



CATÓLICA  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
L Instituto de Ciências da Saúde

## PREVALÊNCIA DE FERIDAS EM UNIDADES DE SAÚDE DO DISTRITO DE BRAGANÇA

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica  
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual

LUÍS CARLOS RIBEIRO

Outubro, 2014



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## PREVALÊNCIA DE FERIDAS EM UNIDADES DE SAÚDE DO DISTRITO DE BRAGANÇA

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica  
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual

LUÍS CARLOS RIBEIRO

Sob orientação de:

Professor Doutor João Manuel da Costa Amado

Mestre Paulo Jorge Pereira Alves

Outubro, 2014

## Resumo

**Introdução:** As feridas têm vindo, ao longo dos anos, a manter-se como um importante e corrente problema de saúde pública; isto, apesar dos constantes esforços na prevenção e da investigação desenvolvida nesta área. Para tentar colmatar uma falha importante no Distrito de Bragança e em Portugal, que é a falta de estudos epidemiológicos nesta área, foi desenvolvido este trabalho. Podemos considerá-lo como pioneiro também além-fronteiras, visto que são também poucos os estudos internacionais com que poderemos comparar os nossos resultados. Quanto à disponibilização dos meios terapêuticos no tratamento de feridas, será difícil, senão impossível, que toda a população tenha acesso aos materiais de última geração. No entanto, é nosso dever garantir que o material existente e disponível, o seja em equidade para toda a população que dele necessite. Este estudo tem como principais objetivos estimar a prevalência de feridas, caracterizar o doente com ferida e identificar os tipos de materiais mais utilizados, no Distrito de Bragança.

**Metodologia:** Optou-se por um estudo de prevalência; quanto ao tratamento de dados é quantitativo e quanto ao momento de colheita de dados é transversal. A amostra foi não probabilística acidental, ou seja, foram incluídos os casos, que estavam presentes num preciso momento, tendo este decorrido, entre 14/04/13 a 18/04/13, em 5 Centros de Saúde do distrito de Bragança e no Hospital de Bragança.

**Resultados:** Das 253 camas de internamento, 205 camas estavam ocupadas, 50 utentes apresentavam ferida. O que se traduziu na prevalência de 24%: 1 em cada 4 doentes tem ferida. Nos cinco Centros de Saúde havia um total de 60611 inscritos: foram feitos 6225 contactos ao longo das semanas de colheita, em que 149 indivíduos apresentavam ferida, com uma prevalência de 0,02% nos Centros de Saúde. Obteve-se, uma prevalência global de 0,03‰: 3 utentes em cada mil habitantes apresentam uma ferida.

**Conclusão:** Os resultados obtidos são equivalentes a estudos semelhantes publicados. Através destes resultados compreende-se a necessidade de implementação de políticas institucionais de prevenção e tratamento de feridas.

**Palavras-Chave:** Prevalência; Ferida; Úlcera de pressão; Dor; dispositivos médicos



## Abstract

**Introduction:** The wounds have been, over the years, to remain as a major public health problem; this, despite constant efforts on prevention and research developed in this area. To try to remedy a major flaw in the District of Bragança and Portugal, which is the lack of epidemiological studies in this area, we developed this work. We can consider it as a pioneer also across borders, as they are also a few international studies that we can compare our results. As for the availability of therapeutic means in the treatment of wounds, it will be difficult, if not impossible, that the entire population has access to state of the art materials. However, it is our duty to ensure that the existing material and available, whether in equity for the entire population in need thereof. This study's main objectives are to estimate the prevalence of wounds, characterize the patient with wound and identify the most used types of materials, in the district of Bragança.

**Methodology:** We opted for a prevalence study; as the processing of data is quantitative and as to the time of data collection is transverse. The sample was not accidental probabilistic, ie, cases were included, who were present at a specific time, and this elapsed between 04/14/13 to 18/04/13, 5 health centers of the district of Bragança and Bragança hospital.

**Results:** Of the 253 hospital beds, 205 beds occupied, 50 users had wound which resulted in a prevalence of 24% 1 in 4 patients have wound. In the five health centers had a total of 60,611 subscribers, were made 6225 contacts throughout the weeks of harvest, in which 149 subjects were wounded, with a prevalence of 0.02% in health centers. This yields an overall prevalence 0,03‰: 3 user in a thousand has a wound.

**Conclusion:** The results are equivalent to similar published studies. Through these results we understand the need to implement institutional policies for the prevention and treatment of wounds.

Keywords: Prevalence; wound; Pressure ulcer; pain; medical devices



## **Agradecimentos**

Primeiramente agradeço aos meus orientadores Professor Doutor João Manuel da Costa Amado e Mestre Paulo Jorge Pereira Alves, pela dedicação, amizade, disponibilidade, paciência e profissionalismo: muito obrigado.

À direção da ULS-Nordeste pela permissão do estudo nas suas instalações, em especial à Enfermeira Diretora Ângela Prior pela disponibilidade.

Às equipas de Enfermagem dos serviços do Hospital de Bragança, do Centro de Saúde de Carraceda de Ansiães, do Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros, do Centro de Saúde de Miranda do Douro, do Centro de Saúde Santa Maria-Bragança e do Centro de Saúde de Vimioso, pela disponibilidade, trabalho e tempo despendido que permitiu este estudo.

Aos meus colegas da UCCI-Santa Maria Maior pelo incentivo e disponibilidade na hora das trocas...

Ao Miguel Mata e família por todo o apoio.

À Minha Família, pelo apoio e por acreditarem naquilo que faço. A eles, dedico todo este trabalho.

A todos os demais...



# Índice

Introdução .....	15
Cap. I – As Feridas como contexto.....	17
1. As Feridas e a regeneração tecidual .....	17
2. Epidemiologia das feridas.....	19
Cap. II – Contributo Pessoal.....	25
1. O contexto em Investigação: Bragança .....	25
2. Contexto investigacional, objetivos e questões de investigação .....	26
3. Desenho de Investigação .....	29
3.1 Metodologia.....	29
3.2 População e amostra .....	30
3.3 Instrumentos de colheita de dados .....	30
3.4 Procedimentos formais e éticos .....	34
3.5 Tratamento estatístico dos dados .....	36
4. Resultados.....	37
4.1 Prevalência de feridas no distrito de Bragança.....	37
4.2 Caracterização das feridas .....	40
4.3 Material de alívio de pressão e avaliação pela escala de Braden.....	47
4.4 IPTB e Terapia Compressiva.....	49
4.5 Caracterização da ferida principal .....	50
4.6 Local, tempo de deslocação e duração do tratamento. ....	51
4.7 Nível de dor na ferida .....	52
4.8 Sinais de infeção presentes na ferida e diagnóstico de infeção .....	53
4.9 Pele circundante.....	54
4.10 Frequência do penso .....	55
4.11 Material de penso usado .....	55

5. Discussão de resultados .....	57
6. Conclusão .....	65
Referências Bibliográficas .....	66

## Anexos

Anexo I – UCP|ICS -Instrumento de Colheita de dados

Anexo II – Manual de procedimentos de colheita

Anexo III – Autorizações Colheita de dados ARS/ACES/CS

Anexo IV – Carta de esclarecimento estudo

Anexo V- Consentimento Informado

## Índice Gráficos

Gráfico 1 - Idades da amostra.....	38
Gráfico 2 - Profissões da amostra.....	38
Gráfico 3 - Fatores de risco da amostra.....	39
Gráfico 4 - Número de feridas.....	40
Gráfico 5 - Número de feridas por utente.....	40
Gráfico 6 - Tipos de feridas.....	41
Gráfico 7 - Tipos de feridas Agudas.....	41
Gráfico 8 - Tipos de feridas Crónicas.....	42
Gráfico 9 - Tipos de feridas nos Centros de Saúde.....	42
Gráfico 10 - Categorias das úlceras de pressão nos Centros de Saúde.....	43
Gráfico 11 - Tipos de feridas no Hospital.....	43
Gráfico 12 - Localização das feridas.....	44
Gráfico 13 - Lateralização das feridas.....	44
Gráfico 14 - Origem da ferida principal (Geral).....	45
Gráfico 15 - Origem das feridas principais no Hospital.....	45
Gráfico 16 - Origem das feridas principais nos centros de saúde.....	46
Gráfico 17 - Duração das feridas.....	46
Gráfico 18 - Distribuição da evolução das feridas.....	47
Gráfico 19 - Material de alívio de pressão.....	47
Gráfico 20 - Distribuição dos scores obtidos pela escala de Braden.....	48
Gráfico 21 - Score da escala de Braden.....	48
Gráfico 22 - Dados relativos a: Ú. Perna, Pé diabético, avaliação do IPTB e Terapia compressiva.....	49
Gráfico 23 - Tipo de tecido presente na ferida.....	50
Gráfico 24 - Tipo de exsudado presente na ferida.....	51
Gráfico 25 - Local de realização dos pensos.....	52
Gráfico 26 - Sinais de infeção.....	54
Gráfico 27 - Estado da pele circundante à ferida.....	54
Gráfico 28 - Frequência do penso.....	55



## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Dados relativos aos concelhos abrangidos pelo estudo .....	26
Tabela 2 - Registo de scores da escala de Braden quanto à categoria da úlcera de pressão .....	49
Tabela 3 - Distribuição dos scores da escala PUSH pelas Ú. Pressão, Ú. Perna e F. Cirúrgicas .....	51
Tabela 4 - Comparação do nível de dor, ao longo do dia e durante o tratamento (Global).....	53
Tabela 5 - Comparação do nível de dor, ao longo do dia e durante o tratamento (úlceras de pressão).....	53
Tabela 6 - Material de penso utilizado .....	56

## **Lista de Abreviaturas e Símbolos**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

EPUAP – Painel Europeu Consultivo para as Úlceras de Pressão

HTA – Hipertensão Arterial

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPTB – Índice de Pressão Tornozelo Braço

NPAUP – Painel Nacional Consultivo para as Úlceras de Pressão

PUSH-PT – Pressure ulcer Score Healing – Validação Portuguesa Escala de cicatrização Úlceras de Pressão

RMG – Rendimento mínimo garantido

RSI – Rendimento social de integração

## **Introdução**

Esta dissertação foi elaborada, como trabalho final, do Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual, da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde – Porto.

O Enfermeiro, como profissional de saúde, pode e deve servir-se da epidemiologia e do conhecimento científico que dela advém, para ir em direção à excelência de cuidados, por ele prestados. Só há relativamente pouco tempo, se está a ver uma mudança de mentalidade, para que todas as práticas (sem exceção) realizadas pelo Enfermeiro, tenham uma base cientificamente comprovada. Para tal, torna-se necessário que o Enfermeiro, desde a sua formação inicial, seja estimulado e guiado para a componente da Investigação Científica, que pode ser realizada na sua área. As bases da profissão que são essencialmente de prática no Cuidar, devem ter um fundamento científico, para uma maior independência e um maior conhecimento sobre o Cuidar com excelência.

Neste conhecimento, o Enfermeiro, deve assim seleccionar o desenho de estudo, que melhor se adequa para responder à questão que, com este propósito, deseja aprofundar.

A nível internacional, dos 59.954 artigos referenciados na PubMed aquando da pesquisa com a palavra-chave “skin-Wound”, em 2014, esse número revela-se reduzido quando se lhe acrescenta “Prevalência”. Há muitos artigos acerca da fisiopatologia, e muitos mais, sobre materiais de pensos, estudos estes, talvez muito impulsionados pela indústria farmacêutica.

Em Portugal a escassez de dados em relação à prevalência é evidente, havendo registo de quatro estudos de prevalência, sendo que o último obteve o valor de prevalência média de 30.2% (Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007). Na realidade, já pela prevalência conhecida, as feridas crónicas constituem, hoje, um problema de saúde pública e, dadas as tendências de envelhecimento da população portuguesa, mais se agravará caso não sejam implementadas as medidas de prevenção preconizadas (Alves, Mota, Ramos, Vales, & Lúcia, 2013). É importante pois que, além

de mais, surjam novos dados para que as decisões na área da saúde assentem sobre uma base científica atualizada. Com vista a adequado conhecimento de situações e planeamento de intervenções.

A escassez de dados, o aumento da população idosa e o fecho de unidades de saúde generalizado a nível nacional, mais se notarão, possivelmente, no Distrito de Bragança (INE). Uma análise mais cuidada, à população dos concelhos abrangidos pelo estudo, poderão identificar outros fatores, eventualmente importantes, para um aumento da prevalência de feridas. Por isto, a realização de um estudo exploratório torna-se essencial para aprofundar esta temática, contribuindo para a melhoria dos cuidados e otimização dos recursos, reduzindo assim os custos em cuidados de saúde.

São inúmeros os fatores de risco associados às feridas. Na inevitabilidade de existirem, temos também de analisar uma parte integrante do seu tratamento: o material de penso. Impulsionados pela indústria farmacêutica, a investigação e desenvolvimento de novos materiais de penso têm sido uma constante, havendo disponível no mercado uma grande variedade de marcas e tipos de penso. Este tipo de estudos podem ajudar-nos também a escolher o penso mais adequado para cada situação. Difícil, senão impossível, será que toda a população tenha acesso aos materiais de última geração no tratamento de feridas. No entanto, é nosso dever garantir que o material existente e disponível, o seja em equidade para toda a população que dele necessite.

Este estudo tem como principais objetivos estimar a prevalência de feridas, caracterizar o doente com ferida e identificar os tipos de materiais mais utilizados.

O trabalho encontra-se dividido em dois capítulos: no primeiro, serão descritos conceitos e definições associados às feridas e viabilidade tecidular, a epidemiologia das feridas no mundo. No contributo pessoal será apresentado a contextualização do distrito de Bragança, o material e métodos, os resultados e a discussão da presente investigação. As conclusões e propostas de intervenção, finalizam o trabalho.

## **Cap. I – As Feridas como contexto**

Neste capítulo serão abordados conceitos e definições importantes para o desenvolvimento deste tema das feridas. De seguida, haverá uma abordagem epidemiológica acerca das feridas no mundo, analisando alguns trabalhos que abordam esta temática.

### **1. As Feridas e a regeneração tecidual**

Todo o ser humano, inevitavelmente, terá a experiência de ser portador de uma ferida. Porque existem feridas que não podem ser desassociadas do processo de vida humana. Desde logo, no nascimento, o seu organismo trabalha para a cicatrização da ferida deixada pelo cordão umbilical, e, mais tarde, pela queda da primeira dentição. Ao longo do crescimento, o ser humano, vai ser sujeito a várias agressões que lhe provocarão feridas, mas que, na sua grande maioria, irão cicatrizar sem problemas e muitas vezes sem sinais de que existiu uma lesão.

A situação passa a ser anormal, quando o nosso organismo não consegue dar resposta ou reverter a agressão, pela gravidade da ferida ou pelas debilidades do portador. Desde sempre, o homem tentou arranjar estratégias e formas de a reverter. A descoberta de múmias, de épocas tão distantes como 2050-1800 AC, com sinais de feridas cuidadosamente tratadas, levam-nos aos primeiros relatos deste específico tratamento. Em 1583, Fabrício Hilanus descreveu, pela primeira vez, as características clínicas de feridas crónicas; e ainda no Séc. XVI, Ambroise Paré propõe importantes intervenções para a sua prevenção e tratamento (Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007).

O neuroanatomista Charcot, no Séc. XIX tentou, pela primeira vez, explicar cientificamente a causa de feridas crónicas (Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007). Também por isto podemos constatar que as feridas crónicas, acompanharam, desde sempre e paralelamente, a história humana, revelando-se um problema de saúde pública mundial, sempre atual.

Uma ferida é uma qualquer rutura da integridade de um tecido ou órgão, podendo atingir desde a epiderme, até às estruturas mais profundas como fâscias, músculos, aponévroses e órgãos cavitários (Meneghin & Vattimo, 2003).

As feridas são usualmente divididas em dois grandes grupos: as feridas agudas e as crónicas/complexas/de difícil cicatrização.

As feridas agudas, sejam traumáticas ou cirúrgicas, progridem no processo de cicatrização passando por todas as fases no período previsível para o sucesso da cicatrização. Evoluem normalmente sem qualquer complicação (Broderick, 2009). Importante é saber que a cicatrização de uma ferida cutânea requer uma bem orquestrada integração de complexos eventos biológicos moleculares de migração e proliferação celular e de remodelação e reposição de matriz extracelular (Falanga, 2005).

Quando o processo de cicatrização falha, em qualquer uma das suas fases, passamos a ter uma ferida crónica/complexa/de difícil cicatrização. São feridas que não evoluem normalmente nas fases de cicatrização ou não cicatrizam no tempo normal/esperado (Mustoe, 2005).

A pele é constituída por 2 camadas primárias (epiderme e derme), assentes num tecido conjuntivo frouxo e tecido adiposo (camada subcutânea). Sendo o maior órgão do corpo e a que tem a maior interface com o ambiente exterior, a pele tem também a seu cargo várias funções (Prem, 2003).

A pele tem vários mecanismos de proteção e de autorregulação que previnem o dano tecidual, restaurando a perfusão cutânea e revertendo os mecanismos patológicos que conduzem a esse dano (Morison, 2004). Quando essa capacidade de autorregulação é afetada (por múltiplos fatores e cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido) (EPUAP, 2009), dá-se o dano tecidual que vai evoluindo continuamente até que os fatores causadores sejam resolvidos.

Em meio hospitalar, é referido que 70% das feridas crónicas, ocorrem durante as primeiras semanas de internamento, chegando a sua prevalência aos 45% nos doentes crónicos e a cerca de 9% nos restantes pacientes (Delaunois, 1991)

Neste particular, os estudos Epidemiológicos revelam-se de grande importância, sendo pontos-chave para se conseguir ter informação que permita o planeamento e avaliação de programas, protocolos, medidas preventivas e terapêuticas, que conduzem à melhoria da qualidade assistencial (Augusto & Almeida, 1999).

## **2. Epidemiologia das feridas**

Como acima referido, há um défice de investigação na área das feridas não só em Portugal como no mundo. Identificaram-se alguns artigos de referência sobre a prevalência de feridas mas todos eles abordam apenas dados referentes a 1 ou 2 tipos de feridas crónicas e não a todos os tipos de feridas.

Na China, um estudo foi realizado em 2513 utentes, que receberam tratamento a feridas crónicas, entre 2007 e 2008, em 17 hospitais de referência. A prevalência avaliada de feridas crónicas situou-se nos 1.7%, sendo os pacientes entre o grupo etário de 60-80 anos os mais afetados e a diabetes a doença que lidera a tabela como a principal causa destas feridas crónicas (Jiang, Huang, Fu, Liu, Ran, & Lu, 2011). Na Austrália foi realizado um outro estudo, em dois tempos: numa primeira fase (Maio - 2007) foram estudados 85 hospitais, tendo sido observados 2979 doentes, dos quais 49% possuíam feridas e 19% destas foram adquiridas no hospital; numa segunda fase (Maio de 2008), em 86 hospitais, contabilizaram-se 3024 utentes, dos quais 48% possuíam feridas, sendo que 25% foram adquiridas no hospital. As feridas agudas e as úlceras de pressão são os tipos de feridas mais frequentes. Verificou-se ainda um decréscimo de 1% de feridas de um ano para o outro, dados considerados pouco relevantes para os autores (Santamaria, Carville, & Prentice, 2009).

Quanto à prevalência de UP, foi realizado um estudo transversal nos anos 2008 e 2009, englobando unidades de agudos, unidades de internamento prolongado de agudos, unidades de internamento prolongado e unidades de reabilitação nos Estados Unidos da América, para avaliar a prevalência de úlceras de pressão. Em 2008 foram avaliados 90398 utentes; foi calculada uma prevalência de 13,5% para as úlceras de pressão, 6% delas foram adquiridas nessas instituições. Em 2009, foram avaliados 92408 utentes, foi obtida uma prevalência de 12,3% para as úlceras de pressão e, destas, 5% foram adquiridas nessas instituições. Este estudo alerta-nos para uma outra realidade que nos diz respeito, diretamente, e à qual devemos estar sempre atentos: as úlceras de pressão provocadas por dispositivos médicos representam 9% das úlceras de pressão

identificadas, sendo que 11,9% foram adquiridas nessas instituições (Catherine VanGilder, Stephanie Amlung, & Patrick Harrison, 2009).

Outro estudo, Canadano, foi realizado entre Junho de 2006 e Maio de 2007, em 13 hospitais de agudos, para aferir a prevalência de feridas e o potencial impacto económico dessas feridas. Foram incluídos um total de 3099 utentes, uma média de 259 utentes por hospital. Foi estimada uma prevalência total de 41,2% de utentes com ferida, sendo que destas, 56,2% eram úlceras de pressão e 31,1% feridas cirúrgicas. Nas feridas cirúrgicas houve um rácio de 6,3% de feridas infetadas. Os dados que obtiveram quanto às úlceras de pressão, confirmam o grande problema que representam atualmente nos hospitais. A sua prevalência foi de 22,9%, sendo que 79,3% destas úlceras de pressão foram adquiridas no hospital. Este estudo revela-nos e aborda duas partes fulcrais no tratamento de feridas as quais estão interligadas mas que são muitas vezes descuradas: 45% dos pensos eram feitos diariamente ou frequentemente, com um tempo médio despendido, do pessoal de Enfermagem, de 10 minutos em cada penso; vemos que a escolha de um penso ideal, podendo ser mais caro mas que aguarde mais tempo na ferida, poupará em material gasto e, sobretudo, nos custos mais elevados que são as horas de cuidados de Enfermagem. Uma redução para 20% dos pensos diários, traduziu-se numa poupança de 800 horas de Enfermagem, anuais, que poderão ser reaproveitadas noutras intervenções de Enfermagem, mais salutíferas para os utentes (Hurd & Posnett, 2009).

