



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

Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual

# Prevalência de feridas num hospital Central do distrito do Porto

---

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

Por  
Paulo Alexandre Silva Ramos

Porto, julho de 2013



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

Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual

# Prevalência de feridas num hospital Central do distrito do Porto

---

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

Por

Paulo Alexandre Silva Ramos

Orientação: Professora Doutora Beatriz Araújo

Coorientação: Mestre Paulo Alves

Porto, julho de 2013



## RESUMO

---

**Introdução:** As feridas constituem um importante problema de saúde, que prevalece com enorme complexidade apesar dos desenvolvimentos das terapias de prevenção e tratamento. Em Portugal ainda se sabe muito pouco em termos epidemiológicos sobre este tema. Avaliando os estudos de prevalência publicados constata-se uma enorme variância de resultados, sendo difícil tirar conclusões definitivas.

**Objetivos:** Estimar a prevalência de feridas no Centro Hospitalar de S. João EPE; Identificar e caraterizar as feridas dos utentes internados no Centro Hospitalar de S. João EPE.

**Metodologia:** Estudo insere-se no paradigma quantitativo, observacional e transversal realizado numa amostra não probabilística accidental a utentes com feridas, internados no Centro Hospitalar de S. João nos dias 9, 10 e 11 de janeiro de 2013. A colheita de dados foi efetuada pelo investigador e colaboradores, através do preenchimento do questionário referente ao Estudo Epidemiológico de feridas (Universidade Católica Portuguesa).

**Resultados:** Dos 1029 utentes internados no CHSJ, 342 apresentavam feridas, uma taxa de prevalência de 33,2%, 140 utentes tinham mais do que uma ferida e em média existia 1,85 feridas por utente. A idade média da amostra foi de 57,74 anos, sendo que 52,6% eram reformados, 179 eram do género feminino e 163 do masculino. Das 630 feridas encontradas 58,9% são feridas cirúrgicas e 20,3% são úlceras de pressão. As localizações mais prevalentes são o abdómen (28,9%), pernas (10,8%), peito (10,3%) e cóccix (6,8%). Quanto à origem 76,5% das feridas tiveram origem no Hospital. Relativamente à duração 64,8% das feridas tem uma duração igual ou inferior a 8 dias. Analisando a ferida principal quanto ao tecido presente verifica-se a predominância do tecido de epitelização (47,9%) e granulação (24,0%), apresentando-se sem exsudado (46,8%) ou então sendo escasso (31,9%). Verificou-se que o tratamento duplica o nível de dor por ferida. Em 49,1% dos utentes existia alteração da pele perilesional. Em 28,4% das feridas é executado tratamento diário, sendo os materiais de penso mais utilizado o iodo (14,6%), hidrogéis (9,9%) e espumas (5,3%).

**Conclusão:** Os resultados obtidos encontram-se dentro da variância verificada em estudos semelhantes publicados. Através destes resultados compreende-se a necessidade de implementação de políticas institucionais de prevenção e tratamento de feridas. Esperemos que sirva de plataforma para se avançar com novos estudos.

**Palavras-Chave:** Estudo de prevalência; Ferida; Hospital; Dor

## ABSTRACT

---

**Introduction:** The wounds are a major health problem, with enormous complexity that prevails despite the development of therapies for prevention and treatment. In Portugal still know very little in epidemiological terms on this topic. Assessing the prevalence studies published we see a huge variance of results, making it difficult to draw definitive conclusions.

**Objectives:** Estimate the prevalence of wounds in Centro Hospitalar de S. João EPE; Identify and characterize the wounds of patients admitted in Centro Hospitalar de S. João EPE.

**Methodology:** Cross sectional, descriptive and quantitative study, conducted in Centro Hospitalar de S. João EPE on days 9,10 and 11 January 2013. Data collection was performed by the investigator and collaborators, by completing the questionnaire for the Epidemiological Study of wounds (Portuguese Catholic University).

**Results:** There were 1029 inpatients in CHSJ, 342 had wounds, a prevalence rate of 33,2%, 140 patients had more than one wound and on average there was 1.85 injuries per patient. The average age of the sample was 57,74 years, and 52,6% were retired, 179 were female and 163 were male. Of the 630 wounds, 58,9% were surgical and 20,3% pressure ulcers. The locations more common were the abdomen (28,9%), legs (10,8%), breast (10,3%) and coccyx (6,8%). Regarding the origin of 76,5% of wounds were the Hospital. Relatively of the duration, 64.8% of the wounds had a duration equal to or less than 8 days. As to type of tissue present, there is a predominance of epithelialization (47,9%) and granulation (24,0%), presenting no exudate (46,8%) or being scarce (31,9%). It was found that treatment doubles the level of wound pain. In 49,1% of the patient existed perilesional skin change. 28,4% of wounds were daily treated, with the most commonly used dressing materials iodine (14,6%), hydrogels (9,9%) and foams (5,3%).

**Conclusion:** The results obtained were within the variance observed in similar studies published. Through these results understand the need for implementation of institutional policies for the prevention and treatment of wounds. Hopefully this study will serve as a platform to move forward with new studies.

**Keywords:** Study; Wound; Hospital; Pain

Se soubermos que um obstáculo é intransponível, deixa de ser um  
obstáculo para se tornar um ponto de partida.

(Juzsef Eorvos)

## **AGRADECIMENTOS**

---

Neste trabalho não poderia deixar de agradecer a um grupo de pessoas que se disponibilizaram, apoiaram e tornaram possível a sua realização.

Aos meus orientadores Professora Doutora Beatriz Araújo e Mestre Paulo Alves, pela orientação, pelas palavras de incentivo e pela clarificação das ideias, essencial para a conclusão do trabalho.

À minha esposa e filha por toda a dedicação, carinho, amor, paciência e apoio incondicional proporcionados em todo este percurso. Esta dissertação é dedicada a vós.

À minha Mãe e Irmã pela compreensão, pelo suporte neste processo.

À Enfermeira Arminda Costeira e Anabela Moura, pela ajuda fundamental na recolha dos dados.

A todos os Enfermeiros do Centro Hospitalar de S.João EPE, pela enorme colaboração na recolha dos dados que tornaram este trabalho possível. Sem vós não seria possível.

A todos aqueles, que, mesmo não mencionados, estiveram ao meu lado, contribuindo para a minha formação e para a realização deste trabalho, o meu mais sincero agradecimento.

# ÍNDICE

---

Parte I – Enquadramento teórico .....	12
0.Introdução.....	12
1.Revisão da literatura .....	14
1.1Definições fundamentais .....	14
1.2 Epidemiologia em feridas.....	17
1.3 Análise crítica dos dados obtidos.....	27
1.4 Histórico de estudos anteriores .....	28
2. Objetivos .....	30
Parte II – Metodologia do estudo empírico.....	31
1. Metodologia.....	31
1.1. Tipo de estudo.....	31
1.2 Amostra/ população.....	32
1.3 Caracterização da instituição Centro Hospitalar de S. João EPE.....	32
1.4 Instrumento de colheita de dados .....	34
1.5 Procedimento para a colheita de dados .....	35
1.6 Implicações éticas .....	36
Parte III – análise e discussão dos resultados .....	37
1. Apresentação e discussão dos resultados.....	37
1.1 Caracterização da amostra.....	37
1.2 Caracterização das feridas.....	41
2. Conclusão .....	63
3. Bibliografia .....	66
Anexos .....	70

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

---

Gráfico 1 – Distribuição da população por género .....	38
Gráfico 2 – Outros antecedentes relevantes .....	41
Gráfico 3 – Origem da ferida.....	47
Gráfico 4 – Lateralização de ferida principal (F1).....	48
Gráfico 5 – Tempo de duração da ferida principal (F1) alterar de acordo com tabela UP locais .....	48
Gráfico 6 - Frequências absolutas das localizações anatómicas das feridas secundárias (F2-F9).....	49
Gráfico 7 - Origem da ferida secundária (F2-F9).....	49
Gráfico 8 – Lateralizações das feridas secundárias (F2-F9) .....	50
Gráfico 9 – Tempo de duração das feridas classificadas com secundárias (F2-F9) em dias .....	50
Gráfico 10 – Uso de material de alívio de pressão.....	51
Gráfico 11 – Avaliação da escala de Braden .....	51
Gráfico 12 – Relação número de feridas com a pontuação do PUSH .....	52
Gráfico 13 – Tipo de tecido presente .....	54
Gráfico 14 – Quantidade de exsudado presente .....	54
Gráfico 15 – Intensidade da dor na ferida durante o dia.....	55
Gráfico 16 – Intensidade da dor durante o tratamento .....	55
Gráfico 17 – Estado da pele perilesional.....	58
Gráfico 18 – Frequência dos tratamentos efetuados.....	58

## ÍNDICE DE TABELAS

---

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos da amostra por géneros e idades.....	38
Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos da amostra pelos grupos profissionais .....	39
Tabela 3 – Antecedentes relevantes.....	40
Tabela 4 - Divisão das feridas.....	43
Tabela 5 – Divisão dos diferentes tipos de feridas classificados como F1 por classes etárias.....	43
Tabela 6 – Origem dos diferentes tipos de ferida (F1) .....	47
Tabela 7 – Valores absolutos e percentuais de escala Push dos diferentes tipos de ferida (F1).....	53
Tabela 8 – Intensidade da dor das feridas F1 durante o dia divididos por tipos de ferida .....	56
Tabela 9 - Intensidade da dor das feridas F1 durante o tratamento divididos por tipos de ferida.....	56
Tabela 10 – Médias e desvios padrão da dor durante o dia e durante o tratamento ...	57
Tabela 11 – Tempo despendido por tipo de ferida encontrado F1 .....	59
Tabela 12 – Duração média do tratamento por tipo de ferida e respetivo desvio padrão .....	60
Tabela 13 – Distribuição das diferentes opções terapêuticas pelos diversos tipos de ferida F1 .....	61

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

---

CEISUC – Centro de estudos e investigação em saúde da Universidade de Coimbra

CHSJ – Centro Hospitalar de S. João EPE

DGS – Direcção Geral de Saúde

DM – Diabetes Melitus

EPE – Entidade Pública Empresarial

GNEAUPP – Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas

HSJ – Hospital de S. João EPE

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

PUSH – Pressure ulcer healing Scale

UP – úlcera de pressão

## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

---

### O.Introdução

Qualquer pessoa durante o seu ciclo vital poderá ser afetada por algum tipo de ferida. A maior parte é devida a pequenos traumatismos que evoluem para a completa cicatrização sem qualquer complicação.

Qualquer lesão que dê origem a uma quebra da continuidade da pele pode ser chamada ferida (Dealey, 2006). A ferida, como uma interrupção da normal estrutura anatómica e funcional, pode ser resultado de processos patológicos que se iniciam interna ou externamente ao órgão envolvido (Lazarus *et al.*, 1994). Nunca dissociado da ferida está a pessoa portadora deste problema de saúde que necessita de uma avaliação detalhada para que da ferida não surja nenhuma complicação. À presença de ferida está sempre associado o desconforto ou a dor, que é sinónimo de mal-estar e incapacidade do indivíduo.

De uma forma simplificada as feridas poderão ser divididas em dois grupos, agudas e crónicas. Feridas agudas normalmente evoluem pelo processo cicatricial ordenadamente e dentro do tempo previsto tendo como resultado uma sustentada reestruturação quer anatómica quer funcional. As feridas crónicas falham em alguma das fases do processo cicatricial, não conseguindo estabelecer a integridade funcional e anatómica, ou evoluem, no entanto não existe uma sustentada reestruturação anatómica e funcional (Lazarus *et al.*, 1994).

A cicatrização é um processo complexo e dinâmico que resulta na restauração da continuidade anatómica e funcional. Normalmente envolve um conjunto ordenado de eventos biológicos. A cicatrização ideal é aquela em que existe uma retoma da estrutura anatómica, função e aparência normal. Idealmente uma ferida cicatrizada na pele resulta no retorno da sua função anatómica, funcional e aparência normal, que inclui uma epiderme e derme diferenciada e organizada com a sua função de barreira intacta (Lazarus *et al.*, 1994).

As feridas agudas poderão ser traumáticas ou cirúrgicas que se deslocam pelas fases do processo de cicatrização como previsto sem complicações enquanto as feridas

crónicas não evoluem pelo processo cicatricial como esperado (Broderick, 2009). Os tipos mais comuns de feridas crónicas são úlceras por pressão, úlceras de perna e úlcera de pé diabético.

O fardo epidemiológico e económico está bem definido na América do Norte, surgindo de novo, em cada ano, cerca de cinco a sete milhões de feridas crónicas/ complexas (WHO, 2010). A ferida pode afetar significativamente a vida da pessoa, levando a períodos de incapacidade, pela dor e desconforto. As feridas crónicas muitas vezes levam a que a pessoa não consiga desenvolver as suas atividades diárias básicas como caminhar ou tomar banho. Este tipo de inatividade pode conduzir a futuras comorbilidades (WHO, 2010). A algumas feridas estão associados excesso de exsudado e odor que requerem atenção redobrada impedindo a interação social (WHO, 2010).

Lamentavelmente em Portugal existem muito poucos dados epidemiológicos que nos deem informação sobre a prevalência/incidência de feridas na nossa população, nem o impacto económico deste grave problema de saúde. É crescente o interesse dos profissionais de saúde sobre esta temática pois, sabe-se por estudos internacionais que 80% do tempo de enfermagem despendido em contexto comunitário é no tratamento de feridas e que este problema de saúde chega a consumir cerca de 4% dos orçamentos da saúde.

O estudo que pretendemos conduzir enquadra-se numa metodologia quantitativa e pretende avaliar a prevalência de feridas, independentemente da sua etiologia, numa unidade de cuidados de saúde diferenciada, sendo esta um hospital universitário e a segunda maior unidade do país.

# 1.Revisão da literatura

## 1.1 Definições fundamentais

Como referido anteriormente o estudo pretende avaliar a prevalência de todos os tipos de feridas, portanto torna-se fundamental que passemos a definir cada tipo de ferida.

Ferida é definida como:

“Parte do corpo estrutural comprometida: lesão tecidual habitualmente associada a danos físicos ou mecânicos; formação de crosta e tunelização dos tecidos, drenagem serosa, sanguinolenta ou purulenta; eritema da pele; edema; vesículas; pele circundante macerada e anormal; aumento da temperatura da pele: odor; sensibilidade dolorosa aumentada” (International Council of Nurses, 2010, p. 55)

Entende-se por ferida cirúrgica:

“Ferida: corte de tecido produzido por um instrumento cortante de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e de sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus” (International Council of Nurses, 2010, p. 55)

Por ferida traumática considera-se:

“Ferida: 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, associado a tecido pouco limpo, sujo ou infetado” (International Council of Nurses, 2010, p. 55)

Úlcera por pressão 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 forças de torção. Às úlceras de pressão também estão associados fatores contribuintes e de confusão cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido. 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”. (EPUAP/NPUAP, 2009)

Categorias das Úlceras de Pressão:

Úlcera de Pressão Categoria 1

“Pele intacta com eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea, descoloração da pele, calor, edema, tumefação ou dor podem

também estar presentes. Em pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento.

Descrição adicional: a área pode ser dolorosa, firme, suave, mais quente ou mais fria comparativamente com o tecido adjacente. A categoria I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. Pode ser indicativo de pessoas “em risco”. (EPUAP/NPUAP, 2009)

### Úlcera de Pressão Categoria 2

“Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho rosa sem crosta. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta preenchido por líquido seroso ou sero-hemático.

Descrição adicional: Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou contusões. Esta categoria não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por fita adesiva, dermatite associada a incontinência, maceração ou escoriação”. (EPUAP/NPUAP, 2009)

### Úlcera de Pressão Categoria 3

“Perda total da espessura tecidual. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (Fibrina húmida). Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.

Descrição adicional: A profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser rasa (superficial) em contrapartida, em zonas com adiposidade significativa podem desenvolver úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas. O osso/tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis”. (EPUAP/NPUAP, 2009)

### Úlcera de Pressão Categoria 4

“Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos tendões e músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou necrótico. Frequentemente são cavitários e fistuladas.

Descrição adicional: A profundidade de uma úlcera de pressão de categoria IV varia com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser rasas (superficiais). Uma úlcera de categoria IV pode atingir as estruturas de suporte (ex. fáscia, tendão ou cápsula articular) tornado a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso/ Musculo exposto visível ou diretamente palpável”. (EPUAP/NPUAP, 2009)

### Úlcera de perna venosa é uma:

“Lesão crónica da pele e tecido subcutâneo, usualmente localizada no membro inferior nas áreas pré-tibial medial, supra-maleolar e do tornozelo. As úlceras venosas eram conhecidas por úlceras de estase venosa, pois pensava-se que o seu aparecimento era devido ao acumular de sangue nas veias. A mais recente literatura indica que a origem

destas lesões é a hipertensão venosa e não a estase o que também justifica a dificuldade de cicatrização destas feridas. (Baranoski & Ayello, 2012)

As úlceras arteriais são:

“ Feridas que não cicatrizam, pois existe uma inadequada perfusão arterial ou mesmo um processo isquêmico. Estas feridas encontram-se habitualmente no pé ou na zona tibial anterior. O índice de pressão tornozelo braço abaixo de 0,75 é indicativo de compromisso arterial”. (Baranoski & Ayello, 2012)

“Alguns doentes com úlcera de perna mista, tanto têm componentes arteriais como venosos na sua úlcera, sendo importante definir o fator predominante, por forma a fazer-se o tratamento adequado. O índice de pressão tornozelo braço estará entre 0.5-0.8”. (Dealey, 2006)

Na úlcera de perna de etiologia desconhecida, não se consegue definir a sua causa, podendo estar na sua origem problemas imunológicos, reações anormais a medicamentos e problemas crónicos de saúde.

Fístula é uma:

“Conexão anormal entre duas superfícies epiteliais. Pode ocorrer entre dois órgãos internos ou então entre um órgão interno e a superfície da pele”. (Baranoski & Ayello, 2012)

Úlcera de pé diabético inclui:

“Infeção, ulceração ou destruição do tecidos profundos do pé associado a neuropatia e/ou doença arterial periférica no membro inferior em pessoa com diabetes”. (International Working Group on Diabetic Foot, 2011)

Ferida maligna é:

“Resultado de uma infiltração de células cancerosas na pele, nos vasos sanguíneos e linfáticos de suporte, causando défice de vascularização o que leva a morte tecidual. A lesão pode ser resultado de um tumor primário ou de metastização para a pele de tumor distante”. (British Columbia Cancer Agency, 2011)

Lesões por humidade também conhecidas por dermatite associada a incontinência são:

“Lesões caracterizadas por irritação e inflamação e ocorrem quando a região perineal e peri genital está em contacto com urina, fezes ou ambos, podendo ser extremamente doloroso. O contacto prolongado pode resultar em lesão tecidual e aumento do risco de infeção, afetando o utente quer fisicamente quer psicologicamente”. (Bianchi, 2012)

Queimadura é uma

“Ferida traumática: rutura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devido a lesões pelo calor resultantes da exposição a agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos, caracterizado pela coagulação das proteínas das células, aumento do metabolismo, perda da reserva de nutrientes nos músculos e no tecido adiposo, perda de proteínas e compostos azotados, por grande dor desconforto e stresse, com risco de choque e com risco de vida; necrose dos tecidos, infeção da ferida, contracturas, escara hipotrófica com rigidez por espessamento, em que o doente fica profundamente desfigurado; Queimadura de 1º grau, 2º grau, 3º grau”. (International Council of Nurses, 2010, p. 71)

## 1.2 Epidemiologia em feridas

Neste capítulo pretende-se apresentar alguns resultados de estudos efetuados em diferentes contextos (cuidados comunitários e hospitalares) e em diferentes países. Estes dados serão importantes para posteriormente estabelecer paralelismos entre os dados colhidos neste estudo com outros obtidos em diferentes realidades.

Em 2007 na região Este da Austrália foi efetuado o primeiro estudo de prevalência em 85 hospitais públicos. Foram contabilizados 2 979 utentes internados, dos quais 49% (1363 utentes) tinha uma ou mais feridas e 19% das feridas identificadas foram adquiridas no hospital que seriam potencialmente evitadas, tais como quebras cutâneas e úlceras por pressão. (Mulligan, *et al.*, 2008) Em 2008 foi aplicada a mesma metodologia em 86 hospitais da mesma região Australiana, com um total de 3024 utentes internados, tendo-se identificado a prevalência de uma ou mais feridas em 48% dos (1456) utentes, sendo 25% adquiridas no hospital. (Mulligan, *et al.*, 2008). Esta descida de 1% não é estatisticamente ou clinicamente significativa. No estudo de 2008 existe uma maior proporção de doentes com 3 ou mais feridas 29% (n=418), do que em 2007 26% (n= 355). Como em 2007, as feridas agudas, úlceras por pressão e quebras cutâneas constituíram a maior prevalência entre as feridas encontradas na população estudada. Não existiu diferença estatisticamente significativa na distribuição da prevalência pelas diferentes categorias de feridas entre os dois estudos. (Mulligan, *et al.*, 2008) As feridas agudas constituíram a maior categoria em ambos os estudos. Em 2008, úlceras por pressão adquiridas no hospital e quebras cutâneas contabilizaram 25% (n= 776) das feridas, comparado com 19% (n=553) em 2007. Dois terços deste tipo de feridas identificados no estudo foram adquiridos no hospital. Outro aspeto interessante que é comparado é a proporção de

úlceras por pressão não adquiridas no hospital com as que são adquiridas no hospital, no estudo de 2007, 65% (n=328) das úlceras por pressão identificadas foram adquiridas no hospital este número aumentou para 71% (n=443), no estudo de 2008. Apesar de ser preenchido com mais frequência a escala de avaliação de risco nas primeiras 24 horas da admissão, do aumento do uso de dispositivos de alívio da pressão, constatou-se um agravamento estatisticamente significativo do número de úlceras de pressão adquiridas no hospital. (Mulligan, *et al.*, 2008)

No estudo de prevalência efetuado na região do Hull e East Yorkshire, que incluiu o hospital e os serviços comunitários locais, em 2 dias de Maio 2005, observou-se que 1644 utentes apresentavam ferida. A maioria com apenas uma ferida, contudo 31% dos utentes apresentava múltiplas feridas. A média de feridas por utente era aproximadamente de 1,44 feridas, resultando num total de 2300 feridas na amostra em análise. A maioria dos utentes era tratada nos serviços comunitários (74,1%). Cerca de um quinto (21,2%) era tratado no hospital, os restantes (4,8%), eram tratados em casas residenciais, lares de terceira idade ou hospícios. Quarenta e três por cento dos utentes tinham ferida cirúrgica ou traumática. Outros tipos de feridas detetados foram as úlceras por pressão (18,1%) e úlceras de perna/pé (38,8%). Nos 2 dias da auditoria a média de utentes internados foi de 1297. Destes, 348 (26,8%), tinham ferida. (Drew, Posnett, & Rusling, 2007)

Na auditoria efetuada no Conquest Hospital, East Sussex para avaliar a presença de ferida crónica, incluiu 372 utentes, destes 56 apresentavam feridas crónicas complexas. O número total de feridas identificadas foi de 82. Destas 45,1% eram úlceras por pressão, feridas cirúrgicas 20,7%, úlcera de perna 13,4%, 7,3% úlceras de pé diabético, 3,7% queimaduras, 2,4% lesões por humidade e 7,3% feridas de etiologia desconhecida. (Tait & Gibson, 2007) Acrescenta-se que a autora considerou como ferida crónica aquela que não encerrou num período de 4 semanas e todas as feridas que fossem consideradas com elevada possibilidade de evoluírem para cronicidade como a úlcera por pressão categoria I.

No estudo de prevalência desenvolvido na região da capital da Finlândia, que incluiu as cidades de Helsínquia, Espoo e Vantaa, em Dezembro de 2008, no qual se enviou questionários a 765 instituições de saúde, sendo, 310 unidades de cuidados primários, 285 unidades de cuidados secundários e 170 unidades do sector privado. Obteve-se resposta de 466 unidades (61%), identificaram-se 1029 utentes com feridas crónicas, dos quais 524 (51%), encontravam-se institucionalizados. As unidades da comunidade

reportaram 819 casos (80%) e as unidades privadas apresentaram 71 utentes com ferida crónica (7%). No dia do estudo contabilizaram-se 139 utentes (13%) com ferida crónica nos hospitais. (Mäkelä, *et al.*, 2010) Neste estudo o principal tipo de ferida encontrado foi a úlcera por pressão em cerca de 22% dos casos, seguido pelas úlceras de perna venosa com 13%, úlcera do pé diabético e ferida cirúrgica que não encerra ambos em 11% dos casos, úlcera isquémica em 8% e nos 35% restantes a ferida tinha outras causas que não eram determinadas. (Mäkelä, *et al.*, 2010) No estudo foi considerada ferida crónica como a que não encerra no período de 4 semanas a autora não esclarece se contabilizou as úlceras de pressão categoria I.

