



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

PREVALÊNCIA DE FERIDAS NO CHVNG/E

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

Por:

Noélia Matilde Pais Conceição

Julho 2013



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

PREVALÊNCIA DE FERIDAS NO CHVNG/E

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

Por:

Noélia Matilde Pais Conceição

Sob orientação: Professor Doutor Luís Sá

Coorientador: Professor Paulo Alves

Julho 2013

“There are causes for all human suffering, and there is a way by which they may be ended, because everything in the world is the result of a vast concurrence of causes and conditions, and everything disappears as these causes and conditions changes and pass away.”

(Buddha, 624 a.C.)

RESUMO

Introdução: As feridas têm constituído um desafio para a sociedade. Embora alguma investigação acerca desta temática tenha sido realizada ao longo dos anos, estudos epidemiológicos de prevalência de feridas em Portugal são escassos. **Objetivos:** determinar a prevalência e características das feridas dos pacientes internados no CHVNG/E. **Metodologia:** Estudo descritivo comparativo e quantitativo realizado numa amostra não probabilística acidental a pacientes com feridas que se encontravam internados no CHVNG/E nos dias 6 e 7 de Dezembro de 2012. A colheita de dados foi efetuada pelo investigador e colaboradores, através do preenchimento do questionário referente ao Estudo Epidemiológico de feridas (Universidade Católica Portuguesa). **Resultados:** A prevalência de feridas no CHVNG/E é de 39,02%. Dos resultados apresentados neste estudo ressaltou que para uma amostra de 199 pacientes, 46,7% são do género masculino e 53,3% feminino, com idades compreendidas entre 1 e 96 anos, verificando-se que 59,8% são reformados. Os fatores de risco mais predominantes são a hipertensão arterial e a dislipidemia (45,2% vs 32,7). Etiologicamente, a frequência é mais elevada de feridas cirúrgicas e úlceras de pressão (45,2% vs 20,6%), tendo como principal localização o abdómen/peito e cóccix/calcâneo (ferida cirúrgica vs úlcera pressão). Relativamente à duração da ferida, apresentaram uma média de 26,63 dias. Em relação às características específicas na análise de cada ferida, estas apresentam na sua maioria tecido de epitelização e granulação; a pele circundante encontra-se hidratada e macerada, com um nível de exsudado “nenhum”; a duração média de tratamento às feridas é 12,12 minutos; a frequência de mudança de penso mais prevalente é duas vezes por semana; o material com ação terapêutica mais utilizado é a película transparente, poliacrilato, iodo, a espuma, gaze e soro fisiológico. **Conclusão:** Estes resultados suportam outras pesquisas nacionais e internacionais em que identificam uma elevada prevalência de feridas. Assim, este estudo resultou em evidências científicas que podem colaborar para tomada de decisão na prevenção e tratamento das feridas, bem como subsidiar investigações futuras.

Palavras-chave: Prevalência; Feridas; Tratamento; Pacientes

ABSTRACT

Introduction: Wound care has been a challenge for society. Although some research on this subject has been conducted over the years, epidemiological studies about the prevalence of wounds in Portugal are scarce. **Objectives:** Determine the prevalence and characteristics of patients' wounds that are hospitalized in CHVNG / E (Vila Nova de Gaia/Espinho Hospital Center). **Methodology:** A descriptive - comparative and quantitative study conducted on a non-probabilistic and accidental sample of patients with wounds who were hospitalized in CHVNG/E on the 6th and 7th of December 2012. Data collection was achieved by the investigator and collaborators, through completing the questionnaire for the Epidemiological Study of Wounds (Universidade Católica Portuguesa - University). **Results:** The prevalence of wounds in CHVNG/E is of 39.02%. The results presented in this study pointed out that in a sample of 199 patients, 46,7% were male and 53,3% were female, with ages that vary between 1 to 96 years. It was verified that 59.8% were retired. The most prevalent risk factors are hypertension and dyslipidemia (45.2% vs 32.7%). Etiologically, the frequency is higher in surgical wounds and pressure ulcers (45.2% vs 20.6%), with the primary location in the abdomen/chest and coccyx/calcaneus (surgical wound vs pressure ulcer). Concerning the duration of the wound, this study shows an average of 26.63 days. Regarding the specific characteristics in the analysis of each wound, these have mostly epithelialization and granulation tissue; the surrounding skin is hydrated and macerated with a level of exudate "none", the average length of wound treatment is 12,12 minutes; the most prevalent frequency of wound dressing changes is twice per week, the material with therapeutic action most commonly used is the transparent film, polyacrylate, iodine, foam, gauze and saline solution. **Conclusion:** These results corroborate other national and international research that identified a high prevalence of wounds. This study resulted in scientific evidence that can contribute to decision making concerning the prevention and treatment of wounds, as well as support future investigations.

Keywords: Prevalence, Wounds; Treatment; Patients

AGRADECIMENTOS

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

Ao Professor Doutor Luís Sá, pela orientação, estímulo, disponibilidade, colaboração e apoio demonstrados.

Ao Mestre Paulo Alves, pela orientação e ajuda na delimitação dos objetivos de estudo e pelo incentivo em todas as fases que levaram à concretização deste trabalho.

Aos meus pais, irmãos, por toda a dedicação, carinho, amor, paciência e apoio incondicional proporcionados em todo este percurso. Esta dissertação é dedicada a vós.

Aos colegas do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, cujos nomes não preciso de mencionar, porque sei que sempre poderei contar com o seu apoio e companheirismo.

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

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEISCUC - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

CHVNG/E – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel

EWMA – European Wound Management Association

FGF – Fator de Crescimento de Fibroblastos

GAIF – Grupo Associativo de Investigação em Feridas

IPTB - Índice da Pressão Tornozelo Braço

PH - Potencial de Hidrogénio

PUSH-PT - Pressure Ulcer Scale for Healing

RAM - Região Autónoma da Madeira

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE

Resumo	V
Abstract.....	VII
Agradecimentos	IX
Lista de siglas e abreviaturas	XI
0. INTRODUÇÃO	17
CAPITULO 1 – DA CIÊNCIA À PRÁTICA.....	21
1. Definição de ferida	21
1.1. Princípios da fisiologia da cicatrização	22
1.2. Avaliação das feridas	24
1.3. Preparação do leito da ferida	25
1.4. Limpeza das feridas	27
1.5. Produtos farmacológicos utilizados no tratamento.....	29
1.5.1. Terapias adjuvantes no tratamento das feridas	35
2. Classificação das feridas.....	36
2.1. Dor no paciente.....	40
3. Epidemiologia das feridas	41
3.1. Impacto económico do tratamento de feridas	45
4. Complexidade do estudo em feridas.....	47
5. Objectivos do estudo	49

CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA.....	50
1. População e amostra	50
2. Instrumento de recolha de dados	52
3. Procedimentos formais e éticos	55
4. Tratamento dos dados	56
CAPÍTULO 3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
CAPÍTULO 4 – CONCLUSÕES	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	95
Anexo 1	97
IPF- Instrumento de colheita de dados	
Anexo 2	101
Guião de preenchimento do instrumento	
Anexo 3	121
Carta de pedido de autorização do estudo	
Anexo 4	125
Resposta ao pedido de autorização do estudo	
Anexo 5	129
Formulário de consentimento informado do estudo	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Indicações do material de penso.....	34
Quadro 2 - Classificação fisiopatológica do pé diabético	39

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Número de camas por serviço	51
Tabela 2: Número de pacientes internados com feridas	58
Tabela 3 – Distribuição dos pacientes por género/idade em classes	59
Tabela 4 – Distribuição dos pacientes segundo género/profissão em classes	60
Tabela 5 – Distribuição dos pacientes por fatores de risco	61
Tabela 6 – Distribuição dos dados relativos à classificação das feridas	63
Tabela 7 – Distribuição dos dados relativos à classificação das feridas (agudas/crónicas).....	64
Tabela 8: distribuição dos dados relativos à classificação da ferida principal e género..	64
Tabela 9: distribuição dos dados relativos à classificação da ferida principal e profissões em classes	65
Tabela 10 – distribuição dos dados relativos à classificação e origem da ferida principal.....	65
Tabela 11 - Distribuição dos dados relativos à classificação e localização anatómica da ferida principal.....	66

Tabela 12 - Distribuição dos dados relativos à classificação e lateralização da ferida principal.....	67
Tabela 13 – Distribuição dos dados relativos à duração da ferida principal em classes..	67
Tabela 14- Distribuição dos dados relativos à duração da ferida principal.....	68
Tabela 15- Distribuição dos dados relativos à duração da ferida principal e idade dos pacientes	68
Tabela 16 - Avaliação da cicatrização de up - pressure ulcer scale for healing (push)..	69
Tabela 17 – Distribuição dos dados relativos ao tipo de tecido da ferida principal	70
Tabela 18 – Distribuição dos dados relativos à pele circundante da ferida principal	70
Tabela 19 - Distribuição dos dados relativos ao nível de exsudado principal.....	71
Tabela 20 - Distribuição dos dados relativos ao tempo despendido na realização do tratamento à ferida principal.....	71
Tabela 21 – Distribuição dos dados relativos ao nível de dor durante o dia durante o tratamento	72
Tabela 22 – Distribuição dos dados relativos à frequência de mudança de penso	73
Tabela 23 – Distribuição dos dados relativos aos materiais utilizados no tratamento ...	74
Tabela 24 – Distribuição dos dados relativos a outros materiais utilizados no tratamento	75

0. INTRODUÇÃO

As feridas têm constituído para a sociedade um desafio, e continuam atualmente a ser um problema significativo nos cuidados de saúde. São uma epidemia que afeta milhões de pessoas e têm um impacto elevado a nível económico e individual (Organização Mundial de Saúde, 2008).

A terminologia “ferida” é usada como sinónimo de lesão tecidular, deformidade ou solução de continuidade que pode atingir as camadas da pele, na membrana mucosa ou qualquer outra estrutura do corpo, ocasionadas por traumas, processos inflamatórios e infecciosos, degenerativos, circulatórios, metabólicos e por defeitos da própria integridade do órgão (Oliveira *et al.*, 2006).

A classificação das feridas torna-se fundamental para verificar a eficácia do tratamento. Assim, podem ser classificadas, segundo a sua evolução em feridas agudas ou crónicas. Fatores locais, incluindo o local e tamanho da ferida e fatores sistémicos também influenciam a resposta ao tratamento (Gogia, 2003).

Não obstante aos enormes avanços na compreensão dos processos e fenómenos envolvidos nas diversas fases de reparação tecidular e o constante desenvolvimento de recursos e tecnologias com o objetivo de favorecer esses processos, a incidência e prevalência de feridas crónicas é ainda extremamente alta (Ferreira *et al.*, 2007; Soldevilla Agreda *et al.*, 2005; Vu *et al.*, 2007), repercutindo-se em elevados custos financeiros e profundas consequências sociais para os pacientes (Ohura *et al.*, 2004; Franks, 2007; Franks e Bosanquet, 2004; JanBen e Beker, 2007).

A incidência de feridas está relacionada com a qualidade de vida dos pacientes. A dor, o sofrimento, o medo, a ansiedade e o isolamento social são aspetos que influenciam o processo de cicatrização (Jaul, 2008).

Estudos de prevalência e incidência de feridas são realizados para avaliar e caraterizar a dimensão deste problema, no entanto, estudos desta natureza a nível nacional são quase inexistentes, surgem apenas resultados de estudos isolados (Alves & Vieira, 2012). No presente estudo, do total de 510 participantes verifica-se que 199 pacientes apresentam feridas e foram identificadas 306 feridas. Do total das feridas identificadas 216 eram agudas e 90 eram crónicas.

No momento da recolha de dados, aponta uma prevalência pontual de feridas de 39,02%, sendo que a amplitude de feridas varia entre 1 a 6 feridas, situando-se a média de 1,54 feridas por paciente.

A enfermagem encontra-se numa fase de mudança, melhoria e reflexão sobre as suas práticas e implicações que tem nos cuidados (Watson, 2002). Assim, surgiu a necessidade de efectuar este estudo exploratório, com a finalidade de contribuir para o diagnóstico da situação das feridas no CHVNG/E e aprofundar conhecimentos nesta área para que seja possível estabelecer intervenções com rigor científico e direccionadas aos problemas individuais dos pacientes.

Enquanto profissional de enfermagem, cuja prática se desenvolve no âmbito dos Cuidados de Saúde Diferenciados, as feridas são uma temática preocupante e inquietante.

Este documento representa o relatório de todo o processo de investigação desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Feridas e Viabilidade tecidual. Assim, considerando o valor que se atribui às feridas cabe a esta dissertação apresentar o estudo da temática: Prevalência de feridas no Centro Hospitalar de Vila Nova Gaia/Espinho (CHVNG/E).

A presente dissertação relata o estudo realizado, cujo principal objectivo é determinar a prevalência e as características das feridas dos pacientes internados no CHVNG/E. Para alcançar este objectivo, aplicou-se um questionário construído por dados relativos a: antecedentes e fatores de risco; caracterização das feridas e materiais usados no tratamento das mesmas. O questionário foi aplicado a todos os pacientes com feridas, internados no CHVNG/E, nos dias 6 e 7 de Dezembro de 2012.

A dissertação encontra-se estruturada em quatro capítulos. O capítulo 1 tem como objetivo enquadrar teoricamente o estudo realizado, acomodando a revisão da literatura e a definição de conceitos.

No capítulo 2 são descritas as opções metodológicas que tomamos relativamente à conceção deste estudo, desde a descrição do tipo de estudo, amostra, instrumento seleccionado, procedimentos formais e éticos e tratamento estatístico dos dados.

O capítulo 3 refere-se a apresentação dos resultados relativos ao tratamento dos dados obtidos a partir da amostra e discussão/análise dos resultados obtidos e o capítulo 4 corresponde à conclusão.

Esperamos que este estudo contribua para um melhor conhecimento sobre a prevalência de feridas e que associado a estudos vindouros permita perceber a real dimensão do

fenómeno em Portugal quer nos Cuidados de Saúde Diferenciados quer noutros contextos e que possibilite a definição de estratégias e acções que visem minimizar o seu impacto não só aos pacientes como a nível profissional e institucional (Poletti, 2000).

CAPITULO 1 – DA CIÊNCIA À PRÁTICA

Neste capítulo propomo-nos descrever as principais evidências científicas em que assenta a temática da nossa investigação, considerando a definição, fisiopatologia da cicatrização, avaliação da ferida, preparação leito ferida, limpeza da ferida, produtos farmacológicos utilizados no tratamento, classificação das feridas, dor no paciente, epidemiologia e impacto económico do tratamento das feridas.

1. DEFINIÇÃO DE FERIDA

As feridas são responsáveis pela diminuição da qualidade de vida do paciente. Algumas complicações podem surgir e colocar a vida em risco, como a sepsis e a osteomielite. Outra menos perigosas, mas mesmo assim com efeitos comprometedores como a dor e o desconforto, auto-estima diminuída e imagem corporal alterada, causam grande sofrimento aos pacientes.

Segundo Cesaretti (1998), ferida pode ser definida como

“toda a lesão que leve à interrupção da continuidade de um tecido corpóreo, em maior ou menor extensão, causada por qualquer tipo de trauma físico, químico ou mecânico ou desencadeada por uma afecção clinica que acciona as frentes de defesa orgânica para o contra ataque.”

De acordo com a International Council of Nurses (2011), 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”.

Baharestani (in Baranoski e Ayello, 2006) define ferida, no sentido lato, como uma interrupção da integridade e das funções dos tecidos do corpo.

1.1. Princípios da fisiologia da cicatrização

A cicatrização de uma ferida é definida como um processo fisiológico, através do qual o organismo restaura e restabelece a função dos tecidos lesionados.

De acordo com Borges E.L (2009), Dealey (2008), e Mendelssonh (2009), pode afirmar-se que a cicatrização de uma ferida ocorre em 4 fases:

Hemostase – 0 a 3 dias

Este período, que tem a duração aproximada de 0-3 dias, é iniciado pela vasoconstrição provocada pela contração miogénica e neurogénica, dando origem ao processo de coagulação. Este processo é acelerado pela agregação plaquetária e pela libertação de vários fatores de crescimento, necessários à reparação da ferida. A coagulação resulta de uma reação em cadeia, denominada cascata de coagulação, que leva à formação do coágulo, cujo principal constituinte é a fibrina, capaz de reter outras células sanguíneas. A sua desidratação gradual conduz à formação de crosta, ao mesmo tempo que decorre a vasodilatação periférica.

Inflamatória – 1 a 6 dias

O objetivo desta fase é a remoção de bactérias, tecido necrosado e outros corpos estranhos. Aqui ocorre o processo inflamatório, provocado pelo aumento do afluxo sanguíneo ao local e pela acumulação de fluidos nos tecidos moles. A inflamação faz parte da resposta protetora à lesão, não devendo ser confundida com os sinais clínicos de infeção.

São os metabolitos da inflamação e os fragmentos de fibrina, que levam à estimulação das células que medeiam esta fase.

Os neutrófilos são as primeiras células brancas a chegar à lesão (após cerca de 6 horas) e têm uma vida curta; dão início à fagocitose dos microorganismos e corpos estranhos.

Os monócitos são o segundo tipo de células a intervir, estimulados pela libertação de fatores de crescimento. Os monócitos maduros dão origem aos macrófagos (48 horas após a lesão), que por sua vez, formam várias substâncias imprescindíveis à cura da ferida, tais como: fatores de crescimento de transformação, que promovem a formação de novos tecidos e vasos sanguíneos; fator de necrose tumoral, que facilita a eliminação de tecido necrótico e tumoral e estimula a formação de novos tecidos; fator de crescimento de fibroblastos (FGF); prostaglandinas, que promovem a resposta inflamatória; fator complemento, que marca as substâncias estranhas, que invadem o

organismo; óxido nítrico, que possui ação microbiana; radicais livres, que promovem a desinfecção inata e a remoção do tecido morto.

Os macrófagos estão normalmente presentes em todas as fases do processo cicatricial, intervindo desde o desbridamento, até à síntese da matriz extracelular e angiogénese.

Proliferativa – 3 a 24 dias

É caracterizada pelo desenvolvimento de processos como a granulação, contração e epitelização da úlcera.

Granulação ou Angiogénese – ativada pela hipoxia, resultante da ruptura da corrente sanguínea aquando da lesão, pelo ácido láctico e catecolaminas (36 horas após a lesão).

Os fatores de crescimento, libertos pelos macrófagos, estimulam as células endoteliais das paredes dos capilares, da área envolvida, que se dividem e ramificam em novos capilares. Este processo continua até que novo tecido de granulação se junte ao não-lesionado, constituindo a rede de vasos, que preenche a ferida.

Em simultâneo, há produção de tecido conjuntivo. Os fibroblastos estimulados pelo FGF começam a dividir-se e a reunir-se na margem da ferida. A vitamina C, o ferro e o cobre estimulam estes fibroblastos, a formarem as fibras de colagénio, que conferem elasticidade e extensibilidade aos tecidos formados.

Na contração, após a produção de tecido conjuntivo estar completa, os fibroblastos transformam-se em miofibroblastos e fibrócitos, que serão capazes de contrair-se, repuxando os bordos da ferida, reduzindo o seu tamanho. As células são estimuladas pela angiotensina, catecolaminas, 5-HT, eicosanóides, cininas e inibidas por relaxantes do músculo liso.

Durante a epitelização ocorre a formação de células epiteliais, que são fortemente influenciadas, por fatores como a humidade, temperatura, oxigenação e PH. Este processo só tem início, quando o leito da ferida estiver preenchido com tecido de granulação.

Maturação – 24 a 365 dias

É a fase da cicatrização propriamente dita, que começa quando a ferida se encerra, por formação de tecido conjuntivo e re-epitelização. A remodelação da cicatriz é estimulada pelos macrófagos e resulta na reorganização das fibras de colagénio. Esta remodelação é fortemente influenciada pela aplicação de compressão, reduzindo a formação de montículos cicatriciais, obtendo-se melhores resultados cosméticos.

