



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DAS FERIDAS
NA POPULAÇÃO DO DISTRITO DE LEIRIA**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual

Por

Pedro Miguel Martins Simões Favas

Lisboa, 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DAS FERIDAS
NA POPULAÇÃO DO DISTRITO DE LEIRIA**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual

Por

Pedro Miguel Martins Simões Favas

Sob a orientação da Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues
Dixe e Co-orientação do Professor Mestre Paulo Jorge Pereira Alves

Lisboa, 2012

PENSAMENTO

“Necessitamos de um grande conhecimento só para nos apercebermos da enormidade da nossa ignorância”.

Thomas Sowell

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha Mulher e Filha, Pai, Mãe e restante família, por me apoiarem nos momentos mais difíceis, pelas minhas ausências, pela força, motivação e sobre tudo pela compreensão que sempre me souberam transmitir.

AGRADECIMENTOS

O meu reconhecimento muito especial à Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe pelo seu apoio, entusiasmo, ensinamentos, dedicação, amizade, compreensão e competência, inesgotáveis com que atendeu a todas as minhas solicitações permitindo-me desenvolver, com a sua grande disponibilidade e sabedoria, a confiança e segurança necessárias à realização deste trabalho.

Ao Professor Mestre Paulo Jorge Pereira Alves, pelo interesse, incentivo e apoio incondicional á realização deste trabalho.

À minha Mulher, pela paciência, apoio, compreensão inesgotável e sobre tudo pelo carinho que sempre demonstrou.

À minha bela e simpática Filha, por ser a minha principal fonte de motivação.

À minha Mãe, pela motivação e compreensão que sempre evidenciou.

Às Instituições, Diretores e Enfermeiros Chefes pelo apoio demonstrados.

A todos os Enfermeiros Colaboradores pela simpatia, amabilidade e disponibilidade.

Aos Utentes pela sua aceitação.

A todos quantos contribuíram sob diversas formas, para o desenvolvimento deste trabalho.

Apresento-vos a todos vós, o meu Bem Hajam!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CSD	Cuidados de Saúde Diferenciados
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DP	Desvio Padrão
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
Et al.	E outros
HTA	Hipertensão Arterial
IASP	International Association for the Study of Pain
IPTB	Índice Pressão Tornozelo /Braço
Pág.	Página
PIB	Produto Interno Bruto
PSST	Pressure Sore Status Tool
PUSH	Pressure Ulcer Healing Scale
PUSH-PT	Pressure Ulcer Healing Scale - Portugal
UP	Úlcera de Pressão

RESUMO

Introdução: As feridas são um flagelo para muitos utentes, apesar dos conhecimentos e avanços tecnológicos no tratamento de feridas nos últimos 20 anos.

Objetivo: Determinar a prevalência e as características das feridas dos utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários e dos utentes internados e/ou que recorrem às consultas externas nos Cuidados de Saúde Diferenciados do distrito de Leiria.

Metodologia: Estudo descritivo comparativo realizado numa amostra não probabilística acidental de utentes com feridas que frequentam a consulta nos CSP (691) e a consulta / internamento nos CSD (123) do Distrito de Leiria.

Após autorização das comissões de éticas das referidas instituições, foi aplicado um instrumento, constituído por dados relativos a: antecedentes e fatores de risco; caracterização das feridas; material de alívio da pressão e materiais usados no tratamento das mesmas. Para o tratamento de dados, foi utilizada a estatística descritiva.

Resultados: De entre os resultados obtidos na ferida principal, salientam-se os seguintes: A taxa de prevalência de feridas é de 31,6% nos CSP e de 21,3% nos CSD. Os fatores de risco mais frequentes são a hipertensão arterial e a diabetes tipo II; A ferida principal mais frequente é a ferida traumática e a cirúrgica; A maioria dos utentes, realiza tratamentos no ambulatório (CSP) e internamento (CSD); A maioria dos utentes, apresenta dor durante o dia e durante o tratamento; Os sinais de infeção superficiais mais evidentes são a dor e a ferida exsudativa; O material com ação terapêutica mais utilizado, é o iodo.

Conclusão: Estes resultados suportam outras pesquisas nacionais e internacionais em que identificam uma elevada prevalência de feridas. Verificaram-se diferenças significativas nos tratamentos para o mesmo tipo de ferida, o que nos leva a considerar, inexistência de diretrizes clínicas na prevenção e tratamento de feridas, que poderiam contribuir para uma melhoria de cuidados prestados.

Palavras-Chave: Prevalência; Feridas; Cicatrização; utentes com ferida.

ABSTRACT

Introduction: Wounds are a scourge for many patients, despite knowledge and technological advancements in the treatment of wounds in the last 20 years.

Objective: Determine the prevalence and characteristics of the wounds of patients enrolled in Primary Health Care, hospitalized patients and/or enrolled in external consultations in the differentiated health care on the district of Leiria.

Methodology: A descriptive and comparative research, developed in a non-probability accidental sample of patients with wounds that are attending the consultation in primary care (691) and consultation / hospitalization in the differentiated care (123) on the District of Leiria.

After approval of the ethical committees of these institutions, the instrument, consisting of data relating to: history and risk factors; characterization of wounds; material relief pressure and materials used in their treatment was applied. For data analysis, we used descriptive statistics.

Results: Among the main results obtained in the wound, we highlight the following: The prevalence rate of 31.6% is wounded in primary care (CSP) and 21.3% in the Hospital (CSD). Risk factors more frequent where arterial hypertension and type II diabetes. The most common type of wounds, where the traumatic and the surgical wounds. Most clients, undergo treatments in the ambulatory (CSP) and internment (CSD); The majority of patients refer pain during the day and during treatment; the most evident signs of superficial infection are pain and high exudative wound; the most common material used with therapeutic action, was iodine.

Conclusion: These results support other national and international research that identified a high prevalence of wounds. There were significant differences in the treatments for the same type of injury, which leads us to consider, lack of clinical guidelines for the prevention and treatment of wounds, which could contribute to an improvement of care.

Keywords: Prevalence, Wounds, healing; patients with wounds.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 - REVISÃO DA LITERATURA	18
1.1. DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DAS FERIDAS	18
1.2. TRATAMENTO DE UTENTES COM FERIDAS	26
1.3. FACTORES INTERVENIENTES NO TRATAMENTO E EVOLUÇÃO DA CICATRIZAÇÃO DAS FERIDAS	31
1.4. ESTUDOS DE PREVALÊNCIA DE FERIDAS	35
CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA.....	38
2.1. OBJECTIVOS E TIPO DE ESTUDO	38
2.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	39
2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA	40
2.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	41
2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	45
2.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	47
CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	48
CAPITULO 4 – CONCLUSÕES	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
ANEXOS	
Anexo I	Instrumento de colheita de dados ics-ucp feridas mod.001_v10
Anexo II	Cartas de pedidos de autorização do estudo
Anexo III	Resposta aos pedidos de autorização do estudo
Anexo IV	Carta de esclarecimento do estudo e do consentimento informado da participação no estudo
Anexo V	Formulário do consentimento informado do estudo
Anexo VI	Decreto de lei que define o regime da carreira especial de enfermagem e diário da república que aprova a tabela salarial única dos trabalhadores que exercem funções públicas

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 Número de utentes com feridas e sem feridas, que recorreram aos serviços onde o estudo se realizou	41
Tabela 2 Distribuição das amostras de utentes segundo a idade, o sexo e a profissão.....	49
Tabela 3 Distribuição dos dados relativos aos fatores de risco dos utentes com feridas consoante o local de colheita de dados.....	51
Tabela 4 Distribuição dos dados relativos à classificação, localização, origem e lateralização da ferida principal dos utentes consoante o local de colheita de dados.....	53
Tabela 5 Distribuição dos dados relativos à duração da ferida principal nos utentes, consoante o local de colheita de dados.....	54
Tabela 6 Distribuição dos dados relativos à classificação, localização, origem e lateralização da ferida 2 e 3, consoante o local de colheita de dados.....	56
Tabela 7 Distribuição dos dados relativos à duração da ferida 2 e 3 nos utentes consoante o local de colheita de dados.....	57
Tabela 8 Distribuição dos dados relativos à classificação, localização, origem e lateralização da ferida 4 e 5 nos utentes, consoante o local de colheita de dados.....	59
Tabela 9 Distribuição dos dados relativos à duração da ferida 4 e 5 nos utentes consoante o local de colheita de dados.....	60
Tabela 10 Distribuição dos dados relativos à classificação, localização, origem e lateralização das feridas 6 e 7 consoante o local de colheita de dados.....	61
Tabela 11 Distribuição dos dados relativos à duração das feridas 6 e 7 nos utentes consoante o local de colheita de dados.....	62
Tabela 12 Distribuição dos dados relativos à classificação, localização, origem e lateralização das feridas 8 e 9 consoante o local de colheita de dados.....	63
Tabela 13 Distribuição dos dados relativos à duração das feridas 8 e 9 nos utentes consoante o local de colheita de dados.....	63

	Pág.
Tabela 14 Distribuição dos dados relativos ao material de alívio de pressão dos utentes com feridas consoante o local de colheita de dados.....	64
Tabela 15 Distribuição das amostras com lesão nos membros inferiores relativa à avaliação do IPTB nos utentes com lesão nos membros inferiores.....	65
Tabela 16 Distribuição dos dados das amostras a quem foi realizado o IPTB relativo ao valor/resultado do IPTB nos utentes com lesão nos membros inferiores.....	65
Tabela 17 Distribuição dos dados das amostras relativos á aplicação da terapia compressiva e tipo de ligadura nos utentes com lesão nos membros inferiores.....	66
Tabela 18 Distribuição dos dados das amostras relativos à medição da ferida principal nos utentes.....	67
Tabela 19 Distribuição dos dados das amostras relativos ao tipo de tecido e nível de exsudado na ferida principal dos utentes.....	68
Tabela 20 Resultados da aplicação do teste U Mann Whitney ao grau de cicatrização consoante o local de colheita de dados.....	69
Tabela 21 Distribuição da amostra referente ao local da realização do tratamento à ferida principal dos utentes.....	70
Tabela 22 Distribuição dos dados das amostras referente ao tempo em horas e minutos da deslocação ao domicílio do enfermeiro para tratamento à ferida principal dos utentes.....	70
Tabela 23 Distribuição dos dados das amostras referente à duração dos tratamentos em horas e minutos da ferida principal dos utentes.....	71
Tabela 24 Resultados da aplicação do teste U Mann Whitney ao nível de dor durante o dia e durante o tratamento na ferida principal dos utentes consoante o local de colheita de dados.....	72
Tabela 25 Distribuição da amostra relativa à avaliação dos sinais de infeção superficiais presentes na ferida principal dos utentes.....	73
Tabela 26 Distribuição da amostra referente à presença do diagnóstico de infeção no compartimento profundo e à administração de antibiótico nos utentes com feridas.....	74

	Pág.
Tabela 27 Distribuição da amostra relativa à avaliação da pele circundante da ferida principal dos utentes.....	75
Tabela 28 Distribuição da amostra relativa à aplicação do material de penso com ação terapêutica na ferida principal dos utentes.....	76
Tabela 29 Distribuição da amostra relativa à aplicação de outro material de penso com ação terapêutica na ferida principal dos utentes.....	77
Tabela 30 Distribuição da amostra referente à frequência da mudança de penso à ferida principal dos utentes.....	78

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 Diferenciação Clínica de Úlceras Arteriais, Venosas e Neuropáticas.....	22

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 Distribuição percentual da pontuação obtida na avaliação da cicatrização das feridas nas amostras.....	69

INTRODUÇÃO

As feridas, sempre foram um tema de interesse para os profissionais de saúde, nomeadamente para enfermeiros e médicos. Historicamente é possível encontrar nos primeiros textos médicos e livros antigos, muitas propostas diferentes destinadas a promover uma cicatrização rápida das feridas (Téot, 2004). A prova documentada mais antiga sobre tratamento de feridas, usadas por civilizações antigas, data de tabuletas de argila da Mesopotâmia, que se pensa terem cerca de 4.500 anos. Os primeiros tratamentos tópicos de feridas, foram elaborados a partir de matéria mineral, vegetal e animal. Os antigos desinfetantes e antissépticos incluíam resina, vinagre, cobre e prata. Desde o século dezoito, que o desenvolvimento da indústria química levou à descoberta de uma ampla gama de produtos químicos, que têm sido valiosos para o tratamento e prevenção da infeção em feridas (Téot, 2004).

As feridas, sendo uma epidemia escondida, que afetam milhões de pessoas em todo o mundo, têm um elevado impacto tanto a nível individual como económico, o que tornam esta problemática de enorme relevância para a comunidade científica (Organização Mundial de Saúde, 2008).

As feridas agudas são diferentes das crónicas ou de difícil cicatrização e as feridas superficiais, não podem ser comparadas com as profundas. Para verificar a eficácia do tratamento, torna-se pertinente distinguir os diferentes tipos de feridas. Fatores locais incluindo, a localização e tamanho da ferida e fatores sistémicos, também influenciam a resposta ao tratamento (Gogia, 2003).

A preocupação com a temática das feridas e em particular da sua prevalência e caracterização emergiu, tendo por base três aspetos fundamentais: por um lado, em resultado da participação no âmbito da realização de um Estudo Epidemiológico Nacional desenvolvido pela Universidade Católica Portuguesa; por outro, contribuir

para a melhoria dos cuidados de enfermagem nos utentes com feridas e por último, a sua experiência profissional, no cuidar de utentes com o mais diversificado tipo de feridas.

O estudo tem como objetivo geral, determinar a prevalência e as características das feridas dos utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários e dos utentes internados e/ou que recorrem às consultas externas nos Cuidados de Saúde Diferenciados do distrito de Leiria, revestindo-se de grande interesse, tendo em conta que na pesquisa da literatura, não foi encontrada qualquer informação disponível, sobre a epidemiologia das feridas e seu tratamento, a nível dos Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Diferenciados, no referido distrito.

A presente dissertação, tem como objetivos específicos: determinar a prevalência de feridas dos utentes que se encontram a realizar o tratamento de feridas, inscritos no programa de saúde tratamento de feridas/úlceras nos CSP e nos utentes internados e/ou que recorrem às consultas externas nos CSD; determinar as características sociodemográficas e profissionais dos utentes que se encontram a realizar o tratamento de feridas, inscritos no programa de saúde tratamento de feridas/úlceras nos CSP e nos utentes internados e/ou que recorrem às consultas externas nos CSD; identificar a classificação, localização, origem, lateralização, duração, frequência e o tipo de fatores de risco das feridas nos utentes inscritos no programa de saúde tratamento de feridas/úlceras dos CSP e dos utentes internados e/ou que recorrem às consultas externas nos CSD; conhecer o material do penso, o local, duração e frequência da realização do tratamento das feridas nos utentes inscritos no programa de saúde tratamento de feridas/úlceras nos CSP e dos utentes internados e/ou que recorrem às consultas externas nos CSD e conhecer o nível de dor durante o dia e durante o tratamento e sinais de infeção das feridas, nos utentes inscritos no programa de saúde tratamento de feridas/úlceras nos CSP e dos utentes internados e/ou que recorrem às consultas externas nos CSD.

A fim de atingir os objetivos, foi aplicado um instrumento construído por dados relativos a: antecedentes e fatores de risco; caracterização das feridas; material de alívio da pressão e materiais usados no tratamento das mesmas. O instrumento, foi aplicado aos utentes com feridas internados e/ou que recorreram às consultas externas de dois Hospitais no distrito Leiria, durante os meses de Julho, Outubro, Novembro e Dezembro

de 2011 e aos utentes inscritos em dois ACES do distrito de Leiria, que recorreram aos centros de saúde para tratamento de feridas, durante os meses de Março, Abril e Maio de 2012.

A presente dissertação, encontra-se estruturada em quatro capítulos. O Capítulo 1, corresponde à revisão da literatura e definição de conceitos, tendo como objetivo enquadrar teoricamente o estudo a realizar.

No Capítulo 2, é apresentada a metodologia onde se descreve o tipo de estudo, amostra, instrumentos, procedimentos formais e éticos e tratamento estatístico dos dados.

O Capítulo 3, corresponde à apresentação e discussão/análise dos resultados obtidos e finalmente no Capítulo 4, é apresentada a conclusão, as limitações, implicações e sugestões do estudo.

CAPÍTULO 1 - REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura é necessária em todas as etapas da conceptualização da investigação, sendo um processo que consiste em efetuar um inventário e um exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio da investigação (Fortin, 2009).

Ao longo deste capítulo, serão abordadas as temáticas pertinentes ao desenvolvimento da presente investigação.

1.1. DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DAS FERIDAS

Para Baranoski e Ayello (2006), uma ferida é definida como uma interrupção da integridade e das funções dos tecidos no corpo. Ainda de acordo com a International Council of Nurses (2011, p. 55), ferida é uma

“ 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”.

Existem várias classificações de feridas, segundo vários autores. De seguida, apresentam-se as selecionadas, tendo presente os objetivos deste trabalho.

De acordo com o protocolo de preenchimento utilizado no estudo nacional de prevalência em feridas da Universidade Católica Portuguesa (2011), as feridas classificam-se em: úlcera de pressão de categoria 1; úlcera de pressão de categoria 2; úlcera de pressão de categoria 3; úlcera de pressão de categoria 4; úlcera de perna venosa; úlcera de perna arterial; úlcera de perna mista; úlcera de perna de etiologia desconhecida; úlcera de pé diabético neuropático; úlcera de pé diabético neuroisquémico; úlcera maligna; ferida traumática; ferida cirúrgica; queimadura; fístula e lesões por humidade.

A European Pressure Ulcer Advisory Panel e a National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009), definem úlcera de pressão, como 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.

Por seu lado a European Pressure Ulcer Advisory Panel e a National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009, p.8 e 9), classificam as úlceras de pressão em quatro categorias:

“Categoria I: Eritema não branqueável

Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento; a sua cor pode ser diferente da pele em redor. A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido subjacente. A categoria I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. Pode ser indicativo de pessoas em “risco”.

Categoria II: Perda parcial da espessura da pele

Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero - hemático. Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose. Esta categoria não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada a incontinência, maceração ou escoriações.

Categoria III: Perda total da espessura da pele

Perda total da espessura tecidular. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente, algum tecido desvitalizado (fibrina húmida), mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. Pode incluir lesão cavitária ou encapsulamento. A profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser superficial. Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas. O osso/tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis.

Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos

Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou tecido necrótico. Frequentemente são cavitadas e fistuladas. A profundidade de uma úlcera de pressão de categoria IV varia com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser superficiais. Uma úlcera de categoria IV pode atingir musculo e/ou estruturas de suporte, tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso/músculo exposto visível ou diretamente palpável”.

Muitas úlceras de pressão de categoria I, por vezes, são confundidas com lesões por humidade, sendo estas, soluções de continuidade da pele devido à humidade excessiva na mesma, incontinência, sudorese ou por exsudado abundante de uma ferida (Beeckman, Schoonhoven, Verhaeghe, Heyneman & Defloor, 2009).

A causa primária das úlceras de pressão, é a aplicação de pressão em áreas da pele e tecidos não adaptados à agressão externa da pressão, sendo a prevalência de úlceras de pressão maior entre utentes com mobilidade e atividades limitadas (Barbenel et al., 1977 citado por Morison, 2004).

Superfícies de apoio, têm sido utilizadas durante muitos anos na prevenção de úlceras de pressão, sendo a sua utilização nos sistemas de saúde relativamente recente, permanecendo a sua eficácia largamente desconhecida. Tendo em conta o modo de funcionamento, as superfícies de apoio, podem ser distribuídas por três grupos: **Superfícies de apoio estáticas** – Estas são também conhecidas de baixa pressão constante. Estas superfícies procuram maximizar a área corporal do utente, em contacto com a superfície do colchão, reduzindo a magnitude da pressão, na interface em qualquer localização anatómica; **Superfícies de apoio dinâmicas** – Este grupo, incluem colchões de ar de pressão alterna. Estes dispositivos, tentam de forma sistemática, variar as posições anatómicas corporais que suportam peso, habitualmente através da insuflação e desinsuflação cíclicas, de diferentes secções da superfície de apoio; **Superfícies de apoio giratórias ou de inclinação** – Estas variam de forma sistemática o centro da gravidade corporal e modificam a carga em pontos anatómicos específicos, através da elevação ou inclinação da superfície de apoio ao longo do seu eixo longitudinal (Morison, 2004).

De acordo com Neil (1998) e White (2006), as feridas são habitualmente classificadas como agudas e crónicas, sendo que às primeiras se encontra associado um processo de cicatrização não complicado, organizado e habitualmente rápido, tendente à restauração da integridade funcional e anatómica. Geralmente, as feridas cirúrgicas e traumáticas que cicatrizam por primeira intenção, são classificadas como agudas.

De acordo com a International Council of Nurses (2011, p.55), ferida traumática é uma

“ 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”.

Ainda segundo a International Council of Nurses (2011, p.55), ferida cirúrgica é um

“ Corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, isto é, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus ”.

O processo de cicatrização de uma ferida, está dependente de um conjunto de fatores como sejam, os relacionados com a própria condição patológica associada e o estado global de saúde do indivíduo. Muitos autores, consideram que a utilização desta classificação de feridas, como agudas e crónicas, é utilizada por vezes de modo inexato, sendo no entanto, consensualmente aceite. Na verdade, a utilização dos termos procura refletir a etiologia da ferida e a sua esperada cronicidade e não necessariamente, o período que a ferida se mantém sem cicatrizar (Neil, 1998).

Assim sendo, o termo “crónico” é utilizado para designar feridas, nas quais se consegue antever um processo de cicatrização comprometido, normalmente devido à presença de complexas patologias subjacentes, como a diabetes, a doença vascular ou presença de malignidade (White, 2006). Popoola (2000), define ferida crónica de um modo mais prático, como qualquer alteração nas funções anatómicas e fisiológicas dos tecidos, complicadas pela presença de uma ou mais doenças crónicas, com duração superior a 3 meses. Estas feridas, como se pode constatar, estão associadas a um processo de cicatrização prolongado, com patologias sistémicas associadas, cicatrizando normalmente por segunda intenção (Rosa, 2004).

