Lynn (1986), o número ideal de juízes para um processo de validação deve ser entre três a dez. Já para Pasquali (1998), seis juízes são suficientes para proceder tal análise. Segundo o AGREE II, é recomendado que cada diretriz/protocolo seja avaliado por pelo menos dois, e preferencialmente, quatro avaliadores, de forma a aumentar a confiabilidade da avaliação (AGREE, 2009). Dessa forma, no presente estudo, enviou-se convite para quatro juízes que prontamente responderam à avaliação.

Os juízes foram elegidos conforme os critérios de inclusão estabelecidos no quadro 5 abaixo:

**Quadro 5 – Critérios para seleção de juízes. Fortaleza, 2015.**

<b>Critérios</b>	<b>Pontuação</b>
Atuação na prática clínica no tratamento conservador do POP com o pessário vaginal.	3 pontos/ano
Atuação na prática clínica com POP.	2 pontos/ano
Atuação na prática clínica com DAP.	1,5 pontos/ano
Participação em grupos/projetos de pesquisa na área da Uroginecologia.	1 ponto/ano
Tese/dissertação/trabalho de especialização concluídos nas áreas de interesse ginecologia/uroginecologia, DAP, e/ou POP.	1 ponto/trabalho
Produções publicadas nas áreas de interesse ginecologia/uroginecologia, DAP e/ou POP.	0,5 ponto/produção

Fonte: Elaborado pela autora.

Fizeram parte do comitê de juízes os profissionais que obtiveram escore mínimo de cinco pontos. Após a análise do perfil dos juízes aos critérios de inclusão, eles foram convidados a participar do estudo por meio de contato formal pessoal ou por e-mail via carta convite (Apêndice G).

Posteriormente à aceitação em participar da pesquisa, foi entregue pessoalmente ou enviado via correio eletrônico a todos os profissionais captados o TCLE (Apêndice H), o protocolo desenvolvido e o seu instrumento de avaliação.

Solicitou-se que os juízes lessem o material e devolvessem o instrumento preenchido com devidas sugestões/considerações à pesquisadora, bem como o TCLE devidamente assinado em duas vias.

Após a concretização de todas as etapas citadas acima, encaminhou-se o protocolo a um profissional especializado para realizar a revisão de português e a um profissional *designer* gráfico para finalizar sua diagramação e seu layout. Após conclusão, o protocolo foi encaminhado à gráfica para impressão.

### **4.3 Análise dos Dados**

Na etapa de revisão por pares utilizando a técnica Delphi, analisou-se a concordância entre os participantes por meio do Índice de Validade do Conteúdo (IVC). O IVC é usado para quantificar a extensão da concordância entre os especialistas (SOEKEN, 2005).

Polit e Beck (2006) propõem três maneiras para se calcular o IVC: Uma é definida como a “média das proporções dos itens considerados relevantes pelos juízes”, ou seja, escores 3 – adequado e 4 – totalmente adequado. A outra é a “média dos valores dos itens calculados separadamente”, isto é, soma-se todos os IVC calculados separadamente e divide-se pelo número de itens considerados na avaliação. Finalmente, a última forma seria dividir o “número total de itens considerados como relevantes pelos juízes”. O IVC igual a 1 indica concordância plena. No entanto, isso não quer dizer que os especialistas concederam os mesmos escores em suas avaliações, mas significa dizer que há uma relativa harmonia entre os escores de um especialista em relação aos escores dos demais.

Como o número de profissionais nessa técnica foi superior a seis e o protocolo elaborado é algo novo, o valor mínimo atribuído para a concordância foi 0,85 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Nos dados do instrumento da etapa de revisão, foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Scienses (SPSS)*, versão 20.0, para análise de estatística descritiva com frequências absolutas e relativas.

Já para cada um dos seis domínios do AGREE II, composto por 23 itens no total, se calcula uma pontuação de qualidade. As pontuações dos seis domínios são independentes e não devem ser agregadas em uma única pontuação de qualidade, necessitando ser calculadas por meio da soma de todas as pontuações dos itens individuais em cada domínio e escalonando o total como uma porcentagem da pontuação máxima possível para o domínio (AGREE, 2009), conforme fórmula abaixo:

$$\frac{\text{Pontuação total obtida em cada domínio} - \text{Pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima} - \text{Pontuação mínima}} \times 100$$

\*Pontuação máxima = 7 (concordo totalmente) x (número de itens em cada domínio) x (número de avaliadores)

\*Pontuação mínima = 1 (discordo totalmente) x (número de itens em cada domínio) x (número de avaliadores)

Apesar da pontuação dos domínios ser útil na comparação de diretrizes e subsidiar a decisão de que uma diretriz seja ou não recomendada, o instrumento não definiu pontuações mínimas para os domínios ou padrões de pontuação entre os domínios para diferenciar diretrizes de alta e baixa qualidade. Essas decisões deverão ser tomadas pelo usuário e orientadas pelo contexto no qual o AGREE II está sendo utilizado (AGREE, 2009).

Portanto, a porcentagem total mínima definida foi de 75% em todos os domínios avaliados. Mesmo que os domínios tenham obtido um nível maior que o valor atribuído, as considerações acerca do protocolo também foram analisadas a fim de sofrer devidas modificações.

Ao completar os 23 itens, os usuários realizaram ainda duas avaliações gerais do protocolo: avaliação global e se recomendaria ou não o uso da diretriz. A avaliação global requer que o usuário faça um julgamento sobre a qualidade da diretriz, levando em conta os critérios considerados no processo de avaliação. Essa avaliação é disponibilizada por meio de uma escala de Likert, que também varia de 1 a 7, com nota 1 significando qualidade mais baixa possível e 7 qualidade mais alta possível (AGREE, 2009).

#### **4.4 Aspectos Éticos**

Para uma pesquisa, é importante o cumprimento da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a) vinculado ao Ministério da Saúde. Logo, esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE) por meio da Plataforma Brasil para a devida apreciação, sendo aprovado pelo parecer nº 1.116.853 (Anexo A) e considerando os aspectos da autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No desenvolvimento de protocolos, o principal desafio é garantir sua confiabilidade de modo que os profissionais de saúde se sintam à vontade para aderir suas recomendações. Nesse sentido, os métodos de elaboração de protocolos tem buscado aumentar a transparência e a qualidade do processo e estimular a participação das partes interessadas ao longo de cada etapa (MEGA *et al.*, 2015).

As etapas para o desenvolvimento do presente protocolo clínico serão descritas em seguida.

### 5.1 Etapa 1: Refinar os tópicos/questões

Na etapa de refinar os tópicos/questões do protocolo clínico, foram elaborados, o objetivo do protocolo clínico, a saber: “O objetivo do protocolo clínico é orientar o atendimento e as condutas para a consulta do tratamento conservador do POP utilizando pessário vaginal, realizada por profissionais de saúde, respaldados em evidências científicas, embasando a tomada de decisão”, a justificativa para o desenvolvimento do protocolo e os tópicos de conteúdos que não poderiam deixar de ser contemplados no mesmo.

De acordo com Werneck, Faria e Campos (2009), é importante elaborar justificativa, objetivos e conteúdo com referencial técnico-científico como ponto de partida no desenvolvimento de um protocolo.

Então, para a construção desses tópicos, foi realizado um *brainstorming* eletrônico. A técnica de *brainstorming* consiste no desenvolvimento da criatividade colaborativa de um grupo e conseqüente organização dessas ideias a um determinado processo. Cada vez mais essa técnica tem sido aplicada juntamente à *internet*, com reuniões virtuais e softwares específicos para documentação de ideias (MASSUCHETTO; SOUSA, 2015).

Em estudo sobre a criação de um protocolo de assistência na área da saúde para pessoas com deficiência intelectual para uso em um serviço público municipal na cidade de Joinville-SC, utilizou-se o *brainstorming* com a equipe de funcionários do serviço para verificação das necessidades e ideias para a criação do protocolo (BORBA, 2012).

Nesse momento, foram convidados, via e-mail, 13 profissionais que pesquisam e/ou atuam na área da Uroginecologia. Contudo, apenas cinco profissionais de saúde aceitaram participar, estando dentro do número adequado de indivíduos para a condução do grupo, o qual pode variar de cinco a sete (LINSEY; BECKER, 2010; FURNHAM, 2000).

Quanto ao perfil dos profissionais de saúde que participaram do *brainstorming* eletrônico, quatro são do sexo feminino e um do sexo masculino. Três são enfermeiros, um fisioterapeuta e um médico. Um é doutor, dois são mestres e dois são especialistas. Todos tem conhecimento/experiência no assunto “pessário vaginal”, apresentam trabalhos publicados e participam de grupos de pesquisa na área da Uroginecologia.

Inicialmente, requereu-se a criação de um “curso livre” na plataforma SOLAR. Após a liberação do curso intitulado “Protocolo Clínico para Consulta de Pessário Vaginal”, solicitou-se que os profissionais entrassem no site da Plataforma SOLAR (<http://solar2.virtual.ufc.br/>), se cadastrassem e se matriculassem no curso criado. No curso, eles foram indicados a entrar na opção “fórum” e deixar seus comentários/sugestões solicitados acerca do conteúdo do protocolo clínico em questão. Para facilitar esse processo, elaborou-se um tutorial com fins de auxiliar os profissionais.

Assim, tal Plataforma foi útil e eficaz na condução do *brainstorming*. O estudo de Frota *et al.* (2013) também utilizou a Plataforma SOLAR na organização do material para montagem do curso sobre punção venosa periférica, realizado por meio de ferramentas utilizadas no SOLAR com vistas a possibilitar e incentivar tanto a interação como a colaboração dos participantes.

Após todos os profissionais terem participado do *brainstorming* eletrônico, analisou-se cada comentário/sugestão e extraíram-se os tópicos e subtópicos do conteúdo que não poderiam deixar de ser contemplados no protocolo (Quadro 6).

**Quadro 6 – Tópicos e subtópicos do conteúdo a serem contemplado no protocolo. Fortaleza, 2016.**

TÓPICOS	SUBTÓPICOS
DAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição</li> <li>- Fatores de risco</li> <li>- Tipos</li> </ul>
POP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição</li> <li>- Quantificação</li> <li>- Fatores de risco</li> <li>- Tratamentos</li> </ul>
Pessário	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição</li> <li>- Comparação com tratamento cirúrgico</li> <li>- Implicações na QV</li> <li>- Panorama brasileiro</li> <li>- Tipos</li> <li>- Indicação</li> <li>- Vantagens</li> <li>- Desvantagens</li> <li>- Barreiras para uso</li> <li>- Como abordar a paciente</li> <li>- Equipe multidisciplinar</li> <li>- 1ª consulta</li> <li>- Consulta de inserção</li> <li>- Consultas subsequentes</li> <li>- Anamnese</li> <li>- Exame físico</li> <li>- Exames complementares</li> <li>- Estrogenização</li> <li>- Orientações sobre o dispositivo e cuidados</li> <li>- Medição</li> <li>- Inserção</li> <li>- Retirada</li> <li>- Possíveis complicações</li> <li>- Período de retorno</li> </ul>

\*DAP: Disfunção do assoalho pélvico / POP: Prolapso de órgãos pélvicos / QV: Qualidade de vida.  
Fonte: Elaborado pela autora.

Ainda nessa etapa, em outro momento, foram realizadas visitas ao ambulatório de Uroginecologia de um hospital de referência em Fortaleza-CE no atendimento à mulheres com DAP para entrevista com quatro usuárias de pessário vaginal que aceitaram responder sobre as principais dúvidas acerca da utilização do dispositivo e as necessidades a serem satisfeitas na consulta. As ideias e opiniões das mulheres auxiliaram também no desenvolvimento do protocolo.

Rosini e Salum (2014) também desenvolveram um protocolo de cuidados para punção aspirativa por agulha fina de mama e tireoide também com base nos resultados

decorrentes de encontros e entrevistas com os clientes, das discussões com os profissionais e nas evidências científicas acerca do tema.

Ressalta-se que vários estudos utilizaram a percepção dos pacientes no direcionamento da construção de protocolos clínicos (VERONEZ, 2012; ROSINI, 2011; SELHORST, 2011).

O Quadro 7 apresenta as características das pacientes entrevistadas, suas ideias/opiniões acerca do dispositivo e os tópicos extraídos.

**Quadro 7 – Características das usuárias de pessário, suas ideias/opiniões sobre a utilização do dispositivo e tópicos extraídos. Fortaleza, 2016.**

CARACTERÍSTICAS DAS USUÁRIAS DE PESSÁRIO	IDEIAS/OPINIÕES	TÓPICOS EXTRAÍDOS
M. N. F. R., 74 anos, viúva, residente em zona urbana, do lar, sem escolaridade, sem vida sexual ativa, G13 P12v A1, prolapso estágio III, em uso de pessário anel nº 07, data da inserção 09/06/2015.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfocar sobre melhora da QV após uso do dispositivo</li> <li>- Sinais de alerta para procurar o serviço com a utilização do pessário</li> <li>- Profissional enfatizar bem como inserir o dispositivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- QV</li> <li>- Possíveis complicações</li> <li>- Inserção do pessário</li> </ul>
M. C. O. A., 57 anos, casada, residente em zona urbana, realiza serviços gerais, estudou 6 anos completos, sem vida sexual ativa, G10 P8v A2, prolapso estágio IV, em uso de pessário anel nº 09, data da inserção 19/05/2015.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tamanho adequado do dispositivo</li> <li>- Sinais de alerta para procurar o serviço com a utilização do pessário</li> <li>- Desmistificar o dispositivo</li> <li>- Profissional enfatizar bem como retirar o dispositivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seleção e ajuste do pessário</li> <li>- Possíveis complicações</li> <li>- Educação em saúde</li> <li>- Retirada do pessário</li> </ul>
M. C. C., 68 anos, casada, residente em zona urbana, agricultora, sem escolaridade, com vida sexual ativa, G7 P7v A0, prolapso estágio III, em uso de pessário anel nº 05, data da inserção 27/05/2014.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientações sobre cuidados com o pessário (Relação sexual)</li> <li>- Profissional enfatizar bem como inserir e retirar o dispositivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educação em saúde</li> <li>- Inserção e retirada do pessário</li> </ul>
F. R. S. G., 64 anos, viúva, residente em zona urbana, agricultora, estudou 1 ano completo, sem vida sexual ativa, G8 P7v A1, prolapso estágio IV, em uso de pessário <i>donut</i> nº 10, data da inserção 05/11/2013.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientações sobre cuidados com o pessário (Higienização)</li> <li>- Profissional enfatizar bem como inserir e retirar o dispositivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educação em saúde</li> <li>- Inserção e retirada do pessário</li> </ul>

G: Gestação / P: Paridade / A: Aborto / v: parto vaginal / QV: Qualidade de vida.

Fonte: Elaborada pela autora.

Ressalta-se que as sugestões fornecidas pelas usuárias foram contempladas no protocolo. Dessa forma, esses momentos, somados à imersão da pesquisadora no referido serviço de Uroginecologia, foram norteadores para o desenvolvimento do protocolo clínico.

## 5.2 Etapa 2: Revisão sistemática

Nessa etapa, realizou-se a revisão integrativa da literatura com o intuito de selecionar estudos para o embasamento do protocolo clínico, pois é fundamental a divulgação das evidências científicas para que os profissionais da área possam guiar suas práticas.

A revisão da literatura científica, entendida como busca e análise crítica das publicações, é uma etapa estratégica na elaboração de protocolos, em que encontrar as melhores evidências sobre o assunto proposto é essencial para a construção de protocolos consistentes e de maior qualidade (PIMENTA *et al.*, 2015).

Além disso, a partir da revisão de teses/dissertações brasileiras realizada na presente dissertação, concluiu-se que a busca na literatura científica foi predominante no desenvolvimento de protocolos, indicando a relevância dessa etapa.

Então, para tal revisão integrativa, foram percorridos os seguintes passos, de acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008): delimitação dos tópicos norteadores; estabelecimento dos critérios para a seleção das publicações; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos mesmos, ou seja, definição do nível de evidência e grau de recomendação; análise dos estudos; interpretação dos achados e, por fim, divulgação do conhecimento sintetizado, avaliado e inserido no protocolo.

A delimitação dos tópicos norteadores da revisão foi alcançada pelo *brainstorming* eletrônico, pela entrevista com usuárias de pessário e pela experiência da pesquisadora, explicitados na etapa anterior.

A integração da melhor evidência disponível na literatura à experiência clínica do profissional, às preferências do paciente e aos recursos disponíveis na instituição são características da Prática Baseada em Evidências (PBE) (PEDROSA *et al.*, 2015).

A PBE é o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência disponível na tomada de decisões sobre o cuidado ao paciente e possui seu enfoque na solução de problemas alicerçado nas melhores evidências científicas, visando à melhoria da assistência e buscando identificar e promover práticas eficientes para minimizar lacunas entre a produção da evidência e sua aplicação no cuidado ao paciente (PIMENTA *et al.*, 2015). Assim, situações clínicas devem ser analisadas com base nas características da PBE.

A revisão integrativa foi realizada por meio de periódicos indexados nas bases de dados informatizadas PUBMED/MEDLINE, LILACS, SCOPUS, COCHRANE, CRD, WEB OF SCIENCE e REBRATS, utilizando-se os descritores controlados “*pelvic organ prolapse*”, “*pessaries*” e “*pessary*”, e em livros publicados.

Os critérios de inclusão adotados para seleção dos artigos foram: abranger os tópicos norteadores da temática do protocolo e estar disponível eletronicamente. Foram excluídos estudos repetidos. Não houve restrição de idioma, sendo incluídos artigos em inglês, português e espanhol, nem ano de publicação.