Num outro estudo de prevalência realizado em Março de 2007 foram incluídos 72 lares de idosos, 3 hospitais de agudos e serviços comunitários, que davam assistência a 487,975 habitantes da região de Bradford. Num total de 1735 utentes com pelo menos uma ferida, obteve-se uma prevalência de 3.55 por 1000 habitantes. O número total de feridas foi de 2620, com uma média de 1,51 feridas por utente e mediana de 1 ferida por utente. Cinquenta e quatro por cento eram tratados por enfermeiros da comunidade, 32% eram tratados em hospitais de agudos, internamento ou em regime de ambulatório e os restantes 14% eram tratados em lares de idosos ou outros serviços assistenciais. Feridas agudas (cirúrgicas ou traumáticas) totalizaram 47,7% das feridas, úlceras de perna e pé 27,8% e úlceras por pressão 20,9%, restantes 3,6% para outros tipos de ferida. (Vowden, Vowden, & Posnett, 2009) Os 3 hospitais tinham 329 doentes internados com ferida, perfazendo uma taxa de prevalência de 30,7% (329/1072 camas ocupadas). A maioria dos utentes apresentava feridas cirúrgicas ou traumáticas (78,7%), seguido por úlceras por pressão (11,6%) e úlcera de perna e pé (8,8%). A taxa de prevalência de úlceras de pressão no conjunto dos doentes internados nos 3 hospitais foi de 3,6%, das quais 66% (25/38) foram adquiridas no hospital e 31,6% são de maior gravidade (Categorias III e IV). (Vowden, Vowden, & Posnett, 2009).

No estudo de prevalência realizado em 13 hospitais de agudos em Alberta, Manitoba e Ontário no Canadá, entre Junho 2006 e Maio 2007, em que todos os doentes internados foram incluídos no estudo, com a exceção dos utentes internados em unidades neonatais, enfermarias de psiquiatria e utentes em isolamento por surto infeccioso. Um total de 3099 utentes fizeram parte do estudo distribuídos pelos 13 hospitais, a sua distribuição variou entre 44 a 537 utentes por hospital, refletindo o número de camas de internamento. A taxa de prevalência mais baixa foi de 30% e a maior foi de 60%. A maioria dos utentes com ferida tinha úlceras por pressão (56,2%)

ou ferida cirúrgica (31,1%). Os restantes apresentavam úlceras de perna (2,7%), úlceras de pé (2,8%) e outros tipos de ferida (7,2%). Nesta amostra, aproximadamente 40% das camas de hospital estavam ocupadas por doentes com ferida. De acrescentar que em média 79.3% das úlceras de pressão forma adquiridas no hospital, das quais um terço são de maior gravidade (categorias III e IV). (Hurd & Posnett, 2009) Os autores concluíram que a ferida é uma ocorrência comum e potencialmente dispendiosa nos hospitais de agudos. Contudo, como este tipo de informação foi limitada no passado, o verdadeiro impacto do tratamento de feridas na recuperação do utente e nos custos hospitalares raramente é compreendido. Isto deve-se ao facto do tratamento de feridas não ser uma área muito visível, a maioria dos responsáveis hospitalares não compreende em que medida as práticas de tratamento de feridas podem ter impacto no bem-estar do utente e nos custos hospitalares. (Hurd & Posnett, 2009)

Num estudo desenvolvido, num dia de Abril de 2005 no Bichat-Claude Benard Hospital em Paris, foram avaliados 22 departamentos com 754 camas. Dos 696 doentes internados, 694 (90%) foram avaliados. Destes 52% (n=327) tinham ferida. Foram contabilizadas um total de 933 feridas, com uma média de 2.8 por utente. De salientar que a prevalência de utente com feridas nos departamentos cirúrgicos foi mais elevada (n=176) do que nos departamentos médicos (n=151). Cerca de 42,2% do total de feridas contabilizadas são cirúrgicas, 13,8% são úlceras por pressão, 6,4% são úlceras de perna os restantes 37,6% de feridas encontradas são devidas a uma variedade de etiologias. (Mahé *et al.*, 2006)

O Hospital Universitário de Karolinska em Estocolmo, Suécia que é o maior hospital de agudos e traumatologia que incluiu todas as especialidades médicas exceto cirurgia de transplantação com cerca de 800 camas de internamento; e 1400 utentes recebem tratamento em ambulatório todos os dias. Foram incluídos todos os doentes internados e do ambulatório num estudo de prevalência efetuado num dia entre as 8-17horas. Dos 2172 utentes identificados, 408 apresentavam 668 feridas. Dos quais 37 apresentavam 60 úlceras por pressão. Oitenta e três utentes (internados e em regime ambulatório) apresentavam 157 feridas nos membros inferiores, em 288 utentes foram identificadas 451 feridas de outras etiologias. (Lindholm, Andersson, Fossum, & Jörbeck, 2005). De frisar que um dos objetivos deste estudo era a identificação bacteriológica de estirpes bacteriana multirresistentes daí os dados de distribuição das feridas pelas diferentes etiologias serem pobres.

Numa semana de Outubro de 2004 foi efetuado um estudo transversal para estimar a prevalência de úlceras de pressão, em todos os hospitais públicos Franceses excetuando os Universitários (num total de 29). Foram incluídos todos os doentes internados exceto os do serviço de urgência e ambulatório. Enviados questionários a 1149 hospitais de toda a França. Houve um retorno de 1075 instituições, taxa de resposta de 93,5%. Esta amostra representa 37373 camas das quais 37307 encontravam-se ocupadas no período de colheita de dados (taxa de ocupação de 99,8%). Um total de 3 314 utentes tinham pelo menos uma úlcera por pressão (total de úlceras por pressão 4 991), dando uma taxa de prevalência de 8.9%. A maioria dos 3 314 utentes (64%) tinha apenas uma úlcera, 23% tinha duas úlceras, 10% tinha 3 úlceras e 3% tinha mais de 3 úlceras. A média de úlceras de pressão por utente foi de 2,3. (Barrois, *et al.*, 2008)

No estudo de prevalência para determinar o número de úlceras de pressão desenvolvido em dois hospitais da Jordânia, um dos quais Universitário, o outro Geral, todos os serviços foram incluídos há exceção dos serviços de urgência, maternidade e berçário. Foram incluídos todos os doentes maiores de 18 anos que deram entrada antes das 0h do dia pré-determinado para o estudo. O número de utentes que cumpriram os critérios de inclusão foram de 359, mas 31 recusaram entrar no estudo e 26 utentes não estavam disponíveis na altura da avaliação o que fez um total de 302 utentes que participaram no estudo. Trinta e seis utentes (12%) apresentaram pelo menos uma ou mais úlceras de pressão das categorias I a IV, totalizando 72 úlceras por pressão. As úlceras por pressão categorias I e II eram o dobro das categorias III e IV. Excluindo as úlceras por pressão categoria I a taxa de prevalência era de 7%, a mais alta nas unidades de cuidados intensivos (29%) e a mais baixa nas enfermarias de cirurgia (9%). (Tubaishat, Anthony, & Saleh, 2010)

Em Maio de 2005 na Espanha foi levado a cabo um estudo nacional de prevalência de úlceras por pressão, foram remetidos 2 500 questionários distribuídos por todos os Membros da GNEAUPP. Outros 2 500 foram repartidos pelos delegados da rede comercial da divisão de cuidado de feridas da Smith & Nephew, Espanha. Dentro do prazo estabelecido foram recebidos 662 questionários, dos quais 293 (44,2%) eram provenientes de Hospitais, 213 (32,2%) de unidades comunitárias e 156 (23,6%) de centros socio-sanitários<sup>1</sup>. Estes questionários representam uma amostra estudada de

---

<sup>1</sup> Instituições residenciais de carácter temporário (máximo de 6 meses) que visa prestarem cuidados a pessoas doentes com necessidades sociais. Tem como objetivo reabilitação funcional, melhorar a qualidade de vida e permitir alta precoce do hospital. Pela descrição são unidades semelhantes a unidades de cuidados continuados de média e longa duração.

uma população de aproximadamente 723 041. (GNEAUPP, 2007) Os profissionais que responderam aos questionários reportaram cerca de 1791 utentes com UP, 698 foram reportados por entidades hospitalares (39%), 483 (27%) de unidades de saúde primárias e os restantes 610 (34%) de centros socio-sanitários. De todos os utentes com UP, 84,7% são utentes com idade superior a 65 anos. Foram identificadas 2837 lesões, 1132 UP em hospitais (uns 40%), 782 UP em unidades de saúde primárias (uns 27,6%) e 921 nas unidades socio-sanitárias (uns 32,5%). (GNEAUPP, 2007)

Num estudo observacional, de corte transversal, com o objetivo de avaliar a prevalência em 2008 e 2009, em instituições de saúde, que incluíram unidades de agudos, unidades de internamento prolongado de agudos, unidades de internamento prolongado e unidades de reabilitação nos Estados Unidos da América. No ano 2008 da análise de 90398 utentes 13,50% apresentavam úlcera por pressão e destas 6% eram adquiridas nas instituições. Em 2009 foram incluídos no estudo 92408 utentes 12,3% apresentavam úlcera por pressão e destas 5% foram adquiridas na instituição. (VanGilder, Amlung, Harrison, & Meyer, 2009) Úlceras por pressão relacionadas com dispositivos médicos representaram cerca de 9% da totalidade das úlceras de pressão identificadas e 11,9% foram adquiridas nas instituições, sugerindo que seria importante investir na prevenção das úlceras por pressão tendo em especial atenção estas duas realidades. (VanGilder, Amlung, Harrison, & Meyer, 2009) Um estudo semelhante em termos de metodologia foi desenvolvido em 14 hospitais pediátricos da Suíça. Foi executado um estudo multicêntrico, transversal no dia 1 de julho de 2009, com objetivo de estimar a prevalência da úlcera por pressão. Os hospitais envolvidos tinham aproximadamente 70 enfermarias. Estas incluíam unidades de cuidados intensivos pediátricas e neonatais, todas as especialidades cirúrgicas e médicas e ainda departamentos de reabilitação. Para serem incluídas no estudo as crianças teriam de estar internadas pelo menos um dia na respetiva instituição. Seriam excluídas se hospitalizadas em enfermarias de psiquiatria, se o representante legal não desse autorização para a colheita de dados ou se a criança recusasse participar. A totalidade de crianças potenciais participantes no estudo que cumpriam os critérios de inclusão foi de 560 (100%). Desses participaram efetivamente no estudo 412, das quais 142 tinham uma ou mais úlceras por pressão no dia do estudo o que perfaz uma taxa de prevalência de 35%. Dos 142 utentes identificados com úlcera por pressão, 77 (54%), tinham uma, 35 (25%), tinham duas, 17 (12%) tinham três, 6 tinham quatro (4%), 2 tinham cinco (2%), 3 tinham seis (1%), um tinha nove e um tinha 10 úlceras por pressão. Dezasseis utentes (3%) tinham úlceras de pressão categoria II ou superior. (Schlüer, Halfens, & Schols, 2012)

Estudo retrospectivo incidindo sobre a população constituída por todos os doentes internados no Serviço de Medicina I dos HUC, independentemente do diagnóstico de admissão, foi realizado num período limitado de seis meses, compreendido entre 1 de Janeiro e 30 de Junho de 2006. Dos doentes com UP, 79% (n=48) já acusavam UP à data de admissão, enquanto 20% (n=12) desenvolveram UP apenas durante o internamento. A fração de 1% restante diz respeito a um doente sem dados disponíveis relativamente à presença de UP no momento de admissão. (Andrade, Pereira, Santos, & Saldanha, 2010) Assim, à entrada foi contabilizado um total de 120 UP, o que se traduz numa média de 2,5 ( $\pm 2,2$ ) úlceras por doente com UP pré-existentes. Em termos proporcionais, e tendo em conta a população global no momento de admissão, existia uma UP por cada 4 doentes internados. À data de alta, foi contabilizado um total de 164 UP, tendo sido registadas 50 novas UP e documentada a regressão completa de 6 UP em relação ao número de UP pré-existentes. Verificou-se que 50% (n=25) das novas UP surgiram em doentes que já apresentavam UP no momento de admissão. De todos os doentes com úlceras pré-existentes, 29% (n=14) desenvolveram novas úlceras durante o internamento. (Andrade, Pereira, Santos, & Saldanha, 2010)

Numa investigação realizada em 29 lares de idosos Alemães (n=2 531) e 71 Holandeses (n=10 098) incluindo também 39 hospitais Alemães (n=8 515) e 60 Holandeses (n=10 237), a taxa de prevalência na Holanda variou entre 36,9%-43,3% em lares de idosos e 28,1 a 41,4% em hospitais. Na Alemanha os lares de idosos demonstraram uma taxa de prevalência entre 9,1%-12,6% e os hospitais de 18,1%-28,8%. (Tannen, Dassen, & Halfens, 2008)

Num estudo efetuado em Devon em que se avaliou 16 lares de terceira idade, com cuidados de Enfermagem, constatou-se que numa população de 458 residentes, 25,14% (n=115), apresentavam uma ou mais feridas. Todas as 16 instituições tinham utentes com feridas variando a taxa de prevalência entre 4-44%. Dos 115 utentes com feridas, 40 (34,78%) tinha mais do que uma ferida. Estes 115 residentes tinham um total de 195 feridas. As úlceras por pressão foram o tipo de ferida com maior prevalência neste estudo com 44,61% (n=87). (Kingsley, Hucke, McEndoo, & Manser, 2010) De salientar que este estudo foi efetuado com base na auditoria dos registos de enfermagem, não tendo tido os autores contacto com os utentes.

Esta problemática da UP não afeta como aliás já pudemos constatar por alguns estudos apresentados apenas serviços médicos, tendo os serviços cirúrgicos um fator de risco que é a própria cirurgia para o aparecimento de UP.

Um estudo levado a cabo, entre 8 de Maio e 14 de Agosto de 2003, num hospital Universitário da Turquia pretendia avaliar a incidência de úlceras por pressão em utentes submetidos a cirurgia eletiva sob anestesia geral por um período mínimo de 2 horas, através da avaliação da escala de Braden. Nenhum dos utentes poderia ser considerado de risco antes da cirurgia. Como resultado do processo de seleção foi constituída uma amostra de 84 utentes dos quais 52 eram do sexo feminino e 32 do sexo masculino. A média de duração das cirurgias foi de 2 horas e 30 minutos. Como resultado 46 (54,8%) utentes apresentaram UP no pós-operatório, enquanto 38 (45,2%) não apresentou. Todas as úlceras identificadas foram de categoria I. (Karadag & Gumuskaya, 2006)

Num estudo desenvolvido numa unidade de cuidados paliativos ao longo de 2 anos em que foram auditadas 542 admissões, e a média de idades era de 68 anos, verificou-se uma taxa incidência cumulativa dos 2 anos, de úlceras por pressão abrangendo todas as categorias foi de 12%. (Galvin, 2002) Acrescenta-se o facto de no primeiro ano 29,8% dos utentes admitidos já apresentarem úlceras por pressão, este valor desceu para 21,6% no segundo ano do estudo. (Galvin, 2002)

Do exposto, podemos averiguar que a problemática das UP afeta todo tipo de serviços e de faixas etárias, desde de hospitais altamente diferenciados a cuidados domiciliários, passando pelos lares de idosos. As UP são muitas vezes associadas apenas à população idosa, é um falso conceito, constata-se que a população pediátrica apresenta valores de prevalência igualmente preocupantes.

Num estudo realizado em diversos centros de enfermagem comunitários na Irlanda que servem uma população total de 133562 utentes, obteve-se uma taxa de resposta de 97%. No dia do estudo 1854 utentes foram atendidos por enfermagem e desses 290 tinham ferida. A taxa de prevalência de ferida foi de 15,6% (290/1 854), igualando a uma taxa de prevalência bruta de 0,2% (290/133 562), para toda a comunidade. No total identificaram-se 557 feridas nos 290 utentes. Dos quais 56% tinham uma ferida; 23,8% tinham 2 feridas; 7,6% tinham 3 feridas; 4,5% tinham 4 feridas e 7,9% tinham 5 ou mais feridas. A úlcera por pressão foi o tipo de ferida mais identificada, Setenta e seis utentes apresentaram 103 úlceras por pressão (26,2%, 76/290), dando uma taxa

de prevalência bruta na amostra de 4% (76/1 854) e um ponto de taxa de prevalência de 0,056% (76/133562) na comunidade observada. (McDermott-Scales, Cowman, & Gethin, 2009)

A população registada na Islândia em Janeiro de 2008 era de 313 376 pessoas. Foram contactados todas as 166 unidades para a colheita de dados com uma taxa de resposta de 100%. Destas 67 unidades não observaram nenhuma úlcera de perna no período do estudo. As restantes 99 unidades reportaram desde 1 a 30 casos. Foram identificados 226 casos, o que representa uma taxa de prevalência de 0,072% durante as duas semanas do período de estudo. (Pálsdóttir & Thoroddsen, 2010)

Num estudo transversal, multicêntrico e descritivo de uma amostra de utentes com feridas em cuidados de saúde primários de Portugal, a colheita de dados foi efetuada em centros de saúde de 17 das 18 sub-regiões do país. Os dados foram colhidos entre Maio de 2004 e Dezembro de 2005 (19 meses), tendo sido identificado um total de 1424 feridas em 1115 utentes. Destes, 57,4% recebia cuidados nos centros de saúde e 42,6% no domicílio. As feridas identificadas 42% eram úlceras de perna, 35% úlceras de pressão, 7% feridas traumáticas, 7% úlceras de pé diabético e 9% outros tipos de ferida. (Pina, 2007)

No estudo efetuado na área de abrangência de 5 centros de saúde de Lisboa, foram identificadas pelos profissionais de saúde um total de 263 doentes com úlceras de perna, durante o período de estudo. A maioria dos doentes foi identificada pelos enfermeiros ao nível dos centros de saúde (187/263, 77%) e outros 55 (29%) foram identificados nos serviços hospitalares (internamento e consultas). Os 263 doentes identificados numa população de 186.000 perfaz uma prevalência total de 1.41/1.000 habitantes. (Pina, Furtado, Franks, & Moffat, 2004) Um estudo semelhante foi efetuado em Wandsworth uma zona de Londres que abrange cerca de 252 000 pessoas, onde se identificaram 113 doentes com úlcera de perna o que dá uma prevalência total de 0,45/1000. A maioria era tratada em contexto comunitário apenas 5% recebe tratamento hospitalar e 25 utentes apresentavam úlcera bilateral. (Mofatt *et al.*, 2004) Os autores consideraram úlcera de perna como sendo uma ferida aberta na perna que não cicatriza em quatro semanas. Esta definição exclui os utentes com ulceração do pé isoladamente. (Mofatt *et al.*, 2004)

Um estudo de revisão da literatura sugere que 0,1%-0,2% da população terá uma úlcera num determinado ponto do tempo e globalmente 1-2% da população irá sofrer de uma úlcera de perna crónica e incapacitante. (Briggs & Closs, 2003)

Estes estudos epidemiológicos fornecem algumas informações sobre o impacto da úlcera de perna na saúde individual e nas organizações de saúde, no entanto existem diferenças nos diversos estudos. Estas diferenças na prevalência da úlcera de perna obtidas nos estudos poderão ter várias causas tais como: (i) o uso de pontos de prevalência ou de prevalência global; (ii) os critérios de inclusão e de exclusão; (iii) a distribuição por idades dos utentes da amostra; e (iv) a metodologia para identificar os utentes. (Briggs & Closs, 2003) A prevalência de utentes com uma úlcera de perna a receber tratamento por profissionais de saúde está entre 0.11%-0.18%. Por sua vez, a percentagem de pessoas que sofre de úlcera de perna recorrente estará entre 1-2% da população. A verdadeira prevalência é provavelmente maior porque estas estimativas não incluem as pessoas que tratam das suas próprias úlceras. (Briggs & Closs, 2003)

Em estudos de prevalência baseados em população que usam validação clínica, a prevalência de ulceração (ferida aberta e/ou ferida aberta e cicatrizada) varia de 0,06% a 3,6% da população estudada. O largo espectro de valores pode ser resultado de inúmeros fatores. Primeiro pode refletir a verdadeira variação da prevalência, causada pela variação de idades do próprio perfil etário do país; diferenças na incidência de ulceração, taxas de tratamento ou taxas de cicatrização. As variações na definição de úlcera de perna também podem contribuir para um leque alargado de taxas de prevalência. Muitos estudos não reportam qual a definição em uso e outros definem úlcera com uma duração mínima. A inclusão de úlcera de pé ou dedos também é inconsistente, alguns estudos incluem outros não. (Graham *et al.*, 2003)

A prevalência de úlcera de pé diabético na população diabética varia entre 0,5% a 13,7%, dependendo do tipo de diabetes, da metodologia do estudo e do país. (Lauterbach, Kostev, & Kohlmann, 2010)

O estudo retrospectivo em que se analisou os dados de 1151 consultórios médicos que representam cerca de 2,6% dos clínicos gerais no Reino Unido (dados do final de 2008), contém informação longitudinal de mais de 4.2 milhões de utentes, acumulados nos 15 anos anteriores. Critério de inclusão dos utentes foi o diagnóstico de diabetes. Todos os utentes eleitos tinham registos por um período de 3 ou mais anos, desde de

1 de Janeiro 2006 a 31 de Dezembro de 2008. (Lauterbach, Kostev, & Kohlmann, 2010) Obtiveram-se 2576 utentes com DM tipo I e 34198 com DM tipo II, uma taxa de prevalência de úlcera de pé diabético de 7,6% nos diabéticos tipo I e 8,5% nos utentes diabéticos tipo II. (Lauterbach, Kostev, & Kohlmann, 2010) Nos anos de 2006 a 2008 a incidência de úlceras de pé diabético nos beneficiários do sistema pública dos Estados Unidos da América foi de 6%, ou seja 6 novos casos por cada 100 utentes diabéticos por ano. (Agency for Healthcare Research and Quality, 2011)

Numa estimativa de visitas efetuadas por adultos com idades igual ou superior a 65 anos, aos serviços de urgência Norte Americanos por queimaduras não fatais provocadas por líquido quente, entre os anos 2001-2006 foi de 51700 visitas iniciais, uma média de 8620 visitas por ano o que perfaz uma média anual de 23,8 visitas por 100 000 habitantes. (CDC, 2009) Em 2010 cerca de 45.000 hospitalizações nos EUA foram devido a queimaduras, das quais 25 000 foram em internamentos em unidades de queimados (American Burn Association, 2011)

### 1.3 Análise crítica dos dados obtidos

Ao analisar os vários estudos publicados deparamo-nos, desde de logo, com algumas dificuldades em retirar conclusões isentas de viés, devido a diferentes metodologias de execução dos estudos, diferentes contextos que influenciam os resultados, objetivos do próprio estudo, uso de critérios de inclusão e exclusão diferentes e modo de exposição dos resultados. Relativamente a este último ponto nota-se na revisão efetuada, que determinados autores usam taxas de prevalência, outros prevalências brutas, dependendo se trabalham com amostragens ou populações. Relativamente aos critérios de inclusão e exclusão em alguns estudos, exemplificando baseado em duas situações distintas, quando se fala em úlcera de perna é incluída a úlcera no pé. Também noutros estudos diferenciam, no caso das úlceras por pressão, alguns estudos contabilizam a UP categoria I, outros não contabilizam. Obviamente que desta forma não é possível estabelecer comparações. Dependendo dos objetivos do estudo existem alguns que englobam apenas um determinado tipo de ferida, outros abrangem vários tipos de ferida, muitas vezes não clarificando a definição que usam para determinar cada tipo de ferida.