Na Islândia, em Janeiro de 2008, foi realizado em todas as 166 unidades de Saúde do país, um levantamento de casos de úlceras de perna. Em 2008, a população total da Islândia era de 313376 e registaram-se 226 casos nas duas semanas de duração do estudo. Isto traduziu-se numa prevalência de 0,072% para a população em estudo (Pálsdóttir & Thoroddsen, 2010). Já na Finlândia, no mesmo ano, num estudo com a finalidade de aferir a prevalência de feridas crónicas, foram enviados questionários a 765 unidades de Saúde (unidades de cuidados primários, agudos e unidades de saúde privadas) a 3 cidades da região da Capital (Helsínquia, Espoo e Vantaa). Houve uma resposta de 61% das unidades, em que identificaram 1029 utentes com ferida crónica, dos quais 51% se encontravam institucionalizados. A prevalência total de 0,10% de utentes com ferida crónica, sendo as causas principais as úlceras de pressão (23%), as úlceras venosas (13%) e as úlceras diabéticas (11%). Neste estudo, foi efetuada uma comparação com dados anteriores e pôde-se analisar que, apesar de haver um

decréscimo em relação às úlceras de pressão, houve um claro aumento em relação às úlceras venosas, arteriais e diabéticas, comprovando o gradual incremento de gravidade que estas patologias estão a ter atualmente (Mäkelä, et al., 2010).

Em 2007, foi conduzido um estudo comparativo em dois países europeus, Alemanha e Holanda, com vista a analisar a prevalência de úlceras de pressão e intervenções de prevenção em lares de idosos e hospitais. Foram incluídos 29 lares de idosos (total de 2531 utentes) e 39 hospitais (total de 8515 utentes), da Alemanha; da Holanda, incluíram-se 71 lares de idosos (total de 10098 utentes) e 60 hospitais (total de 10237 utentes). Em todos os grupos estudados, a Holanda obteve resultados mais negativos do que a Alemanha. Na Holanda a prevalência foi de 36,9% a 43,3% em lares de idosos e de 28,1% a 41,4% em hospitais. Já na Alemanha, nos lares de idosos a prevalência foi de 9,1% a 12,6% e nos hospitais de 18,1% a 28,8%. Em média, a probabilidade de desenvolver uma úlcera de pressão, seria de 5,3% a 6,6%, mais elevada nos lares de idosos da Holanda do que nos da Alemanha (Tannen, Dassen, & Halfens, 2008).

Da Irlanda, temos um estudo que englobou vários centros de apoio à comunidade, de uma região, com cuidados de Enfermagem (prisões, lares de idosos, centros de cuidados a crónicos, etc.), não incluídos os centros de agudos. Com uma população total de 133562, no dia do estudo foram observados 1854 utentes com feridas, sendo a prevalência de 15,6%. As úlceras de pressão, com 26,2%, e as úlceras de perna, com 19% do total das feridas, foram as principais causas de feridas crónicas nesta comunidade. A prevalência para úlceras de pressão situou-se nos 4% (McDermott-Scales, Cowman, & Gethin, 2009).

No Reino Unido foi realizado, em 2008, um estudo para estimar a prevalência de casos de pé diabético e os seus fatores de risco. Foram então analisadas as bases de dados de 1151 consultórios médicos (representando cerca de 2,6% dos clínicos gerais do país), com uma abrangência de 4,2 milhões de utentes, desde há 15 anos. Dos 2576 utentes com Diabetes Mellitus tipo I e 34198 com Diabetes Mellitus tipo II, foi estimada uma prevalência de úlcera de pé diabético, de 7,6%, nos diabéticos tipo I e de 8,5%, nos utentes diabéticos tipo II (Lauterbach, Kostev, & Kohlmann, 2010). Ainda no Reino Unido, mas mais especificamente em Londres, um estudo procurou apurar a prevalência de úlceras de perna na respetiva população, em 2004. Este estudo abrangeu 252000

utentes de uma zona de Londres, onde foram identificados 113 utentes com úlcera de perna, de que emerge uma prevalência de 0,45‰ (Moffatt, Franks, Doherty, Martin, Blewett, & Ross, 2004).

Na nossa vizinha Espanha, foi desenvolvido um estudo, a nível nacional, em 2005, que pretendia averiguar a prevalência de úlceras de pressão. Foi um estudo efetuado em colaboração com a Smith and Nephew, em que os seus delegados distribuíram também os questionários, chegando assim a mais valências. Depois de analisados os dados, obtiveram-se 2837 registos de úlceras de pressão, sendo que 0,07% foi a prevalência de úlceras de pressão nos cuidados de saúde primários, para pacientes maiores de 14 anos; nos hospitais, a prevalência de úlceras de pressão, ficou nos 8,2%. Nos centros socio sanitários, que pela descrição têm uma tipologia semelhante à nossa Rede Nacional de Cuidados Continuados, a prevalência de úlceras de pressão situou-se nos 6,1%. Este estudo pode ser extremamente importante para Portugal, principalmente os dados dos centros socio sanitários, com os quais se poderão comparar com os da nossa Rede (Agreda, Bou, & Soriano, 2007).

De referir uma revisão sistemática da literatura, que incluiu 21 estudos de prevalência de úlceras de perna. Analisando os dados de cada estudo, conseguiu-se chegar a importantes fatores desencadeantes, tais como a idade (em vários estudos a prevalência aumenta com o aumento da idade) e o sexo (na generalidade dos estudos o sexo feminino é mais atingido). A prevalência de úlceras de perna situou-se entre os 0,6% e os 3,6% (Ian D. Graham, Margaret B. Harrison, E. Andrea Nelson, Karen Lorimer, & Andrea Fisher, 2003).

Em Portugal, a escassez de estudos na área das feridas é também notada, sendo que apenas se encontram estudos de prevalência para feridas de etiologia específica, não havendo nenhum que aborde as feridas de uma forma global. Num estudo efetuado em cinco centros de saúde de Lisboa, abrangendo uma população de 186000 utentes, foi calculada uma prevalência de 1,4% de úlceras de perna. 66% tinha uma úlcera de perna há mais de 1 ano, 17% há mais de cinco e sendo mais frequentes em utentes com idade superior a 80 anos. Em apenas 21 utentes identificados, foi utilizado o IPTB<sup>1</sup> como método de diagnóstico (Pina, Furtado, Franks, & Moffatt, 2001).

---

<sup>1</sup> Índice de Pressão Tornozelo-Braço

Por último, um estudo realizado no Serviço de Medicina I dos Hospitais da Universidade de Coimbra, para estimar a prevalência de UP, foram revistos 498 processos. A mesma foi de 12,2% naquele serviço, sendo que 97% dos utentes tinha idade igual ou superior a 65 anos. Neste estudo a taxa de mortalidade dos doentes com UP foi da ordem dos 32,8%, tendo 20% dos utentes desenvolvido UP durante o internamento (Andrade, Pereira, Santos, & Saldanha, 2010). Este estudo evidencia a importância de caracterização epidemiológica da população a fim de se poder decidir atitudes e soluções corretas a adotar para reverter situações de risco.

|

## **Cap. II – Contributo Pessoal**

Neste capítulo pretende-se apresentar a trajetória metodológica, designadamente: objetivos do estudo, tipo de estudo, as questões de investigação, a caracterização da população e da amostra; expor também, os procedimentos adotados nomeadamente critérios de dileção para a colheita de dados e o instrumento dessa colheita. Segue-se com a exposição dos procedimentos éticos considerados na investigação, bem como os procedimentos de análise e tratamento dos dados que foram adotados, os resultados, discussão e conclusão completam o capítulo.

### **1. O contexto em Investigação: Bragança**

O distrito de Bragança inclui 12 concelhos: Alfândega da fé, Bragança, Carrazeda de Ansiães, Freixo de Espada à Cinta, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Torre de Moncorvo, Vila Flor, Vimioso e Vinhais. Inserido no Interior Norte do País, a sua área é de 6608 km<sup>2</sup>, sendo assim o quinto maior distrito português, habitado por uma população de 136252 habitantes, sendo 48,2% mulheres (CENSOS 2011, 2011).

Fazendo uma caracterização da sua população, vemos que 39275 pessoas têm mais de 65 anos, representando, em 2011, 28,8% do total da população do distrito quando em 1960, eram de apenas 7% (PORDATA, 2013). A agravar esta situação de envelhecimento gradual da população, está também o elevado Índice de Envelhecimento<sup>2</sup> que neste momento se encontra nos 323,1 (PORDATA, 2013), podendo levar a situações de falta de cuidados, isolamento e abandono.

Relativamente aos concelhos abrangidos pelo estudo há a referir que o concelho mais populoso é o de Bragança com 35341 habitantes; com menos habitantes temos o concelho de Vimioso com 4669 (Ver tabela 1).

---

<sup>2</sup> Índice de Envelhecimento – Números de idosos por cada 100 jovens.

O Distrito de Bragança, neste momento, possui 3 hospitais de cuidados diferenciados: Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela. A nível de Cuidados de Saúde Primários, mantém 15 Centros de Saúde (Min-Saúde). Ao serviço nos hospitais, o pessoal médico perfazia um total de 103, em 1999, e 115 em 2010; o pessoal de enfermagem perfazia um total de 395, em 1999, e 464, em 2010. Os Centros de Saúde, tinham 117 médicos ao serviço, em 1999, e 113, em 2010. Já quanto aos Enfermeiros, eram 162, em 1999, e 383 em 2010. Assim, em 1999, tínhamos uma média no distrito, de 1519,4 habitantes por médico e em 2010, 1112,8. Em relação ao pessoal de enfermagem; em 1999, havia uma média de 857,5 habitantes por enfermeiro, e em 2010, 630,9 (PORDATA, 2013).

Em três concelhos, os habitantes por médico ultrapassam os 500 e em todos eles a taxa de pensionistas é superior a 30%(tabela I).

**Tabela 1 - Dados relativos aos concelhos abrangidos pelo estudo**

	População	População	Habitantes por médico	Índice de envelhecimento	População com ensino superior	Pensionistas da S.Social	Beneficiários RMG e RSI	Taxa de desemprego
<b>Carraceda de Ansiães</b>	6373	22.8	1057.7	320.1	6.60%	45.50%	9.60%	11.70%
<b>Bragança</b>	35341	30.1	280	187.5	18.00%	32.50%	7.30%	9.90%
<b>Macedo de Cavaleiros</b>	15776	22.6	475.9	240	10.40%	37.10%	10.80%	10.20%
<b>Miranda do Douro</b>	7482	15.4	745.2	331.9	9.00%	41.10%	6.90%	9.40%
<b>Vimioso</b>	4669	9.7	1553.2	447.2	5.70%	47.40%	5.40%	10.40%
		por km2		Idosos por 100 jovens				

Fonte: (Pordata, 2013)

Outros dados que agravam a situação de risco são: em todos os concelhos, o Índice de Envelhecimento é superior a 180 e a população com ensino superior em apenas um, ultrapassa os 10,5%

## **2. Contexto investigacional, objetivos e questões de investigação**

O objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência de feridas no distrito de Bragança. Esta investigação, visa englobar todas as diferentes etiologias de feridas, desde a aguda à crónica.

Assim, neste estudo, define-se como objetivo geral, determinar a prevalência de feridas em unidades de Saúde do Distrito de Bragança. Foram determinados como objetivos específicos:

- a) Determinar a prevalência de feridas nos utentes hospitalizados no Hospital de Bragança e nos utentes que recebem cuidados nos Centros de Saúde de Santa Maria (Bragança), Carrazeda de Ansiães, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro e Vimioso.
- b) Caraterizar o doente com ferida.
- c) Identificar os tipos de materiais mais utilizados.

A questão de investigação é o princípio e o fim do processo de investigação. Ela é a razão de ser do estudo, o que orienta o grupo de investigação e o que motiva o esforço e o investimento. Embora possam existir muitas razões para um estudo ser realizado, é a força da questão de investigação que será o seu motor e um fator crítico para um estudo reconhecido como um bom estudo (Familiar, 2008).

A questão deve ser enunciada de maneira a chegar a uma resposta, e os conceitos utilizados devem ser definidos. Uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe. É um enunciado claro (não equívoco) que precisa os conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica (Fortin, Côté, & Filion, 2009).

Foram formuladas as seguintes questões de investigação para procurar esclarecer os objetivos desta investigação:

1. Qual é a prevalência de feridas nos utentes que se encontram em tratamento de feridas, inscritos e que recorrem aos Centros de Saúde e Hospital seleccionados?
2. Quais são as características sociodemográficas dos utentes, que se encontram a realizar o tratamento de feridas, inscritos e que recorrem aos Centros de Saúde e Hospital seleccionados?
3. Qual é a classificação, localização, origem, lateralização e duração das feridas dos utentes inscritos e que recorrem aos Centros de Saúde e Hospital seleccionados?
4. Quais são os eventuais fatores de risco das feridas nos utentes inscritos e que recorrem aos Centros de Saúde e Hospital seleccionados?
5. Qual é o material do penso, o local, a duração e a frequência da realização do tratamento das feridas nos utentes inscritos e que recorrem aos Centros de Saúde e Hospital seleccionados?
6. Qual é o nível de dor durante o dia e durante o tratamento e quais os sinais de infeção das feridas, nos utentes inscritos e que recorrem aos Centros de Saúde e Hospital seleccionados?

### **3. Desenho de Investigação**

Trata-se de um estudo de prevalência; quanto ao método de tratamento de dados é quantitativo e quanto aos momentos de colheita de dados é transversal.

O estudo transversal pode ser também definido como vertical, pontual, de prevalência, corte-transversal, de corte ou seccional. Representa uma forma simples de pesquisa populacional e é um dos delineamentos de estudo mais empregues na pesquisa epidemiológica.

Neste tipo de estudo o objetivo principal é medir a frequência de um acontecimento/doença numa determinada população, num momento ou período curto e delimitado de tempo, escolhido pelo investigador. As medidas de exposição e efeito são feitas ao mesmo tempo, como se se estivesse a ver uma fotografia da população num determinado momento; por isto a questão base por esclarecer seria se a exposição precede o efeito ou se é sua consequência

#### **3.1 Metodologia**

A metodologia sendo uma etapa do processo investigativo descreve a forma como o trabalho é delineado e como este poderá evoluir (Sousa, 2009). Partindo da conceção de que método é um procedimento ou caminho para alcançar determinado fim e que a finalidade da ciência é a busca do conhecimento, podemos dizer que o método científico é um conjunto de procedimentos adotados com o propósito de atingir o conhecimento (Prodanov & Freitas, 2013).

Num estudo deste âmbito é importante inquirir e registar os antecedentes pessoais, visto serem importantes seja para avaliação do risco, seja para condicionantes da cicatrização. Estes fatores são numerosos e por isso foram escolhidos aqueles que, segundo a literatura consultada, são os que mais têm influência na recorrência de feridas e na sua cicatrização. Foi deixado espaço também para a adição de outros antecedentes.

### **3.2 População e amostra**

A população alvo é toda a população “que o investigador quer estudar e a propósito da qual deseja fazer generalizações” (Fortin, Côté, & Fillion, 2009). A população acessível é a fração da população alvo que está ao alcance do investigador, podendo ser limitada a uma região, uma província, uma cidade, um estabelecimento entre outros (Fortin, Côté, & Fillion, 2009).

Para o presente estudo, a amostra foi obtida por amostragem do tipo não probabilística accidental, ou seja, os portadores de ferida foram incluídos na amostra à medida que estavam presentes no local determinado e no preciso momento, tendo este decorrido, entre 14/04/13 a 18/04/13, em 5 Centros de Saúde do distrito de Bragança e no Hospital de Bragança.

Como critérios de inclusão foi definido:

- a) Pertencer às instituições selecionadas;
- b) Ser portador de ferida (excetuadas as resultantes de punções venosas, arteriais, centrais ou periféricas);
- c) Aceitar participar no estudo.

### **3.3 Instrumentos de colheita de dados**

O instrumento utilizado possibilitou a colheita de dados, através de entrevista e observação efetuada aos utentes, para uma avaliação das características das feridas. O instrumento é constituído por várias partes: a primeira é referente à identificação dos utentes; a segunda diz respeito aos antecedentes/fatores de risco; a terceira à classificação das feridas; a quarta parte pelo material de alívio da pressão; a quinta parte pela avaliação do IPTB e terapia compressiva, cujo preenchimento é obrigatório se as lesões se localizarem nos membros inferiores; a sexta parte é referente à utilização do instrumento de avaliação “PUSH-PT”, localização da ferida, local da realização do tratamento, duração do tratamento, nível de dor na ferida, presença de sinais superficiais de infeção, diagnóstico de infeção no compartimento profundo, características da pele circundante, material de penso com ação terapêutica e frequência de mudança de penso (Anexo I). Para o preenchimento do instrumento, os profissionais utilizaram o protocolo

de preenchimento (Anexo II) utilizado no estudo nacional de prevalência em feridas da Universidade Católica Portuguesa (2011).

Como variáveis em estudo foram incluídas:

**Idade** - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

**Sexo** - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, dicotômica, com duas opções de resposta: masculino e feminino.

**Profissão** - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

**Antecedentes / Fatores de risco** - variável operacionalizada através de perguntas de resposta fechada e uma outra de resposta aberta. A pergunta de resposta fechada envolve vinte e oito opções de resposta fechada: alcoolismo; anemia; angina de peito; AVC; cirurgia arterial; cirurgia cardíaca; claudicação intermitente; diabetes tipo I; diabetes tipo II; diminuição da sensibilidade; dislipidemia; doença auto-imune; doenças reumáticas; enfarte do miocárdio; história prévia de ferida; HTA; imobilidade; insuficiência venosa periférica; insuficiência cardíaca; isquémia crítica; incontinência urinária; incontinência fecal; neoplasia; obesidade; perda recente de peso; tabagismo; traumatismo e “outro”. No caso da opção: “outro”, os profissionais no preenchimento do instrumento, são convidados a indicarem qual (através de uma pergunta de resposta aberta).

**Referenciação das feridas** – A operacionalização desta variável envolve cinco áreas: classificação; localização; origem; lateralização; há quanto tempo existe.

Relativamente à **Classificação**, esta variável foi operacionalizada envolvendo dezassete opções de resposta: úlcera de pressão de categoria I; úlcera de pressão de categoria II; úlcera de pressão de categoria III; úlcera de pressão de categoria IV; úlcera de perna, venosa; úlcera de perna, arterial; úlcera de perna, mista; úlcera de perna de etiologia desconhecida; úlcera de pé diabético neuropático; úlcera de pé diabético neuroisquémico; úlcera maligna; ferida traumática; ferida cirúrgica; queimadura; fístula; lesão por humidade. A décima sétima categoria, é categorizada com a questão de resposta aberta: outra.

Quanto à **Localização**: esta variável foi operacionalizada através de quinze opções de resposta: abdómen; anca; braços; cabeça; calcâneo; cóccix; costas; ísquio; mãos; nádegas; pés; peito; períneo; pernas; tornozelos.

A variável **Origem**: foi operacionalizada através de seis opções de resposta: hospital; rede de cuidados continuados; centro de saúde/cuidados de saúde primários; domicílio; lar. A sexta categoria, é categorizada com a questão de resposta aberta: outro.

Relativamente à **Lateralização**: esta variável foi operacionalizada através de três opções de resposta: esquerda; direita; centro. A variável **Há quanto tempo existe**, foi operacionalizada através de três opções de resposta aberta: anos; meses; semanas.

**Material de alívio de pressão nos utentes com ferida**: variável operacionalizada através de sete opções de resposta fechada: almofada na cadeira; almofada na cama; calçado de diabético; calcanheira; colchão de pressão alterna; colchão estático e outros. No caso da opção outros, os profissionais são convidados a indicarem qual (através de uma pergunta de resposta aberta).

**Avaliação do IPTB nos utentes com lesão nos membros inferiores**: variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada e duas de resposta aberta. A de resposta fechada envolve duas categorias: sim e não. Se sim envolve duas outras questões de resposta aberta: qual o valor e qual a data de avaliação. De referir, que a presente variável, apenas se aplica aos utentes portadores de lesão nos membros inferiores.

**Realização de terapia compressiva**: variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, que envolve duas categorias: sim e não. Se sim, envolve duas opções de resposta fechada: elástica e inelástica. De referir que a variável supracitada, apenas se aplica aos utentes portadores de lesão nos membros inferiores.

**Cicatrização da ferida principal**: avaliada através do instrumento de avaliação acima referido.

**PUSH-PT**: variável operacionalizada através de três categorias: medição; tipo de tecido e nível de exsudado. Relativamente à **Medição**, esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta expressa em milímetros, onde o profissional é convidado a registar, o comprimento e a largura.

Quanto ao ***Tipo de tecido***: esta variável foi operacionalizada através de quatro opções de resposta fechada: necrosado; fibrinoso; granulação e epitelização.

A operacionalização da variável ***Nível de exsudado***: foi efetuada através de quatro opções de resposta fechada: abundante; moderado; escasso e nenhum. Os valores das subescalas, ao serem somados, geram um valor total, cuja variação possível é de 0 a 17. Valores maiores, indicam piores condições da úlcera e scores que diminuem, indicam melhoria no processo de cicatrização da lesão.

Esta escala de Úlceras de Pressão para Cicatrização (PUSH) é um instrumento desenhado para medir a cicatrização em úlceras de pressão abertas de categoria II e IV. É constituída por 3 dimensões: tipo de tecido, quantidade de exsudado e tamanho da úlcera. Testes preliminares indicam a sua validade (Morison, 2004). As características, das feridas principais, analisadas (área, quantidade de exsudado e tecido presente) são essenciais para o cálculo do score da escala de cicatrização PUSH. A escala PUSH é adaptada às úlceras de pressão (NPUAP/EPUAP, PUSH Tool Version 3.0, 1998); no entanto, pode ajudar-nos a compreender a evolução dos outros tipos de feridas, já que em todas elas se pode avaliar estas características. A variação possível nesta escala situa-se entre 0 e 17, em que score  $\geq 9$  indica mau estado da ferida.

**Local da realização do tratamento da ferida principal**: variável operacionalizada através de três opções de resposta fechada: ambulatorio; domicilio e internamento. Relativamente ao domicilio, esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta, onde o profissional é convidado a registar o tempo da deslocação, expresso em horas e minutos.

**Duração da realização do tratamento da ferida principal**: variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta, expressa em horas e minutos.

**Nível da dor na ferida principal**: variável operacionalizada através de duas categorias: durante o dia e durante o tratamento.

Relativamente à categoria ***Durante o dia***: esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta, correspondendo-lhe um valor numérico entre zero e dez.

A operacionalização da variável ***Durante o tratamento:*** foi efetuada através de uma pergunta de resposta aberta, correspondendo-lhe um valor numérico entre zero e dez.

**Sinais de infecção presentes (superficiais) da ferida principal** – variável operacionalizada através de seis opções de resposta fechada: odor; dor; ferida exsudativa; ferida que cicatriza; tecido de granulação friável e tecido desvitalizado.