Do universo das feridas crónicas, as mais frequentes, são as úlceras de pressão, as úlceras venosas e as úlceras de origem diabética. Destas, as venosas são o tipo mais comum de feridas crónicas, sendo responsáveis por cerca de 80-90% das feridas que afetam os membros inferiores, ou úlceras de perna ou das extremidades, como são vulgarmente denominadas. Dentro deste último grupo de feridas (úlceras venosas), podem por sua vez, ser encontrados mais dois tipos: as arteriais e as neuropáticas (Neil, 1998).

Segundo Gogia (2003), a úlcera arterial é também conhecida por úlcera isquémica e é causada por insuficiência arterial. Este tipo de úlcera, ocorre em utentes com idade superior a 50 anos e em utentes jovens, com diabetes mellitus e hiperlipidemia.

Vários são os sinais que distinguem, as úlceras arteriais das venosa e neuropáticas, tendo em conta a localização, pulsos pediosos, aparência e dor (Quadro 1).

Quadro 1- Diferenciação Clínica de Úlceras Arteriais, Venosas e Neuropáticas

	Úlceras Arteriais	Úlceras Venosas	Úlceras Neuropáticas
Localização	Terço inferior da perna, dedos, pés e espaços interdigitais	Tipicamente justaproximais ao maléolo medial do tornozelo	Superfície plantar do pé abaixo da cabeça metatársica
Pulsos pediosos	Diminuídos ou ausentes	Usualmente presentes	Diminuídos ou ausentes
Aparência	Forma irregular Bordos lisos e bem definidos Mínima a nenhuma granulação Usualmente profundas	Forma irregular Boa Granulação Usualmente rasas Edema pronunciado Pele fibrótica, escura e intacta	Forma escavada Boa coagulação Calos ao redor da úlcera Pele brilhante e intacta Insensibilidade
Dor	Dor severa Aumenta com a deambulação Diminui com o repouso	Dor mínima a moderada Aumenta com a deambulação Diminui com a elevação	Sem dor

Fonte: Gogia (2003)

Contudo, e tal como referem Valencia, Falabella, Kirsner e Eaglstein (2001), as úlceras venosas, constituem a grande maioria da totalidade de úlceras de perna registadas. Nas extremidades dos membros inferiores, poderão existir outros tipos de úlceras, como úlceras malignas, úlceras mistas e úlceras de etiologia desconhecida.

De acordo com Moffatt (1998) citado por Furtado (2003), uma úlcera mista, é uma úlcera provocada por doença arterial e venosa. Estas úlceras são problemáticas, dado que o edema necessita de ser controlado, mas a compressão forte está contra-indicada, na presença de doença arterial grave. O compromisso arterial, é sugerido por um IPTB <0.8, no entanto, os cirurgiões vasculares, podem recomendar a utilização de uma compressão moderada nestas situações.

Relativamente às úlceras malignas e segundo Philips et al. (1991) citados por Morison, Moffatt e Franks (2010), foram publicados vários relatórios de carcinoma de células basais em úlceras de perna. Um carcinoma basal nodular, consegue imitar uma ferida em granulação de forma bastante convincente. Os sinais a procurar são: uma úlcera pouco profunda que não mostra nenhuma tendência para cicatrizar; a ausência de outros sinais de doença venosa e uma localização peculiar da úlcera. Uma úlcera localizada nos

dois terços proximais da parte inferior da perna, deve ser submetida a um escrutínio atento. A observação atenta, irá revelar os sinais clássicos do carcinoma de células basais, como um bordo em forma de pêra e uma superfície telangiectásica. Existem registos de sarcomas, sendo estes tumores de crescimento e metastização rápidos.

Smith et al. (2001) citados por Morison et al. (2010), encontraram três no seu estudo de 21cancros em feridas crónicas na perna, todos os quais provaram ser fatais.

Hayes e Dodds (2003) citados por Dealey (2006), sugeriram que existem alguns sinais clínicos de malignidade como: aparência nodular irregular da superfície da ferida; ilhotas de epitelização que não persistem; um bordo elevado ou enrolado; tecido granulação aparentemente saudável, que é exuberante, translúcido, brilhante que envolva os bordos da ferida; hipergranulação no leito da ferida, com pele circundante firme.

Nos membros inferiores poderão existir também úlceras atípicas. Segundo Morison et al. (2010), uma úlcera atípica, é diagnosticada como sendo um melanoma maligno.

Relativamente ao pé diabético, ao longo dos últimos anos, houve um progresso considerável no seu tratamento. A infeção, é uma complicação grave do pé diabético, sendo o fleimão ou a fasceíte necrotizante, não apenas problemas que ameaçam os membros, mas problemas que ameaçam a própria vida (Overhaussen, 2012).

De acordo com Edmonds e Foster (2000) citados por Morison et al. (2010), o pé diabético, classifica-se em pé neuropático e pé neuroisquémico. A infeção, raramente é um fator isolado, mas muitas vezes complica a neuropatia e a isquemia, sendo responsável por necrose tecidual considerável no doente diabético. Segundo os mesmos autores (2010, p.314), a história natural do pé diabético, pode dividir-se em seis fases:

- “ **1 - O pé está normal e não se encontra em risco:** Nesta fase os doentes não têm os fatores de risco que os tornam vulneráveis às úlceras do pé sendo eles a neuropatia, isquémia, deformação, calo e edema.
- 2 - Pé de alto risco:** O doente desenvolveu um ou mais fatores de risco para a úlcera do pé.
- 3 - Pé com úlcera:** A ulceração encontra-se na superfície plantar do pé neuropático e na margem do pé neuroisquémico.
- 4 - Pé com celulite:** A úlcera desenvolveu infeção com a presença de celulite, o que pode complicar tanto o pé neuropático como o pé neuroisquémico.

5 - Pé com necrose: No pé neuropático, a causa é predominante é a infecção. No pé neuroisquémico, a infecção é ainda o motivo mais frequente, ainda que a isquémia grave possa levar diretamente à necrose.

6 - O pé não consegue salvar-se e precisará de uma amputação major”.

Qualquer pé diabético, pode ser incluído numa destas fases. Nas fases 1 e 2, deve prevenir-se o aparecimento de úlcera; na fase 3, deve tratar-se a úlcera; nas fases 4 e 5, surgem as complicações da ulceração do pé, nomeadamente celulite e a necrose. Em cada uma das seis fases descritas, é necessário prevenir a progressão da doença do pé diabético, incidindo o tratamento sob: controlo da ferida, controlo microbiológico, controlo mecânico, controlo vascular, controlo metabólico e controlo educativo.

O Consenso Internacional Sobre o Pé Diabético (1999) citado por Overhaussen (2012, p. 3), define úlcera do pé diabético “como sendo uma ferida de espessura total abaixo do tornozelo nos doentes com diabetes, independentemente da respetiva duração”.

Quando surge úlcera de pé diabético, é pertinente diferenciar úlcera de pé neuropático e úlcera de pé neuroisquémico (Morison et al., 2010). Para estes autores (2010, p.318), as úlceras neuropáticas “ resultam de lesões mecânicas, térmicas ou químicas que não são percecionadas pelo doente devido à perda de sensação de dor. A posição clássica é sob os topos metatársicos, mas encontra-se mais frequentemente na face plantar dos dedos dos pés”. Nestas úlceras, a necrose tecidual ocorre sob a placa de calo, resultando numa pequena cavidade preenchida com fluido seroso, formando à superfície úlceras.

De acordo com Serra (2008), todas as formas de pé neuropático, seja qual for a causa, cedo ou tarde, têm como expressão patológica típica, a úlcera calosa plantar. Na diabetes, é expressão típica de neuropatia, a capacidade do utente caminhar sobre a úlcera sem claudicar, como ocorreria se tivesse sensibilidade á dor. Nos dedos do pé neuropático, a infecção de gretas interdigitais, do leito da unha ou de úlceras da polpa, é muito frequente.

Ainda segundo Morison et al. (2010), a úlcera neuroisquémica, ocorre nas margens do pé, sendo o primeiro sinal de úlcera isquémica, uma marca vermelha que forma uma vesícula, desenvolvendo uma úlcera pouco profunda com granulações dispersas e pálidas. Este tipo de úlceras, ocorre na superfície mediana da primeira articulação metatarsofalângica e sobre a face lateral da quinta articulação metatarsofalângica, ocorrendo também nas pontas dos dedos dos pés.

O protocolo de preenchimento utilizado no estudo nacional de prevalência em feridas da Universidade Católica Portuguesa (2011), inclui ainda as fístulas e as queimaduras, dentro da classificação de feridas.

Uma fístula é uma ligação entre a pele e uma estrutura subjacente. As fístulas congénitas estão presentes á nascença, podendo passar despercebidas até se tornarem infectadas, aparecendo como pequenas depressões, que podem drenar material. Frequentemente, as fístulas congénitas são hereditárias, podendo ser afetado mais de um elemento da família. Existem as fístulas adquiridas, que são devidas à existência de doenças específicas não presentes à nascença. As doenças que causam adenite supurativa ou abscessos, podem mimetizar a formação de fístulas. A drenagem de fístulas purulenta deve ser cultivada para fungos, bactérias e microbactérias (Goldsmith, Lazarus & Tharp, 2000).

De acordo com Dealey (2006), uma fístula é uma via anormal, que liga uma víscera a outra, ou uma víscera à superfície do corpo, podendo desenvolver-se espontaneamente ou após cirurgia. O tratamento de utentes com fístulas, é complexo e implica cuidados à pele circundante, o controle e a medição da produção e apoio nutricional. Uma vez recolhida a produção da fístula, ela pode ser medida com precisão, permitindo dar a devida quantidade de líquidos ao utente, em substituição do que foi perdido.

Para Echinard e Latarjet (2012), uma queimadura representa um traumatismo local, que muito rapidamente se generaliza nos minutos seguintes. A queimadura é causada por uma transferência de energia entre uma fonte de calor e o corpo humano. A gravidade de uma queimadura, é determinada por três parâmetros essenciais: a extensão total e a proporção da queimadura profunda, a localização e o compromisso das zonas funcionais, e a idade fisiológica do utente.

Segundo os mesmos autores (2012), os mecanismos que conduzem à queimadura, podem agrupar-se em três categorias: as queimaduras térmicas, as queimaduras elétricas e as queimaduras químicas, sendo que para cada categoria, os agentes desencadeantes são numerosos e variados.

A International Council of Nurses (2011, p.71) define queimadura como sendo uma:

“ rotura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devida a lesões pelo calor, resultantes de exposição a agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos; caracterizada por 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 stress, 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 e 3º grau”.

1.2. TRATAMENTO DE UTENTES COM FERIDAS

O tratamento das feridas, só é possível através de uma avaliação detalhada e rigorosa das mesmas. A avaliação clínica dos utentes com ferida, depende de uma abordagem integral do estado geral do indivíduo e de um diagnóstico correto, para a escolha da opção terapêutica adequada, processo que envolve, necessariamente uma equipa multidisciplinar, que carece de formação adequada (Alves & Vieira, 2010). O fornecimento de cuidados de qualidade aos utentes, deve começar pelo conhecimento dos produtos, o custo-efetividade das modalidades de tratamento e os princípios para intervenções a feridas (Baranoski & Ayello, 2006).

O interesse pela cicatrização das feridas remonta à antiguidade. Sabe-se que determinados tratamentos, podem tanto atrasar como acelerar a cicatrização. Os tratamentos de feridas, são em geral, usados para tratar a infeção, limpar e desbridar a ferida, com o objetivo de proporcionar um meio ótimo para a cicatrização, aliviar a dor, o desconforto e evitar complicações. Assim, a causa da ferida tem de ser tratada e os fatores sistémicos que atrasam a cicatrização, devem ser corrigidos (Gogia, 2003).

A descoberta nos anos 60, da cicatrização em ambiente húmido, associada aos avanços nos materiais de tratamento de feridas, mudou a prática de cuidados. A cicatrização de feridas, deve decorrer num ambiente húmido, para que as células epiteliais, possam migrar dos bordos da ferida, para a reepitelizar, ou a cicatrizar (Baranoski & Ayello, 2006).

O plano de tratamento não deve ter o seu foco direcionado para a “ferida do utente”, mas para o “utente portador de ferida”. Em última instância, os objetivos do plano de

tratamento, visam evitar e minimizar as limitações funcionais e a incapacidade secundária (Irion, 2005).

De acordo com Irion (2005), as ações exigidas do profissional, incluem a identificação das causas das feridas, como evitar a recorrência, a identificação de fatores que interferem com a cicatrização, a seleção e aplicação adequada de produtos para o tratamento de feridas, o desbridamento adequado (se necessário) e a escolha de terapias auxiliares, quando indicado.

As boas práticas no tratamento de feridas, implicam formação de base sólida e atualização constante de conhecimentos (Alves, Justiniano, Amado & Vieira, 2011).

a) Avaliação da ferida

A avaliação da ferida, deve incluir medidas objetivas, as quais permitirão verificar a progressão da cicatrização, devendo ser avaliadas no mínimo semanalmente, refletindo as mudanças na profundidade e superfície da ferida. Fatores, como a sua localização, forma e profundidade da lesão tecidual, devem ser considerados com prudência, para se escolher uma técnica de medida. Por exemplo, copiar o contorno da ferida com uma folha de acetato, é usualmente mais confiável, do que as dimensões superficiais, particularmente ao medir uma ferida grande e irregular como uma úlcera de perna (Gogia, 2003).

Os instrumentos usados na medição de feridas, vão ajudar a observar qual a progressão da ferida, no sentido de se poder adequar o tratamento específico para aquela ferida. Outro dos instrumentos usados para avaliar uma ferida é a fotografia. Uma fotografia, se tirada do mesmo ângulo e distância, pode fornecer uma clara e permanente imagem do progresso da ferida. Esta pode ser anexa ao processo do utente e ser vista, ou então, pode ser passada para um computador e ser armazenada como um registo do utente ao longo do tempo (Baranoski & Ayello, 2006).

Para Baranoski e Ayello (2006), um outro instrumento que pode ser utilizado, é a imagem digital e o rato. Existe um método (estereofotogrametria) em que a imagem, é usada num software para calcular a área da ferida. Um outro instrumento utilizado “traço de acetato”, onde se usa uma caneta e uma folha de acetato, para traçar o perímetro de uma ferida. As folhas de acetato estão disponíveis em duas camadas. A

camada inferior, a que entra em contacto com ferida, é eliminada e a outra camada permanece limpa e é retirada como um registo permanente. Existe ainda uma régua, chamada de “Régua de *kundin*”, que é um instrumento de medida em papel descartável, composto por três réguas em ângulos retos umas com as outras. O instrumento é colocado numa cavidade da ferida, para medir o seu comprimento, largura e profundidade.

Segundo Brown- Etris (1995), citado por Morison, (2004), o método mais comum para avaliar a evolução, é monitorizar o tamanho da ferida. No entanto, vários têm sido, os instrumentos propostos para medir a cicatrização, como o instrumento de Estado da Úlcera de Pressão (Pressure Sore Status Tool – PSST) e a Escala de Cicatrização de Úlceras de Pressão (Pressure Ulcer Healing Scale – PUSH). A PUSH, é constituída por três dimensões que englobam: o tipo de tecido, a quantidade de exsudado e tamanho da úlcera (Morison, 2004). Para a avaliação do tamanho da ferida incluída na PUSH, o protocolo de preenchimento utilizado no estudo nacional de prevalência em feridas da Universidade Católica Portuguesa (2011), propõe a medição da ferida através de uma régua em centímetros, medindo o maior comprimento no sentido da cabeça para os pés e a maior largura, no sentido de um lado para o outro, multiplicando-se estas duas medidas (comprimento x largura), obtendo-se uma área de superfície estimada em centímetros quadrados.

O tipo de tecido do leito da ferida, revela a fase e progresso da sua cicatrização, através da observação da cor do tecido, grau de friabilidade e quantidade de epitelização. O leito da ferida, pode ser cor-de-rosa pálido, rosa, vermelho ou negro. As feridas limpas, com tecido de granulação, são normalmente descritas como vermelhas e as feridas com tecido desvitalizado amarelo (tecido Fibrinoso) em crosta, são descritas como amarelas. As feridas castanhas ou negras, são normalmente aquelas que têm tecido necrótico. Os tecidos de granulação, amarelo ou necrótico, podem estar presentes no mesmo leito da ferida. A avaliação da quantidade e tipo de tecido, irá ajudar no registo dos resultados de cuidados, com base na melhoria e/ou deterioração das características observadas no leito da ferida (Baranoski & Ayello,2006).

Para as mesmas autoras (2006), a pele circundante, pode fornecer informação sobre a avaliação da evolução da cicatrização da ferida. A presença de eritema e calor, podem

indicar infeção. As interrupções na integridade da pele perilesional, como a descamação pápulas ou pústulas, podem indicar reações alérgicas ao adesivo ou ao adesivo do penso. A maceração ou pele seca, pode ser um sinal de que o penso não é apropriado para a quantidade e/ou tipo de exsudado. A avaliação da pele circundante, enquanto ferida não atual, fornece informação útil para avaliação e futuras intervenções de cuidados à ferida. Os bordos da ferida, devem ser examinados como parte de uma avaliação minuciosa da ferida, pois podem revelar se esta é aguda ou crónica, podendo fornecer pistas para a sua etiologia.

b) Material de ação terapêutica utilizado no tratamento de feridas aos utentes

O material de pensos com efeito terapêutico, sofreu uma evolução marcada nos últimos anos. Esta mudança relaciona-se com a evolução tecnológica da produção de materiais, com o aumento de conhecimentos sobre os mecanismos da cicatrização e com a perceção do indivíduo como um todo. Assim sendo, o doente/utente deixa de ser um indivíduo com uma ferida e passa a ser visto numa perspectiva holística (Elias, Miguéns, Gouveia & Martins, 2009).

As escolhas dos materiais de pensos, devem ser feitas em conjugação com a avaliação da ferida e os princípios dos cuidados com o tratamento das feridas e a sua disponibilidade nas instituições. Os materiais de pensos para as feridas, devem ser mudados de acordo com as características do leito da ferida. As instruções e as recomendações dos fabricantes, encontradas na embalagem dos respetivos materiais, relativamente à sua mudança e método de aplicação, devem ser lidas e compreendidas. A panóplia de materiais existentes no mercado com efeito terapêutico para tratar feridas, desorienta, quem tem de decidir aquando da seleção e da utilização dos mesmos, surgindo a necessidade de os classificar (Baranoski & Ayello, 2006).

Tendo em conta o Decreto-lei nº 21844/2004, de 12 de Outubro (2004), referente à classificação farmacoterapêutica, os pensos com efeito terapêutico subdividem-se em: Absorventes de odores; Alginatos; Gases impregnadas; Hidrogeles e Hidropolímeros.

De acordo com Elias et al. (2009), a seleção do material de pensos com ação terapêutica nas instituições de saúde, deve ser feita por uma equipa multidisciplinar, na qual os seus elementos contribuam, com os conhecimentos afetos a cada área do saber. Os

parâmetros a considerar na seleção dos materiais de penso, estão relacionados com o utente e com o material. Relativamente ao utente, os parâmetros a ter em conta são: adesão do utente; fase de cicatrização; localização da ferida; profundidade da ferida e quantidade do exsudado. Os parâmetros relacionados com o material são: absorção; custo - efetividade; adaptabilidade; cumprimento da legislação; eficácia; facilidade de utilização; oclusão; frequência da mudança de penso; parâmetros de desempenho; aderência; permeabilidade; retenção da humidade e segurança.

Os mesmos autores (2009), descreveram os seguintes materiais de pensos com ação terapêutica, atendendo à sua composição: ácido hialurónico, ácido gordo estratificado, alginato, hidrofibra, carvão ativado, colagénio, colagenase, espuma, hidrocolóide, hidrogel, iodo, maltodextrina, mel, película polimérica, película transparente, poliacrilato, polihexanida, prata e sucralfato.

Para além dos anteriores, a terapia compressiva é fundamental na cicatrização das úlceras de etiologia venosa, estando provado, que aumenta a taxa de cicatrização (Morison et al., 2010).

Após a exclusão de patologia arterial, através da determinação do Índice de Pressão Tornozelo Braço - IPTB ($\text{IPTB} > 0,8$) ou realização de ecodoppler, o tratamento recomendado é a terapia compressiva. Esta aplica-se, quando o IPTB se encontra dentro dos valores normais ($\text{IPTB} = 1,0$ a $1,3$) ou na presença de insuficiência arterial ligeira, com valores do IPTB entre $0,8$ a $1,0$ (Pina, Furtado & Albino, 2007).

A terapia compressiva, promove o refluxo venoso e reduz os fluidos dos espaços intersticiais, conduzindo a uma redução da tensão venosa e do exsudado e a uma drenagem dos produtos metabólicos a nível da microcirculação (Morison, et al., 2010).

De acordo com Clark (2003), na aplicação da terapia compressiva, existem as ligaduras de curta-tração ou não elásticas ou passivas e ligaduras de longa-tração ou elásticas ou ativas. As ligaduras elásticas, são ligaduras que se acomodam às variações do raio do membro. Assim, durante a deambulação a pressão sub-ligadura varia pouco, porque as ligaduras estendem durante a contração muscular. Por outro lado, há medida que o edema reduz e mesmo durante o repouso, a pressão mantém-se.

No caso das ligaduras não elásticas, pequenas alterações do raio do membro podem causar grandes variações na pressão sub-ligadura. Estas ligaduras produzem alta compressão durante a deambulação e baixa compressão durante o repouso (Clark, 2003).

Apesar dos sistemas de compressão elevada, serem mais dispendiosos que o tratamento sem compressão (devido às elevadas taxas de cicatrização e à mudança de penso), apenas semanalmente, com a maioria dos tipos de terapia compressiva, o custo por semana e o custo total do tratamento da úlcera tornam-se muito menores (European Wound Management Association, 2003).

1.3. FACTORES INTERVENIENTES NO TRATAMENTO E EVOLUÇÃO DA CICATRIZAÇÃO DAS FERIDAS

a) Co-morbilidades

A avaliação das co-morbilidades do utente com ferida, deve ser um elemento condutor em todas as decisões de tratamento. Um tratamento não adaptado à doença de base, pode causar atraso na cicatrização ou mesmo levar a danos graves ao utente (Trott, 2009).