Os estudos epidemiológicos de feridas são de valor limitado na estimativa dos custos de tratamento para as instituições de saúde, porque estes tipicamente consideram

apenas utentes com um tipo particular de ferida. Evidência do número total de utentes a receber tratamento numa população local é limitado. (Posnett, Gottrup, Lundgren, & Saal, 2009) É necessária mais investigação em hospitais e centros comunitários para identificar os números de utentes com ferida em tratamento, o número de feridas evitáveis ou de complicações de feridas e os custos com recursos anuais em tratamento de feridas para as organizações. (Posnett, Gottrup, Lundgren, & Saal, 2009)

A ferida é uma fonte major de morbidade para os utentes e um custo enorme para o hospital e centros comunitários. A verdadeira extensão do custo não é ainda reconhecido devido há parca evidência atual. (Posnett, Gottrup, Lundgren, & Saal, 2009)

Foi estimado que as úlceras por pressão sozinhas absorvem cerca de 4% do orçamento anual do National Health System e que os enfermeiros dos cuidados comunitários gastam cerca de 80% do seu tempo em tratamentos de feridas. (Kingsley, Hucke, McEndoo, & Manser, 2010)

#### 1.4 Histórico de estudos anteriores

No CHSJ existe uma comissão de feridas em funções desde de 2007, cuja finalidade é implementar boas práticas no tratamento de feridas, quer no âmbito da prevenção quer no tratamento. Trata-se de um grupo multiprofissional do qual fazem parte, enfermeiros, médicos de diversas especialidades, farmacêutica e nutricionista.

Uma das primeiras atividades que este grupo desenvolveu foi um estudo de prevalência de um dia em 1 de Junho de 2007, em que se distribuíram um questionário a todos os serviços com internamento e consulta externa para ser preenchido pelos enfermeiros dos serviços. Foi obtido parecer prévio da direcção de enfermagem, que aprovou a realização do estudo. Os enfermeiros chefes dos serviços foram contactados prévidamente por correio interno a alertar para a realização do estudo.

Foram enviados questionários a 46 serviços (consulta externa contou como um serviço, não sendo sub-dividida em especialidades), 36 serviços responderam prefazendo uma taxa de resposta de 78.3%. A lotação dos serviços que responderam

era de 793, estando ocupadas 690 camas (taxa de ocupação de 87%). No internamento 311 utentes apresentavam ferida, ou seja 45,1% dos doentes internados, um total de 396 feridas.

Das 396 feridas, 61,4%, eram feridas cirúrgicas, 24,5% úlceras de pressão, 7,1% feridas traumáticas (incluindo queimaduras), 4,8% eram úlceras de perna, 1,8% eram úlceras de pé diabético e 0,5% úlceras malignas.

De salientar que os dados obtidos neste estudo não foram publicados, mas o autor desta tese na altura da elaboração do estudo fazia parte da referida comissão e teve autorização da atual comissão para usar os dados neste trabalho.

## 2. Objetivos

A investigação que se pretende realizar consiste num estudo epidemiológico de prevalência de feridas no Centro Hospitalar de S. João EPE.

Os objetivos gerais do estudo são: (i) Estimar a prevalência de feridas no Centro Hospitalar de S. João EPE; e (ii) Identificar e caracterizar as feridas dos utentes internados no Centro Hospitalar de S. João EPE.

Como objetivos específicos definimos:

- Identificar os antecedentes/fatores de risco dos pacientes internados com feridas;
- Caracterizar as feridas do Centro Hospitalar de S. João EPE relativamente a:
  - Classificação
  - Localização anatómica
  - Origem
  - Lateralização
  - Tempo de desenvolvimento das feridas
  - Tipo de tecido
  - Nível de exsudado
  - Pele circundante
- Determinar o tempo despendido na realização do tratamento às feridas;
- Identificar o nível de dor durante o dia e durante o tratamento;
- Identificar a frequência de mudança de penso;
- Identificar o material de penso mais utilizado no tratamento.

## **1. Metodologia**

### 1.1. Tipo de estudo

O estudo que se pretende conduzir insere-se no paradigma quantitativo, observacional e transversal, tem como objetivo estimar a prevalência de feridas num Hospital Central da cidade do Porto.

Os estudos transversais medem a prevalência de uma doença e são muitas vezes denominados por estudos de prevalência. (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2006)

Prevalência mede a ocorrência de uma doença, ou seja, o número total de indivíduos que apresenta um atributo ou uma doença num tempo particular (poderá ser num período) dividido pela população em risco de apresentar o atributo ou a doença no tempo, ou durante o período de tempo. Quando usada sem qualificação, o termo usualmente refere-se a uma situação num ponto específico de tempo (ponto de prevalência). Uma medida de ocorrência ou frequência da doença, habitualmente usada para referir a proporção de indivíduos numa população que tem uma doença ou uma condição, é uma proporção e não uma taxa. (Porta, 2008) Segundo este autor, a prevalência inclui diferentes tipos, como: (i) prevalência anual - proporção de indivíduos com a doença ou atributo durante o ano em qualquer ponto de tempo. Inclui casos de doença que se desenvolveram antes do período em análise mas que se estendem por este e casos que se surgiram durante o ano em análise. Tipo usado ocasionalmente; (ii) prevalência da vida - proporção de indivíduos que apresentaram a doença ou condição pelo menos numa parte das suas vidas, durante o seu ciclo vital; (iii) prevalência de um ano - proporção de indivíduos com doença ou condição em qualquer altura durante um ano civil. Inclui casos anteriores e que se desenvolvem durante o ano; (iv) prevalência de um período - proporção de indivíduos com doença ou atributo num período específico de tempo. Para calcular o período de prevalência, o mais apropriado denominador para o período deverá ser encontrado; e (v) ponto de prevalência - proporção de indivíduos com doença ou atributo num ponto específico de tempo. (Porta, 2008)

O estudo transversal (sinónimos: estudo de frequência de doença, estudo de prevalência) examina a relação entre doenças, ou outras relações entre características de saúde, e outras variáveis de interesse como elas estão presentes numa população definida num tempo específico. A presença ou ausência de doença e a presença ou ausência de outras variáveis são determinadas em cada membro da população em estudo ou numa amostra representativa num tempo específico. A relação entre a variável e a doença poderá ser examinada, em termos de prevalência da doença em diferentes subgrupos da população definidos de acordo com a presença ou ausência das variáveis e nos que apresentam a doença comparado com os que não apresentam a doença. A prevalência de uma doença, ao contrário da incidência, pode ser determinada num estudo transversal. A sequência temporal de causa efeito pode não ser determinável num estudo transversal. (Porta, 2008)

A avaliação da incidência e da prevalência envolve a contagem de casos numa população definida como em risco. Num estudo de prevalência faz-se a contagem de casos da doença ou de uma condição específica (ferida) num determinado ponto ou período de tempo, (fotografia). Este tipo de estudo é útil no estudo do peso e implicações das doenças crónicas para os serviços de saúde. (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2006)

A prevalência é calculada dividindo o número de casos pela população em risco num determinado período de tempo. (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2006)

## 1.2 Amostra/ população

A população em estudo é constituída por todos os doentes internados no Centro Hospitalar de São João, nos dias 9, 10 e 11 de Janeiro de 2013, à exceção dos do Serviço de Urgência e da Consulta Externa, totalizando 1029 doentes.

## 1.3 Caracterização da instituição Centro Hospitalar de S. João EPE

O CHSJ é constituído por dois polos, Hospital de S. João e Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo, possui uma lotação de 1133 camas e 43 berços. No polo do Porto a lotação mantém-se idêntica a 2010 (1076 camas) registando-se apenas

pequenas alterações entre serviços. O polo de Valongo conta com uma lotação de 57 camas repartidas por três especialidades: Psiquiatria (23 camas), Medicina Interna (21 camas) e Medicina Física e Reabilitação (13 camas). (Centro Hospitalar de S.João EPE, 2011)

Com o surgimento do Centro Hospitalar de São João em 1 de abril de 2011, assiste-se também à junção dos seus profissionais, sendo que a 31 de dezembro de 2011 se resumem a 5729 funcionários ativos. Relevante é também analisar o número de funcionários equivalentes a tempo completo (ETC) que no final do ano são 6093. Destes 36,7% são pessoal de Enfermagem, 20,8% assistentes operacionais, 14,2% pessoal Médico, 10,9% internos, 7,8% assistentes técnicos, 5,6% técnicos de diagnóstico e terapêutica, 3,7% outros e 0,3% pessoal dirigente. (Centro Hospitalar de S.João EPE, 2011)

Em conjunto os dois polos do CHSJ somaram um total de 31.892<sup>2</sup> doentes saídos durante os anos de 2011. Os três serviços que mais contribuíram para estes números foram a Medicina Interna (5854 doentes saídos), Cirurgia Geral (5156 doentes saídos) e ginecologia/ Obstetrícia (3364 doentes saídos). A taxa de ocupação da instituição atingiu os 81% durante o ano de 2011, analisando apenas os três últimos trimestres. (Centro Hospitalar de S.João EPE, 2011)

As consultas externas realizadas no CHSJ em 2011 ultrapassaram meio milhão em apenas nove meses, sendo uma das áreas em que tem havido um aumento progressivo ao longo dos últimos anos. Durante o ano em análise foram efetuados 232.993 atendimentos nos vários serviços de urgência, sendo que a polivalente foi a responsável por mais de 50% destes atendimentos. O Centro Hospitalar de São João realizou 2127 partos em 2011, sendo que 29,3% refere-se a cesarianas.

Realizaram-se mais de 5.769.048 meios complementares de diagnóstico e terapêutica e fizeram-se 27.725 intervenções cirúrgicas. A taxa de mortalidade foi de 3,76%. (Centro Hospitalar de S.João EPE, 2011)

Após esta breve caracterização da instituição, e pelos números apresentados, constata-se que se trata de um Centro Hospitalar com uma elevada produção quer

---

<sup>2</sup> Estes números não incluem os recém-nascidos

médica quer cirúrgica. É um Hospital Universitário que possui todas as valências médicas e cirúrgicas, sendo considerado de referência em todas as especialidades.

Por ser um hospital com uma atividade cirúrgica elevada será de esperar uma elevada prevalência de ferida cirúrgica, dado também ser o centro de referência de doentes politraumatizados graves e de possuir uma unidade de queimados. Espera-se, também, que se encontrem bastantes feridas agudas, como as traumáticas e queimaduras. Possui, ainda, um elevado número de camas de internamento de medicina interna, onde habitualmente se encontram doentes com elevados graus de dependência e com idades avançadas com múltiplas comorbilidades, sendo por isso espectável um elevado número de úlceras de pressão e outros tipos de feridas crónicas. Possui várias Unidades de Cuidados Intensivos, duas das quais polivalentes, pela instabilidade clínica característica dos doentes internados neste tipo de unidades; serão também de esperar elevadas prevalências de úlcera de pressão.

#### 1.4 Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados foi desenvolvido para dar resposta aos objetivos do estudo, de acordo com a revisão da literatura e consenso de peritos. Encontra-se validado e em fase de escrita para submissão e publicação, consta do Anexo I - Instrumento de Prevalência de Feridas. Neste instrumento foram utilizadas para além de escalas de avaliação do risco, de avaliação do estado da ferida e de avaliação da dor, instrumentos já validados para Portugal, outros aspetos constantes na literatura e com o consenso de peritos na área.

O Instrumento de Prevalência de Feridas apresenta variáveis independentes que aferem: (i) Informações demográficas; (ii) Fatores de risco associados às feridas; (iii) Classificação; (iv) Duração e localização das feridas; (v) Material de prevenção e valoração do risco das UP (escala Braden); (vi) Utilização de exames complementares de diagnóstico; (vii) Avaliação e caracterização da ferida; e (viii) Tratamento da ferida (infecção, dor, duração do tratamento, frequência do tratamento e materiais utilizados). Neste estudo a variável dependente é o doente com ferida.

Este instrumento foi desenvolvido face às mais recentes evidências na área da prevenção e tratamento de feridas.

## 1.5 Procedimento para a colheita de dados

A recolha de dados foi efetuada após autorização do Presidente do Conselho de Administração do CHSJ, para a realização deste estudo, com parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde. Foi-nos solicitada documentação adicional para instruir o processo para a Comissão de Ética, documentos esses que se encontram no Anexo II. Após a análise de toda a documentação a Comissão de Ética deu parecer favorável à efetivação do estudo (Anexo III), alertando, no entanto, para a necessidade da autorização das chefias de Enfermagem para a realização do mesmo. É então obtida autorização da Senhora Enfermeira Diretora a 30 de Outubro de 2012 (Anexo IV) e remetido o documento à Comissão de Ética.

O processo foi a reunião do Conselho de Administração de 6 de Dezembro de 2012, onde foi despachado com parecer positivo, com a anotação que o investigador deverá remeter à instituição uma cópia final dos resultados obtidos (Anexo V).

Dada a dimensão do Hospital de S. João, a colheita de dados teve lugar nos dias 9, 10 e 11 de janeiro de 2013. Os serviços de internamento foram divididos por três enfermeiros (o investigador e duas enfermeiras do CHSJ) que distribuíram os exemplares do Instrumento de Prevalência de Feridas, explicaram o procedimento de colheita de dados e obtiveram o consentimento do responsável de Enfermagem do Serviço para execução do estudo. Foi facultado o contacto móvel e endereço eletrónico do investigador principal para esclarecimentos necessários.

Em relação ao polo de Valongo, foi contactado, via telefone, o responsável de Enfermagem e enviado o Instrumento de Prevalência de Feridas, via *mail*. Posteriormente foi-nos devolvido o questionário preenchido por correio interno da instituição.

Como os dados não foram colhidos num dia apenas, poderia haver transferência de doentes entre os diferentes serviços correndo o risco de repetição. Para evitar este fenómeno nos dias seguintes de colheita de dados foi certificado que o doente estava internado no respetivo serviço há pelo menos 24 horas. Caso não estivesse, verificou-se o local de proveniência e se este fosse um outro serviço do hospital, o enfermeiro responsável pela colheita dos dados tinha que se certificar se tinham sido ou não colhidos os dados no Serviço de origem do utente. Em caso afirmativo este não entrava no estudo. Desta forma evitaram-se repetições de sujeitos da amostra.

Os enfermeiros que colaboraram na investigação assinaram o consentimento informado em impresso próprio (Anexo VI).

O guião de preenchimento do Instrumento de Prevalência de Feridas (Anexo VII) foi disponibilizado a todos os investigadores a fim de garantir a uniformização e rigor na colheita de dados.

O anonimato relativamente aos utentes foi garantido, não sendo colhido nenhum tipo de dados que possibilitasse a identificação individual dos mesmos. O tempo despendido para colheita de dados, por utente, foi de 5 minutos aproximadamente.

Após a conclusão da colheita de dados, estes foram transcritos para uma base de dados versão Excel® e posteriormente tratados num programa SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.

## 1.6 Implicações éticas

Durante todas as etapas do estudo foram assegurados os princípios éticos imprescindíveis a qualquer investigação.

Para a recolha dos dados foi solicitada autorização ao Conselho de Administração do CHSJ, sendo obtido parecer favorável após apreciação da Comissão de Ética para a Saúde da mesma instituição.

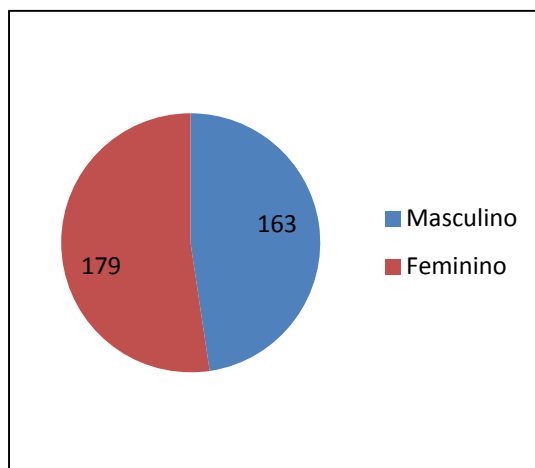
Todo o processo de recolha de dados foi elaborado de forma a respeitar a privacidade, o anonimato e a confidencialidade quer dos sujeitos quer dos dados recolhidos.

Neste estudo por ser observacional, o investigador não intervém na realidade apenas a observa e recolhe os dados que pretende, no entanto, deverá esclarecer, através do consentimento informado, os participantes. Aos enfermeiros que colaboraram na recolha dos dados, foi solicitado consentimento formal. Aos utentes internados no CHSJ que aceitaram integrar o estudo foi garantido o direito da autonomia de poderem recusar a participação no estudo, sendo pedido o seu consentimento para a recolha dos dados.

### 1. Apresentação e discussão dos resultados

#### 1.1 Caracterização da amostra

No período de colheita dos dados o CHSJ tinha 1105 camas de internamento, 1029 das quais encontravam-se ocupadas, perfazendo uma taxa de ocupação de 93,1%. Dos 1029 doentes internados, 342 apresentavam ferida(s), ou seja, uma taxa de prevalência de 33,2%. Contou-se um total de 630 feridas. Em média cada doente apresentava 1,85 feridas, e a mediana foi 1, contudo 140 doentes apresentavam 2 ou mais feridas, ou seja 40,9% dos doentes com ferida, variando entre 2 a 9 feridas por doente. Hurd e Posnett (2009), num estudo em 13 hospitais de agudos do Canadá, obtiveram taxas de prevalência de feridas entre 30% a 60%, muito semelhante à taxa de prevalência encontrada neste estudo, salientando-se, no entanto, que o hospital com mais utentes tinha 537, aproximadamente metade dos utentes que o CHSJ apresentava. No estudo de Mahé, *et al.* (2006) efetuado no Hospital Bichat-Claude Benard, em Paris abrangeu 694 utentes internados, 52% tinham ferida num total de 933 feridas, com uma média de 2,8 feridas por utente, comparativamente com os resultados obtidos no CHSJ. Constata-se que este apresentava menor número de feridas (33,2% *versus* 52%) e uma média de feridas por utente menor (1,85 *versus* 2,8). No estudo de Mulligan, *et al.* (2008), que abrangeu 85 hospitais públicos na região este da Austrália, a taxa de prevalência de feridas foi de 49% em 2007 e de 48% em 2008. Estes valores são superiores aos encontrados neste estudo (33,2%). No entanto, os dados devem ser interpretados com precaução, pois a serem avaliados 85 hospitais, poderíamos ter hospitais com elevadas taxas de prevalência e outros com taxas mais baixas, o que o autor apresenta é a média. Como se pode constatar as taxas de prevalência de feridas em instituições hospitalares apresentam uma grande variância, o que poderá ser explicado pelo tipo de hospital (hospitais regionais ou centrais). Assim se apresentam grande produção em termos cirúrgicos, ou pelo contrário se têm unidades de internamento de longa duração, se possuem serviços altamente especializados em trauma e unidades de cuidados intensivos, a população que abrangem, se está implantado em regiões rurais ou pelo contrário em áreas metropolitanas.



**Gráfico 1** – Distribuição da população por género

Dos 342 doentes, 179 são do género feminino e 163 do masculino, ou seja, existiam mais elementos do género feminino com ferida (Gráfico 1).

Grupo etário	Género		Total
	Feminino	Masculino	
0-20	24	11	35
21-40	13	27	40
41-60	49	28	77
61-80	77	64	141
> 80	16	33	49
Total	179	163	342

**Tabela 1** - Distribuição dos sujeitos da amostra por géneros e idades

A idade média da população é de 57,7 anos, com uma mediana de 63 anos e um desvio padrão de 23,37 anos. Esta distribuição da amostra em termos de idades justifica-se pelo facto do CHSJ apresentar internamentos desde da idade pediátrica até à idade adulta e a recolha de dados ter ocorrido em todos os Serviços. Portanto, temos sujeitos da amostra com dias de vida até doentes com mais de 90 anos (Tabela 1).

<b>Profissão</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Forças armadas	1	0,3
Representantes do poder legislativo e executivos	1	0,3
Reformados	180	52,6
Desempregados	9	2,6
Estudantes	33	9,6
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	6	1,8
Técnicos e profissões de nível intermédio	3	0,9
Pessoal administrativo	1	0,3
Trabalhadores dos serviços pessoais de proteção e segurança e vendedores	9	2,6
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura da pesca e da floresta	1	0,3
Trabalhadores qualificados da indústria construção e artífices	8	2,6
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	0,3
Trabalhadores não qualificados	10	2,9
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 2** – Distribuição dos sujeitos da amostra pelos grupos profissionais

Relativamente à profissão, constata-se que na amostra estudada, mais de 50% são pessoas reformadas, o que seria esperado visto que 198 doentes têm idade igual ou superior a 60 anos. No extremo oposto vemos que 9,6% são estudantes, devendo-se este valor ao elevado número de camas de internamento de pediatria que o CHSJ possui (Tabela 2).

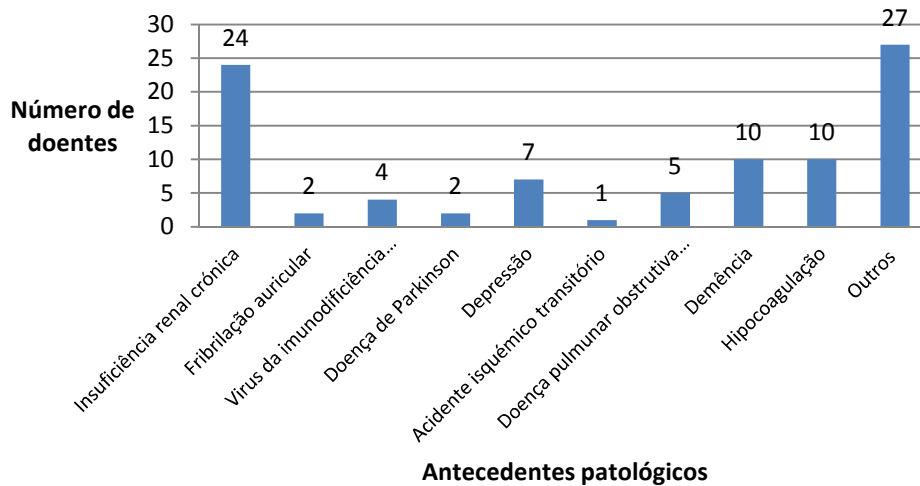
<b>Antecedentes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alcoolismo	29	8,5
Anemia	22	6,4
Angina do peito	2	0,6
Acidente vascular cerebral	40	11,7
Cirurgia arterial	18	5,3
Cirurgia cardíaca	23	6,7
Claudicação Intermitente	6	1,8
Diabetes Mellitus tipo I	20	5,8
Diabetes Mellitus tipo II	64	18,7
Diminuição da sensibilidade	10	2,9
Deslipidémia	78	22,8
Doença autoimune	4	1,2
Doença reumática	6	1,8

Enfarte agudo miocárdio	13	3,8
História de ferida	18	5,3
Hipertensão arterial	142	41,5
Imobilidade	54	15,8
Insuficiência venosa periférica	13	3,8
Insuficiência cardíaca	49	14,3
Isquemia crítica	7	2,0
Incontinência vesical	15	4,4
Incontinência fecal	11	3,2
Neoplasia	31	9,1
Obesidade	25	7,3
Perda de peso recente	7	2,0
Tabagismo	28	8,2
Traumatismo	18	5,3
Outros	84	24,6

**Tabela 3** – Antecedentes relevantes

Os fatores que influenciam o processo de cicatrização das feridas são inúmeros, pelo que seria moroso e difícil enumerá-los todos, no entanto, os que são considerados mais relevantes, segundo a literatura consultada estão presentes no instrumento de colheita de dados, sendo ainda possível colocar outras comorbilidades que o doente possa apresentar.

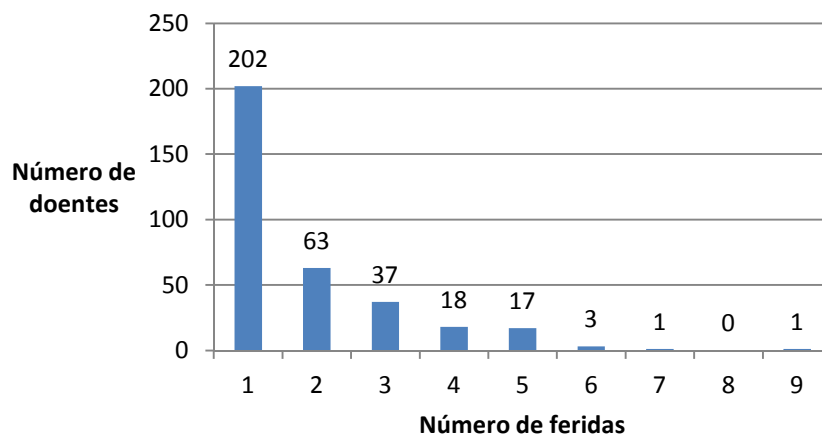
Os mais prevalentes foram a hipertensão arterial em 41,5% dos doentes internados, seguido da diabetes (tipos I e II), com 24,5% e as deslipidémias com 22,8% (Tabela 3). A imobilidade em 15,8% associada a afeções neurológicas como demências, AVC/AIT que muitas vezes deixam como sequelas alterações da sensibilidade, constituindo fatores de risco importantes para o aparecimento de úlceras de pressão adquiridas no hospital (Gráfico 2). No Anexo VIII encontra-se de forma detalhada a frequência de cada fator de risco em cada tipo de ferida.