A busca nas bases de dados ocorreu por acesso *online* no mês de novembro de 2015. Nas bases LILACS, CRD e REBRATS, utilizou-se o descritor “*pelvic organ prolapse*” sozinho e a associação “*pessaries*” e “*pessary*” com o operador booleano OR. Já nas demais bases, utilizou-se combinação única de “*pelvic organ prolapse*” com o operador booleano AND somados a “*pessaries*” e “*pessary*” com o operador booleano OR.

Como resultado, foram levantadas 3.630 artigos em todas as bases de dados. Realizou-se, inicialmente, a leitura do título e do resumo e, caso o artigo não abrangesse o conteúdo proposto, era excluído da busca. Excluíram-se também artigos por repetição. Aqueles trabalhos que estavam indisponíveis foram retirados da análise.

Após seleção baseada nos critérios de inclusão e exclusão, a busca finalizou com 44 artigos, conforme indicado na Tabela 1.

**Tabela 1 – Resultado da busca mediante associação dos descritores utilizados nas bases de dados. Fortaleza, novembro, 2015.**

Base e pesquisa de descritores	Total encontrado	Seleção baseada no título e/ou resumo	Seleção baseada no texto completo	Excluídos por repetição	Total selecionado	Indisponíveis
<b>PUBMED/MEDLINE</b>				-	12	1502
"pelvic organ prolapse" AND "pessaries" OR "pessary"	1741	60	12			
<b>LILACS</b>				03	04	03
"pelvic organ prolapse"	13	07	01			
"pessaries" OR "pessary"	24	10	06			
<b>CRD</b>				03	04	-
"pelvic organ prolapse"	37	06	04			
"pessaries" OR "pessary"	32	03	03			
<b>COCHRANE</b>				04	06	09
"pelvic organ prolapse" AND "pessaries" OR "pessary"	292	17	10			
<b>SCOPUS</b>				13	10	108
"pelvic organ prolapse" AND "pessaries" OR "pessary"	385	74	23			
<b>WEB OF SCIENCE</b>				53	08	131
"pelvic organ prolapse" AND "pessaries" OR "pessary"	1106	89	61			
<b>REBRATS</b>				-	-	-
"pelvic organ prolapse"	-	-	-			
"pessaries" OR "pessary"	-	-	-			
<b>Total da amostra</b>	<b>3630</b>	<b>266</b>	<b>120</b>	<b>76</b>	<b>44</b>	<b>1753</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Depois de selecionados os artigos, foi procedida a leitura na íntegra e, posteriormente, foram extraídos e organizados os dados para análise, síntese e inclusão no protocolo.

Para a seleção dos conteúdos que serviram como suporte para a construção do protocolo, utilizou-se estudos com NE e GR conforme a classificação do *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* (HOWICK *et al.*, 2009). Salienta-se que, em caso de discordância de informação, selecionou-se o maior NE e GR disponível.

O processo de seleção tem como finalidade incluir os melhores estudos, evitar a inclusão de estudos não adequados ao objetivo proposto e a exclusão de estudos importantes. Geralmente, realiza-se a avaliação dos títulos e dos resumos de todos os estudos identificados e, posteriormente, avaliação do texto completo de todas as publicações selecionadas. Para a decisão de quais estudos serão incluídos na revisão, recomenda-se que sejam obedecidos os

critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. A experiência clínica do revisor contribui para a análise crítica e determinação das evidências (PIMENTA *et al.*, 2015).

Dessa forma, o desenvolvimento de protocolos deve ser um processo contínuo e interativo, que se inicia com a identificação de revisões sistemáticas sobre o tema, passando pela busca de estudos randomizados controlados e delimitação de leitura adicional de outros tipos de recomendações. A busca deve ser realizada em bases de dados abrangentes e que permitam o acesso ao documento na íntegra (ROSENFELD; SHIFFMAN; ROBERTSON, 2013).

Estudos de desenvolvimento de protocolos também realizaram revisão da literatura científica. Gubert *et al.* (2015) para construção do protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura realizaram o levantamento e seleção do conteúdo por meio de busca na literatura na Biblioteca Virtual em Saúde, que inclui as bases Cochrane, Comunicação Científica em Saúde, LILACS, Revista Científica, MEDLINE e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), e outros materiais.

Pelegriño *et al.* (2014) para a elaboração do conteúdo do protocolo educativo para pacientes em uso de anticoagulante oral realizaram um levantamento bibliográfico de estudos pertinentes à temática nas bases de dados utilizadas foram: MEDLINE e LILACS.

Paes, Leite e Mello (2011) também realizaram um levantamento do conteúdo para um protocolo para cliente com distúrbio respiratório agudo baseado em pesquisa na literatura conceitual e nas seguintes fontes de dados: MEDLINE, LILACS e SciELO.

Portanto, pode-se dizer que essa etapa é a base para seleção do conteúdo que compõe o protocolo clínico, estando presente como uma etapa de muitos estudos que desenvolvem protocolos.

Os artigos encontrados na revisão variaram de 2002 a 2015, com maior prevalência de NE 5 e GR D. Foram publicados 39 artigos em revistas internacionais, na língua inglesa. Os livros utilizados foram publicados de 2010 a 2015.

### **5.3 Etapa 3: Estabelecer recomendações para pesquisa e atualização da diretriz/protocolo**

Nessa ocasião, elaborou-se o protocolo clínico em si. Protocolos devem ser claros, ter boa qualidade formal, ser de fácil leitura, ter conteúdo baseado em evidências científicas, seguir uma ordem lógica e progressiva, além de ser úteis e relevantes a quem se destina (PIMENTA *et al.*, 2015).

O processo de elaboração textual se deu de forma criteriosa, visando facilitar a leitura e o manejo do protocolo durante sua utilização, tendo sido elaborado em uma sequência lógica. Ao longo de todo o protocolo foram disponibilizados os NE com os GR segundo a classificação do *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* (HOWICK *et al.*, 2009), deixando o leitor ciente quanto ao tipo de informação selecionada nos estudos da revisão integrativa.

Deu-se preferência aos estudos com NE 1A e GR A. Contudo, na ausência desses estudos, partiu-se para os demais NE e GR. Estudos criteriosos fornecem orientações consistentes que fundamentam ações e decisões do profissional (POLIT; BECK, 2011). Assim, no protocolo clínico em questão, os NE variaram de 1A a 5 e os GR de A a D.

A primeira versão do protocolo se deu no programa *Microsoft Office Word*, na fonte *Times New Roman*, tamanho 12, margens 2 cm, com tabelas e fluxogramas em tamanho 10, totalizando 74 páginas. Para formatação da versão final pelo *designer* gráfico, foi utilizado programa específico a esse fim. A divisão do conteúdo se deu em 13 sessões com suas subseções, conforme disposto no Quadro 8.

**Quadro 8 – Conteúdo que compõe o protocolo clínico. Fortaleza, 2016.**

SESSÕES DO PROTOCOLO CLÍNICO	SUBSESSÕES DO PROTOCOLO CLÍNICO
1. Prefácio	-
2. Justificativa	-
3. Considerações acerca do Protocolo	- Objetivo - Público-alvo - Fatores facilitadores - Barreiras - Revisão do protocolo
4. Procedimento de Busca das Evidências Científicas	-
5. Sistema de Classificação dos Níveis de Evidência Científica e dos Graus de Recomendação	-
6. Definições Gerais sobre o Tema	- Disfunção do assoalho pélvico - Incontinência urinária - Disfunção anorretal - Disfunção sexual - Prolapso de órgãos pélvicos - Pessário vaginal
7. Pessário Vaginal: considerações gerais	- Tipos de pessários - <i>Ring</i> (Anel) – Com ou sem suporte - <i>Gelhorn</i> - <i>Donut</i> - <i>Cube</i> (Cubo) - <i>Gehrung</i> - <i>Smith-Hodge</i> - <i>Inflatoball</i> - Panorama brasileiro sobre pessário vaginal
8. Atendimento à Consulta de Pessário Vaginal	- Equipe multidisciplinar - Entrevista clínica centrada na pessoa
9. Primeira Consulta para Avaliação da Mulher com Indicação Terapêutica do Pessário Vaginal	- Educação em saúde - Anamnese - Exame físico
10. Consulta de Inserção do Pessário Vaginal	- Passos para seleção e ajuste do pessário - Passos para inserção do pessário
11. Consulta de Seguimento à Mulher em uso de Pessário Vaginal	- Anamnese - Exame físico - Educação em saúde - Possíveis complicações - Exames complementares - Seguimento das consultas de pessário
12. Referências	-
13. Anexo e Apêndices	- Anexo A – Símbolos padrões e definições utilizados nos algoritmos - Apêndice A – Locais para referência terciária no tratamento conservador do POP utilizando pessário vaginal - Apêndice B – Orçamento - Apêndice C – Colaboradores

Fonte: Elaborado pela autora.

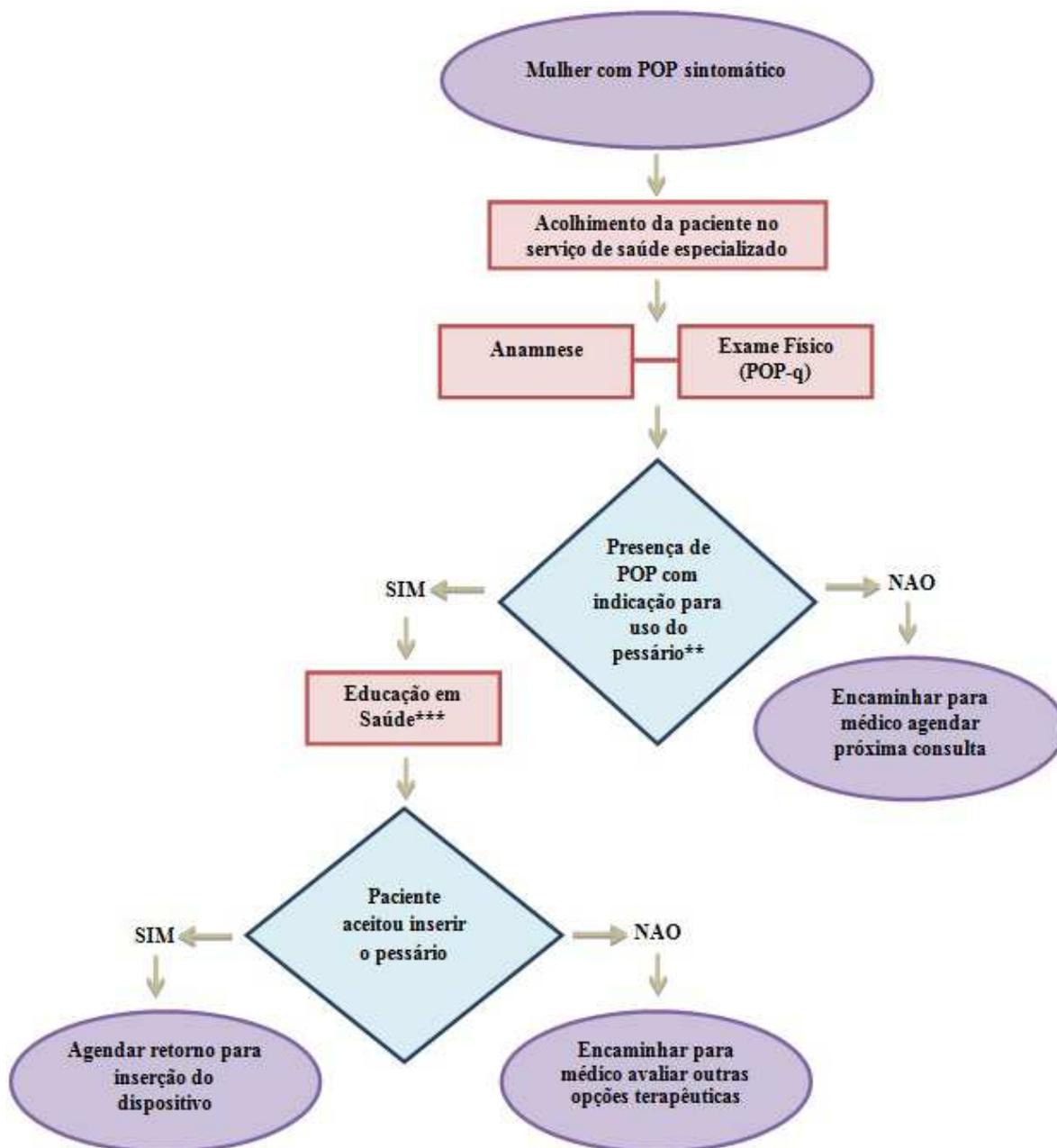
Foram inseridos onze quadros, dois para indicar os NE e GR do protocolo, sete para identificar cada tipo de pessário, com suas indicações, vantagens e desvantagens, e um acerca das opções de autocuidado para mulheres que utilizam o dispositivo.

Inseriu-se também 14 figuras, dentre as quais três são fluxogramas. Esses foram intitulados: 1) Algoritmo para avaliação da mulher com indicação terapêutica do pessário; 2) Algoritmo da consulta de inserção do pessário; 3) Algoritmo da consulta de seguimento da mulher em uso de pessário.

É essencial representar processos de forma clara e concisa como forma de melhorar a organização e facilitar o manejo do protocolo pelos profissionais. Destarte, para ordenar e estabelecer os fluxos das ações de um protocolo com foco em resultados de saúde é aconselhável que se utilize algoritmos representados sob a forma de fluxogramas (PIMENTA, *et al.*, 2015; WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

A seguir, observam-se os fluxogramas elaborados para o protocolo clínico (Figuras 3, 4 e 5).

**Figura 3 – Algoritmo para avaliação da mulher com indicação terapêutica do pessário. Fortaleza, 2016.**

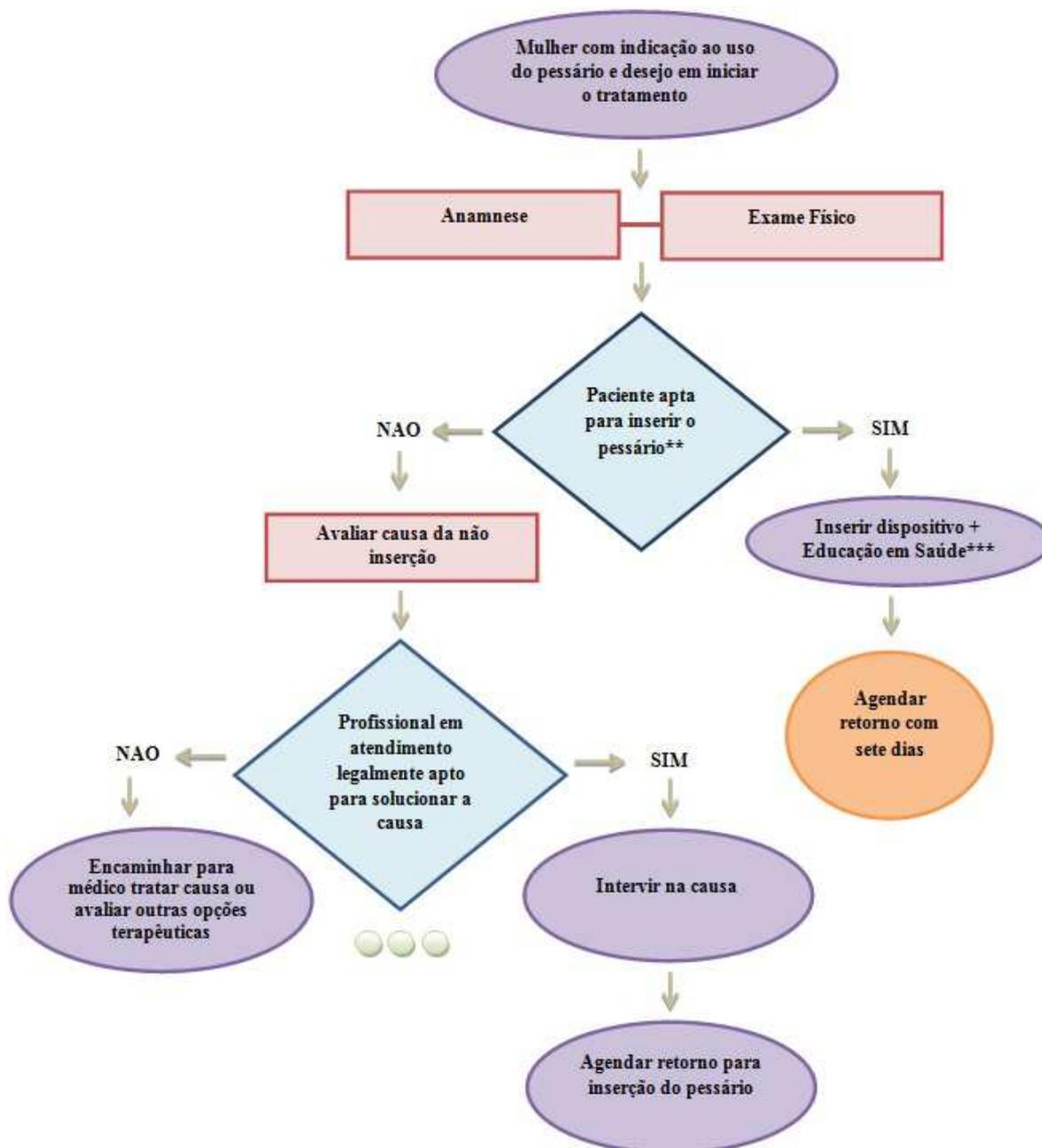


Fonte: Elaborado pela autora.