A idade avançada e doenças graves, como cancro avançado, insuficiência hepática, doença cardiovascular grave, grandes traumatismos e reanimações complicadas, influenciam a cicatrização das feridas. Se o utente sofre de alcoolismo crónico ou seja portador de doença hepática avançada ou apresente diminuição da síntese proteica, pode retardar a cicatrização. A urémia aguda, impede a cicatrização, uma vez que inibe o crescimento dos fibroblastos. Os utentes diabéticos, têm também problemas com a cicatrização de feridas, não só porque têm uma probabilidade aumentada de infeção em feridas, como também há um atraso da neovascularização e da síntese de colagénio (Trott, 2009).

Qualquer condição que origine falta de oxigénio e nutrientes à ferida, afeta a sua cicatrização. Nesta categoria inclui-se o choque, a anemia grave, a doença vascular periférica e a má nutrição (Trott, 2009).

Segundo Dow, Browne e Sibbald (1999), fatores sistêmicos como doença vascular, edema, diabetes mellitus, alcoolismo, tabagismo e medicação com corticosteróides aumentam o risco de infecção, atrasando a cicatrização.

b) A infecção nas feridas

A complicação mais grave e frequente na cicatrização de feridas, é a infecção. Segundo Baranoski e Ayello (2006, p. 107), a infecção da ferida é definida “como a invasão e multiplicação de microrganismos no seu tecido, resultando em efeitos fisiopatológicos ou lesão tecidual”. Como todas as feridas induzidas acidentalmente, ocorrem em condições não estéreis, têm de ser consideradas como estando contaminadas com bactérias ou outros microrganismos.

De acordo com Trott (2009), qualquer violação da epiderme, facilita a invasão bacteriana. Não só os microrganismos do ambiente, encontram o seu caminho para as feridas, mas também a pele, que é habitada por uma variedade de microflora indígena, pode albergar uma inoculação infecciosa potencial de bactérias patogénicas. Existem áreas do corpo, com uma elevada concentração de bactérias, como as axilas, o períneo, a boca, os pés, os sulcos ungueais.

Um fator crucial para determinar se uma bactéria irá causar uma infecção na ferida, é o tempo que decorreu desde a lesão, até à limpeza e tratamento da ferida (Trott, 2009).

Todas as feridas, sejam elas agudas ou crónicas, estão expostas aos microrganismos. A presença de bactérias e dos seus produtos químicos, pode produzir efeitos profundos sobre a cicatrização. Com níveis baixos de bactérias, algumas características da cicatrização de feridas, podem ocorrer a um ritmo maior, mas níveis elevados de bactérias, inibem a cicatrização. Um diagnóstico definitivo de infecção, exige a presença de secreção purulenta ou da disseminação de uma infecção, além dos limites esperados para um processo de cicatrização normal. Uma ferida que cicatriza por primeira intenção, sem a presença de secreção, não está infetada, mas estará infetada se houver a presença de secreção purulenta (Irion, 2005).

O risco de infecção, é muito elevado em feridas, com grandes quantidades de tecido necrosado, disponível para a nutrição de microrganismos. Uma grande quantidade e variedade de agentes antimicrobianos tópicos, têm sido utilizados em feridas abertas.

Diversos agentes tópicos, não atingem a penetração necessária para que sejam eficazes quando aplicados. Desses agentes tópicos, incluem-se os antibióticos, sendo estes potencialmente perigosos e nem sempre são absorvidos pela ferida, tendo o risco de causar sensibilização no utente, bem como desenvolvimento de organismos resistentes. Já os antibióticos sistémicos, são o tratamento de eleição para tratar feridas infetadas, pois a infeção, pode ser demasiado profunda para os antibióticos tópicos penetrarem (Irion, 2005).

A eficácia dos antibióticos sistémicos, está dependente de um adequado aporte sanguíneo à ferida, pelo que se deve ter a preocupação com os microrganismos que tenham atingido um nível tecidual verdadeiro, e não simplesmente com as bactérias que estejam a colonizar a superfície da ferida (Baranoski & ayello, 2006).

Para Irion (2005), a infeção localizada não controlada numa ferida, pode conduzir a infeções mais profundas e graves como, celulite extensa, osteomielite, bacteriemia e sepsis. A infeção localizada, compromete a cicatrização e pensa-se ser uma causa importante da sua cronicidade.

A presença de microrganismos no pús da ferida, tecido necrótico e amarelo em crosta, não prova invasão tecidual. Estas substâncias não viáveis, são conhecidas como suporte do crescimento bacteriano e é essencial, o desbridamento destes tecidos para evitar a infeção. A presença de microrganismos em tecido necrótico, sem invasão do tecido viável, não constitui infeção na ferida. Os microrganismos, têm de estar presentes no tecido viável para existir infeção, sendo um elemento fundamental na definição de infeção em ferida. Outros elementos fundamentais são, a multiplicação de microrganismos, isto é, os microrganismos têm de replicar-se e produzir uma quantidade suficiente para causar lesão ou interromper a cicatrização. Os organismos invasores têm de provocar resposta do hospedeiro ou lesão tecidual. A resposta do hospedeiro produz os sinais e sintomas associados com a inflamação e a lesão tecidual produz outros sinais e sintomas diferentes (Baranoski & ayello, 2006).

Ainda segundo as mesmas autoras (2006), o método mais comum e prático para identificar a infeção em feridas, é pesquisar sinais clínicos e sintomas como, o eritema, calor, edema, dor e exsudado purulento. Estes poderão estar ausentes nas feridas crónicas ou em utentes imunodeprimidos, podendo a dor, ser o único sinal presente de

infecção, nas feridas destes utentes. Outros sinais e sintomas adicionais específicos a feridas incluem: drenagem serosa com inflamação; atraso na cicatrização; descoloração do tecido de granulação; tecido de granulação friável; retração na base da ferida e odor intenso. Muitos destes sinais, representam interrupção da fase proliferativa da cicatrização da ferida. O atraso na cicatrização, pode ser o único sinal de infecção em algumas feridas. O atraso na cicatrização ou cicatrização retardada, é a não progressão relativamente á cicatrização da ferida, sem aumento do seu tamanho. As culturas de feridas, são usadas para diagnosticar a infecção na ferida, quando não é clinicamente óbvia.

c) Dor nos utentes com feridas

A dor é um fenómeno complexo, que é influenciado apenas em parte pelo grau de lesão ou doença tecidual, sendo um problema frequente e muitas vezes subestimado para os utentes com feridas e durante o tratamento. Quando inadequadamente tratada, a dor pode originar perturbações do sono, irritabilidade, ansiedade e depressão (Morisson et al., 2010).

A IASP citado pela Ordem dos Enfermeiros (2008, p.11), define dor como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”.

A dor não resolvida, afeta negativamente a cicatrização das feridas e tem impacto sobre a qualidade de vida. Por motivos terapêuticos, bem como humanitários, é vital que todos os profissionais de saúde saibam como avaliar e gerir a dor. É fundamental ter em consideração que a dor resultante das feridas, é multidimensional e que o ambiente psicossocial do utente, irá influenciar e ter um impacto sobre a experiência fisiológica da dor. Os princípios básicos da avaliação da dor, devem ser os mesmos para todos os tipos de feridas. A meta principal consiste em minimizar a dor e criar condições ótimas para a cicatrização de feridas. A quantificação da intensidade da dor é crucial para o seu tratamento. Neste contexto, se a dor estiver a agravar-se pode ser indicadora de problemas de cicatrização, como por exemplo infecção, ou o uso de tratamento inapropriado, como por exemplo a má escolha do apósito. O uso sistemático de uma escala de dor, proporciona um método para medir o sucesso das escolhas de analgésico e do cuidado ao utente com ferida. Na opção do instrumento de avaliação da dor, é

importante que tanto o profissional de saúde como o utente, compreendam o sistema de pontuação a ser utilizado e interpretado (Morisson et al.,2010).

As escalas recomendadas pela Direção Geral de Saúde (2003) são: **A escala visual analógica** – Esta é representada por uma linha de 10 cm de comprimento, indicando numa extremidade a classificação “sem dor” e na outra extremidade “dor máxima”; **A escala de faces** – Esta é representada por rostos e à expressão de felicidade, corresponde a classificação “sem dor” e à expressão de máxima tristeza, corresponde a classificação de “dor máxima”; **A escala numérica** – esta consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10, podendo apresentar-se ao utente na horizontal ou na vertical e a **escala qualitativa** – Esta consiste em cinco adjetivos: sem dor, dor ligeira, dor moderada, dor intensa, dor máxima.

1.4. ESTUDOS DE PREVALÊNCIA DE FERIDAS

O envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas, têm contribuído para o aumento da prevalência de feridas no contexto atual dos cuidados, cuja estimativa a nível mundial aponta para no mínimo 300 milhões de feridas agudas; 100 milhões de feridas traumáticas e 20 milhões de feridas crónicas (Boulton, 2005).

Após a realização de um estudo em 13 Hospitais de agudos no Canadá em 2006 e 2007, revelou na amostra (259 utentes por Hospital), uma prevalência média de utentes com feridas, de 41,2 %. A maioria das feridas encontradas foram, as úlceras de pressão correspondente a 56,2% e as feridas cirúrgicas correspondentes a 31,1%. A média de prevalência de úlceras de pressão foi de 22,9%, sendo a maioria (79,3%) das úlceras por pressão adquiridas nos Hospitais, e das quais 26,5% eram graves correspondendo à categoria III ou IV. A taxa de infeção da ferida cirúrgica, foi de 6,3%. Em 45% dos utentes, a frequência de mudança de penso, era realizada pelo menos uma vez por dia e com um tempo médio de realização de 10,5 minutos (Hurd & Posnett, 2009).

Mcdermott-Scales, Cownan e Gethin (2009), realizaram o primeiro estudo sobre a prevalência de feridas nos serviços de enfermagem comunitária na Irlanda. A maioria das feridas registadas, corresponderam a uma prevalência de 4% de úlceras de pressão; uma prevalência de 2,9% de úlceras de perna; feridas traumáticas (auto-infligidas,

superficiais, abrasões) com uma taxa de prevalência de 2,2%, e feridas cirúrgicas com uma taxa de prevalência de 1,7%.

Foi realizado um estudo no Reino Unido, em 34.198 utentes com diabetes tipo 2, sendo que 47,1% eram do sexo feminino, com idade média de 66,1 anos, sendo a duração média da sua diabetes de 7,4 anos e 2.576 utentes com diabetes tipo 1, correspondendo a 43,2% do sexo feminino, com idade média de 39,2 ano e duração média da sua diabetes 11,0 anos. Após a análises dos dados concluíram que: em 7,6% dos utentes com diabetes tipo 1 e 8,5% dos utentes com diabetes tipo 2, apresentavam síndrome do pé diabético. Os resultados mostram, que embora a prevalência do síndrome do pé diabético, entre os utentes com diabetes mellitus, fosse relativamente baixa, a prevalência dos fatores de risco, tais como doença vascular periférica, micoses dos pés e uma história de feridas nos pés é muito maior, que a prevalência de síndrome do pé diabético em si (Lauterbach, Kostev & Kohlmann, 2010).

As úlceras no pé diabético, afetam aproximadamente 4-10% dos utentes com diabetes mellitus, dos quais 15% resultaram em amputações (Boulton, 2005).

Relativamente às queimaduras, estima-se que cerca de 250000 utentes sofram queimaduras todos os anos no Reino Unido (Dealey, 2006). Nos Estados Unidos da América, o número de utentes queimados que recorreram às urgências em 2003, foi de 516 por 100.000 habitantes. Em França, são hospitalizados por ano, num centro de queimados 3500 utentes, ou seja, uma incidência de 56/milhão de habitantes/ano (Echinard & Latarjet, 2012).

Segundo a Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior (2009), a prevalência de úlceras de perna em Espanha, situa-se entre 0,10 a 0,30%.

Na pesquisa da literatura e relativamente a Portugal, pouca informação se encontra atualmente disponível sobre a epidemiologia das feridas e seu tratamento a nível dos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Diferenciados ou mesmo na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. A maioria dos estudos, aborda apenas um tipo específico de ferida: úlcera de perna, úlcera de pé diabético ou úlcera de pressão.

Em Portugal, a diabetes afeta um milhão de portugueses e representa 0.7% do PIB português, em gastos de saúde diretos no seu tratamento e das suas complicações, sendo o pé diabético o principal fator de internamento nos diabéticos. Em 2008, o número de utentes saídos dos internamentos hospitalares por “pé diabético”, foi de 1,944. O pé diabético, foi responsável em Portugal no ano 2008, por aproximadamente 1600 amputações do membro inferior, sendo que 900 das quais, foram amputações major (amputações que representaram a perda total da capacidade funcional do membro inferior e conseqüentemente uma grande perda na qualidade de vida) (Observatório Nacional da Diabetes, 2009).

No estudo realizado em Portugal por Ferreira, Miguéns, Gouveia e Furtado (2007), sobre a prevalência de úlceras de pressão, verificaram que a prevalência era de 31,3%. É de salientar no entanto, que em 2002 no estudo Europeu multicêntrico de prevalência em que Portugal participou, foi constatada uma prevalência de 12,5% de úlcera de pressão (EPUAP, 2002 citado por Ferreira et al., 2007).

Num outro estudo realizado numa população de cuidados agudos em 2003, o valor de prevalência média de úlcera de pressão, foi de 30,2% (Ferreira et al., 2007).

Em Portugal, a prevalência de feridas crónicas com resposta em cuidados de saúde ambulatoriais, é estimada a 1,42 pessoas por cada 1000 habitantes (Furtado, 2003). Pina, Furtado, Franks & Moffatt (2004), referem ainda que num estudo efetuado em 5 Centros de Saúde de Lisboa, a taxa de prevalência de úlcera de perna, foi de 1,41/1000 habitantes. Das úlceras com etiologia diagnosticada, 80% eram de origem venosa, 5% de origem arterial e 15% mistas (com componente venosa e arterial).

CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA

Neste capítulo, encontram-se descritas e fundamentadas as metodologias utilizadas, sendo abordados os objetivos do estudo, as questões de investigação, o tipo de estudo, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, as variáveis, os procedimentos formais e éticos realizados e o tratamento estatístico dos dados.

2.1. OBJECTIVOS E TIPO DE ESTUDO

Tendo como base o objetivo geral, determinar a prevalência e características das feridas dos utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários e dos utentes internados e/ou que recorrem às consultas externas nos Cuidados de Saúde Diferenciados do distrito de Leiria, delineamos os seguintes objetivos específicos:

- Determinar a prevalência de feridas dos utentes que se encontram a realizar o tratamento de feridas, inscritos no programa de saúde tratamento de feridas/úlceras nos CSP e nos utentes internados e/ou que recorrem às consultas externas nos CSD;
- Determinar as características sociodemográficas e profissionais dos utentes que se encontram a realizar o tratamento de feridas, inscritos no programa de saúde tratamento de feridas/úlceras nos CSP e nos utentes internados e/ou que recorrem às consultas externas nos CSD;
- Identificar a classificação, localização, origem, lateralização, duração, frequência e o tipo de fatores de risco das feridas nos utentes inscritos no programa de saúde tratamento de feridas/úlceras dos CSP e dos utentes internados e/ou que recorrem às consultas externas nos CSD;
- Conhecer o material do penso, o local, duração e frequência da realização do tratamento das feridas nos utentes inscritos no programa de saúde tratamento de feridas/úlceras nos CSP e dos utentes internados e/ou que recorrem às consultas externas nos CSD;
- Conhecer o nível de dor, durante o dia e durante o tratamento e sinais de infeção das feridas, nos utentes inscritos no programa de saúde tratamento de

feridas/úlceras nos CSP e dos utentes internados e/ou que recorrem às consultas externas nos CSD.

Tendo por base os objetivos, pode-se classificar este estudo, como descritivo comparativo; quanto ao método de tratamento de dados é quantitativo e quanto aos momentos de colheita de dados é transversal (Fortin, 2009).

2.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Para Fortin (2009), as questões de investigação, são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação. São enunciados interrogativos, precisos, escritos no presente que incluem habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar. Decorrem diretamente do objetivo. A forma de colocar as questões, determina os métodos que irão ser utilizados para obter uma resposta.

Na tentativa de explicar o problema e os objetivos específicos da investigação, formulamos, as seguintes questões de investigação:

- Qual é a prevalência de feridas dos utentes que se encontram a realizar o tratamento de feridas, inscritos no programa de saúde tratamento de feridas/úlceras nos CSP e nos utentes internados e/ou que recorrem às consultas externas nos CSD?
- Quais são as características sociodemográficas e profissionais dos utentes, que se encontram a realizar o tratamento de feridas, inscritos no programa de saúde tratamento de feridas/úlceras nos CSP e nos utentes internados e/ou que recorrem às consultas externas nos CSD?
- Qual é a classificação, localização, origem, lateralização e duração das feridas dos utentes inscritos no programa de saúde tratamento de feridas/úlceras nos CSP e dos utentes internados e/ou que recorrem às consultas externas nos CSD?
- Quais são os fatores de risco das feridas nos utentes inscritos no programa de saúde tratamento de feridas/úlceras nos CSP e dos utentes internados e/ou que recorrem às consultas externas nos CSD?
- Qual é o material do penso, o local, duração e frequência da realização do tratamento das feridas nos utentes inscritos no programa de saúde tratamento de

feridas/úlceras nos CSP e dos utentes internados e/ou que recorrem às consultas externas nos CSD?

- Qual é o nível de dor durante o dia e durante o tratamento e sinais de infeção das feridas, nos utentes inscritos no programa de saúde tratamento de feridas/úlceras nos CSP e dos utentes internados e/ou que recorrem às consultas externas nos CSD?

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Torna-se indispensável na presente investigação, a distinção entre a população alvo e população acessível. A população alvo é toda a população “que o investigador quer estudar e a propósito da qual deseja fazer generalizações” (Fortin, 2009, p. 55). A população acessível é a fração da população alvo que está ao alcance do investigador, podendo ser limitada a uma região, uma província, uma cidade, um estabelecimento entre outros (Fortin, 2009).

Na presente investigação, a população acessível, é constituída pelos utentes inscritos em dois ACES, do distrito de Leiria e pelos utentes internados e/ou que recorreram às consultas externas de dois Hospitais, do distrito de Leiria. A escolha do Distrito de Leiria, está relacionada com a proximidade física do investigador e com a possibilidade de integrar o Estudo Epidemiológico de Feridas, a nível nacional. No sentido de delimitar os sujeitos a incluir na investigação, definimos como critérios de inclusão na amostra:

- Ser portador de ferida;
- Estar inscrito num Centro de Saúde do distrito de Leiria ou estar internado e/ou que recorram às consultas externas nos Cuidados Diferenciados;
- Aceitar participar no estudo.

A amostra, foi obtida por amostragem do tipo não probabilística acidental, ou seja, foram incluídos na amostra, à medida que estavam presentes num local determinado, num preciso momento, tendo este decorrido, em Julho, Outubro, Novembro e Dezembro de 2011 e em Março, Abril e Maio de 2012. Pela observação da tabela 1, verificamos que no ACES **B**, recorreram 1002 utentes com ferida para realização de tratamentos e no ACES **A**, 1186 utentes. Relativamente ao Hospital **B**, 182 utentes internados e/ou

que recorreram às consultas externas e no Hospital A, 395 utentes internados e/ou que recorreram às consultas externas. Em cada local dos CSP, os dados foram colhidos durante uma semana e nos CSD os dados foram colhidos num período de 24 horas.

Tabela 1: Número de utentes com feridas e sem feridas, que recorreram aos serviços onde o estudo se realizou

POPULAÇÃO DO DISTRITO DE LEIRIA	CSP		CSD	
	Nº doentes p/ semana	Nº doentes c/ feridas	Nº Internados p/ serviço e na consulta	Nº doentes c/ feridas
Hospital A*			395	123
Hospital B*			182	
ACES A**	1186	691		
ACES B**	1002			

*Número recolhidos num dia;** dados recolhidos durante uma semana

2.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Com a finalidade de obter resposta ao problema de investigação, é necessário proceder à colheita de dados. Para que esta seja possível, o investigador sente necessidade de recorrer à utilização de um instrumento de colheita de dados. A sua escolha prende-se com as variáveis e sua operacionalização (Fortin, 2009).

Cabe ao investigador escolher a melhor técnica/método para a investigação, tendo em conta a natureza do problema e a metodologia selecionada. O instrumento utilizado permitiu colher dados, através de entrevista e observação realizada aos utentes, para avaliar as características das feridas. O instrumento foi constituído por várias partes: a primeira é referente à identificação dos utentes; a segunda diz respeito aos antecedentes / fatores de risco; a terceira à classificação das feridas; a quarta parte pelo material de alívio da pressão; a quinta parte pela avaliação do IPTB e terapia compressiva, cujo preenchimento é obrigatório se as lesões se localizarem nos membros inferiores; a sexta parte é referente à utilização do instrumento de avaliação Push-PT, localização da ferida, local da realização do tratamento, duração do tratamento, nível de dor na ferida, presença de sinais de infeção superficiais, diagnóstico de infeção no compartimento

profundo, características da pele circundante, material de penso com ação terapêutica e frequência de mudança de penso (Anexo I). Para o preenchimento do instrumento, os profissionais basearam-se no protocolo de preenchimento utilizado no estudo nacional de prevalência em feridas da Universidade Católica Portuguesa (2011).

De seguida operacionalizamos as variáveis em estudo:

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

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

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

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

Referenciação das feridas – A operacionalização desta variável envolve cinco áreas: classificação; localização; origem; lateralização; há quanto tempo existe. Relativamente à **Classificação**, esta variável foi operacionalizada envolvendo dezassete opções de resposta: úlcera de pressão de categoria I; úlcera de pressão de categoria II; úlcera de pressão de categoria III; úlcera de pressão de categoria IV; úlcera de perna venosa; úlcera de perna arterial; úlcera de perna mista; úlcera de perna de etiologia desconhecida; úlcera de pé diabético neuropático; úlcera de pé diabético neuroisquémico; úlcera maligna; ferida traumática; ferida cirúrgica; queimadura; fístula; lesão por humidade. A décima sétima categoria, é categorizada com a questão de resposta aberta: outra. Quanto à **Localização**, esta variável foi operacionalizada através de quinze opções de resposta: abdómen; anca; braços; cabeça; calcâneo; cóccix; costas;

ísqiuo; mãos; nádega; pé; peito; períneo; pernas; tornozelo. A variável **Origem**, foi operacionalizada através de seis opções de resposta: hospital; rede de cuidados continuados; centro de saúde/cuidados de saúde primários; domicílio; lar. A sexta categoria, é categorizada com a questão de resposta aberta: outro. Relativamente à **Lateralização**, esta variável foi operacionalizada através de três opções de resposta: esquerda; direita; centro. A variável **Há quanto tempo existe**, foi operacionalizada através de três opções de resposta aberta: anos; meses; semanas.