**Gráfico 2** – Outros antecedentes relevantes

## 1.2 Caracterização das feridas

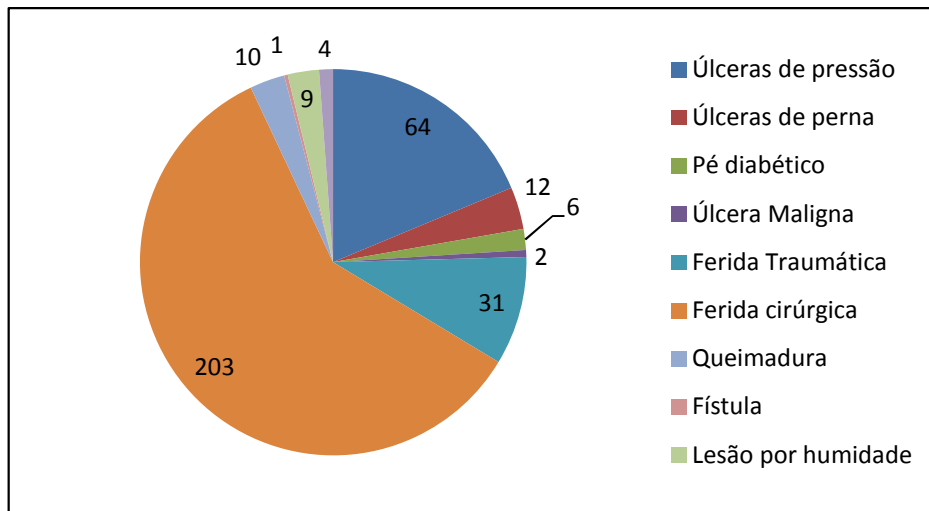
Dos 342 utentes com ferida(s), a maior parte apresenta uma ferida (59,1%), enquanto 40,9%, apresentam duas ou mais feridas, independentemente da sua etiologia. De salientar que não foram consideradas feridas resultantes de punções venosas e/ou arteriais, centrais ou periféricas. Também não foram contabilizadas ostomias a não ser que tivessem sido efetuadas há menos de uma semana e ainda apresentassem material de sutura.



**Gráfico 3** – Número de feridas por doente

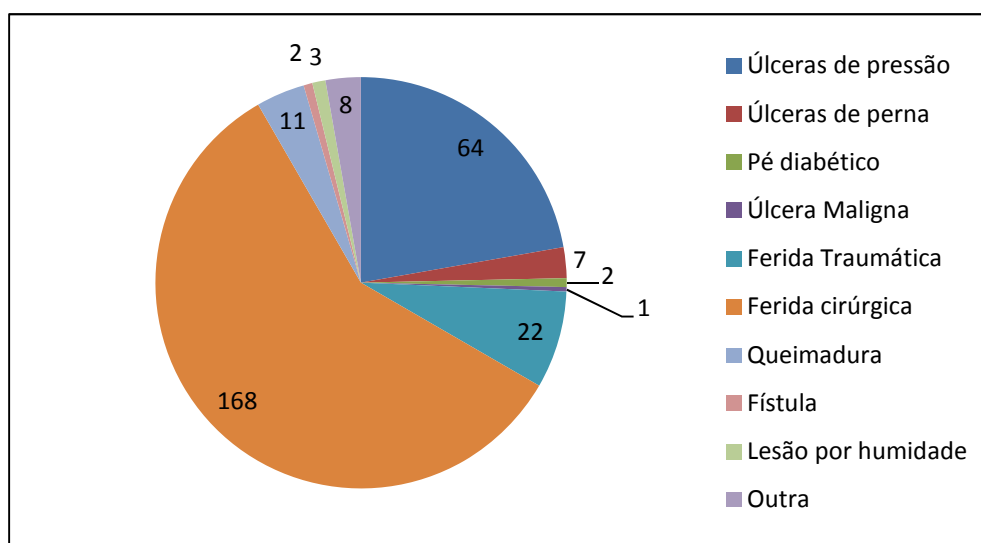
Como pudemos verificar da análise do Gráfico 3 existe uma elevada percentagem de utentes com 3 e mais feridas, dos 40,9% de utentes com mais de uma ferida 22,5% apresentam 3 ou mais feridas, ou seja, mais de metade dos utentes com mais de uma

ferida. No entanto, esta percentagem é inferior à encontrada por Mulligan, *et al.* (2008), em que 29% dos utentes apresentavam 3 ou mais feridas, neste estudo 22,51% apresentam 3 ou mais feridas.



**Gráfico 4** – Frequência absoluta de feridas consideradas como principal (F1)

Sem grande surpresa as feridas mais prevalentes são as cirúrgicas (n=203), este facto deve-se ao elevado número de camas de especialidades cirúrgicas que o hospital possui (402 camas, não contabilizando as unidades de cuidados intensivos e intermédios), seguido das úlceras de pressão com 64 e das feridas traumáticas com 31. Todas as outras feridas perfazem uma frequência de 44 (Gráfico 4).



**Gráfico 5** – Feridas secundárias (F2-F9): Frequências e tipos de ferida

Analisando os tipos de feridas secundárias mais prevalente foram novamente as feridas cirúrgicas com uma frequência de 168, as úlceras de pressão com 64 e as feridas traumáticas com 22 (Gráfico 5).

As feridas podem ser divididas em agudas e crônicas. Feridas agudas incluem feridas cirúrgicas, feridas traumáticas e queimaduras. Por seu lado, as feridas crônicas incluem úlceras de pressão, úlceras de perna, úlceras de pé diabético e ferida maligna (Fletcher, 2008).

Tipo de feridas	Frequências
Agudas	474
Crônicas	156
<b>Total</b>	<b>630</b>

**Tabela 4** - Divisão das feridas

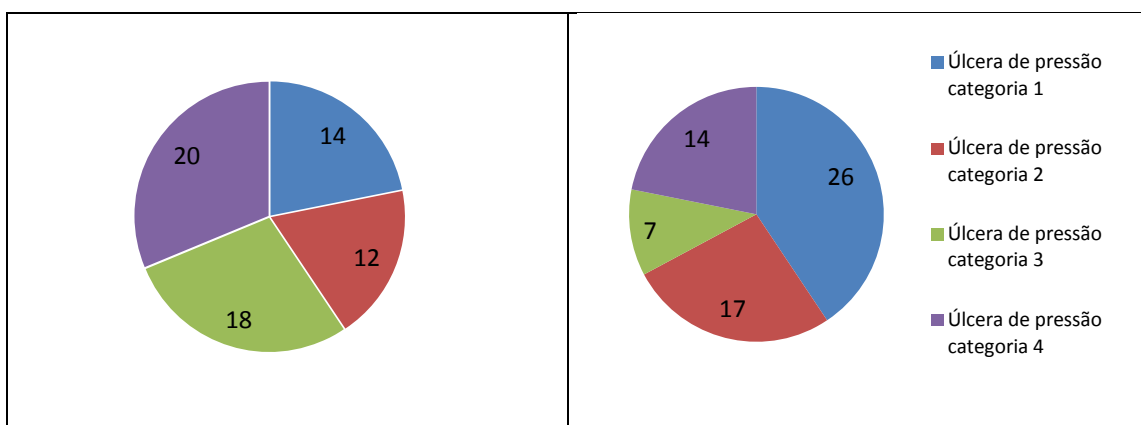
Conclui-se que existe um predomínio das feridas agudas o que não constitui uma surpresa devido à elevada produção cirúrgica do hospital em questão. Contudo 20,3% das feridas são úlceras de pressão, o que corresponde a 1/5 de todas as feridas encontradas (Tabela 4).

Tipos de feridas classificadas como F1	Classes etárias										Total	
	0-20		21-40		41-60		61-80		> 80			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Úlcera de pressão	3	4,7	5	7,8	15	23,4	26	40,7	15	23,4	64	100,0
Úlcera de perna	0	0,0	0	0,0	2	16,7	8	66,6	2	16,7	12	100,0
Pé diabético	0	0,0	0	0,0	2	33,3	4	66,7	0	0,0	6	100,0
Úlcera Maligna	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
Ferida Traumática	3	9,7	4	12,8	6	19,4	11	35,5	7	22,6	31	100,0
Ferida Cirúrgica	20	9,8	31	15,3	42	20,7	86	42,4	24	11,8	203	100,0
Queimadura	3	30,0	0	0,0	5	50,0	2	20,0	0	0,0	10	100,0
Fistula	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Lesão por humidade	5	55,6	0	0,0	2	22,2	1	11,1	1	11,1	9	100,0
Outro	1	25,0	0	0,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	4	100,0

**Tabela 5** – Distribuição dos diferentes tipos de feridas classificados como F1 por classes etárias

Analisando a distribuição dos diferentes tipos de feridas por classes etárias constata-se que 55,6% da totalidade de feridas F1 estão em utentes com idade igual ou

superior a 61 anos e que 64,1% das UP estão presentes nas duas últimas classes etárias definidas. Observando as percentagens da frequência dos diferentes tipos de feridas em idade igual ou superior a 61 anos, constata-se que todos os tipos de ferida apresentam valores superiores a 50% à exceção das úlceras malignas, queimaduras e lesões por humidade (Tabela 5). Conclui-se que a idade constituiu um fator importante para a presença de ferida na população estudada



**Gráfico 6** – Distribuição das úlceras de pressão pelas diferentes categorias (F1)

**Gráfico 7** – Distribuição das úlceras de pressão pelas diferentes categorias (F2-F9)

Avaliando a prevalência conjunta das úlceras de pressão consideradas feridas principais e secundárias constata-se que as mais prevalentes são as de categoria 1 com cerca de 31,2% de todas as UP encontradas. Contudo a segunda categoria mais prevalente é a 4 com cerca de 26,6% de todas as UP, o que é preocupante, pois estas constituem feridas de uma enorme complexidade e acarretam custos adicionais em tratamentos diretos e indiretos. Se analisarmos apenas as feridas principais a categoria de UP mais prevalente é de categoria 4, seguido da categoria 3, em sentido inverso ao observarmos as UP consideradas feridas secundárias as mais prevalentes são as de categoria 1 e 2. A reter das 168 UP identificadas neste estudo 46,2% são das categorias 3 e 4, ou seja praticamente metade de todas as feridas deste grupo são de uma enorme gravidade clínica (Gráfico 6 e 7).

No estudo conduzido por Barrois, *et al.* (2008), para determinar a prevalência de úlceras de pressão nos hospitais públicos franceses, obteve-se uma taxa de prevalência de 8,9%, inferior ao que encontramos no CHSJ (20,3%), contudo é necessária precaução na interpretação dos dados, pois foram avaliados 1075 hospitais e o autor não refere as taxas de prevalência mínima e máxima nem o desvio padrão. Neste estudo 67% das úlceras de pressão encontradas são das categorias 1 e 2; no

presente estudo 41,1% são das referidas categorias. Relativamente às UP categoria 4 encontramos 20,2% do total de UP contra 14% no estudo supracitado.

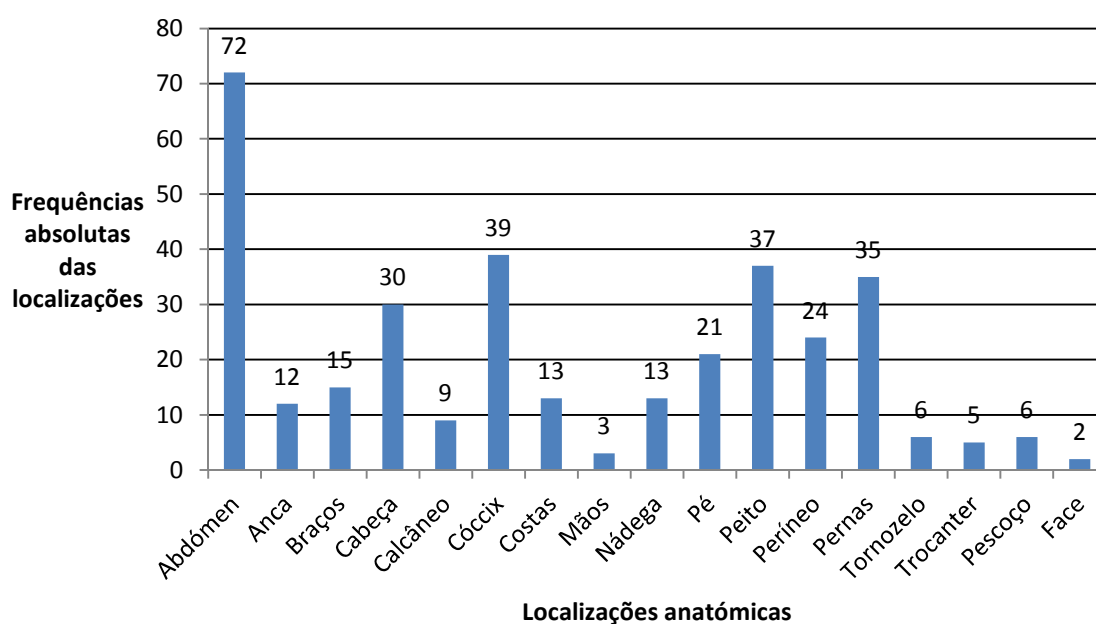
No estudo de Tait e Gibson (2007), realizado no Hospital East Sussex para determinar a prevalência de feridas crônicas complexas conclui que 45,1% das feridas crônicas eram UP. Por seu lado, no CHSJ as UP constituem 82,1% de todas as feridas crônicas encontradas. Jordanos, no estudo efetuado em dois hospitais, calculou uma taxa de prevalência de UP de 12% (Tubaishat, Anthony, & Saleh, 2010), inferior à encontrada no CHSJ, todavia no estudo citado não foram avaliados os Serviços de Pediatria nem Neonatologia, apenas foram contabilizados utentes com idades superiores a 18 anos. No estudo de VanGilder, *et al.* (2009), em que foram abrangidos 92408 utentes internados em instituições de saúde nos Estados Unidos da América (unidades de agudos, unidades de internamento perlongado e unidades de reabilitação), conclui-se uma taxa de prevalência de UP de 12,3%, também inferior à encontrada no CHSJ. Na investigação conduzida por Tannen, *et al.* (2008) foram avaliados 39 hospitais Alemães e 60 Holandeses e a taxa de prevalência de UP variou entre 28,1%-41,4% nos Hospitais Holandeses e 18,1%-28,8% nos Hospitais Alemães. No nosso estudo obtiveram-se taxas menores de prevalência do que nos Hospitais Holandeses. Comparativamente com os Hospitais Alemães a taxa obtida encontra-se dentro do intervalo de variância encontrado pelos autores.

As feridas agudas também constituíram o maior achado no estudo de Mulligan, *et al.* (2008) com 28% da totalidade das feridas identificadas, seguido das úlceras por pressão com 12%, quebras cutâneas em 11%. Comparando com os resultados obtidos no presente estudo 74,9% das feridas são agudas, no entanto estes dados devem ser comparados com reservas, pois em feridas agudas foram incluídas feridas traumáticas, cirúrgicas e queimaduras, enquanto Mulligan, *et al.* (2008), separa queimaduras e quebras cutâneas em diferentes grupos (embora possam ser classificadas como feridas agudas). Estabelecendo um padrão de comparação, constata-se que nas taxas de prevalência das UP existe uma diferença considerável neste estudo, nas taxas de prevalência das UP existe uma diferença considerável que se fixou em 20,3%, enquanto no estudo de Mulligan *et al.* (2008), ficou pelos 12%.

Hurd e Posnett (2009), no seu estudo, encontraram uma taxa de prevalência de UP de 56,2%, seguido de ferida cirúrgica com 31,1%. Estes resultados são contrários aos encontrados no presente estudo em que 58,9% são feridas cirúrgicas e 20,3% são UP. Comparando com o estudo de Mahé, *et al.* (2006) em que 42,2% das feridas

encontradas no Hospital Bichat-Claude Benard eram cirúrgicas seguidas de 13,8% de UP.

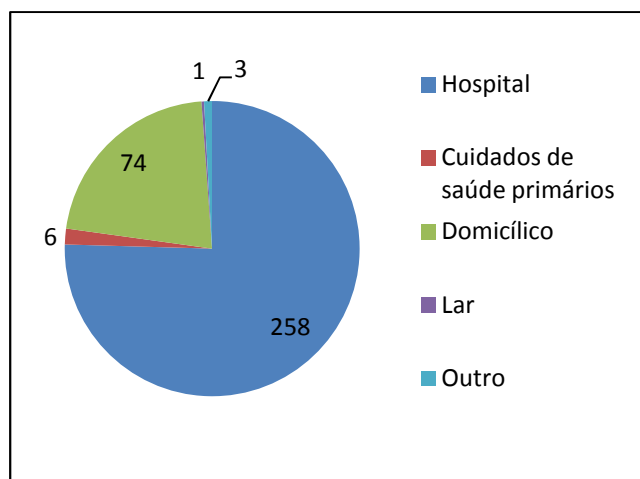
No estudo efetuado num Hospital Universitário da China foram avaliados 2913 utentes internados, tendo-se obtido uma taxa de prevalência de úlceras de pressão de 1,8% (Zhao, Hiltabidel, Liu, Chen, & Liao, 2010). Esta taxa de prevalência é muito inferior á encontrada no CHSJ, e a mais baixa reportada em toda a bibliografia resumida para este trabalho.



**Gráfico 8** – Localizações anatómicas da ferida principal (F1)

As localizações anatómicas mais frequentes são o abdómen em 72 feridas, o que seria esperado dado que uma grande parte das feridas é cirúrgica, seguido do cóccix em 39. Destas, 36 (56,3% de todas as UP classificadas com F1) são úlceras de pressão o que justifica a elevada prevalência de feridas nesta localização. No peito em 37 e pernas em 35, em ambas as localizações as feridas mais prevalentes são as feridas cirúrgicas. De salientar, no entanto, que no peito foram identificadas 4 UP, que não é uma localização frequente para este tipo de ferida. Foram identificadas 6 UP no calcâneo, 6 nas nádegas, 5 na cabeça. Nestes dados o que se verificou foi uma grande diferença entre a primeira localização mais prevalente o cóccix e as seguintes, calcâneo e nádega (56,3% *versus* 7,8%), ou seja, mais de metade de todas as UP classificadas como ferida principal são localizadas no sacro. Neste estudo os resultados são contrários aos encontrados no estudo de Barrois, *et al.* (2008), em que

53% da totalidade de UP identificadas eram localizadas no calcâneo e 29% no sacro. A tabela com as localizações dos diferentes tipos de feridas, classificadas como F1, encontra-se no Anexo IX.



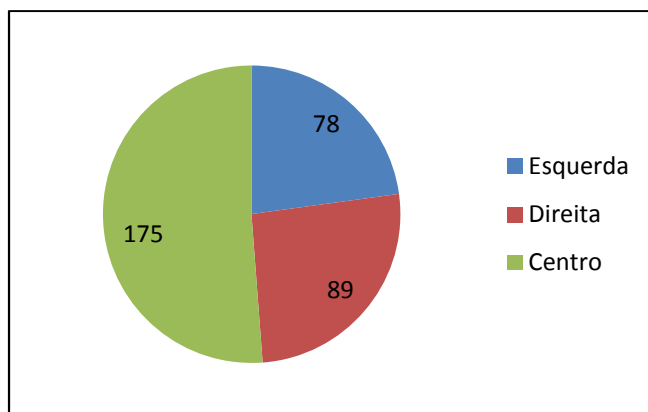
**Gráfico 3** – Origem da ferida principal (F1)

Pela análise dos dados conclui-se que a maior parte das feridas (n=258) têm origem no hospital, o que seria de esperar dado que a grande maioria das feridas são cirúrgicas, ou seja, resultam de uma intervenção executada no hospital (Gráfico 3). Por outro lado, estes dados levam-nos a concluir que uma grande parte das UP e feridas traumáticas tem origem na instituição, lesões essas que são potencialmente evitáveis com medidas adequadas.

Tipos de feridas	Origem					Total
	Hospital	Cuidados de Saúde Primários	Domicílio	Lar	Outro	
Úlceras de pressão	42	3	18	1	0	64
Úlceras de Perna	1	1	10	0	0	12
Pé diabético	1	0	5	0	0	6
Úlcera maligna	1	0	1	0	0	2
Ferida Traumática	12	1	16	0	2	31
Ferida Cirúrgica	196	0	6	0	1	203
Queimadura	2	0	8	0	0	10
Fístula	0	0	1	0	0	1
Lesão por humidade	3	0	6	0	0	9
Outro	0	1	3	0	0	4
<b>Total</b>	<b>258</b>	<b>6</b>	<b>74</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>342</b>

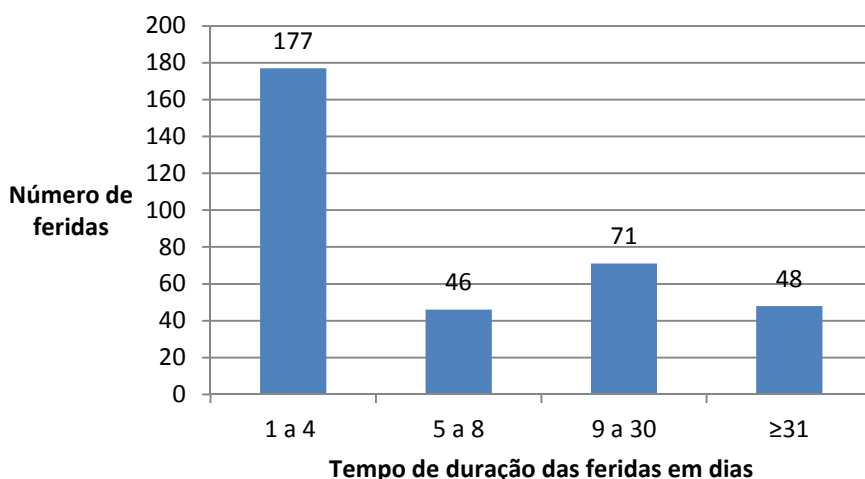
**Tabela 6** – Origem dos diferentes tipos de ferida (F1)

Analisando com mais detalhe conclui-se que 65,6% das úlceras de pressão, classificadas como F1, têm origem hospitalar (Tabela 6), o que está muito próximo do valor obtido no estudo de Mulligan, *et al.* (2008) em que calculou que 71% das úlceras de pressão eram adquiridas no hospital. Hurd & Posnett (2009) concluíram que 79,3% das úlceras de pressão eram adquiridas no hospital, sendo este valor bastante superior ao encontrado neste estudo.



**Gráfico 4** – Lateralização de ferida principal (F1)

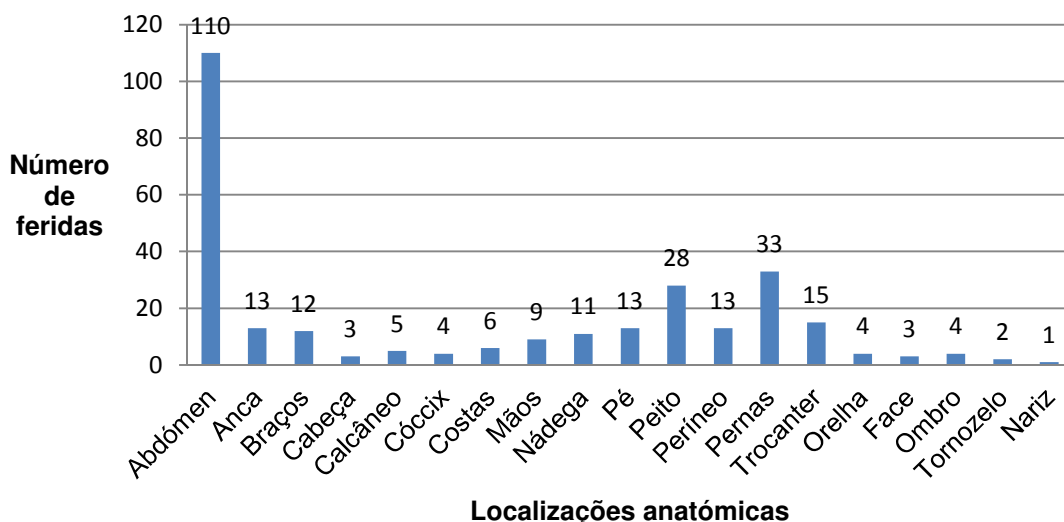
Mais de metade das feridas está localizada no centro (175), seguido da direita (89) e depois esquerda (78) (Gráfico 4).