Existem diversos fatores, intervenientes na taxa de cicatrização, dos quais se salientam: irrigação sanguínea; oxigenação; flutuações de temperatura; desidratação; localização;

idade da úlcera de pressão; profundidade; infecção local; tipo de tecidos; corpos estranhos; tecido necrosado e maceração da pele.

1.2. Avaliação das feridas

A avaliação das características das feridas é fundamental, pois permite monitorizar a sua evolução e seleccionar o material a utilizar no tratamento.

Segundo Dealey (2006), Borges (2008) existem vários fatores a ponderar quando se avalia uma ferida:

- A localização da ferida pode indicar problemas potenciais, tais como, o risco de contaminação e dificuldade de aderência do penso.
- Medição das feridas: método do comprimento, largura e profundidade; sistema computadorizado de mensuração de úlceras; método de luz estruturada; fotografia; estereofotogrametria.
- Quantidade de exsudado da ferida: o exsudado pode ser medido em termos de quantidade, qualidade e odor. Falanga (2007) quantificou o exsudado em mínimo (1), quando o penso se mantém durante uma semana, moderado (2), quando o penso é realizado a cada 2 – 3 dias e abundante (3), quando o penso é efectuado pelo menos uma vez ao dia. No que diz respeito a qualidade pode ser classificado em: seroso, serosanguinolento, sanguinolento, seropurulento e purulento. Segundo Browen (2003) o odor pode ser classificado em: sem odor, odor detectado na remoção do penso, odor evidente na exposição do penso, odor evidente perto do utente, odor evidente ao entrar no quarto, odor evidente ao entrar na casa/enfermaria/ clínica.
- O aspeto da ferida dá indicações quanto a fase de cicatrização alcançada ou possível presença de complicação. As feridas podem ser categorizadas como: necrosadas, infectadas, com tecido desvitalizado, em granulação e em epitelização.

Nas feridas nem sempre os sinais de infeção (calor, rubor, edema eritema, e pus) são evidentes. Cutting e Harding (1998) propuseram critérios que ajudam a identificar a presença de infeção tais como: atraso na cicatrização; descoloração relacionada com o leito da ferida; tecido de granulação que sangra facilmente; dor ou sensibilidade inesperadas; formação de bolsas ou pontes na base da ferida; odor anormal e rompimento da ferida.

1.3. Preparação do leito da ferida

A preparação do leito da ferida, segundo Bee. T.S *et al* (2009) e Orr. M *et al* (2011) é o tratamento para acelerar a cicatrização endógena ou promover a eficácia das outras medidas terapêuticas, produzindo um ambiente de promoção da cicatrização, da vascularização, com menor exsudado e controlando o balanço bacteriano.

A preparação do leito da ferida oferece oportunidade para o tratamento de feridas crônicas, abrangendo aspectos básicos como o tratamento da infecção, tecido necrosado ou exsudado, até os mais complexos como por exemplo, alterações fenotípicas das células da ferida, ou seja, as células na ou em redor da ferida tornam-se envelhecidas não respondendo a certos tratamentos, requerendo uma reestruturação da ferida crônica através de tratamentos com agentes biológicos como a terapia celular, segundo Falanga (2007).

O esquema TIME foi concebido pela autora em questão para ser utilizado no contexto de uma abordagem holística dos cuidados a pacientes portadores de feridas:

T- tratamento do tecido

I - controlo da inflamação e infecção

M - equilíbrio da humidade

E - avanço epitelial (bordos)

Tratamento dos tecidos

Este aspeto diz respeito à necessidade de desbridar o tecido necrosado e desvitalizado. O desbridamento pode ser selectivo quando se pretende eliminar apenas o tecido não viável (autolítico e enzimático), e não seletivo quando para além do tecido não viável se remove também o tecido viável (cirúrgico ou cortante e mecânico).

O desbridamento pode ser executado de diversas maneiras:

Desbridamento autolítico – utiliza a capacidade dos macrófagos para fagocitar os restos de tecido necrosado (Os Hidrocolóides e hidroméis são amplamente utilizados para promover o desbridamento autolítico pois proporcionam o meio húmido que aumenta a atividade dos macrófagos. Os alginatos também são usados na presença de humidade).

Biocirurgia, ou terapia larvar – larvas estéreis segregam enzimas que decompõem o tecido necrosado numa forma semilíquida que elas podem ingerir, deixando apenas o tecido saudável.

Desbridamento enzimático - assegura a autólise através do uso de enzimas como a elastase, o colagénio e fibrinolosina. Estas enzimas abrem caminho para através do colagénio, que prende o tecido necrosado ao leito da ferida, desbridar.

Desbridamento mecânico - os métodos incluem pensos húmidos-a-secos, irrigação de alta pressão da ferida e banhos em água circulante. Os pensos húmidos-a-secos consistem em compressas de gaze ensopadas numa solução salina que se deixa secar colando-se a ferida. Ao serem removidos, retiram o desvitalizado mas também causam dor e podem danificar o tecido de formação recente. A irrigação de alta pressão pode mesmo empurrar as bactérias mais para o fundo da ferida em vez de as arrastar para fora. O lavapes com água circulante pode espalhar a infecção a outras localizações do pé e serem difíceis de descontaminar de paciente para paciente.

Desbridamento agressivo ou cirúrgico é o método mais rápido. Deve ser executado por um profissional treinado e competente.

Controlo da inflamação e infecção

As feridas abertas estão sempre colonizadas por bactérias mas, quando os números aumentam, pode resultar em infecção. Segundo Pina (1999), a colheita de exsudado com zaragatoa é a prática mais comum no nosso meio para identificar qual a bactéria responsável pela infecção. As bactérias detetadas por este meio são as existentes na superfície da ferida podendo não corresponder às que se encontram nos tecidos profundos e que são as responsáveis pela infecção. Para sabermos qual o agente causal da infecção é necessário colher um fragmento de tecido na profundidade do leito da ferida através de biopsia e realizar-se a contagem do número de bactérias por grama de tecido.

No tratamento da infecção, o desbridamento é importante uma vez que reduz a carga bacteriana e ao remover os tecidos desvitalizados, torna a ferida mais ativa.

Os pensos de alginato ou carvão activado são recomendados, segundo Pina (1999), para absorver os cheiros no caso de infecção local e devem ser substituídos diariamente.

Equilíbrio da humidade

As feridas com exsudado abundante podem causar maceração da pele circundante e repassar os pensos. Por outro lado, as feridas com pouco ou nenhum exsudado podem dissecar. É necessário manter o equilíbrio entre ambas as situações. O uso de pensos muito absorventes está indicado, mas a selecção deste vai depender do tipo, posição,

tamanho e estado do seu leito. Os alginatos, as espumas e pensos de hidofibra são muito utilizados, pois absorvem e difundem a humidade. Os pensos capilares têm múltiplas camadas e conseguem afastar o exsudado da superfície da ferida. Seja qual for o método utilizado para equilibrar é importante cuidar da pele circundante. Os cremes que contêm zinco constituem uma barreira eficaz.

Avanço epitelial

Uma ferida em cicatrização apresenta o seu leito preenchido por tecido granuloso saudável assim como apresenta sinais de epitelização nos seus bordos. A realização do desbridamento da necrose e do tecido desvitalizado, bem como o equilíbrio das bactérias e da humidade, estimulam a cicatrização das feridas.

Todavia problemas de metabolismo ou a senescência das células podem impedir a última fase de cicatrização. Assim, a implementação de fatores de crescimento ou produtos de engenharia de tecidos é fundamental.

1.4. Limpeza das feridas

Antes da aplicação de qualquer produto, deve-se proceder à limpeza da ferida, com o intuito de observar as suas características; remover as células mortas, materiais estranhos ou micro organismos existentes; reidratar a superfície da ferida proporcionando um meio mais húmido favorável à cicatrização; conservar a pele peri-lesional íntegra retirando os restos de cola e excesso de humidade que pode causar maceração pela presença de exsudado; diminuir o risco de infeção e promover o conforto do paciente. Esta limpeza deve ser realizada sem traumatizar os tecidos, uma vez que a fricção destrói os tecidos de granulação atrasando o processo de cicatrização.

A solução de cloreto de sódio a 0.9%, segundo Pina (1999), é um dos melhores agentes de limpeza para as feridas abertas porque não destrói as células, mas remove a sujidade e as bactérias.

Também para Dealey (2006), cloreto de sódio a 0.9%, à temperatura de 37° é o único agente de limpeza seguro, constituindo o tratamento de eleição para a maioria das feridas.

Segundo Morison (2004), as soluções de limpeza frias ou mesmo à temperatura ambiente originam hipotermia local, que tem como consequência a diminuição da mitogenese e da actividade fagocitária.

Flanagan referenciada por Morison (2004), acrescenta, que a ferida pode demorar cerca de 40 minutos a recuperar a sua temperatura original e várias horas para que a atividade celular normalize.

Gouveia *et al* (2007), Atiyeh (2000) e Bee (2009) preconizam a limpeza das feridas através da técnica de irrigação. Esta é conseguida através do uso de fluídos sob uma pressão constante ou pressão pulsátil. A pressão ideal de irrigação é conseguida através do uso de uma seringa de 35ml com uma agulha de 19G acoplada. Segundo Gouveia (2007), a limpeza das feridas deve ser realizada, usando frascos de soro fisiológico de 100 ml com transferes acoplados em doses individuais para que os frascos não sejam contaminados.

No que diz respeito aos solutos de limpeza, considera-se a Solução Salina, como a solução ideal, pelas propriedades isotónicas e por não interferir no processo de cicatrização. Este soluto, não causa dano no tecido, não provoca sensibilização ou alergia, nem altera a flora bacteriana normal da pele (Atiyeh *et al.*, 2009; Bee *et al.*, 2009; Fernandez *et al.*, 2010);

No entanto, vários autores recomendam a Água da Torneira para limpeza de feridas crónicas, afirmando que esta é eficiente ao nível do custo efectivo e de fácil acessibilidade, não se verificando efeitos adversos (Atiyeh *et al.*, 2009; Bee *et al.*, 2009; Fernandez *et al.*, 2010; Cutting, 2010)

Alguns estudos referem que o uso de água da torneira para limpar as feridas não difere do uso da normal solução salina estéril no que respeita às taxas de infeção e de cicatrização das feridas (Cutting, 2010; Moore, 2008). Sendo assim, para as feridas que não estão contaminadas pode ser utilizada Água Esterilizada, Solução Salina Normal ou Água da Torneira (Williams, 1999). Assim, poderá ser usado quer a solução salina quer a água, sendo a escolha baseada nas razões práticas e nas circunstâncias individuais.

Na opinião de Pina (1999), os antisépticos devem ser evitados porque têm efeito citotóxico, o tempo de lavagem é tão curto que não chega a atuar, podendo destruir os fibroblastos e a microcirculação, atrasando a cicatrização e ainda são inativados na presença de matéria orgânica. Outro aspeto dos antisépticos a considerar é a possibilidade de poderem provocar alergia ou irritação local.

1.5. Produtos farmacológicos utilizados no tratamento

Os pensos começaram por ser considerados meras coberturas que ofereciam alguma proteção à ferida. Atualmente existe uma gama sofisticada de produtos disponíveis, que podem causar alguma confusão na sua selecção. Não existe um penso ideal para todo o tipo de feridas. Cabe ao enfermeiro avaliar cuidadosamente a ferida e tecidos adjacentes, devendo estar preparado para decidir sobre o tratamento a realizar e que produtos usar.

Segundo Dealey (2006), para a selecção mais adequada do penso é necessário: avaliar a ferida e identificar os seus objetivos específicos para aquele momento; ter conhecimento sobre características e eficácia dos pensos disponíveis; saber o que esperar do penso selecionado.

Os pensos são considerados em função do seu desempenho e das suas características de manuseio. Assim sendo em relação ao seu desempenho, este deve estimular a cicatrização. As características que promovem um meio de cicatrização eficaz são: a capacidade de manter um meio húmido uma vez que este é considerado o meio óptimo para as células epiteliais deslizarem mais rapidamente na superfície da ferida, desta forma, a dor no local da ferida reduz-se consideravelmente porque as terminações nervosas não ficam secas e os processos autolíticos naturais intensificam-se decompondo o tecido necrótico; propriedades antibacterianas, por apresentarem na sua constituição elementos bactericida ou por criarem uma barreira entre a ferida e o ambiente; propriedades de controlo de fluidos uma vez que têm uma dupla finalidade, ao impedir a contaminação da ferida porque não deixam os microrganismos entrarem do meio ambiente para o leito da ferida, evitam a saída dos microrganismos para o meio ambiente, deste modo impedem as infecções cruzadas.

No que diz respeito às características de manuseio do penso, este deve reunir as seguintes características: fácil aplicação; fácil remoção; confortável; fácil adaptabilidade e não necessitar de mudanças frequentes.

Ao longo do tempo, a área de tratamento de feridas evoluiu de forma exponencial. A abundância de material de penso com ação terapêutica diversa no tratamento de feridas desorienta, muitas vezes, quem tem que decidir aquando da selecção e utilização do produto mais adequado para cada tipo de ferida. Este fato exige um conhecimento

constante e atualizado de todos os profissionais de saúde envolvidos, de modo a alcançar uma uniformização nas técnicas utilizadas.

De acordo com Elias et al. (2009), Dealey C. (2006), Infarmed e outras literaturas disponíveis, os materiais de pensos com ação terapêutica, podem ser classificados atendendo à sua composição:

Ácidos Gordos Esterificados – tecido de acetato ou gaze de algodão constituídos por ésteres de ácidos gordos. Estes podem apresentar duas formas: compressa redonda ou plana e gaze de algodão.

Mecanismo de Ação: à medida que o exsudado da ferida vai passando pelo penso, adsorvem os microrganismos. Estes pensos têm ação bacteriostática, não recorrendo a agentes químicos. Apresentam também capacidade de absorção do exsudado.

Indicação Terapêutica Principal: feridas infetadas ou com suspeita de infeção.

Ácido Hialurónico - polissacarídeo endógeno pertencente ao grupo dos glucosaminoglicanos. Os pensos são compostos por: ésteres de ácido hialurónico; ácido hialurónico adsorvido numa gaze gorda; ácido hialurónico e alginato de sódio.

Mecanismo de Ação: desempenha essencialmente três funções: expande o espaço extracelular, para formar a matriz concedendo-lhe estabilidade e elasticidade; reestrutura a matriz de forma a aumentar a migração celular, nomeadamente dos fibroblastos; regula a resposta inflamatória.

Indicação Terapêutica Principal: feridas com fase inflamatória continuada como impulsionador de cicatrização.

Alginatos - extratos de algas marinhas, entrando na sua composição polímeros de ácidos gulurónico e manurónico. A apresentação pode ser em penso e tira. Existem alginatos com vários constituintes tais como a prata, hidrocolóides e outros.

Mecanismo de Ação: as fibras de alginato adsorvem por capilaridade cerca de 10 a 20 vezes o seu peso em exsudado. Os alginatos de cálcio apresentam ação hemostática dado que os iões Cálcio incitam a formação de protrombina.

Indicação Terapêutica Principal: feridas com exsudado moderado a abundante e feridas sangrantes.

Carboximetilcelulose Sódica – constituída por carboximetilcelulose sódica com um baixo grau de metilação, pouco solúvel em meio aquoso e com alta capacidade de retenção de exsudado. Podem ser designadas por hidrofibras. A sua apresentação pode ser em penso e tira. Existem hidrofibras com vários constituintes tais como a prata iónica.

Mecanismo de Ação: a carboximetilcelulose ao contactar com a ferida sofre um processo de hidratação, transformando-se lentamente em gel. A absorção é efetuada verticalmente o que previne a maceração dos tecidos adjacentes. Os pensos com prata libertam-na progressivamente para o leito da ferida, de acordo com a velocidade de absorção de exsudado.

Indicação Terapêutica Principal: a carboximetilcelulose – feridas agudas e feridas crónicas muito exsudativas; carboxiletilcelulose com prata – feridas infectadas com muito exsudado.

Carvão - constituídos por uma membrana que envolve uma camada central de compressa com carvão e uma camada externa constituída por viscose-poliámidas. São comercializadas associações de carvão com vários componentes, como por exemplo a carboximetilcelulose, alginato e prata.

Mecanismo de Ação: neutraliza os odores pela adsorção de ácidos gordos voláteis e aminas.

Indicação Terapêutica Principal: feridas com odor intenso.

Colagenase - É constituída por uma enzima proteolítica, apresentando-se em bisnagas de 30g.

Mecanismo de Ação: agente desbridante enzimático existente no tecido necrosado do leito da ferida.

Indicação Terapêutica Principal: desbridamento de feridas com tecidos necrosados e viscosos, ricos em fibrina.

Colagénio - proteína estrutural dos tecidos e o principal constituinte do tecido conjuntivo. Os pensos apresentam-se sobre a forma de: pó com colagénio micronizado, mucopolissacáridos e fatores de crescimento; esponja de colagénio, não modificado, associada a antibiótico exemplo a gentamicina; penso com colagénio e celulose oxidada regenerada, com e sem prata.

Mecanismo de Ação: o colagénio exógeno ao atuar como substrato das metaloproteinases inactiva o seu excesso na ferida. Os produtos da degradação do colagénio favorecem a migração de células ao longo do tecido de granulação. Têm ainda a capacidade de absorver radicais livres e funciona como hemostático em feridas hemorrágicas.

Indicação Terapêutica Principal: tratamento de feridas crónicas com fase inflamatória prolongada como promotor de cicatrização.

Espumas - constituídas por poliuretano, associando-se a este uma estrutura hidrofílica. Apresentam-se sobre a forma de rebordo adesivo ou não adesivo e cavitárias, com várias configurações anatómicas. Alguns autores dividem as espumas em hidrocelulares (possuem na camada interna grânulos de poliuretano) e hidropoliméricas (possuem na camada interna grânulos de poliuretano, viscosa, rayon e acrilato). São comercializadas associações com vários constituintes, como por exemplo a prata.

Mecanismo de Ação: têm elevada capacidade de retenção de exsudado pela característica hidrofílica ao nível da sua estrutura e absorção por capilaridade.

Indicação Terapêutica Principal: feridas exsudativas como penso primário ou secundário; em feridas com tecido de granulação; alívio de pressão.

Gazes Impregnadas - constituídas por fibras de substâncias gordas (parafina, vaselina, petrolato, triglicéridos) ou silicone. São comercializadas associações com vários constituintes.

Mecanismo de Ação: pensos permeáveis ao exsudado e bactérias. As suas propriedades hidrofóbicas diminuem a aderência ao leito da ferida e facilitam a remoção do material de penso não interferindo no processo de cicatrização.

Indicação Terapêutica Principal: proteção do leito da ferida e de zonas dadoras de enxerto.

Hidrocolóides - constituídos por uma mistura de gelatina, pectina e carboximetilcelulose. Têm a forma de placas adesivas ou pasta. São comercializadas associações, como por exemplo poliuretanos, carboximetilcelulose e alginatos.

Mecanismo de Ação: a carboximetilcelulose em contato com o leito da ferida permite ao penso, a capacidade de absorção de exsudado formando com este um gel que mantém o leito da ferida húmido evitando a aderência.

Indicação Terapêutica Principal: feridas pouco exsudativas; promovem a granulação; podem ser usados em todos os estádios da cicatrização.

Hidrogeles - constituídos por polímeros de celulose (carboximetilcelulose), hidratados a 75%. Apresentam-se sob a forma de gel e placas não adesivas.

Mecanismo de Ação: o gel hidrata os tecidos necrosados favorecendo o desbridamento natural por autólise.

Indicação Terapêutica Principal: feridas com tecido necrosado, seco e/ou depósitos de fibrina; feridas superficiais pouco exsudativas.

Iodo - apresenta-se sob a forma de: compressa de amido impregnada com iodo; pó de cadexomero de iodo; gaze impregnada com iodopovidona.

Mecanismo de Ação: o iodo ioniza-se no leito da ferida, penetra e oxida a parede celular microbiana executando o seu efeito anti-microbiano. A diferença entre os produtos à base de iodo e os produtos de cadexômero de iodo é que os primeiros libertam e utilizam o iodo de forma muito rápida, enquanto os últimos libertam o iodo de forma sustentada ao longo do tempo.