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

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

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

Cicatrização da ferida principal, avaliada através do instrumento de avaliação Push-PT - variável operacionalizada através de três categorias: medição; tipo de tecido e nível de exsudado. Relativamente à **Medição**, esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta expressa em milímetros, onde o profissional é convidado a registar, o comprimento e a largura. Quanto ao **Tipo de tecido**, esta variável foi operacionalizada através de quatro opções de resposta fechada: necrosado; fibrinoso; granulação e epitelização. A operacionalização da variável **Nível de exsudado**, foi efetuada através de quatro opções de resposta fechada: abundante; moderado; escasso e nenhum.

Os valores das subescalas, ao serem somados, geram um valor total, cuja variação possível é de 0 a 17. Valores maiores, indicam piores condições da úlcera e scores que diminuem, indicam melhoria no processo de cicatrização da lesão.

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

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

Nível da dor na ferida principal – variável operacionalizada através de duas categorias: durante o dia e durante o tratamento. Relativamente à categoria *Durante o dia*, esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta, correspondendo um valor numérico entre zero a dez. A operacionalização da variável *Durante o tratamento*, foi efetuada através de uma pergunta de resposta aberta correspondendo um valor numérico entre zero a dez.

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

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

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

Material de penso com ação terapêutica - variável operacionalizada através de vinte opções de resposta fechada: ácido hialurónico; ácido gordo esterificado; alginato; hidrofibra; carvão ativado; colagénio; colagenase; espuma; hidrocolóide; hidrogel; iodo; maltodextrina; mel; película polimérica; película transparente; poliacrilato;

polihexanida; prata; sucralfato e outro. No caso da opção outro, o profissional é convidado a indicar qual (através de uma pergunta de resposta aberta).

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

2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

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

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

Uma vez concedidas as autorizações (Anexo III), o autor procedeu aos primeiros contactos, os quais foram efetuados telefonicamente, para a marcação dos dias, hora e local da aplicação, do instrumento aos utentes, os quais foram aplicados pelo autor, estudantes de enfermagem previamente formados e por enfermeiros dos locais onde os utentes recorriam.

Em contacto pessoal com os utentes, foi-lhes explicado, a razão da presença do autor, os objetivos da investigação, como iria ser utilizada a informação obtida e o compromisso de salvaguardar o anonimato e garantir a confidencialidade (Anexo IV), sendo-lhes igualmente solicitado o consentimento informado (Anexo V).

Durante todo o processo foram garantidos os princípios éticos de acordo com a declaração de Helsínquia.

O direito ao anonimato assim como à confidencialidade, foi assegurado através da codificação das entrevistas, com o intuito, da informação não poder ser associada a

quem a forneceu. As entrevistas decorreram num ambiente calmo indicado pelos serviços onde o estudo foi realizado. Além do direito à confidencialidade e ao anonimato, seguimos as orientações de Fortin (2009), quanto aos princípios éticos mais relevantes a considerar nestas investigações, em especial durante as fases de recolha e tratamento dos dados, de forma a salvaguardar o princípio da autodeterminação, da intimidade, da proteção contra o desconforto e o prejuízo, assegurando sempre um tratamento justo e equitativo.

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

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

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

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

2.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

O tratamento estatístico dos dados colhidos, foram tratados estatisticamente por computador, através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* – versão 17.0 para *Windows*.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências absolutas (N.º) e relativas (%), medidas de tendência central (médias aritméticas – \bar{x}), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão – s , mínimos e máximos).

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

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentam-se os dados obtidos, através da aplicação do instrumento de colheita de dados e sempre que possível, pela mesma ordem do instrumento.

a) Prevalência de feridas/úlceras dos utentes que se encontraram a realizar o tratamento de feridas, inscritos no programa de saúde tratamento de feridas/úlceras dos CSP e nos utentes internados e/ou que recorrem às consultas externas nos CSD

Tendo por base, os dados apontados na tabela 1 (descrita no capítulo anterior), onde se pode ler que nos CSP e na semana de recolha de dados, recorreram 2188 utentes, tendo sido avaliados 691 utentes com feridas, podemos afirmar a existência de uma taxa de prevalência, na área das feridas de 31,6%.

Dos 577 utentes internados e/ou que recorreram às consultas externas nos CSD, verificamos que 123 utentes apresentavam feridas, sendo de referir a existência de uma taxa de prevalência, de 21,3% de utentes com feridas. De salientar, que estes dados foram colhidos durante 24 horas.

b) Dados sócio-demográficos e profissionais

Da análise dos resultados apresentados na tabela 2, constatamos que a média das idades dos 691 utentes dos CSP, é de 66,9 anos e o desvio padrão de 17,4 anos, sendo maioritariamente (52,4%; 362) do sexo masculino e reformados (70,8%; 489).

Os utentes dos CSD, em média, são mais novos que os dos CSP (57,6%; DP= 22,6 anos), sendo maioritariamente do sexo feminino (64,2%) e reformados (31,7%).

As idades dos utentes apresentados neste estudo e frequentadores/utilizadores dos CSP e CSD, para tratamento de feridas, são maioritariamente idosos, sendo que segundo Trott (2009) a idade avançada influencia a cicatrização das feridas.

Tabela 2: Distribuição das amostras de utentes segundo a idade, o sexo e a profissão

Idade	CSP (691)				CSD (123)			
	Min.	Max.	Média	DP	Min.	Max.	Média	DP
	7	100	66,9	17,4	5	99	57,6	22,6
Sexo			Nº	%			Nº	%
	Feminino		329	47,6	79	64,2		
Masculino		362	52,4	44	35,8			
Profissão	Reformado (a)		489	70,8	39	31,7		
	Estudante		12	1,7	5	4,1		
	Desempregado(a)		29	4,2	6	4,9		
	Doméstica		46	6,7	21	17,1		
	Construção civil		16	2,3	3	2,4		
	Eletricista		1	0,1	0	0,0		
	Empregado de balcão		2	0,3	7	5,7		
	Empregado de fabril		20	2,9	6	4,9		
	Enfermeiro		0	0,0	1	0,8		
	Motorista /camionista		9	1,3	4	3,3		
	Carpinteiro		3	0,4	1	0,8		
	Agricultor/Suicultor		8	1,2	3	2,4		
	Empresário		12	1,7	0	0,0		
	Comerciante		6	0,9	5	4,1		
	Militar/guarda		2	0,3	0	0,0		
	A:A:médica/limpeza		1	0,1	3	2,4		
	Cozinheiro/hotelaria		3	0,4	3	2,4		
	Engenheiro		2	0,3	4	3,3		
	Professor		4	0,6	4	3,3		
	Mecânico		3	0,4	0	0,0		
	Cabeleireiro/esteticista		3	0,4	2	1,6		
	Mercenário		2	0,3	0	0,0		
	Administrativo/secretário		4	0,6	1	0,8		
	Outros		14	2,0	5	4,1		

c) Antecedentes de fatores de risco das feridas tratadas nos utentes inscritos no programa de saúde

Para Boulton (2005), o envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas, têm contribuído para o aumento da prevalência de feridas no contexto atual dos cuidados, cuja estimativa a nível mundial, aponta para no mínimo 300 milhões de feridas agudas; 100 milhões de feridas traumáticas e 20 milhões de feridas crónicas.

Da análise dos resultados apresentados na tabela 3, verificamos que os fatores de risco dos utentes portadores de feridas, que frequentam os CSP e os CSD, são os mais variados, sendo que os mais predominantes nos utentes com feridas nos CSP são: a hipertensão arterial com 46,5% (321), a diabetes tipo II com 19,8% (137), a insuficiência venosa periférica com 19,5% (135) e o AVC com 13,9% (96). Relativamente aos fatores de risco dos utentes com feridas nos CSD, verificamos que os de maior predominância são: a hipertensão arterial com 26,8% (33), a insuficiência cardíaca com 13,8% (17), seguido de outro com 11,4% (14), o AVC, a diabetes tipo II e a imobilidade com 9,8% (12).

No estudo realizado por Lauterbach, Kostev e Kohlmann (2010), no Reino Unido a utentes com diabetes tipo 2, os resultados demonstraram, que embora a prevalência do síndrome do pé diabético entre os utentes com diabetes mellitus, foi relativamente baixa, a prevalência dos fatores de risco, tais como doença vascular periférica, micoses dos pés e uma história de feridas nos pés, foi muito maior do que a prevalência do síndrome do pé diabético em si.

De acordo com Neil (2008), o processo de cicatrização de uma ferida está dependente de um conjunto de fatores, como sejam, os relacionados com a própria condição patológica associada e o estado global de saúde do indivíduo. Um tratamento não adaptado à doença de base, pode causar atraso na cicatrização ou mesmo levar, a danos graves ao utente (Trott, 2009).

É de salientar, que 4,6% e 4,9% dos utentes dos CSP e CSD respectivamente, apresentam como fator de risco o alcoolismo; 19,8% e 9,8% dos utentes dos CSP e CSD respectivamente, apresentam como fator de risco a diabetes tipo II. Percentual mais baixo de fator de risco, encontramos o tabagismo (7,5% e 4,9% dos utentes dos CSP e CSD respectivamente). Todos estes fatores influenciam a cicatrização (Trott, 2009), pois aumentam o risco de infeção (Dow, Browne e Sibbald, 1999).

Tabela 3: Distribuição dos dados relativos aos fatores de risco dos utentes com ferida consoante o local de colheita de dados

Fatores de Risco	CSP (691)				CSD (123)			
	Sim		Não		Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alcoolismo	32	4,6	659	95,4	6	4,9	117	95,1
Anemia	32	4,6	659	95,4	5	4,1	118	95,9
Angina de peito	15	2,2	676	97,8	0	0,0	123	100,0
Acidente Vascular Cerebral	96	13,9	595	86,1	12	9,8	111	90,2
Cirurgia arterial	18	2,6	673	97,4	1	0,8	122	99,2
Cirurgia cardíaca	21	3,0	670	97,0	1	0,8	122	99,2
Claudicação intermitente	18	2,6	673	97,4	0	0,0	123	100,0
Diabetes tipo I	26	3,8	665	96,2	10	8,1	113	91,9
Diabetes tipo II	137	19,8	554	80,2	12	9,8	111	90,2
Diminuição sensibilidade	38	5,5	653	94,5	2	1,6	121	98,4
Dislipidemia	91	13,2	600	86,8	7	5,7	116	94,3
Doença autoimune	7	1,0	684	99,0	0	0,0	123	100,0
Doenças reumáticas	68	9,8	623	90,2	6	4,9	117	95,1
Enfarte Agudo do Miocárdio	18	2,6	673	97,4	2	1,6	121	98,4
História prévia de ferida	60	8,7	631	91,3	2	1,6	121	98,4
Hipertensão arterial	321	46,5	370	53,5	33	26,8	90	73,2
Imobilidade	52	7,5	639	92,5	12	9,8	111	90,2
Insuficiência venosa periférica	135	19,5	556	80,5	3	2,4	120	97,6
Insuficiência cardíaca	67	9,7	624	90,3	17	13,8	106	86,2
Isquemia crítica	6	0,9	685	99,1	1	0,8	122	99,2
Leishmania	0	0,0	691	100,0	0	0,0	123	100,0
Lepra	2	0,3	689	99,7	0	0,0	123	100,0
Neoplasia	35	5,1	656	94,9	8	6,5	115	93,5
Obesidade	53	7,7	638	92,3	3	2,4	120	97,6
Perda recente de peso	15	2,2	676	97,8	1	0,8	122	99,2
Tabagismo	52	7,5	639	92,5	6	4,9	117	95,1
Traumatismo	57	8,2	634	91,8	8	6,5	115	93,5
Outro	37	5,4	654	94,6	14	11,4	109	88,6

d) Classificação, localização, origem, lateralização e duração da ferida principal nos utentes

Atualmente em Portugal, encontra-se pouca informação disponível sobre a epidemiologia das feridas e seu tratamento. A maioria dos estudos, aborda apenas um tipo específico de feridas: úlcera de perna, úlcera de pé diabético ou úlcera de pressão.

Tal como podemos verificar, na tabela 4 e seguintes, há utentes que têm 9 feridas localizadas em várias partes do corpo, seguindo-se a descrição das mesmas.

De acordo com a amostra dos utentes em estudo, nos CSP e pelos resultados observados na tabela supracitada, verificamos na classificação da ferida principal, uma predominância de 24,9% (172) de ferida traumática, 23,0% (159) de ferida cirúrgica e 16,4% (113) de úlcera de perna venosa, com localização mais frequente nas pernas com 44,6% (308), no pé com 9,3% (64) e mãos com 8,1% (56). A ferida principal tem origem maioritariamente no domicílio, com 46,3% (320), 26,9% (186) no hospital e 23,0% (159), em centro de saúde/cuidados saúde primários. A lateralização da ferida principal mais frequente, é á esquerda com 44,7% (309), seguida á direita com 36,9% (255).

Segundo um estudo efetuado por Mcdermott-Scales, Cownan e Gethin (2009) sobre a prevalência de feridas nos serviços de enfermagem comunitária na Irlanda, a maioria das feridas registadas, corresponderam a uma prevalência de 4% de úlceras de pressão; uma prevalência de 2,9% de úlceras de perna; feridas traumáticas (auto-infligidas, superficiais, abrasões) com uma taxa de prevalência de 2,2%, e feridas cirúrgicas com uma taxa de prevalência de 1,7%.

Através da análise da tabela 4, nos CSD, constatamos uma predominância de ferida cirúrgica com 69,3% (85), ferida traumática com 8,9% (11) e úlcera de pressão de categoria IV com 5,7% (7), como ferida principal nos utentes da amostra, com localização mais frequente no abdómen com 23,6% (29), pernas com 19,5% (24) e períneo com 12,2% (15), sendo de origem maioritariamente hospitalar com 74,8% (92), domicilio com 20,3% (25) e lar com 3,3% (4). Verificamos que a lateralização da ferida principal é maioritariamente ao centro com 36,6% (45) e à esquerda com 33,3% (41).

Os resultados obtidos nos CSD, apresentaram resultados divergentes, comparativamente a um estudo realizado por Hurd & Posnett, (2009), em 13 Hospitais de agudos no Canadá em 2006 e 2007. Este estudo revelou que a maioria das feridas localizadas nos utentes, foram as úlceras de pressão (56,2%) e as feridas cirúrgicas (31,1%), sendo a maioria (79,3%) das úlceras por pressão adquiridas nos Hospitais, e das quais 26,5% eram graves, correspondendo à categoria III ou IV.

Tabela 4: Distribuição dos dados relativos à classificação, localização, origem e lateralização da ferida principal dos utentes consoante o local de colheita de dados

	Referenciação da ferida Principal	CSP		CSD	
		Nº	%	Nº	%
Classificação	Úlceras de pressão categoria 1	7	1,0	4	3,3
	Úlceras de pressão categoria 2	33	4,8	0	0,0
	Úlceras de pressão categoria 3	40	5,8	2	1,6
	Úlceras de pressão categoria 4	27	3,9	7	5,7
	Úlceras de perna venosa	113	16,4	3	2,4
	Úlceras de perna arterial	12	1,7	1	0,8
	Úlceras de perna mista	21	3,0	1	0,8
	Úlceras de perna de etiologia desconhecida	26	3,8	0	0,0
	Úlceras de pé diabético neuropática	10	1,4	3	2,4
	Úlceras de pé diabético neuroisquémico	6	0,9	0	0,0
	Úlceras malignas	7	1,0	1	0,8
	Feridas traumáticas	172	24,9	11	8,9
	Feridas cirúrgicas	159	23,0	85	69,3
	Queimaduras	30	4,3	1	0,8
	Fístula	11	1,6	1	0,8
	Lesão por humidade	4	0,6	0	0,0
Outros (quistos, lesão fúngica, osteomielite, abscesso, Eczema e Furúnculos, perfigoide bolhoso)	13	1,9	3	2,4	
Localização	Abdómen	35	5,1	29	23,6
	Anca	29	4,2	12	9,8
	Braços	20	2,9	6	4,9
	Cabeça	39	5,6	6	4,9
	Calcâneo	29	4,2	1	0,8
	Cóccix	30	4,3	9	7,3
	Costas	22	3,2	4	3,3
	Ísquio	1	0,1	0	0,0
	Mãos	56	8,1	0	0,0
	Nádega	6	0,9	1	0,8
	Pé	64	9,3	13	10,4
	Peito	18	2,6	3	2,4
	Períneo	8	1,2	15	12,2
	Pernas	308	44,6	24	19,5
	Tornozelo	26	3,8	0	0,0

(continua)

Tabela 4: Distribuição dos dados relativos à classificação, localização, origem e lateralização da ferida principal dos utentes consoante o local de colheita de dados (continuação)

Origem	Hospital	186	26,9	92	74,8
	Rede de cuidados continuados	9	1,3	0	0,0
	Centro de saúde/cuidados saúde primários	159	23,0	0	0,0
	Domicílio	320	46,3	25	20,3
	Lar	11	1,6	4	3,3
	Outro	6	0,8	2	1,6
Lateralização	Esquerda	309	44,7	41	33,3
	Direita	255	36,9	37	30,1
	Centro	127	18,4	45	36,6

A tabela 5, apresenta a duração das feridas em anos, meses, semanas e dias. Por se tornar mais fácil a interpretação, a mesma tabela, apresenta igualmente a duração das feridas, apenas em dias. Nesse sentido, verificamos que os 691 utentes dos CSP, apresentam a ferida principal em média há 381, 4 dias (sensivelmente um ano). Pelo valor do desvio padrão (DP = 1562,3 dias), podemos ainda referir que há uma grande dispersão dos dados em relação à média.

Quanto à durabilidade da ferida principal, no total dos utentes da amostra em estudo (123), nos CSD e em dias, verificamos uma média de 143,5 dias (cerca de 5 meses). Pelo valor do desvio padrão (DP=778,1), podemos ainda referir que há uma grande dispersão dos dados em relação à média.

Tabela 5: Distribuição dos dados relativos à duração da ferida principal nos utentes, consoante o local de colheita de dados

Duração da Ferida 1	CSP (691)				
	Nº	Min.	Max.	Média	DP
Anos	100	1,0	50,0	6,2	9,6
Meses	310	1,0	15,0	3,6	2,5
Semanas	266	1,0	7,0	1,9	0,9
Dias	60	1,0	15,0	4,4	3,0
Dias totais	691	1,0	18000,0	381,4	1526,3
Duração da Ferida 1	CSD (123)				
	Nº	Min.	Max.	Média	DP
Anos	9	1,0	21,0	4,6	6,7
Meses	21	1,0	10,0	3,3	2,8
Semanas	30	1,0	6,0	1,5	1,0
Dias	65	1,0	5,0	1,6	0,8
Dias totais	123	1,00	7770,0	143,5	778,1

e) Classificação, localização, origem, lateralização e duração das feridas 2 e 3 nos utentes

Pela análise dos resultados observados na tabela 6, da amostra dos utentes em estudo nos CSP, verificamos na classificação da ferida 2, uma predominância de 21,7% (26) de ferida cirúrgica, 19,3% (23) de ferida traumática e 16,8% (20) de úlcera de perna venosa. Na classificação da ferida 3, verificamos uma predominância de 36,6% (15) de ferida cirúrgica, seguida de uma paridade entre a úlcera de perna venosa e a úlcera de pressão categoria III, com 9,8% (4), sendo a localização da ferida 2 mais frequente, nas pernas com 46,2% (55), na anca com 10,9% (13) e pé com 8,4% (10), e da ferida 3, nas pernas com 41,5% (17), no pé com 12,2% (5), e abdómen com 9,8% (4). A ferida 2, apresenta origem maioritariamente no domicílio com 50,4% (60), 27,7% (34) no hospital e 19,3% (23), em centro de saúde/cuidados saúde primários, e a ferida 3 em centro de saúde/cuidados saúde primários com 51,2% (21), seguido de uma homogeneidade entre o hospital e o lar com 39,0% (16).

Relativamente à lateralização da ferida 2, esta apresenta uma semelhança à esquerda e à direita com 42,0% (50), enquanto, que a ferida 3, mostra maior frequência à direita com 56,1% (23) e 26,8% (11) á esquerda.

Nos CSD, apuramos uma preponderância na classificação da ferida 2, de 48,3% (14) de ferida cirúrgica, seguido de uma similitude entre a úlcera de pressão categoria I e outros, com 13,8% (4). Na classificação da ferida 3, a predominância foi de 41,2% (7) de ferida cirúrgica, seguido de uma paridade entre a úlcera de pressão categoria I, a úlcera de pressão categoria III com 11,8% (2), sendo a localização da ferida 2, mais frequente nas pernas e abdómen com 27,6% (8), e anca com 24,1% (7), e da ferida 3, no abdómen com 35,3% (6), nas pernas com 29,4% (5), e cabeça com 11,8% (2). A ferida 2, apresenta origem maioritariamente no hospital com 55,2% (16), 34,5% (10) no domicílio e 6,9% (2) no lar. A ferida 3, apresenta similitude entre o hospital e o lar com 52,9% (9) e centro de saúde/cuidados saúde primários com 11,8% (2). Quanto à lateralização da ferida 2, esta apresenta maior predominância à esquerda com 48,3% (14) e à direita com 34,5% (10), enquanto, que a ferida 3, mostra maior frequência à esquerda 52,9% (9) e 29,4% (5) ao centro.