**Gráfico 5** – Tempo de duração da ferida principal (F1)

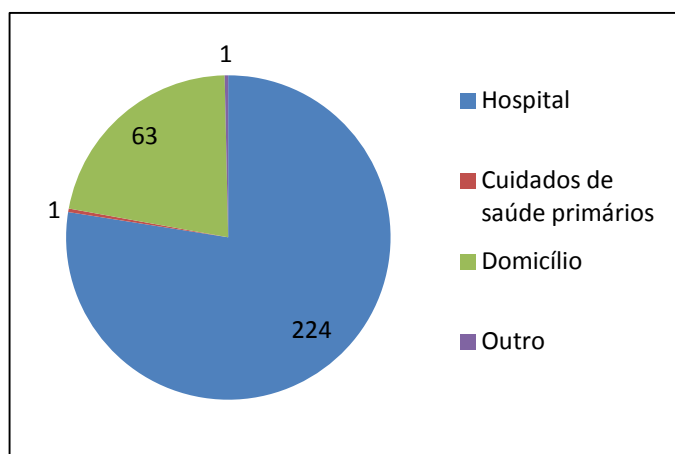
Das feridas encontradas, 65,2% tem uma duração inferior a 8 dias, o que coaduna os resultados dos tipos de feridas encontrados que são maioritariamente cirúrgicas. No

entanto, 48 feridas tem mais de 30 dias de evolução e destas 12 mais de 100 dias, o que nos leva a concluir que existe um número importante de feridas crônicas em tratamento no CHSJ, elevando o potencial de complicações para o doente e os custos de internamento. Das 48 feridas com mais de 30 dias 39,6% são UP sendo este tipo de ferida que mais contribui para a cronicidade das feridas encontradas no CHSJ (Gráfico 5). No Anexo X encontra-se uma tabela com o cruzamento dos tipos de ferida com o respetivo tempo de duração.



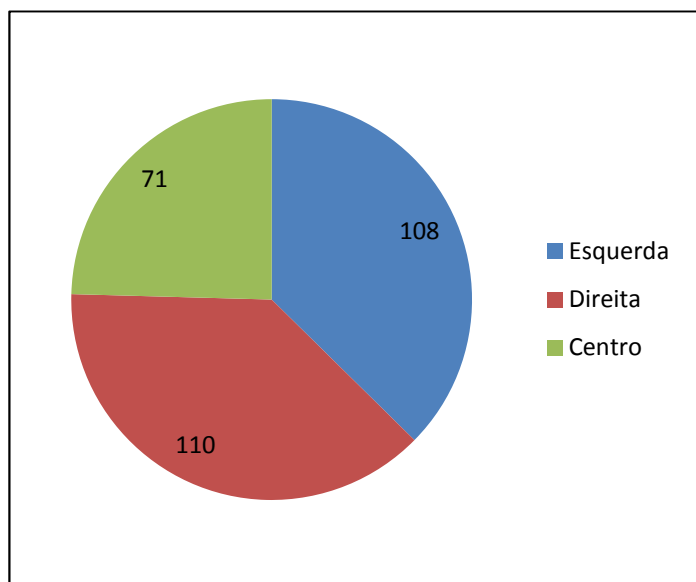
**Gráfico 6** - Frequências absolutas das localizações anatômicas das feridas secundárias (F2-F9)

As localizações anatômicas mais prevalentes são o abdômen com 110, seguido das pernas com 33 e peito com 28. Estes resultados das localizações anatômicas não surpreendem, pois as feridas mais prevalentes classificadas de F2-F9 são cirúrgicas e que são frequentes no abdômen e peito (Gráfico 6). No estudo de Mahé *et al.* (2006), 45,1% das 933 feridas identificadas no Hospital Bichat-Claud Bernard localizavam-se no tronco e área subumbilical, seguido pelos membros inferiores em 38,8%.



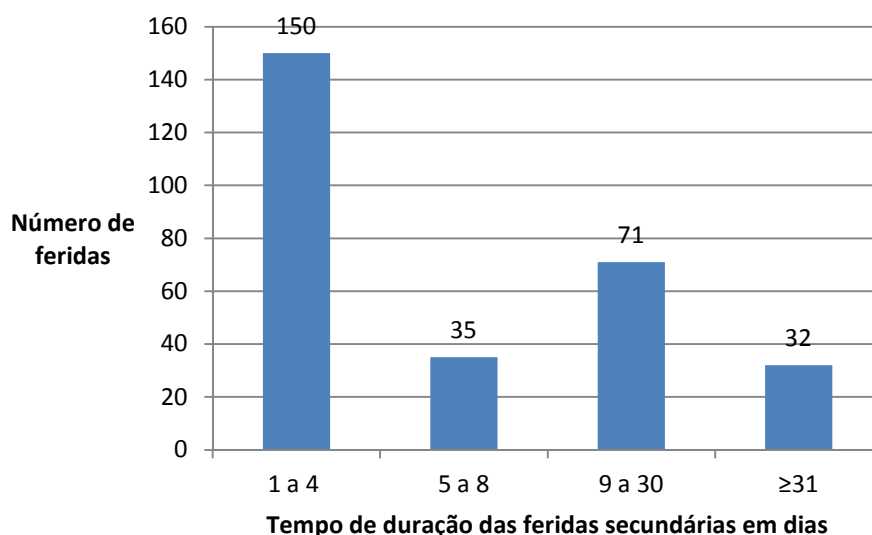
**Gráfico 7** - Origem da ferida secundária (F2-F9)

De salientar que a principal origem das feridas secundárias continua a ser o hospital (n=224), seguido do domicílio (n=63) (Gráfico 7). Estes dados confirmam que uma boa parte das UP e feridas traumáticas terão origem hospitalar, ou seja, são uma iatrogenia do internamento hospitalar, podendo ser prevenida.



**Gráfico 8** – Lateralizações das feridas secundárias (F2-F9)

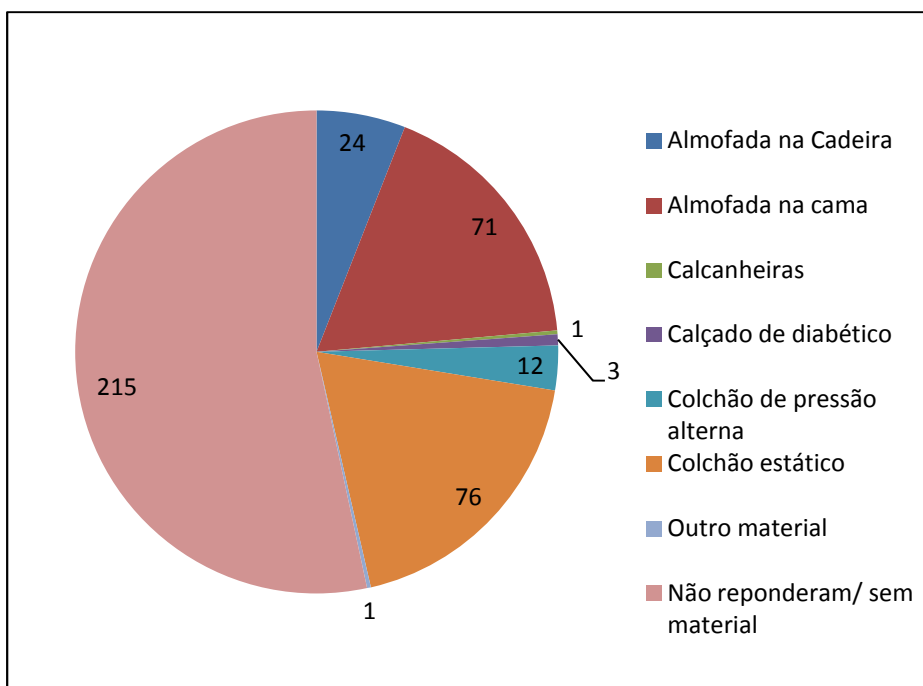
Ao contrário da lateralização da ferida principal que maioritariamente eram ao centro, as feridas secundárias são mais à direita (n=110), seguidas da esquerda (n=108) (Gráfico 8).



**Gráfico 9** – Tempo de duração das feridas classificadas com secundárias (F2-F9) em dias

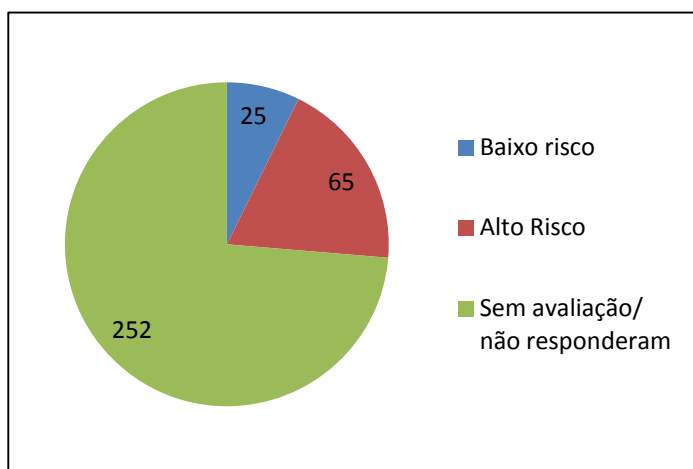
Em relação à duração das feridas a maior parte tem uma duração inferior a 8 dias (185), que é o esperado dado que a maioria das feridas secundárias são cirúrgicas. No

entanto, existem 32 feridas com mais de 30 dias de evolução, ou seja nota-se uma elevada prevalência de feridas que tendem para a cronicidade (Gráfico 9).



**Gráfico 10** – Uso de material de alívio de pressão

Analisando os dados relativos à utilização de material de alívio da pressão é de salientar que apenas 127 dos 342 utentes que foram identificados com ferida estavam a utilizar algum material de alívio da pressão; 61 utilizava 2 ou mais materiais de alívio da pressão, sendo os mais prevalentes as almofadas (quer na cadeira ou na cama, 95), seguido dos colchões de alívio de pressão (estático e de pressão alterna, 88) (Gráfico 10).

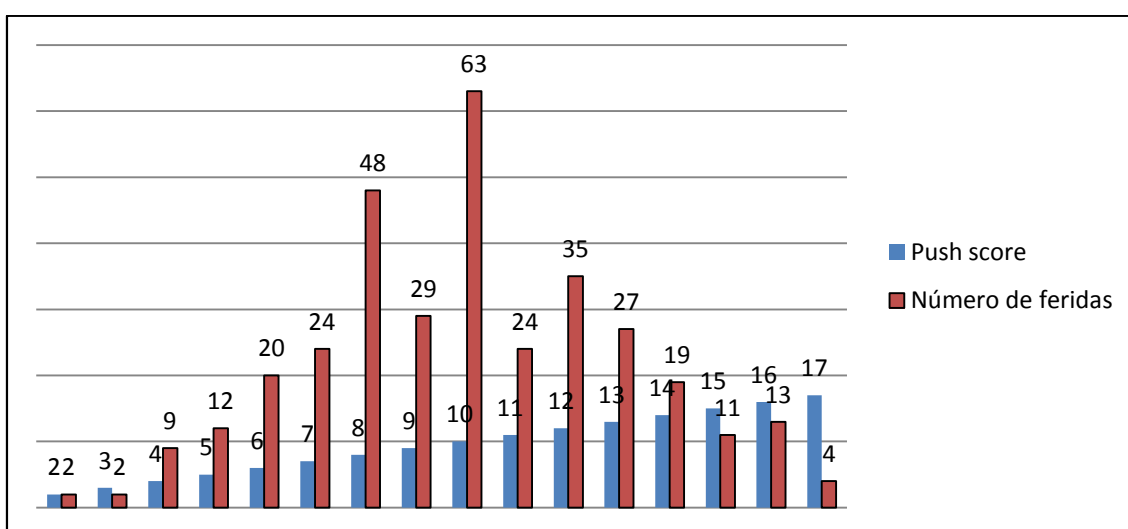


**Gráfico 11** – Avaliação da escala de Braden

A avaliação do risco de úlcera de pressão foi efetuada em 90 doentes, destes 25 apresentavam uma pontuação igual ou superior a 17, baixo risco de úlcera de pressão, pelo contrário 65 doentes apresentavam alto risco de úlcera de pressão, pontuação igual ou inferior a 16. Em 252 não foi respondido a este item ou não tinham avaliação (Gráfico 11).

Para avaliação do estado local da ferida foi usada a escala de avaliação da cicatrização PUSH. Esta escala encontra-se traduzida e validada, pelo CEISUC, para a realidade portuguesa, desde de 2005. Contempla três aspetos de avaliação local: (i) área da ferida (avaliada pelo comprimento x largura), pontuação de 0-10; (ii) quantidade exsudada, pontuação 0-3; e (iii) tipo de tecido presente, pontuação de 0 a 4. A pontuação máxima possível é de 17 e a mínima de 0. Quanto maior a pontuação mais deteriorado se encontra o leito da ferida; quanto mais próximo do 0, maior tendência para o encerramento da ferida.

Neste trabalho o cálculo do PUSH foi apenas efetuado para a ferida principal. Das 342 feridas avaliadas obteve-se uma média de 8,79 na escala, o que indica que uma quantidade relevante de feridas se encontrava bastante deteriorada ou com tendência de agravamento, dado que a média da escala é de 8,5. Por outro lado, a mediana é de 7, ou seja foi a pontuação mais vezes obtida o que significa que muitas feridas estariam a evoluir favoravelmente. Acrescenta-se que a amostra apresenta uma grande variância, dado que o desvio padrão é de 7,3.



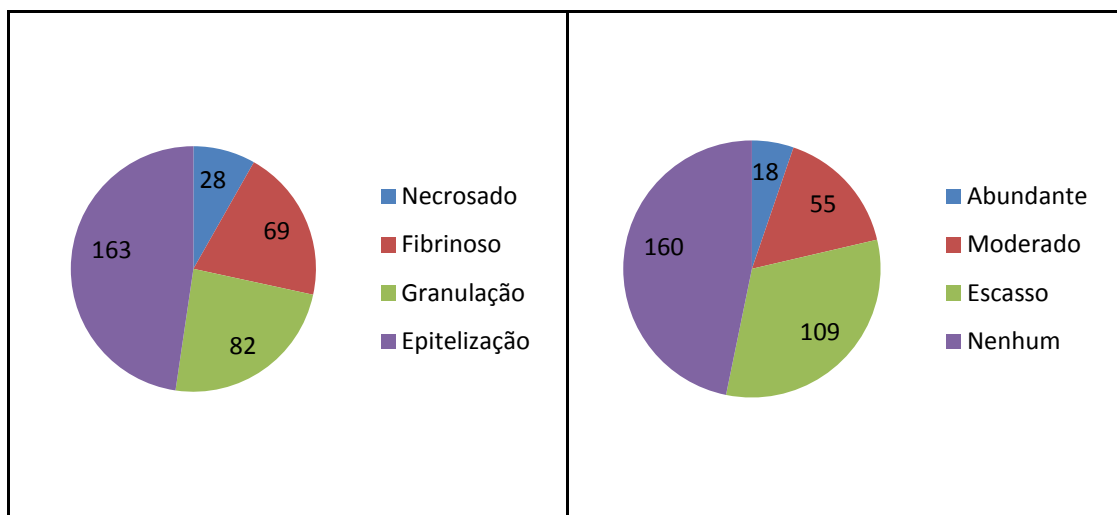
**Gráfico 12** – Relação número de feridas com a pontuação do PUSH

Da análise das pontuações da escala PUSH, e estabelecendo um ponto de corte no 8, em que se considera abaixo ou igual a esse valor, a ferida tende para a resolução e acima desse valor a ferida tende para a deterioração, podemos concluir que das 342 feridas principais analisadas 225 encontra-se mais deterioradas, por outro lado 117 encontram-se em vias de resolução (Gráfico 12).

Tipo de feridas	Valor de Push				Total
	<8 N	%	>9N	%	
Úlcera de pressão	10	2,9	54	15,8	64
Úlceras de perna	1	0,3	11	3,2	12
Pé diabético	0	0	6	1,8	6
Úlcera Maligna	0	0	2	0,6	2
Ferida Traumática	7	2,0	24	7,0	31
Ferida Cirurgica	93	27,2	110	32,2	203
Queimadura	3	0,9	7	2,0	10
Fistula	0	0	1	0,3	1
Lesão por humidade	2	0,6	7	2,0	9
Outro	1	0,3	3	0,9	4
<b>Total</b>	117	34,2	225	65,8	342

**Tabela 7** – Valores absolutos e percentuais de escala Push dos diferentes tipos de ferida (F1)

Analisando os resultados do Push, surpreendentemente as feridas que mais contribuem para o elevada pontuação desta escala são as feridas cirúrgicas com 32,2%, o que nos leva a concluir que muitos utentes com este tipo de ferida apresenta complicações que levam á deterioração da ferida. As úlceras de pressão também contribuem com uma elevada percentagem (cerca de 15,8% da totalidade das feridas). Se analisarmos individualmente, por tipo de ferida, constatamos que 84,4% das UP classificadas como ferida principal encontram-se deterioradas e que 54,1% das 203 feridas cirurgicas se encontram com pontuação Push acima de 8, sendo preocupante pois constitui mais de metade das feridas cirurgicas classificadas como F1. No entanto, 100% dos utentes com pé diabético encontram-se com Push superior a 8, ou seja, as feridas encontram-se longe da completa cicatrização, bem como 91% das úlceras de perna identificadas e classificadas como F1 (Tabela 7). No Anexo XI encontra-se as diferentes pontuações obtidas no Push pelos diferentes tipos de ferida.



**Gráfico 13** – Tipo de tecido presente

**Gráfico 14** – Quantidade de exsudado presente

O tipo de tecido presente e a quantidade de exsudado são dois aspetos importantes que afetam diretamente a pontuação final do PUSH, sem surpresa mais de metade (52,3%) das feridas apresentam-se a cicatrizar por segunda intenção (Gráficos 13 e 14). De salientar a relação direta do tipo de tecido e a quantidade de exsudado, ou seja, são de esperar maiores quantidades de exsudado em feridas com tecido necrótico e fibrinoso e menores quantidades quando as feridas apresentam tecido de granulação e de epitelização.

No estudo de Mahé, *et al.* (2006), 35,8% das feridas caracterizadas apresentavam tecido necrosado, ou fibrina húmida ou granulação, enquanto neste estudo 52,3% apresentam estes tipos de tecido, ou seja, apesar de Mahé, *et al.* (2006) ter identificado mais feridas, estas encontram-se com tipos de tecido mais viável.

O controlo da dor é essencial para que a cicatrização ocorra. O seu controlo e tratamento, quer por questões éticas quer por imposição de normas das autoridades de saúde, é uma preocupação constante dos profissionais de saúde. Assim, e de acordo com a Circular Normativa n.º 9 DCGC, de 14/06/2003, ...”considera-se como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde:

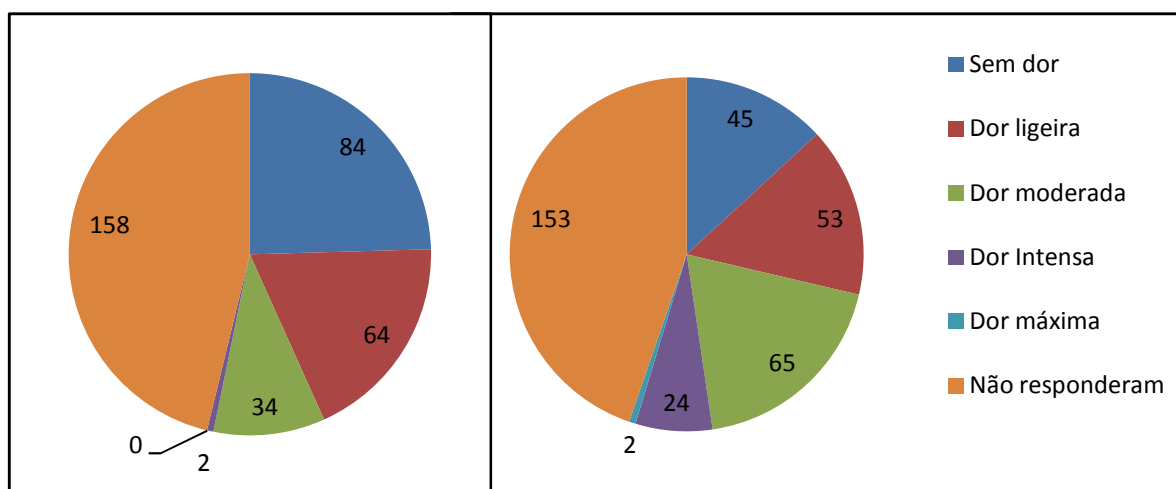
1. O registo sistemático da intensidade da Dor.
2. A utilização para mensuração da intensidade da Dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”.

3. A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor.”

Dor não tratada, afeta negativamente o processo de cicatrização e tem impacto na qualidade de vida. A dor relacionada com o procedimento de troca de material de penso pode ser tratada, combinando uma adequada avaliação, seleção de apósitos apropriados, perícia no tratamento de feridas e regimes de analgesia individualizados. A quantificação da dor é um sinal vital do tratamento de feridas; se a dor está a agravar, pode ser indicativo de problemas na cicatrização tais como infeção, uso de tratamentos inadequados, por exemplo má opção de apósito local.

Neste estudo foi avaliada a dor, recorrendo à escala numérica. Posteriormente fez-se a correspondência do valor numérico aos itens da escala qualitativa. Assim sendo:

- 0 – Sem dor
- 1-3 – Dor ligeira
- 4-6 – Dor moderada
- 7-9 – Dor intensa
- 10 – Dor máxima



**Gráfico 15** – Intensidade da dor na ferida durante o dia

**Gráfico 16** – Intensidade da dor durante o tratamento

Da análise dos dados obtidos, é de salientar a elevada taxa de não resposta a esta questão, que poderá ser explicada por a escala usada ser a numérica que não é aplicável a doentes com alterações do estado de consciência (afeções neurológicas, quadros confusionais agudos e doentes internados em unidades de cuidados

intensivos com sedo-analgésia em curso), também não é adequada à população pediátrica (Gráficos 15 e 16). Constata-se que o principal fator de agravamento da dor na ferida é a mudança de apósito pois mais que duplicam o número de utentes que refere dor moderada e intensa durante o tratamento em comparação a dor durante o dia (38 versus 89) e dois doentes referem dor máxima. Outro dado que reflete o nível de dor que o tratamento incrementa é que a mediana nos dados obtidos ao nível da dor durante o dia é de 5. Este valor aumenta para 8 nos dados relativos ao nível de dor durante o tratamento.

Tipos de feridas	Intensidade da dor durante o dia					Total
	Sem dor	Dor Ligeira	Dor moderada	Dor Intensa	Dor máxima	
Úlceras de pressão	11	7	4	0	0	22
Úlceras de perna	5	2	1	0	0	8
Pé diabético	1	3	1	0	0	5
Úlcera maligna	0	1	1	0	0	2
Ferida traumática	7	6	1	0	0	14
Ferida cirúrgica	55	41	25	2	0	123
Queimadura	2	2	1	0	0	5
Fístula	1	0	0	0	0	1
Lesão por humidade	2	0	0	0	0	2
Outro	0	2	0	0	0	2
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>64</b>	<b>34</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>184</b>

**Tabela 8** – Intensidade da dor das feridas F1 durante o dia divididos por tipos de ferida

Tipos de feridas	Intensidade da dor durante o tratamento					Total
	Sem dor	Dor Ligeira	Dor moderada	Dor Intensa	Dor máxima	
Úlceras de pressão	6	7	15	5	2	35
Úlceras de Perna	2	0	5	1	0	8
Pé diabético	0	0	3	2	0	5
Úlcera maligna	0	0	0	2	0	2
Ferida Traumática	1	7	4	1	0	13
Ferida Cirúrgica	34	39	33	13	0	119
Queimadura	0	0	2	0	0	2
Fístula	1	0	0	0	0	1
Lesão por Humidade	0	1	2	0	0	3
Outro	0	0	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>54</b>	<b>65</b>	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>189</b>

**Tabela 9** - Intensidade da dor das feridas F1 durante o tratamento divididos por tipos de ferida.

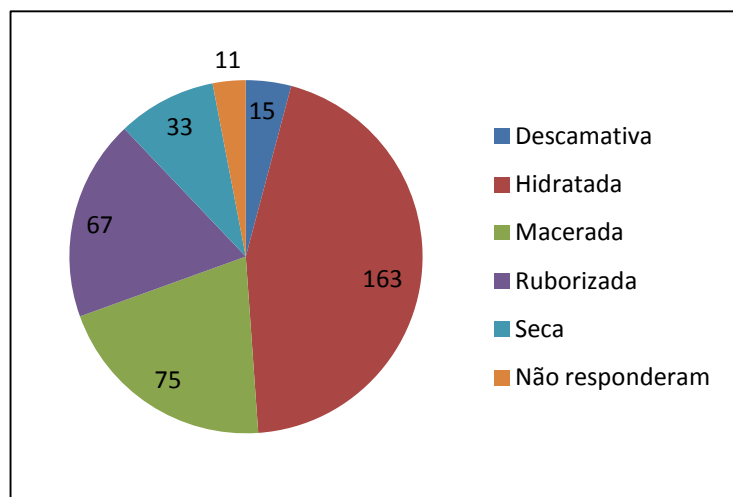
Da análise da Tabela 9, constatamos que o tipo de ferida que dói mais durante o tratamento, ou seja, apresenta dor máxima refere-se às UP em 2 casos. Por outro lado, dos 119 utentes que responderam, 46 referem níveis de dor moderados a intensos, correspondendo a 38,7%. Também 22 utentes com UP mencionaram níveis de dor moderados a máximo durante o tratamento (62,9% da totalidade dos utentes), o que indica que existem níveis importantes de dor, que não estão a ser geridos, associados ao tratamento, quer das feridas cirúrgicas quer das UP.