\*\*Alívio dos sintomas de POP; Prevenção de aumento do prolapso e de morbididades relacionadas; Cirurgia não desejada ou contraindicada; Conveniência (enquanto aguarda cirurgia agendada); Previsão para esclarecer resultados cirúrgicos prováveis; Ferramenta de diagnóstico da IUE oculta.

\*\*\*O que é o tratamento com pessário; Suas vantagens e desvantagens; Orientação onde e como a paciente irá aprender sobre o manuseio do dispositivo (inserção e retirada); Sanar possíveis dúvidas.

**Figura 4 – Algoritmo da consulta de inserção do pessário. Fortaleza, 2016.**

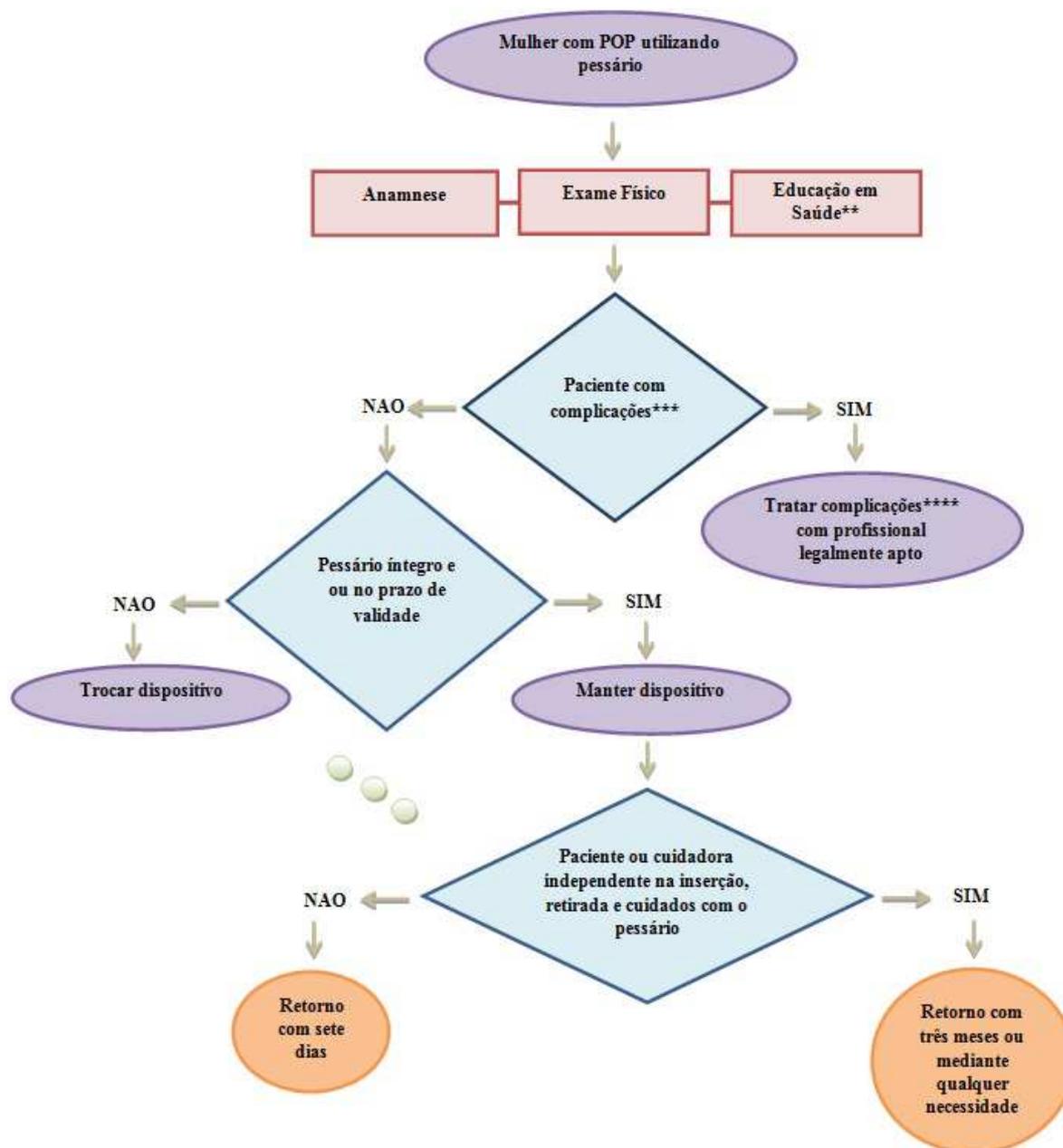


Fonte: Elaborado pela autora.

\*\*Que não apresenta infecção vaginal ativa, erosão vaginal, ulceração ou atrofia vaginal grave; Favorável ao retorno às consultas de seguimento.

\*\*\*Familiarizar a mulher com o pessário; Explicar acerca do seu ajuste adequado.

**Figura 5 – Algoritmo da consulta de seguimento da mulher em uso de pessário. Fortaleza, 2016.**



Fonte: Elaborado pela autora.

\*\*Cuidados com o dispositivo quanto à higienização, retirada, inserção e atividade sexual.

\*\*\*Corrimento vaginal; Ulceração; Dor; Sangramento; Constipação; Alergia ao material do pessário; Incapacidade de retirar ou inserir o dispositivo; Erosão; Vaginite; Pielonefrite aguda; Fístula vesicovaginal ou retovaginal; Obstrução ureteral; Pessário retido, exigindo a remoção cirúrgica; Hidronefrose unilateral e bilateral; Obstrução intestinal; Fibrose vaginal.

\*\*\*\*Mudança no andamento da terapia; Tratamento farmacológico; Fisioterapia; Educação em saúde; Transfusões de sangue; Nutrição parenteral total; Cirurgia; Endoscopia ou intervenções radiológicas.

As referências foram inseridas em ordem alfabética, seguindo o formato da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), 56 no total, sendo que 44 foram frutos da revisão integrativa e 12 foram de outras fontes, como livros e artigos que não eram oriundos da revisão integrativa, mas que puderam ser acrescentados na justificativa, no procedimento de busca e classificação dos NE/GR ou nas definições utilizadas no protocolo.

Foi realizada descrição curricular da autora principal do protocolo clínico, da orientadora, da co-orientadora e dos profissionais de saúde colaboradores no seu desenvolvimento, destacando o momento de participação de cada um. Ressalta-se que foi questionado se os colaboradores aceitavam sua inserção no protocolo e, somente após autorização, houve a divulgação. O procedimento da atualização do protocolo também foi descrito. Segundo Werneck, Faria e Campos (2009), a revisão e atualização de um protocolo deverão ocorrer a cada dois anos.

A princípio, o *design* do protocolo clínico foi feito pela autora. Entretanto, ressalta-se que o protocolo está em processo de formatação por um profissional *designer* gráfico para divulgação final. *Design* gráfico é definido como um processo técnico e criativo que utiliza imagens e textos para comunicar mensagens, ideias e conceitos, com objetivos comerciais ou de fundo social (MOTIM; COSTA, 2014).

#### **5.4 Etapa 4: Garantir a revisão por pares**

Para a revisão do protocolo clínico utilizou-se a técnica Delphi. O estudo de Sousa e Turrini (2012) também aplicou a técnica Delphi com objetivo de auxiliar na construção de um material educativo para pacientes submetidos à cirurgia ortognática e avaliar com a equipe multiprofissional a pertinência das informações contidas nesta tecnologia. Foi feita a avaliação do material educativo construído quanto à coerência/pertinência e ilustração da informação por meio de um instrumento do tipo Likert. O valor mínimo utilizado para a concordância foi de 0,85.

Assim, para esse momento, foram convidados, pessoalmente ou por telefone, 12 profissionais que pesquisam e/ou atuam na área da Uroginecologia. Contudo, apenas sete profissionais de saúde aceitaram participar dessa etapa, estando de acordo com Coutinho *et al.* (2013), o qual diz que deve haver no mínimo sete e no máximo 30 participantes.

Em relação às características dos profissionais de saúde que participaram da técnica Delphi, cinco são do sexo feminino e dois do sexo masculino. Quatro são enfermeiros, sendo três estomaterapeutas, dois são fisioterapeutas e um é médico. Quatro são mestres e três são especialistas. Dois juízes residiam fora do estado, sendo de um de Curitiba e outro de São Paulo. Todos tem experiência em DAP e conhecimento no assunto “pessário vaginal”, apresentam trabalhos publicados e participam de grupos de pesquisa na área da Uroginecologia.

Realizou-se apenas uma rodada de questionários com os participantes, uma vez que o grupo selecionado era homogêneo e o consenso atingido na primeira rodada foi superior a 80%, não havendo necessidade de outras rodadas, corroborando com o que Scarparo *et al.* (2012) afirma.

Como resultados da análise do instrumento de revisão do protocolo clínico, apresentou-se tabelas com as frequências dos critérios de avaliação dos profissionais para cada pergunta solicitada juntamente com o IVC. O protocolo foi avaliado segundo os critérios de objetivos, conteúdo e apresentação e relevância, tendo que atribuir valores de 1 a 4, em que 1 é inadequado; 2 é parcialmente adequado; 3 é adequado; 4 é totalmente adequado; e NA significa não se aplica, e tecer considerações quando acreditasse necessário.

O critério **objetivos** refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do protocolo. O critério **conteúdo e apresentação** refere-se à forma de apresentar as orientações. Isso inclui a sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação. Já o critério **relevância** refere-se à característica que avalia o grau de significação do protocolo apresentado.

O IVC compreende um método muito utilizado na área de saúde para medir a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Posteriormente à apresentação das tabelas, foram expostos alguns comentários realizados pelos profissionais.

A Tabela 2 mostra a distribuição do número de profissionais segundo os critérios de avaliação quanto aos objetivos do protocolo clínico.

**Tabela 2 – Distribuição do número de profissionais segundo os critérios de avaliação quanto aos objetivos do protocolo clínico. Fortaleza, 2016.**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>IVC*</b>
<b>São coerentes com as necessidades do profissional durante as consultas de pessaríio</b>			
Adequado	02	28,6	
Totalmente adequado	05	71,4	
<b>TOTAL</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>1,00</b>
<b>São coerentes com o ponto de vista da assistência à mulher com POP e a utilização do pessário vaginal</b>			
Adequado	01	14,3	
Totalmente adequado	06	85,7	
<b>TOTAL</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>1,00</b>
<b>Pode circular no meio científico na área da uroginecologia</b>			
Adequado	02	28,6	
Totalmente adequado	05	71,4	
<b>TOTAL</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>1,00</b>
<b>Atende aos objetivos de instituições que trabalham com assistência à mulher com POP e pessário vaginal</b>			
Adequado	01	14,3	
Totalmente adequado	06	85,7	
<b>TOTAL</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>1,00</b>

\*IVC: Índice de Validade de Conteúdo.

Fonte: Elaborado pela autora.

Essa avaliação deve determinar quais atividades atendem aos objetivos declarados, se realmente são adequadas ao que se propõem e se podem ser efetivadas. É um processo importante e complexo, pois demanda reflexão contínua para que a ferramenta proposta se torne eficaz (OLIVEIRA; PAGLIUCA, 2013).

Então, quanto ao critério objetivos, os avaliadores consideraram o protocolo clínico 3 – Adequado e 4 – Totalmente adequado, e o IVC total do domínio foi 1,00.

Na Tabela 3, observa-se a distribuição do número de profissionais segundo os critérios de avaliação quanto ao conteúdo e apresentação do protocolo clínico.

**Tabela 3 – Distribuição do número de profissionais segundo os critérios de avaliação quanto ao conteúdo e apresentação do protocolo clínico. Fortaleza, 2016.**

CONTEÚDO E APRESENTAÇÃO	N	%	IVC*
<b>O conteúdo corresponde aos objetivos propostos para o protocolo</b>			
Adequado	01	14,3	
Totalmente adequado	06	85,7	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>1,00</b>
<b>O conteúdo atinge com precisão o escopo do tema</b>			
Adequado	01	14,3	
Totalmente adequado	06	85,7	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>1,00</b>
<b>O conteúdo do protocolo serve como suporte aos profissionais na orientação de procedimentos nas consultas durante a assistência à mulher com POP e utilização do pessário</b>			
Adequado	07	100	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>1,00</b>
<b>As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva</b>			
Adequado	02	28,6	
Totalmente adequado	05	71,4	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>1,00</b>
<b>As informações que o protocolo apresenta estão corretas, de acordo com embasamento técnico-científico</b>			
Adequado	07	100	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>1,00</b>
<b>Apresenta sequência lógica do conteúdo proposto</b>			
Adequado	02	28,6	
Totalmente adequado	05	71,4	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>1,00</b>
<b>As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia</b>			
Adequado	01	14,3	
Totalmente adequado	06	85,7	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>1,00</b>
<b>As informações da capa, contracapa e/ou apresentação são coerentes</b>			
Adequado	01	14,3	
Totalmente adequado	06	85,7	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>1,00</b>
<b>O tamanho do título e dos tópicos está adequado</b>			
Adequado	01	14,3	
Totalmente adequado	06	85,7	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>1,00</b>
<b>O número de páginas está adequado</b>			
Parcialmente adequado	01	14,3	
Adequado	01	14,3	
Totalmente adequado	05	71,4	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>0,85</b>

\*IVC: Índice de Validade de Conteúdo.  
Fonte: Elaborado pela autora.

O propósito da avaliação do conteúdo e apresentação é analisar a forma como a tecnologia elaborada é apresentada e se os usuários irão adquirir conhecimento ou assimilar técnicas por meio do conteúdo disponibilizado (WORRAL, 2010).

Nesse aspecto, no critério de conteúdo e apresentação avaliado, a maior parte dos profissionais atribuiu valoração 3 – Adequado e 4 – Totalmente adequado. Contudo, um avaliador definiu 2 – Parcialmente adequado no item referente ao número de páginas. O IVC total referente a esse critério foi 0,98.

Na Tabela 4, analisa-se a distribuição do número de profissionais segundo os critérios de avaliação quanto à relevância do protocolo clínico.

**Tabela 4 – Distribuição do número de profissionais segundo os critérios de avaliação quanto à relevância do protocolo clínico. Fortaleza, 2016.**

<b>RELEVÂNCIA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>IVC*</b>
<b>Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados</b>			
Adequado	01	14,3	
Totalmente adequado	06	85,7	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>1,00</b>
<b>O protocolo permite que o profissional adquira mais conhecimento quanto às condutas adequadas no manejo do pessário</b>			
Adequado	07	100	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>1,00</b>
<b>O protocolo aborda assuntos necessários a serem oferecidos aos profissionais durante a consulta de pessário</b>			
Parcialmente adequado	01	14,3	
Totalmente adequado	06	85,7	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>0,85</b>
<b>O protocolo está adequado para ser usado por profissionais durante as consultas de pessário</b>			
Adequado	01	14,3	
Totalmente adequado	06	85,7	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>1,00</b>

\*IVC: Índice de Validade de Conteúdo.  
Fonte: Elaborado pela autora.

Reportando-se ao critério de relevância, os avaliadores atribuíram 3 – Adequado e 4 – Totalmente adequado, e o IVC total desse domínio foi 0,96.

Propósitos relevantes de protocolos clínicos são orientar a tomada de decisão clínica por profissionais, educar indivíduos e grupos, avaliar e garantir a qualidade na assistência, orientar a alocação de recursos na assistência à saúde e fornecer elementos de boa prática (BRASIL, 2009).

Ressalta-se que o IVC global equivaleu a 0,98. Dessa forma, verificou-se concordância entre os participantes da técnica Delphi nos itens, nos domínios e de maneira global com um valor de 0,85 ou mais, considerando a etapa de revisão adequada.

É importante, ainda, apresentar espaços livres no instrumento utilizado na técnica Delphi para que os participantes possam tecer sugestões e/ou esclarecimentos acerca do material analisado (SILVA *et al.*, 2013).

Seguem-se algumas sugestões dos profissionais para melhorar a qualidade do protocolo antes da avaliação final: colocação da figura do pessário ao lado da explicação de cada tipo específico; dar preferência aos nomes dos tipos de pessários em português; no objetivo do protocolo, colocar que esse é voltado para profissionais de saúde que trabalham na área de DAP ao em vez de Uroginecologia; acrescentar a possibilidade do enfermeiro estomaterapeuta atuar no tratamento conservador com treinamento da musculatura do assoalho pélvico juntamente como o fisioterapeuta; colocar um quadro com as principais intercorrências e seu manejo; detalhar melhor as classificações de POP (POP-q); permutar alguns parágrafos que se encaixariam melhor em outro tópico; Reordenar os passos para seleção e ajuste do pessário; acrescentar um item a mais nos passos para a inserção do pessário; dentre outros. Tais sugestões foram analisadas e acatadas de acordo com sua pertinência.

Portanto, percebe-se que uma metodologia que utilize a técnica Delphi poderá ser útil na elaboração de materiais educativos, visto que as contribuições dos participantes são ricas para a melhoria do trabalho final.

Suas principais vantagens são a obtenção de conhecimentos e informações, mesmo com especialistas distantes geograficamente, a reflexão sobre os temas tratados, bem como a integração de ideias e visões dos participantes. Além disso, sem a interação entre os especialistas, evitam-se influências entre as respostas. Existem também vantagens econômicas por dispensar transporte, acomodação, alimentação e tempo presencial dos participantes. (SILVA *et al.*, 2013).