Indicação Terapêutica Principal: feridas infetadas.

Maltodextrina - hidrato de carbono composto por maltose e dextrose. Existe sob a forma de gel ou pó.

Mecanismo de Ação: fornece ao leito da ferida os nutrientes necessários para acelerar o processo de cicatrização.

Indicação Terapêutica Principal: feridas com cicatrização prolongada.

Mel - apresenta-se sob a forma de gel com diferentes percentagens de mel; penso com e sem rebordo e pasta.

Mecanismo de Ação: Ação anti-microbiana devido à elevada osmolaridade e atividade enzimática e neutralização de odores.

Indicação Terapêutica Principal: Feridas infetadas.

Películas - constituídas por uma fina camada transparente de poliuretano simples ou silicone.

Mecanismo de Ação: permite as trocas gasosas entre a pele e o exterior através da formação de um filme semi permeável.

Indicação Terapêutica Principal: proteção da pele como penso primário; fixação de outros pensos não adesivos como penso secundário e em feridas em fase de epitelização.

Poliacrilatos - constituídos por uma camada exterior de fibras sintéticas hidrofóbicas e um núcleo de poliacrilato impregnado com solução de Ringer.

Mecanismo de Ação: a troca de fluidos permite a limpeza e desbridamento contínuo do leito da ferida. A solução de Ringer faculto cloreto de sódio, potássio e cálcio à ferida, permitindo a limpeza interativa e contínua da ferida nas 24 horas, sem danificar o tecido são recém-formado, facilitando assim a formação do tecido de granulação.

Indicação Terapêutica Principal: desbridante em feridas com tecido necrosado seco e/ou depósitos de fibrina.

Polihexametileno Biguanidas - mistura de biguanidas poliméricas e antissépticos/desinfetantes pertencentes às biguanidas no qual se inclui a clorhexidina. Apresenta-se sob a forma de penso e gaze impregnada.

Mecanismo de Ação: interação com os fosfolípidos da membrana celular dos microorganismos da ferida, promovendo a perda de integridade da mesma e induzindo a inviabilidade celular. São bactericidas.

Indicação Terapêutica Principal: feridas infectadas.

Polímeros Acrílicos - apresentam-se sob a forma de gel, spray, cotonetes impregnados e creme.

Mecanismo de Ação: formam uma camada semi-permeável facilitando as trocas gasosas entre a pele e o exterior.

Indicação Terapêutica Principal: proteção cutânea.

Prata - sob a forma de penso ou pomada, com diferentes tipos de concentrações de prata na forma iônica, nano cristalina ou de sulfadiazina.

Mecanismo de Ação: os íons de prata têm ação antimicrobiana. Ação bactericida.

Indicação Terapêutica Principal: feridas infectadas e feridas com elevado risco de infecção (queimaduras e zonas dadoras de enxerto).

Quadro 1 - Indicações do Material de Penso

Indicação Principal	Tipo de penso	Mecanismo Ação
Controle de Odor	• Carvão	Adsorção de odores resultantes da intensa atividade metabólica dos microorganismos.
Controle de Exsudado	• Alginatos • Carboximetilcelulose • Espumas	Absorver o excesso de exsudado no leito da ferida, mantendo a humidade ideal para cicatrização.
Controle da Infecção	• Ácidos Gordos Esterificados • Iodo • Mel • Polihexametileno biguanida • Prata	Ação bactericida/bacteriostática em feridas infectadas.
Desbridamento	• Colagenase • Hidrogel em gel • Poliacrilatos	Degradação dos tecidos necrosados através de processos enzimáticos ou autolíticos.
Granulantes/ Epitelizantes	• Hidrocolóides • Hidrogel em penso • Películas	Manutenção da humidade no leito da ferida.
Interfaces	• Gazes Impregnadas	Diminuição da aderência à superfície do leito da ferida.

Fonte: Elias, C. G. et al

1.5.1. Terapias adjuvantes no tratamento das feridas

As terapias adjuvantes são consideradas avanços no tratamento das feridas crônicas. Estas podem ser classificadas:

Tratamento biomecânico – a terapia larvar é utilizada para desbridar tecido necrosado, desvitalizado e infetado da ferida. Antes da sua aplicação, deve aplicar-se um penso hidrocolóide a volta da ferida para proteger a pele das enzimas proteolíticas produzidas pelas larvas. Uma vez colocadas na ferida, as larvas são restringidas por uma pequena rede presa no lugar. Quando se retira as larvas da ferida, elas são descartadas da mesma forma que todos os outros pensos usados.

Fatores de crescimento – os factores de crescimento são proteínas (polipeptídeos) que ocorrem naturalmente no corpo. O tipo de factores de crescimento usados nas pesquisas podem ser classificados em dois grandes grupos: factores de crescimento simples, fabricados através da tecnologia de DNA recombinante, e múltiplos factores de risco, garantidos a partir da libertação de plaquetas (Baranoski; Ayello, 2004).

Oxigénio hiperbárico – consiste na inalação de oxigénio puro a 100%, estando a pessoa submetida a uma pressão superior à atmosférica, no interior de uma câmara hiperbárica (Silva, 2010).

A oxigénioterapia hiperbárica proporciona um aumento significativo do oxigénio molecular ao nível dos tecidos como também causa uma vasoconstrição hiperóxica, ocorrendo predominantemente, ao nível dos tecidos saudáveis, com diminuição do edema e redistribuição da volémia periférica. Este mecanismo fisiológico potencia os efeitos anti-iscémicos e anti-hipóxicos (Albuquerque, 2008, pág. 8).

Terapia por vácuo – através de um dispositivo aplica-se uma pressão negativa a uma ferida, estimulando o fluxo sanguíneo e uma granulação mais rápida. Os benefícios desta terapia segundo Dealey (2006) são: redução do edema dos tecidos; redução da carga bacteriana; tratamento do exsudado das feridas crônicas; estimulação da cicatrização da ferida; melhor aceitação de enxertos de pele. Não deve ser usada em feridas com tecido necrosado suspeita de osteomielite, e exposição de vasos sanguíneos ou órgãos.

Engenharia de tecidos – utiliza fibroblastos humanos e cultiva-os numa estrutura bio sintética. Os fibroblastos proliferam e segregam proteínas e factores de crescimento, que resulta numa derme humana.

Cirurgia – está indicada no caso de úlceras de pressão de categoria III e IV que não respondem ao tratamento conservador otimizado com situação médica e nutricional estabilizada, necessitando de um programa de reabilitação pós cirúrgico para redução das recorrências. A técnica cirúrgica inclui a excisão da úlcera de pressão; calcificações de tecidos moles; osso necrótico e infetado.

Terapias alternativas – para a Organização Mundial de Saúde, as terapias alternativas são consideradas as que saem geralmente do setor oficial da saúde. Entre estas temos: massagem; reflexologia; aromaterapia; toque terapêutico; homeopatia; medicina pelas plantas; acupuntura; osteopatia; crioterápica, fitoterapia.

2. CLASSIFICAÇÃO DAS FERIDAS

As feridas, segundo Neil (1998) e White (2006), podem ser classificadas como agudas e crônicas, sendo que as agudas se encontram associadas a um processo de cicatrização não complicado, organizado e rápido, tendente à restauração da integridade funcional e anatômica, cicatrizando por primeira intenção; as feridas crônicas estão associadas a um processo de cicatrização prolongado, com patologias sistêmicas associadas, cicatrizando normalmente por segunda intenção (Rosa, 2004).

Desta forma as feridas agudas dividem-se em feridas cirúrgicas e traumáticas.

Ferida cirúrgica, é definida pela International Council of Nurses (2011, p.55), como 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 infecção ou pus ”.

Ferida traumática, de acordo com a International Council of Nurses (2011, p.55), é definida como 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 ”.

Ferida crônica, é definida por Popoola (2000), como qualquer alteração nas funções anatômicas e fisiológicas dos tecidos, complicadas pela presença de uma ou mais

doenças crónicas, com duração superior a 3 meses. Desta forma, 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).

No âmbito das feridas crónicas, segundo Neil (1998), 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, que afetam os membros inferiores ou úlceras de perna.

De acordo com a Direcção-Geral de Saúde (2011, pág.2)

“As úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados. Causam sofrimento e diminuição da qualidade de vida dos doentes e seus cuidadores (...) Estima-se que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco. (...) A avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento.”

A National Pressure Ulcer Advisory Panel e Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcers Advisory Panel (NPUAP e EPUAP, 2009, pág. 7) definem úlcera de pressão como “... lesão localizada na pele e tecidos subjacentes, normalmente sobre uma proeminência óssea, ... ” que é “... causada por pressão, torção ou deslizamento, fricção ou a combinação destes fatores”.

De facto, as úlceras de pressão segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2006, pág. 57) apresentam “... características específicas: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada”.

As úlceras de pressão, segundo a EPUAP (2009, pág. 9) podem ser classificadas em quatro categorias, de acordo com o nível de lesão:

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 adjacente.”

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 (equimose é indicador de lesão profunda). 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 tecidual. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida), mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento. A profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser 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 directamente 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 cavidadas e fistulizadas. A profundidade de uma úlcera de pressão de categoria IV varia com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser superficiais. Uma úlcera de categoria IV pode atingir músculo e/ou estruturas de suporte (i.e. fascia, tendão ou cápsula articular) tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso/músculo exposto visível ou directamente palpável.”

A classificação de úlceras de pressão por categorias deve ser utilizada para registar a profundidade máxima anatômica de tecido envolvido na úlcera.

De acordo com International Council of Nurses (2011, p.57) úlcera venosa é definida como uma

“úlcera com as características específicas: lesão circunscrita semelhante a uma loca, normalmente situada na perna, acima do maléolo, com edema e pele seca em torno da ferida, com descamação acastanhada, descoloração, lipodermatosclerose, atrofia da pele, exantema, dor na ferida, associado a insuficiência venosa crónica, lesão dos retalhos venosos e diminuição do retorno do sangue dos membros inferiores para o tronco.”

No entanto, nas extremidades dos membros inferiores podem coexistir outros tipos de úlceras, como úlceras malignas, mistas e de etiologia desconhecida. Relativamente às malignas, segundo Philips et al (1991) os sinais a procurar são uma úlcera pouco profunda que não revela nenhuma tendência para cicatrizar, a ausência de outros sinais de doença venosa e uma localização peculiar da úlcera.

Úlcera mista, de acordo com Furtado (2003), é uma úlcera provocada por doença arterial e venosa.

A Sociedade Espanhola de Angiologia e Cirurgia Vasculiar, cit in Revilla et al (2007), define o pé diabético como uma “alteração clínica de base etiopatogénica neuropática e induzida pela hiperglicemia mantida, com ou sem coexistência de isquemia, e prévio desencadeante traumático, produzindo lesão e/ou ulceração do pé”.

O pé diabético pode ser classificado em dois tipos, de acordo com a sua etiopatogenia: neuropático e neuroisquémico (Luis S., 2001).

Quadro 2 - Classificação fisiopatológica do pé diabético

Neuropático	Pé isquémico
Quente	Frio
Rosado	Pálido com elevação, cianosado com declive
Pele seca e fissurada	Pele fina e brilhante
Deformações	
Insensível à dor	Com sensação dolorosa
Pulsos amplos	Pulsos diminuídos ou ausentes
Veias ingurgitadas	Aumento do tempo de enchimento capilar
Edemaciado	Sem edema
Se úlcera: 1º e 5º metacarpo e calcâneo (posterior); redondas com anel querotásico periulcerativo; não dolorosas	Se úlcera: latero-digital; sem anel querotásico; dolorosas

Fonte: Revilla, Gema et al

Úlcera arterial, também denominada por úlcera isquémica, de acordo com a International Council of Nurses (2011, p.57) é definida como uma

“úlcera com as características específicas: lesão circunscrita semelhante a uma loca, normalmente situada no calcanhar, maléolos ou dedos do pé, pele em torno da ferida pálida ou púrpura escura, úlcera serosa com zonas de necrose

amarelas e pretas, exposição de tendões, pés frios, forte dor na ferida e dor ao andar e em repouso, associada a insuficiência arterial.”

2.1. Dor no paciente

A American Pain Society identifica a dor como “quinto sinal vital”, no entanto, nem sempre está monitorizada no paciente com feridas. Baranoski e Ayello (2005), recomendam que a dor deve ser acrescentada na avaliação das feridas. Acrescenta ainda que esta pode ser nociceptiva, ou seja, uma resposta fisiológica apropriada a um estímulo doloroso como no caso da inflamação aguda ou crónica, ou neuropática provocada por uma disfunção do sistema nervoso. Os mesmos autores, fazem referência a estudos realizados por Pieper e Rook que acreditam que a dor causada pelas feridas deve-se a: libertação de químicos nocivos do tecido danificado; erosão dos planos tecidulares com destruição dos terminais nervosos; regeneração dos terminais dos nervos nociceptivos, à infecção, mudança de penso e desbridamento.

As mesmas autoras fazem referência a conceptualização de dor crónica descrita por Krasner como:

Dor não cíclica ou incidente – definida como um episódio único provocada por exemplo após desbridamento da ferida;

Dor cíclica ou episódica – repete-se devido a mobilização, posicionamento ou a mudança de penso;

Dor crónica ou contínua – persistente associada ao repouso.

Deste modo Dealey (2006), recomenda que o padrão ideal para avaliar a intensidade da dor é a auto referência e a utilização de instrumentos padronizados de intensidade dor (escalas para avaliação da dor). Uma avaliação precisa e contínua da dor é a base do tratamento de sucesso.

O objetivo do tratamento da dor num paciente com ferida é eliminar a causa da dor, proporcionar analgesia ou ambos. Após determinar a causa específica da dor, deve ser implementado um plano de cuidados individualizado, que englobe a reabilitação e terapêutica medicamentosa associada a técnicas de relaxamento que ajudam o paciente a distrair-se e a diminuir a ansiedade.

As escalas para avaliação da dor segundo recomendação da Direcção Geral de Saúde (2003), são:

- A escala visual analógica – 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 – representada por rostos. À classificação “sem dor” corresponde a expressão de felicidade e à classificação de “dor máxima” a expressão de máxima tristeza.
- A escala numérica – consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10, podendo apresentar-se ao utente na horizontal ou na vertical.
- A escala qualitativa – consiste em cinco adjetivos: sem dor, dor ligeira, dor moderada, dor intensa, dor máxima.

3. EPIDEMIOLOGIA DAS FERIDAS

A epidemiologia como ciência alicerça-se em quatro premissas fundamentais: que as doenças não ocorrem de forma ocasional; que as doenças possuem fatores causais e preventivos; que esses fatores podem ser identificados por meio de investigação sistemática, aquilo que chamamos ‘método epidemiológico’ e que as intervenções clínicas devem estar baseadas nos resultados obtidos dessa investigação.

Compreender a epidemiologia das feridas, prevalência, distribuição e somatório dos fatores que controlam a sua presença ou ausência, pode não só ajudar a reduzir a prevalência mas também ajuda a reduzir a ansiedade, o stress e sentimentos de culpa do paciente, dos cuidadores informais e dos profissionais de saúde (Barrett, 2002).

A prevalência permite obter uma imagem estática e demonstra o estado da situação, ou seja, a percentagem da população que apresenta uma ou mais feridas num ponto temporal específico ou durante um período de tempo específico. Segundo Morison (2004), uma das principais características da prevalência é fazer uma ideia da dimensão do problema. Desta forma, é importante dispor de estratégias de educação e prevenção que se baseiem em evidências científicas, e todas as intervenções e resultados devem ser monitorizados e registados, como defende a EPUAP.

As úlceras de pressão, segundo Rijswijk (2004) surgem maioritariamente em idosos. Neste sentido, Lamantia (2000), defende que a elevada prevalência de UP na população envelhecida se deve ao fato desta, normalmente, ter menor mobilidade e menor continência intestinal e vesical e ser composta por mais pacientes crónicos e debilitados. O autor acrescenta que as UP são mais frequentes sobre as proeminências ósseas, sendo mais comuns na região sagrada, tuberosidades isquiáticas, trocânteres e calcâneos.

Mediante a frequência do problema, a comunidade científica internacional realizou inúmeros estudos em diferentes datas e contextos, concluindo que a prevalência de úlceras de pressão se situa entre 4,7% e 32,1% para os cuidados hospitalares, entre 4,4% e 33% na comunidade e entre 4,6% e 20,7% para os lares. (Thoroddsen em 1999, Torra i Bou em 1998, Anaya em 2000, Kaltenhalen em 2001 e Soldevilla, Torra I Bou, Je, Verdú, J, Martínez, F, López, P, Rueda, J, Mayán, J. em 2006). Num hospital universitário da Turquia, um estudo indicou uma prevalência de 11.6% (Tan, 2008). Na Alemanha e na Holanda, num outro estudo, a prevalência foi de 28% e 33% respectivamente (Tannen *e al*, 2009).

Nos Estados Unidos, foi determinada a prevalência de úlceras de pressão em 2009, verificando-se que em cuidados combinados era de 12.3% e nos serviços de cuidados agudos 11.9% (VanGilder, 2009).

Evidencia-se em 2001, o papel da EPUAP que realizou um estudo piloto de prevalência de úlceras por pressão em vários hospitais de cinco países europeus (Bélgica, Itália, Portugal, Suécia e Reino Unido). Nesta investigação, a amostra correspondia a 5947 pacientes que foram observados, dos quais 1078 (18,1%) apresentavam úlceras de pressão (Furtado, 2003). No final desse estudo, concluiu-se que os países envolvidos apresentavam os seguintes valores de prevalência: Bélgica (21%); Itália (8%); Suécia (23%); Reino Unido (21%). Concretamente em Portugal, a prevalência encontrada foi de 12,5%, todavia importa refletir que apenas foram avaliados 784 pacientes hospitalizados, dos quais 98 apresentavam úlceras de pressão. Assim, mediante estes dados, é importante ressaltar que o estudo piloto não reuniu nem caracterizou uma amostra significativa da «população hospitalar» portuguesa, portanto os dados apresentados não podem ser extrapolados de forma credível à realidade nacional (EPUAP, 2001).

Ao nível da Região Autónoma da Madeira (RAM), Jesus *et al* (2005), realizaram um estudo epidemiológico, descritivo e transversal, através de um corte de prevalência, cujo objectivo foi determinar a prevalência das úlceras de pressão na RAM. A população foi

constituída por todos os habitantes da RAM, segundo os censos de 2001, abrangendo os Hospitais, Lares e Centros de Saúde (serviços de internamento e domicílios). O total de pacientes estudados foi de 268, sendo que o total de úlceras foi de 506, destas, 366 nos pacientes residentes no seu domicílio, 101 no meio hospitalar, 25 nos lares e 14 nos internamentos dos cuidados de saúde primários. A prevalência dos pacientes com úlceras de pressão foi em: meio hospitalar 7,8%; lares 3,1%; domicílio 0,62% para os pacientes com idades superiores ou iguais a 65 anos e internamentos dos centros de saúde 14%.

Em 2006 nos arquipélagos dos Açores, Madeira e a ilha da Gran Canária, foi efetuado um estudo de prevalência de úlceras de pressão, abrangendo em simultâneo meio hospitalar, lares e cuidados de Saúde Primários, tendo sido efetuado pelo Grupo de Investigação Científica em Enfermagem, através de um Projecto financiado pelo Interreg III B. Este estudo reuniu e analisou uma amostra de 1.186 pacientes, apresentando uma prevalência de UP geral de 14,8% e, especificamente nos Açores de 9%, canárias de 12,4% e na Madeira de 22,7%, devendo realçar-se que a maior prevalência foi encontrada a nível dos cuidados de saúde primários (Grupo ICE, 2006).

No estudo realizado por Capon *et al* (2007) que envolveu 571 pacientes de dez unidades de prestação de cuidados de saúde de longa duração em Itália (Roma), com o intuito de avaliar a prevalência das úlceras de pressão, verificou-se uma prevalência global de UP de 27%.