<b>Tipos de feridas</b>	<b>Média de dor durante o dia</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>N</b>	<b>Média de dor durante tratamento</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>N</b>
Úlcera de pressão	1,50	1,87	22	3,97	2,90	35
Úlcera de perna	1,00	1,60	8	4,38	2,93	8
Pé diabético	2,40	1,82	5	6,00	2,12	5
Úlcera maligna	3,00	1,41	2	8,00	1,41	2
Ferida traumática	1,00	1,47	14	3,31	2,10	13
Ferida cirúrgica	1,76	1,99	123	2,90	2,55	119
Queimadura	1,80	2,05	5	6,00	,00	2
Fistula	,00	0	1	,00	0	1
Lesão por humidade	,00	0	2	3,67	1,53	3
Outro	2,5	0,71	2	5,00	0	1
<b>Total</b>	<b>1,65</b>	<b>1,90</b>	<b>184</b>	<b>3,37</b>	<b>2,67</b>	<b>189</b>

**Tabela 10 – Médias e desvios padrão da dor durante o dia e durante o tratamento**

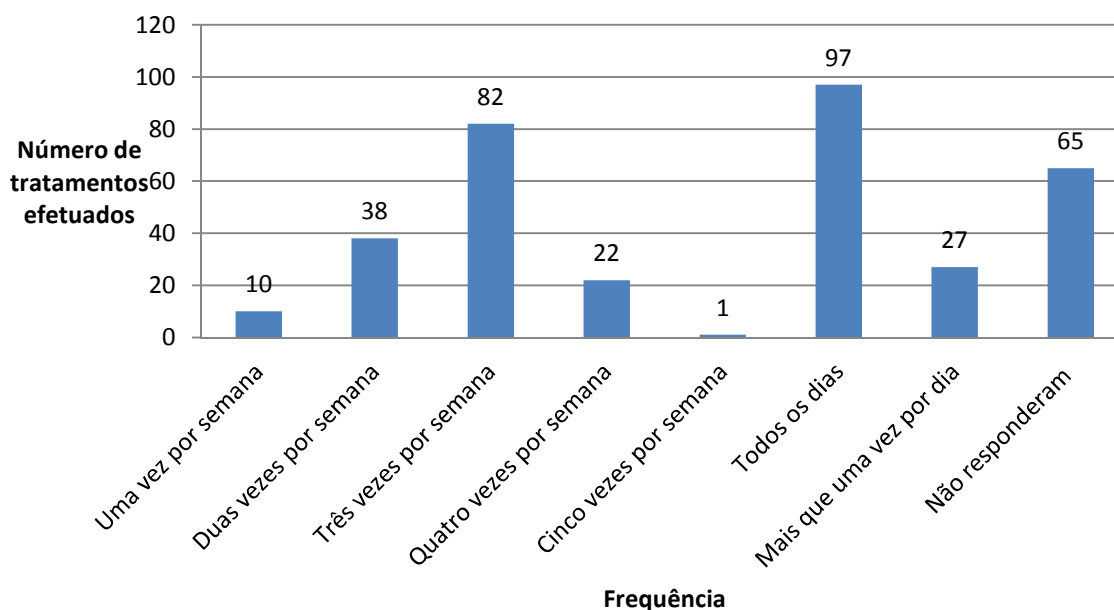
Analisando os resultados expostos na Tabela 10, conclui-se que a execução do tratamento, em média, mais que duplica o nível de dor em praticamente todos os tipos de ferida, à exceção das feridas cirúrgicas. Ao verificar os desvios padrão da dor durante o dia constata-se que existe uma menor variância dos resultados comparativamente com os obtidos na dor durante o tratamento. Salienta-se que a execução do tratamento é um dos motivos do agravamento do grau de dor, por ferida, na população estudada. Um dos fatores que parece afetar o nível de dor durante o tratamento é o estado da pele perilesional.

Quando as feridas cicatrizam lentamente, o prolongar da resposta inflamatória pode causar uma maior sensibilidade na ferida (hiperalgia primária) e na pele circundante (hiperalgia secundária). (World Union of Wound Healing Societies, 2004)



**Gráfico 17** – Estado da pele perilesional

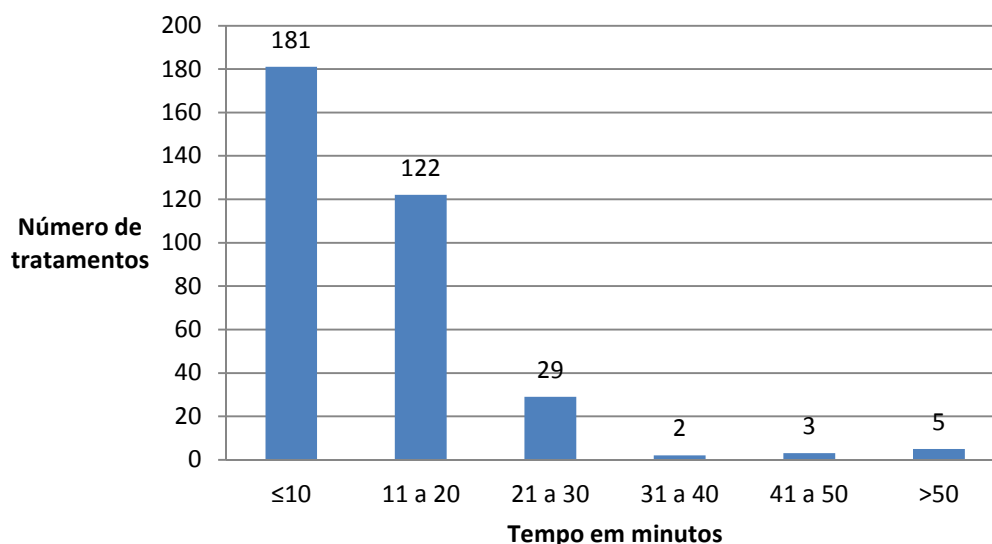
Conclui-se que 168 doentes apresentavam alterações da pele perilesional; em 14 foi identificada pele macerada e também ruborizada, em 2 ruborizada e seca, hidratada e ruborizada em 2, hidratada e seca em 2 e descamativa e seca em 2. Ou seja, em 22 doentes foi detetada mais do que uma alteração da pele perilesional (Gráfico 17).



**Gráfico 18** – Frequência de tratamentos da ferida principal (F1)

Analisando os dados relativos à frequência de execução dos tratamentos que em 202 doentes é feito com uma frequência maior ou igual a 3 vezes por semanas. Destes, 97 são executados todos os dias e 27 mais que uma vez ao dia. Estes dados revelam a

elevada complexidade das feridas dos doentes internados no CHSJ, sendo compatível com os dados obtidos na escala de cicatrização PUSH, em que se constatou que em média as feridas estariam num estado de maior deterioração, o que leva á necessidade de maior frequência de troca de apósito, e este facto poderá ser uma das justificações dos elevados níveis de dor causados pelas feridas (Gráfico 18).



**Gráfico 19** – Tempo despendido nos tratamentos da ferida classificada como F1

Relativamente ao tempo gasto no tratamento da ferida principal em 39 situações o tratamento demora mais de 20 minutos, em contrário em 181 tratamentos o tempo despendido é inferior ou igual a 10 minutos, em 122 tratamentos o tempo despendido está entre 11 a 20 minutos (Gráfico 19).

Tipos de feridas	Duração do tratamento em minutos						Total
	≤10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	>50	
Úlceras de pressão	32	22	6	0	1	3	64
Úlceras de Perna	7	4	1	0	0	0	12
Pé diabético	4	1	1	0	0	0	6
Úlcera maligna	2	0	0	0	0	0	2
Ferida traumática	15	12	2	0	1	1	31
Ferida cirúrgica	107	75	18	2	0	1	203
Queimadura	5	4	0	1	0	0	10
Fístula	1	0	0	0	0	0	1
Lesão por humidade	6	3	0	0	0	0	9
Outro	2	1	1	0	0	0	4
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>122</b>	<b>29</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>342</b>

**Tabela 11** – Tempo despendido por tipo de ferida encontrado F1

Analisando o tempo despendido no tratamento por tipo de ferida, verifica-se que as que consomem mais tempo em tratamento, acima dos 20 minutos, são as feridas cirúrgicas com 6,1% e as UP com 2,9%. Os resultados obtidos em termos de tempos de tratamento por ferida parecem entrar em contradição com a complexidade das feridas encontradas.

<b>Tipos de feridas</b>	<b>Média de duração do tratamento em minutos</b>	<b>N</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Úlceras de pressão	16,23	64	12,54
Úlceras de perna	12,42	12	7,03
Pé diabético	12,50	6	10,37
Úlcera maligna	10,00	2	,00
Ferida traumática	15,84	31	11,94
Ferida cirúrgica	14,48	203	13,96
Queimadura	14,20	10	12,64
Fistula	10,00	1	,00
Lesão por humidade	9,67	9	5,68
Outro	13,75	4	8,54
<b>Total</b>	<b>14,64</b>	<b>342</b>	<b>12,94</b>

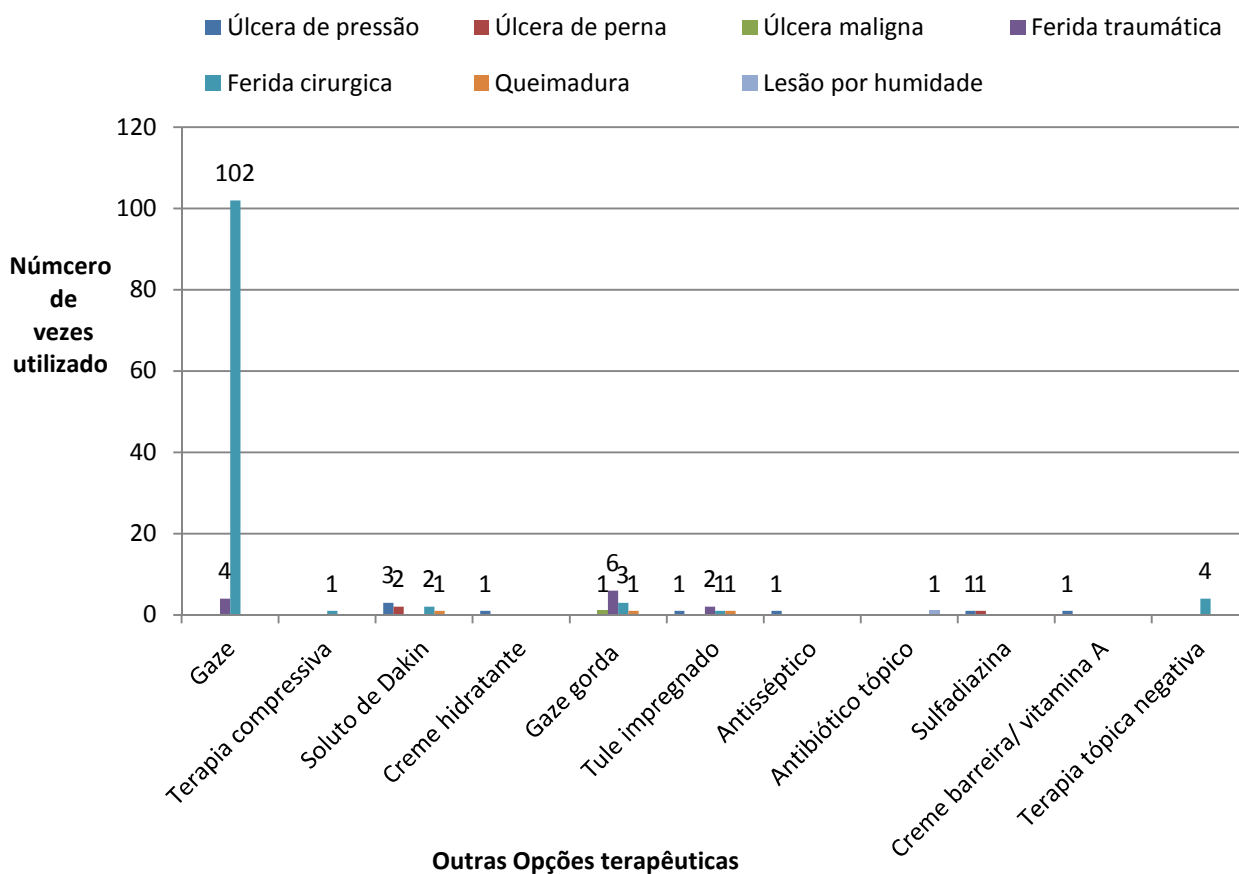
**Tabela 12** – Duração média do tratamento por tipo de ferida e respetivo desvio padrão

Observando a Tabela 12, constata-se que em média as feridas que consomem mais tempo de tratamento são as úlceras de pressão, seguidas pelas feridas traumáticas, cirúrgicas e queimaduras. De salientar a grande variância da amostra, pois as médias estão muito próximas dos desvios padrão e no caso das feridas cirúrgicas existe menos de um minuto de diferença entre a média e o desvio padrão.

Material de tratamento															
Tipos de feridas	Ácido Gordo esterificado	Alginate	Carvão ativado	Espuma	Hidrocoloide	Hidrogel	Iodo	Maltodextrina	Película polimérica	Película transparente	Poliacrilato	Polihe-xanida	Prata	Sulcra-fato	Outros
Úlceras de pressão	0	4	1	10	7	20	2	4	1	1	3	0	2	10	8
Úlceras de perna	0	1	0	3	0	1	4	1	0	0	0	0	1	0	3
Pé diabético	0	0	0	0	0	0	4	2	1	0	0	0	0	0	0
Úlcera maligna	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Ferida traumática	2	0	0	1	1	4	4	2	0	0	0	0	0	0	12
Ferida cirúrgica	0	5	1	3	1	7	34	1	0	11	0	3	3	0	103
Queimadura	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	2	0	3
Fístula	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Lesão por humidade	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	5
Outro	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	2	11	2	18	9	34	50	12	2	12	3	5	8	12	136

**Tabela 13** – Distribuição das diferentes opções terapêuticas pelos diversos tipos de ferida F1

Das opções terapêuticas mais utilizadas no tratamento das feridas principais, destaca-se o iodo, predominando o seu uso nas feridas cirúrgicas (34), o hidrogel, mas neste caso o seu uso é mais frequente nas UP (20). O uso de espumas também é frequente nas úlceras de pressão (10) (Tabela 13).



**Gráfico 20** – Outras opções terapêuticas utilizadas/ em que tipo de feridas

Quando se analisam as opções terapêuticas colocadas em outras, verificamos o predomínio da gaze no caso das feridas cirúrgicas e a utilização de gaze gorda e tule. Outra situação que merece observação é a utilização de soluto de Dakin apesar do mesmo estar contraindicado no tratamento de feridas e sendo desaconselhado o seu uso de acordo com parecer DGS. De salientar a utilização de terapias avançadas como a terapia tópica negativa em 4 feridas cirúrgicas (Gráfico 20).

## **2. Conclusão**

É chegado o momento de reflexão deste caminho que percorremos para concretização deste estudo. Como em qualquer processo de investigação não foi isento de dificuldades durante a sua realização, uma das principais centrou-se na colheita de dados dada a dimensão do CHSJ. Pois, apesar de sermos 3 investigadores a deslocar-se aos Serviços foi difícil em tempo útil abranger todos eles. A fase de tratamento de estatístico também se revelou bastante complexa, pela quantidade de informação recolhida e pela inexperiência tornou-se uma tarefa morosa e complexa.

Nos dias 9, 10 e 11 de janeiro foi efetuado o estudo de prevalência de feridas no CHSJ. Dos 1029 utentes internados 342 apresentavam uma ou mais feridas, sendo que variou de 1 a 9 feridas por doente, 140 utentes apresentavam mais que uma ferida. Foram registadas 630 feridas, em média existiam 1,58 feridas por doente. A prevalência de feridas varia em diferentes estudos, por isso, é difícil efetuar comparações diretas, dado que os estudos projetam metas e as classificações/critérios utilizados são diferentes. (Mäkelä, et al., 2010)

A classe etária em que apresenta mais feridas é dos 61 aos 80 anos, sendo a idade média da população da amostra de 57,74 anos e a mediana de 63 anos, havendo uma grande variância da amostra, pois o desvio padrão é de 23,37 anos. Predomina o género feminino com 179 utentes contra 163 do género masculino.

Os fatores de risco mais prevalentes foram a HTA em 41,5%, seguido da diabetes (tipos I e II) com 24,5% e as deslipidémias com 22,8%.

Da totalidade das feridas encontradas, 474 são agudas e 156 foram classificadas como crónicas. Nas feridas agudas predominaram as feridas cirúrgicas em 58,9% da totalidade de feridas encontradas e as traumáticas em 8,4%. Nas feridas crónicas as úlceras de pressão com 20,3% foram as que apresentaram maior prevalência.

Analisando os resultados da caracterização da feridas principal denota-se a predominância da ferida cirúrgica (203), seguido da úlcera de pressão (64) e da ferida traumática (31), a maioria das feridas teve origem no hospital (258). Das 64 úlceras de pressão observadas e classificadas como ferida principal 42 tiveram origem no

hospital, o que é preocupante dado os custos associados ao tratamento destas lesões. Num estudo efetuado em Ontário, Canadá para calcular o custo líquido do tratamento de uma úlcera de pressão adquirida no hospital foi estimado entre 44000 a 90000 dólares canadianos (Chan, Ieraci, Mitsakakis, Pham, & Krahn, 2013). Contudo estes resultados em termos de prevalência de úlceras de pressão estão dentro de valores de prevalência encontrados em instituições hospitalares em estudos publicados, encontra-se prevalências que variam de 1,8% a 56,2%. Deverão ser incentivadas políticas institucionais de boas práticas de prevenção das úlceras de pressão associadas ao internamento hospitalar. Numa altura em que tanto se fala em prevenção da iatrogenia do internamento, não será também a úlcera de pressão uma iatrogenia?

As localizações anatómicas mais encontradas foram o abdómen (72), cóccix (39) e peito (37), no cóccix 36 das feridas encontradas são úlceras de pressão, enquanto no abdómen e no peito o mais frequente foram as feridas cirúrgicas. A reter que foram identificadas 4 UP no peito que é uma localização pouco frequente, poderá indicar UP provocada por dispositivo médico, uma área que necessita de maior investigação.

A grande maioria das feridas (223) tem uma duração inferior a 9 dias, o que seria esperado dado a predominância de feridas cirúrgicas. No entanto, 48 feridas tem mais de 30 dias de evolução e destas, 12 mais de 100 dias. Tendo por base esta informação e analisando o estado do leito da ferida e o potencial de cicatrização das feridas encontradas concluímos que uma grande maioria das feridas sem encontra com dificuldade de cicatrização (225), o que poderá refletir uma elevada taxa de complicações associadas às feridas (infecções, deiscências cirúrgicas, presença de tecido inviável), será necessário aprofundar esta questão, o porquê de uma tão elevada taxa de complicações com feridas no CHSJ e os custos associados a essas complicações. Cerca de 52,3% das feridas encontram-se a cicatrizar por segunda intenção, contudo 78,7% das feridas não apresentam esudado ou este é escasso, o que parece contradizer os dados anteriores. Em relação ao estado da pele circundante em 163 feridas a pele estava hidratada embora em 75 feridas se encontrava macerada.

Analisando os resultados da dor verifica-se que o tratamento à ferida duplica a dor provocada pela ferida, o que é preocupante. As feridas que apresentam maiores níveis de dor são as feridas cirúrgicas e as UP. Seria importante perceber o porquê destes níveis de dor associados ao tratamento e implementar políticas institucionais de

gestão e controla da dor associada á ferida, pois sabemos que a dor atrasa o processo de cicatrização. Em estudos posteriores poder-se-á verificar quais os fatores contribuintes para tão elevado nível de dor.

Verificando os dados relativos há frequência de execução dos tratamentos que em 202 doentes é feito com uma frequência maior ou igual a 3x por semanas, destes 97 são executados todos os dias e 27 mais que uma vez ao dia. Em relação ao tempo despendido com o tratamento em média é de 14,64 minutos, há a salientar que as feridas em que se demora mais tempo no tratamento são as UP e em que se demora menos tempo as lesões por humidade. A reter que 181 tratamentos tem um tempo de execução menor ou igual a 10 minuto. Os materiais mais utilizados nos tratamentos de feridas são o iodo (50), hidrogel (34) e as espumas (18). O iodo mais utilizado nas feridas cirúrgicas e o hidrogel mais em UP. Há a salientar o uso de gaze como apósito secundário (102). Os apósitos de gaze são o que mais dor provoca na altura do mudança, do lado oposto que provocam menos dor estão as espumas e os hidrocoloides. (Moffatt, Franks, & Hollinworth, 2002). Será esta uma das explicações para os elevados níveis de dor?

Penso ter atingido todos os objetivos deste trabalho, esperando que da análise e discussão dos dados recolhidos surjam novas ideias de investigação de forma a esclarecer algumas das muitas questões que foram surgindo ao longo do mesmo.

### 3. Bibliografia

- Direcção Geral de Saúde. (14 de Junho de 2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2011). *Incidence of diabetic foot ulcer and lower extremity amputation*. Rockville.
- American Burn Association. (2011). *American Burn Association*. Obtido em 10 de Novembro de 2012, de American Burn Association: [http://www.ameriburn.org/resources\\_factsheet.php](http://www.ameriburn.org/resources_factsheet.php)
- Andrade, P., Pereira, F., Santos, L., & Saldanha, M. (2010). Úlceras de pressão: casuística de um Serviço de Medicina Interna. *Medicina Interna* , 13-20.
- Baranoski, B., & Ayello, E. (2012). *Wound Care Essentials*. London: Lippincott Williams & Wilkins.
- Barrois, B., Labalette, C., Rousseau, P., Corbin, A., Colin, D., Allaert, F., et al. (2008). A national prevalence study of pressure ulcers in French hospital inpatients. *Journal of Wound Care* , 373-379.
- Bianchi, J. (2012). Causes and Strategies for Moisture Lesions. *Nursing Times* , 20-22.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2006). *Basic Epidemiology*. WHO publications.
- Briggs, M., & Closs, S. (2003). The prevalence of leg ulceration: a review of the literature. *EWMA Jornal* , 14-18.
- British Columbia Cancer Agency. (2011). <http://www.bccancer.bc.ca>. Obtido em 30 de Novembro de 2012, de <http://www.bccancer.bc.ca>: <http://www.bccancer.bc.ca/NR/rdonlyres/12F43B37-C91C-4D11-AA84-775637A51B21/51006/M30CareofMalignantWounds.pdf>
- Broderick, N. (2009). Understanding chronic wound healing. *The Nurse Practitioner* , 16-22.
- CDC. (2009). *Nonfatal Scald-Related Burns Among Adults Aged ≥65 Years — United States, 2001–2006*. Atlanta: CDC.
- Centro Hospitalar de S. João EPE. (2011). *Relatório e Contas 2011*. Porto.
- Chan, B., Ieraci, L., Mitsakakis, N., Pham, B., & Krahn, M. (2013). Net costs of hospital-acquired and pre-admission PUs among older people hospitalised in Ontario. *Journal of Wound Care* , 341-346.