Tabela 6: Distribuição dos dados relativos à classificação, localização, origem e lateralização da ferida 2 e 3, consoante o local de colheita de dados

Referenciação das feridas		Ferida 2				Ferida 3			
		CSP (n=119)		CSD (n= 29)		CSP (n=41)		CSD (n= 17)	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Classificação	Úlcera de pressão categoria 1	8	6,7	4	13,8	3	7,3	2	11,8
	Úlcera de pressão categoria 2	8	6,7	3	10,3	3	7,3	1	5,9
	Úlcera de pressão categoria 3	8	6,7	1	3,4	4	9,8	2	11,8
	Úlcera de pressão categoria 4	8	6,7	1	3,4	2	4,9	0	0,0
	Úlcera de perna venosa	20	16,8	0	0,0	4	9,8	0	0,0
	Úlcera de perna arterial	2	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Úlcera de perna mista	4	3,4	0	0,0	2	4,9	0	0,0
	Úlcera de perna de etiologia desconhecida	3	2,5	0	0,0	2	4,9	0	0,0
	Úlcera de pé diabético neuropático	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Úlcera de pé diabético neuroisquémico	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Úlcera maligna	1	0,8	0	0,0	1	2,4	0	0,0
	Ferida traumática	23	19,3	2	6,9	1	2,4	1	5,9
	Ferida cirúrgica	26	21,7	14	48,3	15	36,6	7	41,2
	Queimadura	2	1,7	0	0,0	1	2,4	0	0,0
	Fistula	2	1,7	0	0,0	1	2,4	0	0,0
	Lesão por humidade	1	0,8	0	0,0	1	2,4	0	0,0
	Outros	1	0,8	4	13,8	1	2,4	4	23,5
Localização	Abdómen	9	7,6	8	27,6	4	9,8	6	35,3
	Anca	13	10,9	7	24,1	3	7,3	1	5,9
	Braços	5	4,2	0	0,0	0	0,0	1	5,9
	Cabeça	3	2,5	2	6,9	1	2,4	2	11,8
	Calcâneo	4	3,4	1	3,4	2	4,9	1	5,9
	Cóccix	3	2,5	1	3,4	3	7,3	1	5,9
	Costas	3	2,5	0	0,0	3	7,3	0	0,0
	Mãos	4	3,4	0	0,0	1	2,4	0	0,0
	Nádega	4	3,4	1	3,4	0	0,0	0	0,0
	Pé	10	8,4	1	3,4	5	12,2	0	0,0
	Peito	0	0,0	0	0,0	1	2,4	0	0,0
	Períneo	2	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Pernas	55	46,2	8	27,6	17	41,5	5	29,4
Tornozelo	4	3,4	0	0,0	1	2,4	0	0,0	
Origem	Hospital	34	27,7	16	55,2	16	39,0	9	52,9
	Rede de cuidados continuados	1	0,8	0	0,0	3	7,3	0	0,0
	Centro de saúde/cuidados saúde primários	23	19,3	0	0,0	21	51,2	2	11,8
	Domicílio	60	50,4	10	34,5	1	2,4	1	5,9
	Lar	1	0,8	2	6,9	16	39,0	9	52,9
	Outro	1	0,8	1	3,4	0	0,0	0	0,0
Lateralização	Esquerda	50	42,0	14	48,3	11	26,8	3	17,6
	Direita	50	42,0	10	34,5	23	56,1	9	52,9
	Centro	19	16,0	5	17,2	7	17,1	5	29,4

A durabilidade em dias da ferida 2, no total dos utentes da amostra dos CSD, apresentada na tabela 7, é em média de 111,4 dias, com um desvio padrão de 354,9 dias. Pelo valor do desvio padrão, podemos ainda salientar, a existência de uma grande dispersão, dos dados em torno da média.

Quanto à durabilidade em dias da ferida 2, no total dos utentes da amostra dos CSP, apresentada na tabela 7, é em média de 547,2 dias, com um desvio padrão 2198,3 dias. Pelo valor do desvio padrão, podemos ainda salientar a grande dispersão dos dados em torno da média.

A durabilidade em dias da ferida 3, no total dos utentes da amostra dos CSD, é em média de 158,0 dias, com um desvio padrão de 456,8 dias. Pelo valor do desvio padrão, podemos ainda salientar a grande dispersão dos dados em torno da média.

Quanto à durabilidade em dias da ferida 3, no total dos utentes da amostra dos CSP, apresentada na tabela supra citada, é em média de 367,4 dias, com um desvio padrão 1262,1 dias. Pelo valor do desvio padrão, podemos ainda salientar a grande dispersão dos dados em torno da média.

Tabela 7: Distribuição dos dados relativos à duração da ferida 2 e 3 nos utentes consoante o local de colheita de dados

	Duração das Feridas	CSP				
		Nº	Min.	Max.	Média	DP
Ferida 2	Anos	18	1,0	50,0	9,0	13,6
	Meses	54	1,0	11,0	3,5	2,7
	Semanas	38	1,0	6,0	1,9	1,0
	Dias	13	1,0	12,0	4,3	2,6
	Dias totais	118	1,0	18000,0	547,2	2198,3
	Duração das Feridas	CSD				
		Nº	Min.	Max.	Média	DP
Ferida 2	Anos	2	2,0	5,0	3,5	2,1
	Meses	6	1,0	10,0	3,5	3,7
	Semanas	6	1,0	2,0	1,3	0,5
	Dias	15	1,0	6,0	1,7	1,3
	Dias totais	29	1,0	1800,0	111,4	354,9

(continua)

Tabela 7: Distribuição dos dados relativos à duração da ferida 2 e 3 nos utentes consoante o local de colheita de dados (continuação)

	Duração das Feridas	CSP				
		Nº	Min.	Max.	Média	DP
Ferida 3	Anos	5	1,0	20,0	7,0	8,1
	Meses	19	1,0	10,0	3,9	3,2
	Semanas	15	1,0	3,0	1,8	0,7
	Dias	5	3,0	12,0	5,2	3,8
	Dias totais	41	3,0	7380,0	367,4	1262,1
	Duração das Feridas	CSD				
		Nº	Min.	Max.	Média	DP
Ferida 3	Anos	2	2,0	5,0	3,5	2,1
	Meses	3	1,0	2,0	1,3	0,5
	Semanas	3	1,0	2,0	1,3	0,5
	Dias	9	1,0	6,0	2,0	1,5
	Dias totais	17	1,0	1800,0	158,0	456,8

f) Classificação, localização, origem, lateralização e duração das feridas 4 e 5 nos utentes

De acordo com os resultados observados na tabela 8, da amostra dos utentes em estudo nos CSP, aferimos na classificação da ferida 4, uma predominância de 36,8% (7) de ferida cirúrgica, percentual ligeiramente mais elevado que na ferida 5, com 30,0% (3) de ferida cirúrgica. A localização mais frequente da ferida 4, tal como na ferida 5, é nas pernas com 26,3% (5) e 60,0% (6) respetivamente. Quanto à origem, a ferida 4, apresenta maior predominância, no domicílio com 52,6% (10), tal como a ferida 5, que apresenta 60,0% (6) no domicílio. Relativamente à lateralização da ferida 4, esta apresenta maior predominância à direita com 36,8% (7), enquanto, a ferida 5 mostra maior frequência à esquerda com 60% (6).

Observando os resultados apresentados na referida tabela, nos CSD verificamos uma preponderância na classificação da ferida 4, de 42,9% (3) de ferida cirúrgica, enquanto, na classificação da ferida 5, verificamos uma paridade entre a ferida cirúrgica, a úlcera de pressão categoria II e a úlcera de pressão categoria IV, com 33,3% (1), sendo a localização da ferida 4 mais frequente, no abdómen com 42,9% (3), seguida da anca e calcâneo com 28,6% (2), e a ferida 5 no abdómen, anca e calcâneo com 33,3% (3). A ferida 4, tem origem maioritariamente no hospital com 42,9% (3), sendo a origem da ferida 5 no hospital, lar e outro com 33,3% (1) cada. Quanto à lateralização da ferida 4, esta apresenta maior predominância à esquerda com 71,4% (5), enquanto, a ferida 5, apresenta um predomínio à direita, com 100,0% (3).

Tabela 8: Distribuição dos dados relativos à classificação, localização, origem e lateralização da ferida 4 e 5 nos utentes, consoante o local de colheita de dados

Referenciação das feridas		Ferida 4				Ferida 5			
		CSP (n=19)		CSD (n=7)		CSP (n=10)		CSD (n=3)	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Classificação	Úlcera de pressão categoria 1	2	10,5	1	14,3	1	10,0	0	0,0
	Úlcera de pressão categoria 2	1	5,3	1	14,3	2	20,0	1	33,3
	Úlcera de pressão categoria 3	2	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Úlcera de pressão categoria 4	2	10,5	1	14,3	1	10,0	1	33,3
	Úlcera de perna venosa	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Úlcera de perna etiologia desconhecida	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0
	Úlcera maligna	1	5,3	0	0,0	1	10,0	0	0,0
	Ferida cirúrgica	7	36,8	3	42,9	3	30,0	1	33,3
	Ferida traumática	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0
	Queimadura	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Lesão por humidade	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Outra	1	5,3	1	14,3	0	0,0	0	0,0
	Localização	Abdómen	3	15,8	3	42,9	1	10,0	1
Anca		2	10,5	2	28,6	0	0,0	1	33,3
Cabeça		1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Calcâneo		2	10,5	2	28,6	1	10,0	1	33,3
Cóccix		2	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Costas		1	5,3	0	0,0	1	10,0	0	0,0
Mãos		2	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pé		0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0
Períneo		1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pernas		5	26,3	0	0,0	6	60,0	0	0,0
Origem	Hospital	7	36,8	3	42,9	3	30,0	1	33,3
	Centro de saúde/cuidados saúde primários	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Domicílio	10	52,6	2	28,6	6	60,0	0	0,0
	Lar	1	5,3	1	14,3	1	10,0	1	33,3
	Outro	0	0,0	1	14,3	0	0,0	1	33,3
Lateralização	Esquerda	6	31,6	5	71,4	6	60,0	0	0,0
	Direita	7	36,8	1	14,3	3	30,0	3	100,0
	Centro	6	31,6	1	14,3	1	10,0	0	0,0

De acordo com a tabela 9 e tendo presente a duração da ferida 4 em dias, verificamos que para os utentes CSD, os 6 utentes apresentam a ferida em média há 316 dias (DP= 727,3). Os utentes dos CSP, em média têm ferida há mais tempo, ou seja 461,1 dias

(DP=1679,4). Pelos valores do desvio padrão, verificamos uma grande dispersão dos dados em torno da média.

Relativamente à ferida 5, verificamos que para os utentes dos CSP, (3) utentes apresentam as feridas em média há 30,3 dias (DP= 29,5). Os utentes dos CSP, em média tiveram feridas há mais tempo, ou seja, 791,7 dias (DP=2315,9). Pelos valores do desvio padrão, verificamos uma grande dispersão dos dados em torno da média.

Tabela 9: Distribuição dos dados relativos à duração da ferida 4 e 5 nos utentes consoante o local de colheita de dados

Ferida 4	Duração das Feridas	CSP				
		Nº	Min.	Max.	Média	DP
	Anos	3	1,0	20,0	7,3	10,9
	Meses	7	1,0	7,0	3,5	2,6
	Semanas	7	1,0	3,0	1,5	0,7
	Dias	4	3,0	5,0	3,5	1,0
	Dias totais	19	3,0	7380,0	461,1	1679,4
Ferida 4	Duração das Feridas	CSD				
		Nº	Min.	Max.	Média	DP
	Anos	1	5,0	5,0	5,0	0,0
	Meses	2	1,0	2,0	1,5	0,7
	Semanas	0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Dias	3	1,0	4,0	2,0	1,7
	Dias totais	6	1,0	1800,0	316,0	727,3
Ferida 5	Duração das Feridas	CSP				
		Nº	Min.	Max.	Média	DP
	Anos	1	20,0	20,0	20,0	0,0
	Meses	5	1,0	6,0	4,4	2,3
	Semanas	4	1,0	3,0	1,7	0,9
	Dias	2	3,0	5,0	4,0	1,4
	Dias totais	10	5,0	7380,0	791,7	2315,9
Ferida 5	Duração das Feridas	CSD				
		Nº	Min.	Max.	Média	DP
	Anos	0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Meses	2	1,0	2,0	1,5	0,7
	Semanas	0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Dias	1	1,0	1,0	1,0	0,0
	Dias totais	3	1,0	60,0	30,3	29,5

g) Classificação, localização, origem, lateralização e duração das feridas 6 e 7 nos utentes

Através da análise da tabela 10, da amostra do estudo dos CSP, verificamos na classificação da ferida 6, uma igualdade no predomínio da ferida traumática e da úlcera de pressão categoria III, com 25,0% (2). Relativamente, à classificação da ferida 7, verificamos uma equidade entre a ferida traumática, a úlcera maligna e a úlcera de

pressão categoria IV com 33,3% (1). A localização mais frequente da ferida 6, é nas pernas com 50,0% (4) e braços com 25,0% (2), sendo a localização da ferida 7, predominantemente localizada, nas pernas com 100,0% (3). A origem da ferida 6, apresenta maior predominância, no domicílio com 75,0% (6), seguido de uma igualdade entre hospital e lar com 12,5% (1). A ferida 7, apresenta maior predomínio, no domicílio com 66,7% (2), seguido do lar com 33,3% (1). Quanto á lateralização, a ferida 6 apresenta, uma equidade entre a esquerda e a direita com 50,0% (4) e a ferida 7, um predomínio da esquerda com 66,7% (2) e direita com 33,3% (1).

Na amostra do estudo dos CSD, verificamos na classificação da ferida 6 e 7, uma predominância de úlcera de pressão categoria II, com 100,0% (1), sendo a localização nos braços com 100,0% (1); a origem, outro com 100,0% (1) para ambas as feridas (6 e 7). Quanto á lateralização, a ferida 6 apresenta-se á esquerda com 100,0% (1), e a ferida 7 á direita com 100,0% (1).

Tabela 10: Distribuição dos dados relativos à classificação, localização, origem e lateralização da ferida 6 e 7 consoante o local de colheita de dados

Referenciação das feridas		Ferida 6				Ferida 7			
		CSP (n=8)		CSD (n=1)		CSP (n=3)		CSD (n=1)	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Classificação	Úlcera de pressão categoria 2	1	12,5	1	100,0	0	0,0	1	100,0
	Úlcera de pressão categoria 3	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Úlcera de pressão categoria 4	1	12,5	0	0,0	1	33,3	0	0,0
	Úlcera maligna	1	12,5	0	0,0	1	33,3	0	0,0
	Ferida traumática	2	25,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0
	Ferida cirúrgica	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Localização	Anca	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0
Braços		2	25,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Costas		1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pernas		4	50,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0
Origem	Hospital	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Domicilio	6	75,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0
	Lar	1	12,5	0	0,0	1	33,3	0	0,0
	Outro	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Lateralização	Esquerda	4	50,0	1	100,0	2	66,7	0	0,0
	Direita	4	50,0	0	0,0	1	33,3	1	100,0

Relativamente à durabilidade da ferida 6, no total dos utentes dos CSP (8), verificamos através da análise da tabela 11, que os mesmos, tiveram a ferida em média há 987 dias (DP= 2584,1).

De acordo com a amostra dos utentes em estudo nos CSD, verificamos a existência de um único utente, com a ferida 6 com durabilidade de 30 dias.

Nos CSP, 3 utentes apresentam a ferida 7, com uma duração média de 2493,3 (DP=4232,1), enquanto que o único utente dos CSD, apresenta a ferida 7, em média há 30 dias.

Tabela 11: Distribuição dos dados relativos à duração da ferida 6 e 7 nos utentes consoante o local de colheita de dados

	Duração das Feridas	CSP				
		Nº	Min.	Max.	Média	DP
Ferida 6	Anos	1	20,0	20,0	20,0	0,0
	Meses	4	3,0	6,0	5,2	1,5
	Semanas	4	1,0	3,0	2,2	0,9
	Dias	1	3,0	3,0	3,0	0,0
	Dias totais	8	10,0	7380,0	987,0	2584,1
Ferida 6	Duração das Feridas	CSD				
		Nº	Min.	Max.	Média	DP
	Anos	0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Meses	1	1,0	1,0	1,0	0,0
	Semanas	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Dias	0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Dias totais	1	30,0	30,0	30,0	0,0	
Ferida 7	Duração das Feridas	CSP				
		Nº	Min.	Max.	Média	DP
	Anos	1	20,0	20,0	20,0	0,0
	Meses	2	3,0	6,0	4,5	2,1
	Semanas	1	1,0	1,0	1,0	0,0
Dias	1	3,0	3,0	3,0	0,0	
Dias totais	3	10,0	7380,0	2493,3	4232,1	
Ferida 7	Duração das Feridas	CSD				
		Nº	Min.	Max.	Média	DP
	Anos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Meses	1	1,0	1,0	1,0	0,0
	Semanas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Dias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Dias totais	1	30,0	30,0	30,0	0,0	

h) Classificação, localização, origem, lateralização e duração das feridas 8 e 9 nos utentes

Pela observação da tabela 12, nos CSP, verificamos uma hegemonia na classificação da ferida 8 e 9, de 100,0% (1) de úlcera de pressão categoria II, sendo a localização

predominante da ferida 8, na cabeça com 100,0% (1) e da ferida 9 no calcâneo com 100,0% (1). A origem da ferida 8 e 9, apresenta uma similitude de 100,0% (1) no domicílio, sendo que a lateralização da ferida 8, é de 100,0% (1) à esquerda e a ferida 9, de 100,0% (1) ao centro.

Na amostra do estudo dos CSD, aferimos na classificação da ferida 8, uma predominância de úlcera de pressão categoria II, com 100,0% (1), sendo a localização predominante no cóccix com 100,0% (1); a origem no hospital com 100,0% (1) e a lateralização ao centro com 100,0% (1).

Tabela 12: Distribuição dos dados relativos à classificação, localização, origem e lateralização da ferida 8 e 9 consoante o local de colheita de dados

Referenciação das feridas		Ferida 8				Ferida 9		*	
		CSP (n=1)		CSD (n=1)		CSP (n=1)			CSD (n=0)
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Classificação	Úlcera de pressão categoria 2	1	100,0	1	100,0	1	100,0		
Localização	Cabeça	1	100,0	0	0,0	0	0,0		
	Calcâneo	0	0,0	0	0,0	1	100,0		
	Cóccix	0	0,0	1	100,0	0	0,0		
Origem	Domicilio	1	100,0	0	0,0	1	100,0		
	Hospital	0	0,0	1	100,0	0	0,0		
Lateralização	Esquerda	1	100,0	0	0,0	0	0,0		
	Centro	0	0,0	1	100,0	1	100,0		

*Na amostra dos CSD, não existiu utentes com 9 feridas

A durabilidade da ferida 8, no utente dos CSP, é de 90 dias e no utente dos CSD, é de 30 dias. No único utente que apresenta 9 feridas, esta teve inicio, há 90 dias (tabela 13).

Tabela 13: Distribuição dos dados relativos à duração da ferida 8 e 9 nos utentes consoante o local de colheita de dados

Duração das Feridas		CSP					CSD				
		Nº	Min.	Max.	Média	DP	Nº	Min.	Max.	Média	DP
Ferida 8	Anos	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Meses	1	3,0	3,0	3,0	0,0	1	1,0	1,0	1,0	0,0
	Semanas	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Dias	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Dias totais	1	90,0	90,0	90,0	0,0	1	30,0	30,0	30,0	0,0
Ferida 9	Anos	0	0,0	0,0	0,0	0,0					
	Meses	1	3,0	3,0	3,0	0,0					
	Semanas	0	0,0	0,0	0,0	0,0					
	Dias	0	0,0	0,0	0,0	0,0					
	Dias totais	1	90,0	90,0	90,0	0,0					

i) Material de alívio de pressão nos utentes com feridas

Da análise da tabela 14, verificamos que o material mais utilizado nos utentes dos CSD, com 17,9% (22) e CSP com 17,1% (118), é a almofada na cama.

De salientar, que 6,5% (8) dos utentes dos CSD utilizavam o colchão estático e 8,0% dos utentes dos CSP, utilizavam o colchão de pressão alterna.

A causa primária das úlceras de pressão, é a aplicação de pressão em áreas da pele e tecidos não adaptados à agressão externa da pressão. A prevalência de úlceras de pressão, é maior entre utentes com mobilidade e atividades limitadas (Barbenel et al, 1977 citado por Morison 2004).

Os dados corroboram com Morison (2004), referindo que as superfícies de apoio têm sido utilizadas durante muitos anos na prevenção de úlceras de pressão, sendo a sua utilização nos sistemas de saúde relativamente recente, permanecendo a sua eficácia largamente desconhecida.

Tabela 14: Distribuição dos dados relativos ao material de alívio de pressão dos utentes com ferida consoante o local de colheita de dados

Material de alívio de pressão	CSP (691)				CSD (123)			
	Sim		Não		Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Almofada na cadeira	49	7,1	642	92,9	0	0,0	123	100,0
Almofada na cama	118	17,1	573	82,9	22	17,9	101	82,1
Calçado de diabético	5	0,7	686	99,3	3	2,4	120	97,6
Calcanheira	34	4,9	657	95,1	7	5,7	116	94,3
Colchão de pressão alterna	55	8,0	636	92,0	1	0,8	122	99,2
Colchão estático	15	2,2	676	97,8	8	6,5	115	93,5
Outros	3	0,4	688	99,6	1	0,8	122	99,2

j) Avaliação do IPTB nos utentes com lesão nos membros inferiores

Segundo Pina, Furtado e Albino (2007), é de extrema importância a exclusão de patologia arterial, através de determinação do Índice de Pressão Tornozelo Braço - IPTB (IPTB > 0,8) ou realização de ecodoppler. Pela observação da tabela 15, verificamos, que nos CSP são realizadas 3,9% (16) avaliações do Índice de Pressão

Tornozelo Braço – IPTB, na amostra de 413 utentes com lesão nos membros inferiores e 11,5% (3) avaliações do Índice de Pressão Tornozelo Braço – IPTB, na amostra de 26 utentes com lesão nos membros inferiores, nos CSD.

De salientar, a não realização de IPTB a 96,1% (397) utentes com lesões nos membros inferiores nos CSP e 88,5% (23) utentes com lesões nos membros inferiores nos CSD.