Segundo um estudo de prevalência de UP efectuado por Alves, P (2008) no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, no Serviço de Cuidados Intensivos Polivalente, a prevalência de UP foi de 20%.

Um estudo efectuado por Alves, P., Sousa, L., Homem., Conceição, N., (2011), abrangendo as medicinas do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, obteve uma prevalência de UP de 24,8%.

Num estudo efectuado numa unidade de queimados por Alves, P., Guerra, R., Amado, J. (2011), refere que a prevalência de UP foi de 9%.

Em Portugal, Costeira (2011) divulga que os estudos de referência apontam para valores de prevalência de UP de 17,4% em Medicinas, 7,1% em Cirurgias, 16,6% em Unidades de Cuidados Intensivos, 15,3% nas Urgências, 8,0% em Especialidades Médicas e 8,6% em Especialidades Cirúrgicas.

Um estudo de prevalência efectuado por Pini, Q. (2012) em unidades de longa duração, a Prevalência de úlcera de pressão encontrada foi de 23%.

De acordo com o Observatório Nacional da Diabetes (2012), a prevalência da diabetes em 2010 foi de 12,4 % da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, o que corresponde a um total de aproximadamente 991 mil indivíduos.

Segundo o International Working Group on the Diabetic Foot, num consenso realizado em 2007, a cada 30 segundos é amputada uma perna a um doente diabético em todo o mundo, sendo a maioria destas amputações precedidas de úlcera no pé. O pé diabético é uma das complicações mais frequentes da diabetes, existindo uma percentagem de 15% de diabéticos que poderá vir a desenvolver uma lesão grave a nível do pé ao longo da vida (Edmonds, et al., 2008).

Um estudo com mais de 10000 pacientes diabéticos realizado em Inglaterra em 2002, revelou que 5% possuíam história de ulceração do pé prévia ou actual e quase 67% possuía um ou mais factores de risco, nomeadamente neuropatia diabética, deformidades do pé, história prévia de ulceração do pé, outras complicações microvasculares, idade avançada, isolamento (Wild. S. et al., 2004). A prevalência destas úlceras é estimada entre 3-8% (Tennvall, G.R., et al., 2000)

Dois estudos do Nordeste da Europa reportam que a incidência anual de úlcera de pé na população geral é ligeiramente acima de 2% e que tem sido progressivo nos pacientes com factores de risco predisponentes; taxas de incidência anual de indivíduos com neuropatia variam de 5% a 7%. Relativamente à etiologia da ulceração do pé, cerca de 45-60% das úlceras são neuropáticas, cerca de 10% são isquémicas e 25-45% são neuroisquémicas (Wild. S. et al., 2004).

Em Portugal, a prevalência de feridas crónicas em cuidados de saúde ambulatoriais, é estimada 1,42 pessoas por cada 1000 habitantes (Furtado, 2003). Pina, Furtado, Franks & Moffatt (2004) refere 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 (mistas).

De acordo com Benbow M. (2005), as úlceras venosas correspondem a 70% de todas as úlceras dos membros inferiores e afetam 1 a 2% da população do Reino Unido.

Faria (2010) realizou um estudo com 1311 pacientes, verificando que a maioria (78,3%) era portadora de feridas agudas, seguida de feridas crónicas (15,5%). Na pesquisa de Dias *et al* (2008), desenvolvida em ambulatório, a maioria (57,9%) da população possuía feridas agudas.

Um estudo internacional desenvolvido por Gruen, Chang e MacLellan, (1997) identificaram a prevalência pontual de feridas num hospital na Austrália. Verificou-se uma predominância de feridas cirúrgicas (49,4%), seguido de UP (23,3%) e pelas úlceras de perna (23,2%) que incluíram as venosas, arteriais e traumáticas. Do mesmo modo, no estudo de Maciel (2008), considerando que 525 pacientes apresentavam feridas, de diversas etiologias, a prevalência foi de 48,9%. Quando à prevalência relacionada à etiologia destacam-se as cirúrgicas (75,2%) e as UP (12,1%), no grupo das feridas agudas e crónicas respectivamente.

3.1. Impacto económico do tratamento de feridas

Atualmente os serviços de saúde ambicionam a meta da qualidade. Os enfermeiros necessitam conquistar referências credíveis que os orientem na obtenção e desenvolvimento de padrões de qualidade relativamente aos cuidados que promovem (Baumgarten et al, 2006).

Alguns autores (Bergstrom et al, 1997; Morison et al, 2004), entidades reguladoras, decisores políticos e famílias apontam as feridas como indicadores da qualidade de cuidados médicos e de enfermagem.

Os enfermeiros devem defender este argumento uma vez que esta problemática se envolve directamente com a prestação de cuidados. Na verdade, este tema reveste-se de incontestável interesse e importância para a sua prática clínica diária devendo os enfermeiros assumir um papel mais activo nas suas intervenções (Morison et al, 2004).

Importa salientar, que na realidade um paciente que desenvolva feridas, aumenta o tempo de internamento até 5 vezes ficando susceptível à manifestação de diferentes experiências problemáticas, como a dor, a alteração da imagem corporal e o risco de infecção sistémica que aumenta a probabilidade de desencadear a morte (Allman, 1997).

Neste contexto, torna-se notoriamente constrangedor encarar o número de pacientes que experimentam a vivência, a dor e o sofrimento despertado pelas feridas (Jaul,2008).

Torna-se de igual modo constrangedor analisar sob o ponto de vista económico, os gastos que se impõe a nível de prevenção e de tratamento das feridas (Ferreira, 2007).

Assim, constatámos que estas constituem, indubitavelmente, um grave problema de saúde que envolve directamente os diferentes níveis de cuidados (Duque, 2011).

Perante um panorama de acréscimo de exigência por parte dos gestores e usuários, torna-se urgente uma mudança de atitude e de comportamento por parte dos profissionais da saúde em geral e da Enfermagem em particular em que a prioridade da ação resida na qualidade da prestação de cuidados e na concretização positiva das expectativas do paciente (Poletti, 2000).

Neste contexto, Hibbs (1998) admite que a melhoria de prestação de cuidados e recursos adequados poderiam converter como evitáveis 95% das úlceras de pressão. Diante deste fator, a prevenção afigura-se como a melhor solução para estas lesões, pois evita o quadro problemático do paciente e dos que o acompanham e promove uma diminuição de custos e um aumento da qualidade de vida dos pacientes.

Em geral, os custos com o tratamento das feridas são mais elevados do que com a prevenção (Bergstrom et al, 1995), e o investimento em recursos materiais e humanos para a prevenção é mais rentável em termos económicos e na qualidade de cuidados aos pacientes (Pancorbo e García F., 2002).

A ocorrência de feridas implica custos elevados para o Sistema de Saúde, que se dividem em três categorias principais, segundo Duque (2009): custos financeiros que estão associados à aquisição de material preventivo, tratamento e de complicações; custos relacionados com internamentos prolongados e custos associados ao tempo despendido nos cuidados prestados.

Habitualmente, quando se fala de tratamento de feridas, os custos são imediatamente associados ao material de penso, no entanto é necessário pensar no tempo destinado ao diagnóstico e execução desse mesmo tratamento (Duque, 2009). Lindholm (1999) referiu uma prevalência de feridas crónicas de 2,4/100, requerendo 57 enfermeiras a tempo inteiro para uma população de 288,000, demonstrando custos elevados no tempo dedicado por parte da enfermagem ao paciente com feridas.

Em 1992, Kuhn estimou que 1,7 milhões de pacientes desenvolveram úlceras por pressão, o que representou um custo de 8,5 biliões de dólares em cuidados de saúde.

Na Rioja – Espanha, o custo associado às UP estimou-se nos setenta milhões de pesetas (Soldevilla e Torra I Bou, J., 2006). Com os dados provenientes do segundo estudo de prevalência de UPP em Espanha, em 2005, e com a informação proveniente de questionários administrados a um painel de peritos do 2º Encuentro Nacional de Comisiones de Úlceras por Presión, estimou-se que o custo anual do tratamento das UP em Espanha é de 435 milhões de euros; Também Bennet, Dealey e Posnett (2004) efectuaram um estudo, no Reino Unido, onde evidenciaram que o custo de tratar de uma

UP varia desde 1.062 Libras para uma úlcera na categoria I, até 10.551 Libras na categoria IV. Este aumento reflete-se com a evolução da categoria, pois o tempo de cicatrização e a incidência de complicações também aumentam. Anualmente, custam entre 1,4 e 2,1 bilhões de libras nos Estados Unidos (4% do orçamento do Serviço de saúde Inglês).

As feridas estão associadas a custos não financeiros tais como a dor, o desconforto, a qualidade de vida, o tempo de internamento e a morte (Clark, 1994; Davies, 1991; Touche Ross, 1993). Todos os custos apostados num processo de prevenção falhado aumentam ainda mais os custos no tratamento (Land, 1995).

4. COMPLEXIDADE DO ESTUDO EM FERIDAS

O aumento da longevidade tem propiciado a existência de um número cada vez maior de pessoas com problemas de saúde crônicos, cujas feridas se encontram entre estes problemas. Apesar da existência notória de avanços técnicos e científicos no domínio do tratamento das feridas crônicas e viabilidade tecidual, fruto do interesse que este tema tem gerado devido à prevalência que este tipo de feridas assume nas populações, existem poucos estudos nesta área (Alves & Vieira, 2012). Torna-se assim fundamental ter uma visão holística do paciente, de forma a compreender a natureza multidimensional da realidade vivida pelas pessoas com feridas, bem como os aspectos bio-psico-sociais associados a esta condição de saúde (Rodrigues, 2003).

Para além das alterações físicas e dos grandes encargos financeiros, as feridas comportam, igualmente, outras implicações de ordem psicológica, emocional e social, que não afeta apenas os próprios pacientes, mas são também extensíveis às suas esferas familiar e social (Ferreira, 2007).

Estima-se que a nível mundial existam no mínimo 300 milhões de feridas agudas; 100 milhões de feridas traumáticas e 20 milhões de feridas crônicas (Boulton, 2005).

Quanto a estudos a nível nacional existe pouca informação disponível sobre a epidemiologia das feridas e o seu tratamento a nível dos cuidados de saúde, quer primários, quer diferenciados, ou mesmo na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. A maioria dos estudos existentes aborda apenas um tipo específico de ferida: úlcera de pressão, úlcera de pé diabético e úlcera de perna.

Pelos múltiplos aspetos associados e dada a complexidade de se estudar em feridas, torna-se difícil a sua quantificação. Esta é uma área com muitas potencialidades de estudo.

As feridas além de prolongarem o tempo de internamento e contribuírem para o aumento da mortalidade, aumentam os custos terapêuticos, a carga de trabalho da equipa que presta assistência e com isso a necessidade de recursos humanos e materiais, além de representarem um aumento no sofrimento físico e emocional do paciente e familiares (Duque, 2009).

Assim, o conhecimento científico do profissional de saúde, especialmente do enfermeiro, na área das feridas, é essencial para o tratamento e prevenção de lesões nos pacientes de uma instituição. É importante a realização de um diagnóstico institucional com o objetivo dos profissionais de saúde desenvolverem e implementarem acções específicas/protocolos de prevenção e tratamento de feridas adaptados à realidade institucional de modo a melhorar os cuidados ao paciente portador de lesões (Lima e Guerra, 2011).

No contexto hospitalar, enquanto Enfermeira a trabalhar há vários anos no CHVNG/E, intrigo-me diariamente sobre qual a prevalência e incidência de feridas crónicas e agudas nos pacientes internados. No decorrer da minha atividade, identifiquei-me com a afirmação de Thorne, apresentada por Streubert (in Streubert e Carpenter, 2002), que consideram que *“os enfermeiros e outros profissionais desejam compreender claramente e dar sentido à experiência vivida dos seus clientes, entrar no mundo em que eles habitam e perceber o processo social básico dos acontecimentos de saúde e de doença humanos”*.

Partindo da minha experiência em cuidados de saúde diferenciados desde há vários anos, e sentindo necessidade de aumentar a percepção sobre o trabalho desenvolvido junto dos pacientes, surgiu a necessidade de efectuar este estudo exploratório, com vista a aprofundar conhecimentos na área de feridas e viabilidade tecedular para que seja possível estabelecer intervenções com rigor científico e direccionadas aos problemas individuais dos pacientes.

5. OBJECTIVOS DO ESTUDO

Como objetivo geral, este trabalho pretende:

- Determinar a prevalência de feridas no CHVNG/E;
- Caracterizar os pacientes com feridas no CHVNG/E

Os objetivos específicos são:

- Determinar a prevalência de feridas em pacientes hospitalizados no CHVNG/E.
- Conhecer antecedentes/fatores de risco dos pacientes internados com feridas;
- Caracterizar as feridas do CHVNG/E relativamente a:
 - Classificação
 - Localização anatômica
 - Origem
 - Lateralização
 - Tempo de desenvolvimento das feridas
 - Tipo de tecido
 - Nível de exsudado
 - Pele circundante
- Determinar o tempo utilizado na realização do tratamento às feridas;
- Conhecer o nível de dor durante o dia e durante o tratamento;
- Conhecer a frequência de mudança de penso;
- Conhecer o material de penso mais utilizado no tratamento.

CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA

É através da metodologia que estruturamos o estudo, descrevemos e explicamos os métodos que vamos adotar, bem como as técnicas de que nos vamos socorrer para dar resposta aos nossos problemas do estudo.

Neste trabalho de carácter epidemiológico, o tipo de estudo desenvolvido é o “cross-sectional”, de prevalência ou transversal, em que os pacientes eram portadores de feridas.

Nas pesquisas transversais todas as monitorizações são efetuadas num único momento, sem período de seguimento e fornecem informações sobre a prevalência no desfecho em determinado instante (Hulley, 2008). A principal característica destes estudos é o fato de o investigador ao seleccionar os indivíduos da população ou amostra desconhecer os que são doentes ou sadios, os expostos e os não-expostos (Franco, 2005).

A epidemiologia parte do princípio que as doenças não surgem de forma aleatória na população humana, pelo que estuda a sua distribuição e avalia as suas causas de forma a contribuir para a prevenção e controlo (Mausner & Kramer, 2004). Neste contexto, a epidemiologia é um pilar base da saúde comunitária revestindo-se de extrema importância para a prática clínica diária, pois desempenha um papel determinante para posteriores investigações (Gordis, 2010).

1. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é definida por Polit *et al* (2004) como “...o conjunto de indivíduos ou objectos com alguma característica comum, definidora”. Na presente investigação, a população em questão é constituída pelos pacientes com feridas, internados no CHVN/E nos dias 06 e 07 de Dezembro de 2012.

A amostra em estudo será definida como sendo não probabilística acidental”, que é o equivalente a estratificada não probabilística (Carmo & Ferreira, 1998), ou seja, foram

incluídos na amostra todos os pacientes internados com feridas, nos dias 6 e 7 de Dezembro de 2012 no CHVNG/E.

Pela observação da tabela 1, verifica-se que no CHVN/E se encontravam disponíveis 617 camas distribuídas por 27 serviços. Tendo sido estudados todos os pacientes internados com feridas (199) e excluídos os pacientes que estavam no serviço de urgência, internados no serviço de “Observação”(OBS).

Tabela 1: Número de camas por serviço

SERVIÇOS	N.º Camas	SERVIÇOS	N.º Camas
Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA)	6	Nefrologia/gastro	12
Cirurgia homens	34	Neonatologia	18
Cirurgia mulheres	31	Obstetrícia	32
Cirurgia especialidades	37	Pediatria	25
Unidade de Cuidados Intermédios de Cirurgia (UCIC)	9	Unidade intermédios	
Otorrino/Oftalmologia	28	Cardiologia (UIC)	12
Ortopedia 4	20	Cardio-torácica internamento	27
Ortopedia 5	21	Cirurgia vascular	18
Urologia	16	Pneumologia	27
Medicina 1/neurologia	30	Unidade Cuidados Intensivos Coronárias (UCIC)	8
Medicina 3	42	Unidade Cuidados Intensivos Cardio-Toracica (UCICT)	13
Medicina 4	42	Unidade de Cuidados Intensivos Polivante (UCIP)	12
Psiquiatria	28	Unidade Cuidados Continuados Espinho	28
Unidade Cuidados Intermédios Medicina/Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (UCIM/UAVC)	20	Ginecologia	21
TOTAL CAMAS			617

2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados constitui o elemento ou a técnica que o pesquisador utiliza para a colheita de dados (Polit et al, 2004).

Segundo Fortin (1999), os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos, cabendo ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor se adequa ao objetivo de estudo, às questões de investigação ou às hipóteses formuladas. “O processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para esse fim” (Fortin, 1999, p.261).

Nesta investigação foi utilizado um questionário (*Anexo 1*), preenchido pelos profissionais de saúde, constituído por várias partes: a primeira é referente à identificação dos pacientes; 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 Índice da Pressão Tornozelo Braço (IPTB) e terapia compressiva, cujo preenchimento é obrigatório se as lesões se localizarem nos membros inferiores; a sexta parte, é referente à utilização de uma escala de cicatrização validada para a população portuguesa 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. Para o preenchimento do questionário os profissionais basearam-se no protocolo de preenchimento do estudo nacional de prevalência da Universidade Católica Portuguesa (2011).

De seguida operacionalizam-se 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; leishemania; 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 registar o tempo da deslocação, expresso em horas e minutos.

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

Nível da dor na ferida principal – variável operacionalizada através de duas categorias: durante o dia e durante o tratamento. Relativamente à categoria *Durante o dia*, esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta, correspondendo 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 infecção 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 infecção no compartimento profundo, da ferida principal - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, que envolve duas categorias: sim e não. Se sim, envolve duas opções de resposta fechada: sim e não, referente 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.

3. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A realização de um trabalho de investigação implica por parte do investigador uma responsabilidade pessoal e profissional. Desta forma, o conhecimento e respeito pelos aspectos éticos e morais revelam-se primordiais.

Foi previamente solicitado pelo autor, autorização ao presidente do conselho de administração da Instituição envolvida no estudo (*Anexo 3*), garantindo assim os princípios éticos de acordo com a declaração de Helsínquia.

Uma vez concedida a autorização (*Anexo 4*), o autor procedeu aos primeiros contatos com os enfermeiros chefes dos serviços de internamento do CHVNG/E, onde foram apresentados os objetivos do estudo bem como o instrumento de colheita de dados.

Foram acordados em conjunto com os enfermeiros chefes, os dias para a colheita de dados.

Foram selecionados em cada serviço o enfermeiro responsável pela colheita de dados.

Foi efetuado uma reunião com todos os enfermeiros responsáveis pela colheita de dados, onde foi apresentado o plano para a mesma, os objectivos do estudo, o guião de orientação para o preenchimento do instrumento de recolha de dados (*Anexo 2*), garantindo assim a uniformização do preenchimento.

Foram entregues os consentimentos informados aos enfermeiros responsáveis pela colheita de dados e aos pacientes, sob compromisso de salvaguardar o anonimato e garantir a confidencialidade. (*Anexo*

5)

Nos dias estipulados (6 e 7 de Dezembro de 2012), os enfermeiros procederam à recolha dos dados.

4. TRATAMENTO DOS DADOS

O tratamento estatístico dos dados colhidos foi efetuado por computador, através dos programas Microsoft Excel XP® e 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).

CAPÍTULO 3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentam-se os dados obtidos, através da aplicação do instrumento de colheita de dados.

- Determinar a prevalência de feridas em pacientes hospitalizados no CHVNG/E.

O número total de pacientes com feridas na amostra no momento da recolha de dados aponta uma prevalência pontual de feridas de 39,02%, valor inferior ao encontrado por Maciel (2008) que obteve no seu estudo uma prevalência de 48,9%. Após a realização de um estudo em 13 Hospitais de agudos no Canadá em 2006 e 2007, Posnett (2009) obteve uma prevalência média de pacientes com feridas, de 41,2 %. Do total de 510 participantes do nosso estudo, verifica-se através da tabela 2, que 199 pacientes apresentam feridas e foram identificadas 306 feridas, o que revela que o número de feridas é superior ao número de pacientes com lesões, pois alguns pacientes apresentam mais de uma ferida. Constata-se que a amplitude de feridas varia entre 1 e 6 feridas, situando-se a média de 1,54 feridas por paciente. A média de feridas do estudo é superior ao encontrado por Maciel (2008) e Faria (2010) que identificou uma média de 1,08 e 1,27 feridas por paciente, respectivamente, e inferior ao encontrado por Jiang et al (2011) que obteve no seu estudo uma média de 1,7 feridas.