- Dealey, C. (2006). *Tratamento de feridas Guia para Enfermeiros*. Lisboa: Climepsi.
- Drew, P., Posnett, J., & Rusling, L. (2007). The cost of wound care for a local population in England. *International wound journal*.
- EPUAP/NPUAP. (2009). *Pressure Ulcer Prevention - quick reference guide*. Washington.
- Fletcher, J. (2008). Differences between acute and chronic wounds and the role of wound bed preparation. *Nursing Standard*, 62-68.
- Galvin, J. (2002). An audit of pressure ulcer incidence in a palliative care setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 214-221.
- GNEAUPP. (2007). *Epidemiología, coste y repercusiones legales de las úlceras por presión en España, años 2005-2006*. Logroño: GNEAUPP.
- Graham, I., Harrison, M., Nelson, E., Lorimer, K., & Fisher, A. (2003). Prevalence of Lower-Limb Ulceration: A Systematic Review of Prevalence Studies. *Wound Care Journal*, 305-316.
- Grupo associativo de investigação em feridas. (Junho de 2010). Parecer técnico sobre a utilização do hipoclorito de sódio (apresentação soluto de Dakin). Pampilhosa da Serra.
- Hurd, T., & Posnett, J. (2009). Point prevalence of wounds in a sample of acute hospitals in Canada. *International Wound Journal*, 287-293.
- International Council of Nurses. (Fevereiro de 2010). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2*. Santa Maria da Feira: Ordem dos Enfermeiros.
- International Working Group on Diabetic Foot. (2011). *International consensus on Diabetic Foot & Practical Guidelines on Management and Prevention of the Diabetic Foot*.
- Karadag, M., & Gumuskaya, N. (2006). The incidence of pressure ulcers in surgical patients: a sample hospital in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 413-421.
- Kingsley, A., Hucke, M., McEndoo, K., & Manser, M. (2010). Auditing wound prevalence in nursing care homes. *Wounds UK*, 61-66.
- Lauterbach, S., Kostev, K., & Kohlmann, T. (2010). Prevalence of diabetic foot syndrome and its risk factors in the UK. *Journal of Wound Care*, 333-337.
- Lazarus, G. S. (1994). Definitions and guidelines for assessment of wounds and evaluation of healing. *Wound repair and regeneration*, 165-170.

- Lindholm, C., Andersson, H., Fossum, B., & Jörbeck, H. (2005). Wounds scrutiny in a Swedish hospital: prevalence, nursing care and bacteriology, including MRSA. *Journal of Wound Care* , 313-319.
- Mahé, E., Langlois, G., Baron, G., Girard, L., Fargeot, C., & Crickx, B. (2006). Results of a comprehensive hospital-based wound survey. *Journal of Wound Care* , 381-384.
- Mäkelä, A., Annanmäki, L., Koivunen, E., Jyvälähti, A., Mattsson, K., Iso-Aho, M., et al. (2010). Cross-sectional Survey of the Occurrence of Chronic Wounds within Capital Region in Finland. *EWMA Journal* , 24-26.
- McDermott-Scales, L., Cowman, S., & Gethin, G. (2009). Prevalence of wounds in a community care setting in Ireland. *Journal of Wound Care* , 405-417.
- Mofatt, C., Franks, P., Doherty, D., Martin, R., Blewett, R., & Ross, F. (2004). Prevalence of leg ulceration in a London population. *QMJ - International Journal of Medicine* , 431-437.
- Moffatt, C., Franks, P., & Hollinworth, H. (2002). Dolor y traumatismo en las heridas: una perspectiva internacional. *Documento de posicionamento: El dolor durante los cambios de apósito* , 2-7.
- Mulligan, S., Scott, L., Strachan, V., Prentice, J., Elmes, R., Carville, K., et al. (2008). *WoundsWest Wound Prevalence Survey 2008 State-wide Report Overview*. Perth, Western Australia: Ambulatory Care Services, Department of Health.
- Pálsdóttir, G., & Thoroddsen, A. (2010). Chronic leg ulcers among the Icelandic population. *EWMA Journal* , 19-22.
- Pina, E. (2007). Epidemiology of wounds treated in community services in Portugal. *EWMA Journal* , 21-27.
- Pina, E., Furtado, K., Franks, P., & Moffat, C. (2004). Úlceras de perna em Portugal: um problema subestimado. *Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-torácica e Vasculár* , 217-221.
- Porta, M. (2008). *A Dictionary of Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Posnett, J., Gottrup, F., Lundgren, H., & Saal, G. (2009). The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. *Journal of Wound Care* , 154-161.
- Schlüer, A.-B., Halfens, R. J., & Schols, J. G. (2012). Pediatric Pressure Ulcer Prevalence: A Multicenter, Cross-Sectional, Point Prevalence Study in Switzerland. *Ostomy and Wound management* , 18-31.

- Tait, C., & Gibson, E. (2007). Chronic wound audit: evaluation of a tissue viability service. *British Journal of Nursing* .
- 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* , 1237-1244.
- Tubaishat, A., Anthony, D., & Saleh, M. (2010). Pressure ulcers in Jordan: A point prevalence study. *Journal of Tissue Viability* .
- VanGilder, C., Amlung, S., Harrison, P., & Meyer, S. (2009). Results of the 2008 – 2009 International Pressure Ulcer Prevalence™ Survey and a3-Year, Acute Care, Unit-Specific Analysis. *Ostomy Wound Management* , 39-46.
- Vowden, K., Vowden, P., & Posnett, J. (2009). The resource costs of wound care in Bradford and Airedale primary care trust in the UK. *Journal of Wound Care* , 93-102.
- WHO. (2010). *Wound and Lymphoedema Management*. WHO Publications.
- World Union of Wound Healing Societies. (2004). *Minimising pain at wound dressing-related procedures A consensus document* . Paris: MEP Ltd.
- Zhao, G., Hiltabidel, E., Liu, Y., Chen, L., & Liao, Y. (2010). A Cross-sectional descriptive study of pressure ulcer prevalence in a teaching hospital in China. *Ostomy Wound Management* , 38-42.

## **ANEXOS**

---

## **Anexo I – Instrumento de colheita de dados**

Identificação da colheita			Dados do Utente			
Data Avaliação	Local Avaliação	Enf.o(a)	NOP	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"/> Perda 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"/> Outro: _____	
<input type="checkbox"/> Cirurgia arterial	<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Imobilidade	<input type="checkbox"/> Neoplasia	<input type="checkbox"/> Qual? _____	
<input type="checkbox"/> Cirurgia cardíaca	<input type="checkbox"/> Doença auto-imune	<input type="checkbox"/> Insuf. venosa periférica	<input type="checkbox"/> Obesidade		

Nº Feridas	Referenciação das Feridas						Classificação: 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 - fistula ; 16 - lesão por humidade ; 17 - outra. Escrever qual no espaço			
_____	Identificação	Classificação	Localização	Origem	Lateralização	Há quanto tempo existe				<b>Localização:</b> 1 - abdómen ; 2 - anca ; 3 - braços ; 4 - cabeça ; 5 - calcâneo ; 6 - cóccix ; 7 - costas ; 8 - isquio ; 9 - mãos ; 10 - nádega ; 11 - pé ; 12 - peito ; 13 - perineo ; 14 - pernas ; 15 - tornozelo ; 16 - trocânter ; 17 - outra. Escrever qual no espaço <b>Origem:</b> 1 - hospital ; 2 - Centro Saúde / Cuidados Saúde Primários / Rede de Cuidados Continuados ; 3 - domicílio ; 4 - lar ; 5 - outro. Escrever qual no espaço <b>Lateralização:</b> 1 - esquerda ; 2 - direita ; 3 - centro
	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 alterna	<input type="checkbox"/> Outros	Score _____	
<input type="checkbox"/> Almofada na cama	<input type="checkbox"/> Calcanheira	<input type="checkbox"/> Colchão estático	Qual: _____		

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

**▼ Relativamente à Ferida Principal [ F1 (Principal) ] ▼**

PUSH ▶	Medição (mm)	Tipo de tecido	Nível de exsudado
	_____ 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 infecção presentes (superficiais)	Diagnóstico de infecção no compartimento profundo
<input type="checkbox"/> Odor <input type="checkbox"/> Ferida exsudativa <input type="checkbox"/> Tecido de granulação friável <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ferida não cicatriza <input type="checkbox"/> Tecido desvitalizado	<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"/> Ácido gordo esterificado <input type="checkbox"/> Alginato <input type="checkbox"/> Hidrofibra <input type="checkbox"/> Carvão activado	<input type="checkbox"/> Colagénio <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Espuma <input type="checkbox"/> Hidrocolóide <input type="checkbox"/> Hidrogel	<input type="checkbox"/> Iodo <input type="checkbox"/> Maltodextrina <input type="checkbox"/> Mel <input type="checkbox"/> Película polimérica <input type="checkbox"/> Película transparente	<input type="checkbox"/> Poliacrilato <input type="checkbox"/> Polihexanida <input type="checkbox"/> Prata <input type="checkbox"/> Sucralfato <input type="checkbox"/> Outro: Qual? _____

Frequência de mudança de 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 - Documentação entregue no CHSJ para  
realização do estudo**



CATÓLICA PORTO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Exmo. Senhor  
Professor Doutor António Ferreira  
Presidente do Conselho de Administração  
Hospital São João (Centro Hospitalar de São João, EPE)  
Alameda Prof. Hernâni Monteiro  
4200 – 319 Porto

Porto, 27 de Setembro de 2012

V.Ref

N. Ref: [ICS) 161/12

**Assunto:** Pedido para autorização de recolha de dados

Exmo.. Senhor Presidente do Conselho de Administração

O Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa vem por este meio, solicitar a V. Exa. autorização para que a estudante Paulo Alexandre Silva Ramos, do Curso de Mestrado de Feridas e Viabilidade Tecedular, da Universidade Católica do Porto, portador do Bilhete de Identidade número 11694058, a exercer funções na Instituição USF São Bento do ACES de Grande Porto II / Gondomar, possa realizar a recolha de dados para o estudo académico com vista à realização do **Estudo de Prevalência de Feridas no Centro Hospitalar São João, E.P.E.**, sob orientação da professora Doutora Beatriz Araújo e Co-orientação do Professor Paulo Alves. Este estudo insere-se no projeto nacional denominado "Feridas: prevalência e custos", que se iniciou em Novembro de 2011 e se prevê terminar no final 2012.

Este estudo fornecer-nos-á dados importantes para a caracterização da população com feridas, como também para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para a prevenção, tratamento e redução de custos associados.

A informação sobre os elementos centrais do projeto e os procedimentos a utilizar na recolha de dados estão descritos na carta de esclarecimento do estudo e protocolo de investigação (ENPFeridas) que enviamos em anexo.

Desde já nos prontificamos a fornecer toda a informação adicional que seja solicitada, através dos contactos: pauloasramos@gmail.com | telemóvel: 918 900 988.

Aguardo pelo vosso parecer, agradecendo, desde já, a atenção que me possam dispensar.

Com os meus melhores cumprimentos

Prof. João Queiroz e Melo

Diretor do Instituto de Ciências da Saúde do Porto

Exmo. Senhor

**Presidente da Comissão de Ética para a  
Saúde do Centro Hospitalar de S. João –  
EPE**

Assunto: Pedido de apreciação e parecer para estudo/projeto de investigação

**Nome do Investigador Principal:** Paulo Alexandre Silva Ramos

**Título do projeto de investigação:** Estudo de Prevalência de feridas no Centro hospitalar de S.João EPE

Pretendendo realizar em todos os serviços de internamento, excepto no Serviço de Urgência, do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador, a sua apreciação e a elaboração do respetivo parecer.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier dessa Comissão respeitante a estudos/projetos de investigação.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 10/ outubro / 2012

O INVESTIGADOR



# DECLARAÇÃO

**Identificação do Investigador Principal:**

Paulo Alexandre Silva Ramos

**Instituição a que pertence o Investigador Principal:**

Instituto de Ciência da Saúde da universidade Católica Portuguesa

**Título do Estudo/Projecto de Investigação:**

Estudo de prevalência de Feridas no Centro Hospitalar de S.João EPE

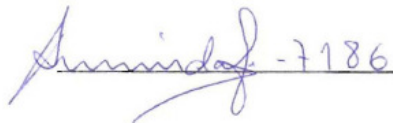
**Serviço onde pretende realizar o Estudo/Projecto de Investigação:**

Todos os serviços de internamento excepto a serviço de Urgência

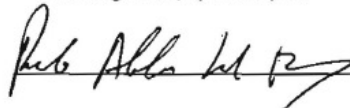
De acordo com a ética institucional, o profissional de saúde ("elo de ligação" pertencente ao serviço onde será realizada a investigação) que fará a ligação do investigador com os doentes, seus processos ou familiares é, Maria Arminda Barbosa de Castro Guimarães Costeira, a qual, ao assinar este documento, declara ter conhecimento da Nota informativa da CES intitulada "ELO DE LIGAÇÃO".

Data: 10 / outubro / 2012

**Profissional do Serviço**

 -7186

**Investigador(a) Principal**



## DECLARAÇÃO

**Identificação do Investigador Principal:**

Paulo Alexandre Silva Ramos

**Instituição a que pertence o Investigador Principal:**

Instituto de Ciência da Saúde da universidade Católica Portuguesa

**Título do Estudo/Projecto de Investigação:**

Estudo de prevalência de Feridas no Centro Hospitalar de S.João EPE

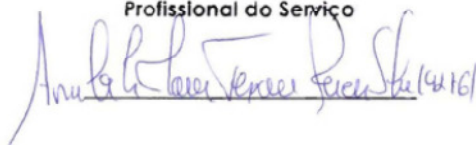
**Serviço onde pretende realizar o Estudo/Projecto de Investigação:**

Todos os serviços de internamento excepto o serviço de Urgência

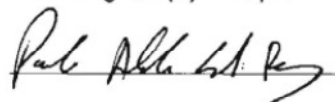
De acordo com a ética institucional, o profissional de saúde ("elo de ligação" pertencente ao serviço onde será realizada a investigação) que fará a ligação do investigador com os doentes, seus processos ou familiares é, Anabela Moura Teixeira Pereira da Silva o qual, ao assinar este documento, declara ter conhecimento da Nota Informativa da CES intitulada "ELO DE LIGAÇÃO".

Data: 10 / outubro / 2012

**Profissional do Serviço**



**Investigador(a) Principal**





**COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE**

Questionário para submissão de projecto de  
investigação à Comissão de Ética para a Saúde do  
Centro Hospitalar de São João EPE



<small>A preencher pelo CES</small>
Projecto: ____ / ____
Relator: _____
Data de Recepção: ____ / ____ / ____
Data de Parecer da CES: ____ / ____ / ____

NOTA: A Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João (CES) chama a atenção dos investigadores para a legislação actual, Lei 46/2004 de 19 de Agosto, que comete à CEIC a responsabilidade de elaborar pareceres sobre Ensaios Clínicos.

**1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO / PROJECTO**

a. *Nome do Investigador Principal:*

Paulo Alexandre Silva Ramos

b. *Título do Estudo / Projecto de Investigação:*

Estudo de Prevalência de feridas no Centro Hospitalar de S.João EPE

c. *Nome da Entidade Promotora (se aplicável):*

d. *Serviço(s) hospitalar(es) onde será realizada a investigação:*

Todos os serviços de internamento excepto o Serviço de urgência

e. *Existem outros centros, nacionais ou não, onde a mesma investigação será efectuada?*

SIM

NÃO

f. *Descreva, sucintamente, os objectivos da investigação:*

Estimar a prevalência de feridas no Centro Hospitalar de S.João EPE;  
Identificar e caracterizar as feridas dos utentes internados no Centro Hospitalar de S.João EPE.

g. *Data previsível de conclusão do Estudo / Projecto de Investigação:*

31 de Dezembro 2012

(Após a conclusão do estudo / projecto de investigação deve comunicar à CES o seu término, bem como enviar cópia dos resultados obtidos)

**2. RISCOS / BENEFÍCIOS**

a. *A investigação envolve doentes?*

SIM

NÃO

b. *A investigação envolve voluntários sãos?*

SIM

NÃO

c. *Que benefícios imediatos poderão advir para os participantes?*

O estudo não apresenta nenhuma vantagem directa para os participantes. Contudo, poder-se-á considerar a importância do conhecimento do tipo, frequência, características de Feridas e custos associados ao tratamento, para a melhoria dos cuidados prestados

d. *Que riscos ou incómodos lhes podem ser causados?*

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

e. *A investigação envolve indivíduos privados do exercício de autonomia (crianças, pessoas com incapacidade temporária ou permanente do exercício de autonomia)?*

SIM  *Quais?*

*Que razões justificam este envolvimento?*

NÃO

### 3. **CONFIDENCIALIDADE**

a. *Serão realizados questionários aos participantes?*

SIM  (Se sim, junte, por favor, um exemplar do questionário que será utilizado)

NÃO

b. *Indique como será garantida a confidencialidade dos dados obtidos?*

Não serão utilizados dados dos doentes, nem dos serviços que permita a sua identificação, será usado um sistema de codificação.

c. *Está previsto o acesso aos dados do processo clínico do doente?*

SIM

NÃO

c.1. *Se sim, por quem?*

c.2. *Se sim, está assegurada a utilização da Ficha Clínica Avaliável (FCA)?*

SIM

NÃO

NÃO APLICÁVEL

#### 4. CONSENTIMENTO

a. *Está prevista a obtenção de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido?*

SIM

NÃO

NÃO APLICÁVEL

b. *Está contemplada uma informação escrita para o participante, clarificadora dos objectivos, dos riscos e dos benefícios decorrentes deste estudo/projecto de investigação, bem como da sua inteira liberdade para decidir da sua aceitação em participar?*

SIM

NÃO

NÃO APLICÁVEL

(se sim, junte uma cópia da informação a prestar ao doente, bem como do impresso a ser assinado para esse fim – pelo doente, por quem o represente, se incapaz, se analfabeto ou a rogo. O modelo disponibilizado pela Comissão de Ética para a Saúde para obtenção de consentimento após adequada informação é **optativo**)

**5. PROPRIEDADE DOS DADOS**

a. *Os dados obtidos constituirão propriedade exclusiva do Promotor/Investigador?*

SIM

NÃO

b. *Estão definidos critérios de publicação dos resultados da investigação?*

SIM

NÃO

NÃO APLICÁVEL

**6. RETRIBUIÇÃO FINANCEIRA**

a. *A investigação proposta envolve exames complementares?*

SIM  *Quem suportará os seus custos?*

(Deve apresentar declaração da entidade referida, bem como o protocolo financeiro com o Centro Hospitalar de São João EPE)

NÃO

b. *Este projecto é financiado?*

SIM  *Qual a entidade financiadora?*

NÃO

c. *Estão clarificados no protocolo financeiro o âmbito e as condições do financiamento?*

SIM

NÃO

d. *Está contemplado qualquer ressarcimento ou remuneração aos doentes:*

	SIM	NÃO	NÃO APLICÁVEL
Pela participação no estudo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelas deslocações	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelas faltas ao serviço	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelos danos resultantes da sua participação no estudo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. SEGURO**

a. *Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?*

SIM  (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO

NÃO APLICÁVEL

**8. TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, Paulo Alexandre Silva Ramos, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 10 / outubro / 2012



O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO	
e emitido na reunião plenária da CES de _____ / _____ / _____	



PARECER

Beatriz Rodrigues Araújo e Paulo Jorge Pereira Alves Professores do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, na qualidade de orientadores da dissertação de Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual, de Paulo Alexandre Silva Ramos, declaram, para os fins convenientes, que:

1. O trabalho intitulado "*Prevalência de feridas num Hospital Central no Distrito do Porto*", está a ser realizado com a aprovação do Conselho Científico do Instituto de Ciências da Saúde
2. A orientação científica foi-nos conferida pelo mesmo Conselho
3. Para a execução do estudo o mestrando vai utilizar um Instrumento de Prevalência de Feridas junto dos enfermeiros do Centro Hospitalar de S. João EPE
4. Assumem inteira responsabilidade pela idoneidade ética e científica do mestrando Paulo Alexandre Silva Ramos para a realização deste inquérito junto dos enfermeiros a contactar

Ficam disponíveis para qualquer esclarecimento que seja considerado necessário, para os emails: [baraujo@porto.ucp.pt](mailto:baraujo@porto.ucp.pt) ou [pjalves@porto.ucp.pt](mailto:pjalves@porto.ucp.pt)

Porto, 15 de outubro de 2012

Os Orientadores

Professora Doutora Beatriz Rodrigues Araújo

Mestre Paulo Jorge Pereira Alves

## **Anexo III – Parecer da comissão de ética**

**Comissão de Ética para a Saúde do Centro HSJ**  
**Parecer**

**Projeto de Investigação:** "Estudo de Prevalência de Feridas no Centro Hospitalar de São João, EPE".  
Enf<sup>o</sup> Paulo Alexandre Silva Ramos.

**Concepção e pertinência do estudo:**

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal e quantitativo a desenvolver no âmbito do Curso de Mestrado de Feridas e Viabilidade tecidual, da Universidade Católica do Porto, sob orientação da Professora Doutora Beatriz Araújo e Coorientação do Mestre Paulo Alves. (Decl. Anexa).

A OMS descreve a problemática das feridas como a nova epidemia escondida, que afecta milhões de pessoas em todo o mundo. Os elevados custos associados ao seu tratamento, o sofrimento, a dor e por vezes a morte, fazem deste um assunto de relevo na comunidade científica. Assim, este estudo insere-se no âmbito do protocolo de investigação (ENPFeridas).

Tem como **objetivos**:

- Estimar a prevalência de feridas no Centro Hospitalar de São João EPE;
- Identificar e caracterizar as feridas dos utentes internados no Centro Hospitalar de São João EPE.

O estudo a realizar em todos os serviços de internamento, excepto o Serviço de Urgência, do Centro Hospitalar São João, incidirá no total de doentes internados nos dias seleccionados para a colheita de dados.

**Não apresenta autorização da Direcção de enfermagem e Enf<sup>os</sup> Chefes dos Serviços envolvidos, aspecto que esta CES considera importante, para a realização do estudo.**

Antes do início do estudo serão contactados os enfermeiros chefes, para apresentação do estudo e referenciados os enfermeiros que voluntariamente aceitem participar no estudo. A avaliação será realizada através de um instrumento de colheita de dados e respectivo guião (anexo) de forma a garantir a uniformização e o rigor da colheita de dados.

Dado que o Investigador não pertence à instituição o "elo de ligação" serão Anabela Moura Teixeira Pereira da Silva e Maria Arminda Barbosa de Castro Guimarães, cujas declarações anexa.

Os procedimentos éticos inerentes ao tipo de estudo estão acautelados. Todos participantes serão informados, pelo investigador, sobre o estudo e seus objetivos, após o qual assinarão uma Declaração de Consentimento informado livre e esclarecido (mod. investigador).

O investigador dispõe de competências técnico-científicas para a realização do estudo, estando este delineado em concordância com os objetivos do mesmo.

**Benefício / Risco:**

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, para a melhoria dos cuidados prestados.

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

**Respeito pela liberdade e autonomia:**

Está salvaguardada pelo modelo de Consentimento informado do investigador e adequada informação ao participante.

**Confidencialidade dos dados:**

A proposta apresentada pelo investigador garante a confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes. Não serão utilizados dados dos doentes, nem dos serviços que permita a sua identificação, será usado um sistema de codificação.

**Indemnização por danos**

Não aplicável

**Continuação do tratamento**

Não aplicável.

**Propriedade dos dados:**

Não aplicável.

**Conclusão:**

De acordo com a análise efetuada, propões à CES do Centro Hospitalar do São João, um parecer favorável à realização do estudo, desde que seja dado conhecimento à CES dos aspectos assinalados.  
Porto, 26 de Outubro de 2012

O relator,



Teresa Guerreiro

## **Anexo IV – Parecer da Enfermeira Diretora do CHSJ**

Autorizado  
30/x/12  
EPE

Enf.<sup>a</sup> Directora  
Euridice Portela

**Exma. Senhora**  
**Euridice Portela**  
**Diretora de Enfermagem**  
**Centro Hospitalar de S. João – EPE**

**Assunto:** Pedido de autorização para estudo/projecto de investigação

**Nome do Investigador Principal:** Paulo Alexandre Silva Ramos

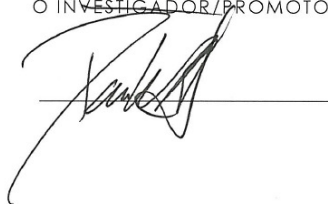
**Título do projecto de investigação:** Estudo de Prevalência de Feridas no Centro Hospitalar  
São João, E.P.E.