Tabela 15: Distribuição das amostras com lesão nos membros inferiores relativa à avaliação do IPTB nos utentes com lesão nos membros inferiores

Avaliação do IPTB	CSP (n= 413)				CSD (n= 26)			
	Sim		Não		Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	16	3,9	397	96,1	3	11,5	23	88,5

Na amostra dos utentes dos CSP, que apresentam lesões nos membros inferiores, estes apresentavam como valor mínimo de IPTB - 0,70, máximo de 1,39, com uma média de 1,03 e um desvio padrão, relativo à média de 0,17, sendo que nos CSD, o valor do IPTB mínimo é de 0,10, o máximo de 1,20 e a média de 0,80 com o desvio padrão relativo á média de 0,60 (tabela 16).

De acordo com Pina, Furtado e Albino (2007), a terapia compressiva aplica-se quando o IPTB se encontra dentro dos valores normais (IPTB = 1,0 a 1,3) ou na presença de insuficiência arterial ligeira, com valores do IPTB entre 0,8 a 1,0.

Tabela 16: Distribuição dos dados das amostras a quem foi realizado o IPTB relativo ao valor/resultado do IPTB nos utentes com lesão nos membros inferiores

Valor da Avaliação de IPTB	CSP (n= 14)					CSD (n= 3)				
	Nº	Min.	Max.	Média	DP	Nº	Min.	Max.	Média	DP
	14	0,70	1,39	1,03	0,17	3	0,10	1,20	0,80	0,60

k) Realização de terapia compressiva nos utentes com lesão nos membros inferiores

A terapia compressiva é fundamental na cicatrização das úlceras de etiologia venosa, estando provado que aumenta a taxa de cicatrização (Morison, Moffatt & Franks, 2010)

podendo ser utilizadas as ligaduras de curta-tração ou não elásticas ou passivas e ligaduras de longa-tração ou elásticas ou ativas (Clark, 2003).

Através da análise da tabela 17, constatamos que na amostra dos resultados dos 25 utentes com lesão nos membros inferiores nos CSP, é aplicada terapia compressiva em 6,1% (25) utentes, sendo aplicada ligadura elástica a 3,7% (15) e ligadura inelástica a 2,4% (10) dos utentes. Na amostra de 6 utentes, nos CSD, é aplicada a terapia compressiva a 37,5% (6) utentes com lesão nos membros inferiores, sendo aplicada a ligadura elástica a 31,3% (5) e a inelástica a 6,1% (1) utentes. De referir, que comparando os resultados das amostras supracitadas, a terapia compressiva, foi realizada maioritariamente aos utentes com a aplicação de ligadura elástica, sendo que na maioria dos utentes com lesão nos membros inferiores não foi aplicada a terapia compressiva.

Tabela 17: Distribuição dos dados das amostras relativos à aplicação da terapia compressiva e tipo de ligadura nos utentes com lesão nos membros inferiores

Terapia compressiva e tipo de ligadura usada			CSP		CSD	
			Nº	%	Nº	%
Terapia compressiva	Não		384	93,9	10	62,5
	Sim	Elástica	15	3,7	5	31,3
		Inelástica	10	2,4	1	6,2
Total			409	100,0	16	100,0

1) Avaliação da cicatrização de UP - Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH)

Vários têm sido, os instrumentos propostos para medir a cicatrização, sendo no presente estudo utilizada a escala de Cicatrização de Úlceras de Pressão (Pressure Ulcer Healing Scale – PUSH), sendo a PUSH, constituída por três dimensões que englobam, o tipo de tecido, quantidade de exsudado e tamanho da úlcera (Morison, 2004).

Relativamente à medição da ferida principal dos utentes, apresentamos na tabela 18, o comprimento, largura e área. Examinando a respetiva tabela e tendo em consideração os resultados da amostra nos CSP, aferimos que o comprimento mínimo da ferida principal na amostra de 691 utentes, é de 1,0 mm, o máximo foi de 500,0 mm, com uma média de 44,8 e um desvio padrão em torno da média de 53,6. A largura mínima foi de

1,0 mm, a máxima foi de 500,0 mm, a média de 26,1 e um desvio padrão de 40,0, sendo a área mínima da ferida principal de 1,0 mm², a máxima de 200000,0 mm², a média de 2317,4 e o desvio padrão de 10324,7. Na amostra dos 123 utentes com ferida principal nos CSD, o comprimento mínimo é de 3,0 mm, o máximo de 350,0 mm, a média é de 90,7 e o desvio padrão em torno da média de 89,8. A largura mínima é de 3,0 mm, a máxima de 300,0 mm, a média é de 28,6 e o desvio padrão de 47,3, sendo a área mínima de 9,0 mm², a máxima de 1500000,0 mm², a média de 18769,8 e o desvio padrão de 1,3. Comparando os resultados das amostras supracitadas, aferimos que a ferida principal de maior área, apresentou-se nos utentes dos CSD e a mínima, nos utentes dos CSP.

As feridas devem ser avaliadas, no mínimo semanalmente, refletindo as mudanças na profundidade e superfície da ferida. Fatores como a localização da ferida, forma e profundidade da lesão tecidual devem ser considerados com prudência, para se escolher uma técnica de medida (Gogia, 2003), sendo o método mais comum para avaliar a evolução da ferida, é monitorizar o tamanho da ferida (Brown- Etris,1995, citado por Morison, (2004).

No presente estudo, a medição das feridas foi realizada por uma régua em centímetros, de acordo com o protocolo de preenchimento utilizado no estudo nacional de prevalência em feridas da Universidade Católica Portuguesa (2011), medindo o maior comprimento no sentido da cabeça para os pés e a maior largura, do sentido de um lado para o outro, multiplicando-se estas duas medidas (comprimento x largura), obtendo-se uma área de superfície estimada em centímetros quadrados.

A medição da ferida é importante para avaliar a progressão da ferida, no sentido de poder adequar o tratamento específico para as feridas (Baranoski & Ayello, 2006).

Tabela 18: Distribuição dos dados das amostras relativos à medição da ferida principal nos utentes

Medição da Ferida (mm)	CSP (691)				CSD (123)			
	Min.	Max.	Média	DP	Min.	Max.	Média	DP
Comprimento	1,0	500,0	44,8	53,6	3,0	350,0	90,7	89,8
Largura	1,0	500,0	26,1	40,0	3,0	300,0	28,6	47,3
Área	1,0	200000,0	2317,4	10324,7	9,0	1500000,0	18769,8	1,3

Relativamente às outras dimensões da cicatrização, ou seja, **o tipo de tecido e nível de exsudado** na ferida principal dos utentes e fazendo a leitura da tabela 19, verificamos que nos resultados da amostra dos CSP, o tipo de tecido mais frequente na ferida principal dos utentes, é o tecido de granulação com 59,9% (414) e o epitelização com 37,6% (260), sendo o nível de exsudado maioritariamente escasso com 39,2% (271). Na amostra dos resultados dos CSD, o tipo de tecido mais existente no leito das feridas dos utentes, é o tecido de epitelização com 66,7% (82) e o tecido de granulação com 20,3% (25), não apresentando a maioria das feridas dos utentes nenhum exsudado. Comparando os resultados da amostra dos utentes com ferida principal nos CSP e nos CSD, o tipo de tecido menos presente, é o tecido necrosado, sendo o nível de exsudado menos frequente, o abundante.

Para Baranoski e Ayello (2006), o tipo de tecido do leito da ferida, revela a fase e progresso da sua cicatrização, através da observação da cor do tecido, grau de friabilidade e quantidade de epitelização. A avaliação da quantidade de cada tipo de tecido, irá ajudar o seu registo de resultado de cuidados com base na melhoria e/ou deterioração das características observadas no leito da ferida.

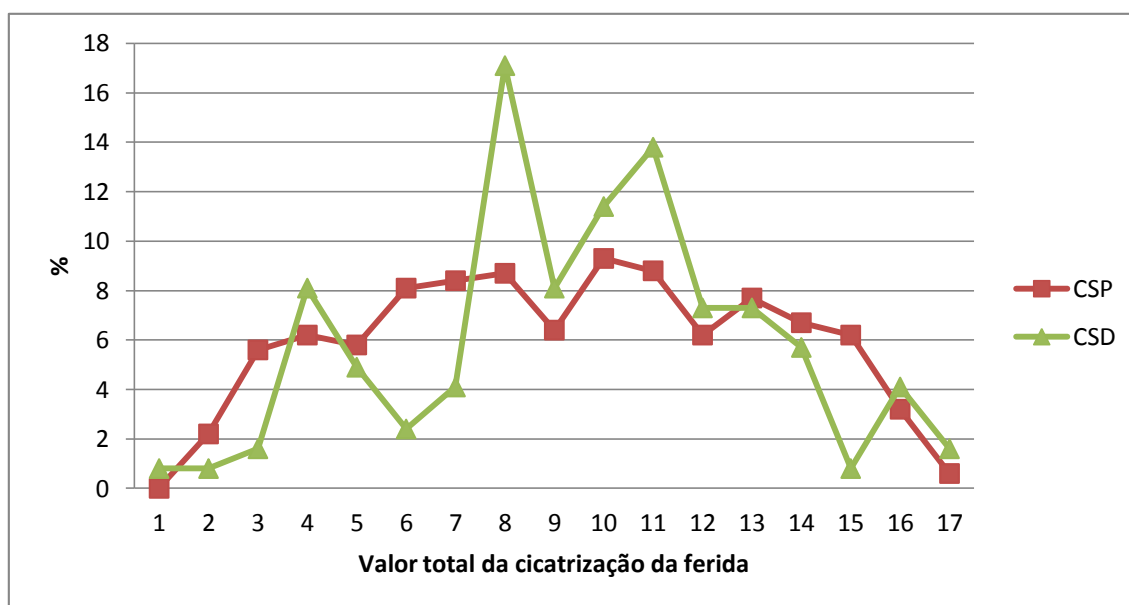
Se tivermos presente o número de respostas assinaladas como presentes (971 nos CSP e 134 nos CSD), verificamos, que os utentes apresentaram as feridas, com mais do que uma característica de tecido (1,4 nos CSP e 1,1 nos CSD).

Tabela 19: Distribuição dos dados das amostras relativos ao tipo de tecido e nível de exsudado na ferida principal dos utentes

Tipo de tecido e nível de exsudado	CSP (691)				CSD (123)				
	Sim		Não		Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Tipo de Tecido	Necrosado	58	8,4	633	91,6	12	9,8	111	90,2
	Fibrinoso	239	34,6	452	65,4	15	12,2	108	87,8
	Granulação	414	59,9	277	40,1	25	20,3	98	79,7
	Epitelização	260	37,6	431	62,4	82	66,7	41	33,3
Nível de Exsudado	Abundante	48	6,9	643	93,1	8	6,5	115	93,5
	Moderado	198	28,7	493	71,3	15	12,2	108	87,8
	Escasso	271	39,2	420	60,8	26	21,1	97	78,9
	Nenhum	171	24,7	520	75,3	74	60,2	49	39,8

Ao realizarmos a pontuação total do valor total da cicatrização da ferida principal, tendo por base o tipo de tecido, área e exsudato, verificamos (gráfico 1), que os valores oscilam entre 1 e 17, sendo que o maior percentual, se verifica nos CSD, com 17,1% no valor 8.

Gráfico 1: Distribuição percentual da pontuação obtida na avaliação da cicatrização das feridas nas amostras



Pela análise da tabela 20, verificamos que as médias do grau de cicatrização apresentadas pelos utentes com feridas nos CSD, são maiores do que as médias do grau de cicatrização das feridas dos utentes dos CSP, no entanto estas diferenças não se apresentam com significado estatístico ($p > 0,05$), quando se tem presente o local da colheita de dados.

Tabela 20: Resultados da aplicação do teste U Mann Whitney ao grau de cicatrização consoante o local de colheita de dados

Local de colheita de dados	Nº	Média	Mediana	DP	U	Z	P
CSP	691	9,2	9	3,8	40510,500	-,829	,407
CSD	123	9,5	10	3,4			

m) Local da realização do tratamento à ferida principal dos utentes

De acordo com a análise da tabela 21, constatamos que no total dos resultados da amostra em CSP, a maioria (74,7%; 516) dos utentes, realizam tratamento em ambulatório e 25,3% (175) no domicílio. Relativamente aos CSD, maioritariamente com (94,3%; 116) dos utentes, realizam tratamentos no internamento, seguindo-se o ambulatório com 5,7% (7).

Tabela 21: Distribuição da amostra referente ao local da realização do tratamento à ferida principal dos utentes

Local realização tratamento	CSP (n=691)		CSD (n=123)	
	Nº	%	Nº	%
Ambulatório	516	74,7	7	5,7
Domicilio	175	25,3	0	0,0
Internamento	0	0,0	116	94,3

n) Tempo em horas e minutos da deslocação do enfermeiro ao domicílio para tratamento da ferida principal dos utentes

Examinando a tabela 22 e relativamente aos resultados da amostra dos CSP, observamos que o tempo despendido pelo enfermeiro, na deslocação para realização do tratamento (no domicilio dos utentes) da ferida principal em horas, é no mínimo de 1,0, no máximo de 1,0 hora, com uma média de 1,0 e um desvio padrão em relação à média de 0,0 para um total de 3 utentes, sendo que a deslocação para realização do tratamento (no domicilio dos utentes) da ferida principal em minutos é no mínimo de 1,0 minutos e no máximo de 60,0 minutos, com uma média de 19,6 e um desvio padrão em torno da média de 12,0 para um total de 177 utentes. Relativamente à amostra nos CSD, não verificamos qualquer deslocação de enfermeiros ao domicílio, para a realização do tratamento à ferida principal dos utentes.

Tabela 22: Distribuição dos dados das amostras referente ao tempo em horas e minutos da deslocação ao domicílio do enfermeiro para tratamento à ferida principal dos utentes

Deslocação	CSP (175)					CSD (123)
	Nº	Min.	Max.	Média	DP	*
Ao domicílio - horas	3	1,0	1,0	1,0	0,0	*
Ao domicílio - minutos	177	1,0	60,0	19,6	12,0	*

*Na amostra dos CSD, não existiu deslocação ao domicílio

o) Duração da realização dos tratamentos da ferida principal dos utentes

Analisando a tabela 23 e relativamente aos resultados da amostra dos CSP, observamos que a durabilidade da realização do tratamento da ferida principal em horas, é no mínimo de 1,0 hora, no máximo de 1,0 hora, com uma média de 1,0 e um desvio padrão em relação à média de 0,0 para um total de 11 utentes, sendo que a durabilidade de realização do tratamento da ferida principal em minutos, é no mínimo de 1,0 minutos e no máximo de 50,0 minutos, com uma média de 14,3 e um desvio padrão em torno da média de 8,2 para um total de 686 utentes. Equiparando os resultados da amostra dos CSP aos CSD, aferimos a não existência da realização de tratamentos da ferida principal, com durabilidade em horas, sendo que em relação á durabilidade da realização do tratamento da ferida principal em minutos, é no mínimo de 3,0 minutos e no máximo de 45,0 minutos, com uma média de 11,9 e um desvio padrão em torno da média de 7,7 para um total de 123 utentes.

Tabela 23: Distribuição dos dados das amostras referente à duração dos tratamentos em horas e minutos da ferida principal dos utentes

Duração da realização dos Tratamentos	CSP (691)				
	Nº	Min.	Max.	Média	DP
Horas	11	1,0	1,0	1,0	0,0
Minutos	686	1,0	50,0	14,3	8,2
Duração da realização dos Tratamentos	CSD (123)				
	Nº	Min.	Max.	Média	DP
Horas			*		
Minutos	123	3,0	45,0	11,9	7,7

*Na amostra dos CSD, não existiu realização de tratamentos em horas

p) Nível de dor apresentado pelos utentes com as feridas

A análise da tabela 24, permite analisar o nível de dor, tendo em conta a escala numérica de zero a dez, na ferida principal dos utentes durante o dia e durante o tratamento.

Através da observação da referida tabela, constatamos que nos resultados da amostra nos CSP, o nível de dor máxima durante o dia é de 10,0, o mínimo de 0,0, sendo a média de 2,0 (DP= 2,2). A dor mínima durante o tratamento para a mesma amostra, é de 0,0, a dor máxima de 10,0, a média de 3,0 (DP= 2,7). Relativamente à amostra dos 123

utentes dos CSD, a dor mínima durante o dia é de 0,0, a dor máxima é de 8,0, correspondendo a uma média de 1,1 e a um desvio padrão em torno da média de 1,8. Para a mesma amostra e analisando os resultados do nível de dor durante o tratamento, o mínimo foi de 0,0, o máximo de 10,0, e a média de 1,7 (DP= 2,1). De salientar no entanto, que ao aplicar o teste estatístico adequado, verificamos que o nível de dor, não só durante o tratamento, como durante o dia, é maior nos utentes dos CSP, tendo as diferenças significado estatístico ($p < 0,05$).

O uso sistemático de uma escala de dor, proporciona um método para medir o sucesso das escolhas de analgésico e do cuidado da ferida. Na opção do instrumento de avaliação da dor, é importante que tanto o profissional de saúde como o utente, compreendam o sistema de pontuação a ser utilizado e como ser interpretado (Direção Geral de Saúde, 2003).

A dor não resolvida, afeta negativamente a cicatrização das feridas e tem impacto sobre a qualidade de vida. Por motivos terapêuticos, bem como humanitários, é vital que todos os profissionais de saúde saibam como avaliar e gerir a dor. A dor resultante das feridas, é multidimensional e o ambiente psicossocial do utente influencia e tem um impacto sobre a experiência fisiológica da dor. Os princípios básicos da avaliação da dor, devem ser os mesmos para todos os tipos de feridas, sendo a meta principal minimizar a dor e criar condições ótimas para a cicatrização de feridas (Morisson, Moffatt & Franks 2010).

Tabela 24: Resultados da aplicação do teste U Mann Whitney ao nível de dor durante o dia e durante o tratamento na ferida principal dos utentes consoante o local de colheita de dados

Nível de Dor (Nível de 0 a 10)		Min.	Max.	Média	Mediana	DP	U	Z	p
Dor Durante o Dia	CSP	0,0	10,0	2,0	2	2,2	32947,000	-4,198	,000
	CSD	0,0	8,0	1,1	0	1,8			
Dor Durante o Tratamento	CSP	0,0	10,0	3,0	3	2,7	30333,500	-5,183	,000
	CSD	0,0	10,0	1,7	1	2,1			

q) Sinais de infecção presentes (superficiais)

Os resultados observados na tabela 25, permitem-nos salientar, a existência de uma grande evidência dos sinais de infecção superficiais presentes nas feridas dos utentes. Relativamente aos utentes dos CSP, os mais evidentes foram: a dor com 52,7% (364), a ferida exsudativa com 23,0% (159) e a ferida não cicatriza com 22,1% (153), sendo o menos presente o odor com 9,6% (66). Nos CSD, os mais frequentes foram: a dor com 17,1% (21), a ferida exsudativa com 15,4% (19) e o tecido desvitalizado com 14,6% (18), sendo o menos presente, o tecido de granulação friável.

Como se pode constatar, nos utentes dos CSP, vários são os sinais de infecção, o que poderá levar a um atraso na cicatrização, tal como é referido por Iron (2005), ao salientar que com níveis baixos de bactérias, algumas características da cicatrização de feridas podem ocorrer a um ritmo maior. Desta ideia partilha Baranoski e Ayello (2006), referindo que a infecção localizada da ferida, compromete a cicatrização e pensa-se ser uma causa importante de cronicidade da ferida, podendo o atraso na cicatrização ser o único sinal de infecção em algumas feridas.

Para diminuir a possibilidade de ocorrência de infecção, Trott (2009), refere que um fator crucial para determinar se uma bactéria irá causar uma infecção na ferida, é o tempo que decorreu desde a lesão, até à limpeza e tratamento da ferida, pelo que é fundamental que tal tempo seja o mais curto possível.

Tabela 25: Distribuição da amostra relativa à avaliação dos sinais de infecção superficiais presentes na ferida principal dos utentes

Sinais de infecção presentes (superficiais)	CSP (691)				CSD (123)			
	Sim		Não		Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Odor	66	9,6	625	90,4	15	12,2	108	87,8
Dor	364	52,7	327	47,3	21	17,1	102	82,9
Ferida Exsudativa	159	23,0	532	77,0	19	15,4	104	84,6
Ferida não cicatriza	153	22,1	538	77,9	15	12,2	108	87,8
Tecido de granulação friável	96	13,9	595	86,1	5	4,1	118	95,9
Tecido desvitalizado	142	20,5	549	79,5	18	14,6	105	85,4

r) Diagnóstico de infecção no compartimento profundo das feridas dos utentes

De acordo com a observação da tabela 26, verificamos que em 81,5% (563) dos utentes em CSP, a maioria das feridas não apresentam diagnóstico de infecção no compartimento profundo, não sendo prescrito antibiótico em 82,9% (573) dos casos.

Em 81,3% (100) dos utentes dos CSD, não foi efetuado diagnóstico de infecção no compartimento profundo e em 82,1% (101), não foi prescrito antibiótico. De salientar, que o diagnóstico de infecção e o uso de antibiótico nos utentes, não é diferente consoante o local onde foram colhidos os dados ($p > 0,05$).

Sendo que a complicação mais grave e frequente na cicatrização de feridas, é a infecção (Trott, 2009) os profissionais de enfermagem devem desenvolver esforços no sentido de prevenir e diminuir a sua taxa de prevalência.

De acordo com Baranoski e Ayello (2006), a presença de microrganismos em tecido necrótico, sem invasão do tecido viável não constitui infecção na ferida. Os microrganismos têm de estar presentes no tecido viável para existir infecção, sendo um elemento fundamental na definição de infecção em ferida.

Diversos agentes tópicos, não atingem a penetração necessária, para que sejam eficazes quando aplicados. Desses agentes tópicos, incluem-se os antibióticos, sendo estes, potencialmente perigosos e nem sempre são absorvidos pela ferida, tendo o risco de causar sensibilização no utente, bem como desenvolvimento de organismos resistentes. Os antibióticos sistémicos, são o tratamento de eleição para tratar feridas infetadas, pois a infecção, pode ser demasiado profunda, para os antibióticos tópicos penetrarem (Irion, 2005). Tendo presente que neste estudo não foi questionado o tipo de antibiótico, sugere-se que em próximos estudos se faça essa distinção.