Tabela 2: Número de pacientes internados com feridas

SERVIÇOS	N.º camas ocupadas	N.º doentes com feridas
UCPA	3	3
Cirurgia homens	28	9
Cirurgia mulheres	31	12
Cirurgia especialidades	35	13
CIC	8	6
Otorrino/Oftalmologia	16	5
Ortopedia 4	16	11
Ortopedia 5	13	6
Urologia	14	4
Medicina 1/neurologia	30	4
Medicina 3	42	20
Medicina 4	37	25
Nefrologia/gastro	12	2
Psiquiatria	21	0
UCIM/UAVC	16	8
Ginecologia	14	5
Neonatologia	18	0
Obstetrícia	26	17
Pediatria	8	2
Unidade intermédios Cardiologia (UIC)	12	2
Cardio-torácica internamento	17	15
Cirurgia vascular	17	8
Pneumologia	24	4
Unidade Cuidados Intensivos Coronárias (UCIC)	8	1
Unidade Cuidados Intensivos Cardio-Toracica	11	11
UCIP	6	5
Unidade Cuidados Continuados Espinho	27	1
TOTAL	510	199

- Caracterizar os pacientes com feridas no CHVNG/E

Da análise dos resultados da tabela 3, a classe etária em que se situa a maioria dos casos, tanto homens como mulheres, é 61-80 anos, sendo que 23,6% (47) são do género masculino e 17,1% (34) do género feminino. Constata-se que a amplitude etária varia entre o 1 e os 96 anos, situando-se a média de idades dos pacientes internados que possuem feridas nos 63,39 anos e o desvio padrão de 20,58 anos, o que coincide com o estudo de Maciel (2008) onde a idade variou de 2 a 98 anos, sendo a média de idade de 56,5 anos. Este fato, também se

verifica no estudo de Faria (2010) Na sua pesquisa foram acompanhados 1.311 pacientes portadores de feridas em serviços de internamento, num período de quatro meses, a idade média dos pacientes foi de 48,59 anos. No estudo de Jiang (2011), a amplitude etária varia entre os 18 e 96 anos, situando-se a média de idades dos pacientes nos 58 anos. A classe etária em que se situa a maioria dos casos é 40-60 anos e 60-80 anos (31% vs 38%).

Do total da amostra (n=199), 46,7% (93) pacientes são do género masculino e 53,3% (106) do género feminino, o que vai de encontro ao estudo efectuado por Maciel (2008) no qual o predomínio foi o género feminino (51,2%). No entanto, estes resultados contrariam outras pesquisas como a de Oliveira e Lima (2007) que obtiveram 74% do género masculino; Milão et al (2006) 78% e Faria (2010) 62,1% do género masculino.

Relativamente à distribuição das classes etárias de acordo com o género, as principais diferenças verificam-se na faixa etária mais alta, em que, comparativamente aos homens, há aproximadamente o dobro de mulheres com idade acima de 80 anos (15 vs 29).

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes por género/idade em classes

Género	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Idade em classes						
< 20	5	2,5	3	1,5	8	4,0
21-40	5	2,5	17	8,5	22	11,1
41 - 60	21	10,6	23	11,6	44	22,1
61-80	47	23,6	34	17,1	81	40,7
>80	15	7,5	29	14,6	44	22,1
Total	93	46,7	106	53,3	199	100

Relativamente à situação profissional dos pacientes, verifica-se, através da tabela 4, que a maioria dos casos, tanto homens como mulheres, são reformados com 59,8% (119), sendo que 29,1% (58) são do género masculino e 30,7% (61) feminino; 12,6% (n=25) são trabalhadores qualificados, sendo que 4,5% (9) são do género masculino e 8% (16) feminino.

Quanto à distribuição da profissão de acordo com o género, as principais diferenças verificam-se na classe dos qualificados e desempregados, em que, comparativamente aos homens, há aproximadamente o dobro de mulheres (9 vs 16 e 5 vs 11). Na pesquisa de Faria (2010), a maior prevalência em relação à profissão é reformado (22,1%), seguida de trabalhadores não qualificados (18,3%). O estudo efetuado por Jiang (2011), obteve uma

maior prevalência de trabalhadores manuais (38,5% masculinos, 29,3% femininos) e reformados (27,9% masculinos e 23,5% femininos).

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes segundo género/profissão em classes

Género	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Profissão em classes						
Reformados	58	29,1	61	30,7	119	59,8
Qualificados	9	4,5	16	8,0	25	12,6
Estudantes e outros	12	6,0	11	5,5	23	11,6
Desempregados	5	2,5	11	5,5	16	8
Não qualificados	9	4,5	7	3,5	16	8
Total	93	46,7	106	53,3	199	100

- Conhecer antecedentes/fatores de risco dos pacientes internados com feridas;

Da análise dos resultados apresentados na tabela 5, observa-se que os factores de risco dos pacientes portadores de feridas são os mais variados, sendo que os mais predominantes são: o AVC com 11,1% (22), a diabetes tipo II com 22,6% (45), a dislipidemia com 32,7% (65), a HTA com 45,2% (90), a insuficiência cardíaca com 15,1% (30) e as neoplasias com 14,6% (29). De salientar que a percentagem encontrada não é cumulativa. Estes resultados vão de encontro ao estudo efectuado por Maciel (2008), em que a hipertensão arterial foi a comorbidade com maior percentagem (432 - 31,1%) de pacientes, seguida pela diabetes mellitus (166 - 12,3%) e neoplasias (127 - 9,4%). A trombose venosa profunda (15 - 1,0%) e a insuficiência vascular periférica (10 - 0,7%). No estudo de Faria (2010) a HTA foi o fator de risco mais comum entre os pacientes (23%), seguido das neoplasias (12,7%) e diabetes mellitus (8,8%). No estudo de Jiang (2011) os factores de risco mais relevantes foram a diabetes com 31,3% do género masculino e 35,3% feminino.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes por fatores de risco

Fatores de risco	Sim	%	Não	%
Alcoolismo	9	4,5	190	95,5
Anemia	7	3,5	192	96,5
Angina peito	2	1	197	99
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	22	11,1	177	88,9
Cirurgia arterial	2	1	197	99
Cirurgia cardíaca	11	5,5	188	94,5
Claudicação intermitente	1	0,5	198	99,5
Diabetes tipo I	7	3,5	192	96,5
Diabetes tipo II	45	22,6	154	77,4
Diminuição sensibilidade	6	3	193	97
Dislipidemia	65	32,7	134	67,3
Doença autoimune	1	0,5	198	99,5
Doenças reumáticas	9	4,5	190	95,5
Enfarte Agudo do Miocárdio	10	5	189	95
História prévia de ferida	3	1,5	196	98,5
Hipertensão arterial	90	45,2	109	54,8
Imobilidade	5	2,5	194	97,5
Insuficiência venosa periférica	10	5	189	95
Insuficiência cardíaca	30	15,1	169	84,9
Isquemia crítica	0	0	0	0
Incontinência vesical	4	2	195	98
Incontinência fecal	2	1	197	99
Neoplasia	29	14,6	170	85,4
Obesidade	16	8	183	92
Perda recente de peso	2	1	197	99
Tabagismo	19	9,5	180	90,5
Traumatismo	5	2,5	194	97,5
Outro	94	47,2	105	52,8

- Caracterizar as feridas do CHVNG

Através da análise da tabela 6, constata-se uma predominância de feridas cirúrgicas de 45,2% (138), úlcera de pressão com 20,6% (63), ferida traumática com 14,4% (43), úlcera pé diabético com 2,9% (9), úlcera de perna com 2,3% (7).

Estes resultados são corroborados por um estudo desenvolvido por Gruen, Chang e MacLellan (1997), num hospital na Austrália, tendo sido verificado uma predominância de feridas cirúrgicas de 49,4% e de úlcera de pressão de 23,3%.

Do mesmo modo, no estudo de Maciel (2008), considerando que 525 pacientes apresentavam feridas, de diversas etiologias, a prevalência foi de 48,9%. Quando à prevalência relacionada à etiologia destacam-se as cirúrgicas (75,2%) e as UP (12,1%).

Os resultados obtidos divergem comparativamente a um estudo efectuado por Posnett (2009), em 13 hospitais no Canadá, que revelou que a maioria das feridas encontradas na amostra foram as úlceras de pressão (56,2%) e feridas cirúrgicas (31,1%).

Relativamente às úlceras no pé diabético, Boulton (2005) refere que estas afetam aproximadamente 4 - 10% dos pacientes com diabetes mellitus, dos quais 15% resultaram em amputações. Lauterbach, Kostev & Kohlmann (2010) realizaram um estudo no Reino Unido, com 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 análise dos dados concluíram que 7,6% dos utentes tinham diabetes tipo 1 e 8,5% dos utentes diabetes tipo 2, apresentavam síndrome do pé diabético.

Segundo a conferência Nacional de consenso acerca de Úlceras de la Extremidad Inferior (2009), a prevalência de úlceras de perna em Espanha, situa-se entre 0,1 a 0,30%. Numa revisão sistemática de estudos de prevalência de úlceras de perna, Graham (2003) verificou que a prevalência se situava entre 0,6% a 3,6%.

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%. No entanto, em 2002, no estudo Europeu 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).

Lahmann (2005) apresenta valores de prevalência de UP na ordem dos 11,7 nos anos de 2001 e 2002 na Alemanha. Gunninberg, Chauhan (2004) e Woodbury (2004) descrevem prevalências a variar entre 5% a 23%.

Através de uma revisão de literatura sobre estudos de prevalência de úlcera por pressão entre os anos de 1990 e 2002, Groeneveld et al. (2004) constataram que tais estudos têm sido reproduzidos em diversos países, de modo que as taxas variam de 10 a 41%. Makela (2010), num estudo transversal de feridas crónicas efectuado na Finlândia, numa pesquisa de um dia a todos os pacientes que frequentaram os cuidados de saúde, abrangendo 1029 pacientes com

doenças crónicas (524 feridas), constatou a prevalência de 23% de úlceras de pressão, 13% úlceras venosas e 11% diabéticas.

A elevada predominância de feridas cirúrgicas (45,2%), poderá justificar-se pelo fato do CHVN/G ser um hospital que possui um serviço de urgência polivalente, que serve, preferencialmente, a população da área de influência que lhe está atribuída pelas redes de referência hospitalar, cerca de 700 mil habitantes. Para todas as especialidades, assiste os concelhos de Vila Nova de Gaia e de Espinho, com mais de 330 mil habitantes. Nas especialidades de diferenciação intermédia, serve os concelhos de Entre Douro e Vouga, com mais 350 mil habitantes. Contudo, para as especialidades de elevada diferenciação – onde encontramos Cirurgia Cardiorrástica, Cardiologia de Intervenção, Cirurgia Plástica, Medicina de Reprodução e Pneumologia –, acolhe as populações de todos os concelhos a Norte do rio Vouga.

Tabela 6 – Distribuição dos dados relativos à classificação das feridas

Classificação feridas	N	%
Cirúrgica	138	45,2
Úlcera pressão	63	20,6
Traumática	43	14,4
Dreno	16	5,3
Lesões humidade	14	3,6
Ostomia	10	3,3
Pé diabético	9	2,9
Úlcera perna	7	2,3
Queimadura	2	0,8
Etiologia desconhecida	2	0,8
Maligna	1	0,4
Fístula	1	0,4
Total	306	100

A análise da tabela 7 permite verificar que das 306 feridas detectadas, 216 eram feridas agudas e 90 eram feridas crónicas. Estes dados coincidem com outros estudos, tais como Milão et al (2006) e Oliveira e Lima (2007), os quais justificam que as feridas agudas podem ser encontradas em maior número devido à sua variedade etiológica.

Faria (2010) no estudo que efectuou, acompanhou 1.311 pacientes, tendo detetado que a maioria (78,3%) era portadora de feridas agudas, seguido de feridas crónicas (15,5%). Uma

percentagem relevante possuía feridas agudas e crónicas (6,3%). Por sua vez, Maciel (2008), verificou no seu estudo, um predomínio de feridas agudas (75,2%) e crónicas (12,1%), sendo que essas feridas também predominaram neste estudo.

Tabela 7 – Distribuição dos dados relativos à classificação das feridas (agudas/crónicas)

Feridas	N	%
Agudas	216	70,6
Crónicas	90	29,4
Total	306	100

- Caracterizar a ferida principal do CHVNG/E relativamente a:

De acordo com a amostra dos pacientes da tabela 8, constatou-se na ferida principal uma predominância de ferida cirúrgica (110), sendo que 43,6% são do género masculino e 56,4% feminino, seguido de úlcera de pressão (34), em que 41,2% (14) são do género masculino e 58,8% feminino (34).

Tabela 8: Distribuição dos dados relativos à classificação da ferida principal e género

Género	Masculino		Feminino		Total
	N	%	N	%	
Ferida principal					N
Ferida cirúrgica	48	43,6	62	56,4	110
Úlcera pressão	14	41,2	20	58,8	34
Outras	17	63,0	10	37,0	27
Ferida traumática	9	52,9	8	47,1	17
Úlcera perna	2	33,3	4	66,7	6
Pé diabético	3	60,0	2	40,0	5
Total	93	46,7	106	53,3	199

Relativamente à distribuição da ferida principal de acordo com as profissões, de acordo com a tabela 9, as principais diferenças verificam-se nos pacientes reformados (119), em que a maioria tem ferida cirúrgica e úlcera de pressão (52 vs 30).

Tabela 9: Distribuição dos dados relativos à classificação da ferida principal e profissões em classes

Profissão em classes	Não qualificados		Qualificados		Reformados		Desempregados		Estudantes e outros		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ferida principal												
Ferida cirúrgica	13	11,8	20	18,2	52	47,3	12	10,9	13	11,8	110	100
Úlcera pressão	0	0	1	2,9	30	88,2	0	0	3	8,8	34	100
Outras	0	0	2	7,4	19	70,4	1	3,7	5	18,5	27	100
Ferida traumática	2	11,8	2	11,8	12	70,6	0	0	1	5,9	17	100
Úlcera perna	1	16,7	0	0	3	50	1	16,7	1	16,7	6	100
Pé diabético	0	0	0	0	3	60	2	40	0	0	5	100
Total	16	8	25	12,6	119	59,8	16	8	23	11,6	199	100

Relativamente à origem, verifica-se através da tabela 10 que a 79,4% (158) são de origem hospitalar, sendo que a maioria (108) são cirúrgicas e úlceras de pressão (16) e 16,1% (32) tiveram origem em lares, sendo que a maioria são úlceras de pressão (17) e úlcera de perna (5).

Tabela 10 – Distribuição dos dados relativos à classificação e origem da ferida principal

Origem	Hospital		CSP		Domicílio		Lar		Outro		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Ferida principal											
Ferida cirúrgica	108	98,2	0	0	2	1,8	0	0	0	0	110
Úlcera pressão	16	47,1	1	2,9	0	0	17	50,0	0	0	34
Outras	23	85,2	0	0	1	3,7	2	7,4	1	3,7	27
Ferida traumática	10	58,8	0	0	1	5,9	4	23,5	2	11,8	17
Úlcera perna	0	0	0	0	1	16,7	5	83,3	0	0	6
Pé diabético	1	20,0	0	0	0	0	4	80,0	0	0	5
Total	158	79,4	1	0,5	5	2,5	32	16,1	3	1,5	199

Através da análise da tabela 11, constatou-se uma predominância de ferida cirúrgica de acordo com a localização anatómica mais frequente no abdómen e peito (37 vs 24). Relativamente às úlceras de pressão a localização mais frequente é no cóccix e calcâneo (13 vs 7). Os resultados alcançados vão de encontro ao estudo efectuado por Dugaret *et al* (2012),

Mattia (2010), Andrade (2010) e Souza (2010) que obtiveram uma maior incidência de úlceras de pressão nas regiões sagrada, calcâneos e trocânter. Makela (2010), num estudo transversal de feridas crônicas efetuado na Finlândia, obteve quanto à localização, 36% de feridas crônicas nos pés, 27% nas pernas, 19% nas costas/quadris e nádegas.

Importa salientar a elevada predominância (10) de feridas traumáticas bem como UP em locais não coincidentes com proeminências ósseas, o que poderá justificar-se pela utilização de dispositivos médicos, como por exemplo, colar cervical, tubos traqueais, sondas gástricas, aparelhos gessados, máscaras de ventilação não invasiva, uso de adesivos (Fletcher, 2012). Segundo Black *et al* (2010) os dispositivos constituem um fator de risco adicional para o aparecimento de feridas, nomeadamente de UP e traumáticas, aumentando assim a ocorrência e poderão surgir em localizações pouco habituais (orelhas, nariz, região abdominal).

Tabela 11 - Distribuição dos dados relativos à classificação e localização anatómica da ferida principal

Ferida principal	Úlcera pressão		Úlcera perna		Pé diabético		Ferida traumática		Ferida cirúrgica		Outras		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Abdómen	0	0	0	0	0	0	0	0	37	100	0	0	37
Peito	0	0	0	0	0	0	0	0	24	70,6	10	29,4	34
Pernas	0	0	5	22,7	1	4,5	7	31,8	8	36,4	1	4,5	22
Períneo	0	0	0	0	0	0	0	0	9	60	6	40	15
Cóccix	13	92,9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7,1	14
Cabeça	2	15,4	0	0	0	0	2	15,4	7	53,8	2	15,4	13
Anca	0	0	0	0	0	0	1	9,1	9	81,8	1	9,1	11
Pé	1	10	0	0	3	30	2	20	3	30	1	10	10
Calcâneo	7	70	1	10	1	10	1	10	0	0	0	0	10
Pescoço	0	0	0	0	0	0	0	0	6	66,7	3	33,3	9
Nádega	2	40	0	0	0	0	2	40	0	0	1	20	5
Trocânter	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Mãos	0	0	0	0	0	0	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3
Braços	0	0	0	0	0	0	1	33,3	2	66,7	0	0	3
Costas	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100	0	0	3
Nariz	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Isquio	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1
Orelha	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Maléolo	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	34	17,1	6	3,0	5	2,5	17	8,5	110	55,3	27	13,6	199

A lateralização da ferida principal verificou-se maioritariamente ao centro com 37,7% (75) e à esquerda 31,7% (63). Da análise dos resultados da tabela 12, a lateralização mais frequente tanto na ferida cirúrgica como na UP é ao centro e à esquerda (52/15 vs 33/10, respetivamente). A distribuição da úlcera de perna e pé diabético é equitativa. Importa salientar a elevada predominância de UP e ferida cirúrgica ao centro (52 vs 15), o que poderá justificar-se pela localização anatómica mais incidente encontrada no estudo, como sendo o cóccix e abdómen, respetivamente.

Tabela 12 - Distribuição dos dados relativos à classificação e lateralização da ferida principal

Lateralização	Esquerda		Direita		Centro		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ferida principal								
Ferida cirúrgica	33	30,0	25	22,7	52	47,3	110	100
Úlcera pressão	10	29,4	9	26,5	15	44,1	34	100
Outras	7	25,9	14	51,9	6	22,2	27	100
Ferida traumática	7	41,1	8	47,1	2	11,8	17	100
Úlcera perna	3	50,0	3	50,0	0	0	6	100
Pé diabético	3	60,0	2	40,0	0	0	5	100
Total	63	31,7	61	30,6	75	37,7	199	100

Relativamente à durabilidade da ferida principal, através na tabela 13, verifica-se no total dos pacientes da amostra (199) em dias, uma média de 26,63 dias, com um mínimo de um dia e um máximo de 730 dias. Através do desvio padrão (DP=85), pode-se verificar uma grande dispersão dos dados em relação à média.