### 5.5 Etapa 5: Planejar a disseminação da diretriz/protocolo incluindo localização e avaliação

Na última etapa foi realizada a avaliação da qualidade do protocolo, utilizando o instrumento AGREE II. A experiência na elaboração de protocolos, consolidada em países como o Reino Unido, Escócia e Austrália, é fonte importante para a utilização de instrumentos validados que afirmam de forma imparcial e padronizada a qualidade de um documento. O estudo dessa experiência levou o Ministério da Saúde a incorporar a utilização do instrumento AGREE II nas práticas de elaboração de protocolos para avaliação da qualidade desses (MEGA *et al.*, 2015).

A avaliação do protocolo foi realizada por quatro profissionais de saúde selecionados que já haviam participado do *Brainstorming* eletrônico, denominados J1, J2, J3 e J4, em janeiro de 2016. Quanto ao perfil dos profissionais, três são do sexo feminino e um do sexo masculino. Dois são enfermeiros, um fisioterapeuta e um médico. Dois são mestres e dois são especialistas. A idade variou de 26 a 37 anos e o tempo de formação de dois a 13 anos. Todos atuam na área de DAP, apresentam produções publicadas e participam de grupos de pesquisa na área de Uroginecologia. Os juízes obtiveram pontuação acima de cinco, conforme descrito nos critérios de seleção, variando de 10 a 25 pontos.

O Quadro 9 mostra a distribuição do número de juízes segundo critérios de seleção.

**Quadro 9 – Distribuição do número de juízes segundo critérios de seleção. Fortaleza, 2016.**

Características dos juízes	N
Atuação na prática clínica no tratamento conservador do POP com o pessário vaginal.	02
Atuação na prática clínica com POP.	03
Atuação na prática clínica com DAP.	04
Participação em grupos/projetos de pesquisa na área da Uroginecologia.	04
Tese/dissertação/trabalho de especialização concluídos nas áreas de interesse ginecologia/uroginecologia, DAP, e/ou POP.	04
Produções publicadas nas áreas de interesse ginecologia/uroginecologia, DAP e/ou POP.	04

Fonte: Elaborado pela autora.

Verifica-se que esses juízes reúnem em si experiência comprovada acerca da temática. A análise dos juízes faz-se pertinente para constatar a adequação da representação comportamental dos itens. Para integrar-se dessa análise, os juízes devem ser peritos na área da tecnologia construída, pois sua tarefa consiste em julgar se os itens avaliados estão se referindo ou não ao propósito do instrumento em questão (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

Durante a validação de uma tecnologia, um dos pontos discutidos, ainda, é o número e a qualificação desses juízes. A literatura apresenta controvérsias sobre essa questão, mas se deve levar em conta as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais necessários (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Portanto, fica evidente a necessidade de serem selecionados profissionais com experiência e conhecimento comprovado na área do conteúdo do protocolo clínico. No presente estudo, adotou-se a recomendação do próprio autor do AGREE II, ou seja, quatro juízes (AGREE, 2009).

Dependendo da estrutura e cumprimento da diretriz analisada, sua avaliação qualidade com o AGREE II terá 1,5 horas, em média, por avaliador. Embora haja conhecimento do avaliador sobre princípios básicos de tomada de decisão, de cuidados de saúde e de metodologia baseada em evidências, um manual pode facilitar o uso do instrumento com confiança. Além disso, conhecimento do conteúdo específico sobre o tema da diretriz pode melhorar a facilidade de interpretação dos resultados (BROUWERS *et al.*, 2010). Em vista disso, inseriu-se onde se localizava cada item do instrumento no protocolo a fim de facilitar e otimizar a avaliação dos juízes.

Em relação à análise do instrumento AGREE II, procedeu-se a descrição de cada domínio com seus respectivos itens em forma de tabelas.

O **domínio 1** refere-se ao objetivo do protocolo, às questões específicas de saúde e à população-alvo, explorados nos itens de 1-3 (AGREE, 2009). Na Tabela 5, observa-se a pontuação da avaliação do protocolo clínico segundo o Domínio 1 – Escopo e Finalidade.

**Tabela 5 – Pontuação da avaliação do protocolo clínico segundo o Domínio 1 – Escopo e Finalidade. Fortaleza, 2016.**

<b>DOMÍNIO 1 – ESCOPO E FINALIDADE</b>	<b>J1</b>	<b>J2</b>	<b>J3</b>	<b>J4</b>	<b>TOTAL</b>
1. Os objetivos gerais da diretriz encontram-se especificamente descritos.	7	7	7	7	28
2. As questões de saúde cobertas pela diretriz encontram-se especificamente descritas.	7	7	7	7	28
3. A população (pacientes, público, etc) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.	7	7	7	7	28
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>84</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

O primeiro item é relativo ao potencial do protocolo na saúde da sociedade e no seu público-alvo, sendo necessário que o objetivo e os benefícios à saúde da população estejam bem delineados. O segundo item aborda se as principais questões de saúde estão descritas de forma detalhada no protocolo através de questões-chave. O terceiro item se detém a uma descrição clara da população-alvo do estudo, como sexo, faixa etária e descrição clínica (AGREE, 2009).

De acordo com a Tabela 5, observa-se que o domínio foi avaliado, em sua totalidade, com a maior pontuação (7) por todos os juízes, atingindo um percentual de 100%, conforme cálculo citado anteriormente.

Loder, Burch e Rizzoli (2012) avaliaram as características, métodos, consistência e qualidade das orientações de quatro diretrizes para o tratamento preventivo da enxaqueca episódica. Os autores utilizaram o AGREE II como instrumento e três juízes. Uma das diretrizes avaliadas recebeu sua maior pontuação no domínio 1, com o valor de 99%, bem próximo ao achado do presente estudo.

O **domínio 2** focaliza em que medida o protocolo foi desenvolvido pelas partes interessadas de forma adequada e representa a visão dos usuários pretendidos, sendo abordado nos itens 4 a 6 (AGREE, 2009). Na Tabela 6, verifica-se a pontuação da avaliação do protocolo clínico segundo o Domínio 2 – Envolvimento das partes interessadas.

**Tabela 6 – Pontuação da avaliação do protocolo clínico segundo o Domínio 2 – Envolvimento das partes interessadas. Fortaleza, 2016.**

<b>DOMÍNIO 2 – ENVOLVIMENTO DAS PARTES INTERESSADAS</b>	<b>J1</b>	<b>J2</b>	<b>J3</b>	<b>J4</b>	<b>TOTAL</b>
4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes	7	5	7	6	25
5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população alvo (pacientes, público, etc.)	7	7	7	7	28
6. Os usuários-alvo (pacientes, público, etc.) da diretriz estão claramente definidos	7	7	7	7	28
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>81</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

O item 4 se refere aos profissionais envolvidos na elaboração da diretriz em qualquer momento e suas informações curriculares, tais como: especialidade, titulação, nome e localização geográfica (AGREE, 2009). Nesse item, os juízes J1 e J3 atribuíram nota 7. J2 atribuiu nota 5 e J4 nota 6, fazendo considerações acerca da inclusão da etapa do estudo que cada colaborador participou, já que alguns profissionais se repetiram, e retirar as usuárias do pêsário como colaboradoras na elaboração do protocolo.

Ressalta-se que, por ocorrência da entrevista com as usuárias de pêsário e devido as contribuições dessas para a inclusão de informações relevantes à consulta, optou-se por mantê-las como colaboradoras nesse processo.

No item 5, investiga-se as informações sobre as preferências e expectativas sobre as ações de saúde a serem executadas na população-alvo, incluindo sua avaliação sobre o protocolo e o reconhecimento dos benefícios que ela trará para esses usuários. Já o item 6 questiona se há definição clara do público-alvo e se o leitor consegue distingui-los (AGREE, 2009). Nesses itens, todos os juízes estabeleceram nota 7 e não fizeram comentários.

Segundo a Tabela 6, observa-se que o domínio teve sua pontuação variando de 5 a 7, prevalecendo a pontuação máxima e atingindo um percentual de 95,8%.

O **domínio 3** diz respeito ao processo usado para coletar e sintetizar as evidências, os métodos para a formulação das recomendações e a respectiva atualização dessas, englobando os itens de 7-14 (AGREE, 2009). Verifica-se a pontuação da avaliação do protocolo clínico segundo o Domínio 3 – Rigor do Desenvolvimento na Tabela 7.

**Tabela 7 – Pontuação da avaliação do protocolo clínico segundo o Domínio 3 – Rigor do Desenvolvimento. Fortaleza, 2016.**

<b>DOMÍNIO 3 – RIGOR DO DESENVOLVIMENTO</b>	<b>J1</b>	<b>J2</b>	<b>J3</b>	<b>J4</b>	<b>TOTAL</b>
7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências	7	7	7	7	28
8. Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos	5	7	7	7	26
9. Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos	7	7	7	7	28
10. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos	7	7	7	7	28
11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações	7	7	7	7	28
12. Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte	7	7	7	7	28
13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação	7	7	7	7	28
14. Um procedimento para atualização da diretriz está disponível	7	7	7	7	28
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>56</b>	<b>56</b>	<b>56</b>	<b>222</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Os itens 7 e 8 procuram explicitar as principais estratégias de busca que foram realizadas, por meio dos nomes das bases de dados, palavras-chave, tempo de publicação utilizadas e os critérios de exclusão/inclusão de evidências (AGREE, 2009).

No item 7, todos os juízes definiram nota 7 e não realizaram sugestões. No que se refere ao item 8, apenas J1 atribuiu nota 5, justificando pela ausência dos critérios de inclusão e exclusão na descrição da busca das evidências, sendo acrescentado pela autora no protocolo, e os demais nota 7.

Os itens 9, 10 e 11 tratam da identificação dos pontos fortes e limitações das evidências, bem como deve considerar os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde dos usuários. O item 12 avalia a existência de uma ligação explícita entre as recomendações e as evidências que a baseiam. Nos itens 13 e 14, indaga-se se o protocolo foi submetido a revisão por *experts* antes da publicação final e se há disponível um espaço para atualização do

protocolo (AGREE, 2009). Todos os juízes determinaram nota 7 e não realizaram considerações nesses itens.

De acordo com a Tabela 7, observa-se que o domínio foi avaliado, em sua maioria, com a pontuação máxima (7). Seu percentual foi de 98,9%.

O **domínio 4**, que é composto pelos itens 15 a 17, diz respeito à linguagem, estrutura e o formato do protocolo (AGREE, 2009). A pontuação da avaliação do protocolo clínico segundo o Domínio 4 – Clareza da Apresentação é demonstrada na Tabela 8.

**Tabela 8 – Pontuação da avaliação do protocolo clínico segundo o Domínio 4 – Clareza da Apresentação. Fortaleza, 2016.**

<b>DOMÍNIO 4 – CLAREZA DA APRESENTAÇÃO</b>	<b>J1</b>	<b>J2</b>	<b>J3</b>	<b>J4</b>	<b>TOTAL</b>
15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade.	7	7	7	5	26
16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.	7	7	7	7	28
17. As recomendações chave estão facilmente identificadas.	7	7	7	6	27
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>18</b>	<b>81</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

O item 15 versa sobre a especificidade e ausência de ambiguidade das informações dispostos no protocolo (AGREE, 2009). Apenas J4 definiu nota 5. Os demais determinaram nota 7. J4 sugeriu verificar, na página 55 do protocolo, a frase a qual afirma que a remoção do pessário deverá ocorrer semanalmente, recomendando trocar a palavra “semanalmente” por “regularmente” ou verificar a melhor forma baseada nas rotinas de cada tipo de dispositivo, o que foi acatado.

Os itens 16 e 17 falam sobre as diferentes abordagens com enfoque na condição de saúde proposta pelo protocolo, com as opções para ações de rastreamento, prevenção, diagnóstico da condição clínica, e a identificação de recomendações-chave de forma clara (AGREE, 2009). No item 16, foi dada nota 7 por todos os juízes, os quais não fizeram considerações. No item 17, todos atribuíram nota 7, com exceção de J4 que impôs nota 6, justificando a necessidade de elaborar um quadro com as possíveis complicações e seus respectivos manejos para uma busca rápida em caso de dúvidas, já que o protocolo é voltado para a equipe multiprofissional.

Conforme Tabela 8, observa-se que a pontuação do domínio avaliado variou de 5 a 7 pontos, prevalecendo a pontuação máxima. A avaliação final resultou em um percentual de 95,8%.

O **domínio 5**, que contém os itens 18 a 21, trata-se de prováveis fatores facilitadores e barreiras para a implementação, estratégias para melhorar a aplicação, bem como envolvimento de recursos relacionados à utilização do protocolo (AGREE, 2009). A pontuação da avaliação do protocolo clínico segundo o Domínio 5 – Aplicabilidade encontra-se na Tabela 9.

**Tabela 9 – Pontuação da avaliação do protocolo clínico segundo o Domínio 5 - Aplicabilidade. Fortaleza, 2016.**

<b>DOMÍNIO 5 – APLICABILIDADE</b>	<b>J1</b>	<b>J2</b>	<b>J3</b>	<b>J4</b>	<b>TOTAL</b>
18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação.	7	7	7	7	28
19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.	6	7	7	6	26
20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.	7	7	7	7	28
21. A diretriz apresenta critérios para seu monitoramento e/ou auditoria.	1	1	7	1	10
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>28</b>	<b>21</b>	<b>92</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação ao item 18, todas as respostas dos juízes foram 7 e não houveram sugestões. Os juízes J2 e J3 atribuíram nota 7 no item 19. Já J1 e J4 consideraram o item com a pontuação 6, sugerindo a mudança na configuração do algoritmo para avaliação da mulher com indicação terapêutica do pessário e a inserção de um quadro de tratamento das possíveis complicações, respectivamente, as quais foram prontamente acatadas.

Quanto ao item 20, todos os juízes definiram pontuação 7 e não fizeram considerações. No item 21, apenas J3 determinou nota 7. Os demais atribuíram nota 1 devido não observarem critérios para monitoramento/auditoria no protocolo. J4 sugeriu, ainda, justificar a ausência desse item no próprio protocolo.

Após observar que o item referente à monitoramento e auditoria representava uma lacuna no protocolo, decidiu-se estabelecer parâmetros para sua realização: 1) Identificação de critérios para avaliar a implementação da diretriz ou aderência às recomendações: 100% das usuárias realizando educação em saúde antes da inserção do pessário; 100% da consulta de retorno agendada para uma semana após a inserção do pessário; 100% das pacientes com complicação serão tratadas; 100% das pacientes em uso de pessário independentes e sem complicações retornarão com três meses; 2) Critérios para avaliar o impacto da implementação das recomendações: Questionários de satisfação acerca da utilização do protocolo e investigação do impacto desse no serviço; 3) Aconselhamento quanto à frequência e intervalo de medição do protocolo: anualmente; 4) Descrição ou definições operacionais sobre como os critérios devem ser medidos: a partir da aplicação de formulários estruturados com os profissionais e observação não participante no serviço.

Assim, evidencia-se que o domínio 5 variou sua pontuação entre 1-7, enfatizando a pontuação mínima no item 21. Contudo, esse domínio atingiu um percentual de 79,2%, conforme o cálculo abaixo, não havendo prejuízo do mesmo.

Estudo de Qaseem *et al.* (2013), que avaliou quatro diretrizes atuais desenvolvidas nos EUA por organizações em rastreamento para o câncer de próstata seguindo o instrumento AGREE II e utilizando quatro juízes, também evidenciou que o domínio 5 obteve pontuações mais baixas quando comparado aos outros domínios em três das quatro diretrizes, com variação de 10 a 43%.

O **domínio 6** diz respeito a avaliação dos itens 22 e 23, que questionam à formulação das recomendações de modo a não terem vieses decorrentes de interesses conflitantes e se a diretriz foi financiada por algum órgão de fomento (AGREE, 2009). A Tabela 10 explana a pontuação da avaliação do protocolo clínico segundo o Domínio 6 – Independência Editorial.

**Tabela 10 – Pontuação da avaliação do protocolo clínico segundo o Domínio 6 – Independência Editorial. Fortaleza, 2016.**

DOMÍNIO 6 – INDEPENDENCIA EDITORIAL	J1	J2	J3	J4	TOTAL
22. O parecer do órgão financiador não exerceu influencia sobre o conteúdo da diretriz	7	7	7	4	25
23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz	7	7	7	7	28
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>53</b>

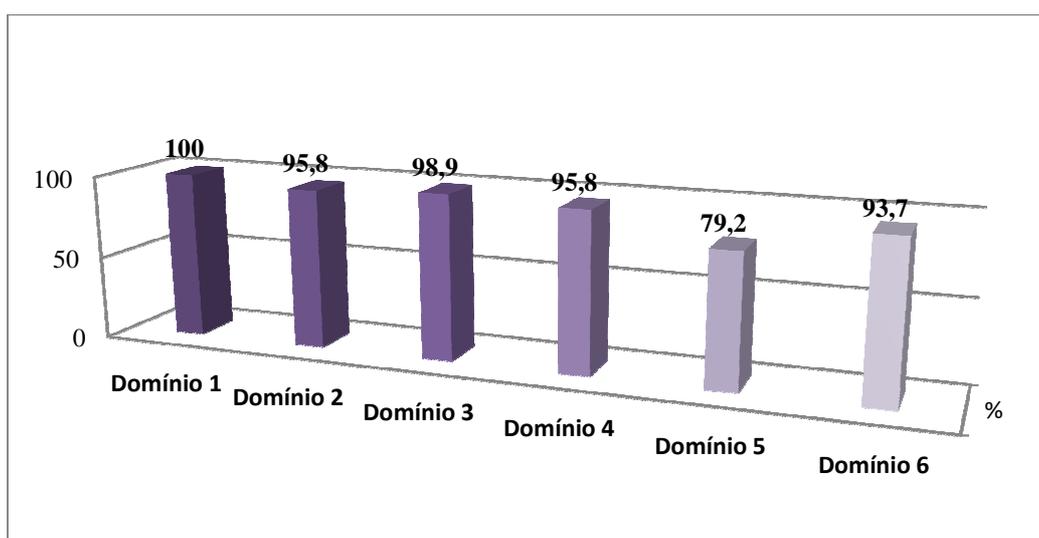
Fonte: Elaborado pela autora.