Tabela 26: Distribuição da amostra referente à presença do diagnóstico de infecção no compartimento profundo e à administração de antibiótico nos utentes com ferida

Diagnóstico de infecção no compartimento profundo	CSP (691)				CSD (123)			
	Sim		Não		Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Diagnóstico de Infecção	128	18,5	563	81,5	23	18,7	100	81,3
Antibiótico	118	17,1	573	82,9	22	17,9	101	82,1

* Qui quadrado = 0,00; $p > 0,05$; ** Qui quadrado =,008; $p > 0,05$

s) A pele circundante das feridas principais dos utentes

Relativamente aos utentes dos CSP, a pele circundante da ferida principal, apresentava-se hidratada com 44,0% (304), ruborizada com 20,4% (141) e seca com 18,8% (130). Nos CSD, os resultados demonstraram, que a pele circundante da ferida principal dos utentes, apresentava-se hidratada com 60,2% (74), seca com 19,5% (24) e ruborizada com 13,8% (17). Comparando os resultados da amostra em CSP e CSD, a pele circundante nas feridas menos frequente, é a descamativa e a macerada (tabela 27).

Para Morison (2004), a pele circundante, pode fornecer informação sobre a avaliação da evolução da cicatrização da ferida. A avaliação da pele circundante, fornece informação útil para avaliação e futuras intervenções de cuidados à ferida. A maceração ou pele seca, pode ser um sinal, de que o penso, não é apropriado para a quantidade e/ou tipo de exsudado. A presença de eritema e calor, podem indicar infeção, a descamação, pápulas ou pústulas, podem indicar reações alérgicas ao adesivo ou ao adesivo do penso. Tendo presente alguns dos dados referidos anteriormente, há necessidade de se equacionar as razões da não qualidade da pele circundante das feridas.

Tabela 27: Distribuição da amostra relativa à avaliação da pele circundante da ferida principal dos utentes

Pele Circundante	CSP (691)				CSD (123)			
	Sim		Não		Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pele descamativa	110	15,9	581	84,1	8	6,5	115	93,5
Pele hidratada	304	44,0	387	56,0	74	60,2	49	39,8
Pele macerada	110	15,9	581	84,1	3	2,4	120	97,6
Pele ruborizada	141	20,4	550	79,6	17	13,8	106	86,2
Pele seca	130	18,8	561	81,2	24	19,5	99	80,5

t) O material de penso com ação terapêutica

Tendo presente, a grande diversidade de materiais de penso com ação terapêutica existente no mercado, verificamos (tabela 28), que nos utentes dos CSP, os materiais de penso com ação terapêutica mais utilizados no tratamento das feridas, foram o iodo com 25,6% (177), outros materiais com 15,9% (110), o hidrogel com 15,6% (108) e o carvão ativado com 11,4% (79). Relativamente aos outros materiais com ação terapêutica,

observamos através da tabela 29, a predominância da utilização de soro fisiológico com 11,1% (77), seguida da utilização do fucidine com 2,9% (20).

Na amostra dos utentes dos CSD, os materiais de penso com ação terapêutica mais utilizados nas feridas dos utentes, foram outros materiais com 59,3% (73), o iodo com 26,0% (32) e o carvão ativado com 7,3% (9) (tabela 28).

Tabela 28: Distribuição da amostra relativa à aplicação do material de penso com ação terapêutica na ferida principal dos utentes

Material de penso com ação terapêutica	CSP (691)				CSD (123)			
	Sim		Não		Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ácido hialurónico	0	0,0	691	100,0	3	2,4	120	97,6
Acido gordo esterificado	46	6,7	645	93,3	4	3,3	119	96,7
Alginato	46	6,7	645	93,3	5	4,1	118	95,9
Bioceramica	0	0,0	691	100,0	0	0,0	123	100,0
Hidrofibra	65	9,4	626	90,6	3	2,4	120	97,6
Carvão ativado	79	11,4	612	88,6	9	7,3	114	92,7
Colagénio	0	0,0	691	100,0	0	0,0	123	100,0
Colagenase	53	7,7	638	92,3	6	4,9	117	95,1
Espuma	73	10,6	618	89,4	3	2,4	120	97,6
Hidrocolóide	72	10,4	619	89,6	4	3,3	119	96,7
Hidrogel	108	15,6	583	84,4	6	4,9	117	95,1
Iodo	177	25,6	514	74,4	32	26,0	91	74,0
Maltodextrina	0	0,0	691	100,0	0	0,0	123	100,0
Mel	12	1,7	679	98,3	1	0,8	122	99,2
Película polimérica	8	1,2	683	98,8	0	0,0	123	100,0
Película transparente	4	0,6	687	99,4	0	0,0	123	100,0
Poliacrilato	1	0,1	690	99,9	0	0,0	123	100,0
Polihexanida	6	0,9	685	99,1	0	0,0	123	100,0
Prata	61	8,8	630	91,2	3	2,4	120	97,6
Sucralfato	6	0,9	685	99,1	0	0,0	123	100,0
Outro	110	15,9	581	84,1	73	59,3	50	40,7

Através da análise da tabela 29 (CSD), relativa a outros materiais com ação terapêutica, aferimos a predominância na utilização de soro fisiológico com 43,1% (53), seguido da utilização da água e sabão com 11,4% (14). Nos CSD, existe uma maior diversidade de

material com ação terapêutica não utilizado na realização de pensos, acrescentando-se a película polimérica, a película transparente, o poliacrilato, a polihexanida e o sucralfato.

As escolhas dos materiais de pensos, devem ser feitas em conjugação com a avaliação da ferida, os princípios dos cuidados com o tratamento das feridas e a sua disponibilidade nas instituições (Baranoski & Ayello, 2006).

Para Elias, Miguéns, Gouveia e Martins (2009), o material de pensos com efeito terapêutico sofreu uma evolução marcada nos últimos anos, relacionando-se com a evolução tecnológica da produção de materiais, com o aumento de conhecimentos sobre os mecanismos da cicatrização e com a perceção do indivíduo como um todo. Assim sendo, o doente/utente deixa de ser um indivíduo com uma ferida, passando a ser visto numa perspectiva holística.

Tabela 29: Distribuição da amostra relativa à aplicação de outro material de penso com ação terapêutica na ferida principal dos utentes

Outro material de penso com ação terapêutica	CSP (n= 111)		CSD (n= 73)	
	Nº	%	Nº	%
Soro fisiológico	77	11,1	53	43,1
Hipoclorito de sódio	1	0,1	0	0,0
Fucidine	20	2,9	0	0,0
Inadine	3	0,4	0	0,0
Biafine	1	0,1	0	0,0
Eosina	1	0,1	0	0,0
Antifúngico	1	0,1	0	0,0
Vitamina A	1	0,1	2	1,6
Creme gordo	1	0,1	0	0,0
Betnovate	1	0,1	1	0,8
Odeodermil	1	0,1	0	0,0
Vaselina	1	0,1	0	0,0
Barral	1	0,1	0	0,0
Rifocil (Rifampicina)	0	0	1	0,8
Água e sabão	0	0,0	14	11,4
Óxido de zinco	0	0,0	1	0,8
Betnovate e creme gordo	0	0,0	1	0,8

u) Frequência da mudança de penso da ferida principal dos utentes

Analisando a tabela 30, nos utentes dos CSP, a mudança de penso com maior frequência foi realizada duas vezes na semana com 57,6% (398), três vezes na semana com 28,2% (195) e uma vez na semana com 9,3% (64). Na amostra dos utentes dos CSD, a maior frequência da realização de penso à ferida principal, é de duas vezes na semana com 30,1% (37), três vezes na semana com 22,8% (28) e todos os dias com 21,1% (26).

Comparando os resultados da amostra dos utentes em CSP e os CSD, 0,1% (1) utente nos CSP, realizou penso mais do que uma vez por dia, enquanto, que nos CSD e sendo esta amostra mais pequena, 15,4% (19) utentes realizaram mudança de penso, mais do que uma vez por dia.

De acordo com Baranoski e Ayello (2006), os materiais de pensos para as feridas dos utentes, devem ser mudados de acordo com as características do leito da ferida, devendo as instruções e as recomendações dos fabricantes encontradas na embalagem dos respetivos materiais relativamente à sua mudança e método de aplicação, ser lidas e compreendidas, pelos profissionais de saúde.

Tabela 30: Distribuição da amostra referente à frequência da mudança de penso à ferida principal dos utentes

Frequência de mudança de penso	CSP (691)		CSD (123)	
	Nº	%	Nº	%
1 vez semana	64	9,3	9	7,3
2 vez semana	398	57,6	37	30,1
3 vez semana	195	28,2	28	22,8
4 vez semana	7	1,0	2	1,6
5 vez semana	4	0,6	2	1,6
6 vez semana	2	0,3	0	0,0
Todos os dias	20	2,9	26	21,1
Mais que uma vez por dia	1	0,1	19	15,4

Tendo presente o Decreto de Lei N.º 122/2010 de 11 de Novembro, que definiu o regime da carreira especial de enfermagem e o Diário da República, 1ª série – 252-31 de Dezembro de 2008, Portaria n.º 1553-C/2008 de 31 de Dezembro (Anexo VI), que aprova a tabela remuneratória única dos trabalhadores que exercem funções públicas e

que define como vencimento dos enfermeiros (base – média) de 1201,48€, com o preço hora (140 horas) de 8,58€, e analisando as tabelas 19 e 20, verificamos que o custo médio com os recursos humanos (enfermeiro) para tratar feridas no domicilio é de 34,26€ por tratamento. Tendo presente, a tabela 30, em que a frequência de mudança de penso verificada é de 2 vezes na semana, então o custo médio com os recursos humanos sobe para 68,52€, não sendo possível quantificar neste trabalho, os custos com os materiais de pensos utilizados pelos enfermeiros no tratamento da ferida principal, o que elevaria o custo médio do tratamento da ferida. Estes dados comprovam o salientado pela OMS (2008) ao salientar que as feridas têm um custo muito elevado não só a nível individual como económico.

CAPITULO 4 – CONCLUSÕES

Relançar um olhar, sobre o percurso desta investigação e desenvolver uma síntese conclusiva é o maior desafio, que neste momento se coloca.

Encontrando-se no culminar desta investigação iniciada há alguns meses, no sentido de estudar a prevalência e características das feridas na população do distrito de Leiria, consideramos primordial esta temática, tendo em conta que no referido distrito, é grandioso o número de utentes com feridas que se encontram em tratamento, quer em cuidados saúde primários, quer em cuidados de saúde diferenciados, ficando a conhecer-se a realidade da prevalência e características das feridas na referida população.

Tratou-se de um estudo descritivo comparativo, transversal e quantitativo, sendo a população deste estudo constituída por um total de 814 utentes com feridas, no Distrito de Leiria distribuídos pelos dois contextos de cuidados.

A amostra foi obtida por amostragem do tipo não probabilística accidental, sendo na presente investigação, constituída por 691 utentes com feridas pertencentes a dois ACES e por 123 utentes com feridas internados e/ou que recorreram às consultas externas de dois Hospitais, do Distrito de Leiria.

Alicerçados nos objetivos traçados neste processo investigativo e nos resultados obtidos, salientam-se as seguintes conclusões:

Prevalência de feridas

Nos utentes que recorreram aos CSP na semana do estudo, verificou-se uma taxa de prevalência, na área das feridas de 31,6%.

Nos utentes internados nos CSD no dia da colheita de dados, verificou-se uma taxa de prevalência, de 21,3% de utentes com feridas.

Dados sócio-demográficos e profissionais relativos aos utentes com feridas: Os utentes apresentados neste estudo e frequentadores/utilizadores dos CSP e CSD para tratamento de feridas, são maioritariamente idosos e reformados, sendo nos CSP, maioritariamente do sexo masculino, enquanto nos CSD, são do sexo feminino.

Dados relativos aos antecedentes/ fatores de risco dos utentes com feridas: Os fatores de risco dos utentes com feridas nos CSP, são a hipertensão arterial, a diabetes tipo II e a insuficiência venosa periférica, enquanto, que nos CSD são a hipertensão arterial, a insuficiência cardíaca, o AVC, a diabetes tipo II e a imobilidade.

Dados relativos à referência das feridas dos utentes: respeitante ao número de feridas, encontraram-se utentes com 9 feridas, sendo que a ferida principal apresentava as seguintes características: na amostra de 691 utentes dos CSP, a classificação mais predominante, foi a ferida traumática, a ferida cirúrgica e a úlcera venosa de perna, com localização mais frequente nas pernas, no pé e mãos, tendo origem maioritariamente no domicílio, seguido do hospital e em centro de saúde/cuidados saúde primários, com a lateralização mais frequente à esquerda, seguida à direita, com duração em média de sensivelmente um ano. Na amostra de 123 utentes dos CSD, a classificação mais predominante, foi a ferida cirúrgica, a ferida traumática e a úlcera de pressão categoria IV, com localização mais frequente no abdómen e pernas, tendo origem maioritariamente no hospital, seguido do domicílio e no lar, sendo a lateralização da ferida principal mais frequente ao centro, seguida à esquerda, com durabilidade de cerca de 5 meses.

Dados relativos ao material de alívio de pressão dos utentes com feridas: O material de alívio de pressão dos utentes com feridas, mais utilizado nos CSD e CSP, foi a almofada na cama.

Dados relativos à existência de lesão nos membros inferiores dos utentes: Do total da amostra, 439 utentes, apresentaram feridas nos membros inferiores, sendo 413 utentes pertencentes aos CSP e 26 utentes pertencentes aos CSD. As avaliações do Índice de Pressão Tornozelo Braço – IPTB, realizaram-se mais nos utentes dos CSP do

que nos utentes dos CSD. A maioria dos utentes com feridas nos membros inferiores, dos CSP e CSD, não realizaram avaliação do IPTB.

Relativamente à aplicação da terapia compressiva e tipo de ligadura utilizada, nos utentes com lesão nos membros inferiores, verificou-se que quando é utilizada a terapia compressiva, a utilização maioritária é a de ligadura elástica, nos utentes dos CSP e CSD, verificando-se no entanto, que a terapia compressiva não foi aplicada, à maioria dos utentes com feridas nos membros inferiores.

Dados relativos á ferida principal dos utentes: Na avaliação da cicatrização da ferida principal dos utentes, foi utilizada a PUSH. Relativamente à medição da ferida principal dos utentes, aferimos que a ferida principal de maior e menor área, apresentou-se nos utentes dos CSD e a mínima, nos utentes dos CSP.

Relativamente ao tipo de tecido e nível de exsudado, nos CSP e nos CSD, o tipo de tecido menos presente, foi o tecido necrosado, sendo o nível de exsudado menos frequente, o abundante. Nos CSP, o tipo de tecido mais frequente, foi o de granulação, sendo o nível de exsudado maioritariamente escasso, enquanto que nos CSD, o tipo de tecido mais existente no leito das feridas, foi o tecido de epitelização, não apresentando a maioria das feridas nenhum exsudado. Através da aplicação do teste estatístico adequado, verificou-se que o grau de cicatrização das feridas dos utentes não está relacionado com o local onde foi realizada acolheita de dados.

Quanto ao local da realização do tratamento, em CSP, a maioria dos utentes realizaram tratamento em ambulatório e no domicílio, enquanto, que em CSD, maioritariamente os utentes, realizaram tratamentos no internamento, seguindo-se o ambulatório.

Nos CSP, o tempo despendido pelo enfermeiro, na realização do tratamento ao domicílio, foi em média de 1 horas.

Relativamente à amostra nos CSD, não se verificou qualquer deslocação de enfermeiros ao domicílio, para a realização do tratamento à ferida principal dos utentes.

O custo médio com os recursos humanos (enfermeiro) para tratar feridas no domicílio é de 34,26€ por tratamento, sendo o custo médio com os recursos humanos, no tratamento de feridas duas vezes na semana, de 68,52€.

Na realização deste trabalho, não foi possível quantificar os custos com os materiais de pensos, utilizados pelos enfermeiros no tratamento da ferida principal, o que elevaria os custos médios dos tratamentos das feridas.

A avaliação do nível de dor, relativamente à ferida principal, durante o dia e durante o tratamento, demonstrou através dos resultados da amostra, que o nível de dor mínima e dor máxima, nos utentes dos CSP e CSD, apresentou-se coincidente. Através da aplicação do teste estatístico adequado, verificou-se que o nível de dor durante o tratamento e durante o dia, das feridas dos utentes foi maior nos utentes dos CSP, tendo as diferenças significado estatístico.

Relativamente à avaliação dos sinais de infeção superficiais, presentes na ferida principal dos utentes dos CSP, os mais evidentes foi a dor, a ferida exsudativa e a ferida não cicatriza, enquanto que nos CSD, foi a dor, a ferida exsudativa e o tecido desvitalizado.

Do total da amostra de utentes dos CSP, 563 utentes, não apresentaram diagnóstico de infeção no compartimento profundo da ferida principal, não sendo prescrito antibiótico a 573 utentes, enquanto que do total da amostra dos utentes dos CSD, 100 utentes não apresentaram diagnóstico de infeção no compartimento profundo da ferida principal, não sendo prescrito antibiótico, a 101 utentes.

Na avaliação da pele circundante da ferida principal dos utentes, comparando os resultados da amostra em CSP e CSD, a pele circundante nas feridas menos frequente é a descamativa e a macerada.

O material com ação terapêutica mais utilizado na ferida principal nos utentes dos CSP, foi o iodo, seguido do soro fisiológico, enquanto que nos CSD, foi o soro fisiológico, seguido do iodo.

A mudança de penso na ferida principal dos utentes dos CSP e CSD, é coincidente na realização de duas vezes por semana.

Neste ponto importa ainda referir as limitações, implicações e sugestões do estudo.

A escassez de estudos, publicados nesta área, limitou a variedade dos autores referenciados.

Uma das limitações do estudo, prende-se com a representatividade da amostra de utentes com feridas na população do distrito de Leiria, tornando as colheitas de dados morosas e dispendiosas.

O fato das autorizações para a realização do estudo terem demorado, prolongou o tempo da realização do estudo, no entanto o contacto direto entre o investigador, os utentes e enfermeiros, contribuiu para aumentar a adesão ao estudo, não tendo havido dificuldade na compreensão das questões.

Um aspeto positivo, foi o de conhecer a realidade sobre o número de utentes com feridas no distrito de Leiria, acreditando que o presente estudo se reveste de enorme importância para fomentar o trabalho científico na área das feridas em Portugal. Estes resultados permitem ainda definir, estratégias de intervenção, tendo presente os dados das características e materiais usados no tratamento de feridas, para um melhor cuidado a estes utentes.

Tendo em conta a temática abordada, os resultados e a sua discussão, seria pertinente a realização de trabalhos de investigação, em que fosse possível quantificar custos de materiais aplicados nos tratamentos a utentes com feridas, bem como qualificar, o grau de conhecimentos dos vários profissionais de saúde, no tratamento de feridas, utilizando para o efeito, outro instrumento de colheita de dados.

Reafirmamos ainda as seguintes sugestões:

- A nível curricular, no plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, o aumento da carga horária na temática relativa às feridas;
- A criação de cursos de Pós-graduação em Feridas;
- Uma maior expansão dos Mestrados na área das Feridas;
- Atualização de materiais para tratamento de feridas por parte das instituições, contribuindo para a eficácia dos tratamentos, diminuindo os custos destes;
- Desenvolvimento de uma linha de investigação em conjunto com escolas/instituições/ unidades avançadas de tratamentos de feridas, na área das feridas;

Salienta-se, a importância de focalizar futuramente, estudos posteriores ou retoma do mesmo em contextos diferentes, com amostras diferentes, na tentativa de realçar factos e relações significativas, bem como questionar as razões dos tratamentos, o nível de qualidade de vida dos utentes com feridas e grau de satisfação por áreas geográfica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, P., Justiniano, A., Amado, J., & Vieira, M. (2011, Janeiro-Fevereiro). Ensino em Feridas: importância da formação e impacto económico. *Revista Nursing, (suppl. Feridas)*, 6-9.
- Alves, P., & Vieira, M. (2010). *Ensino em Feridas: Formação pré- graduada nos cursos de saúde*. Tese de Mestrado em Administração e Gestão da Educação. Universidade Portucalense, Porto.
- Baranoski, S., & Ayello, E. A. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos*. Loures: Lusodidacta.
- Beeckman, D., Schoonhoven, L., Verhaeghe, S., Heyneman, A., & Defloor, T. (2009). Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1141-1154.
- Boulton, A. (2005). *The global burden of diabetic foot disease*. *Lancet*.
- Clark, M. (2003). *Compression Bandages: Principals and Definitions*. EWMA Position Document: Understanding Compression Therapy.
- Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior (2009). *Documento de consenso - CONUEI*. Editora EdikaMed.
- Dealey, C. (2006). *O tratamento das Úlceras da Perna: Guia para Enfermeiros*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Decreto-lei nº 21844/2004, de 12 de Outubro (2004). Homologa a classificação farmacoterapêutica de medicamentos. *Diário da República II Série*. Nº131 (06/06/2004).
- Dow, G., Browne A., & Sibbald, R.G. (1999). Infection in chronic wounds. Controversies in diagnosis and treatment. *Ostomy/wound Management*, (45), 23-40.

- Echinard, C., & Latarjet, J. (2012). *Queimaduras*. Loures: Lusociência.
- Elias, C., Miguéns, C., Gouveia, J., & Martins, O. (2009). *Material de penso com acção terapêutica. Penso: acto de Pensar uma Ferida*. Tipografia Lousanense. Grupo Associativo de Investigação em Feridas.
- European Wound Management Association (2003). *Position Document: Understanding Compression Therapy*. Medical Education Partnership: London.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, & National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009). *Prevenção de úlceras de pressão: guia de consulta Rápido*. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas.
- Ferreira, P.L., Miguéns, C., Gouveia, J. & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.F. (2009). *O processo de investigação da concepção à realização* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Furtado, k.A. (2003, Julho). Úlceras de perna - Tratamento baseado na evidência. *Revista Nursing Portuguesa*.
- Gogia, P.P. (2003). *Feridas: tratamento e cicatrização* (Ricardo Cavalcanti Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Editora Revinter Lda.
- Goldsmith, L. A., Lazarus, G.S., & Tharp, M.D. (2000). *Dermatologia de adultos e pediátrica: guia ilustrado de diagnóstico e tratamento*. Loures: Editora Lusociência.
- Hurd, T., & Posnett, J. (2009). Point prevalence of wounds in a sample of acute hospitals in canada. *International Wound Journal*, 6 (4), 287-293.
- International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de enfermagem - CIPE*. (Castro,H., trad.) Versão 2: Ordem dos Enfermeiros.