**Diagnóstico de infecção no compartimento profundo, da ferida principal:** variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, que envolve duas categorias: sim e não. Se sim, envolve duas opções de resposta fechada: sim e não, referente à prescrição de antibiótico.

**Pele circundante da ferida principal:** variável operacionalizada através de cinco opções de resposta fechada: descamativa; hidratada; macerada; ruborizada e seca.

**Material de penso com ação terapêutica:** variável operacionalizada através de vinte opções de resposta fechada: ácido hialurónico; ácido gordo esterificado; alginato; hidrofibra; carvão ativado; colagénio; colagenase; espuma; hidrocolóide; hidrogel; iodo; maltodextrina; mel; película polimérica; película transparente; poliacrilato; polihexanida; prata; sucralfato e outro. No caso da opção outro, o profissional é convidado a indicar qual (através de uma pergunta de resposta aberta).

**Frequência da mudança de penso:** variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, com oito opções de resposta: 1 vez semana; 2 vezes semana; 3 vezes semana; 4 vezes semana; 5 vezes semana; 6 vezes semana; todos os dias e mais que uma vez por dia.

### **3.4 Procedimentos formais e éticos**

Toda e qualquer investigação realizada com seres humanos, levanta questões morais e éticas. Toda a investigação deve ser conduzida no respeito pelos direitos da pessoa. Antes de empreender um estudo, o investigador deve interrogar-se sobre os motivos que o conduziram a empreender a sua investigação, bem como as eventuais repercussões desta, na vida dos participantes (Fortin, Côté, & Filion, 2009).

Foi previamente solicitada pelo autor, autorização aos presidentes dos conselhos de administração e diretores dos conselhos executivos, bem como o parecer das comissões de ética, das respetivas instituições envolvidas no estudo, a quem foi enviado o protocolo de investigação (Anexo II).

Uma vez concedidas as autorizações (Anexo III), o autor procedeu aos primeiros contactos, os quais foram efetuados telefonicamente, para a marcação do dia, hora e local da aplicação do instrumento aos utentes, o qual foi aplicado pelo autor, por estudantes de enfermagem previamente formados e por enfermeiros dos locais onde os utentes recorriam. Em contacto pessoal com os utentes, foi-lhes explicado, a razão da presença do autor, os objetivos da investigação, a forma como iria ser utilizada a informação obtida e o compromisso de salvaguardar o anonimato e garantir a confidencialidade (Anexo IV), sendo-lhes igualmente solicitado o consentimento informado (Anexo V).

Durante todo o processo foram garantidos os princípios éticos de acordo com a declaração de Helsínquia. O direito ao anonimato assim como à confidencialidade, foi assegurado através da codificação das entrevistas, com o intuito da informação não poder ser associada a quem a forneceu. As entrevistas decorreram num ambiente calmo indicado pelos serviços onde o estudo foi realizado. Além do direito à confidencialidade e ao anonimato, seguimos as orientações de Fortin, et al (2009), quanto aos princípios éticos mais relevantes a considerar nestas investigações, em especial durante as fases de recolha e tratamento dos dados, de forma a salvaguardar o princípio da autodeterminação, da intimidade, da proteção contra o desconforto e o prejuízo, assegurando sempre um tratamento justo e equitativo.

Para dar cumprimento, ao princípio da autodeterminação, asseguramos que a participação de cada sujeito foi totalmente voluntária, ou seja, de livre e espontânea vontade. O utente inquirido foi informado que poderia desistir de participar em qualquer momento sem dano para a sua individualidade.

O respeito pela intimidade foi patenteado pelo evitamento da invasão à esfera privada do participante. O utente só respondeu depois de avaliar que não ficaria lesado tanto com o conteúdo, como com a extensão da informação concedida. Estes foram por eles assumidos.

A proteção contra o desconforto e prejuízo, também conhecida como princípio da beneficência, foi cumprido, ao protegermos os participantes de algo que lhes pudesse, de algum modo, interromper o bem-estar. Providenciámos, que a recolha de dados decorresse num local confortável e livre de interrupções por estranhos, indicado pelos serviços onde o estudo foi realizado, sendo de referir que a nível dos utentes internados, por vezes houve necessidade de recorrer à utilização de biombos, a fim de providenciar as condições mínimas necessárias ao utente para participar no estudo.

Quanto ao tratamento justo e equitativo, este esteve presente em todas as etapas de envolvimento com os participantes: antes, durante e após a recolha de dados. O utente foi informado sobre a temática da investigação, o fim a que se destinava, o tempo previsto para o decurso do momento da avaliação e a forma como seria assegurado o anonimato e a confidencialidade. O participante foi informado igualmente que podia desautorizar a utilização dos seus dados em qualquer momento, bem como o acesso aos resultados do estudo.

### **3.5 Tratamento estatístico dos dados**

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências absolutas (N) e relativas (%), medidas de tendência central (médias aritméticas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, mínimos e máximos), conseguida através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* – versão 19.0 para *Windows*.

Para percebermos se as diferenças eram estatisticamente significativas em algumas variáveis, foram igualmente utilizados o Qui quadrado e o teste de Mann Whitney, como testes estatísticos não paramétricos. Estes testes foram selecionados tendo presente o tipo de variáveis e a não distribuição normal das mesmas.

## **4. Resultados**

Na presente secção, apresentaremos os dados obtidos, através da aplicação do instrumento de colheita de dados. Esta análise envolve o trabalho com os dados, a sua organização em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspetos importantes e do que deve ser apreendido e a decisão do que vai ser transmitido aos outros (Bogdan & Biklen, 2003)

O sistema de categorização destina-se à análise e discussão dos dados e ao conhecimento dos resultados obtidos com a pesquisa. Os resultados serão apresentados em forma de tópicos para melhor compreensão e sempre que possível, pela mesma ordem do instrumento.

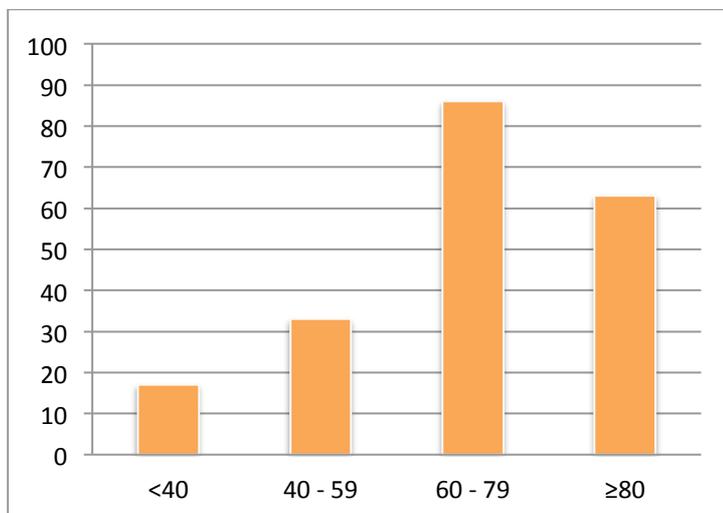
O nosso estudo, como referido na metodologia, foi realizado num hospital e em cinco centros de saúde. Começaremos, pois, por analisar a população global fazendo uma caracterização geral, juntando todos os participantes. Ao longo da apresentação e sempre que se justifique para maior especificação e compreensão, iremos dividir a caracterização em dois grupos: a do hospital e a dos centros de saúde.

### **4.1 Prevalência de feridas no distrito de Bragança**

A colheita de dados, para este trabalho, foi realizada em dois tempos. No hospital, a colheita foi realizada durante dois dias, 16/04/13 e 17/04/13. O hospital de Bragança tinha disponíveis 253 camas de internamento, com 205 camas ocupadas. Dos indivíduos que estavam internados, 50 apresentavam ferida. Nos Centros de Saúde, a colheita foi realizada entre 14/04/13 e 18/04/13. Nos cinco Centros de Saúde havia um total de 60611 inscritos, foram feitos 6225 contactos ao longo da semana de colheita, em que 149 indivíduos apresentavam ferida. Obteve-se, uma prevalência global de 0,03%, de 0,24% no hospital e de 0,02% nos Centros de Saúde.

Dos 199 indivíduos registados com ferida, 45,7% são mulheres e 54,3% homens.

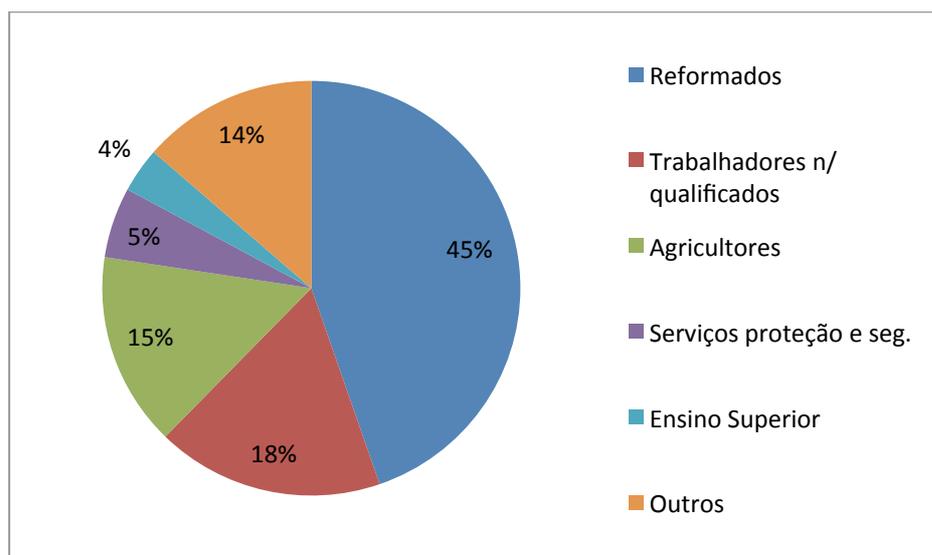
Gráfico 1 - Idades da amostra



Em termos de idade temos um grupo bastante heterogéneo, englobando desde adultos jovens até idosos bastante avançados em idade (gráfico 1). A idade mínima verificada foi 18 anos e a máxima de 96. A média de idades situa-se nos 68,5 anos, moda 80 anos e a mediana nos 73 anos. O desvio padrão situa-se nos 17,1 anos.

Quanto à profissão de base foi difícil defini-la devido ao facto da população com ferida ser, maioritariamente, reformada e aquela não constar do processo.

Gráfico 2 - Profissões da amostra

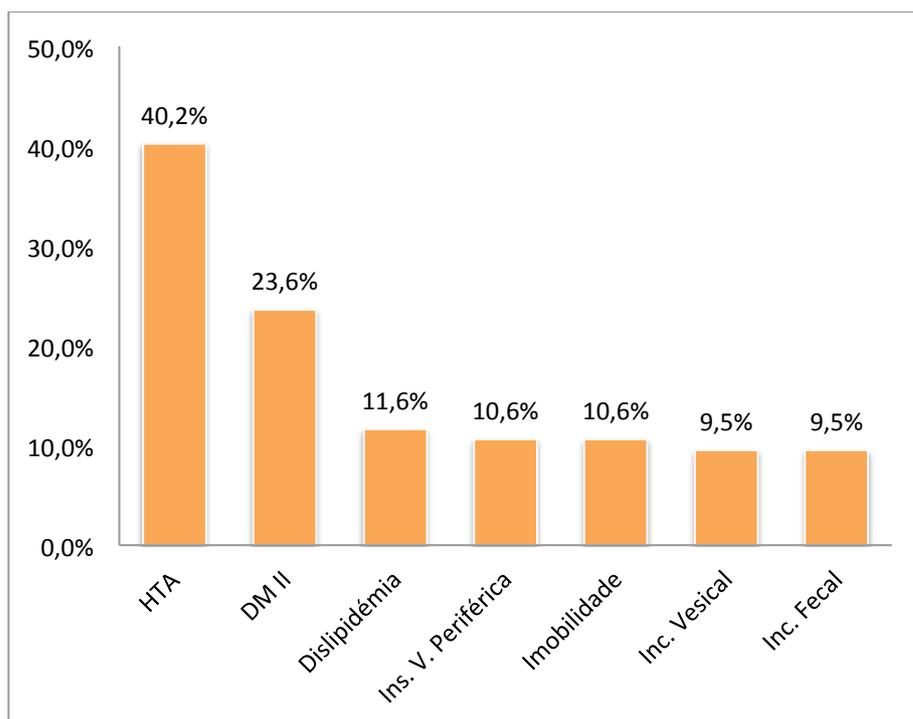


Assim, temos em primeiro lugar os reformados com 44,7%; a seguir os trabalhadores não qualificados com 17,6% e em terceiro lugar, com 15,1%, temos os

agricultores e trabalhadores qualificados da floresta. Com alguma relevância aparecem os trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, com 5,5%. Indivíduos com graus superiores de educação, ao todo, representam apenas 3,5% (gráfico 2).

Quanto aos antecedentes pessoais, os resultados do nosso estudo foram de encontro ao expectável para esta amostra, tendo como antecedentes mais frequentes: a hipertensão arterial com 40,2%, a diabetes mellitus tipo II com 23,6% e a dislipidemia com 11,6%. Seguem-se-lhe outros dois importantes fatores a ter em conta na pessoa com feridas: a insuficiência venosa periférica e a imobilidade, ambas com 10,6%. Outros elementos, que preocupam e preenchem grande parte do tempo dos profissionais de saúde, aparecem também com a mesma percentagem, 9,5%, reportando-se à incontinência vesical e incontinência fecal (gráfico 3).

Gráfico 3 - Fatores de risco da amostra

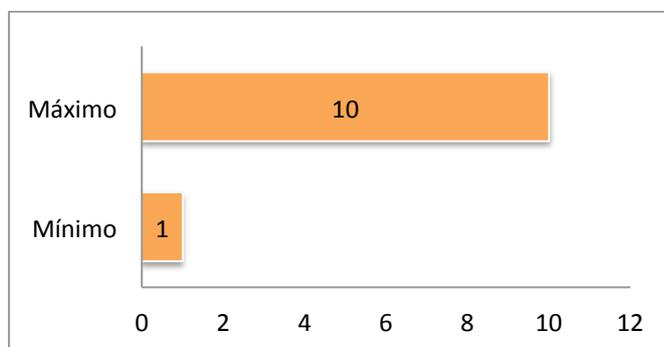


Os acidentes vasculares cerebrais aparecem com 7,5%: é este dado importante visto que a perda de sensibilidade e de movimento são condicionantes fatores de risco para o aparecimento de feridas. Com 17,1% aparecem outras doenças que englobam patologias tais como: doença mental, Parkinson e doenças infecciosas.

## 4.2 Caracterização das feridas

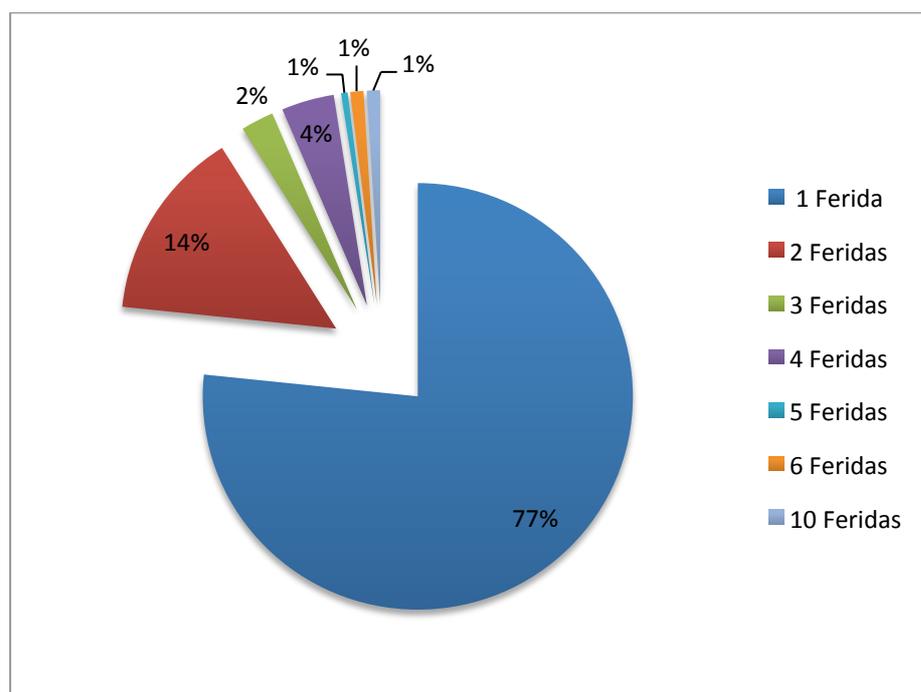
Quanto ao número de feridas temos desde o mínimo de uma até a um máximo de 10 (gráfico 4).

Gráfico 4 - Número de feridas



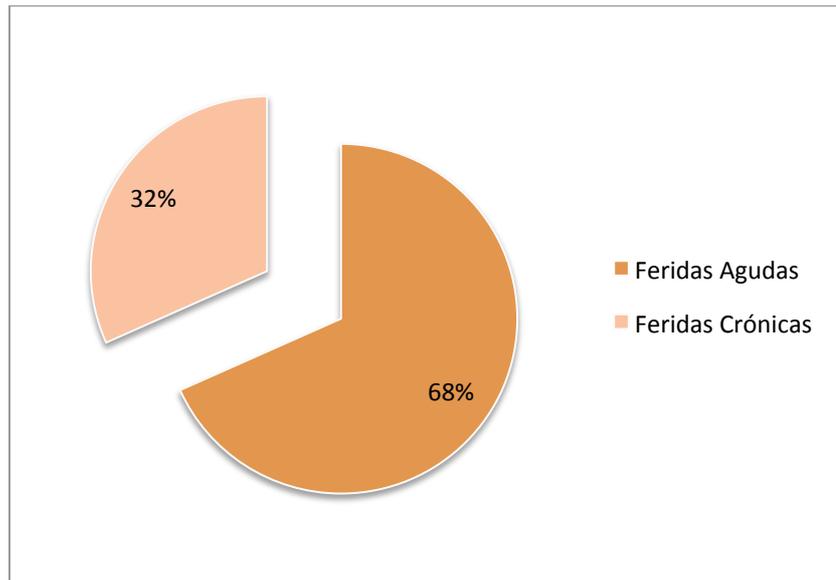
Dos 199 indivíduos, 77,4% apresentavam apenas 1 ferida e 14,6% apresentavam 2 feridas. Um indivíduo possuía 10 feridas no mesmo momento (gráfico 5).

Gráfico 5 - Número de feridas por utente



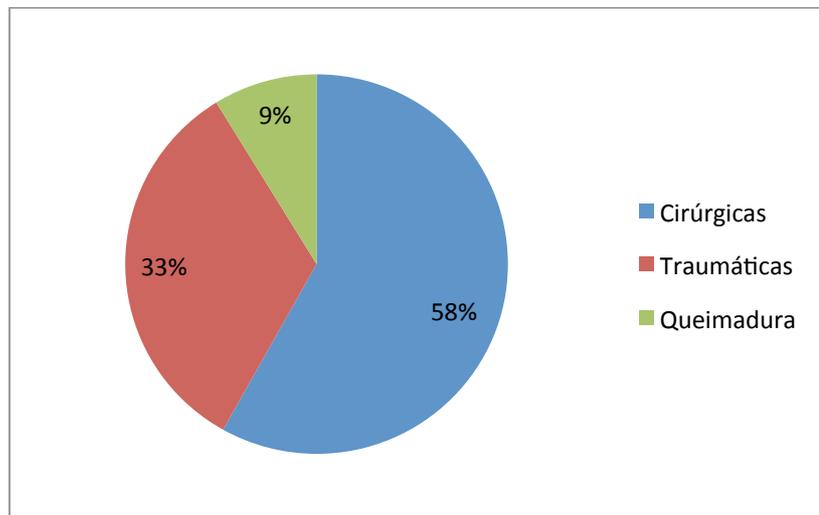
Nos utentes com várias feridas, foi sempre considerada uma como a principal.

Gráfico 6 - Tipos de feridas



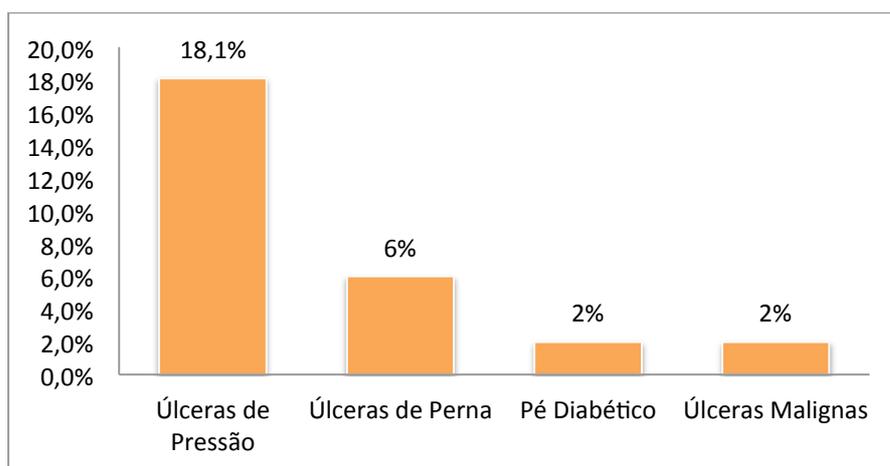
Quanto à etiologia da ferida principal surgiram as feridas agudas em primeiro lugar (gráfico 6), representando 68,3% do total: 39,7% cirúrgicas, 22,6% traumáticas e 6% queimaduras (gráfico 7).