Da análise dos resultados, a classe em dias em que se situam a maioria dos casos, é de 1 a 4 dias com 42,7% (85). Estes valores são corroborados pelo estudo de Maciel (2008), que no seu estudo verificou que a maioria dos pacientes com lesões cutâneas permaneceu internada entre 1 a 5 dias.

Tabela 13 – Distribuição dos dados relativos à duração da ferida principal em classes

Dias desenvolvimento feridas em classes	N	%	% cumulativa
De 1 a 4 dias	85	42,7	42,7
De 4 a 8 dias	50	25,1	67,8
De 8 a 30 dias	44	22,1	89,9
Mais que 30 dias	20	10,1	100
Total	199	100	

Relativamente à distribuição da ferida principal de acordo com a durabilidade, verifica-se, através da tabela 14, que a maioria das feridas cirúrgicas têm uma durabilidade de 1 a 4 dias e de 4 a 8 dias (65,5% vs 18,2%), as úlceras de pressão de 4 a 8 dias (35,3%) e de 8 a 30 dias (35,4%) e as úlceras de perna mais do que 30 dias (66,7%).

Tabela 14- Distribuição dos dados relativos à duração da ferida principal

Tempo desenvolvimento ferida principal	1 - 4 dias		4 - 8 dias		8-30 dias		Mais 30 dias		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ferida principal										
Ferida Cirúrgica	72	65,5	20	18,2	14	12,7	4	3,6	110	100
Úlcera Pressão	3	8,8	12	35,3	12	35,3	7	20,6	34	100
Outras	6	22,2	9	33,3	12	44,4	0	0	27	100
Ferida traumática	4	23,5	7	41,2	4	23,5	2	11,8	17	100
Úlcera perna	0	0	1	16,7	1	16,7	4	66,7	6	100
Pé diabético	0	0	1	20	1	20	3	60	5	100
Total	85	42,7	50	25,1	44	22,1	20	10,1	199	100

Da análise dos resultados da tabela 15, a classe etária em que se situam a maioria dos casos é 61-80 anos, sendo que 40,7% têm uma durabilidade de 1 a 4 dias e 29,6% de 4 a 8 dias.

Tabela 15- Distribuição dos dados relativos à duração da ferida principal e idade dos pacientes

Tempo desenvolvimento ferida principal	1 - 4 dias		4 - 8 dias		8 - 30 dias		Mais 30 dias		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade em classes										
< 20	7	87,5	0	0	0	0	1	12,5	8	100
21-40	16	72,7	4	18,2	2	9,1	0	0	22	100
41-60	23	52,3	7	15,9	9	20,5	5	11,4	44	100
61-80	33	40,7	24	29,6	16	19,8	8	9,9	81	100
> 80	6	13,6	15	34,1	17	38,6	6	13,6	44	100
Total	85	42,7	50	25,1	44	22,1	20	10,1	199	100

A escala de cicatrização da ferida (PUSH-PT) foi validada para a população portuguesa, pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra – CEISCUC (2007) e utiliza três indicadores para a avaliação do processo de cicatrização. A pontuação total é obtida pela soma dos valores dos três indicadores, com uma variação de 0 a 17. Alterações

das pontuações ao longo do tempo correspondem necessariamente a alterações do estado da ferida. Valores mais baixos correspondem a uma tendência para cicatrização e valores mais altos significam deterioração da ferida. Neste sentido consideramos o cut-off de 8, sendo que valores inferiores ou iguais a 8 a ferida tem tendência para a cicatrização e valores superiores a 9 a ferida tem tendência para estado de deterioração.

A ferida principal apresenta uma média de PUSH-PT de 8,57, acima do cut-off, sendo que os valores oscilam entre 2 e 17, apresentando um desvio padrão de 3,63.

Da análise dos resultados da tabela 16 observa-se que na amostra do estudo 45,2% (90) apresentaram valores inferiores a 8 e 54,8% (109) valores superiores a 9.

Relativamente aos diferentes tipos de feridas, verificaram-se distribuições distintas: 47,3% (52) das feridas cirúrgicas apresentam tendência para a cicatrização e 52,7% (58) para deterioração. Relativamente às UP 64,7% (22) têm propensão para deterioração e 35,3% (34) para a cicatrização. Salienta-se a úlcera de perna e o pé diabético, que apresentam uma tendência para a deterioração de 100% e 80%, respetivamente.

Tabela 16 - Avaliação da cicatrização de UP - Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH)

Tipo de ferida	Push em classes				Total
	<=8	%	>=9	%	
Cirúrgica	52	26,1	58	29,1	110
Úlcera de pressão	12	6,0	22	11,1	34
Traumática	11	5,5	6	3,0	17
Outros	11	5,5	4	2,0	15
Lesão humidade	3	1,5	5	2,5	8
Úlcera perna	0	0	6	3,0	6
Pé diabético	1	0,5	4	2,0	5
Queimadura	0	0	2	1,0	2
Ferida maligna	0	0	1	0,5	1
Fistula	0	0	1	0,5	1
Total	90	45,2	109	54,8	199

Relativamente ao tipo de tecido da ferida principal, através da análise da tabela 17, verifica-se que o tecido mais frequente no leito da ferida dos pacientes foi o tecido de epitelização com 63% (126) e o tecido de granulação com 35% (70). Relativamente às úlceras de pressão, estas possuem na sua maioria tecido necrosado e fibrinoso (21% vs 26%), enquanto as feridas cirúrgicas têm tecido de granulação e epitelização (27% vs 75%).

Tabela 17 – Distribuição dos dados relativos ao tipo de tecido da ferida principal

Tipo de tecido Ferida principal	Necrosado		Fibrinoso		Granulação		Epitelização	
	Sim	%	Sim	%	Sim	%	Sim	%
Úlcera pressão	7	21	9	26	20	59	11	32
Úlcera perna	0	0	3	50	5	83	2	33
Pé diabético	2	40	2	40	0	0	2	40
Ferida traumática	1	6	0	0	8	47	9	53
Ferida cirúrgica	1	0,9	4	4	30	27	82	75
Outras	0	0	3	11	7	26	20	74
Total	11	5,5	21	11	70	35	126	63

Com base na análise da tabela 18, verifica-se que maioritariamente a pele circundante à ferida principal encontra-se hidratada com 43,7% (87) e macerada com 22,1% (44). Relativamente à distribuição da ferida principal com a pele circundante, verifica-se que nas úlceras de pressão a pele encontra-se ruborizada (14), seca (11) e macerada (10), comparativamente às feridas cirúrgicas que se encontram com a pele hidratada (69) e macerada (19).

Tabela 18 – Distribuição dos dados relativos à pele circundante da ferida principal

Pele circundante Ferida principal	Descamativa		Ruborizada		Hidratada		Seca		Macerada	
	Sim	%	Sim	%	Sim	%	Sim	%	Sim	%
Úlcera pressão	2	5,9	14	41,2	2	5,9	11	32,4	10	29,4
Úlcera perna	1	16,7	0	0	0	0	2	33,3	4	66,7
Pé diabético	2	40	2	40	1	20	3	60	1	20
Ferida traumática	1	5,9	3	17,6	6	35,3	6	35,3	1	5,9
Ferida cirúrgica	0	0	15	13,6	69	62,7	13	11,8	19	17,3
Outras	2	7,4	8	29,6	9	33,3	2	7,4	9	33,3
Total	8	4,0	42	21,1	87	43,7	37	18,6	44	22,1

Através da análise da tabela 19 relativamente à distribuição da ferida principal de acordo com o nível de exsudado, observa-se que a maioria das feridas não possui nenhum exsudado (135), sendo que tanto as úlceras de pressão como as feridas cirúrgicas possuem nenhum exsudado a exsudado moderado (22 vs 7/ 85 vs 12). Estes resultados vão de encontro ao estudo efetuado por Alves, Amado & Vieira (2012), que descrevem que mais de 50% dos casos em Portugal, apresenta exsudado escasso ou nulo.

Tabela 19 - Distribuição dos dados relativos ao nível de exsudado principal

Nível de exsudado	Nenhum		Escasso		Moderado		Abundante	
	Sim	%	Sim	%	Sim	%	Sim	%
Ferida principal								
Úlcera pressão	22	64,7	4	11,8	7	20,6	1	2,9
Úlcera perna	2	33,3	0	0	3	50	1	16,7
Pé diabético	2	40	2	40	1	20	0	0
Ferida traumática	11	64,7	4	23,5	2	11,8	0	0
Ferida cirúrgica	85	77,3	13	11,8	12	10,9	0	0
Outras	13	48,1	9	33,3	5	18,5	0	0
Total	135	67,8	32	16,1	30	15,1	2	1

- Determinar o tempo despendido na realização do tratamento à ferida principal

De acordo com os resultados obtidos, depreende-se através da tabela 20 que a realização do tratamento à ferida principal quanto à durabilidade em minutos, varia entre o mínimo de 4 minutos e o máximo de 45 minutos, sendo a média de tratamento de 12,12 minutos. Assim, o tratamento ao pé diabético tem uma média de 18 minutos (5), úlceras pressão uma média de 11,18 minutos (34), feridas cirúrgicas tem uma média de 12,15 minutos (110) e as úlceras de perna uma média de 16,67 minutos (6). Estes resultados não corroboram com o estudo efectuado por Lopes F. (2011), onde se verificou que pacientes portadores de feridas crónicas, quando realizavam o tratamento, este era inferior a 15 minutos. No estudo de Posnett (2009), o tempo médio de realização do tratamento às feridas foi de 10 minutos.

Tabela 20 - Distribuição dos dados relativos ao tempo despendido na realização do tratamento à ferida principal

Duração tratamento			
Ferida principal	Média	N	Desvio padrão
Pé diabético	18	5	10,368
Úlcera perna	16,67	6	8,756
Ferida cirúrgica	12,15	110	6,28
Ferida traumática	12,06	17	7,512
Úlcera pressão	11,18	34	7,983
Outras	11,1	27	5,477
Total	12,12	199	6,837

- Conhecer o nível de dor durante o dia e durante o tratamento

As principais referências na área do tratamento de feridas têm dado ênfase à importância da minimização da dor durante o procedimento da mudança do penso (Hollinworth, 2005; White, 2008). Nem sempre é possível excluir a dor na totalidade, no entanto podemos implementar medidas específicas, com o objetivo de aliviar o desconforto e o sofrimento do paciente com feridas. A mudança de penso e atividades de tratamento de feridas como o desbridamento podem causar dor (Dealey, 2006). A dor é um fator importante que afeta a qualidade de vida e a saúde geral dos pacientes que sofrem de feridas (Acton 2007, White 2008). Os níveis de dor mais intensos são frequentemente os que se sentem na altura da mudança do penso (Hollinworth 2005, Kammerlander & Eberlein 2002). Assim, a análise da tabela 21, permite observar o nível de dor de acordo com a escala numérica de zero a dez, na ferida principal dos pacientes durante o dia e durante o tratamento. Consta-se que a média de dor durante o tratamento à ferida cirúrgica é 1,7, na úlcera de perna de 4,8 e na úlcera de pressão de 2,2, enquanto durante o dia a média é de 0,82, 2,2 e 0,68 respetivamente, o que corrobora com os estudos atrás descritos.

Tabela 21 – Distribuição dos dados relativos ao nível de dor durante o dia durante o tratamento

Nível de dor	Durante o dia			Durante o tratamento		
	Média	N	Desvio padrão	Média	N	Desvio padrão
Úlcera pressão	0,68	34	1,3	2,2	34	1,7
Úlcera perna	2,2	5	2,3	4,8	5	3,7
Pé diabético	1	5	1,4	1,8	5	2,5
Ferida traumática	0,63	16	1	1,9	16	2,1
Ferida cirúrgica	0,82	110	1	1,7	110	1,7
Outras	0,89	27	1,2	2,4	27	2
Total	0,83	197	1,2	2	197	1,9

- Conhecer a frequência de mudança de penso

Da análise dos resultados da tabela 22, constata-se que a mudança de penso com maior frequência é realizada duas vezes na semana em 29,6% (59), três vezes na semana em 20,6% (41), e todos os dias em 19,1% (38). Relativamente à distribuição da frequência de mudança de penso de acordo com a ferida principal, as principais diferenças verificam-se na frequência de mudança de penso relativo às úlceras de pressão em que a maior prevalência é 2 vezes por semana (9), todos os dias (8) e mais que uma vez por semana (8), enquanto nas feridas cirúrgicas a frequência mais prevalente é 2 vezes por semana (34) e 3 vezes por semana (27). Estes resultados não corroboram com Posnett (2009), dado que no seu estudo obteve 45% dos pacientes em que 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 e 65% era realizada 3 vezes por semana (Hurd & Posnett, 2009).

Tabela 22 – Distribuição dos dados relativos à frequência de mudança de penso

Frequência de mudança de penso	1 x semana		2 x semana		3 x semana		4 x semana		Todos Os dias		Mais que 1 x semana		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Úlcera pressão	1	2,9	9	26,5	5	14,7	3	8,8	8	23,5	8	23,5	34	100
Úlcera perna	0	0	2	33,3	1	16,7	0	0	3	50	0	0	6	100
Pé diabético	0	0	1	20,0	0	0	1	20	3	60	0	0	5	100
Ferida traumática	0	0	4	23,5	5	29,4	0	0	4	23,5	4	23,5	17	100
Ferida cirúrgica	24	21,8	34	30,9	27	24,5	2	1,8	12	10,9	11	10	110	100
Outras	0	0	9	33,3	3	11,1	0	0	8	29,6	7	25,9	27	100
Total	25	12,6	59	29,6	41	20,6	6	3	38	19,1	30	15,1	199	100

- Conhecer o material de penso mais utilizado no tratamento

Tendo como base a diversidade de materiais de penso com ação terapêutica verificado na tabela 23, observa-se que os materiais mais utilizados no tratamento das úlceras de pressão são a espuma (12), hidrogel (7), hidrocolóide (9) e película polimérica (6). Relativamente às feridas cirúrgicas, os materiais mais utilizados são a película transparente (18), poliacrilato (17) e o iodo (14).

Tabela 23 – Distribuição dos dados relativos aos materiais utilizados no tratamento

Material penso	Hidrocolóide		Hidrogel		Iodo		Maltodextrina		Mel	
	Sim	%	Sim	%	Sim	%	Sim	%	Sim	%
Úlcera pressão	9	26	7	21	0	0	0	0	0	0
Úlcera perna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pé diabético	0	0	1	20	3	60	0	0	0	0
Ferida traumática	3	18	0	0	3	18	0	0	0	0
Ferida cirúrgica	1	0,9	0	0	14	13	0	0	0	0
Outras	3	11	3	11	0	0	0	0	0	0

Material penso	Pelic. Polimerica		Pelic. Transparente		Poliacrilato		Polihexanida		Prata		Sucralfato	
	Sim	%	Sim	%	Sim	%	Sim	%	Sim	%	Sim	%
Úlcera pressão	6	18	0	0	0	0	0	0	2	5,9	0	0
Úlcera perna	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16,7	0	0
Pé diabético	0	0	1	20	0	0	0	0	0	0	0	0
Ferida traumática	1	6	0	0	1	6	0	0	0	0	0	0
Ferida cirúrgica	2	2	18	16	17	15	1	0,9	1	0,9	0	0
Outras	9	33	0	0	3	11	0	0	0	0	0	0

Relativamente aos outros materiais com ação terapêutica com base na análise da tabela 24, observou-se uma predominância nas úlceras de pressão de vitamina A/óxido de zinco e creme barreira (9); nas feridas cirúrgicas uma prevalência superior na utilização de soro fisiológico e gaze (75) e água oxigenada (10).

Tabela 24 – Distribuição dos dados relativos a outros materiais utilizados no tratamento

Ferida principal/material penso	N	%	Valid Percent	Cumulative Percent
Úlcera pressão Valid	21	61,8	61,8	61,8
SF + Gaze	2	5,9	5,9	67,6
Terapia Compressiva	1	2,9	2,9	70,6
Vitamina A /óxido Zinco/ creme barreira	9	26,5	26,5	97,1
H2O2	1	2,9	2,9	100
Total	34	100	100	
Úlcera perna Valid	4	66,7	66,7	66,7
Terapia Compressiva	1	16,7	16,7	83,3
Vitamina A /óxido Zinco/ creme barreira	1	16,7	16,7	100
Total	6	100	100	
Pé diabético Valid	1	20	20	20
SF + Gaze	1	20	20	40
Terapia Compressiva	2	40	40	80
Soluto Dakin	1	20	20	100
Total	5	100	100	
Ferida traumática Valid	10	58,8	58,8	58,8
SF + Gaze	1	5,9	5,9	64,7
Vitamina A /óxido Zinco/ creme barreira	5	29,4	29,4	94,1
TPN	1	5,9	5,9	100
Total	17	100	100	
Ferida Cirúrgica Valid	21	19,1	19,1	19,1
SF + Gaze	75	68,2	68,2	87,3
Terapia Compressiva	1	0,9	0,9	88,2
Antibiótico tópico	1	0,9	0,9	89,1
H2O2	10	9,1	9,1	98,2
TPN	2	1,8	1,8	100
Total	110	100	100	
Outras Valid	13	48,1	48,1	48,1
SF + Gaze	11	40,7	40,7	88,9
Sulfadiazina	1	3,7	3,7	92,6
Vitamina A /óxido Zinco/ creme barreira	2	7,4	7,4	100
Total	27	100	100	

CAPITULO 4 – CONCLUSÕES

A realização deste estudo constitui um desejo, há muito sentido de forma a aprofundar alguns conhecimentos adquiridos, revelando-se um desafio pelas dificuldades sentidas dado a existência de poucos estudos sobre a temática da prevalência de feridas; por outro lado tem sido compensador em termos de aprendizagem e “estruturação” de conhecimentos.

Este estudo foi realizado nos serviços de internamento do CHVNG/E nos dias 6 e 7 de Dezembro de 2012. Foram observados um total de 510 pacientes, dos quais 199 apresentam feridas, verificando-se um total de 306 feridas, o que revela que o número de feridas é superior ao número de pacientes com lesões. O número total de pacientes com feridas na amostra no momento da recolha de dados aponta uma prevalência pontual de feridas de 39,02%, situando-se a média de 1,54 feridas por paciente. A prevalência de feridas varia em diferentes estudos. Por isso, é difícil efetuar comparações diretas, dado que os estudos projetam metas e as classificações/critérios utilizados são diferentes (Makela, 2010).

A classe etária em que se situa a maioria dos casos é 61-80 anos, sendo a média de idades de pacientes com feridas de 63,30 anos, não se verificando grande disparidade numérica quanto ao género masculino/feminino. A maioria dos pacientes é reformada (59,8%), apresentando como principais fatores de risco a HTA (45,2%), dislipidemia (32,7%), diabetes mellitus tipo 2 (22,6%).

De acordo com a amostra do estudo constata-se que das 306 feridas detectadas, 216 são agudas e 90 crónicas. Existe uma maior predominância de feridas cirúrgicas (45,2%), seguido de úlcera de pressão (20,6%) e ferida traumática (14,4%).

Relativamente à ferida principal, a maioria dos pacientes apresentam uma predominância de ferida cirúrgica (110), seguida de úlcera de pressão (34) e a maioria das feridas ocorreu em ambiente hospitalar (158); a localização anatómica mais frequente nas feridas cirúrgicas é na região abdominal (37) e peito (24), e nas úlceras de pressão é no cóccix (13) e calcâneo (7).

Em relação à durabilidade da ferida principal, verificou-se uma média de 26,63 dias, sendo que a maioria das feridas cirúrgicas têm uma durabilidade de 1 a 4 dias, as úlceras de pressão de 4 a 8 dias e as úlceras de perna mais do 30 dias. Relativamente ao tipo de tecido e pele circundante no estudo, nas úlceras de pressão o mais frequente no leito da ferida é o tecido necrosado (21%) e fibrinoso (26%) e a pele apresenta-se ruborizada, seca e macerada; nas feridas cirúrgicas o tecido mais frequente é o tecido de epitelização (75%) e granulação (27%) encontrando-se na sua maioria a pele hidratada e macerada. A maioria das feridas não possui nenhum exsudado (135), sendo que tanto as úlceras de pressão como as feridas cirúrgicas possuem nenhum exsudado a exsudado moderado (22 vs 7/ 85 vs 12). Na avaliação de uma ferida, a pele circundante fornece informações importantes. O eritema e o calor podem significar presença de infecção. A maceração e a pele seca pode ser um indicador de que o penso não é o mais adequado para a quantidade ou tipo de exsudado (Baranoski & Ayello, 2006).