O estudo já foi apreciado pela comissão de Ética do C.H.S.João, tendo obtido parecer positivo, mas carece de autorização da direcção de enfermagem. Pretendendo realizar a investigação no(s) Serviço(s) de internamento, com excepção do serviço de urgência, do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Directora de Enfermagem, a sua autorização. Para o efeito, anexo a carta de esclarecimento do estudo, instrumento de colheita de dados e o parecer da comissão de ética deste centro hospitalar.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 30 / Outubro / 2012

O INVESTIGADOR/PROMOTOR



**Anexo V – Autorização do conselho de administração do  
CHSJ para realização do estudo**

256

23/11/2012

Ao CA com parecer favorável *parei com esse assunto.*  
 Deve ser enviada cópia *para a CA.*  
 dos resultados do *É de interesse.*  
 estudo ao CA *Suprimo ao CA. (Acesso*  
 Clínico e do Enfermeiro) *que*  
 solicite aos investigadores *com o trabalho final*  
 com o trabalho final *Clínico / clínico / relacionado).*

Exma. Sra.  
 Dra. Margarida Tavares  
 Directora Clínica do Centro Hospitalar de São João

  
 Centro Hospitalar São João -  
 Centro de Investigação  
 Prof. Dra. Ana Azevedo  
 Coordenadora CIC

**Assunto:** Projecto submetido à Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João

“Estudo da prevalência de feridas no Centro Hospitalar de São João” – **Enf.º Paulo Alexandre  
 Silva Ramos - Proj. 267/12**

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o  
 parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 13 de Novembro de 2012

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

*Ida Beb*

O Conselho de Administração autoriza a realização do Projeto de  
 Investigação, devendo o Investigador Principal enviar ao Centro  
 Hospitalar de São João uma cópia dos resultados finais do  
 “Estudo da Prevalência de feridas no Centro Hospitalar de São  
 João” – Proj. 267/12.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO		REUNIÃO DE		06 DEZ 2012
Preparado por		[Signature]		
Diretor Clínico		[Signature]		
Externa de Saúde		[Signature]		
[Signature]		[Signature]		
[Signature]		[Signature]		
[Signature]		[Signature]		

**Comissão de Ética para a Saúde do Centro HSJ**  
**Parecer**

**Projeto de Investigação:** "Estudo de Prevalência de Feridas no Centro Hospitalar de São João, EPE".  
Enfº Paulo Alexandre Silva Ramos.

**Concepção e pertinência do estudo:**

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal e quantitativo a desenvolver no âmbito do Curso de Mestrado de Feridas e Viabilidade tecidual, da Universidade Católica do Porto, sob orientação da Professora Doutora Beatriz Araújo e Coorientação do Mestre Paulo Alves. (Decl. Anexa).

A OMS descreve a problemática das feridas como a nova epidemia escondida, que afecta milhões de pessoas em todo o mundo. Os elevados custos associados ao seu tratamento, o sofrimento, a dor e por vezes a morte, fazem deste um assunto de relevo na comunidade científica. Assim, este estudo insere-se no âmbito do protocolo de investigação (ENPFeridas).

Tem como **objetivos:**

- Estimar a prevalência de feridas no Centro Hospitalar de São João EPE;
- Identificar e caracterizar as feridas dos utentes internados no Centro Hospitalar de São João EPE.

O estudo a realizar em todos os serviços de internamento, excepto o Serviço de Urgência, do Centro Hospitalar São João, incidirá no total de doentes internados nos dias seleccionados para a colheita de dados.

**Não apresenta autorização da Direcção de enfermagem e Enfºs Chefes dos Serviços envolvidos, aspecto que esta CES considera importante, para a realização do estudo.**

Antes do início do estudo serão contactados os enfermeiros chefes, para apresentação do estudo e referenciados os enfermeiros que voluntariamente aceitem participar no estudo. A avaliação será realizada através de um instrumento de colheita de dados e respectivo guião (anexo) de forma a garantir a uniformização e o rigor da colheita de dados.

Dado que o Investigador não pertence à instituição o "elo de ligação" serão Anabela Moura Teixeira Pereira da Silva e Maria Arminda Barbosa de Castro Guimarães, cujas declarações anexa.

Os procedimentos éticos inerentes ao tipo de estudo estão acautelados. Todos participantes serão informados, pelo investigador, sobre o estudo e seus objetivos, após o qual assinarão uma Declaração de Consentimento informado livre e esclarecido (mod. investigador).

O investigador dispõe de competências técnico-científicas para a realização do estudo, estando este delineado em concordância com os objetivos do mesmo.

**Benefício / Risco:**

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, para a melhoria dos cuidados prestados.  
O estudo não representa qualquer tipo de risco para os participantes.

**Respeito pela liberdade e autonomia:**

Está salvaguardada pelo modelo de Consentimento informado do investigador e adequada informação ao participante.

**Confidencialidade dos dados:**

A proposta apresentada pelo investigador garante a confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes. Não serão utilizados dados dos doentes, nem dos serviços que permita a sua identificação, será usado um sistema de codificação.

**Indemnização por danos**

Não aplicável

**Continuação do tratamento**

Não aplicável.

**Propriedade dos dados:**

Não aplicável.

**Conclusão:**

De acordo com a análise efetuada, propões à CES do Centro Hospitalar do São João, um parecer favorável à realização do estudo, desde que seja dado conhecimento à CES dos aspectos assinalados.  
Porto, 26 de Outubro de 2012

O relator,



Teresa Guerreiro

## CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

### 7. SEGURO

a. Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM  (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO

NÃO APLICÁVEL

### 8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Paulo Alexandre Silva Ramos, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 10 / outubro / 2012

26/10/2012

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

*Paulo Alexandre Silva Ramos*

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES  
de

*Considerado como um dos endereços  
prestados,*

A Comissão de Ética para a Saúde  
APROVA por unanimidade o parecer do  
Relator, pelo que nada tem a opor à  
realização deste projecto de investigação.

*Paulo Alexandre Silva Ramos*  
2012.11.13

## **Anexo VI – Consentimento Informado**

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR**  
**NO ESTUDO “Prevalência de feridas num hospital central do distrito do**  
**Porto ”**

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 assinie este documento.

A investigação que pretendemos realizar enquadra-se no âmbito do mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual promovido pelo 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: Estimar a prevalência de feridas no Centro Hospital de S.João EPE; Identificar e caracterizar as feridas dos utentes internados no hospital. Os dados serão posteriormente usados no estudo de Prevalência de feridas em Portugal.

O estudo tem como orientadora a Professora Doutora Beatriz Rodrigues Araujo, Professora do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e como co-orientador, o Mestre Paulo Jorge Pereira Alves Professor do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

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, 01 de Outubro de 2012

Assinatura da Investigador

## Parte II

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro ter compreendido a informação e explicação que me foi fornecida acerca do estudo proposto pela investigador, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora.

A informação e explicação que me foram prestadas versaram a minha participação durante o desenvolvimento do programa, a finalidade, os objectivos, os benefícios do estudo e eventual incómodo que me possa provocar, de acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia.

A confidencialidade da informação colhida e o anonimato foram-me garantidos.

Declaro, ainda, que solicitarei autorização verbal aos utentes a quem presto assistência profissional para os referenciar como potenciais participantes neste estudo, independentemente de, no devido tempo, estes virem a assinar o modelo de Consentimento Informado nos termos propostos pelo investigador ou decidirem não participar.

Por isso, consinto participar no estudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Assinatura do/a enfermeiro/a participante:

\_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

[FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA o INVESTIGADOR, OUTRA VIA PARA O/A PARTICIPANTE]

**Anexo VII – Guião de preenchimento do Instrumento de  
colheita de dados**



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

# Referenciação das Feridas

Projeto Nacional  
(Guião de preenchimento)

**EPNFeridas | Estudo Nacional de Prevalência de Feridas**

**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 custos”, 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

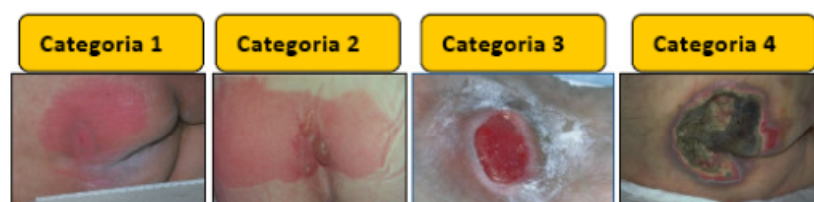
1 - úlcera de pressão cat 1	6 - úlcera de perna arterial ;	11 - úlcera maligna ;	16 - lesão por humidade ;
2 - úlcera de pressão cat 2	7 - úlcera de perna mista ;	12 - ferida traumática ;	17 - outra. Escrever qual no espaço
3 - úlcera de pressão cat 3	8 - úlcera de perna etiologia desconhecida	13 - ferida cirúrgica	
4 - úlcera de pressão cat 4	9 - úlcera pé diab. neuropático	14 - queimadura	
5 - úlcera de perna venosa	10 - úlcera pé diab. neuroisquémico	15 - 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.

(NPUAP/EPUAP, 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 fistulas 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 fistulas 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 osteítes 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 de acordo com Morrinson et al. (2007) 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



#### **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 Morrinson et al. (2007) 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.



### **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 (ADA, 1999).

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 et al, 1998; Alberto, 2004; Serra, 2008) .



## 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 (Piagessi et al, 1998; Alberto, 2004; Serra, 2008).

A calosidade não é frequente nas úlceras neuroisquêmicas, existe frequentemente necrose aderente com um anel de eritema e presença de dor (Morrison et al., 2007).



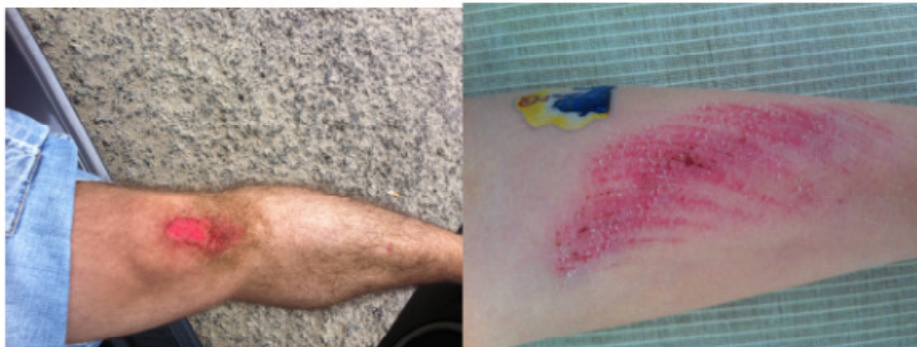
### 11 - Ferida maligna

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. (Haisfield & Rund, 1997; Grocott & Cowley, 2001)



## 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 infecção 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, 2001)



### 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, 2009)



**Localização:**

Devem ser definida a localização específica para cada ferida

1 - abdômen	6 - cóccix ;	11 - pé ;	16 - Trocanter ;
2 - anca	7 - costas ;	12 - peito ;	17 - Outro ;
3 - braços	8 - isquio ;	13 - períneo ;	
4 - cabeça	9 - mãos ;	14 - pernas ;	
5 - calcâneo	10 - nádega	15 - tornozelo	

**Origem:**

Deve ser definido o local onde se desenvolveu cada uma das lesões

1 - Hospital	2 - Cuidados Saúde Primários/Rede de Cuidados Continuados	3 - domicílio	4 - lar	5 - outro. Escrever qual no espaço
--------------	---	---------------	---------	------------------------------------







**Lateralização:**

Devem ser definido a lateralização de cada uma das lesões

1 - esquerda	2 - direita	3 - centro
--------------	-------------	------------

**MATERIAL DE ALÍVIO DA PRESSÃO**

PUCLAS2 - Defloor, 2008

Almofada na cama	
Almofada para cadeira	
Calcanheira	
Calçado do diabético	
Colchão de pressão alterna <sup>(1)</sup>	
Colchão estático <sup>(2)</sup>	

<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)

(2) 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: Idade:	Nome do avaliador:		Serviço:	Cama:	Data da avaliação:
Percepção sensorial  Capacidade de reacção significativa ao desconforto	<p><b>1. Completamente limitada:</b></p> <p>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, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b></p> <p>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.</p>	<p><b>3. Ligeiramente limitada:</b></p> <p>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.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b></p> <p>Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>	
Humidade  Nível de exposição da pele à humidade	<p><b>1. Pele constantemente húmida:</b></p> <p>A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p><b>2. Pele muito húmida:</b></p> <p>A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p><b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b></p> <p>A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p><b>4. Pele raramente húmida:</b></p> <p>A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>	
Actividade  Nível de actividade física	<p><b>1. Acamado:</b></p> <p>O doente está confinado à cama.</p>	<p><b>2. Sentado:</b></p> <p>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.</p>	<p><b>3. Anda ocasionalmente:</b></p> <p>Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p><b>4. Anda frequentemente:</b></p> <p>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.</p>	
Mobilidade  Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<p><b>1. Completamente imobilizado:</b></p> <p>Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b></p> <p>Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p><b>3. Ligeiramente limitado:</b></p> <p>Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b></p> <p>Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>	
Nutrição  Alimentação habitual	<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 lacticínios). Ingerir 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 lacticínios. 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, lacticínios). 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, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>	
Fricção e forças de deslizamento	<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

CLASSIFICAÇÃO DA DOR:
<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 sã 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 (BBraun); 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, hidroclorepolihexametilenobiguanida.

Propriedades alcalinas e elevada capacidade de absorção de exsudado.

Ação 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)

**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 como 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 sã e promove a granulação.

Ex: Askina® Hydro (Braun)

**Hidrogel:**

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

**Anexo VIII – Frequências dos fatores de risco em cada  
tipo de ferida**

		Alcoolismo		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	5	59	64
	UPerna	2	10	12
	Pe Diab	0	6	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	5	26	31
	F Cirurgica	12	191	203
	queimadura	2	8	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	1	8	9
	Outro	2	2	4
Total	29	313	342	

		Angina_Peito		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	1	63	64
	UPerna	0	12	12
	Pe Diab	0	6	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	1	30	31
	F Cirurgica	0	203	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	0	9	9
	Outro	0	4	4
Total	2	340	342	

		Anemia		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	6	58	64
	UPerna	1	11	12
	Pe Diab	0	6	6
	UMaligna	1	1	2
	F trauma	1	30	31
	F Cirurgica	11	192	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	1	8	9
	Outro	1	3	4
Total	22	320	342	

		AVC		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	16	48	64
	UPerna	2	10	12
	Pe Diab	2	4	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	5	26	31
	F Cirurgica	15	188	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	0	9	9
	Outro	0	4	4
Total	40	302	342	

		Cirurg_art		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	3	61	64
	UPerna	1	11	12
	Pe Diab	2	4	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	0	31	31
	F Cirurgica	11	192	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	0	9	9
	Outro	1	3	4
Total		18	324	342

		Claud_interm		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	2	62	64
	UPerna	1	11	12
	Pe Diab	0	6	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	0	31	31
	F Cirurgica	3	200	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	0	9	9
	Outro	0	4	4
Total		6	336	342

		Cirug_card		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	6	58	64
	UPerna	1	11	12
	Pe Diab	0	6	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	1	30	31
	F Cirurgica	14	189	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	0	9	9
	Outro	1	3	4
Total		23	319	342

		Diab_Tipo_I		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	2	62	64
	UPerna	1	11	12
	Pe Diab	4	2	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	1	30	31
	F Cirurgica	11	192	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	1	8	9
	Outro	0	4	4
Total		20	322	342

		Diminui_Sensib		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	4	60	64
	UPerna	0	12	12
	Pe Diab	0	6	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	1	30	31
	F Cirurgica	5	198	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	0	9	9
	Outro	0	4	4
Total	10	332	342	

		Diab_Tipo_II		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	14	50	64
	UPerna	9	3	12
	Pe Diab	2	4	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	6	25	31
	F Cirurgica	32	171	203
	queimadura	1	9	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	0	9	9
	Outro	0	4	4
Total	64	278	342	

		Dislipidemia		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	13	51	64
	UPerna	6	6	12
	Pe Diab	4	2	6
	UMaligna	1	1	2
	F trauma	3	28	31
	F Cirurgica	47	156	203
	queimadura	1	9	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	2	7	9
	Outro	1	3	4
Total	78	264	342	

		Dca_auto_imune		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	2	62	64
	UPerna	0	12	12
	Pe Diab	0	6	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	0	31	31
	F Cirurgica	2	201	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	0	9	9
	Outro	0	4	4
Total	4	338	342	

		Enf_miocardio		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	4	60	64
	UPerna	0	12	12
	Pe Diab	0	6	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	1	30	31
	F Cirurgica	8	195	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	0	9	9
	Outro	0	4	4
Total	13	329	342	

		HTA		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	27	37	64
	UPerna	10	2	12
	Pe Diab	6	0	6
	UMaligna	1	1	2
	F trauma	9	22	31
	F Cirurgica	84	119	203
	queimadura	1	9	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	2	7	9
	Outro	2	2	4
Total	142	200	342	

		Dca_reumatico		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	2	62	64
	UPerna	1	11	12
	Pe Diab	0	6	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	1	30	31
	F Cirurgica	1	202	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	0	9	9
	Outro	1	3	4
Total	6	336	342	

		Hist_Ferida		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	3	61	64
	UPerna	1	11	12
	Pe Diab	0	6	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	2	29	31
	F Cirurgica	12	191	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	0	9	9
	Outro	0	4	4
Total	18	324	342	

		Ins_Ven_Perif		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	1	63	64
	UPerna	3	9	12
	Pe Diab	0	6	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	2	29	31
	F Cirurgica	5	198	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	1	8	9
	Outro	1	3	4
Total	13	329	342	

		Isquemia_critica		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	1	63	64
	UPerna	0	12	12
	Pe Diab	1	5	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	0	31	31
	F Cirurgica	5	198	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	0	9	9
	Outro	0	4	4
Total	7	335	342	

		Imobilidade		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	30	34	64
	UPerna	1	11	12
	Pe Diab	0	6	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	5	26	31
	F Cirurgica	12	191	203
	queimadura	3	7	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	3	6	9
	Outro	0	4	4
Total	54	288	342	

		Ins_cardiaca		Total
		Sim	Não	
Total_Feridas_grupo	UP	14	50	64
	UPerna	5	7	12
	Pe Diab	0	6	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	8	23	31
	F Cirurgica	19	184	203
	queimadura	2	8	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	0	9	9
	Outro	1	3	4
Total	49	293	342	

		incont_fecal		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	7	57	64
	UPerna	0	12	12
	Pe Diab	0	6	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	0	31	31
	F Cirurgica	3	200	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	1	8	9
	Outro	0	4	4
Total	11	331	342	

		Obesidade		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	5	59	64
	UPerna	1	11	12
	Pe Diab	2	4	6
	UMaligna	1	1	2
	F trauma	1	30	31
	F Cirurgica	14	189	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	1	8	9
	Outro	0	4	4
Total	25	317	342	

		incont-vesical		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	7	57	64
	UPerna	0	12	12
	Pe Diab	0	6	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	2	29	31
	F Cirurgica	5	198	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	1	8	9
	Outro	0	4	4
Total	15	327	342	

		Neoplasia		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	11	53	64
	UPerna	1	11	12
	Pe Diab	0	6	6
	UMaligna	2	0	2
	F trauma	3	28	31
	F Cirurgica	14	189	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	0	9	9
	Outro	0	4	4
Total	31	311	342	

		Tabagismo		Total
		1	2	
Total_Feridas_grupo	UP	9	55	64
	UPerna	1	11	12
	Pe Diab	0	6	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	2	29	31
	F Cirurgica	15	188	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	1	8	9
	Outro	0	4	4
Total	28	314	342	

		Outro		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	11	53	64
	UPerna	4	8	12
	Pe Diab	0	6	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	8	23	31
	F Cirurgica	55	148	203
	queimadura	3	7	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	1	8	9
	Outro	2	2	4
Total	84	258	342	

		Perda_rec_peso		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	4	60	64
	UPerna	0	12	12
	Pe Diab	0	6	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	1	30	31
	F Cirurgica	2	201	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	0	9	9
	Outro	0	4	4
Total	7	335	342	

		Traumatismo		Total
		Sim	Nao	
Total_Feridas_grupo	UP	5	59	64
	UPerna	0	12	12
	Pe Diab	0	6	6
	UMaligna	0	2	2
	F trauma	7	24	31
	F Cirurgica	6	197	203
	queimadura	0	10	10
	Fistula	0	1	1
	lesao Hum	0	9	9
	Outro	0	4	4
Total	18	324	342	

	Outro_qual										Total
	IRC	FA	HIV	PARKINSON	DEPRESSÃO	AIT	DPOC	DEMENCIA	HIPOCOAGUL ADO	OUTROS	
UP	3	0	3	1	2	0	0	4	1	2	16
UPerna	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4
Pe Diab	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
F trauma	1	0	0	0	0	0	1	3	2	3	10
F Cirurgica	18	2	0	1	5	1	4	2	4	17	54
queimadura	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3
lesao Hum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Outro	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	24	2	4	2	7	1	5	10	10	27	92

**Anexo IX – Localização anatômica das feridas  
classificadas como F1**

Total\_Feridas\_grupo \* F1\_localizacao

		F1_localizacao																Total	
		abdómen	anca	braços	cabeça	calcâneo	cóccix	costas	mãos	nádega	pé	peito	períneo	pernas	tornozelo	trocânter	Pescoço		Face
Total_Feridas_grupo	UP	0	0	0	5	6	36	0	0	6	2	4	0	0	0	5	0	0	64
	UPerna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	8	1	0	0	0	12
	Pe Diab	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	0	0	1	0	0	0	0	6
	UMaligna	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
	F trauma	0	0	8	3	2	0	1	0	2	2	0	1	7	4	0	0	1	31
	F Cirurgica	72	12	5	22	0	1	10	1	1	8	30	18	16	0	0	6	1	203
	queimadura	0	0	1	0	0	0	2	2	0	1	2	1	1	0	0	0	0	10
	Fistula	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	lesao Hum	0	0	1	0	0	1	0	0	3	0	0	4	0	0	0	0	0	9
	Outro	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	4
Total	72	12	15	30	9	39	13	3	13	21	37	24	35	6	5	6	2	342	

**Anexo X – Duração em dias dos diferentes tipos de ferida  
classificadas como F1**

		Tempo_classes_F1				Total
		De 1 a 4 dias	De 5 a 8 dias	De 9 a 30 dias	superior ou igual a 31 dias	
Total_Feridas_grupo	UP	14	6	25	19	64
	UPerna	0	2	3	7	12
	Pe Diab	1	1	1	3	6
	UMaligna	0	0	0	2	2
	F trauma	17	6	5	3	31
	F Cirurgica	139	25	30	9	203
	queimadura	2	3	4	1	10
	Fistula	0	0	0	1	1
	lesao Hum	4	3	1	1	9
	Outro	0	0	2	2	4
Total	177	46	71	48	342	

**Anexo XI - Valores da escala Push obtidos pelos diferentes tipos de feridas classificadas com F1**

PUSH\_score \* Total\_Feridas\_grupo

	Total_Feridas_grupo										Total
	UP	UPerna	Pe Diab	UMaligna	F trauma	F Cirurgica	queimadura	Fistula	lesao Hum	Outro	
2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2
3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
4	0	0	0	0	3	6	0	0	0	0	9
5	1	0	0	0	1	10	0	0	0	0	12
6	5	0	0	0	1	10	1	0	2	1	20
7	2	0	0	0	0	20	2	0	0	0	24
8	2	0	0	0	1	45	0	0	0	0	48
9	1	0	1	0	4	23	0	0	0	0	29
PUSH_score 10	10	4	1	0	6	38	2	1	1	0	63
11	5	1	0	0	2	12	0	0	3	1	24
12	8	0	1	0	4	19	1	0	1	1	35
13	8	3	0	1	2	8	2	0	2	1	27
14	7	2	2	0	2	5	1	0	0	0	19
15	7	0	0	0	1	2	1	0	0	0	11
16	5	1	1	1	2	3	0	0	0	0	13
17	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4
Total	64	12	6	2	31	203	10	1	9	4	342