Gráfico 7 - Tipos de feridas Agudas



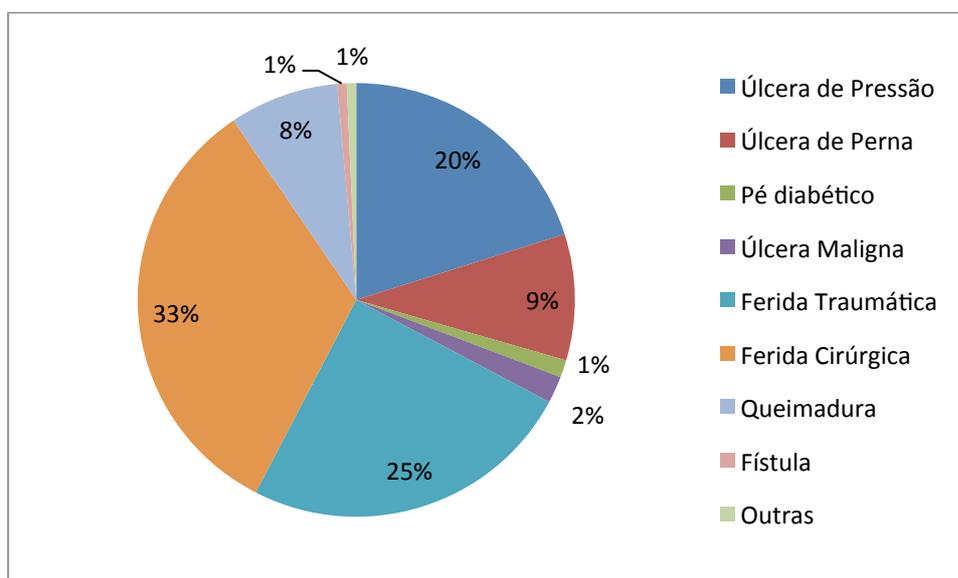
As úlceras de pressão, nas várias categorias, representaram 18,1% (gráfico 8), as úlceras venosas de perna 4,5%, as úlceras arteriais de perna 1,5% e as úlceras do pé diabético (neuroisquêmico e neuropático) 2%. Como ferida principal, as úlceras malignas apareceram com 2% e as lesões por humidade apenas com 1%.

Gráfico 8 - Tipos de feridas Crônicas



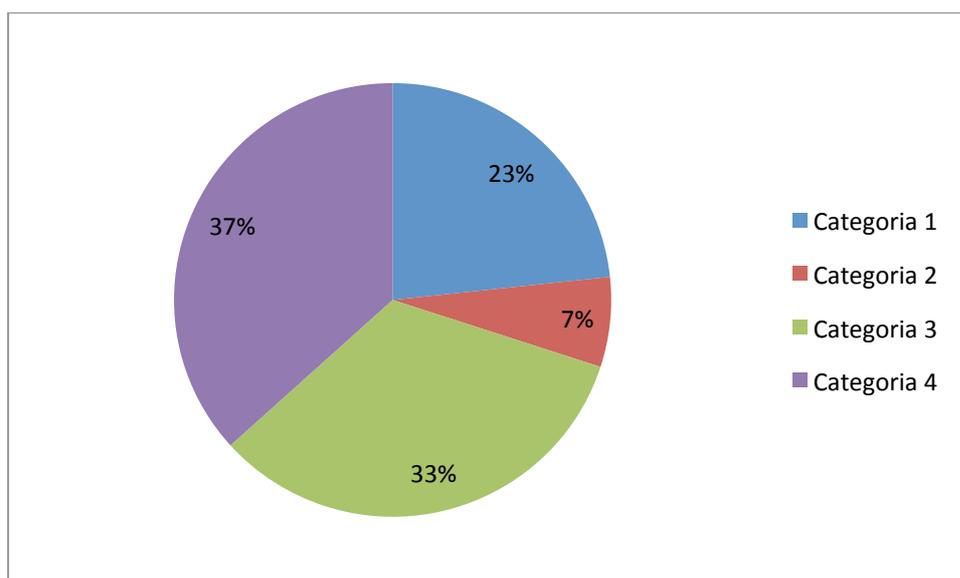
Isoladamente, os resultados dos centros de saúde e do hospital divergem. Assim, nos Centros de Saúde há um total de 149 indivíduos com ferida. Mesmo aqui as feridas cirúrgicas representam a maior fatia com 32,9%, logo seguidas das feridas traumáticas com 24,8%. Nas feridas crônicas temos com maior representatividade as úlceras de pressão com 20,1%, a seguir as úlceras de perna com 9,4% e o pé diabético com 1,3% (gráfico 9).

Gráfico 9 - Tipos de feridas nos Centros de Saúde



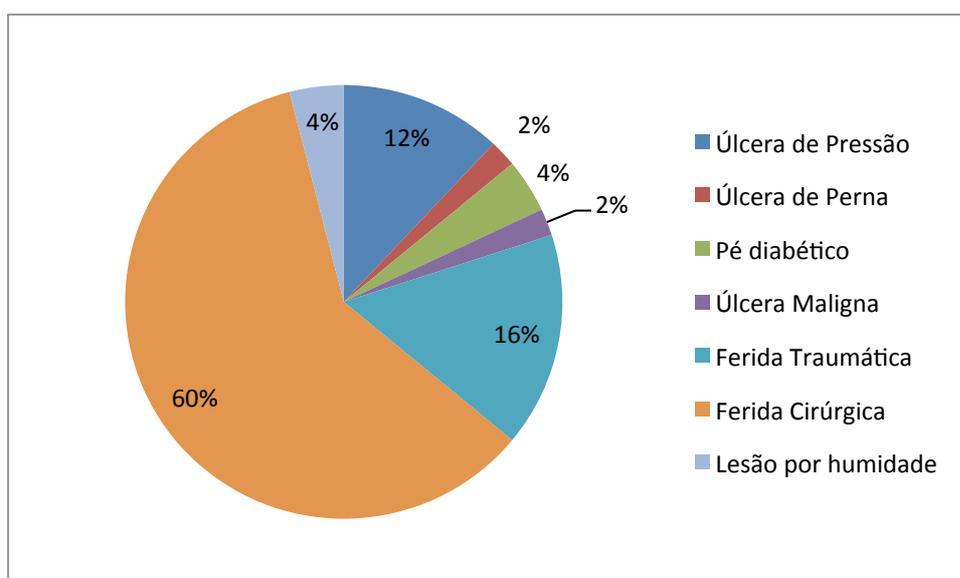
Ainda nos Centros de Saúde, consideramos pertinente apresentar os resultados em relação às categorias das úlceras de pressão registradas. Das 30 úlceras de pressão registradas, 7 (23,3%) são de categoria 1, 2 (6,7%) de categoria 2, 10 (33,3%) de categoria 3 e 11 (36,7%) de categoria 4 (gráfico 10).

Gráfico 10 - Categorias das úlceras de pressão nos Centros de Saúde



Já no hospital, há um total de 50 indivíduos com ferida. As feridas cirúrgicas representam 60%, seguidas das feridas traumáticas com 16%. Nas feridas crónicas temos, novamente, com maior representatividade as úlceras de pressão com 12%, o pé diabético com 4%, as úlceras por humidade também com 4% e as úlceras de perna com 2% (gráfico 11).

Gráfico 11 - Tipos de feridas no Hospital

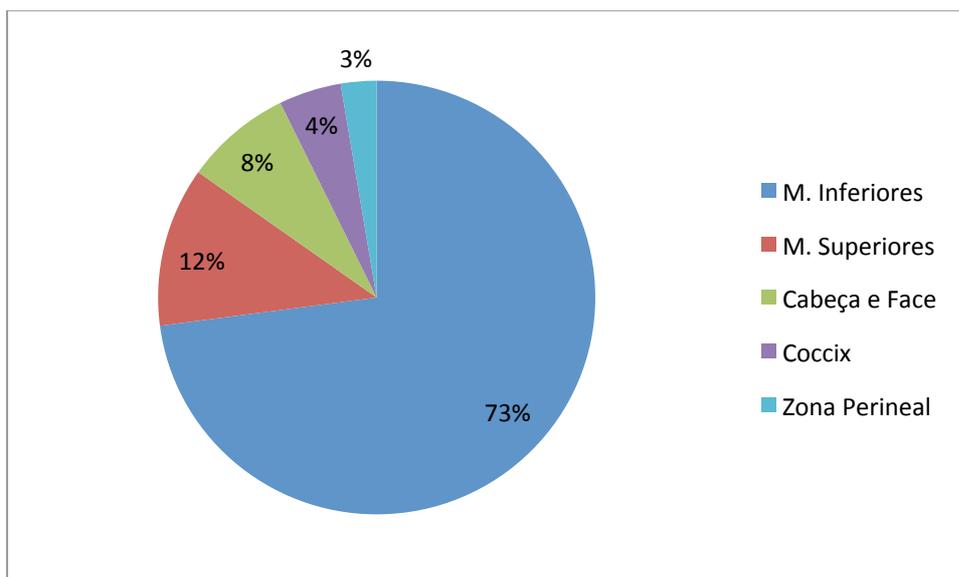


Ainda no Hospital, das 6 úlceras de pressão registadas, não houve qualquer registo de úlceras de pressão de categoria 1. As restantes categorias dividem-se em

33,3% para cada categoria, havendo um registo de 2 úlceras de pressão para cada uma delas.

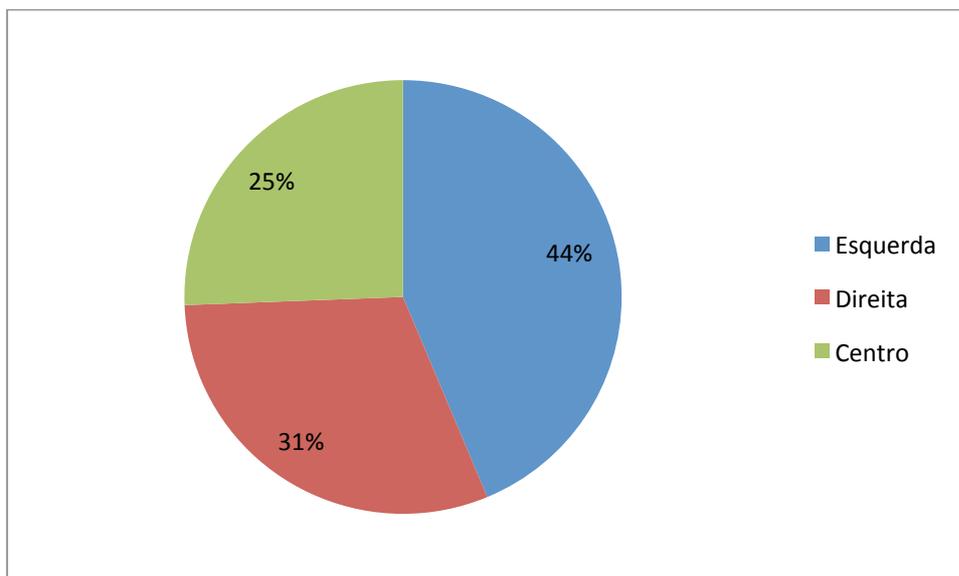
Voltando aos resultados globais, a localização da ferida principal, foi sobretudo ao nível dos membros inferiores, com um total de 55,2%, sendo a perna e o pé os locais mais afetados (gráfico 12). Os membros superiores somaram 9%. A cabeça e face 6%, a região do cóccix 3,5% e a zona perineal 2%.

Gráfico 12 - Localização das feridas



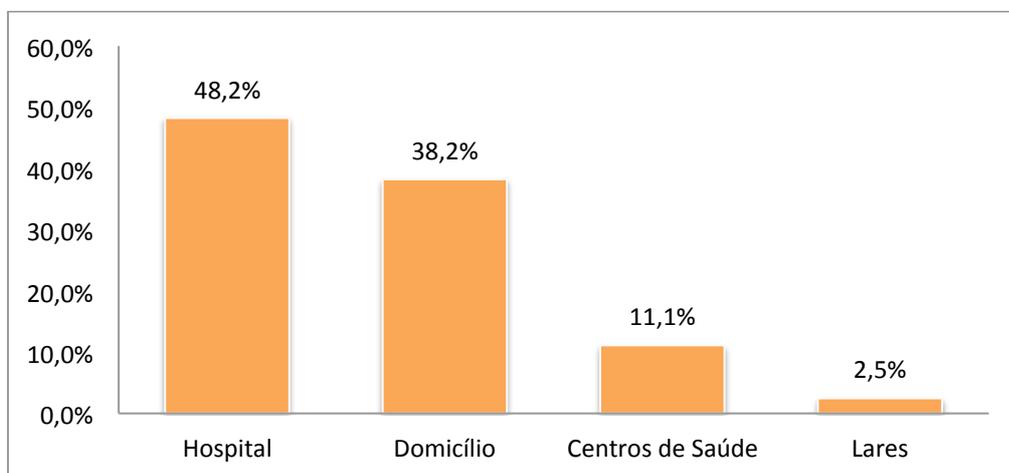
Verificou-se que quanto à sua lateralização 43,7% se situavam à esquerda, 30,7% à direita e 25,6% ao centro (gráfico 13).

Gráfico 13 - Lateralização das feridas



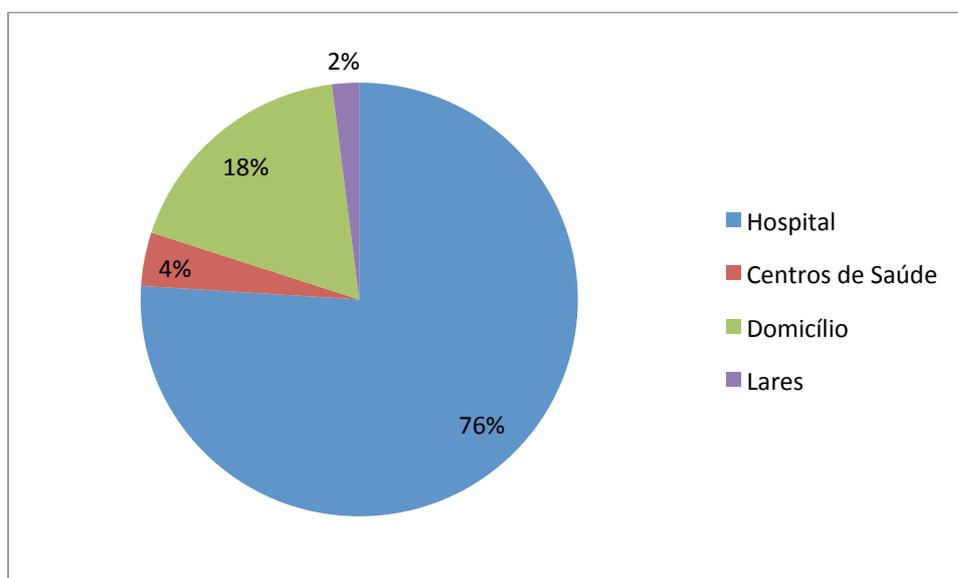
Quanto à origem da ferida principal, 96 (48,2%) aconteceram no hospital, 76 (38,2%) no domicílio, 22 (11,1%) nos Cuidados de Saúde Primários e, por fim, a necessitar de um estudo mais aprofundado, 5 (2,5%) apareceram nos lares.

Gráfico 14 - Origem da ferida principal (Geral)



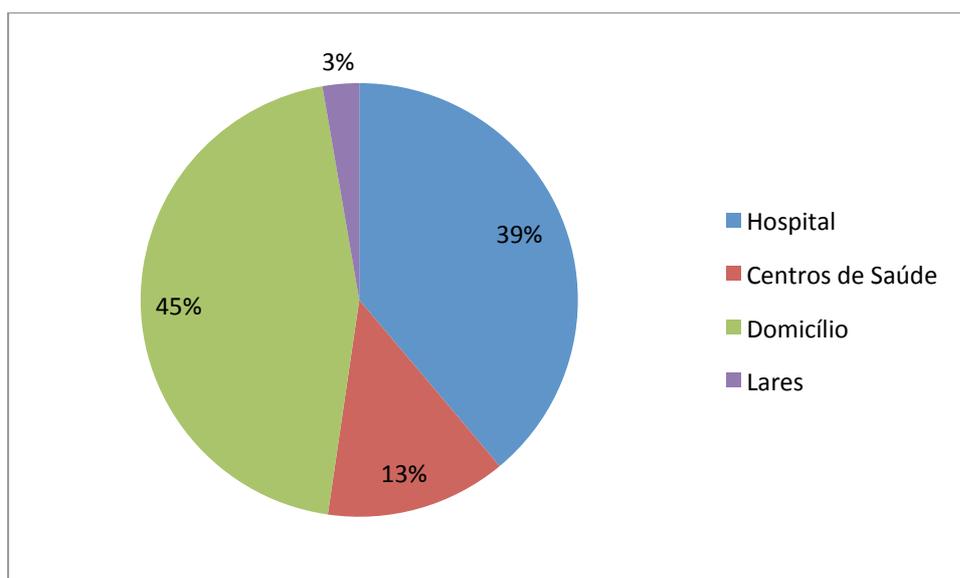
Agora discriminando pelos centros de saúde e o hospital, separadamente, vemos que nos cuidados diferenciados, 36% das feridas têm a sua origem no próprio Hospital. Têm origem no domicílio 18%, nos centros de saúde 4% e nos lares 2% (gráfico 15).

Gráfico 15 - Origem das feridas principais no Hospital



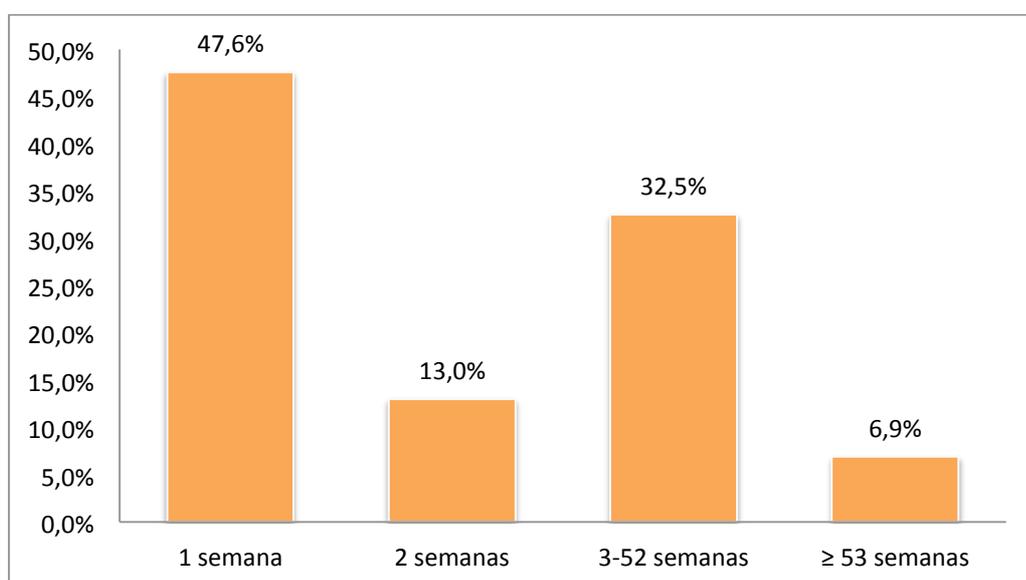
Nos próprios centros de saúde a origem principal das feridas é o domicílio com 45%. Segue-se-lhe o hospital 38,9%, na própria instituição 13,4% e nos lares com 2,7% (gráfico 16).

Gráfico 16 - Origem das feridas principais nos centros de saúde



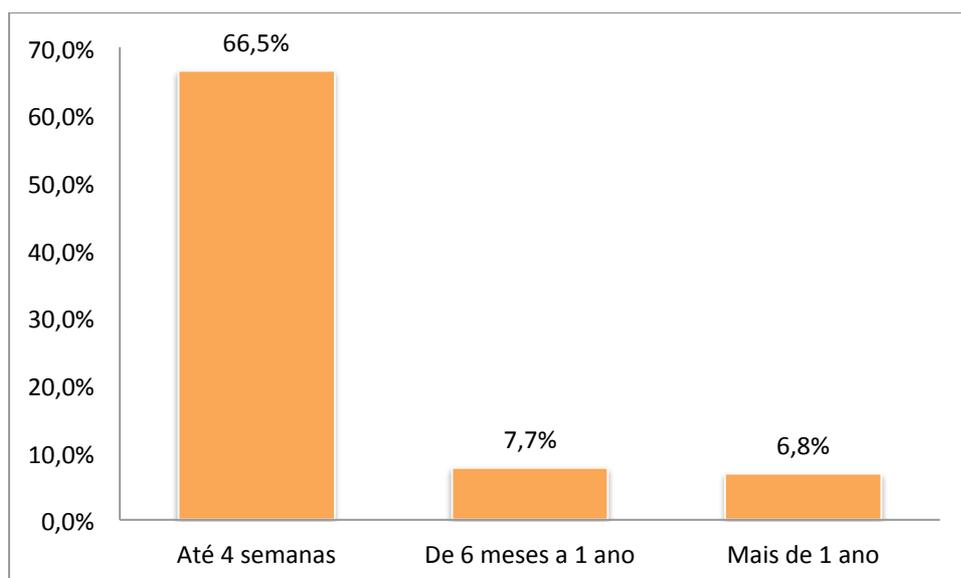
No conjunto dos resultados, as feridas principais apresentavam a duração mínima de 1 dia e máxima de 30 anos (1564 semanas). A média de duração das feridas foi de 6,8 meses (204,47 dias). Feridas de 1 ano de evolução representam 90,8%.

Gráfico 17 - Duração das feridas



As feridas de 1 semana de evolução constituíam 47,6% e 13% de 2 semanas de evolução. As feridas com uma evolução entre 3 e 52 semanas representam 32,5%. De notar que há registos de feridas com 2190 dias, 3285 dias, 5110 dias e, com 10950 dias (gráfico 18).