- Irion, G. (2005). *Feridas: Novas abordagens, manejo clínico e atlas a cores*. Rio de Janeiro: Editora LAB.
- Lauterbach, S., Kostev, K., & Kohlmann, T. (2010). Prevalence of diabetic foot syndrome and its risk factors in the uk. *Journal of Wound Care*, 19 (8), 333-337.
- Mcdermott-Scalles, L., Cowman, S., & Gethin, G. (2009). Prevalence of wounds in a community care setting in ireland. *Journal of Wound Care*, 18 (10), 405-417.
- Morison, M.J., Moffatt, C.J. & Franks, P. J. (2010). *Úlceras de perna: uma abordagem de aprendizagem baseada na resolução de problemas*. Loures: Lusodidacta.
- Morison, M. J. (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusodidacta.
- Neil, J. (1998). *Living With a Chronic Wound: A Heideggerian Hermeneutical Analysis*. Tese de Doutorado, Virginia Commonwealth University, EUA.
- Observatório Nacional da Diabetes (2009). *Diabetes: factos e números 2009*. Relatório anual do observatório nacional da diabetes, Portugal.
- Organização Mundial de Saúde, (2008). *Best practice recommendations for wound and lymphedema management*. Association for the advancement of wound care leads world health organization initiative to establish guidelines for wound and lymphedema care. Press realese.
- Ordem dos Enfermeiros: Conselho de Enfermagem (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Overhaussen, P.E. (2012). *Úlceras do pé diabético: causas, diagnósticos e tratamentos*. Loures: Edições Lusociência.
- Pina, E., Furtado, K., & Albino, A.P. (2007). *Boas Práticas no Tratamento e Prevenção das Úlceras de Perna de Origem Venosa*. Pampilhosa da Serra: GAIF.

- Pina, E., Furtado K, Franks PJ, Moffatt CJ. (2004). Úlceras de Perna em Portugal - Um Problema de Saúde Subestimado. *Revista Portuguesa de Cirurgia Cardiotorácica e Vasculard, XII (3),169-74.*
- Popoola, M. M. (2000). A clarion call for a holistic approach to chronic wound management. *Advances in Skin & Wound Care, 13 (1), 47-48.*
- Rosa, K. C. (2004). *Newman's Research as praxis: Health as Expanding Conscious and Living with lower Extremity Chronic Skin Wounds.* Tese de Doutoramento. William F. Connell Graduate School of Nursing, Boston College, EUA.
- Serra, L.M.A. (2008). *Pé diabético- manual para a prevenção da catástrofe* (2ªed.). Lousã: Lidel- edições técnicas Lda.
- Téot, L. (2004). *Tratamento de feridas. Mudar as ideias sobre os antissépticos.* De Coker.
- Trott, A. T. (2009). *Feridas e lacerações: Cuidados de emergência e encerramento* (3ªed). Loures: Edições Lusodidacta.
- Universidade Católica Portuguesa (2011). *Estudo nacional de prevalência em feridas.* Protocolo de preenchimento. Porto.
- Valencia, I. C., Falabella, A., Kirsner, R., & Eaglstein, W. (2001). Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. *Journal of the American Academy of Dermatology, 44 (3), 401-424.*
- White, R. (2006). Delayed wound healing: who, what, when and why? *Nursing Standard, (suppl.4), 47-54.*

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

ICS-UCP Feridas mod. 001_v10

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE FERIDAS

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"/> Leishemania	<input type="checkbox"/> Traumatismo	
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Diminuição sensibilidade	<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Lepra	<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		

Referenciação das Feridas							
Identificação	Classificação	Localização	Origem	Lateralização	Há quanto tempo existe		
					Anos	Meses	Semanas
F1 (Principal)							
F2							
F3							
F4							
F5							
F6							
F7							
F8							
F9							
F10							

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

Localização: 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

Origem: 1 - hospital ; 2 - Rede de Cuidados Continuados ; 3 - Centro Saúde / Cuidados Saúde Primários ; 4 - domicílio ; 5 - lar ; 6 - outro. Escrever qual no espaço

Lateralização: 1 - esquerda ; 2 - direita ; 3 - centro

Material de alívio da pressão			
<input type="checkbox"/> Almofada na cadeira	<input type="checkbox"/> Calçado de diabético	<input type="checkbox"/> Colchão de pressão alterna	<input type="checkbox"/> Outros
<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
<input type="checkbox"/> Não			Se sim, com que ligadura: <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)
Ambulatório <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Internamento Se domicílio, tempo de deslocação: h m	_ h _ m	_ durante o dia _ durante o tratamento <input type="checkbox"/>

Sinais de infeção presentes (superficiais)	Diagnóstico de infeção 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"/> Poliacrílico <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

CARTAS DE PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO

Pedro Miguel Martins Simões Favas
Rua do Vale n.º. 84
Reixida - Cortes
2410 - 856 – Leiria
Email: Pedro.favas@gmail.com
Telem. – 919851676

Exmo. Senhor Presidente do
Conselho de Administração
Do Hospital

Sou um investigador da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, que se encontra desenvolver um estudo sobre a Prevalência de Feridas na População do Distrito de Leiria, no âmbito do Curso de Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual, cujo, a orientadora é a Prof. Dr.^a Maria dos Anjos Dixe e o coorientador, o Prof. Mestre Paulo Alves.

As Feridas, sendo uma epidemia escondida que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, têm um elevado impacto tanto a nível individual como económico, o que tornam esta problemática relevante na comunidade científica.

Este estudo, integra-se no âmbito do Estudo Nacional de Prevalência em Feridas, que procura responder ao seguinte objetivo geral: Identificar e caracterizar as Feridas dos utentes nos Cuidados de Saúde Primários e Diferenciados.

Neste sentido, venho por este meio, requerer autorização para proceder à recolha de dados junto dos utentes que se encontram internados na Instituição Hospitalar que Vossa Excelência dirige. De acordo com os requisitos éticos da investigação, mais se acrescenta que a participação dos utentes no estudo é voluntária e que todos os dados obtidos são confidenciais e anónimos.

Gostaria, se o parecer for positivo, recolher os dados nos meses de Maio a Junho.

Agradecendo desde já a atenção dispensada, encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

Atentamente,
Pelo investigador,

Leiria, 13 de Maio de 2011

Pedro Miguel Martins Simões Favas
Rua do Vale nº. 84
Reixida - Cortes
2410 - 856 – Leiria
Email: Pedro.favas@gmail.com
Telem. – 919851676

Exmo. Senhor Diretor Executivo
Do ACES

Sou um investigador da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, que se encontra desenvolver um estudo sobre a Prevalência de Feridas na População do Distrito de Leiria, no âmbito do Curso de Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual, cujo, a orientadora é a Prof. Dr.^a Maria dos Anjos Dixe e o coorientador, o Prof. Mestre Paulo Alves.

As Feridas, sendo uma epidemia escondida que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, têm um elevado impacto tanto a nível individual como económico, o que tornam esta problemática relevante na comunidade científica.

Este estudo, integra-se no âmbito do Estudo Nacional de Prevalência em Feridas, que procura responder ao seguinte objetivo geral: Identificar e caracterizar as Feridas dos utentes nos Cuidados de Saúde Primários e Diferenciados.

Neste sentido, venho por este meio, requerer autorização para proceder à recolha de dados junto dos utentes que recorrem ao serviço de enfermagem da Instituição que Vossa Excelência dirige. De acordo com os requisitos éticos da investigação, mais se acrescenta que a participação dos utentes no estudo é voluntária e que todos os dados obtidos são confidenciais e anónimos.

Gostaria, se o parecer for positivo, recolher os dados nos meses de Maio a Junho.

Agradecendo desde já a atenção dispensada, encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

Atentamente,
Pelo investigador,

Leiria, 13 de Maio de 2011

ANEXO III

RESPOSTA AOS PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO

Exmo. Senhor
Enfº Pedro Miguel Martins Simões Favas
Rua do Vale, nº 84
Reixida – Cortes
2410-856 Leiria

Assunto: Pedido de autorização para colheita de dados para estudo de investigação

No seguimento do vosso pedido de 2011.05.26, a solicitar autorização para aplicação de um instrumento de colheita de dados, subordinado ao tema "Identificar e caracterizar as feridas dos utentes nos cuidados de saúde primários diferenciados", no âmbito do Curso de Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual da Universidade Católica Portuguesa, informa-se que o Conselho de Administração, na sua reunião de 2011.09.29, deliberou autorizar a sua realização.

Mais se informa que nesta data foi dado conhecimento da presente deliberação aos Directores dos Serviços de Bloco Operatório, Cardiologia, Cirurgia I e II, Consulta Externa, Dermatologia, Estomatologia, Gastrenterologia, Ginecologia/Obstetrícia, Medicina I e II, Medicina Intensiva, Ortopedia I e II, Oftalmologia, ORL, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Sangue, Urgência Geral e Urologia.

Com os melhores cumprimentos.

O PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



Exmº Senhor
Investigador Pedro Miguel M.S. Favas
Rua do Vale, Nº 84
Reixida - Cortes
2410 – 856 Leiria

Ofício nº 349/CA/2011

29.06.2011

ASSUNTO: Estudo Nacional de Prevalência em Feridas.

Em resposta ao requerimento apresentado por V. Ex.ª em 13 de Maio de 2011, e por deliberação deste Conselho, somos a informar que foi autorizada a realização do estudo conforme solicitado.

A pessoa de contacto e a quem se deverão dirigir para programação e planeamento do estudo no hospital é a Sr.ª Enfermeira
Directora,

Com os melhores cumprimentos

pel'

O Conselho de Administração
A Presidente



005685 22-07 '11 15:51

Exmo Senhor
Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas
M.I Director do Instituto de Ciências Sociais
Da Universidade Católica
Palma de Cima

1649 – 023 LISBOA

Proc.

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência

Leiria,

CS/0536/2011

2011-06-28

P C C

ASSUNTO

Pedido para a realização de colheita de dados

De acordo com o assunto mencionado, cumpre-me informar V.Exa. que, o respectivo processo foi enviado para o Conselho Directivo da ARS [redacted] com expressão de parecer favorável, tendo em vista a necessária apreciação por parte da Comissão de Avaliação de Pedidos de Patrocínio Científico a Autorização de Estudos.

Na resposta indicar as referências deste ofício

Com os melhores cumprimentos,

A PRESIDENTE DO CONSELHO CLÍNICO







Ministério da Saúde

044213 '11 12-09 11:58

Exm.º Senhor

Enf.º Pedro Miguel Martins Simões Favas

Rua do Vale n.º 84

Reixida

2410 – 856 Leiria

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência

Data

ASSUNTO: Estudo Epidemiológico (descritivo)

Para conhecimento e efeitos tidos por convenientes, informa-se V. Ex.ª que a Comissão de Avaliação de Trabalhos de Investigação da ARS após análise do pedido mencionado em epígrafe, emitiu a deliberação que seguidamente se transcreve:

“ A CAPPAE nada obsta

Data: 18/11/2011”

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Directivo



Ministério da Saúde

Apresento para
validação a
de CES de 15.12.2012
A/Tracy

Apresento o relatório
do estudo em
os dados colhidos pelo
Comité de Ética
17-1-2012
JL

Informação N.º

Data

Processo N.º

22/09/2011
28/11/2011

Enviado por mail pelo director
executivo do ACES em
22/09/2011
30499/2011/... - 2011-11-08

Assunto: "Estudo Epidemiológico de Feridas"

Apreçiamos o pedido do estudo com a designação "Estudo Epidemiológico de Feridas" a ser desenvolvido no âmbito da tese de mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa do licenciado Pedro Miguel Martins Simões Favas sob orientação da Profª Drª Maria dos Anjos Dixe e coorientador, o Prof Mestre Paulo Alves.

Foi-nos referenciada a seguinte documentação:

- Folha de recolha de dados com a designação "estudo epidemiológico de feridas";
- Cópia do requerimento dirigida ao Exmo. Sr. Director do ACES ... do Director do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa assinada pelo Director Prof. Alexandre Castro Caldas.
- Cópia de carta electrónica do requerente dirigida ao Exmo. Sr. Director do ACES

Trata-se de um estudo que tem, aparentemente, por finalidade principal avaliar caracterizar as práticas adoptadas para avaliação da úlcera por pressão em Cuidados Primários de Saúde e nos Cuidados Hospitalares.

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, não intervencional, transversal, a ser realizado, aparentemente, em unidades de cuidados de saúde primários e nos Cuidados Hospitalares.

ANEXO IV

**CARTA DE ESCLARECIMENTO DO ESTUDO E DO CONSENTIMENTO
INFORMADO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**

CARTA DE ESCLARECIMENTO DO ESTUDO E DO CONSENTIMENTO INFORMADO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

TÍTULO: Prevalência de Feridas na População do Distrito de Leiria – Estudo de Epidemiológico.

INVESTIGADOR: Pedro Miguel Martins Simões Favas, aluno do Mestrado de Feridas e Viabilidade Tecidual, da Universidade Católica Portuguesa.
Telefone: 919851676.

OBJECTIVO

O objetivo deste estudo é Identificar e Caracterizar as Feridas conhecer a Prevalência do Tipo de Feridas no Distrito de Leiria.

MÉTODO

Preenchimento de um formulário, pelo investigador.

RISCOS POTENCIAIS

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

VANTAGENS DO ESTUDO

O estudo não apresenta nenhuma vantagem para os participantes. Contudo, poder-se-á considerar a importância do conhecimento do Tipo de Feridas no Distrito de Leiria.

CONFIDENCIALIDADE

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

PARTICIPAÇÃO

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

QUALQUER QUESTÃO QUE DESEJE COLOCAR, CONTACTE O INVESTIGADOR PELO NÚMERO DE TELEFONE INDICADO NO CABEÇALHO DESTA CARTA.

ANEXO V

FORMULARIO DO CONSENTIMENTO INFORMADO DO ESTUDO

Formulário de Consentimento Informado de Participação no Estudo

Investigador: Pedro Miguel Martins Simões Favas, aluno do Mestrado de Feridas e Viabilidade Tecidual, na Universidade Católica Portuguesa.

Código de Identificação do Participante: _____

Reconheço que os procedimentos de investigação e do consentimento no âmbito do Estudo de Prevalência de Feridas na População do Distrito de Leiria, me foram explicados e que me responderam a todas as questões. Compreendo as vantagens que a participação neste estudo poderá repercutir no futuro. Considero ainda que o estudo não apresenta qualquer risco potencial. Compreendo que tenho direito de colocar, agora e durante todo o processo de desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguram-me que os processos serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada a terceiros, incluindo a minha identidade, sem a minha permissão.

Compreendo que sou livre de a qualquer momento desistir de participar neste estudo. Compreendo também que se o fiz, a qualidade dos cuidados dos quais beneficio não será de modo algum afetada.

Pelo presente documento, eu _____
consinto participar neste estudo.

Assinatura _____

_____ / / _____

ANEXO VI

DECRETO DE LEI QUE DEFINE O REGIME DA CARREIRA ESPECIAL DE ENFERMAGEM E DIÁRIO DA REPUBLICA QUE APROVA A TABELA SALARIAL ÚNICA DOS TRABALHADORES QUE EXERCEM FUNÇÕES PÚBLICAS.

Decreto-Lei n.º 122/2010

de 11 de Novembro

O Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro, definiu o regime da carreira especial de enfermagem, bem como os requisitos de habilitação profissional, relativamente aos enfermeiros com relação jurídica de emprego público constituída por contrato de trabalho em funções públicas.

Nos termos dos seus artigos 14.º e 15.º, os níveis remuneratórios correspondentes às posições remuneratórias das categorias que integram a carreira especial de enfermagem - enfermeiro e enfermeiro principal - são identificados por diploma próprio.

Assim, e em conformidade com os princípios e regras consagrados na Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, o presente decreto-lei estabelece, por categoria, o número de posições remuneratórias da carreira especial de enfermagem, bem como identifica os correspondentes níveis remuneratórios.

Esta definição tem em consideração, por um lado, o grau de complexidade funcional da carreira especial de enfermagem e, por outro, o processo de dignificação e valorização da profissão de enfermeiro que tem vindo a ser feito na última década, nomeadamente através do modelo de formação dos enfermeiros.

De igual modo, é fixada a remuneração correspondente ao exercício de funções de direcção e chefia na organização do Serviço Nacional de Saúde, nos termos do artigo 18.º do mencionado Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro.

Através deste diploma, e em cumprimento do estabelecido no n.º 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro, estabelece-se, ainda, o rácio a observar para efeitos de previsão, nos respectivos mapas de pessoal, de postos de trabalho a ocupar por enfermeiros principais.

No que respeita às regras relativas ao regime de reposicionamento remuneratório para a tabela remuneratória agora estabelecida, prevê-se a aplicação dos princípios fixados no artigo 104.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro.

Por último, e nos termos do disposto no artigo 24.º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro, prevêem-se como subsistentes as categorias de enfermeiro-chefe e de enfermeiro-supervisor.

Foram observados os procedimentos decorrentes da Lei n.º 23/98, de 26 de Maio.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

Objecto

1 - O presente decreto-lei estabelece o número de posições remuneratórias das categorias da carreira especial de enfermagem, identifica os respectivos níveis da tabela remuneratória única, define as regras de transição para a nova carreira e identifica as categorias que se mantêm como subsistentes.

**PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS
E MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

Portaria n.º 1553-C/2008

de 31 de Dezembro

A presente portaria aprova a tabela remuneratória única dos trabalhadores que exercem funções públicas, assim se completando as disposições de natureza remuneratória essenciais à execução da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, e se estabelecendo o enquadramento das remunerações base de todos aqueles trabalhadores.

Nos termos do artigo 109.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, os trabalhadores serão reposicionados remuneratoriamente na tabela a partir de 1 de Janeiro de 2009. Para o efeito, porém, há que proceder à actualização das suas remunerações base actuais.

Remunerações que não devam, nunca, ser absorvidas pela tabela remuneratória única são também actualizadas em igual percentagem.

São também actualizados os suplementos do «abono para falhas» e pelo exercício de funções de secretariado, adoptando já a regra da fixação em montantes pecuniários exactos, decorrente da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro.

Cumprindo o que oportunamente se acordou em sede de negociação sindical, fixa-se em € 28 o mínimo do primeiro acréscimo remuneratório resultante de alteração de posição remuneratória que deva ter lugar após a transição dos trabalhadores para os novos regimes de vinculação, carreiras e remunerações.

Assim:

1.º Ao abrigo dos n.ºs 2 e 4 do artigo 68.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro:

Manda o Governo, pelo Primeiro-Ministro e pelo Ministro de Estado e das Finanças, o seguinte:

1.º É aprovada a tabela remuneratória única dos trabalhadores que exercem funções públicas, em anexo à presente portaria, contendo o número de níveis remuneratórios e o montante pecuniário correspondente a cada um.

2.º Nos termos da subalínea j) da alínea b) do artigo 18.º da Lei do Orçamento do Estado para 2009 e dos n.ºs 3 e 4 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 353-A/89, de 16 de Outubro, os índices 100 de todas as escalas salariais são actualizados em 2,9%.

3.º A actualização referida no número anterior não prejudica a actualização em montante superior, na medida do estritamente necessário para fazer equivaler à retribuição mínima mensal garantida as remunerações base que fossem inferiores.

4.º São actualizadas, nos termos previstos nos números anteriores:

a) As remunerações base que não coincidam com qualquer índice das escalas salariais;

b) As remunerações base de titulares de cargos equiparados a funções dirigentes, mas que não detenham o efectivo exercício das competências de chefia, bem como as do pessoal dirigente constante do anexo II do Decreto-Lei n.º 406/82, de 27 de Setembro, que não esteja integrado no designado «novo sistema retributivo da função pública».

5.º Os montantes pecuniários referidos no n.º 3 do artigo 106.º e no n.º 4 do artigo 108.º, ambos da Lei

n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, são actualizados nos termos previstos no n.º 2.º

6.º As gratificações previstas nas alíneas b) e c) do n.º 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 110-A/81, de 14 de Maio, são actualizadas em 2,9%.

7.º O adicional à remuneração criado pelo artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 61/92, de 15 de Abril, continua a ser abonado aos trabalhadores dos corpos especiais abrangidos pela alínea a) do n.º 1 do artigo 18.º da Lei do Orçamento do Estado para 2009, nas mesmas condições em que actualmente o vêm percebendo.

8.º O adicional à remuneração dos trabalhadores, quer dos corpos especiais referidos no número anterior, quer dos corpos especiais já revistos, é actualizado em 2,9%.

9.º Nos termos do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 4/89, de 6 de Janeiro, o montante pecuniário do «abono para falhas» é de € 86,29.

10.º Nos termos do n.º 5 do artigo 33.º da Lei n.º 2/2004, de 15 de Janeiro, o montante pecuniário do suplemento remuneratório pelo exercício de funções de secretariado é de € 116,63.

11.º Nos termos do n.º 5 do artigo 104.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, o montante pecuniário ali referido é de € 28.

12.º A presente portaria produz efeitos desde 1 de Janeiro de 2009.

Em 31 de Dezembro de 2008.

Pelo Primeiro-Ministro, *Fernando Teixeira dos Santos*,
Ministro de Estado e das Finanças. — O Ministro de Estado
e das Finanças, *Fernando Teixeira dos Santos*.

ANEXO

(a que se refere o n.º 1.º)

Tabela remuneratória única

Níveis remuneratórios	Montante pecuniário (euros)
1	RMMG (a)
2	532,08
3	583,58
4	635,07
5	683,13
6	738,05
7	789,54
8	837,60
9	892,53
10	944,02
11	995,51
12	1 047
13	1 098,50
14	1 149,99
15	1 201,48
16	1 252,97
17	1 304,46
18	1 355,96
19	1 407,45
20	1 458,94
21	1 510,43
22	1 561,92
23	1 613,42
24	1 664,91
25	1 716,40
26	1 767,89
27	1 819,38
28	1 870,88
29	1 922,37
30	1 973,86
31	2 025,35