A ferida principal apresenta uma média de PUSH-PT de 8,57. Relativamente aos diferentes tipos de feridas, verificaram-se distribuições distintas: 47,3% (52) das feridas cirúrgicas apresentam tendência para a cicatrização e 52,7% (58) para deterioração. Relativamente às UP 64,7% (22) têm propensão para deterioração e 35,3% (34) para a cicatrização. Salienta-se a úlcera de perna e o pé diabético, que apresentam uma tendência para a deterioração de 100% e 80%, respetivamente.

A média de tempo no tratamento à ferida principal varia entre o mínimo de 4 minutos e o máximo de 45 minutos, sendo a média de tratamento de 12,12 minutos. Nas feridas cirúrgicas a média de tempo de tratamento é de 12,15 minutos enquanto que nas úlceras de pressão é de 11,18 minutos. A frequência de mudança de penso, tanto na ferida cirúrgica como na úlcera de pressão, ocorre em maior percentagem duas vezes por semana (30,9% vs 26,5%).

Constata-se que a média de dor durante o tratamento à ferida cirúrgica é 1,7, na úlcera de perna de 4,8 e na úlcera de pressão de 2,2, enquanto que durante o dia a média é de 0,82, 2,2 e 0,68 respetivamente. A média de dor durante o tratamento aumenta exponencialmente quando comparado com a dor durante o dia. Este facto, leva-nos a reflectir sobre a necessidade de intervir sobre o trauma causado na ferida e pele circundante devido às mudanças de penso. Perante as evidências atuais, os

materiais aderentes e secos são os que provocam mais dor e trauma. Assim, é de extrema importância que o profissional conheça os materiais existentes para o tratamento de feridas, para que efetue uma seleção criteriosa dos materiais a utilizar, tendo como objetivo a diminuição do sofrimento do pacientes, assim como a promoção do seu conforto e bem-estar (Alves, Costeira & Vales, 2009)

Os materiais mais utilizados no tratamento das úlceras de pressão são a espuma, hidrogel, hidrocolóide e película polimérica, enquanto que nas feridas cirúrgicas, os materiais mais utilizados são a película transparente, poliacrilato e o iodo. Relativamente aos outros materiais com ação terapêutica observou-se uma predominância nas úlceras de pressão de vitamina A/óxido de zinco e creme barreira; nas feridas cirúrgicas uma prevalência superior na utilização de soro fisiológico e gaze e água oxigenada.

A utilização de água oxigenada, não é corroborada pelo Grupo Associativo de Investigação em Feridas (2010) que facultou um parecer técnico sobre a utilização do Hipoclorito de Sódio, onde referiu que este deve ser removido e desaconselhado no tratamento de feridas, pela dor que causa, o dano que provoca nas células envolvidas no processo de cicatrização e a medição custo benefício ser significativamente negativa em ganhos em saúde para os doentes e serviços de saúde (GAIF, 2010).

Um documento com o título “Dor nas mudanças de pensos de feridas” (EWMA, 2002), define a posição da Associação Europeia de Tratamento de Feridas. Esta, efetuou um levantamento internacional de profissionais, para investigar as suas opiniões sobre a dor em feridas, verificando-se diferenças entre os países no tratamento das feridas (Moffatt, 2002), no entanto revelaram que a altura da remoção do penso é a mais dolorosa, seguida pela limpeza do leito da ferida, que foi considerado o principal factor em quatro países. Diversas suposições poderiam ser consideradas como diferentes soluções e métodos de limpeza mais agressivos. Os resultados demonstraram que pensos secos, aderentes ao leito da ferida, adesivos e a limpeza da ferida são os factores mais referenciados como causa de dor (Moffatt, 2002). Apontam ainda a gaze como sendo o produto mais aderente que existe, já não sendo recomendado o seu uso (Thomas, 1990). Quanto ao trauma, os principais factores foram remoção do penso com materiais aderentes e secos (Woo, 2007). Materiais como a gaze e película de poliuretano, são extremamente dolorosos, pelo

contrário, os de silicone macio são os menos dolorosos (Moffatt, 2002). Dentro dos mesmos parâmetros foi trabalhado o trauma, tendo-se identificado a gaze como sendo o produto que mais trauma provoca durante a remoção do penso (Moffatt, 2002).

Considerando a importância do tema e a implicação que as feridas têm na qualidade de vida dos pacientes, familiares, profissionais e instituições de saúde, este trabalho constituiu mais um estudo realizado em Portugal que poderá contribuir para o aprofundamento do conhecimento em torno da prevalência de feridas, bem como em comparações futuras noutros estudos similares, e crescimento científico na enfermagem.

Espera-se que os resultados divulgados e discutidos neste estudo possam contribuir para maior compreensão das questões em torno das feridas a nível nacional e auxiliar o planeamento de ações de prevenção de forma a diminuir a prevalência na população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acton. C., (2007). The holistic management of chronic wound pain. *Wounds UK*. 3(1)

Albuquerque e Sousa, J.C. (2008). Efeitos dos benefícios tardios da oxigenoterapia hiperbárica nas úlceras crônicas dos membros inferiores dos diabéticos que não cicatrizaram com este tratamento. *Medicica interna*. Vol. 15. Nº1. P.7-18. Disponível em: <http://www.ohb.com.br/site/imagens/artigos/3.pdf>

Allman, R.M. (1997). Pressure ulcer prevalence, incidence, risk factors and impact. *Clinics in Geriatric Medicine*; 13(3):421-436.

Alves, P., Amado, J., Vieira, M. (2012). Feridas: Prevalência e análise de custos. Dados preliminares de tese de Doutorado em Enfermagem. Porto. Universidade Católica Portuguesa.

Alves, P., Costeira, A., & Vales, L. (2009). Reduzir a dor e o trauma no tratamento às feridas. *Revista Nursing*, 20-25.

Alves, P., Costeira, A., Vales, L. (2009). Reduzir a Dor e o Trauma no Tratamento às Feridas. *Nursing*. n.º 250, Nov. 2009.

Alves, P., Guerra, R., Amado, J. (2011). Unidade de queimados: epidemiologia e fatores de risco das úlceras de pressão. *Nursing*, 275, 2-5.

Alves, P., Sousa, L., Homem., Conceição, N., (2011). Prevalence and Incidence of Pressure Ulcers in a Medical Department, Poster Session presented at the Fourteenth Annual European Pressure Ulcer Advisory Panel Meeting, Exponor Congress Center, Oporto, Portugal, 31st August to 2nd September 2011.

Alves, P., Vieira, M. (2012). Ensino em Feridas: Formação pré-graduada em Enfermagem, *Journal of Tissue Regeneration Healing*, Ed.1.

Anaya J et al. (2000). Estudio epidemiológico de las lesiones por presión en un hospital público. *Gerokomos/Helcos*; 11(2):102-110.

Andrade, P., Pereira, F., Santos, L., Saldanha, M. (2010). Úlceras de pressão: casuística de um serviço de Medicina Interna. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 17 (1), 13-20.

Angeras MH, Brandberg A, Falk A, Seeman T. (1992). Comparison between sterile saline and tap water for the cleaning of acute traumatic soft tissue wounds. *Eur J Surg*. 158(6-7):347-50.

Atiyeh, B. S.; Dibo, S. A.; Hayek, S. N. (2009) Wound cleansing, topical antiseptics and wound healing. *International Wound Journal*. Vol.6, nº6 420-429. ISSN: 1742-4801. Acedido em 09/02/2011. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=2c7af050-3346-46be-837b-8c3f9ca72de0%40sessionmgr15&vid=1&hid=10&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010519694>

Baranoski, S. & Ayello. (2005). *O Essencial sobre o Tratamento de Feridas Princípios Práticos*. Loures: Lusociência.

Barrett, C., Teare, J., (2002), Using quality of live assessment in wound care. *Nursing Standard*, London, v. 17, n.º6, p.59-68, Sept. 2002.

Baumgarten, M et al. (2006). Pressure ulcer among elderly patients early in the hospital stay. *Journal of Gerontolog. A. Biol. Sci. Med. Sci.*, Baltimore, v.61, n.º7, p.749-754, May.

BEE, T.S.; [et al] (2009) Wound bed preparation – cleansing techniques and solutions: a systematic review. *Singapore Nursing Journal*. Vol. 36, nº1 16-22. ISSN: 0218-0995. Acedido em 09/02/2011. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=38c06b9b-b604-4537-b937-1223363da228%40sessionmgr15&vid=1&hid=10&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010185440>

Benbow, M.,(2005). The care of venous leg ulcers. *Practice Nurse*, 30(2): p. 12.

Bennett, G., Dealey, C., Posnett, J. (2004). The cost of pressure ulcers in the UK. *Age and Ageing*; 33:230-235.

Bergstrom, N. (1995). Using a research-based assessment scale in clinical practice. *Nursing clinics of North America*; 30 (3):539-551.

Bergstrom, N. (1997). Strategies for preventing pressure ulcers. *Clinics in Geriatric Medicine*; 13 (3):437-454.

Black, J. M., Cuddigan, J. E., Walko, M. a, Didier, L. A., Lander, M. J., & Kelpel, M. R. (2010). Medical device related pressure ulcers in hospitalized patients. *International wound journal*, 7(5), 358-65; - See more at: <http://forumenfermagem.org/feridas/2012/02/up-relacionadas-com-dispositivos-medicos/#sthash.j9jQDZ7i.dpuf>

Borges E. L., (2008). Evolução da cicatrização. In: Borges EL, Saar SRC, Magalhães MBB, Gomes FSL, Lima VLAN. *Feridas: como tratar*, 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 31-43.

Boulton, A. (2005). The global burden of diabetic foot disease. *Lancet*.

Bours, G. J. W., De Laat, E., Halfens, R. J. G. & Lubbers, M. (2001). Prevalence, risk factors and prevention of pressure ulcers in Dutch intensive care units results of cross-sectional survey. *Journal of Intensive Care Medicine*, 27 (10), 1599 – 1605.

Browne, N. (2003). Woundcare Research for Appropriate Products (WRAP): validation of the TELER method involving users. *International Journal of Nursing Studies* 41. 559-571

C.O.N.U.E.I., (2009), Documento de Consenso de la Conferencia Nacional de Consenso sobre las Úlceras de la Extremidad Inferior EdikaMed. S.L. Disponível em : <http://www.aeev.net/guias/CONUEI2009.pdf>

Capon, A., Pavoni, N., Mastromattei, A., Di Lallo, D. (2007). Pressure ulcer risk in long-term units: prevalence and associated factors. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (3), 263-72.

Carmo, H., Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da investigação : guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

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

Cesaretti, I.U.R. (1998). Processo fisiológico de cicatrização da ferida. *Rev. Pelle Sana* 2: 10-2.

Clark M., Watts. S.(1994). The incidence of pressure sores in a National Health Service Trust hospital during 1991. *Journal of Advanced Nursing*, 20, pp.33-36.

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). (2006). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Coelho, Catarina et al. (2000). *Feridas, uma Arte Secular*. Coimbra: Serviços Farmacêuticos dos Hospitais Universitários de Coimbra, Capítulos 1, 2, 3 e 4.

Costeira, A. (2011). Importância da nutrição para o tratamento das úlceras de pressão. *Atheneu*; 165-71.

Cutting, K. F. (2010) Addressing the challenge of wound cleansing in the modern era. *British Journal of Nursing (BJN)*. Vol.19, nº11, 24-28. ISSN: 0966-0461. Acedido em 09/02/2011. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=4c71559a-63ea-432d-8dfdf8e3a155dfa1%40sessionmgr10&vid=1&hid=10&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010687115>

Cutting, K.F.; Harding, K.G. (1994). Criteria for identifying wound infection. *Journal of Wound Care* 3(4) Jun. 198-201.

Davies K., Strickland, J., Lawrence, V., Duncan, A., Rowe, J. (1991). The hidden mortality from pressure sores. *Journal of Tissue Viability*; 1:118– 9.

Dealey, C. (2006). *Tratamento de feridas: Guia para enfermeiros*. Lisboa. Editores. pp. 140-158.

Defloor, T. et al. “Draft EPUAP statement on prevalence and incidence monitoring”. Disponível: http://www.epuap.org/review4_1/page6.html [Data de visita: Fevereiro 13, 2010].

Dias, F. M., Afonso, M., Sá, T. D. S. B., Morita, A. B. P. S., Célia, R., (2008). Perfil dos pacientes atendidos no ambulatório de uma cidade do Médio Vale do Paraíba. Disponível: <http://www.fatea.br/seer/index.php/janus/article/viewFile/191/157>

Direcção Geral de Saúde (2003). Circular normativa n.º 9 de 14 de Junho de 2003, Lisboa.

Direcção Geral de Saúde (2011). Orientação n.º 017/2011 - Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q) [em linha]. Publicado a 19 de Maio de 2011

[Acedido a 22 de Junho de 2011] Disponível em <URL: http://www.dgs.pt/pagina.aspx?screenwidth=1600&mlkid=s1no0ovvhfft3454kd40ae2&cr=20377&utm_source=twitterfeed&utm_medium=twitter>

Dugaret. E., Videau. M-N., Faure. I., Gabinski. C., Bourdel. M.I., Salles.N. (2012). Prevalence and Incidence rates of pressure ulcers in an Emergency Department. *Int. Wound J.* 10.1111/j.1742-481×2012.01103

Duque, H., Menoita, E., Simões, A., Nunes, A., Mendanha, M., Matias, A, et al. (2009). *Manual de Boas Práticas - Úlceras de Pressão: Uma abordagem estratégica.* Coimbra: Formasau– Formação e Saúde, Lda.

Edmonds, Michael E., Foster, Alethea V. e Sanders, Lee J. (2008). *A Practical Manual of Diabetic Foot Care.* U.S.A.: Blackwell Publishing.

Edwards, L. (1998). A guide to compression bandaging: treating venous leg ulcers. *Journal of Community Nursing* 12(12) Dec. 4-14.

Elias, C et al.; (2009). *Material de Penso com Acção Terapêutica: penso-acto de pensar uma ferida; Grupo de Investigação em Feridas; Lousã.*

Elias, C. G. et al, ; (2012). *Manual de Material de Penso com Ação Terapêutica; Ordem dos Farmacêuticos - Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar; Lisboa.*

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide.* Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.

European Pressure Ulcer Advisory Panel. (2001). *Summary report on pressure ulcer prevalence data collected in Belgium, Italy, Portugal, Sweden and the United Kingdom.* Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.

European Wound Management Association. (2002). *Position Document: Pain at Wound Dressing Changes.* Medical Education Partnership Ltd, London.

Falanga, V. (2007). *Preparação do leito da ferida. Ciência aplicada à prática.* *Nursing*, (219). 28-30.

Faria, M. M. P., (2010). *Prevalência, perfil clínico e sócio-demográfico dos portadores de feridas, usuários do Sistema Único de Saúde, internados em um Hospital Geral no Tocantins.* 96 f. *Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)- Universidade de Brasília, Brasília, 2010.* <http://hdl.handle.net/10482/8497>

Fernandez R, Griffiths R. (2012). Water for wound cleansing. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD003861. DOI: 10.1002/14651858.CD003861.pub3.

Fernandez, R. Griffiths, R. (2010) Water for Wound Cleansing. [em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews. 1-26. Acedido em 09/02/2011. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=2ef8f7dc-c037-4025-b445-1ad554a0fa46%40sessionmgr10&vid=1&hid=10&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=chh&AN=CD003861>

Ferreira, P. L., et al (2005) – Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Loures: Lusodidata.

Ferreira, P., Migueis, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão. Implementação Nacional da Escala de Braden. Loures: Lusociência.

Fletcher, J., (2012). Device related pressure ulcers. Wound Healing Research Unit, School of Medicine, University of Cardiff, Wales.

Fortin, M. F. (1999). O Processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.

Franco, J. L. e Passos, A. D. C. (2005). Fundamentos de Epidemiologia, Manole Ltda., Tamboré, pp. 259.

Franks, P. J. (2007) – The cost of pressure ulceration. EWMA Journal. Vol. 7, n.º2, p. 15-16

Furtado, K. (2001). Prevenção e tratamento de Úlceras. Formasau: Coimbra: Formação e Saúde Lda; p. 9-25.

Furtado, K. (2003). Úlceras de Pressão – Actualidades e paradoxos. Nursing, n.º183, Dezembro, pp.37-42.

GAIF- Grupo Associativo de Investigação em Feridas (2010). Parecer técnico sobre a utilização do Hipoclorito de sódio (Apresentação soluto de Dakin). Pampilhosa da Serra.

Gogia, P. P. (2003) – Fisiopatologia da cicatrização de feridas. In Gogia, P. P., ed lit. – Feridas: tratamento e cicatrização. Rio de Janeiro: Revinter. p.1-9.

Gordis, L. (2010). *Epidemiologia* (4ª ed), Lusociência, Loures. ISBN: 9789898075307.

Gouveia, J.; Nogueira, C.; Miguéns, C.; Vitorino, L.; Alves, M. (2007). Será o soro fisiológico uma solução segura para a limpeza de feridas. *Nursing*, (219). 20-36.

Graham, I.D.; Harrison, M.B.; Nelson, E.A.; Lorimer, K, Fisher, A., (2003). Prevalence of lower-limb ulceration: a systematic review of prevalence studies. *Adv Skin Wound Care*. Nov;16(6):305-16.

Gruen, R. L., Chang, S. and MacLellan, D. G. (1997). The Point Prevalence of Wounds in a Teaching Hospital. *Aust. N.Z. J. Surg.*, 67: 686–688. doi: 10.1111/j.1445-2197.1997.tb07109.x

Gunningberg, L., (2004). Risk, prevalence and prevention of pressure ulcers in three Swedish healthcare settings. *J Wound Care*, 13(7): p. 286-90.

Hibbs P. (1998). The economics of pressure ulcer prevention. *Decubitus*; 1(3): 32- 38. p.11-13.

Hollinworth. H., (2005). The Management of patients' pain in wound care. *Nursing Standard*. 20, 7, 65-73.

Hulley, S. B., (2008). *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3ª ed. Porto Alegre, RS: ArtMed.

International Council of Nurses (2011) – CIPE versão 2: classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa:Ordem dos Enfermeiros, p.55-57.

Investigação Científica em Enfermagem, ICE. (2006). *Colectânea: Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados*. Angra do Heroísmo. ISBN: 978-972-8612-41-2.

Janben, H.; Beker, R. (2007) – Integrated system of chronic wound care healing. *EWMA Journal*. Vol.7, n.º3, p.19-23.

Jaul, E. (2008). Prevention of pressure ulcers – review of the evidence. *Harefuah*, 147 (10), 804-8.

Jesus et al. (2005). *Prevalência das Úlceras de Pressão na RAM*. Funchal: Secretaria dos Assuntos Sociais Serviço Regional de Saúde.

Jiang, Y., Huang, S., Fu, X., Liu, H., Ran, X., Lu, S., Hu, D., Li, Q., Zhang, H., Li, Y., Wang, R., Xie, T., Cheng, B., Wang, L., Liu, Y., Ye, X., Han, C. and

Chen, H. (2011), Epidemiology of chronic cutaneous wounds in China. *Wound Repair and Regeneration*, 19: 181–188. doi: 10.1111/j.1524-475X.2010.00666.x

Joanna Briggs Institute (2006) Solutions, techniques and pressure in wound cleansing. *Australian Nursing Journal*. Vol.14 20-23. ISSN: 13203185. Acedido em 09/02/2011. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=761d02e2-4262-4398-850f-66ee19820463%40sessionmgr4&vid=1&hid=10&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=21518078>

Joanna Briggs Institute (2008). Solutions, techniques and pressure in wound cleansing. *Nursing Standard*. 22, 27, 35-39.