Nos itens 22 e 23, todos os juízes atribuíram nota 7, com exceção de J4, o qual definiu uma pontuação 4 para o item 22, afirmando que não estava claro a influência do órgão financiador no protocolo, o que foi revisto e modificado com o acréscimo do orçamento detalhado ao final do protocolo.

Verifica-se que o domínio foi avaliado, majoritariamente, com a maior pontuação (7), de acordo com a Tabela 10, atingindo um percentual de 93,7%, segundo o cálculo abaixo:

A Figura 6 demonstra uma comparação entre as pontuações obtidas em cada domínio de acordo com a avaliação pelos juízes.

**Figura 6 – Pontuação da adequabilidade do protocolo clínico de acordo com cada domínio do AGREE II. Fortaleza, 2016.**



Fonte: Elaborado pela autora.

Pode-se observar que o domínio 1 (escopo e finalidade) obteve maior pontuação, 100% de atendimento aos itens requisitados, seguido do domínio 3 (rigor do desenvolvimento), com 98,9%, domínios 2 e 4 (envolvimento das partes interessadas e clareza da apresentação), com 95,8%, domínio 6 (independência editorial), com 93,7%, e domínio 5 (aplicabilidade), com 79,2%, apresentando menor pontuação. Ressalta-se que todos os domínios superaram o valor mínimo de adequabilidade proposto pela autora (75%).

Estudo que analisou e avaliou criticamente 16 diretrizes sobre orientações de gestão para osteoartrite existentes por meio do instrumento AGREE II com a participação de dois revisores, mostrou que os mais altos escores dos domínios foram escopo e finalidade e rigor do desenvolvimento. Já o menor foi o domínio para aplicabilidade, pois o item de monitoramento/auditoria, muitas vezes, não era incluído nas orientações nas diretrizes analisadas, corroborando com o encontrado no presente estudo (NELSON *et al.*, 2014).

Outro estudo para rever sistematicamente a qualidade, metodologia e consistência das recomendações de 11 diretrizes clínicas nacionais (Europa; América Latina; África do Sul; Índia; Polônia; Malásia; Japão; Austrália; Canadá; Arábia Saudita; Reino Unido) recentemente desenvolvidas sobre o diagnóstico, avaliação e tratamento da hipertensão, também se utilizou o AGREE II. Participaram quatro colaboradores. Em geral, a pontuação mais baixa foi para o domínio 3 – Rigor do desenvolvimento (média de 27%, intervalo: 8,3%-86,4%), enquanto que a mais alta foi para o domínio 4 – Clareza da apresentação (média de 66,8%, intervalo: 44,4%-88,9%), diferentemente do presente estudo. Aplicabilidade (Domínio 5) e envolvimento das partes interessadas (Domínio 2) tiveram escores consistentemente baixos entre as diretrizes analisadas. Tal fato ocorreu apenas no domínio 5 no presente estudo (AL-ANSARY *et al.*, 2013).

A **avaliação global** se caracteriza pela pontuação dada pelos juízes no que se refere à qualidade do protocolo como um todo. Ela ocorre após os especialistas responderem e pontuarem os 23 itens que compõem os seis domínios do instrumento AGREE II (AGREE, 2009). A pontuação atribuída à avaliação global do protocolo pelos quatro juízes que participaram do estudo se segue no Quadro 10.

**Quadro 10 – Pontuação da Avaliação Global do Protocolo Clínico pelos Especialistas. Fortaleza, 2016.**

JUÍZES	PONTUAÇÃO GLOBAL
J1	5
J2	6
J3	7
J4	7

Fonte: Elaborado pela autora.

Feito a avaliação global, deve-se emitir um parecer recomendando ou não o protocolo para ser utilizado na prática clínica (AGREE, 2009). Logo, quanto ao questionamento “Eu recomendaria o uso desta diretriz?” presente no final do AGREE II, os juízes J2, J3 e J4 responderam “sim” e J1 respondeu “sim, com modificações”. As considerações feitas pelos juízes foram avaliadas e acatadas conforme sua pertinência.

A avaliação global das diretrizes do estudo de Al-Ansary *et al.* (2013) variou de 2,5 a 6 em uma escala de 7 pontos. Com a exceção da diretriz do Canadá, todas as outras foram recomendadas para utilização com modificações (Austrália e Reino Unido) ou não foram recomendadas para utilização.

Destarte, percebe-se que a avaliação do protocolo clínico para utilização de pessário vaginal obteve pontuações acima do encontrado na literatura, ratificando sua qualidade.

## 6 CONCLUSÃO

O desenvolvimento de tecnologias que visem aprimorar o conhecimento técnico-científico de profissionais da saúde deve ser incentivada, pois despertam interesse na busca por informações atualizadas, inovando a prática assistencial.

O protocolo clínico para utilização de pessário vaginal foi elaborado por meio de etapas rigorosas as quais continham consulta à profissionais de saúde de áreas distintas, dentre médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, com expertise em DAP, consulta às usuárias de pessário, vivência da pesquisadora na prática e a busca por evidências na literatura científica.

Na etapa de revisão, o protocolo foi avaliado por meio da técnica Delphi quanto aos critérios objetivos, conteúdo e apresentação e relevância por profissionais da área, sendo calculado o IVC total de cada domínio e global. O IVC total do domínio objetivos foi 1,00, do critério conteúdo e apresentação foi 0,98 e do domínio relevância foi 0,96. O IVC global equivaleu a 0,98. Dessa forma, verificou-se concordância entre os participantes da técnica Delphi com um valor acima de 0,85, considerando o protocolo clínico válido.

A avaliação da qualidade do protocolo foi realizada com juízes, também profissionais da área e de formação distinta, por meio do instrumento AGREE II. Obteve-se pontuações condizentes com o desenvolvimento de uma diretriz de boa qualidade, passível de implementação nos serviços de saúde que trabalham ou desejam trabalhar com o tratamento conservador do POP utilizando pessário vaginal.

As pontuações obtidas em cada domínio do AGREE II foram as seguintes: Domínio 1 – Escopo e Finalidade: 100%; Domínio 2 – Envolvimento das partes interessadas: 95,8%; Domínio 3 – Rigor do Desenvolvimento: 98,9%; Domínio 4 – Clareza da Apresentação: 95,8%; Domínio 5 – Aplicabilidade: 79,2%; Domínio 6 – Independência Editorial: 93,7%. Todos os domínios alcançaram uma porcentagem superior a 75%, valor de corte atribuído pela pesquisadora.

Na avaliação global, dois juízes julgaram o protocolo com pontuação 7, um com pontuação 6 e um com pontuação 5, recomendando o uso da diretriz com modificações, as quais foram providenciadas pela autora.

Entende-se todo esse processo como positivo, uma vez que as contribuições/sugestões obtidas buscaram aprimorar as informações contidas no protocolo,

sendo aceitas conforme pertinência. Logo, o protocolo passou por modificações, ajustes e acréscimos a fim de potencializar sua qualidade. Esse encontra-se, ainda, com um profissional *designer* para criação de layout e diagramação.

Acredita-se que os profissionais de saúde, ao utilizarem o protocolo clínico, se sentirão mais seguros na realização do atendimento a mulher com POP na abordagem conservadora com pessário, adquirindo maior conhecimento para embasar sua prática e oferecendo um cuidado mais efetivo, já que se trata de uma ferramenta válida e de qualidade pautada em evidências científicas. Além disso, espera-se trazer benefícios para o serviço quanto à organização e à padronização de suas condutas.

Como limitação, enfatiza-se a dificuldade na captação dos profissionais, já que alguns não manifestaram resposta ao convite em participar das etapas do estudo, bem como a escassez de profissionais que trabalham com esse tipo de intervenção.

Recomenda-se, a realização de estudos posteriores para avaliar o impacto da utilização do protocolo clínico na assistência com pessário e para avaliar o custo-efetividade da sua utilização nos serviços de saúde a fim de verificar a viabilidade financeira de sua implantação na prática.

Ressalta-se a importância de serem realizadas atualizações periódicas desse material, sugerindo que, a cada dois anos, o protocolo seja revisado a fim de acompanhar a evolução do conhecimento técnico-científico e buscar os mais altos níveis de evidências e os melhores graus de recomendações disponíveis para nortear as ações.

Sugere-se, ainda, que outras tecnologias também sejam utilizadas na assistência com pessário, como vídeos educativos para melhorar a adesão das mulheres com POP a esse dispositivo. Dessa forma, somado ao protocolo, irá trazer maiores benefícios tanto ao profissional quanto a paciente.

## REFERÊNCIAS

- ABDOOL, Z.; THAKAR, R.; SULTAN, A. H.; OLIVER, R. S. Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. **Int. urogynecol. j. pelvic floor dysfunct.**, Surrey, v. 22, n. 3, p. 273-8, mar. 2011.
- AGREE Next Steps Consortium (2009). **The AGREE II Instrument** [versão eletrônica]. Acesso em: 30 jan. 2015. Disponível em: <<http://www.agreetrust.org>>.
- AL-ANSARY, L. A.; TRICCO, A. C.; ADI, Y.; BAWAZEER, G.; PERRIER, L.; AL-GHONAIM, M. et al. A Systematic Review of Recent Clinical Practice Guidelines on the Diagnosis, Assessment and Management of Hypertension. **PLoS ONE.**, San Francisco, v. 8, n. 1, p. 537-44. jan. 2013.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Cienc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 16, n.7, p. 3061-8, jul. 2011.
- ALMEIDA, M. B. A.; BARRA, A. A.; FIGUEIREDO, E. M.; VELLOSO, F. S. B.; SILVA, A. L.; MONTEIRO, M. V. C. et al. Disfunções de assoalho pélvico em atletas. **Femina.**, Rio de Janeiro, v.39, n.8, p. 395-402, ago. 2011.
- ALPERIN, M.; KHAN, A.; DUBINA, E.; TARNAY, C.; WU, N.; PASHOS, C. L. et al. Patterns of pessary care and outcomes for medicare beneficiaries with pelvic organ prolapse. **Female pelvic med. Reconstr. surg.**, v. 19, n. 3, p. 142-7, may./jun. 2013.
- ANDRADE, L. B. P. **Educação infantil: discurso, legislação e práticas institucionais**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.
- ANTUNES, F. M. V.; MOUALLEM, J. M.; SINISCALCHI, R. T. Use of Polypropylene Meshes Covered for Treatment of Women Genital Prolapsed. **Rev. cienc. saúde**, Itajubá, v. 2, n. 3, p. 79-90, jul. 2012.
- AQUINO, D. R. **Construção e implantação da prescrição de Enfermagem informatizada em uma UTI**. 2004. 170f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2004.
- ATNIP, S.; O'DELL, K. Vaginal support pessaries: Indications for use and fitting strategies. **Urol. nurs.**, Portland OR, v.32, n.3, p. 114-24, may./jun. 2012.
- AZZOLIN, K. O. **Efetividade da implementação das intervenções de Enfermagem nos resultados esperados de pacientes com insuficiência cardíaca em cuidado domiciliar**. 2011. 256f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

BAGGIO, M. A.; RODRIGUES, M. A.; ERDMANN, A. L.; FIGUEIREDO, M. C. A. B.; VIEIRA, M. M. S. Produções de Teses e Dissertações da Enfermagem em Portugal de 2000-2010: estudo bibliométrico. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 250-60, abr./jun. 2014.

BERNARDO, E. B. R.; CATUNDA, H. L. O.; OLIVEIRA, M. F.; LESSA, P. R. A.; RIBEIRO, S. G.; PINHEIRO, A. K. B. Methodological approach to translation and adaptation of scales in the area of sexual and reproductive health: an integrative review. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 592-8, jul./ago. 2013.

BESSA, M. E. P. **Elaboração e validação de conteúdo do protocolo de intervenções de Enfermagem para idosos com risco de apresentar fragilidade.** 2012. 197f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

BEZERRA, K. C.; VASCONCELOS NETO, J. A.; BEZERRA, L. R. P. S.; KARBAGE, S. A. L.; FROTA, I. P. R.; VASCONCELOS, C. T. M.; ORIÁ, M. O. B. Health Promotion to Patients with Pelvic Floor Dysfunction: An Integrative Review. **Open j. obstet. gynecol.**, Irvine, v. 5, p. 155-162, mar. 2015.

BEZERRA, L. R. P. S.; VASCONCELOS NETO, J. A.; VASCONCELOS, C. T. M. et al. Prevalence of unreported bowel symptoms in women with pelvic floor dysfunction and the impact on their quality of life. **Int. urogynecol. j.**, Surrey, v. 25, n. 7, p. 927-33, jul. 2014.

BEZERRA, L. R. P. S.; VASCONCELOS NETO, J. A.; VASCONCELOS, C. T. M. et al. **Temas em Uroginecologia:** Manual prático em uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico para profissionais da área da saúde. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2013.

BORBA, E. E. O gerenciamento de projeto na construção e implantação de um protocolo de assistência na área da saúde para pessoas com deficiência intelectual. **Revista de Ciências Gerenciais**, v. 16, n. 23, p. 107-26, 2012.

BRAEKKEN, I. H.; MAJIDA, M.; ENGH, M. E.; BØ, K. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. **Am. j. obstet. gynecol.**, St. Louis, v. 203, n. 2, p. 1-7, aug. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. **Resolução CNS nº 466/12.** Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRAZ, M. R. **Desmame ventilatório no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca: implantação de um protocolo por enfermeiras.** 2008. 92f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

BROUWERS, M. C.; KHO, M. E.; BROWMAN, G. P.; BURGERS, J. S.; CLUZEAU, F.; FEDER, G. et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. **CMAJ.**, Ottawa, v. 182, n. 18, p. 839-42, dec. 2010;  
BUGGE, C.; HAGEN, S.; THAKAR, R. Vaginal pessaries for pelvic organ prolapse and urinary incontinence: a multiprofessional survey of practice. **Int. urogynecol. j.**, Surrey, v. 24, n. 6, p. 1017-24, jun. 2013.

CAMPOS, F. A. **Construção e validação de protocolo de terapia de nutrição enteral.** 2013. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

CORDEIRO, R. A. **Reflexão da equipe de Enfermagem sobre o desconforto e a dor do recém-nascido: uma proposta de protocolo de cuidado baseado nos métodos não farmacológicos.** 2012. 161f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

COUTINHO, S. S.; FREITAS, M. A.; PEREIRA, M. J. B.; VEIGA, T. B.; FERREIRA, M.; MISHIMA, S. M. O uso da técnica delphi na pesquisa em atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev. baiana saúde pública.**, Salvador, v. 37, n. 3, p. 582-96, jul./set. 2013.

CROSSETTI, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 8-9, jun. 2012.

CULLUM, N.; HAYNES, B.; CILISKA, D.; MARKS, S. **Enfermagem baseada em evidências: uma introdução.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

FELIX, L. G. **Protocolo de orientação para o autocuidado de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: atuação do enfermeiro.** 2009. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

FERNANDES, R. T. P. **Protocolo de cuidados contínuos de Enfermagem a politraumatizados na sala de emergência.** 2008. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

FRANCO, B. A. S. **Avaliação da eficácia de um protocolo de exercícios físicos baseado no método pilates nas variáveis dor lombar, flexibilidade e força muscular em profissionais de enfermagem com lombalgia crônica idiopática.** 2010. 184f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

FROTA, N. M.; BARROS, L. M.; ARAÚJO, T. M.; CALDINI, L. N.; NASCIMENTO, J. C.; CAETANO J. A. Construção de uma tecnologia educacional para o ensino de enfermagem sobre punção venosa periférica. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v.34, n. 2, p. 29-36, jun. 2013.

FURNHAM, A. The Brainstorming Myth. **Business Strategy Review**, v. 11, n. 4, p 21-8, dec. 2000.

GALLUPE, R. B.; BASTIANUTTI, L. M.; COOPER, W. H. Unblocking brainstorm. **J. appl. psychol.**, Washington, v. 76, n. 1, p. 137-42, feb. 1991.

GUBERT, F. A.; SANTOS, D. A. S.; PINHEIRO, M. T. M.; BRITO, L. L. M. S.; PINHEIRO, S. R. C. S.; MARTINS, M. C. Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 81-9, jan./fev. 2015.

HAGEN, S.; STARK, D. Conservative prevention management of pelvic organ prolapse in women. **Cochrane database syst. rev.**, Oxford, v. 12, p. 3882, dec. 2011.

HOWICK, J.; PHILLIPS, B.; BALL, C.; SACKETT, D.; BADENOCH, D.; STRAUS, S. et al. **Oxford Centre for Evidence-Based Medicine – Levels of evidence and grades of recommendation (March 2009)**. Acesso em: 20 mai. 2015. Disponível em: <<http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>>.

HULLFISH, K. L.; TROWBRIDGE, E. R.; STUKENBORG, G. J. Treatment strategies for pelvic organ prolapse: a cost-effectiveness analysis. **Int. urogynecol. j. pelvic floor dysfunct.**, Surrey, v. 22, n. 5, p. 507-15, may. 2011.

JARRET, M. E. D. **Pelvic Floor Dysfunction**. In: GIVEL, J.-C., MORTENSEN, N. J.; ROCHE, B. Anorectal and Colonic Diseases. A Practical Guide to Their Management. Third Edition. Springer; 2010. p. 611-25.