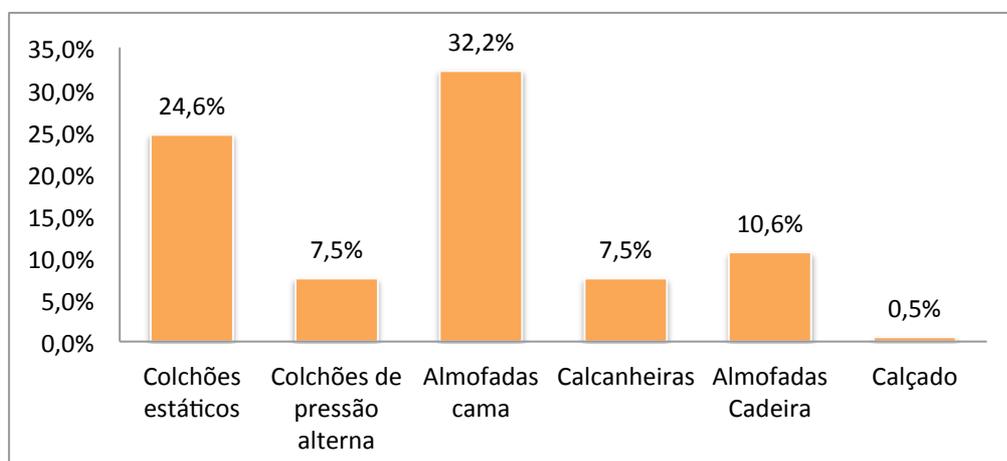
Gráfico 18 - Distribuição da evolução das feridas



### 4.3 Material de alívio de pressão e avaliação pela escala de Braden

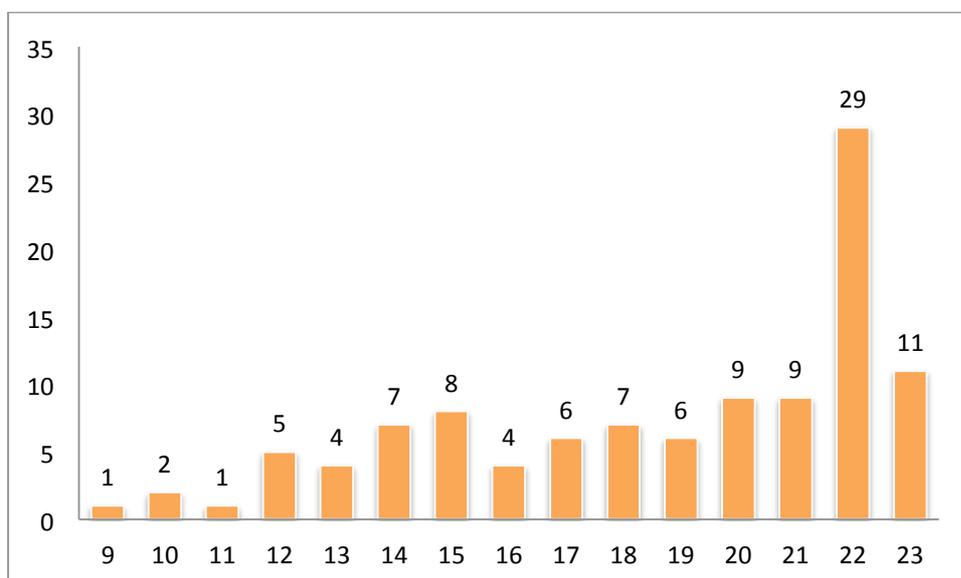
Nos resultados referentes ao material usado para diminuição da pressão temos que em 24,6% dos pacientes são utilizados colchões estáticos, em 7,5% colchões de pressão alterna; em 32,2% são também usadas almofadas para mobilização no leito e, em 7,5%, utilizam-se ainda calcanheiras. Em 21 (10,6%) dos pacientes são usadas almofadas para cadeira ou cadeirão e, em apenas 1 paciente, é utilizado calçado apropriado para diminuição de pressão (gráfico 19).

Gráfico 19 - Material de alívio de pressão



Dos 199 utentes com ferida, 109 (54,8%) têm registo do score da escala de Braden. Foi registado um score mínimo de 9 e de máximo 23, com uma mediana de 20 pontos. O desvio padrão ficou pelos 3,79 (gráfico 20).

Gráfico 20 - Distribuição dos scores obtidos pela escala de Braden



Fazendo a divisão entre alto e baixo risco da escala de Braden obtemos 32 utentes com score de alto risco (<17), 77 utentes com score de baixo risco ( $\geq 17$ ) e 90 sem registo (gráfico 21).

Gráfico 21 - Score da escala de Braden



Nesta escala, que é específica para as úlceras de pressão, considerámos pertinente apresentar os dados comparativos com os registos das úlceras de pressão.

Assim, obtivemos 26 registos da escala de Braden em utentes com úlceras de pressão (tabela 2).

Tabela 2 - Registo de scores da escala de Braden quanto à categoria da úlcera de pressão

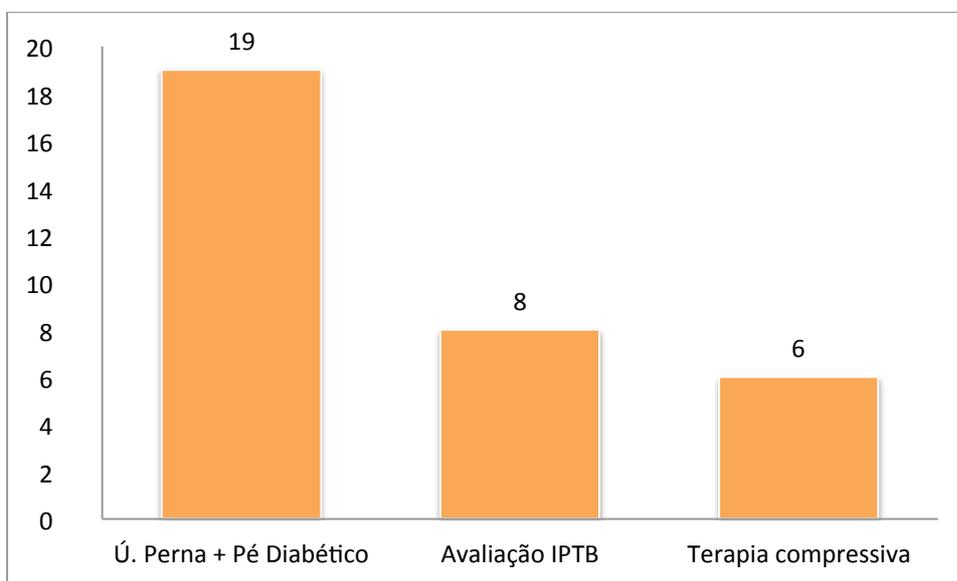
Score escala de Braden (n=26)										
	9	10	11	12	13	14	15	16	18	19
<b>Categoria I</b>	0	1	0	0	1	0	2	1	0	1
<b>Categoria II</b>	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
<b>Categoria III</b>	0	1	0	1	2	1	3	0	1	0
<b>Categoria IV</b>	1	0	1	3	0	3	1	0	0	0

Verifica-se que apenas 2 dos portadores, que pertencem à categoria I e III, apresentam um score de menor risco ( $\geq 17$ ). Todos os restantes têm scores de alto risco ( $< 17$ ).

#### 4.4 IPTB e Terapia Compressiva

Os utentes referenciados com úlcera de perna e pé diabético foram 19. A avaliação do Índice de Pressão Tornozelo Braço (IPTB) foi feita em 42% (8 casos) e obtidos 7 valores (gráfico 22).

Gráfico 22 - Dados relativos a: Ú. Perna, Pé diabético, avaliação do IPTB e Terapia compressiva



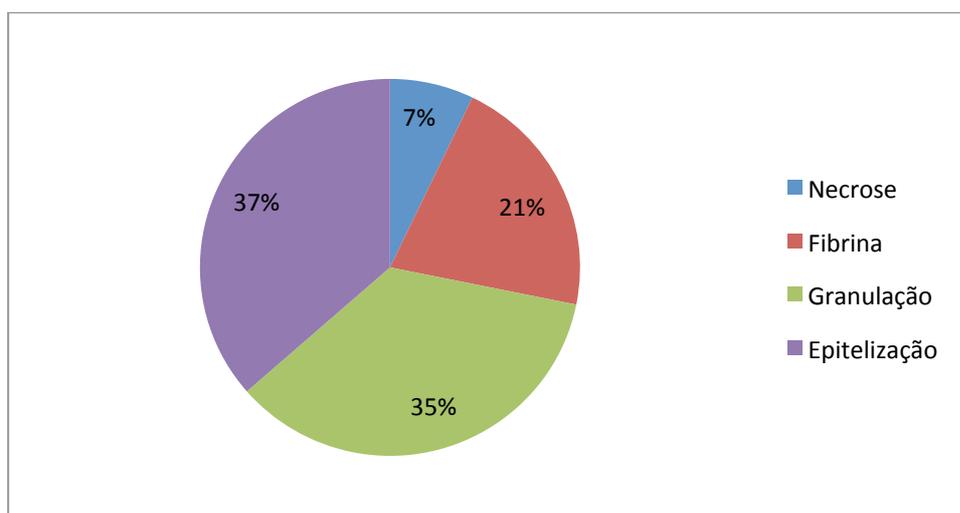
A terapia compressiva foi realizada em 6 casos, 5 com material elástico e 1 com material inelástico.

#### 4.5 Caracterização da ferida principal

Foi feita uma análise mais aprofundada relativamente às características das feridas principais. Quanto ao seu tamanho temos uma média de 33,7 cm<sup>2</sup>, tendo a maior ferida um registo de 1050 cm<sup>2</sup> e a mínima 0,12 cm<sup>2</sup>.

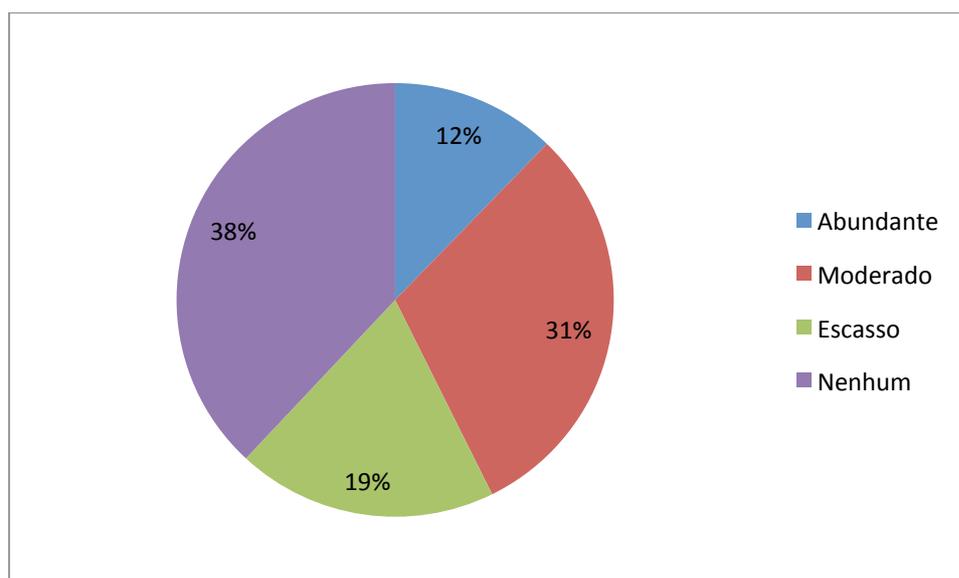
Quanto ao tipo de tecidos presentes nas feridas, temos que 7% apresentavam tecido necrosado, 20,6% tecido fibrinoso e 34,7% tecido de granulação. O tecido mais registado nas feridas, foi o de epitelização com 35,7% (gráfico 23).

Gráfico 23 - Tipo de tecido presente na ferida



Foi avaliada também a quantidade de exsudado: 12,1% das feridas com exsudado abundante, 30,2% com exsudado moderado, 19,1% com exsudado escasso e 37,7 sem nenhum exsudado (gráfico 24).

Gráfico 24 - Tipo de exsudado presente na ferida



Com estes dados podemos avaliar as feridas segundo a escala PUSH, em que se vê uma média de score de 9,4 [3.7], a moda de 8. Na tabela 3 são apresentados os scores da escala PUSH para as úlceras de pressão, úlcera de perna e feridas cirúrgicas.

Tabela 3 - Distribuição dos scores da escala PUSH pelas Ú. Pressão, Ú. Perna e F. Cirúrgicas

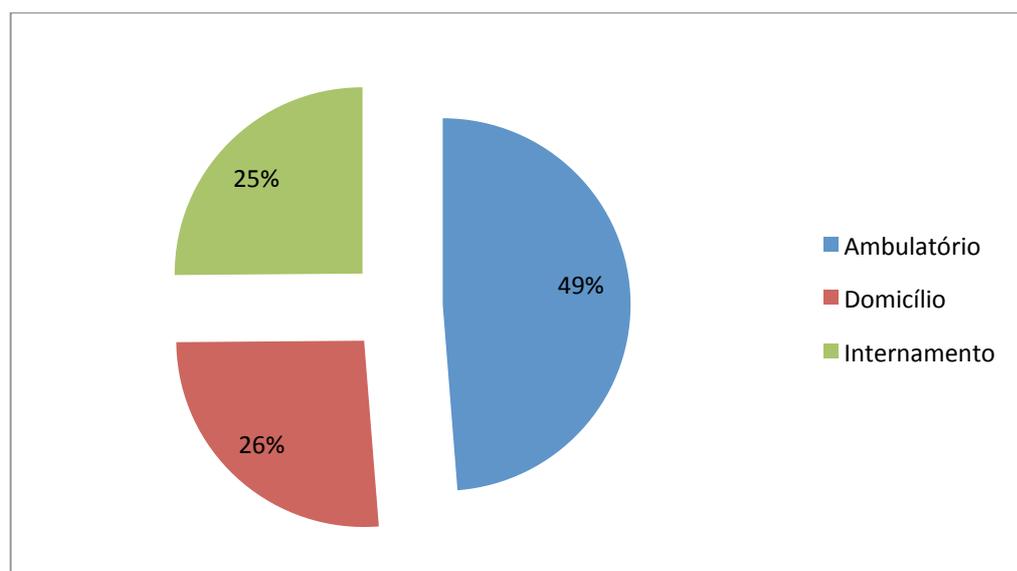
	Score escala PUSH															
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
<b>Ú. Pressão</b>	0	0	1	2	3	2	1	2	6	1	5	3	3	4	2	1
<b>Ú. Perna</b>	0	0	0	1	2	0	0	1	0	1	3	0	3	1	3	0
<b>F. Cirúrgica</b>	1	3	6	7	4	3	18	12	6	7	4	1	2	3	2	0

Verifica-se que nas úlceras de pressão, 27 têm  $PUSH \geq 9$  e 9 apresentam  $PUSH \leq 8$ . Nas úlceras de perna, 12 têm  $PUSH \geq 9$  e 3 apresentam  $PUSH \leq 8$ . Já nas feridas cirúrgicas, 37 têm  $PUSH \geq 9$  e 42 apresentam  $PUSH \leq 8$ .

#### 4.6 Local, tempo de deslocação e duração do tratamento.

O local onde são realizados os pensos é, em 48,7% dos casos no ambulatório; em 26,1% no domicílio e em 25,1% no internamento (gráfico 25).

Gráfico 25 - Local de realização dos pensos



O tratamento teve uma duração mínima de 5min e máxima de 120min (média de 17,9min).

O tempo de deslocação necessário para os profissionais de Saúde chegarem ao local da realização do penso, recolhido nos centros de saúde, foi de um mínimo de 5 min e de um máximo de 75 min (média de 28,8 min).

#### 4.7 Nível de dor na ferida

Para melhor sistematização, os resultados foram divididos em 5 categorias (0: sem dor; 1-3: dor ligeira; 4-6: dor moderada; 7-9: dor intensa; 10: dor máxima).

Obtivemos nos resultados globais, um total de 189 registos de nível da dor ao longo do dia: 49,2% dos indivíduos não referiram dor, 36% referiram dor ligeira, 11,6% sentiram dor moderada, 1,6% dor intensa e dor máxima, também 1,6%.

Ainda quanto a resultados globais, mas durante o tratamento, obtivemos 190 registos de dor. 31,1% dos indivíduos não referiram dor, 40,5% referiram dor ligeira, 18,5% sentiram dor moderada, 8% dor intensa e dor máxima, também 2,1% (tabela 4).

Tabela 4 - Comparação do nível de dor, ao longo do dia e durante o tratamento (Global)

NÍVEL DE DOR	Ao longo do dia		Durante o tratamento	
	Frequência	%	Frequência	%
Sem dor	93	49,2	59	31,1
Dor ligeira	68	36	77	40,5
Dor moderada	22	11,6	35	18,5
Dor intensa	3	1,6	15	8
Dor máxima	3	1,6	4	2,1

Neste item será pertinente, apresentar os dados mais específicos em relação às úlceras de pressão. Neste caso obtivemos 32 registos do nível de dor ao longo do dia: 62,5% dos indivíduos não referiram dor, 18,75% referiram dor ligeira, 12,5% sentiram dor moderada, 3,125% dor intensa e dor máxima, também 3,125%.

Durante o tratamento (das úlceras de pressão) obtivemos 33 registos do nível de dor: 33,3% dos indivíduos não referiram dor, 30,3% referiram dor ligeira, 21,2% sentiram dor moderada, 12,1% dor intensa e dor máxima 3% (tabela 5).

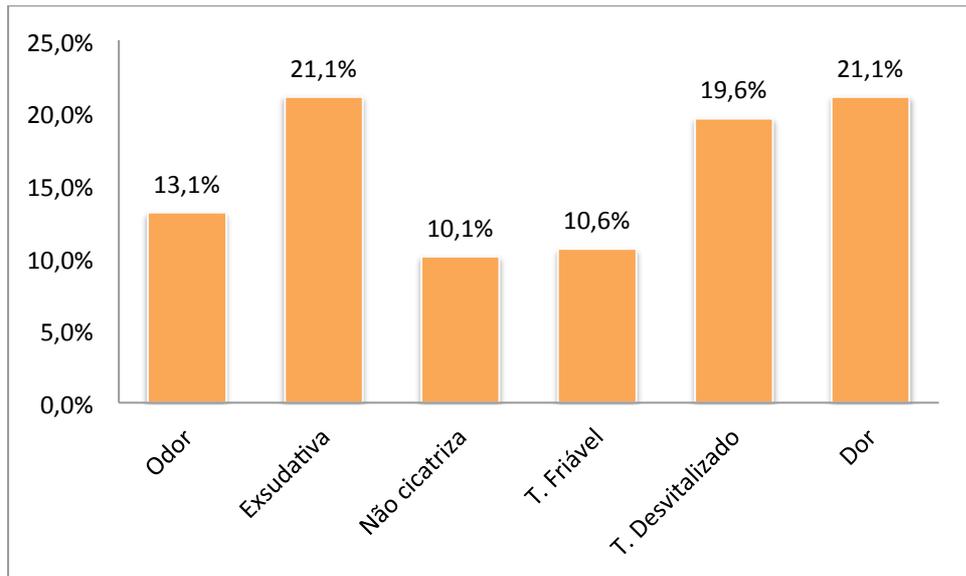
Tabela 5 - Comparação do nível de dor, ao longo do dia e durante o tratamento (úlceras de pressão)

NÍVEL DE DOR	Ao longo do dia		Durante o tratamento	
	Frequência	%	Frequência	%
Sem dor	20	62,5	11	33,33
Dor ligeira	6	18,75	10	30,3
Dor moderada	4	12,5	7	21,21
Dor intensa	1	3,125	4	12,1
Dor máxima	1	3,125	1	3

#### 4.8 Sinais de infeção presentes na ferida e diagnóstico de infeção

Quanto aos sinais de infeção foram contabilizadas 13,1% (26) das feridas com odor, 21,1% (42) exsudativas, 19,6% (39) com tecido desvitalizado, 10,6% (21) com tecido friável, 10,1% (20) feridas que não cicatrizam. Apresentavam dor na ferida 21,1% (42) dos utentes (gráfico 26).

Gráfico 26 - Sinais de infeção

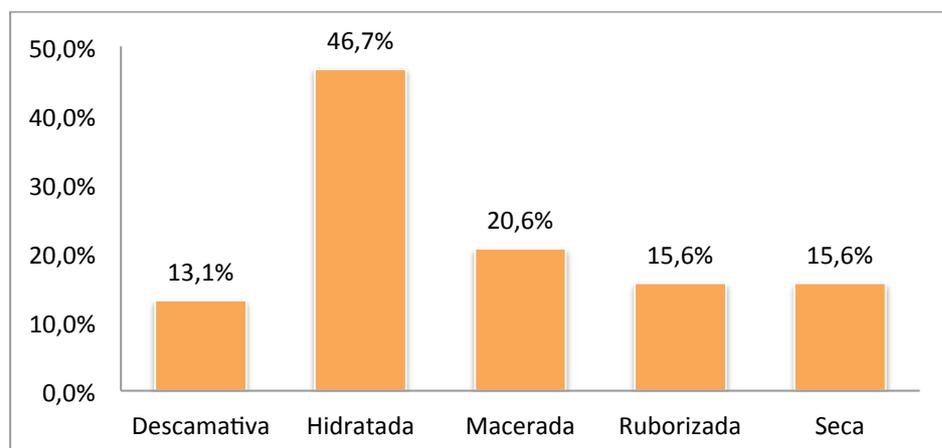


Em 39 das feridas foram realizados testes de diagnóstico de infeção dos tecidos profundos, e em 35 foram usados antibióticos.

#### 4.9 Pele circundante

Relativamente à pele circundante, 13,1% dos utentes tinham pele descamativa, 46,7% pele hidratada, 20,6% pele macerada, 15,6% pele ruborizada e, com a mesma percentagem, pele seca (gráfico 27).

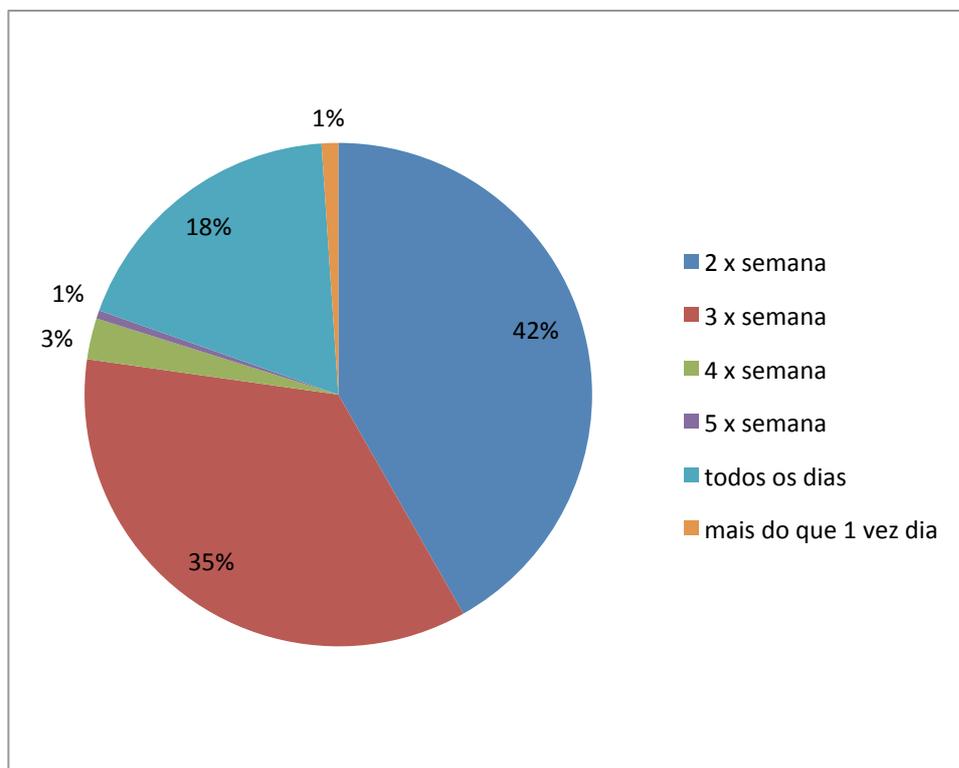
Gráfico 27 - Estado da pele circundante à ferida



#### 4.10 Frequência do penso

A maioria dos pensos é realizada 2 (39,7%) ou 3 (33,7%) vezes por semana. De notar que, 17,6% se efetua diariamente, mas somente 1% mais que uma vez ao dia (gráfico 28).