JONES, K. A.; SHEPHERD, J. P.; OLIPHANT, S. S.; WANG, L.; BUNKER, C. H.; LOWDER, J. L. Trends in inpatient prolapse procedures in the United States, 1979-2006. **Am. j. obstet. gynecol.**, St. Louis, v. 202, n. 5, p. 1-7, may. 2010.

KAPOOR, D. S.; NEMCOVA, M.; PANTAZIS, K.; BROCKMAN, P.; BOMBIERI, L.; FREEMAN, R. M. Reoperation rate for traditional anterior vaginal repair: analysis of 207 cases with a median 4-year follow-up. **Int. urogynecol. j. pelvic floor dysfunct.**, Surrey, v. 21, n. 1, p. 27-31, jan. 2010.

KHAN, G. S. C.; STEIN, A. T. Cross-cultural adaptation of the instrument Appraisal of Guidelines For Research & Evaluation II (AGREE II) for assessment of clinical guidelines. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 1111-14, mai. 2014.

KUNCHARAPU, I.; MAJERONI, B. A.; JOHNSON, D.W. Pelvic Organ Prolapse. **Am. fam. physician.**, Kansas City, v. 81, n. 9, p. 1111-7, may. 2010.

LAMERS, B. H. C.; BROEKMAN, B. M. W.; MILANI, A. L. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. **Int. urogynecol. j.**, Surrey, v. 22, n. 6, p. 637-44, jun. 2011.

LIMA, F. E. T. **Protocolo de consultas de Enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: avaliação da eficácia.** 2007. 139f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

LIMA, G. O. P. **Cuidando do cliente com distúrbio respiratório agudo: proposta de um protocolo assistencial para tomar decisões em Enfermagem.** 2006. 87f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

LIMA, M. I. M.; LODI, C. T. C.; LUCENA, A. A; GUIMARÃES, M. V. M. B; MEIRA, H. R. C.; LIMA, L. M. et al. Genital prolapse. **Femina.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 69-77, mar./abr. 2012.

LINSEY, J. S.; BECKER, B. **Effectiveness of brainwriting techniques: comparing nominal groups to real teams.** In: TAURA, T.; NAGAI, Y. (Eds.). *Design Creativity* 2010. London: Springer-Verlag; 2010. p. 165-171.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LODER, E.; BURCH, R.; RIZZOLI, P. The 2012 AHS/AAN Guidelines for Prevention of Episodic Migraine: A Summary and Comparison With Other Recent Clinical Practice Guidelines. **Headache.**, St. Louis, v. 52, n. 6, p. 930-45, jun. 2012.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs. res.**, New York, v. 35, n. 6, p. 382-5, nov./dec. 1986.

MAGALHÃES, F. J. **Validação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria.** 2012. 222f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

MARAMBIO G., A.; SANDOVAL S., C.; VALDEVENITO S., R.; NASER N., M.; MANRÍQUEZ G., V.; GUZMÁN R., R. et al. Prolapso genital: etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento. **Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile.**, Santiago, v. 22, n. 3, p. 211-220, 2011.

MARCON, L. **Uma construção coletiva: protocolo de cuidados de Enfermagem dos pacientes com traumatismo crânio-encefálico severo internados em unidade de terapia intensiva.** 2002. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MASSUCHETTO, V; SOUSA, W. H. Collaborative decision support systems: a proposition of a Web methodology with brainstorming and strategy table. *In: INTERNATIONAL*

CONFERENCE ON INFORMATION SYSTEMS & TECHNOLOGY MANAGEMENT - CONTECSI, 12., 2015, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2015. p. 1166-86.

MATTA, A. E. R.; SILVA, F. P. S.; BOAVENTURA, E. M. Design-based Research ou Pesquisa de Desenvolvimento: metodologia para pesquisa aplicada de inovação em educação do século XXI. **Revista da FAEBA – Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 23, n. 42, p. 23-36, jul./dez. 2014.

MEGA, T. P.; LOPES, A. C. F.; SANTOS, V. C. C.; PETRAMALE, C. A. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas no SUS: histórico, desafios e perspectivas. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.**, Brasília, v. 6 (Supl. 4), p. 3275-85, out. 2015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, out./dez. 2008.

MICHIE, S.; BERENTSON-SHAW, J.; PILLING, S.; FEDER, G.; DIEPPE, P.; RAINE, R. et al. Turning evidence into recommendations: Protocol of a study guideline development groups. **Implement. sci.**, London, v. 2, n. 29, p. 1-5, sep . 2007.

MORAES, G. L. A. **Adaptação e validação de protocolo para prevenção de úlcera por pressão em idosos assistidos no domicílio.** 2011. 122f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

MOTIM, V.; COSTA, H. O trabalho do designer gráfico na configuração home office: vantagens e desvantagens na perspectiva do profissional. **Projética**, Londrina, v. 5, n. 2, p. 127-50, dez. 2014.

NELSON, A. E.; ALLEN, K. D.; GOLIGHTLY, Y. M.; GOODE, A. P.; JORDAN, J. M. A systematic review of recommendations and guidelines for the management of osteoarthritis: The Chronic Osteoarthritis Management Initiative of the U.S. Bone and Joint Initiative. **Semin. arthritis rheum.**, New York, v. 43, n. 6, p. 701-12, jun. 2014.

NIENKOTTER, S. M. V. **Acolhimento aos acompanhantes de pessoas adultas em situação crítica de saúde em serviço de emergência.** 2011. 137f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

O'DELL, K.; ATNIP, S. Pessary care: Follow up and management of complications. **Urol. nurs.**, Portland OR, v. 32, n. 3, p. 126-36, may./jun. 2012.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 115-23, jan./mar. 2008.

- OLIVEIRA, P. M. P.; PAGLIUCA, L. M. F. Avaliação de tecnologia educativa na modalidade literatura de cordel sobre amamentação. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 205-12, fev. 2013.
- OLIVER, R.; THAKAR, R.; SULTAN, A. H. The history and usage of the vaginal pessary: a review. **Eur j. obstet. gynecol. reprod. biol.**, Amsterdam, v. 156, n. 2, p. 125-30, jun. 2011.
- OSBORN, A. F. **Applied imagination: principles and procedures of creative problem-solving**. 3<sup>rd</sup> Ed. New York: Charles Scribner's Sons, 1963.
- PAES, G. O.; LEITE, J. L.; MELLO, E. C. P. Cuidando do cliente com distúrbio respiratório agudo: proposta de um protocolo assistencial para tomar decisões em enfermagem. **Online braz. j. nurs.**, Niterói, v. 10, n. 1, p.1-8, mai. 2011.
- PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Arch. clin. psychiatry**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-13, set./out. 1998.
- PATEL, M.; MELLEN, C.; O'SULLIVAN, D. M.; LASALA, C. A. Impact of pessary use on prolapse symptoms, quality of life, and body image. **Am. j. obstet. gynecol.**, St. Louis, v. 202, n. 5, p. 1-4, may. 2010.
- PEDROSA, K. K. A.; OLIVEIRA, I. C. M.; FEIJÃO, A. R.; MACHADO, R. C. Enfermagem baseada em evidência: caracterização dos estudos no Brasil. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 20, n. 4, p. 733-41, out./dez. 2015.
- PELEGRINO, F. M.; BOLELA, F.; CORBI, I. S. A.; CARVALHO, A. R. S.; DANTAS, R. A. S. Protocolo educativo para pacientes em uso de anticoagulante oral: construção e validação. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 799-806, jul./set. 2014.
- PIMENTA, C. A. M.; PASTANA, I. C. A. S. S.; SICHIERI, K.; SOLHA, R. K. T.; SOUZA, W. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2015.
- PIZARRO-BERDICHEVSKY, J.; CLIFTON, M. M.; GOLDMAN, H. B. Evaluation and Management of Pelvic Organ Prolapse in Elderly Women. **Clin. geriatr. med.**, Philadelphia, v. 31, n.4, p. 507-21, nov. 2015.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res. nurs. health.**, New York, v.29, n. 5, p.489-97, oct. 2006.
- QASEEM, A.; BARRY, M. J.; DENBERG, T. D.; OWENS, D. K.; SHEKELLE, P. Screening for Prostate Cancer: A Guidance Statement From the Clinical Guidelines

Committee of the American College of Physicians. **Ann intern. med.**, Philadelphia, v. 158, n. 10, p. 761-69, apr. 2013.

RIBEIRO, R. C. Clinical guidelines: how to evaluate its quality? **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**, v. 8, n. 4, p. 350-5, jul./ago. 2010.

ROGENSKI, N. M. B. **Avaliação da implementação de um protocolo de prevenção de úlceras por pressão**. 2011. 133f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

ROSENFELD, R. M.; SHIFFMAN, R. N.; ROBERTSON, P. Clinical Practice Guideline Development Manual, Third Edition: a quality-driven approach for translating evidence into action. **Otolaryngol. head neck surg.**, Rochester, v. 148, n. 1 (Suppl), p. 1-55, jan. 2013.

ROSINI, I. **Protocolo de cuidado a clientes submetidos à punção aspirativa por agulha fina**. 2011. 195f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

ROSINI, I.; SALUM, N. C. Protocolo de cuidados para punção aspirativa por agulha fina de mama e tireoide. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1059-67, out./dez. 2014.

SANTOS, S. C. V. O. **Definição de uma medida para a introdução de sonda enteral em posição gástrica em adultos: fatores limitantes**. 2012. 99f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

SANTOS, W. N.; SANTOS, A. M. S.; LOPES, T. R. P. S.; MADEIRA, M. Z. A.; ROCHA, F. C. V. Systematization of nursing care: the historical context, the process and obstacles to deployment. **J. manag. prim. health care**, Olinda, v. 5, n. 2, p. 153-58, jul./dez. 2014.

SARMA, S.; YING, T.; MOORE, K. H. Long-term vaginal ring pessary use: discontinuation rates and adverse events. **BJOG.**, Oxford, v.116, n.13, p.1715-21, dec. 2009.

SCARPARO, A. F.; LAUS, A. M.; AZEVEDO, A. L. C. S.; FREITAS, M. R. I.; GABRIEL, C. S.; CHAVES, L. D. P. Reflexões sobre o uso da Técnica Delphi em Pesquisas na Enfermagem. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 242-51, jan./fev. 2012.

SCHWEITZER, G. **Protocolo de cuidados de Enfermagem no ambiente aeroespacial a adultos vítimas de trauma: uma pesquisa convergente assistencial**. 2010. 184f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SELHORST, I. S. B. **Protocolo de acolhimento para usuários submetidos à endoscopia digestiva alta e seus acompanhantes**. 2011. 161f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SHAH, S. M.; SULTAN, A. H.; THAKAR, R. The history and evolution of pessaries for pelvic organ prolapse. **Int. urogynecol. j. pelvic floor dysfunct.**, Surrey, v. 17, n. 2, p. 170-5, feb. 2006.

SILVA, M. B.; ARGENTA, C.; SAURIN, G.; CROSSETTI, M. G. O.; ALMEIDA, M. A. Utilização da técnica Delphi na validação de diagnósticos de Enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 1, p. 262-8, jan. 2013.

SOEKEN, K.L. **Validity of measures**. In: WALTZ, C.F.; STRICKLAND, O.L.; LENZ, E.R. Measurement in nursing and health research. 3 ed. New York: Springer, 2005. Cap.6. p.154-189.

SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 990-6, 2012.

TENFELDE, S.; TELL, D.; THOMAS, T. N.; KENTON, K. Quality of life in women who use pessaries for longer than 12 months. **Female pelvic med. reconstr. surg.**, Hagerstown, v. 21, n. 3, p. 146-9, may./jun. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Instituto UFC Virtual. **Ambiente virtual de aprendizagem da Universidade Federal do Ceará (SOLAR)**. Disponível em: <<http://portal2.virtual.ufc.br/index.php/ambiente/solar2>> Acesso em: 18 dez. 2015.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VASCONCELOS, C. T. M.; VASCONCELOS NETO, J. A.; BEZERRA, L. R. P. S. et al. Pelvic floor dysfunctions: clinical and sociodemographic profile of urogynecologic outpatients. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v.4, n. 1, p. 1484-98, jan./abr. 2013.

VASCONCELOS, J. M. B. **Construção, utilização e avaliação dos efeitos de protocolo de prevenção de úlceras por pressão em Unidade de Terapia Intensiva**. 2014. 344f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

VERAS, J. E. G. L. F. **Construção e validação de um guia abreviado do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria**. 2011. 187f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

VERONEZ, M. **Protocolo de alta em neonatologia: importância da ação educativa no contexto do cuidado ao bebê pré-termo**. 2012. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

VIEIRA, R. H. G. **Situação vacinal contra a influenza dos profissionais de Enfermagem em um hospital de ensino: diagnóstico e intervenções.** 2011. 168f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de Cuidado à Saúde e Organização do Serviço.** Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

WORRAL, P. S. **Avaliação da educação para a saúde.** In: BASTABLE, S. B. O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 579-613.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(PROFISSIONAIS DE SAÚDE: *BRAINSTORMING* ELETRÔNICO)**

Prezado (a) profissional,

Estou convidando-o (a) para participar da pesquisa intitulada “**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA UTILIZAÇÃO DE PESSÁRIO VAGINAL**” realizada sob minha responsabilidade. Tenho como objetivo nesse estudo validar um protocolo clínico para o tratamento conservador do prolapso de órgãos pélvicos utilizando pessário vaginal. Pretendo assim contribuir no favorecimento de um cuidado sistematizado e pautado em evidências clínicas científicas, propondo a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida das mulheres com prolapso de órgão pélvico.

Os participantes convidados serão profissionais de saúde que pesquisam e/ou atuam na orientação de uso dos pessários vaginais em Fortaleza-CE. Caso concorde em participar do estudo, você fará parte de um grupo que utilizará a técnica de “chuva de ideias” ou *Brainstorming* eletrônico para informar conteúdos que não podem deixar de ser contemplados no protocolo clínico em questão, prioridades nesse tipo de atendimento, principais dificuldades, queixas e complicações observadas.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização desse estudo. O senhor (a) tem o direito de sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa trazer-lhe qualquer prejuízo. Finalmente, informo que sua identidade será preservada tanto durante a condução do estudo quanto em publicações posteriores. A participação no estudo não lhe trará nenhum custo.

Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra com você (profissional).

Em caso de dúvidas e/ou desistência, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética da UFC por meio do telefone (85) 3366-8344. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Hellen Lívia Oliveira Catunda

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448

E-mail: hellen\_enfermagem@yahoo.com.br

**CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

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

*Hellen Lívia Oliveira Catunda*  
\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIAS DE PESSÁRIO**

- 1) Quais suas as principais dúvidas acerca da utilização do dispositivo?
- 2) O que a senhora acha que os profissionais devem abordar nas consultas de pessário?

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(PÚBLICO-ALVO)**

Prezada senhora,

Estou convidando-a a participar da pesquisa intitulada “**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA UTILIZAÇÃO DE PESSÁRIO VAGINAL**” desenvolvida sob minha responsabilidade. Tenho como objetivo nesse estudo validar um protocolo clínico para o tratamento conservador do prolapso de órgãos pélvicos utilizando pessário vaginal. Pretendo assim contribuir no favorecimento de um cuidado sistematizado e pautado em evidências clínicas científicas, propondo a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida das mulheres com prolapso de órgão pélvico.

As participantes convidadas serão mulheres com prolapso de órgão pélvico já agendadas para consulta de pessário vaginal no ambulatório de uroginecologia de um Hospital de referência do Ceará localizado na cidade de Fortaleza-CE. Caso concorde em participar do estudo, será realizada uma entrevista a fim de verificar as principais dúvidas acerca da utilização do dispositivo e as necessidades a serem satisfeitas na consulta sobre a utilização do dispositivo, visando auxiliar no desenvolvimento do pesquisa. Com a finalidade de manter a fidedignidade dos dados coletados, as entrevistas serão gravadas.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização desse estudo. A senhora tem o direito de sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa trazer-lhe qualquer prejuízo. Finalmente, informo que sua identidade será preservada tanto durante a condução do estudo quanto em publicações posteriores. A participação no estudo não lhe trará nenhum custo.

Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra com você (participante).

Em caso de dúvidas, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética da UFC por meio do telefone (85) 3366-8344. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Hellen Livia Oliveira Catunda  
Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará  
Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448  
E-mail: hellen\_enfermagem@yahoo.com.br

**CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

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

*Hellen Livia Oliveira Catunda*  
\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(PROFISSIONAIS DE SAÚDE: TÉCNICA DELPHI)**

Prezado (a) profissional,

Estou convidando-o (a) para participar da pesquisa intitulada “**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA UTILIZAÇÃO DE PESSÁRIO VAGINAL**” realizada sob minha responsabilidade. Tenho como objetivo nesse estudo validar um protocolo clínico para o tratamento conservador do prolapso de órgãos pélvicos utilizando pessário vaginal. Pretendo assim contribuir no favorecimento de um cuidado sistematizado e pautado em evidências clínicas científicas, propondo a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida das mulheres com prolapso de órgão pélvico.

Os participantes convidados serão profissionais de saúde que pesquisam e/ou atuam na área da Uroginecologia e/ou na orientação de uso dos pessários vaginais. Caso concorde em participar do estudo, você fará preencherá um instrumento com a finalidade de revisar o protocolo desenvolvido e identificar as potenciais dificuldades para sua implantação com sugestões/considerações.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização desse estudo. O senhor (a) tem o direito de sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa trazer-lhe qualquer prejuízo. Finalmente, informo que sua identidade será preservada tanto durante a condução do estudo quanto em publicações posteriores. A participação no estudo não lhe trará nenhum custo.

Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra com você (profissional).

Em caso de dúvidas e/ou desistência, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética da UFC por meio do telefone (85) 3366-8344. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Hellen Lívia Oliveira Catunda

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448

E-mail: hellen\_enfermagem@yahoo.com.br

**CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

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

*Hellen Lívia Oliveira Catunda*  
\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

**APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA REVISÃO DO PROTOCOLO  
(TÉCNICA DELPHI)**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

*Protocolo Clínico para Utilização de Pessário Vaginal*

**Parte 1 – IDENTIFICAÇÃO**

Nome do Avaliador: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Formação: \_\_\_\_\_

Ocupação: ( ) Assistência ( ) Ensino ( ) Pesquisa ( ) Consultoria ( ) Outros  
(Especificar): \_\_\_\_\_

Tempo de Formação: \_\_\_\_\_

Trabalha na área de Uroginecologia? ( ) Sim ( ) Não

Tempo de trabalho na área de Uroginecologia: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Titulação: 1.( ) Especialização 2.( ) Mestrado 3.( ) Doutorado

Especificar área: \_\_\_\_\_

Tema do trabalho de conclusão (Especialização/Dissertação/Tese):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Participação em grupos/projetos de pesquisa com a temática Disfunção do Assoalho  
Pélvico (DAP) ou na área da Uroginecologia:

1.( ) Sim 2.( ) Não

Se sim, especificar o tempo de participação: \_\_\_\_\_

Publicação de pesquisa envolvendo a temática:

1.( ) DAP 2.( ) POP 3.( ) Pessário 4.( ) Uroginecologia 5.( ) Outros (especificar):

\_\_\_\_\_

Tipo de produção: ( ) Artigo científico ( ) Resumo em anais de evento ( ) Apresentação  
de trabalho/palestra ( ) Livro/capítulo de livro

## Parte 2 – INSTRUÇÕES

Por gentileza, leia minuciosamente o protocolo. Em seguida, analise-o marcando um “X” em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente seu grau de concordância em cada critério abaixo:

Valoração:

- 1- Inadequado                      2 - Parcialmente adequado  
3 - Adequado                        4 - Totalmente adequado

Para as opções 1 e 2, por gentileza, descreva o motivo pelo qual considerou essa opção no espaço destinado após os itens.

1. OBJETIVOS – Refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do protocolo.

1.1 São coerentes com as necessidades do profissional durante as consultas de pessaríio.	1	2	3	4
1.2 São coerentes com o ponto de vista da assistência à mulher com POP e a utilização do pessaríio vaginal.	1	2	3	4
1.3 Pode circular no meio científico na área da uroginecologia.	1	2	3	4
1.4 Atende aos objetivos de instituições que trabalham com assistência à mulher com POP e pessaríio vaginal.	1	2	3	4

---



---



---



---

2. CONTEÚDO E APRESENTAÇÃO – Refere-se à forma de apresentar as orientações. Isso inclui a sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

2.1 O conteúdo corresponde aos objetivos propostos para o protocolo.	1	2	3	4
2.2 O conteúdo atinge com precisão o escopo do tema.	1	2	3	4
2.3 O conteúdo do protocolo serve como suporte aos profissionais na orientação de procedimentos nas consultas durante a assistência à mulher com POP e utilização do pessaríio.	1	2	3	4
2.4 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva.	1	2	3	4

2.5 As informações que o protocolo apresenta estão corretas, de acordo com embasamento técnico-científico.	1	2	3	4
2.6 Apresenta sequência lógica do conteúdo proposto.	1	2	3	4
2.7 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia.	1	2	3	4
2.8 Informações da capa, contracapa e/ou apresentação são coerentes.	1	2	3	4
2.9 O tamanho do título e dos tópicos está adequado.	1	2	3	4
2.10 O número de páginas está adequado.	1	2	3	4

---



---



---



---

3. RELEVÂNCIA – Refere-se à característica que avalia o grau de significação do protocolo apresentado.

3.1 Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados.	1	2	3	4
3.2 O protocolo permite que o profissional adquira mais conhecimento quanto às condutas adequadas no manejo do pessário.	1	2	3	4
3.3 O protocolo aborda assuntos necessários a serem oferecidos aos profissionais durante a consulta de pessário.	1	2	3	4
3.4 Está adequado para ser usado por profissionais durante as consultas de pessário.	1	2	3	4

---



---



---



---

Para comentários gerais e sugestões, utilize o espaço abaixo.

**APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO  
PROTOCOLO CLÍNICO**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

*Protocolo Clínico para Utilização de Pessário Vaginal*

**Parte 1 – Identificação dos Juízes**

Nome do Avaliador: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Formação: \_\_\_\_\_

Ocupação: ( ) Assistência ( ) Ensino ( ) Pesquisa ( ) Consultoria ( ) Outros

(Especificar): \_\_\_\_\_

Tempo de Formação: \_\_\_\_\_

Trabalha na área de Uroginecologia? ( ) Sim ( ) Não

Tempo de trabalho na área de Uroginecologia: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Titulação: 1.( ) Especialização 2.( ) Mestrado 3.( ) Doutorado

Especificar área: \_\_\_\_\_

Tema do trabalho de conclusão (Especialização/Dissertação/Tese):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Participação em grupos/projetos de pesquisa com a temática Disfunção do Assoalho Pélvico (DAP) ou na área da Uroginecologia:

1.( ) Sim 2.( ) Não

Se sim, especificar o tempo de participação: \_\_\_\_\_

Publicação de pesquisa envolvendo a temática:

1.( ) DAP 2.( ) POP 3.( ) Pessário 4.( ) Uroginecologia 5.( ) Outros (especificar):

\_\_\_\_\_

Tipo de produção: ( ) artigo científico ( ) resumo em anais de evento

( ) apresentação de trabalho/palestra ( ) livro/capítulo de livro

## **Parte 2 – *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE II)*<sup>1</sup>**

### **ORIENTAÇÕES INICIAIS:**

Antes de responder ao “Instrumento de Avaliação” leia atentamente às orientações em sua totalidade. Procure compreender o processo de desenvolvimento do protocolo antes de avaliá-lo.

O instrumento é composto por 23 itens-chave organizados em 6 domínios seguido por dois itens de classificação global ("avaliação global"). Cada domínio capta uma única dimensão de qualidade do protocolo. Cada um dos itens e os dois itens de avaliação global são classificados em uma escala de 7 pontos (de 1 - discordo totalmente a 7 - concordo totalmente).

Score 1 (discordo totalmente): deve ser dado quando não há qualquer informação que seja relevante para o item ou se o conceito é pobremente relatado.

Score 7 (concordo totalmente): deve ser dado quando a qualidade da informação é excelente e quando todos os critérios e considerações articulados estão atendidos.

Scores entre 2 a 6: deve ser atribuído quando a informação referente ao item não atende todos os critérios ou considerações. A pontuação deve ser atribuída em função da completude e qualidade do relato. A pontuação deve aumentar à medida que mais critérios são contemplados e as considerações abordadas. Na seção “como classificar” de cada item serão incluídos detalhes sobre os critérios e considerações para avaliação específica daquele item. A seção “onde encontrar” direciona o avaliador para o lugar onde a informação pode ser geralmente encontrada no protocolo. Optou-se por incluir nesta seção as páginas e os trechos do texto que remetem ao item avaliado. Estes são apenas sugestões. É da responsabilidade do juiz avaliador rever todo o protocolo para assegurar uma avaliação justa.

### **INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO:**

**Domínio 1.** Escopo e finalidade diz respeito ao objetivo geral do protocolo, às questões específicas de saúde e à população-alvo (itens 1-3).

#### **1. O(s) objetivo(s) geral(is) do protocolo encontra(m)-se descrito(s).**

**Como classificar:** o conteúdo inclui propósito(s) quanto à saúde (por exemplo, prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento, etc.); benefício esperado ou desfecho; alvo (por exemplo: pacientes, público).

**Onde encontrar:** Página 13

---

<sup>1</sup> Fonte: AGREE Next Steps Consortium (2009). The AGREE II Instrument [versão eletrônica]. Acesso em: 30 jan. 2015. Disponível em: <<http://www.agreetrust.org>>.

“O objetivo do protocolo clínico é orientar o atendimento e as condutas para a consulta do tratamento conservador do POP utilizando pessário vaginal, realizada por profissionais de saúde, respaldados em evidências científicas, embasando a tomada de decisão.”

Atribua sua avaliação:	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
	Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários e/ou contribuições:

te

**Como classificar:** o conteúdo do item inclui população-alvo; intervenção(ões) ou exposição(ões); comparações (se adequadas); desfecho(s); ambiente ou contexto de cuidados de saúde.

**Onde encontrar:** Página 10 (JUSTIFICATIVA)

Atribua sua avaliação:	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
	Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários e/ou contribuições:

**3. A população (pacientes, público, etc.) a quem o protocolo se destina encontra-se especificamente descrita.**

**Como classificar:** o conteúdo do item inclui população-alvo.

**Onde encontrar:** Página 12

“Em vista disso, motivou-se a construção e validação do presente protocolo clínico diante da relevância da temática e para elevar os indicadores de qualidade da assistência, bem como pautar um cuidado em saúde baseado em evidências científicas, ampliando a promoção da utilização do pessário na realidade brasileira.

Espera-se que a criação e a disponibilização dessa tecnologia traga benefícios aos profissionais de saúde de modo a melhorar a assistência voltada às mulheres com Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP).”

Atribua sua avaliação:	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
	Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários e/ou contribuições:

**Domínio 2.** Envolvimento das partes interessadas focaliza em que medida o protocolo foi desenvolvido pelas partes interessadas adequadas e representa a visão dos usuários pretendidos (itens 4-6).

**4. A equipe de desenvolvimento do protocolo inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.**

**Como classificar:** o conteúdo do item inclui, para cada membro do grupo de desenvolvimento do protocolo, as seguintes informações: nome; disciplina/ conteúdo da expertise; instituição; localização geográfica; uma descrição do membro do grupo no desenvolvimento do protocolo.

**Onde encontrar:** Página 72 (Apêndice B – Colaboradores)

Atribua sua avaliação:	1	2	3	4	5	6	7
	Discordo totalmente						Concordo totalmente

**Comentários e/ou contribuições:**

**5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc.).**

**Como classificar:** O conteúdo do item inclui a declaração do tipo de estratégia utilizada para chegar às opiniões e preferências do público/pacientes (por exemplo, a participação junto à equipe de desenvolvimento do protocolo, revisão de literatura sobre valores e preferências); os métodos pelos quais as preferências e opiniões foram buscadas (por exemplo, evidências da literatura, pesquisas, grupos focais); desfecho/informações obtidas sobre a informação do paciente/público; descrição de como a informação obtida foi usada no processo de desenvolvimento do protocolo e/ou formação das recomendações.

**Onde encontrar:** Páginas 16 e 17

“Além disso, a busca para o desenvolvimento do protocolo foi norteadada por um *brainstorming* eletrônico com profissionais de saúde convidados que pesquisam e/ou atuam na orientação de uso dos pessários vaginais a fim de informar tópicos que não poderiam deixar de ser contemplados no protocolo clínico em questão.

Em outro momento, foi realizada uma visita ao ambulatório de Uroginecologia de um hospital de referência em Fortaleza-CE para entrevista com algumas usuárias de pessário vaginal a fim de verificar a percepção delas em relação à possíveis complicações, dificuldades e dúvidas sobre a utilização do dispositivo, visando auxiliar também no desenvolvimento do protocolo.

Levou-se em consideração ainda a experiência da pesquisadora sobre o assunto, pois a mesma inseriu-se durante seis meses em um serviço de Uroginecologia para conhecer mais profundamente como se dá a consulta para utilização de pessário vaginal e para realizar tal prática.

Portanto, tal processo teve como finalidade encontrar evidências científicas pertinentes para assegurar as ações dos profissionais da área, servindo de base para a criação do protocolo.”

Atribua sua avaliação:	<b>1</b>						<b>7</b>
	Discordo totalmente	2	3	4	5	6	Concordo totalmente

Comentários e/ou contribuições:

### 6. Os usuários-alvo do protocolo estão claramente definidos.

**Como classificar:** o conteúdo do item inclui descrição clara do público pretendido do protocolo; descrição de como o protocolo pode ser utilizado por seu público-alvo.

Onde encontrar: Página 12

“Em vista disso, motivou-se a construção e validação do presente protocolo clínico diante da relevância da temática e para eleva os indicadores de qualidade da assistência, bem como pautar um cuidado em saúde baseado em evidências científicas, ampliando a promoção da utilização do pessário na realidade brasileira.

Espera-se que a criação e a disponibilização dessa tecnologia traga benefícios aos profissionais de saúde de modo a melhorar a assistência voltada às mulheres com Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP).”

Página 13

“Esse protocolo é voltado para profissionais da saúde que trabalham na área da Uroginecologia, como médicos, enfermeiros e fisioterapeutas.”

Atribua sua avaliação:	<b>1</b>						<b>7</b>
	Discordo totalmente	2	3	4	5	6	Concordo totalmente

Comentários e/ou contribuições:

**Domínio 3.** Rigor do desenvolvimento diz respeito ao processo usado para coletar e sintetizar as evidências, os métodos para a formulação das recomendações e a respectiva atualização dessas (itens 7-14).

### 7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.

**Como classificar:** o conteúdo do item inclui nome da(s) base(s) de dados eletrônicas ou fonte de evidências onde a busca tenha sido realizada; períodos de tempo utilizados na busca; termos de pesquisa utilizados, descrição da estratégia de busca.

**Onde encontrar:** Página 15 (PROCEDIMENTO DE BUSCA DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS)

Atribua sua avaliação:	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
	Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários e/ou contribuições:

### 8. Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos.

**Como classificar:** o conteúdo do item inclui descrição dos critérios de inclusão incluindo características da população-alvo (paciente, público, etc.); delineamento do estudo; comparações (caso sejam relevantes); desfecho; idioma de publicação (caso seja relevante); contexto (caso seja relevante).

**Onde encontrar:** Página 18 (SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E DOS GRAUS DE RECOMENDAÇÃO)

Página 16

“Não houve restrição de idioma, sendo incluídos artigos em inglês, português e espanhol, nem do ano de publicação.”

Atribua sua avaliação:	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
	Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários e/ou contribuições:

### 9. Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.

**Como classificar:** o conteúdo do item inclui descrições sobre como o conjunto de evidências foi avaliado quanto à presença de viés e como foi interpretado pelos membros da equipe de desenvolvimento do protocolo.

**Onde encontrar:** Página 18 (SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E DOS GRAUS DE RECOMENDAÇÃO)

Atribua sua avaliação:	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
	Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários e/ou contribuições:

### 10. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.

**Como classificar:** o conteúdo do item inclui a descrição do processo de desenvolvimento das recomendações (por exemplo, os passos usados em técnica Delphi modificada, procedimentos de votação que foram considerados); desfecho do processo de desenvolvimento das recomendações (por exemplo, até que ponto o consenso foi obtido usando a técnica Delphi modificada, desfecho dos procedimentos de votação); descrição de como o processo influenciou as recomendações (por exemplo, os resultados da influência da técnica Delphi nas recomendações finais, alinhamento com as recomendações e voto final).

**Onde encontrar:** Página 15 (PROCEDIMENTO DE BUSCA DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS)

Página 18 (SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E DOS GRAUS DE RECOMENDAÇÃO)

Página 14

“Visou obter um *feedback* sobre o protocolo proposto, oportunizando abordar aspectos levantados pelos revisores antes da sua finalização. Realizou-se técnica Delphi com colaboração de quatro profissionais de saúde da área de Uroginecologia. Enviou-se o protocolo clínico e o instrumento de revisão, o qual continha dados de identificação do profissional e itens referentes a objetivos, conteúdo, apresentação e relevância. O consenso se deu após ajustes e concordância de, no mínimo, 75% entre os revisores.”

Atribua sua avaliação:	1	2	3	4	5	6	7
	Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários e/ou contribuições:

### 11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.

**Como classificar:** o conteúdo do item inclui dados de apoio e relatos dos benefícios; dados de apoio e relatos dos danos/efeitos colaterais/riscos; relatos sobre o balanço entre os benefícios e os danos/efeitos colaterais/riscos; as recomendações refletem as considerações sobre os benefícios bem como danos/efeitos colaterais/riscos.

**Onde encontrar:** Aprecie todo o protocolo e examine as recomendações e as evidências que o fundamentam, incluindo os quadros que falam de cada tipo de pessário com suas vantagens, desvantagens e indicações. Há também um subtópico falando sobre possíveis complicações.

Atribua sua avaliação:	1	2	3	4	5	6	7
	Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários e/ou contribuições:

## 12. Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.

**Como classificar:** O conteúdo do item inclui a descrição de como a equipe que desenvolveu o protocolo, associou e usou a evidência para formular as recomendações; cada recomendação está associada à descrição de uma evidência-chave /parágrafo e/ou lista de referência; recomendações ligadas à síntese de evidências, tabelas de evidências na seção de resultados do protocolo.

**Onde encontrar:** Observar que, no decorrer do protocolo, os níveis de evidência (NE) e o grau de recomendação (GR) dos estudos referenciados são explícitos.