Gráfico 28 - Frequência do penso



#### 4.11 Material de penso usado

No material de penso usado para proteção e hidratação cutânea, em 2,5% dos utentes, são usados os ácidos gordos hiperóxigenados, a película polimérica em 1,5%, a película transparente em 3%. Quanto ao material absorvente temos: os alginatos com 2,5%, as hidrofibras com 10,6%, as espumas com 7,5%, os hidrocolóides com 7% (tabela 6).

Tabela 6 - Material de penso utilizado

	N=199	
	Frequência	%
Ácidos gordos	5	2,5
Alginato	5	2,5
Hidrofibra	21	10,6
Carvão ativado	5	2,5
Colagenase	14	7
Espuma	15	7,5
Hidrocolóide	14	7
Hidrogel	22	11,1
Iodo	51	25,6
Maltodextrina	7	3,5
P. Polimérica	3	1,5
P. Transparente	6	3
Polihexanida	1	0,5
Prata	13	6,5
Gaze	55	27,6
Gaze Gorda	6	3
Clorohexidina	9	4,5
Eosina	3	1,5
Antibiótico Tópico	2	1
Sulfadiazina	3	1,5
Creme Barreira	1	0,5
Água Oxigenada	1	0,5

Para controlo do odor, o carvão ativado aparece com 2,5%. Nos desbridantes o hidrogel (autolítico) é usado em 11,1% e a colagenase (enzimático) em 7% dos casos. Relativamente aos antissépticos: o iodo é utilizado em 25,6% das feridas, a polihexanida em 0,5%, a prata em 6,5%. De notar que a clorohexidina é usada em 4,5% dos tratamentos, o antibiótico tópico em 1%, a sulfadiazina em 1,3% e o peróxido de hidrogénio em 0,5%. A promotora de cicatrização, a maltodextrina, é usada em 3,5% das situações. Pensos realizados com gaze representam 27,6% e com gaze gorda 3%. De registar o uso de eosina em 1,5% dos pensos.

## **5. Discussão de resultados**

As prevalências a que chegámos neste estudo encontram-se dentro dos parâmetros encontrados em vários outros estudos. De maneira geral, até mais positivos. Em Portugal o primeiro estudo, teve uma prevalência, de úlceras de pressão, de 31,1% e de 12,5% (Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007). Hurd & Posnett (2009) no Canadá, chegaram a uma prevalência de 2% em hospitais, sendo a nossa de 0,24%. Na Irlanda, no estudo de Mcdermott-Scales, Cowman & Gethin (2009), a prevalência foi de 0,2%, em feridas crónicas, nos cuidados da comunidade, contra os 0,02% que obtivemos nos centros de saúde. Os nossos resultados equiparam-se com os estudos realizados por Jiang, Huang, Fu, Liu, Ran & Lu (2011), na China, em que se obteve uma prevalência de 0,17% de feridas crónicas em hospitais. E, por fim, no estudos de Mäkelä, et al.(2010), na Finlândia, 0,1% foi a prevalência de feridas crónicas, estudo este semelhante ao nosso.

Através da moda (80 anos), podemos ver que há uma maior ocorrência de feridas em indivíduos com uma idade avançada, nesta amostra. Um ponto positivo que podemos retirar daqui será que não foram registadas feridas em indivíduos menores de 18 anos, mesmo tendo este estudo englobado cinco centros de saúde e o serviço de pediatria do hospital de Bragança.

Sabemos que a idade intervém de uma maneira importante nos mecanismos da pele. Tendo uma amostra com idade avançada como a nossa, sabemos que teremos mais indivíduos com problemas tais como: regressão e desorganização capilar, diminuição da perfusão sanguínea, resposta inflamatória reduzida, redução da sensibilidade à dor, entre mais (McCullch, 2010).

De acordo com Fletcher, fator de risco pode considerar-se uma característica inata ou adquirida de um indivíduo, que se associa ao aumento da probabilidade de este vir a sofrer ou falecer de determinada doença ou condição (Fletcher, SW, & EH, 1996).

Os resultados referentes aos fatores de risco e comorbilidades, foram de encontro ao panorama geral, mundial. Sabemos que patologias sistémicas não controladas têm um impacto negativo na prevenção e na cicatrização das feridas

(McCulloch, 2010). Temos o caso da Diabetes, que em 2050 afetará 260 milhões de pessoas no mundo e é a principal causa de amputações dos membros inferiores nos Estados Unidos. Sabemos também que tem um impacto importante na microcirculação, agravando a arterioesclerose (McCulloch, 2010). No estudo de Lauterbach, Kostev & Kohlmann (2010), a utentes com diabetes tipo 2, a prevalência de fatores de risco, como história de feridas nos pés, doença vascular periférica ou micoses dos pés, foi superior à prevalência do síndrome do pé diabético.

Um fator de risco de grande importância é também a incontinência. Num estudo espanhol (Agreda, Bou, & Soriano, 2007), em que se estudaram indivíduos com úlceras de pressão, foi também destacado este fator de risco obtendo-se resultados a nível de cuidados primários de 14,7% de indivíduos com incontinência vesical, e de 1,9% de indivíduos com incontinência fecal. A nível hospitalar foi estimado 15,5% de indivíduos com incontinência vesical e 13,0% de indivíduos com incontinência fecal. Existem indicadores que referem que 80% a 90% dos pacientes com úlceras de pressão sofrem de algum tipo de incontinência, sendo a região sagrada uma das mais afetadas. O estudo de Andrade, Pereira, Santos & Saldanha (2010) registou que em 62% dos utentes com úlceras de pressão era a região sacrococcígea que estava comprometida. Neste momento, a incontinência está a ser uma das questões de maior debate enquanto principal causa de aparecimento de lesões na região sagrada: se úlceras de pressão, lesões por humidade ou uma combinação destas (Agreda, Bou, & Soriano, 2007).

A relação porém, entre a incontinência urinária e o aparecimento de úlceras de pressão ainda não está claramente esclarecida. No entanto, no caso da incontinência fecal, esse risco aumentado pode ser relacionado, provavelmente, com a contaminação da pele por sais biliares, bactérias e suas toxinas, alteração do pH. Tudo isto em conjunto com a humidade (Dharmarajan, 2002).

Obtivemos os nossos valores, sem a separação das valências, chegando, em ambos os casos, a um valor de 9,5% de indivíduos com incontinência. Um valor já elevado e que suscita alguma estranheza pelo facto de apenas haver 1% de feridas por humidade, em 5,5% de feridas localizadas no cóccix e zona perineal.

Um aspeto que poderá originar outros tipos de estudos mais aprofundados, é o dado que nos indica que 17,1% dos indivíduos apresentam outras doenças que englobam patologias como: doença mental, parkinson, doenças infecciosas... Como

sabemos a mobilidade deteriorada ou restrita é um importante fator de risco intrínseco para o aparecimento de úlceras de pressão (Dharmarajan, 2002), e este fator é uma constante nos indivíduos com este tipo de patologias. Estas patologias podem afetar também os movimentos espontâneos noturnos, que como sabemos são de grande importância para a prevenção de úlceras de pressão. Estudos indicam que pessoas com mais de 50 movimentos noturnos não desenvolvem úlceras de pressão; em contrapartida, 90% dos que efetuam menos de 20 movimentos noturnos desenvolvem pelo menos uma úlcera de pressão (Dharmarajan, 2002). Um estudo realizado num hospital universitário de São Paulo (Brasil), estudando a possível relação entre úlceras de pressão e o tempo de internamento verificou que, os indivíduos que desenvolveram UP apresentavam uma média de 8,9 dias de internamento, mas ressalva que em 36,9% da amostra as úlceras de pressão surgiram com uma duração de internamento inferior a cinco dias (Rogenski & Santos, 2005). Num outro estudo, sobre prevalência de úlcera de pressão numa Unidade de Cuidados Intensivos observaram que cerca de 50% das UP surgiram entre o 2º e 4º dia de avaliação na primeira semana (Matos, Duarte, & Mineto, 2010).

É um sinal positivo que 92% dos indivíduos com ferida apresentam, apenas, 1 ou 2 feridas, uma percentagem maior do que os 79,8% referentes a um estudo Irlandês (McDermott-Scales, Cowman, & Gethin, 2009), não descurando o facto de haver um registo de um indivíduo com 10 feridas no mesmo momento. As feridas crónicas representam 32%, sendo 18,1% úlceras de pressão. Menos que num estudo efetuado na Irlanda cujo valor foi 26,2%. Os resultados são também menores na comparação das úlceras de perna (incluindo pé diabético) em que temos 8% contra 19% do estudo Irlandês (McDermott-Scales, Cowman, & Gethin, 2009). Como referimos anteriormente, há necessidade de outros estudos para aprofundar o facto de apenas haver o registo de 1% de úlceras por humidade e concomitantemente uma grande taxa de incontinência. Pela aplicação do teste de independência de qui-quadrado conclui-se que o número de feridas é significativamente independente da unidade de saúde; a distribuição do número de feridas por utente com feridas é significativamente superior ( $p < 0,001$ ) no Hospital do que nos Centros de Saúde.

Comparando a dispersão das úlceras de pressão nas 4 categorias, registadas nos Centros de Saúde, temos uma percentagem maior (36,7%) de úlceras de pressão de categoria 4, do que no estudo espanhol (Agreda, Bou, & Soriano, 2007) em que foi

obtida 13,7%. No entanto temos uma maior percentagem de úlceras de pressão de categoria 1 (23,3%) em relação a esse estudo (14,9%). E este supera-nos em muito os valores obtidos com as úlceras de pressão de categoria 2 (34,2% contra 6,7%), e categoria 3 (36,6% contra os nossos 33,3%). Em relação aos hospitais, não temos dados suficientes para efetuar uma comparação fidedigna.

Quanto à origem das feridas os resultados deveriam ser suportados por estudos mais aprofundados visto que, tanto nos resultados globais como nos parcelares, os lares aparecem com percentagens residuais. Contrariamente ao que nos demonstram outros estudos como o de Tannen, Dassen & Halfens (2008) que chegaram a valores de 31,4% de prevalência em lares na Holanda e de 6,4% em lares na Alemanha. Já no estudo de McDermott-Scales, Cowman & Gethin (2009) na Irlanda chegou-se a uma prevalência total, só considerando os lares privados, de 14,6%, e de 9,5% só considerando os lares públicos. Os nossos dados vão de encontro (a confirmar a tendência) ao estudo realizado em Espanha, por Agreda, Bou & Soriano (2007). Nos centros de saúde a principal origem das feridas, nesse estudo, foi no domicílio com 61,3%; no nosso também, apesar de ser com 45%. Seguidamente vem o hospital com 22,4%, tal como no nosso estudo com 38,9%. É apresentado também um valor mais baixo quanto aos lares com 5%; e no nosso foi de 2,7%. Já nos hospitais, a principal origem, nesse estudo, é nos próprios hospitais com 59,4%; no nosso, também, mas com 76%. Seguidamente vem o domicílio, tal como no nosso estudo, com 23,7% e nós com 28% e os lares com 6,7% e nós com 2%.

Os dados obtidos na duração das feridas parecem-nos animadores se compararmos, também, com o estudo Irlandês McDermott-Scales, Cowman & Gethin (2009). Neste foi dada uma duração até 4 semanas em 38,2% das feridas, enquanto nós 66,5%. Entre 6 meses a 1 ano 24,5% contra os 7,7% do nosso estudo. Feridas com evolução há mais de 1 ano, 15,9% contra os nossos 6,8%. Em ambos os estudos há o registo máximo de feridas com uma evolução de 30 anos.

Quanto ao facto de a maior percentagem das feridas ter duração de 1 semana, o resultado vai de encontro ao que nos indica haver uma maior percentagem de feridas agudas. Este será o tempo “ideal” de tratamento nas feridas cirúrgicas e traumáticas, sem complicações.

Quanto ao material de alívio de pressão, podemos ver o uso de colchões de pressão alterna em 15 (7,5%) indivíduos mas temos o registo de 32 indivíduos com score de alto risco na escala de Braden, havendo também o registo de 36 úlceras de pressão. Também em 15 (7,5%) dos indivíduos existe o registo do uso de calcanheiras, estando já o seu uso desaconselhado/contraindicado (EPUAP, 2009). Com apenas 1 registo de uso de calçado apropriado para o pé diabético, vemos que também há um défice de uso deste material, até porque há registo de 4 indivíduos com pé diabético.

No registo da escala de Braden, encontramos também dados importantes: desde logo que 90 indivíduos não tinham registo desta escala, sendo uma escala aprovada e aconselhada pela Direção Geral de Saúde para avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Analisando os scores da escala de Braden com as úlceras de pressão, vemos também que existem 10 indivíduos com úlcera de pressão que não têm registo da escala de Braden. De notar que existem 2 registos da escala de Braden, com scores de baixo risco que, no entanto, apresentam úlceras de pressão.

A avaliação do IPTB foi feita em 42% dos casos de úlcera de perna, necessitando de mais estudo para avaliar se é por falta de formação/conhecimento na avaliação do IPTB, ou não acesso ao material necessário (doppler). O tratamento com terapia compressiva, quando aplicado, é feito em 86% dos casos com ligaduras elásticas, quando a evidência demonstra que as ligaduras inelásticas têm maior eficácia (Andriessen & Abel, 2013).

Quanto aos valores da escala PUSH, podemos ver que das 36 úlceras de pressão registadas, 27 apresentam um  $PUSH \geq 9$ , o que indica que 75% das úlceras de pressão estão em mau estado. Pelo contrário, analisando as feridas cirúrgicas vemos que das 79 registadas, 42 apresentam um  $PUSH \leq 8$ , o que indica que 53% das feridas cirúrgicas estarão em bom estado.

Analisando o local onde são feitos os pensos vemos que, maioritariamente, são realizados em ambulatório e no domicílio, sendo por isso, importante, que na escolha do material isso seja tido em conta. Quanto ao tempo gasto na realização do penso, temos um tempo mínimo de 5 min, que não nos parece ser tempo suficiente para uma avaliação global da pessoa com ferida. O tempo médio, que é de 17,9 min, deve ser tido em conta no planeamento dos serviços em relação às horas de Enfermagem necessárias para atingir cuidados de qualidade. Nas deslocações ao domicílio temos valores normais

de deslocações em zonas em que as localidades se encontram dispersas por uma vasta área, e com pouca densidade populacional não justificando por isto a abertura de novas unidades de proximidade.

Em relação à dor, os dados clarificam-nos de alguma maneira a situação e por conseguinte, deixam-nos também dúvidas que será importante esclarecer. Nos dados globais podemos ver que, ao longo do dia, cerca de metade dos indivíduos que responderam, não experienciam qualquer grau de dor. Uma percentagem, elevada (47,6%), experienciam dor ao longo do dia, ainda que de ligeira a moderada. Seria benéfico saber se, sendo este tipo de dor ligeira a moderada, poderia ser facilmente eliminada apenas com antiálgicos da base da escada analgésica. É problemático haver 6 indivíduos que experienciam dor intensa a máxima ao longo do dia, evidenciando total descontrolo da dor.

Os dados apresentam grandes alterações quando analisamos os níveis de dor durante o tratamento. Aqui a dor cresce em todos os níveis ao longo do dia, mas sofre um aumento mais demarcado no nível de dor intensa, em que em vez de 3 passa a haver 8 pessoas com este nível de dor. Aqui seria importante saber a causa e se está a ser usada a escada analgésica. Estudos revelam que entre 34,8% a 68,1% dos utentes referem dor na troca/retirada de penso (Pieper, Langemo, & Cuddigan, 2009), por vários fatores que devem ser levados em conta: técnica de penso, material usado, tipo de penso utilizado, temperatura dos solutos usados e outros mais.

Sabemos que nas úlceras de pressão, devido ao elevado grau de destruição de tecido que pode haver, principalmente nas categorias III e IV, a avaliação do nível da dor é de extrema importância. Com os dados obtidos vemos que a avaliação foi feita, ao longo do dia a 32 indivíduos e, durante o tratamento a 33 indivíduos dos 36 registos de úlcera de pressão. Ao longo do dia, 62,5% dos indivíduos que responderam, não experienciavam qualquer grau de dor. Quase um terço (31,25%), experienciaram dor ao longo do dia, ainda que ligeira a moderada. Aqui novamente, como para trás referido, seria benéfico saber se, sendo este tipo de dor ligeira a moderada, a mesma poderia ser facilmente eliminada apenas com antiálgicos da base da escada analgésica. Ainda assim, 2 indivíduos experienciaram dor intensa a máxima ao longo do dia, evidenciando total descontrolo da dor.

Os dados, também pioram quando passamos à fase da realização do tratamento. Vemos que, baixam para um terço os indivíduos que não experienciam qualquer tipo de dor; 17 indivíduos passam a ter dor ligeira a moderada, em vez de 10; quadruplicam os indivíduos com dor intensa, revelando novamente descontrolo da dor. Estudos revelam que 68,1 % dos pacientes, com úlcera de pressão, vêm a sua dor agravada com a mudança de penso (Pieper, Langemo, & Cuddigan, 2009), pelos motivos já enumerados.

Dados que necessitariam de estudos mais aprofundados serão também os referentes aos sinais de infeção, diagnóstico de infeção e terapia realizada. Analisando apenas os dados que apresentamos, há uma visão animadora, visto que, como pelo menos em 42 feridas há um sinal, foram efetuados 39 diagnósticos de infeção dos tecidos profundos e usados antibióticos em 35. A necessidade dos estudos justifica-se para se aferir, se os antibióticos que foram administrados, o foram somente nos casos em que foi feito o diagnóstico.

Quanto à pele circundante, apesar de uma grande parte dos doentes apresentar pele hidratada (46,7%), a percentagem referente à pele macerada (20,6%) necessita de atenção, podendo dever-se ao tipo de material de penso usado que não absorve convenientemente o exsudado. A percentagem de pele seca (15,6%) também se poderá melhorar com o uso de material de penso existente.

Quanto à frequência do penso: se melhorar a qualidade dos pensos poderá diminuir a frequência e melhorar a qualidade de cicatrização e da pele envolvente. Pela aplicação do teste de independência de qui-quadrado conclui-se que a frequência de realização do penso é significativamente superior ( $p < 0,001$ ) quando associado ao contexto clínico, isto é, a frequência de mudança de penso é superior no Hospital do que nos Centros de Saúde, como seria espectável. Estarão a trocar cedo demais os pensos, a aplicá-los mal... Também os custos são uma componente a ter presente.

Morison (2004) indica 3 ambientes que afetam o tratamento de feridas: ambiente sociopolítico, ambiente sistémico e ambiente local da ferida. Com isto vemos que a escolha do penso é de vital importância para haver um tratamento efetivo das feridas retirando o máximo rendimento tanto do investimento aplicado na compra como das próprias características do material.

Talvez pela proximidade a Espanha, onde o uso dos ácidos gordos hiperoxigenados é habitual, são também aqui usados em algumas ocasiões.

Identifica-se ainda o uso de Eosina a 2%, usado como antisséptico, mas com uma efetividade limitada nesse campo visto que a solução aquosa é facilmente contaminada por bactérias patogénicas (MSF, 1993). É por isso usado como um agente secante, com todas as contraindicações associadas para a pele. Devido à sua coloração pode também dissimular ou esconder outros sintomas na pele, onde aplicada. Não podemos descurar que é também classificada como agente cancerígeno, categoria 3, pela Agência Internacional de Pesquisa do Cancro (IARC, 2014).

## **6. Conclusão**

Queremos pensar, que chegando a este ponto, conseguimos acrescentar um pouco mais na investigação a esta temática ainda pouco desenvolvida, até mesmo a nível mundial.

Podemos afirmar que conseguimos atingir os objetivos propostos ainda que, felizmente tenham surgido questões importantes que merecem ser esclarecidas e que servirão de base para outros estudos. Além disso, acreditamos que novos estudos no mesmo contexto de assistências devem avaliar outros fatores de risco e intervenções para prevenção de feridas, além daqueles que foram por nós identificadas.

Por se tratar de um estudo transversal, com utilização de dados secundários e ainda, por não existir um método estandardizado estabelecido para determinar os valores de prevalência, este estudo apresenta algumas limitações. Nem todos os resultados podem ser comparados devido às discrepâncias existentes no desenvolvimento de cada investigação, nas metodologias aplicadas e instrumentos utilizados pelos outros investigadores. Ainda assim, espera-se com esta investigação que as evidências aqui divulgadas e discutidas possam contribuir para maior compreensão das questões que envolvem as feridas ao nível nacional e auxiliar o planeamento das ações de prevenção capazes de diminuir a prevalência de feridas na população.

Outras limitações ao estudo foram a dificuldade na obtenção das autorizações das comissões de ética; a organização dos tempos para a colheita de dados dada a necessidade e colheita simultânea; a disponibilidade dos serviços e dos profissionais que colaboraram na colheita de dados, com taxas de ocupação elevadas.

Queremos pensar que com este estudo, conseguimos dar um importante contributo para que melhor seja avaliado este ambiente complexo e amplo da génese e evolução das feridas e para que, conseqüentemente, sejam ministrados mais e melhores Cuidados de Saúde, seguindo o caminho da excelência.

## Referências Bibliográficas

- Agreda, J. J., Bou, J.-E. T., & Soriano, J. V. (2007). *Epidemiología, coste y repercusiones legales de las úlceras por presión en España, años 2005-2006*. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas/SmithandNephew.
- Alves, P., Mota, F., Ramos, P., Vales, & Lúcia. (2013). Epidemiologia das Úlceras de Pressão: interpretar dados epidemiológicos como indicador de qualidade. *Revista Servir*, 11-18.
- Andrade, P., Pereira, F. S., Santos, L., & Saldanha, M. H. (2010). Úlceras de pressão: casuística de um Serviço de Medicina Interna. *Artigos Originais*, 13-20.
- Andriessen, A., & Abel, M. (2013). Experimental study on efficacy of compression systems with a high static stiffness index for treatment of venous ulcer patients. *Veins and Lymphatics*, 2:e8, 22-25.
- Augusto, B. M., & Almeida, Z. M. (1999). *Preservar a integridade cutânea-uma prioridade! In Feridas e Úlceras Cutâneas*. Coimbra: Edições Formasu, Formação e Saúde, Lda.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2003). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução às teorias e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Broderick, N. (2009). Understanding chronic wound healing. *The Nurse Practitioner: The American Journal of Primary Health Care*, 16-22.
- Catherine VanGilder, M. B., Stephanie Amlung, P. R., & Patrick Harrison, B. (Novembro de 2009). Results of the 2008 – 2009 International. *OSTOMY WOUND MANAGEMENT*, 39-45.
- CENSOS 2011*. (2011). Obtido em 10 de Novembro de 2013, de Instituto Nacional de Estatística:  
[http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011\\_apresentacao](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao)
- Delaunois, W. e. (1991). Prévention et traitement des escarres. *Soins infirmiers*, 34-53.

- Dharmarajan, T. S. (2002). Pressure Ulcers: Clinical Features and Management. *Hospital Physician*, 64-71.
- EPUAP, N. . (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Falanga, V. (2005). Wound healing and its impairment in the diabetic foot. *The Lancet*, 1736-1743.
- Familiar, M. d. (2008). *Investigação Passo a Passo– Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica*. Lisboa: Focom XXI, Lda.
- Ferreira, P. L., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de Úlceras de Pressão - Implementação Nacional da escala de Braden*. Loures: Editora Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fletcher, R., SW, F., & EH, W. (1996). *Clinical Epidemiology - The Essentials* (3rd edition ed.). Baltimor, Maryland - USA: Williams & Wilkins.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *FUNDAMENTOS E ETAPAS DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO*. Loures: LUSODIDACTA - Soc. Porto de Material Didáctico, Lda.
- Hurd, T., & Posnett, J. (2009). Point prevalence of wounds. *International Wound Journal*, 287-293.
- Ian D. Graham, P., Margaret B. Harrison, P. R., E. Andrea Nelson, P. B., Karen Lorimer, M. R., & Andrea Fisher, M. M. (2003). Prevalence of Lower-Limb Ulceration: A Systematic Review of Prevalence Studies. *Wound Care Journal*, 305-316.
- IARC. (2014). *International Agency for Research on Cancer*. Obtido em 22 de 06 de 2014, de World Health Organization: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/>
- INE. (s.d.). Obtido em 01 de 10 de 2013, de Portal do Instituto Nacional de Estatística: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_main](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main)

- Jiang, Y., Huang, S., Fu, X., Liu, H., Ran, X., & Lu. (Mar-Apr de 2011). Epidemiology of chronic cutaneous wounds in China. *Wound Repair & Regeneration*, 181-8.
- Lauterbach, S., Kostev, K., & Kohlmann, T. (2010). Prevalence of diabetic foot syndrome and its risk factors in the UK. *Journal of Wound Care* 19, 333-337.
- Mäkelä, A., Annanmäki L, K. E., Jyväskylä A, M. K., Iso-Aho M, N. H., Hietanen H, J. V., Kaira A-M, I. A., et al. (2010). Cross-sectional Survey of the Occurrence of Chronic Wounds within Capital Region in Finland. *EWMA Journal*, 24-26.
- Matos, L., Duarte, N., & Mineto, R. (2010). Incidência e Prevalência de úlceras por pressão no CTI de um hospital público do DF. *Rev. Elec. de Enf.*, 719-726.
- McCullch, J. M. (2010). *Wound Healing - Evidence-Based Management* (4<sup>a</sup> Edition ed.). Philadelphia, USA: F. A. Davis Company.
- McDermott-Scales, L., Cowman, S., & Gethin, G. (2009). Prevalence of wounds in a community care setting in Ireland. *Journal of Wound Care* 18, 405-417.
- Meneghin, P., & Vattimo, M. d. (2003). *Fisiopatologia do processo cicatricial*. São Paulo: Atheneu.
- Min-Saúde*. (s.d.). Obtido em 01 de 10 de 13, de Portal do Ministério da Saúde: <http://www.min-saude.pt/portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=54289>
- Moffatt, C. J., Franks, P. J., Doherty, D. C., Martin, R., Blewett, R., & Ross, F. (2004). Prevalence of leg ulcerstion in a London population. *QJ Med Journal*, 431-437.
- Morison, M. J. (2004). *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão*. Loures: Lusodidacta.
- MSF. (1993). *Essential Drugs - Pratactical Guidelines*. MSF.
- Mustoe, T. (2005). Dermal ulcer healing: Advances in understanding. *EUROCONFERENCES, Tissue repair and ulcer/wound healing: molecular mechanisms, therapeutic targets and future directions*. Paris.
- NPUAP/EPUAP. (1998). *PUSH Tool Version 3.0*. National Pressure Advisory Panel.

- Pálsdóttir, G., & Thoroddsen, Á. (2010). Chronic leg ulcers among. *EWMA Journal*, 19-23.
- Pieper, B., Langemo, D., & Cuddigan, J. (February de 2009). Pressure Ulcer Pain: A Sitematic Literature Review and National Pressure Ulcer Advisory Panel White Paper. *Ostomy Wound Management*, 16-31.
- Pina, E., Furtado, K., Franks, P. J., & Moffatt, C. J. (2001). Úlceras de Perna em Portugal: um Problema de Saúde Substimado. *Revista Portuguesa de Cirúrgia Cardio-Torácica e Vascolar*, 217-221.
- PORDATA. (2013). Obtido em 01 de 10 de 2013, de Base de Dados Portugal Contemporâneo: <http://www.pordata.pt/>
- Prem, G. P. (2003). *Feridas – Tratamento e Cicatrização*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda.
- Prodanov, C. C., & Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico* (2ª ed.). Novo Hamburgo: Editora Feevale.
- Rogenski, N., & Santos, V. (2005). Estudo sobre a incidência de úlceeras por pressão em um hospital universitário. *Rev Latino-am Enfermagem*, 474-480.
- Santamaria, N., Carville, K., & Prentice, J. (2009). Woundswest: Identifying the prevalence of wounds within western Australian's public health system. *EWMA Journal*, 13-18.
- Sousa, F. A. (2009). *O Corpo que não cura - Vivências das pessoas com úlcera venosa crónica de perna*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto: Universidade do Porto.
- Tannen, A., Dassen, T., & Halfens, R. (2008). Differences in prevalence of pressure ulcers between the Netherlands and Germany – associations between risk, prevention and occurrence of pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 17, 1237-1244.



## **Anexo I – UCP|IPF-Instrumento de Prevalência de feridas**



Identificação da colheita			Dados do Utente			
Data Avaliação	Local Avaliação	Ref.º(s)	NCP	D.Nasc.	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Profissão

Antecedentes / Factores de risco					
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Claudicação interm.	<input type="checkbox"/> Doenças reumáticas	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> Ferida recente de peso	
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I	<input type="checkbox"/> Enfarte do miocárdio	<input type="checkbox"/> Isquemia crítica	<input type="checkbox"/> Tabagismo	
<input type="checkbox"/> Angina de peito	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo II	<input type="checkbox"/> Hist. prévia de ferida	<input type="checkbox"/> Incontinência Vesical	<input type="checkbox"/> Traumatismo	
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Diminuição sensibilidade	<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Incontinência Fecal	<input type="checkbox"/> Outros: _____	
<input type="checkbox"/> Cirurgia arterial	<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Imobilidade	<input type="checkbox"/> Neoplasia	<input type="checkbox"/> Obesidade	
<input type="checkbox"/> Cirurgia cardíaca	<input type="checkbox"/> Doença auto-imune	<input type="checkbox"/> Infus. venosa periférica	<input type="checkbox"/> Qual?		

N.º Ferida	Referenciação das Feridas						<b>Classificação:</b> 1 - úlcera de pressão cat 1 ; 2 - úlcera de pressão cat 2 ; 3 - úlcera de pressão cat 3 ; 4 - úlcera de pressão cat 4 ; 5 - úlcera de perna venosa ; 6 - úlcera de perna arterial ; 7 - úlcera de perna mista ; 8 - úlcera de perna etiol. desc. ; 9 - úlcera pé diab. neuropático ; 10 - úlcera pé diab. neuroisquémico ; 11 - úlcera maligna ; 12 - ferida traumática ; 13 - ferida cirúrgica ; 14 - queimadura ; 15 - ferida ; 16 - lesão por humidade ; 17 - outra. Escrever qual no espaço. <b>Localização:</b> 1 - abdómen ; 2 - anca ; 3 - braço ; 4 - cabeça ; 5 - calcâneo ; 6 - cotoço ; 7 - costas ; 8 - tornozelo ; 9 - mãos ; 10 - nádega ; 11 - pé ; 12 - peito ; 13 - perna ; 14 - pernas ; 15 - tornozelo ; 16 - trocânter ; 17 - outra. Escrever qual no espaço. <b>Origem:</b> 1 - hospital ; 2 - Centro Saúde / Cuidados Saúde Primária / Rede de Cuidados Continuados ; 3 - domicílio ; 4 - lar ; 5 - outro. Escrever qual no espaço. <b>Lateralização:</b> 1 - esquerda ; 2 - direita ; 3 - centro	
Identificação	Classif. cação	Locali. zação	Origem	Lateral. zação	Há quanto tempo existe			
F1 (Principal)					Anos	Meses	Semanas	Dias
F2								
F3								
F4								
F5								
F6								
F7								
F8								
F9								
F10								

Material de alívio da pressão				Escala de Braden
<input type="checkbox"/> Almofada na cadeira	<input type="checkbox"/> Calçado de diabético	<input type="checkbox"/> Colchão de pressão altern. Qual:	<input type="checkbox"/> Outros	Score _____
<input type="checkbox"/> Almofada na cama	<input type="checkbox"/> Calcanheira	<input type="checkbox"/> Colchão estático		

Se tem lesão nos membros inferiores			
<b>Avaliação IPTB (Índice de Pressão Tornozelo-Braço)</b> <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual o valor: _____ <input type="checkbox"/> Não Qual a data de avaliação: _____		<b>É feita Terapia Compressiva?</b> <input type="checkbox"/> Sim Se sim, com que ligadura: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Elástica <input type="checkbox"/> Inelástica	

▼ Relativamente à Ferida Principal (F1 (Principal)) ▼			
IPTB	Medição (mm)	Tipo de tecido	Nível de exsudação
	_ _  comp x  _ _ _  larg	<input type="checkbox"/> Necrosado <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Epitelização	<input type="checkbox"/> Abundante <input type="checkbox"/> Escasso <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Nenhum
Local de realização do tratamento		Duração realização tratamento	Nível de dor na ferida (Nível de 0 a 10)
<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Internamento Se domicílio, tempo de deslocação:  _  h  _  m		_  h  _  m	_  durante o dia  _  durante o tratamento
Sinais de infeção presentes (superficiais)		Diagnóstico de infeção no compartimento profundo	
<input type="checkbox"/> Odor <input type="checkbox"/> Ferida exudativa <input type="checkbox"/> Tecido de granulação frívola <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ferida não cicatriza <input type="checkbox"/> Tecido devitalizado		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, foi prescrito antibiótico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Pele circundante	Material de penso com acção terapêutica (pode seleccionar mais que uma opção)		
<input type="checkbox"/> Descamativa <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Ruborizada <input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Ácido Hialurónico <input type="checkbox"/> Colágeno <input type="checkbox"/> Iodo <input type="checkbox"/> Poliacrilato <input type="checkbox"/> Ácido gálico esterificado <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Maltodextrinas <input type="checkbox"/> Polihexanida <input type="checkbox"/> Alginato <input type="checkbox"/> Espuma <input type="checkbox"/> Mel <input type="checkbox"/> Prata <input type="checkbox"/> Hidrofibra <input type="checkbox"/> Hidrocolóide <input type="checkbox"/> Polímero polimérica <input type="checkbox"/> Secalftito <input type="checkbox"/> Carvão activado <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Película transparente <input type="checkbox"/> Outro: Qual?		
Frequência de mudança do penso			
<input type="checkbox"/> 1 x semana <input type="checkbox"/> 2 x semana <input type="checkbox"/> 3 x semana <input type="checkbox"/> 4 x semana <input type="checkbox"/> 5 x semana <input type="checkbox"/> 6 x semana <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> > que 1 x por dia			



## **Anexo II – Guião de preenchimento do instrumento**





CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

Instituto de Ciências da Saúde

# Referenciação das Feridas Projeto Nacional (Guião de preenchimento)

**Paulo Jorge Pereira Alves**

**Porto, Abril de 2011**

## **Referenciação da Feridas – Guião de Orientação**

Este guião tem por objectivo garantir a qualidade da recolha de dados do estudo de “Feridas: prevalência e impacto económico”, contribuindo para a definição critérios de preenchimento do questionário.

As definições apresentadas, encontram-se de acordo com a sequência do UCP|IPF - Instrumento de Prevalência de feridas.

1. Seleção da tipologia de ferida, de acordo com a sua **classificação, localização, origem e lateralização**.

### **Ferida**

“Ferida é um tipo de tecido com as características específicas: lesão do tecido habitualmente associada com agressão física ou mecânica; os estádios são graduados de acordo com a gravidade, desde o esfacelo e tunelização dos tecidos, drenagem serosa, sanguínea ou purulenta, eritema da pele, eritema e edema em torno da ferida, pele circundante com bolhas, macerada e anormal, elevação da temperatura da pele, odor da ferida, sensibilidade dolorosa em torno da ferida; tecido de granulação vermelho, necrose do tecido gordo, feridas negras marcadas pela necrose” (CIPE, 2005, p.29).

A classificação das feridas deve ser realizada de acordo com a seguinte numeração, apresentada na tabela 1.

Tabela1 – Classificação do tipo de ferida

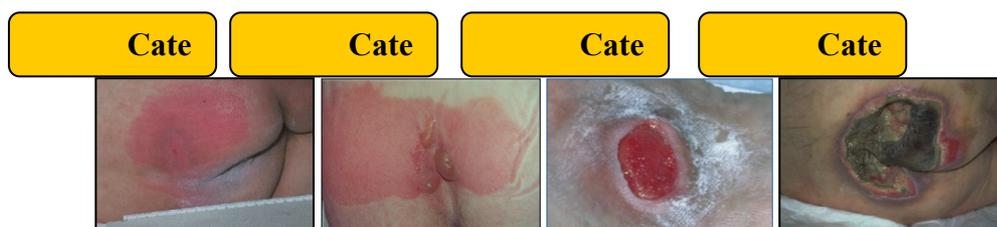
<b>1</b> - úlcera de pressão cat 1	<b>6</b> - úlcera de perna arterial ;	<b>11</b> - úlcera maligna ;	<b>16</b> - lesão por humidade ;
------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------

<b>2</b> - úlcera de pressão cat 2	<b>7</b> - úlcera de perna mista ;	<b>12</b> - ferida traumática ;	<b>17</b> - outra. Escrever qual no espaço
<b>3</b> - úlcera de pressão cat 3	<b>8</b> - úlcera de perna etiologia desconhecida	<b>13</b> - ferida cirúrgica	
<b>4</b> - úlcera de pressão cat 4	<b>9</b> - úlcera pé diab. neuropático	<b>14</b> - queimadura	
<b>5</b> - úlcera de perna venosa	<b>10</b> - úlcera pé diab. neuroisquêmico	<b>15</b> - fistula	

### Úlcera de Pressão (1 a 4)

É uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e as forças de torção. (EPUAP/NPUAP, 2009)

Acordaram-se 4 níveis de lesão. Categoria I: Eritema não branqueável; Categoria II: perda parcial da espessura da pele; Categoria III: Perda total da espessura da pele; Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos (EPUAU/NPUAP, 2009).



### Categorias das Úlceras de Pressão

#### 1- Úlcera de Pressão Categoria 1

Pele intacta com vermelhidão não branqueável localizada junto a uma proeminência óssea.

Em indivíduos de pele escura, pode não ser possível a visualização do branqueamento; a cor da pele nesta localização pode ser diferente da região circundante.

A área pode apresentar-se dolorosa, firme, mole, quente ou fria quando comparada com os tecidos adjacentes.

A Categoria I das úlceras de pressão pode ser difícil de detectar em indivíduos com tons de pele mais escura.

Pode indicar que estas pessoas se encontram “em risco”.

## **2- Úlcera de Pressão Categoria 2**

Perda parcial da derme que se pode apresentar como uma úlcera superficial com um leito vermelho rosado, sem fibrina.

Pode também apresentar-se como uma flictena intacta ou aberta/rota, preenchida de conteúdo seroso ou sero-sanguíneo.

Apresenta-se como uma úlcera superficial seca e brilhante sem fibrina ou bruising.

Esta categoria não serve para descrever quebras cutâneas, traumatismo pelo adesivo, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriação.

## **3- Úlcera de Pressão Categoria 3**

Perda total da espessura da pele. Pode ser observado tecido subcutâneo adiposo, mas osso, tendão ou músculos não estão

Fibrina está presente mas não altera a observação da profundidade e da perda de tecido.

Pode incluir fístulas ou falsos trajectos

## **4- Úlcera de Pressão Categoria 4**

Perda total da espessura da pele com exposição músculos, tendão ou osso.

Fibrina ou escara podem estar presentes.

Muitas das vezes com fístulas e falsos trajectos.

A Categoria 4 das úlceras de pressão pode-se estender para lá dos músculos e/ou estruturas de suporte (i.e. fáscia, tendão ou cápsula de articulação) levando a que osteomielites ou osteíte possam acontecer.

Os músculos/ossos expostos são visíveis ou palpáveis.

## **5-Úlcera de Perna Venosa**

A úlcera de perna de etiologia venosa é uma úlcera causada por insuficiência ou obstrução venosa sem que esteja presente qualquer outro factor causal (Nélzen et al, 1991).

As suas características incluem:

- Edema;
- Pulsos periféricos presentes ou diminuídos (edema);
- Pele seca e descamativa;
- Bordos da ferida irregulares e superficiais;
- Exsudado abundante;
- Temperatura da pele normal ao toque;
- Cor da pele normal ou cianótica;
- Apresenta hiperpigmentação à volta da lesão
- Lesões habitualmente no “Cano da boca do guarda republicano”
- Lesões podem apresentar configurações circulares à volta da perna



**Morison, Moya J., Moffatt, Christine J. e Franks, Peter J.**  
*Úlceras de Perna- Uma Abordagem de Aprendizagem Baseada na Resolução de Problemas.* s.l. : Lusodidacta, 2007. pp. 166.

## **6-Úlcera de Perna Arterial**

A úlcera de perna de etiologia arterial é uma úlcera causada associada apenas à insuficiência arterial, IPTB geralmente inferior a 0,7 ou inferior (Nélzen et al, 1991).

As suas características incluem:

- Cor de base pálida quando a perna está elevada, cor de base vermelha quando as pernas estão em posição pendente;
- Pele circundante brilhante, retesada, fina, seca e sem pêlos;
- Área ulcerada profunda;

- Bordos da ferida irregulares;
- Exsudado mínimo;
- Temperatura da pele fria ao toque;
- Raramente está presente tecido de granulação;
- Pulsos periféricos diminuídos ou ausentes;
- Podem estar presentes tecido necrótico ou fibrina.
- 
- 



**Morison, Moya J., Moffatt, Christine J. e Franks, Peter J.**  
*Úlceras de Perna- Uma Abordagem de Aprendizagem Baseada na Resolução de Problemas.* s.l. : Lusodidacta, 2007. pp. 166.

### **7-Úlcera de Perna Mista**

Úlcera de perna cuja etiologia combina causas venosas e arteriais. Sendo que o IPTB nas úlceras de causa predominantemente venosa está geralmente entre 0,7-0,9. Nas úlceras causa predominantemente arterial em que a insuficiência venosa assume uma importância menor, o IPTB é geralmente igual o 0,7 ou inferior (Nélzen et al, 1991).



### **8- Úlcera de perna de etiologia desconhecida**



Não está definido qualquer etiologia

## 9- Úlcera de pé diabético neuropático

As úlceras neuropáticas são causadas por traumatismos agudos (mecânicos, térmicos ou químicos) ou traumatismos de repetição (forças mecânicas repetitivas ao andar), não percebidos pelo doente que muitas vezes estão sujeitos ao traumatismo repetidamente ao longo do tempo devido à perda de sensibilidade.

As úlceras surgem habitualmente em pontos de hiperpressão. Localizam-se nos topos metatársicos e na face plantar dos dedos dos pés.

Em fase crônica caracterizam-se por bordos epiteliais proliferativos e caloso, e um leito da ferida com tecido de granulação.

**Piagessi Alberto:** Research Development in the Pathogenesis of Neuropathic Diabetic Foot Ulceration. *Current Diabetes Reports*. 4,2004, pp. 419-423.

**American Diabetes Association:** Consensus Development Conference on Diabetic Foot Wound Care. *Diabetes Care*. 8(22),1999, pp. 1354-1360.

**Piagessi, A.; Schipani, E.; Campi, E.; Romanelli, M.; Baccetti, F.; Arvia, C.; Navalesi, R.:** Conservative Surgical Approach Versus Non-surgical Management for Diabetic Neuropathic Foot Ulcers: a Randomized Trial. *Diabetic Medicine*. 15,1998, pp. 412-417.

**Scierè, V.; Leporati, E.; Teobaldi, I.; Nobili Ambrosini, L.; Rizzo, L.; Piaggesi, A. :** Effectiveness and Safety of Using Podikon Digital Silicon Padding in the Primary Prevention of Neuropathic Lesions in the Forefoot of Diabetic Patients. *Journal of American Podiatric Medical Association*. 1(99),2009, pp. 28-34.