Atribua sua avaliação:	1	2	3	4	5	6	7
	Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários e/ou contribuições:

## 13. O protocolo foi revisado externamente por experts antes da sua publicação.

**Como classificar:** O conteúdo do item inclui a finalidade e intenção da revisão externa (por exemplo, melhorar a qualidade, obter um *feedback* sobre recomendações preliminares, avaliar a aplicabilidade e factibilidade, disseminar evidências); métodos usados para conduzir a revisão externa (por exemplo, escala de classificação, questões abertas); descrição dos revisores externos (por exemplo, número, tipos de revisores, afiliações), desfechos/informações obtidas na revisão externa (por exemplo, uma síntese dos principais achados), descrição de como as informações obtidas foram usadas para fundamentar o processo de desenvolvimento do protocolo e/ou formação das recomendações (por exemplo, a consideração dos resultados da revisão do protocolo na elaboração das recomendações finais).

**Onde encontrar:** Página 14

“Revisão do protocolo: Visou obter um *feedback* sobre o protocolo proposto, oportunizando abordar aspectos levantados pelos revisores antes da sua finalização. Realizou-se técnica Delphi com colaboração de quatro profissionais de saúde de área da Uroginecologia. Enviou-se o protocolo clínico e o instrumento de revisão, o qual continha dados de identificação do profissional e itens referentes a objetivos, conteúdo, apresentação e relevância. O consenso se deu após ajustes e concordância de, no mínimo, 75% entre os revisores.”

Atribua sua avaliação:	1	2	3	4	5	6	7
	Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários e/ou contribuições:

#### 14. Um procedimento para atualização do protocolo está disponível.

**Como classificar:** O conteúdo do item inclui a declaração de que o protocolo será atualizado; intervalo de tempo ou critérios explícitos para orientar as decisões sobre quando será a atualização; a metodologia para o procedimento de atualização está relatada.

Onde encontrar: Página 04

“A revisão e atualização desse protocolo deverá ocorrer a cada dois anos (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). As autoras encontram-se acessíveis para receber contribuições dos usuários do protocolo mediante qualquer evidência científica nova por meio dos e-mails: hellen\_enfermagem@yahoo.com.br; priscilapetenf@gmail.com; camilamoreiravasco@gmail.com.”

Atribua sua avaliação:	1						7
	Discordo totalmente	2	3	4	5	6	Concordo totalmente

**Comentários e/ou contribuições:**

**Domínio 4.** Clareza da apresentação diz respeito à linguagem, estrutura e o formato do protocolo (itens 15-17).

#### 15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade.

**Como classificar:** o conteúdo do item incluiu: declaração da ação recomendada; identificação do objetivo e finalidade da ação recomendada (por exemplo, melhorar a qualidade de vida, diminuir efeitos colaterais); identificação da população relevante (por exemplo, pacientes, público); ressalvas ou qualificações, se relevantes (por exemplo, pacientes ou circunstâncias em que as recomendações não seriam aplicáveis).

**Onde encontrar:** Aprecie todo o protocolo e examine as recomendações e as evidências que o fundamentam.

Atribua sua avaliação:	1						7
	Discordo totalmente	2	3	4	5	6	Concordo totalmente

**Comentários e/ou contribuições:**

#### 16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.

**Como classificar:** O conteúdo do item inclui descrição de opções; descrição da população ou situação clínica mais adequada a cada opção.

**Onde encontrar:** Aprecie todo o protocolo e examine as recomendações e as evidências que o fundamentam.

Atribua sua avaliação:	<b>1</b>						<b>7</b>
	Discordo totalmente	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	Concordo totalmente

Comentários e/ou contribuições:

### 17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.

**Como classificar:** observar se a descrição das recomendações está apresentada em quadros sintéticos, digitada em negrito, sublinhada ou apresentada como fluxograma ou algoritmo; recomendações específicas estão agrupadas de forma conjunta em uma seção.

#### Onde encontrar:

Página 42 - Figura 3: Algoritmo para avaliação da mulher com indicação terapêutica do pessário

Página 51 - Figura 5: Algoritmo da consulta de inserção do pessário

Página 62 - Figura 6: Algoritmo da consulta de seguimento da mulher em uso de pessário

Ademais, nas seções pertinentes, as recomendações estão destacadas como o grau de recomendação (GR) juntamente com o nível das evidências científicas (NE).

Atribua sua avaliação:	<b>1</b>						<b>7</b>
	Discordo totalmente	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	Concordo totalmente

Comentários e/ou contribuições:

**Domínio 5.** Aplicabilidade diz respeito a prováveis fatores facilitadores e barreiras para a implementação, estratégias para melhorar a aplicação, bem como envolvimento de recursos relacionados à utilização do protocolo (itens 18-21).

### 18. O protocolo descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação.

**Como classificar:** O conteúdo do item inclui identificação dos tipos de facilitadores e barreiras que foram considerados; métodos que nortearam a pesquisa das informações relacionadas aos facilitadores e barreiras à aplicação das recomendações (por exemplo, feedback de partes interessadas, teste piloto das diretrizes antes de sua ampla implementação); informação/descrição dos tipos de facilitadores e barreiras que surgiram da investigação (por exemplo, os médicos possuem as habilidades para orientar quanto ao cuidado de saúde recomendado, não há equipamentos suficientes para garantir uma mamografia a todos os sujeitos elegíveis da população); descrição de como a informação influenciou o processo de desenvolvimento do protocolo e/ou a elaboração das recomendações.

**Onde encontrar:** [Página 13](#) (FATORES FACILITADORES) e [Página 14](#) (BARREIRAS)

Atribua sua avaliação:	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
	Discordo totalmente						Concordo totalmente

**Comentários e/ou contribuições:**

**19. O protocolo traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.**

**Como classificar:** o conteúdo do item inclui uma seção de implementação do protocolo; ferramentas e recursos para facilitar a implementação (documentos que resumem o protocolo; links de checagens e algoritmos; links para manuais com passo-a-passo); instruções sobre como os usuários podem acessar as ferramentas e recursos.

**Onde encontrar:** No conteúdo do protocolo existem passos a serem seguidos e em ilustrações e quadros em geral

[Página 42](#) - Figura 3: Algoritmo para avaliação da mulher com indicação terapêutica do pessário

[Página 51](#) - Figura 5: Algoritmo da consulta de inserção do pessário

[Página 62](#) - Figura 6: Algoritmo da consulta de seguimento da mulher em uso de pessário

[Página 56](#) – Quadro 3: Opções de autocuidado para mulheres que utilizam pessários

Atribua sua avaliação:	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
	Discordo totalmente						Concordo totalmente

**Comentários e/ou contribuições:**

**20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.**

**Como classificar:** o conteúdo do item inclui identificação dos tipos de informação sobre os custos que foram considerados (por exemplo, avaliações econômicas, custo de aquisição de medicamentos); métodos que nortearam a pesquisa das informações sobre custos (por exemplo, especialista em economia da saúde integrante da equipe de desenvolvimento do protocolo, uso de avaliações de tecnologia em saúde para medicamentos específicos, etc.); informação/descrição das informações sobre custos que surgiram da investigação (por exemplo, custos da aquisição de medicamentos específicos por tempo de tratamento); descrição de como as informações reunidas foram usadas para fundamentar o processo de desenvolvimento do protocolo e/ou a elaboração das recomendações.

**Onde encontrar:** [Páginas 26 e 27](#)

“Os pessários são atualmente recomendados como uma opção de tratamento de primeira linha, de baixo custo e de baixo risco indicado para uma variedade de sintomas relacionados ao prolapso (ROCHA *et al.*, 2013) NE: 5 GR: D. Pode trazer vantagens para redução econômica no Sistema Único de Saúde (SUS) quando comparado aos procedimentos cirúrgicos, pois o custo do material e o custo devido às complicações específicas ou recidivas é relativamente elevado, com até 30% de falha (ANTUNES; MOUALLEM; SINISCALCHI, 2012; JONES *et al.*, 2010) NE: 5 GR: D.

Estudo que comparou a relação custo-efetividade de tratamentos para prolapso genital pós-histerectomia evidenciou que a utilização de pessário foi efetiva e de qualidade a um custo menor quando comparado à cirurgia de reconstrução vaginal durante, aproximadamente, um mesmo período de tempo. Essa análise indica que o uso de pessário é uma alternativa de tratamento mais custo-efetivo para o tratamento de POP (HULLFISH; TROWBRIDGE; STUKENBORG, 2011). NE: 2C GR: B”

Atribua sua avaliação:	1	2	3	4	5	6	7
	Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários e/ou contribuições:

## 21. O protocolo apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.

**Como classificar:** o conteúdo do item inclui a identificação de critérios para avaliar a implementação do protocolo ou aderência às recomendações; critérios para avaliar o impacto da implementação das recomendações; aconselhamento quanto à frequência e intervalo de medição; descrição ou definições operacionais sobre como os critérios devem ser medidos.

**Onde encontrar:** Considerando o protocolo como produto de Dissertação de Mestrado, destacamos que critérios de avaliação, monitoramento e auditoria, bem como de impacto da implementação do protocolo não foram descritos, pois não constituíram objetivo da dissertação. A etapa de implementação, monitoramento e avaliação do produto deve constituir objeto de estudo de pesquisa futura.

Atribua sua avaliação:	1	2	3	4	5	6	7
	Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários e/ou contribuições:

**Domínio 6.** Independência editorial diz respeito à formulação das recomendações de modo a não terem vieses decorrentes de interesses conflitantes (itens 22-23).

**22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo do protocolo.**

**Como classificar:** O conteúdo do item inclui o nome do órgão financiador ou fonte de financiamento (ou declaração explícita de que não houve financiamento), uma declaração de que o órgão financiador não influenciou o conteúdo do protocolo.

**Onde encontrar:** Página 03 (Financiamento)

“Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Universal 14/2014. Número do processo 459445/2014-6.”

Atribua sua avaliação:	<b>1</b>						<b>7</b>
	Discordo totalmente	2	3	4	5	6	Concordo totalmente

Comentários e/ou contribuições:

### 23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram o protocolo.

**Como classificar:** o conteúdo do item inclui a descrição dos tipos de conflitos de interesses considerados; os métodos pelos quais os conflitos de interesse potenciais foram identificados; a descrição dos conflitos de interesses; a descrição de como os conflitos de interesses influenciaram o processo de desenvolvimento do protocolo e a formulação das recomendações.

**Onde encontrar:** Página 75

“Todos os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo e assinaram o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para registrar sua anuência. Não houve conflito de interesse entre os colaboradores no desenvolvimento do referido protocolo clínico.”

Atribua sua avaliação:	<b>1</b>						<b>7</b>
	Discordo totalmente	2	3	4	5	6	Concordo totalmente

Comentários e/ou contribuições:

**Avaliação Global do Protocolo Clínico:** para cada pergunta, por favor, escolha a resposta que melhor caracteriza a avaliação do protocolo.

**1. Classifique a qualidade global desse protocolo.**

Atribua sua avaliação:	<b>1</b> Qualidade mais baixa possível	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Qualidade mais alta possível

**2. Eu recomendaria o uso deste protocolo:**

Sim  Sim, com modificações  Não

**Anotações:**

**APÊNDICE G – CARTA CONVITE AOS JUÍZES**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CARTA CONVITE**

Prezado (a) (nome do juiz),

Eu, Hellen Livia Oliveira Catunda, enfermeira e mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, venho por meio desta convidá-la (o) a ser um dos juízes na avaliação da qualidade do protocolo o qual estou desenvolvendo para minha dissertação intitulada: **“CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA UTILIZAÇÃO DE PESSÁRIO VAGINAL”**. Trata-se de um protocolo para tratamento conservador do prolapso de órgão pélvico utilizando pessário vaginal, cujo objetivo é respaldar as consultas de enfermagem no tratamento e seguimento adequado das mulheres com pessário vaginal, melhorando a qualidade da assistência.

Certa de contar com sua valorosa contribuição, desde já agradeço.

Atenciosamente,

*Hellen Livia Oliveira Catunda*

Hellen Livia Oliveira Catunda

**APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(JUÍZES)**

Prezado (a) senhor (a),

Estou convidando-o (a) a participar como juiz de validação de conteúdo e de aparência do protocolo desenvolvido, sob minha responsabilidade, na pesquisa intitulada **“CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA UTILIZAÇÃO DE PESSÁRIO VAGINAL”**. Tenho como objetivo nesse estudo validar um protocolo clínico para o tratamento conservador do prolapso de órgãos pélvicos utilizando pessário vaginal. Pretendo assim contribuir no favorecimento de um cuidado sistematizado e pautado em evidências clínicas científicas, propondo a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida das mulheres com prolapso de órgão pélvico.

Os participantes convidados serão profissionais da saúde com experiência nas áreas de interesse ginecologia/Uroginecologia, disfunção do assoalho pélvico, prolapso de órgãos pélvico e/ou atuantes na prática clínica do tratamento conservador com pessário vaginal. Caso concorde em participar do estudo, o senhor (a) receberá pessoalmente ou via correio eletrônico o protocolo e o instrumento de coleta de dados para avaliação de qualidade do mesmo, devolvendo-o à pesquisadora via e-mail ou pessoalmente, conforme lhe convier.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização desse estudo. O senhor (a) tem o direito de sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa trazer-lhe qualquer prejuízo. Finalmente, informo que sua identidade será preservada tanto durante a condução do estudo quanto em publicações posteriores. A participação no estudo não lhe trará nenhum custo.

Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra com você (juiz).

Em caso de dúvidas e/ou desistência, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética da UFC por meio do telefone (85) 3366-8344. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Hellen Lívia Oliveira Catunda

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448

E-mail: hellen\_enfermagem@yahoo.com.br

**CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

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

*Hellen Lívia Oliveira Catunda*  
Assinatura do pesquisador

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPEAQ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PROTOCOLO PARA TRATAMENTO CONSERVADOR DO PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO UTILIZANDO PESSÁRIO VAGINAL: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO

**Pesquisador:** Helen Livia Oliveira Catunda

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 44145315.0.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.116.853

**Data da Relatoria:** 28/05/2015

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem orientado pela professora Priscila de Souza Aquino e caracterizado como uma pesquisa metodológica. O estudo está dividido em três etapas: 1) Construção do Protocolo; 2) Validação de Aparência e de Conteúdo do protocolo; 3) Teste Piloto. Para as etapas de construção e validação do protocolo, os autores seguirão as fases propostas pela Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição para Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais de Porto Alegre descritas a seguir: escolha do tema, justificativa do tema, fontes bibliográficas e evidências encontradas, organização do protocolo em algoritmos, enumeração das referências utilizadas, elaboração textual, consulta a especialistas ou profissionais com experiência na área de interesse, revisão de português e encaminhamento à gráfica para impressão. Será realizada revisão integrativa em periódicos indexados nas bases de dados informatizadas Medical Literature Analysis and retrieval System On-line (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), SCOPUS e COCHRANE e em livros, buscando encontrar evidências científicas pertinentes para servirem de base na criação do protocolo. A partir da leitura desses materiais, será feita a seleção dos conteúdos que servirão como suporte para a construção de cada capítulo do protocolo. Após a seleção do conteúdo lido, será realizado um levantamento acerca do que for relevante para a

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: [comape@ufc.br](mailto:comape@ufc.br)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPEAQ



Continuação do Parecer: 1.114.063

construção do protocolo. O mesmo será elaborado sob a forma de texto, observando-se aspectos essenciais como introdução, justificativa, relevância e objetivos. O protocolo também será representado na forma gráfica de fluxogramas com algoritmos. Para a validação de aparência e de conteúdo, serão realizadas consultas a um grupo de 22 juízes constituído por profissionais da saúde com experiência nas áreas de interesse, validação de instrumentos e atuantes na prática clínica do tratamento conservador com pessário vaginal. Estes receberão um instrumento dividido em: primeira parte - dados referentes ao avaliador a fim de fazer sua caracterização quanto à titulação, tempo de formação, tempo de atuação e produção científica na área; segunda parte - informações referentes aos itens do protocolo a serem avaliados, como objetivo, apresentação, estrutura e relevância. Estando o protocolo finalizado e validado, este será encaminhado à revisão do português e à gráfica para impressão. A seguir, o protocolo será aplicado em 30 sujeitos durante consultas de Enfermagem para tratamento conservador do POP utilizando pessário vaginal no serviço de uroginecologia de um Hospital de referência do Ceará localizado na cidade de Fortaleza. A análise dos dados será iniciada com a construção da base de dados no Microsoft Excel for Windows para posterior análise estatística e cruzamento das variáveis no programa SPSS versão 20.0 a fim de verificar a confiabilidade e a validade do instrumento.

**Objetivo da Pesquisa:**

**GERAL:** Construir e validar um protocolo direcionado para o tratamento conservador do Prolapso de Órgão Pélvico utilizando pessário vaginal.

**ESPECÍFICOS:** Descrever as etapas do processo de desenvolvimento do protocolo; Descrever as etapas de validação de aparência e de conteúdo do protocolo, identificando pontos que possam ser aperfeiçoados.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** A pesquisa apresenta riscos mínimos.

**Benefícios:** Apresentação de um protocolo válido e baseado em evidências.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa pertinente e relevante para área da enfermagem. Objeto de pesquisa bem descrito.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000  
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 66.490-375  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85) 3396-8344 Fax: (85) 3223-2903 E-mail: compe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.115.053

objetivos claros e congruentes com a metodologia apresentada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos apresentados: cronograma com coleta em junho e julho de 2015; carta de encaminhamento da pesquisa ao CEP; currículo; folha de rosto; declaração de concordância; carta de anuência da chefe do serviço de ginecologia do HGF; carta convite aos juizes; termo de responsabilidade; termo de compromisso; declaração do objetivo da pesquisa; TCLE.

**Recomendações:**

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

A pesquisa não apresenta pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FORTALEZA, 22 de Junho de 2015

---

Assinado por:  
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000  
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: compe@ufc.br