**Serra, Luis M. Alvim. Pé Diabético- Manual para A Prevenção da Catástrofe.** s.l. : LIDEL, 2008. p. 115-116.



## 10- Úlcera de pé diabético neuroisquêmico

A ulceração ocorre geralmente nas margens do pé. Muitas vezes o primeiro sinal de ulceração isquêmica é uma marca vermelha que forma vesícula, desenvolvendo de seguida uma úlcera pouco profunda com leito de granulação disperso e pálido ou com tecido necrótico aderente próximo. Podem ocorrer na superfície mediana da primeira articulação metatarsofalângica e sobre a face lateral da quinta articulação metatarsofalângica, mas a localização mais frequente são as pontas dos dedos dos pés.

A calosidade não é frequente nas úlceras neuroisquêmicas, existe frequentemente necrose aderente com um anel de eritema e presença de dor.

**American Diabetes Association** :Peripheral Arterial Disease in People with Diabetes.*Diabetes Care*. 12(26), 2003, pp. 3333-3341.

**American Diabetes Association**:Consensus Development Conference on Diabetic Foot Wound Care.*Diabetes Care*. 8(22),1999, pp. 1354-1360.

**Serra, Luis M. Alvim.** *Pé Diabético- Manual para A Prevenção da Catástrofe*. s.l. : LIDEL, 2008. p. 154.

**Morison, Moya J., Moffatt, Christine J. e Franks, Peter J.** *Úlceras de Perna- Uma Abordagem de Aprendizagem Baseada na Resolução de Problemas*. s.l. : Lusodidacta, 2007. pp. 317-319.



## 11 – Ferida maligna

As feridas malignas/neoplásicas ocorrem devido à infiltração das células malignas nas estruturas da pele, incluindo vasos sanguíneos e/ou linfáticos e podem ser derivadas do tumor primário e/ou metástases. A quebra da integridade cutânea manifesta-se a partir da rotura do nódulo tumoral, que potencialmente poderá tornar-se numa massa necrótica com crescimento proliferativo.

Grocott P, Cowley S. The palliative management of fungating malignant wounds – generalising from multiple – case study data using a system of reasoning. *International Journal of Nursing Studies* 2001;38:533-545.

Haisfield-Wolfe ME, Rund C. Malignant cutaneous wounds: a management protocol. *Ostomy/Wound Management* 1997;43(1):56-66.



## 12- Ferida traumática

Ferida Traumática é um tipo de ferida com as características específicas: solução de continuidade inesperada de tecido na superfície do corpo associada a lesão

mecânica devido a agressão ou acidente; lesão irregular da pele, mucosa ou tecido, tecido doloroso e magoado, drenagem e perda de soro e sangue; associada a tecido pouco limpo, sujo ou infectado (1999) ” (CIPE, 2005, p.29).



### **13 - Ferida cirúrgica**

Ferida Cirúrgica é um tipo de ferida com as características específicas: corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, isto é, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus (CIPE, 2005, p.29).



### **14 – Queimadura**

Queimaduras são lesões dos tecidos orgânicos em decorrência de trauma de origem térmica resultante da exposição a chamas, líquidos quentes, superfícies quentes, frio, substâncias químicas, radiação, atrito ou fricção.

Determinar o grau da lesão é determinar a profundidade da queimadura (se atingiu epiderme, derme ou outros tecidos). Muitas vezes a diferenciação entre os graus de lesão pode ser difícil e o diagnóstico de certeza só pode ser realizado através de histopatologia do tecido.



## 15 – Fístula

Fístulas são comunicações anormais entre duas superfícies epitelizadas, podendo ser congênitas ou adquiridas. A maioria delas ocorrem no período pós-operatório devido a erros na confecção das anastomoses e à lesões inadvertidas das alças intestinais. Elas se classificam quanto ao tipo (laterais e terminais) e quanto ao débito (baixo débito e alto débito). O estudo da fístula é realizado através de fistulografia, ou ainda seriografia, ou clister opaco. A resolução de uma fístula pode se dar através de duas formas: tratamento clínico ou tratamento cirúrgico. (Moreira, C.D.,

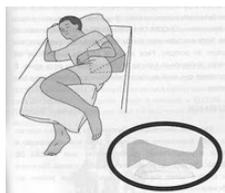


## 16 – Lesões por humidade

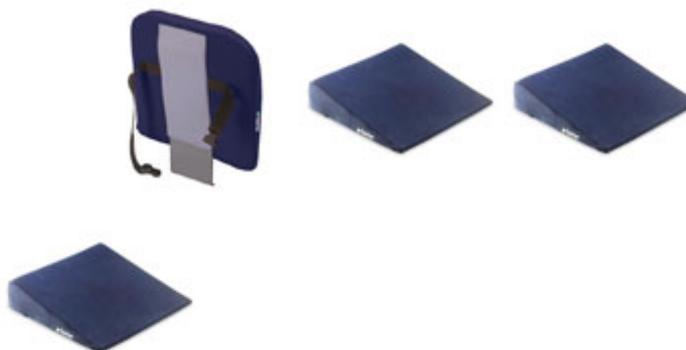
- São soluções de continuidade da pele devido a humidade excessiva na mesma, por incontinência, sudorese ou por exsudado abundante de uma ferida. **(Defloor, 2004)**



Almofada na cama



Almofada para cadeira



Calcanheira



Calçado do diabético



Colchão de pressão alterna (1)



Colchão estático (2)



<sup>(1)</sup>Colchão de pressão alterna – são colchões de ar de pressão alterna, que eliminam a superfície de contacto, mediante a insuflação e desinsuflação de células de ar de ciclos pré definidos, permitindo o alívio de pressão em diferentes partes do corpo, em intervalos regulares. Poderão ser de células inferiores a 10 cm (não recomendado) ou > 10 cm (recomendado)

<sup>(2)</sup> Colchão estático – é uma superfície de apoio estático, que diminui a pressão de contacto. Molda-se aos contornos do corpo distribuindo a carga e reduzindo a pressão sobre as proeminências ósseas.

#### **4. Utilização do instrumento de avaliação do Risco e UP – Escala de Braden (validado para Portugal)**

Os scores de risco da Escala de Braden podem variar de acordo com a realidade de cada País (WOCN, 2003). Para a população Portuguesa a escala foi traduzida e validada em 2001. A escala deve ser sempre aplicada na admissão de pessoas em estado grave de saúde. Ferreira et al. (2007) também entende que os scores da Escala de Braden para Portugal são apenas 2, igual ou inferior a 16 é alto risco, mais de 16 baixo risco e defende que este tipo de classificação é mais preditivo do que existindo mais níveis de risco (Ferreira PL et al, 2007).

**Nome do doente:**

**Nome do avaliador:**

**Serviço:**

**Cama:**

**Data da avaliação:**

**Idade:**

	<b>Pe</b>	<b>1. Completamente limitada:</b>	<b>2. Muito limitada:</b>	<b>3. Ligeiramente limitada:</b>	<b>4. Nenhuma limitação:</b>
<b>recepção sensorial</b>					
		Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação,	Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU em uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Capacidade de reacção significativa ao desconforto		OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.			
	<b>H</b>	<b>1. Pele constantemente húmida:</b>	<b>2. Pele muito húmida:</b>	<b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b>	<b>4. Pele raramente húmida:</b>
<b>umidade</b>					
		A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada sempre que o doente é deslocado ou virado.	A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Nível de exposição da pele à humidade					
	<b>Ac</b>	<b>1. Acamado:</b>	<b>2. Sentado:</b>	<b>3. Anda ocasionalmente:</b>	<b>4. Anda frequentemente:</b>
<b>atividade</b>					
		O doente está confinado à cama.	Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Nível de actividade física					
	<b>M</b>	<b>1. Completamente imobilizado:</b>	<b>2. Muito limitada:</b>	<b>3. Ligeiramente limitado:</b>	<b>4. Nenhuma limitação:</b>
<b>obabilidade</b>					
		Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo					

<p><b>trição</b></p> <p>Ali mentação habitual</p>	<p><b>Nu</b></p> <p><b>1. Muito pobre:</b></p> <p>Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingera poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p><b>2. Provavelmente inadequada:</b></p> <p>Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p><b>3. Adequada:</b></p> <p>Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p><b>4. Excelente:</b></p> <p>Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasional-mente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>
<p><b>icção e forças de deslizamento</b></p>	<p><b>Fr</b></p> <p><b>1. Problema:</b></p> <p>Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p><b>2. Problema potencial:</b></p> <p>Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>	<p><b>3. Nenhum problema:</b></p> <p>Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>	

## 5. Utilização do instrumento de avaliação PUSH – PT (validado para Portugal)

© 1998 Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH), National Pressure Ulcer Advisory Panel

© 2005 Versão portuguesa (PUSH-PT), Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

**Comprimento x largura:** Meça o maior comprimento (no sentido da cabeça para os pés) e a maior largura (do sentido de um lado para o outro) usando uma régua em centímetros. Multiplique estas duas medidas (comprimento x largura) para obter uma área de superfície estimada em centímetros quadrados (cm<sup>2</sup>).

Atenção: Use sempre uma régua em centímetros e utilize sempre o mesmo método de cada vez que a úlcera for medida.

**Quantidade de exsudado:** Avalie a quantidade de exsudado (drenagem) presente após a remoção do penso e antes de aplicação de qualquer agente tópico na úlcera. Quantifique a exsudado (drenagem) como nenhum, escasso, moderado ou abundante.

**Tipo de tecido:** Refere-se aos tipos de tecido presentes no leito da ferida (úlceras). Pontue com “4” se houver algum tipo de tecido necrótico. Pontue com “3” se houver alguma quantidade de tecido desvitalizado e se não houver tecido necrótico. Pontue com “2” se a ferida estiver limpa e contiver tecido de granulação. A ferida superficial que está em re-epitelização é pontuada com “1”. Quando a ferida estiver cicatrizada, pontue com “0”.

**4 – Tecido necrótico (dura):** tecido negro, castanho ou castanho-claro que adere firmemente ao leito da ferida ou aos bordos e que pode estar mais firme ou mole do que a pele circundante.

**3 – Tecido desvitalizado:** tecido amarelo ou branco que adere ao leito da ferida em fios ou camadas espessas ou com muco.

**2 – Tecido de granulação:** tecido cor-de-rosa ou vermelho-vivo com um aspecto brilhante, húmida e granulosa.

**1 – Tecido epitelial:** para úlceras superficiais, novo tecido cor-de-rosa ou brilhante (pele) que cresce a partir dos bordos ou como ilhas na superfície da úlcera.

**0 – Tecido cicatrizado/re-epitelizado:** a ferida está completamente coberta de epitélio (pele nova).

### Nível de dor na ferida

O nível de dor na ferida é avaliado através de uma escala numérica.

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

Esta régua pode apresentar-se ao utente na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que o utente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável). (Circular Normativa N°09/DGCG; 14/06/2003)

Ex: 0 \_ 1 \_ 2 \_ 3 \_ 4 \_ 5 \_ 6 \_ 7 \_ 8 \_ 9 \_ 10

<b>CLASSIFICAÇÃO DA DOR:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Zero (0) = Ausência de Dor</li><li>• Um a Três (1 a 3) = Dor de fraca intensidade.</li><li>• Quatro a Seis (4 a 6) = Dor de intensidade moderada.</li><li>• Sete a Nove (7 a 9) = Dor de forte intensidade.</li><li>• Dez (10) = Dor de intensidade insuportável.</li></ul>

## **Material de penso com acção terapêutica**

### **Ácido hialurónico:**

É um polisacárido, fazendo parte da matriz extra-celular em quase todos os tecidos. Promove a reorganização do colagénio, aumentando a velocidade de cicatrização.

Ex: Hyalofill (Convatec)

### **Ácido gordo esterificado:**

São ácidos monocarboxílicos, e têm características hidrofóbicas, permitindo a absorção/remoção de microorganismos em feridas infectadas.

Ex: Scorbact (GFB)

**Alginato:**

É um polímero de ácidos algínicos (alginato e cálcio).

É absorvente e hemostático; permeável, não aderentes.

Promove o desbridamento da ferida.

Ex: Askina (Braun)

**Hidrofibra:**

É constituída por fibras hidrocolóides que se transformam em gel na presença de exsudado.

É extremamente absorvente.

Ex: Aquacel

**Carvão activado:**

O penso de carvão activado é constituído por duas camadas de tecido não tecido, no interior das quais existe o carvão activado.

Grande capacidade de absorção. Elimina odores e absorve vários componentes presentes no exsudado.

Ex: Actisorb (Johnson&Johnson)

**Colagénio:**

São enzimas proteolíticas que tem com objectivo remover os tecidos desvitalizados.

Ex: Promogran (Johnson&Johnson)

**Espuma**

A espuma tem várias formas de apresentação, sendo as mais comuns, os pensos com rebordo adesivo.

Geralmente é constituída por 3 camadas: camada externa (hidrofóbica), camada interna (poliuretano, poliéster, etc) e uma camada em contacto directo com a ferida (hidrofilica)

Ex: **Askina® Foam (Braun)**

**Hidroclóide:**

É um polímero de carboximetilcelulose, em filme de poliuretano.

É moderadamente absorvente; semipermeável; aderentes à pele são e promove a granulação.

Ex: **Askina® Hydro (Braun)**

**Hidrogel:**

É um polímero de celulose (carboximetilcelulose), hidratado a 75%.

Mantém a ferida húmida e hidratada; pouco absorvente; não aderente; impermeável. Promove a re-epitelização.

Apresenta-se em duas formas: bisnaga ou penso.

Ex: **Askina® Gel (Braun); IntraSite (Smith&Nephew)**

**Iodo:**

É um elemento não metálico.

Penetra na pele celular, alterando a síntese do ácido nucleico, através da oxidação. Antisséptico.

Ex: Inadine (Johnson&Johnson); Betadine pomada

**Maltodextrina:**

É um hidrato de carbono constituído por maltose e dextrose.

Pode-se apresentar sob forma de gel ou pó.

Promove a cicatrização através do fornecimento de nutrientes.

Ex. Multidex (DeRoyal)

**Mel:**

É um produto resultante da transformação do néctar das flores por acção das abelhas, com elevada osmolaridade.

Contém inúmeros componentes, entre os quais a glucose, frutose, dextrose, proteínas, pólen, vitaminas, sais minerais e água.

É anti-inflamatório e antimicrobiano.

Ex: Honeysoft (JMV)

**Película polimérica:**

Esta película é constituída por uma mistura de um copolímero acrílico que forma uma película barreira não irritante, de evaporação rápida.

Esta película é semipermeável. Permite as trocas gasosas de vapor de água e de oxigénio, entre a pele e o exterior.

Existem no mercado três tipos de apresentações: spray, cotonetes impregnados e creme

Ex: Cavilon (3M)

**Película transparente.**

É constituída por uma fina camada de poliuretano.

Protege a pele á volta da ferida

Ex: Opsite (**Smith&Nephew**); **Hydrofilm (Hartmann)**

**Poliacrilato:**

É um polímero muito absorvente.

Não permite a adesão aos tecidos em cicatrização e é permeável ao exsudado.

Conserva a humidade e não permitir a passagem de fluidos.

Promover a hidratação dos tecidos, actuando como desbridante autolítico.

Estimula a granulação.

Ex: TenderWet (Hartmann)

**Polihexanida:**

É uma substância também conhecida por PHMB, ou seja, hidrocloro-polihexametilenobiguanida.

Propriedades alcalinas e elevada capacidade de absorção de exsudado.

Acção antibacteriana.

É uma substância bem tolerado pelos tecidos.

Existe na composição de pensos de fibras de celulose e gel.

Ex: ADM (Convidien)

**Prata:**

É uma substância inerte, mas em soluções concentradas de ácidos, tem propriedades antimicrobianas.

Existe no mercado vários pensos contendo prata, como o carvão activado.

Ex: Acticoat Absorbent (**Smith&Nephew**) Aquacel Ag (Convatec)

**Sucralfato:**

É um complexo de sulfato de alumínio e sacarose com a actividade anticoagulante.

A sua apresentação no mercado é em forma de gel.

Estimula a cicatrização, acelerando-a

Ex: Cicalfate (Ayéne)

**Anexo III –Autorização Colheita de dados ARS/ACES/CS**





Exm<sup>o</sup> Senhor  
Director do Instituto de Ciências da Saúde do Porto –  
Universidade Católica Portuguesa  
Dr. João Queiroz e Melo  
Rua Dr. António Bernardino de Almeida, s/n  
4200 – 072 Porto

13 03-13 14:37 000343

Sua Referência  
ICS 244/12

Sua Comunicação de  
06/12/2012

Nossa Referência  
GDF

Data  
12/03/2013

**ASSUNTO: Pedido de Autorização de Recolha de Dados**

Em resposta ao ofício enviado por V<sup>o</sup> Ex.<sup>a</sup>, informo que de acordo com o parecer da Comissão de Ética da ULS do Nordeste E.P.E., esta não tem nada a opor do ponto de vista ético, desde que seja salvaguardada a identidade dos utentes.

Com os melhores cumprimentos

A Responsável do Gabinete de Desenvolvimento e Formação



Dr<sup>a</sup> Ana Olinda dos Santos  
G.D.F.

CHN - Instituto Ciências da Saúde - Porto	
Recebido em 15/3/13 Nº Doc 61	
<input checked="" type="checkbox"/>	Enviar ao: Paulo Alves
<input type="checkbox"/>	Outros:
<input type="checkbox"/>	Arquivar em:
<input type="checkbox"/>	Assinar:

/SP



## **Anexo IV – Carta de esclarecimento do estudo**



## CARTA DE ESCLARECIMENTO DO ESTUDO CONSENTIMENTO INFORMADO

**TÍTULO:** Prevalência de Feridas em Portugal – Estudo de Epidemiológico.

**INVESTIGADOR:** Paulo Jorge Pereira Alves – Aluno Doutoramento em Enfermagem. Telefone: 966853407.

**OBJECTIVO:** -Estimar a prevalência de feridas em Portugal, por distrito e a nível nacional; Identificar e caracterizar as feridas dos utentes de ambos os serviços de prestação de Cuidados de Saúde (Primários e Diferenciados) e estimar os custos associados ao tratamento de Feridas

**MÉTODO:** Estudo epidemiológico transversal e quantitativo. O estudo para estimar o valor de prevalência será realizado numa amostra aleatória estratificada pelos serviços de Cuidados de Saúde Primários e Diferenciados em Portugal. A análise de custos será realizado através da análise dos custos médios (do material e do tempo dos profissionais despendido) associados ao tratamento das feridas dos utentes.

**RISCOS POTENCIAIS** O estudo não representa qualquer tipo de risco para os participantes.

**VANTAGENS DO ESTUDO:** O estudo não apresenta nenhuma vantagem direta para os participantes. Contudo, poder-se-á considerar a importância do conhecimento do tipo, frequência, características de Feridas e custos associados ao tratamento.

**CONFIDENCIALIDADE** Todos os dados colhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial. A informação colhida durante o preenchimento do questionário será codificada, sendo conservada num local seguro à responsabilidade do investigador. Os resultados de grupo poderão ser apresentados posteriormente, mas nunca identificados de forma individual. Os referidos resultados de grupo serão colocados à disposição a pedido dos interessados.

**PARTICIPAÇÃO** A escolha de participar ou não participar no estudo é voluntária. Se decidir não fazer parte no estudo, receberá os mesmos cuidados como se participasse no estudo. Se decidir participar no estudo, poderá desistir por sua vontade, a qualquer momento. Assim, reforçando o que foi dito anteriormente, os cuidados que lhe são prestados serão, seja qual for a sua opção de participação, sempre os mesmos que a instituição lhe pode proporcionar.

**FINANCIAMENTO:** Não existe qualquer forma de comparticipação pela colaboração na investigação. O financiamento para esta investigação é totalmente suportado pelo investigador.

**Assinatura(s):** ~~~~~

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoas/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura:

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**ESTE DOCUMENTO, COMPOSTO DE ... PÁGINA/S, É FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE  
CONSENTE**



## **Anexo V – Consentimento Informado**



# **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR NO ESTUDO “Prevalência de Feridas em Portugal”**

Conforme Declaração de Helsínquia - Associação Médica Mundial, Helsínquia – 1964, Tóquio – 1975, Veneza – 1983, Hong Kong – 1989, Somerset West – 1996, Edimburgo – 2000, Washington – 2002, Tóquio – 2004, Seul – 2008

## **Parte I**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações ao investigador se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão correctas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento.

A investigação que pretendemos realizar enquadra-se no âmbito do Doutoramento em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, tendo como finalidade contribuir para uma prática de enfermagem de excelência, promovendo a condição de saúde e o bem-estar dos doentes com ferida e como objectivos: Determinar a prevalência de feridas na população Portuguesa; Avaliar o impacto económico do tratamento de feridas em Portugal.

O estudo tem como orientadora a Professora Doutora Margarida Maria da Silva Vieira, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto e, como co-orientador, o Professor Doutor João Manuel da Costa Amado, Professor Associado com Agregação no Instituto Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto.

Pretendemos que os/as enfermeiros/as assumam o papel de participantes, na fase de colheita de dados, uma vez que são informantes privilegiados referentes à temática a estudar, no respeito pela autonomia dos doentes. Assumirão, também, o estatuto de co-investigadores e terão um papel activo durante todo o processo de investigação. Nesta fase inicial do estudo, o tempo previsto de contacto do investigador com os/as enfermeiros/as tem uma duração prevista de 60 a 90 minutos.

Asseguramos o anonimato, a confidencialidade e a garantia da participação livre e informada nas diferentes etapas do desenvolvimento do programa. Esta participação não terá qualquer tipo de incentivo/recompensa ou punição, podendo, em qualquer momento, abandonar o estudo, sem que daí resulte qualquer prejuízo.

O presente estudo não conta com apoio financeiro, logo, sem financiamento que permita assegurar os custos com a investigação no terreno, não se prevendo contrapartidas para os/as participantes.

Os incómodos para o/a enfermeiro/a participante residem na disponibilização de tempo para a participação durante o processo. Pensamos, no entanto, que os benefícios em termos de formação, inovação, desenvolvimento do conhecimento da disciplina e melhoria das práticas profissionais superarão este incómodo.

Porto, 27 de Junho de 2011

Assinatura da Investigador