Kaltenhaler, E., Whitfield, M.D, Walters, S.J., Akehurst. R.L., Paisley, S. (2001). UK, USA and Canada: how do their pressure ulcer prevalence and incidence data compare?. *J Wound Care*.;10:530–535

Kammerlander, G., Eberlein. T., (2002). Nurse' views about pain and trauma at dressing changes: a central European perspective. *Journal of Wound Care*, Vol. 11, Iss. 2, 01 Feb 2002, pp 76 – 79

Khun, B. A., Coulter, S. J. (1992). Balancing the pressure Ulcer cost and Quality equation. *Nursing Economics*; vol.10: 353 – 359.

Kranks, P. J.; Bosanquet, N. (2004) – Cost-effectiveness: seeking value for money in lower extremity wound management. *International Journal of Lower Extremity Wounds*. Vol.3, n.º2, p.87-95.

Lahmann, N.A., R.J. Halfens, and T. Dassen, (2005). Prevalence of pressure ulcers in Germany. *J Clin Nurs*, 14(2): p. 165-72.

Lamantia, J. (2000). Integridade da pele. In *Enfermagem de reabilitação Aplicação e processo*, Hoeman, S. 1ª ed. Lusodidacta, p.301-356.

Land, L. (1995). A review of pressure damage prevention strategies. *Journal of Advanced Nursing*; 22:329–37.

Lima, A., Guerra, D. (2011). Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em doentes hospitalizados usando curativos industrializados. *Ciência & Saúde colectiva*, 16 (1), 267-77.

Lindholm. C., Bergsten. A., Berglund. E., (1999), Chronic wounds and nursing care. *Journal Wound Care*. Jan; 8 (1): 5-10.

Lyder, C., Van, Rijswijk, L. (2005). Preventing and managing pressure ulcers in long-term care: An overview of the revised federal regulation. *Ostomy Wound Manage*; 51(4suppl); 2–6.

Maciel, E.A.F. (2008). Prevalência de feridas em pacientes internados em um hospital filantrópico de grande porte de Belo Horizonte. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Makela, A., et al (2010) Cross-Sectional Survey of the Occurrence of Chronic Wounds Within the Capital Region in Finland. *EWMA Journal*;Jan2010, Vol. 10 Issue 1, p24

Marconi, M. A., Lakatos, E. M. (1999). *Técnicas de pesquisa* (4ª ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.

Mattia, A.L., Rocha, A.M., Barbosa, M.H., Guimarães, M.A.M.C., Borgato, M.O., Silva, S.R.R., (2010). Úlcera por pressão em UTI: fatores de risco, medidas de prevenção. *Saúde Coletiva*, 7 (46), 296-299.

Mausser, J.S., Kramer, S. (2004). *Introdução à Epidemiologia*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa. ISBN: 972-31-0518-7.

Mendelssonh P. (2009). *Controle clínico do paciente cirúrgico*. 7ª ed. São Paulo: Atheneu.

Milão L.F., Ellensohn L, Paczkoski R.F., Ferreira M.N., Pedroso M. (2006) perfil dos portadores de feridas no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde União. *Logos: Revista de Divulgação Científica* [periódico na internet]. Out. [acesso em 2011 Mar 10]; Disponível em: <http://www.editoraulbra.com.br>

Ministério da Saúde (Brasil). (2005) *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: D.C.N.T. no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro*. Brasília: Ministério da Saúde.

Moffatt, C.J., Franks, P.J., Hollingworth, H. (2002). Understanding wound pain and trauma – na international perspective. In: *Pain at Wound Dressing Changes* (EWMA Position Document). London: Medical Education Partnership.

Moore, Z; Cowman, S. (2008) A systematic review of wound cleansing for pressure ulcers. [em linha]. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 17, nº15 1963-1970. ISSN: 0962-1067. Acedido em 09/02/2001. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=86509bdd-8071-428b-81e8->

f9546eae1d73%40sessionmgr10&vid=1&hid=10&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010006291

Morison, M. J. (2004). *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão: problemas e paradoxos*, ISBN 972-8383-68-1, Lusociência, Loures.

Neil, J. (1998). *Living With a Chronic Wound: A Heideggerian Hermeneutical Analysis*. Tese de Doutoramento, Virginia Commonwealth University, Virgínia, EUA.

Nixon, J. (2004). Fisiopatologia e etiologia das úlceras de pressão. In M. Morison, *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão* (pp. 17-38). Loures: Lusociência.

Observatório Nacional da Diabetes (2012) - *Diabetes: factos e números 2011*. Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

Ogura, T. ; Sanada, H.; Mino, Y. (2004) – Clinical activity – based cost effectiveness of traditional versus modern wound management in patient with pressure ulcers. *Wounds: a Compendium of Clinical Research and Practice*. Vol. 16, n.º5, p.157-163.

Oliveira, B.G.R.B., Castro, J.B.A., Andrade, N.C., (2006). Técnicas para avaliação do processo cicatricial de feridas. *Ver. Nursing*. Nov; 102 (9): 1106-10.

Oliveira, B.G.R.B., Lima, F.F.S., (2007). Perfil sócio-demográfico e clínico de clientes portadores de lesões cutâneas. *Online Brazilian Journal of Nursing* [periódico na Internet]. [acesso em 2011 Mar 10]; Disponível em: <http://www.fatea.br/seer/index.php/janus/article/viewFile/191/157>

Orr, M., (2011). *Wound Cleaning and Irrigation*. *Nursing Practice & Skill*; pag.23.

Pancorbo, P.L., Garcia, F.P. (2002). Estimación del coste económico de la prevención de úlceras por presión en una unidad hospitalaria. *Gerokomos*; 13:164-71.

Paranhos, W. (2003). *Úlceras de Pressão*. In S. Jorge & S. Dantas, *Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas* (pp. 287-298). São Paulo: Atheneu.

Parisi, M. C. R., (2003). Úlceras no Pé Diabético. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo: Atheneu 2003, pp. 279-282.

Pereira, M. G. P.,(1995) Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A.

Phillips, T.J., Bigby, M., Bercovitch, L., (1991). Cultured allografts as an adjunct to the medical treatment of problematic leg ulcers. Arch Dermatol.;127:799-801

Pina, E. (1999). Prevenção e tratamento das úlceras (2ª ed.), Lisboa: Sub-grupo Hospitalar Capucho/Desterro: Comissão de controlo de Infecção Hospitalar.

Pina, E., Furtado, K., Franks, P.J., Moffatt, C.J., (2004). Úlceras de Perna em Portugal - Um Problema de Saúde Subestimado. Revista Portuguesa de Cirurgia Cardiotorácica e Vascular, XII (3),169-74.

Pini, L. R. D. Q. (2012). Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração. Porto. Universidade católica Portuguesa. Disponível em:
<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/63858/2/DissertaoLuna%20PiniUP.pdf>

Poletti, N. A. A. (2000). O Cuidado de Enfermagem a Pacientes com Feridas Crônicas: A Busca de Evidências para a Prática. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Polit, D. F.; Beck, C. T.; Hungler, B. P. (2004). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliações e Utilização. 5ª. São Paulo: ArtMed.

Posnett, J., Hurd, T., (2009). Point prevalence of wounds in a sample of acute hospitals in Canada. In Wound. J. Aug;6(4):287-93. doi: 10.1111/j.1742-481X.2009.00615.x.

Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcers Advisory Panel. (2009). Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; Disponível: http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Prevention.pdf [Data de consulta: Fevereiro 05, 2010].

Revilla, Gema [et al] (2007) – O pé dos diabéticos. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Lisboa: n.º23, p.615-626. ISSN 0870-7103.

Rijswijk, L. (2004). Epidemiologia. In M. Morison, Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão (pp. 7-16). Loures: Lusociência.

Rodrigues, E. (2003). Boletim do hospital de são Marcos Braga. O outro na perspectiva do cuidar. Ano XIX (n.º2), pp.95-101.

Rodríguez. M., Malia. R., Almozara. R., Garcia. F., Gómez, Ginéz, D., Torra i Bouje. (2004). Impacto de la adquisición de un parque de superficies especiales para el manejo de la presión en la epidemiología de las úlceras por presión en unidades de medicina interna y cuidados paliativos. En: Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F (eds.). Actas del V Simposio nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas. Oviedo: GNEAUPP;

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, Boston, EUA.

Serra, L. M.A., (2001) O Pé Diabético e a Prevenção da Catástrofe. Porto: Associação de apoio ao serviço de Endocrinologia do Hospital Geral de Santo António.

Silva, C. (2010). Qualidade de Vida: Relato dos pacientes portadores de feridas submetidas ao tratamento de oxigenoterapia hiperbárica. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45670/2/DISSERTA%C3%83O%20CARLA%20%2020100717.pdf>

Smith. L.N., N., Douglas. D., Robertson. W.R., Walker. A., Durie. M., Frasier. A., Hillan. E.H., Swaffield. J. (1995). A critique of 'at risk' pressure sore assessment tools. Journal of Clinical Nursing 4, 153–159.

Soldevilla, JJ, Torra I Bou, JE, Verdú, J, Martínez, F, López, P, Rueda, J, Mayán, JM. (2006). 2º Estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España, Epidemiología y variables definitorias de lesiones y pacientes. Gerokomos; 17(3): 154-172.

Souza, D., Santos, V., Iri, H., Sadasue, O, M.,(2010). Predictive validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk in elderly residents of long-term care facilities. *Geriatrics Nursing*, 31 (2), 95-104.

Streubert, H. J. (2002). *Filosofia e Teoria: Fundamentos da Investigação Qualitativa*. In H. J. Streubert & D. R. Carpenter. *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2ªed, pp. 1-16). Loures: Lusociência.

Tan, M., Ozge, U., (2008). A Prospective, Descriptive Pressure Ulcer Risk Factor and Prevalence Study at a University Hospital in Turkey. *Ostomy Wound Management* [online], 53 (2). [Acedido em 18 de Março, 2011]. Disponível em: <http://www.owm.com/article/6775>.

Tannen, A., Dietz, E., Dassen, T., Halfens, R. (2009). Explaining the national differences in pressure ulcer prevalence between the Netherlands and Germany-adjusted for personal risk factors and institutional quality indicators. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15 (1), 85-90.

Tennvall, G.R., J. Apelqvist., M. Eneroth, (2000) The inpatient care of patients with diabetes mellitus and foot ulcers. A validation study of the correspondence between medical records and the Swedish Inpatient Registry with the consequences for cost estimations. *Journal of Internal Medicine*. 248(5): p. 397-405.

Thomas, S., (1990). *Wound Management and dressings*. London: Pharmaceutical Pres.,

Thoroddsen, A. (1999). Pressure sore prevalence: a national survey. *Journal of Clinical Nursing*; 8, p. 170-179.

Torra I Bou, JE. (1998). Epidemiología de las úlceras por presión o el peligro de una nueva torre de Babel. *Rev. Rol de Enfermería*; 238:75-88.

Touche, Ross. (1993). *The Cost of Pressure Sores*. DH/Touche Ross. London
Universidade Católica Portuguesa (2011). *Estudo nacional de prevalência em feridas*. Protocolo de preenchimento. Porto.

VanGilder, C., Amlung, S, Harrison, P., Meyer, S. (2009). Results of the 2008 – 2009 International Pressure Ulcer Prevalence Survey and a 3-Year, Acute Care, Unit-Specific Analysis. *Ostomy Wound Management* [online], 55 (11): 39-45. [Acedido em 15 de Março de 2011] Disponível: <http://www.o->

wm.com/content/results-2008-%E2%80%932009-international-pressure-ulcer-prevalence%E2%84%A2-survey-and-a-3-year-acutecare

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Lusociência, 1ª Edição.

White, R. (2006). Delayed Wound Healing: Who, What, When and Way? *Nursing Standard* (suppl.4), pp.47-54.

White, R., (2008). A multinational survey of the assessment of pain when removing dressings. *Wounds UK*, Vol 4, Nº1

Wild. S., (2004) Global prevalence of diabetes: estimates for 2000 and projections for 2030. *DiabetesCare* 27: 1047–1053.

Williams, C. (1999) Wound irrigation techniques: new Steripod normal saline. *British Journal of Nursing (BJN)*. Vol. 8, nº21, 1460-1462. ISSN: 0966-0461. Acedido em 09/02/2011. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=cc9d65ca-64cb-4ddf-b9bd-6476c53a70f2%40sessionmgr13&vid=1&hid=10&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2000015467>

Winter, G.D., Formation of the scab and the rate of epithelialization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. *Nature* 1962; 193:293-4.

Woo, K.Y., Sibbald, R.G. (2008). *Chronic wound pain: a conceptual model*. Retrieved March 23, 2011, from http://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2008/04000/Chronic_Wound_Pain__A_Conceptual_Model.8.aspx#.

Woodbury, M.G. and P.E. Houghton, (2004). Prevalence of pressure ulcers in Canadian healthcare settings. *Ostomy Wound Manage*, 50(10): p. 22-4, 26, 28, 30, 32, 34, 36-8.

ANEXOS

ANEXO 1

IPF- Instrumento de colheita de dados

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE FERIDAS

Identificação da colheita			Dados do Utente			
Data Avaliação	Local Avaliação	Enfo(s)	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"/> Leischemania	<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	Ha 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. neurotrófico ; 11 - úlcera maligna ; 12 - ferida traumática ; 13 - ferida cirúrgica ; 14 - queimadura ; 15 - fístula ; 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 - perneo ; 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 alternata	<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 de Pressão Tornozelo Braço)		É feita Terapia Compressiva?	
<input type="checkbox"/> Sim	Se sim, qual o valor: _____	<input type="checkbox"/> Sim	Se sim, com que ligadura: _____
<input type="checkbox"/> Não	Qual a data de avaliação: _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Elástica <input type="checkbox"/> Inelástica

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

IPTB	Medição (mm)	Tipo de tecido	Nível de exsudado
	_____ comp x _____ larg	<input type="checkbox"/> Necrosado <input type="checkbox"/> Gramelação <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		_____ h _____ m	_____ durante o dia _____ durante o tratamento <input type="checkbox"/>
Se domicílio, tempo de deslocação: h m			

Sinais de infeção presentes (superficiais)	Diagnóstico de infeção no compartimento profundo
<input type="checkbox"/> Olor <input type="checkbox"/> Ferida exsudativa <input type="checkbox"/> Tecido de gramelação 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"/> Acido Hialurónico <input type="checkbox"/> Acido 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"/> Hidrocoloide <input type="checkbox"/> Hidrogel	<input type="checkbox"/> Iodo <input type="checkbox"/> Maltodextrina <input type="checkbox"/> Mel <input type="checkbox"/> Película polimérica <input type="checkbox"/> Película transparente	<input type="checkbox"/> Poliacrilato <input type="checkbox"/> Polihexamida <input type="checkbox"/> Prata <input type="checkbox"/> Sucralfato <input type="checkbox"/> Outro: Qual? _____

Frequência de mudança de penso

1 x semana 2 x semana 3 x semana 4 x semana 5 x semana 6 x semana Todos os dias > que 1 x por dia

ANEXO 2

Guião de preenchimento do instrumento



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

**Referenciação das Feridas
Projeto Nacional
(Guião de preenchimento)**

Paulo Jorge Pereira Alves

Porto, Abril de 2011

Referenciação da Feridas – Guião de Orientação

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

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

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

Ferida

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

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

Tabela1 – Classificação do tipo de ferida

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

Úlcera de Pressão (1 a 4)

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

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



Categorias das Úlceras de Pressão

1- Úlcera de Pressão Categoria 1

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

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

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

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

Pode indicar que estas pessoas se encontram "em risco".

2- Úlcera de Pressão Categoria 2

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

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

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

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

3- Úlcera de Pressão Categoria 3

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

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

Pode incluir fistulas ou falsos trajectos

4- Úlcera de Pressão Categoria 4

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

Fibrina ou escara podem estar presentes.

Muitas das vezes com fistulas e falsos trajectos.

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

Os músculos/ossos expostos são visíveis ou palpáveis.

5-Úlcera de Perna Venosa

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

As suas características de acordo com Morrinson et al. (2007) incluem :

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



6-Úlcera de Perna Arterial

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

As suas características Morrinson et al. (2007) incluem:

- Cor de base pálida quando a perna está elevada, cor de base vermelha quando as pernas estão em posição pendente;
- Pele circundante brilhante, retesada, fina, seca e sem pêlos;
- Área ulcerada profunda;
- Bordos da ferida irregulares;
- Exsudado mínimo;
- Temperatura da pele fria ao toque;
- Raramente está presente tecido de granulação;
- Pulsos periféricos diminuídos ou ausentes;
- Podem estar presentes tecido necrótico ou fibrina.



7-Úlcera de Perna Mista

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



8- Úlcera de perna de etiologia desconhecida

Não está definido qualquer etiologia



9- Úlcera de pé diabético neuropático

As úlceras neuropáticas são causadas por traumatismos agudos (mecânicos, térmicos ou químicos) ou traumatismos de repetição (forças mecânicas repetitivas ao andar), não percebidos pelo doente que muitas vezes estão sujeitos ao traumatismo repetidamente ao longo do tempo devido à perda de sensibilidade (ADA, 1999).

As úlceras surgem habitualmente em pontos de hiperpressão.

Localizam-se nos topos metatársicos e na face plantar dos dedos dos pés.

Em fase crônica caracterizam-se por bordos epiteliais proliferativos e caloso, e um leito da ferida com tecido de granulação (Piagessi et al, 1998; Alberto, 2004; Serra, 2008) .



10- Úlcera de pé diabético neuroisquêmico

A ulceração ocorre geralmente nas margens do pé. Muitas vezes o primeiro sinal de ulceração isquêmica é uma marca vermelha que forma vesícula, desenvolvendo de seguida uma úlcera pouco profunda com leito de granulação disperso e pálido ou com tecido necrótico aderente próximo. Podem ocorrer na superfície mediana da primeira articulação metatarsofalângica e sobre a face lateral da quinta articulação metatarsofalângica, mas a localização mais frequente são as pontas dos dedos dos pés (Piagessi et al, 1998; Alberto, 2004; Serra, 2008).

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



11 - Ferida maligna

As feridas malignas/neoplásicas ocorrem devido à infiltração das células malignas nas estruturas da pele, incluindo vasos sanguíneos e/ou linfáticos e podem ser derivadas do tumor primário e/ou metástases. A quebra da integridade cutânea manifesta-se a partir da rotura do nódulo tumoral, que potencialmente poderá tornar-se numa massa necrótica com crescimento proliferativo. (Haisfield & Rund, 1997; Grocott & Cowley, 2001)



12- Ferida traumática

Ferida Traumática é um tipo de ferida com as características específicas: solução de continuidade inesperada de tecido na superfície do corpo associada a lesão mecânica devido a agressão ou acidente; lesão irregular da pele, mucosa ou tecido, tecido doloroso e magoado, drenagem e perda de soro e sangue; associada a tecido pouco limpo, sujo ou infectado (1999) * (CIPE, 2005, p.29).



13 - Ferida cirúrgica

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



14 - Queimadura

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

Determinar o grau da lesão é determinar a profundidade da queimadura (se atingiu epiderme, derme ou outros tecidos). Muitas vezes a diferenciação entre os graus de

lesão pode ser difícil e o diagnóstico de certeza só pode ser realizado através de histopatologia do tecido.



15 - Fístula

Fístulas são comunicações anormais entre duas superfícies epitelizadas, podendo ser congênitas ou adquiridas. A maioria delas ocorrem no período pós-operatório devido a erros na confecção das anastomoses e à lesões inadvertidas das alças intestinais. Elas se classificam quanto ao tipo (laterais e terminais) e quanto ao débito (baixo débito e alto débito). O estudo da fístula é realizado através de fistulografia, ou ainda seriografia, ou clister opaco. A resolução de uma fístula pode se dar através de duas formas: tratamento clínico ou tratamento cirúrgico. (Moreira, 2001)



16 - Lesões por humidade

- São soluções de continuidade da pele devido a humidade excessiva na mesma, por incontinência, sudorese ou por exsudado abundante de uma ferida. (Defloor, 2009)



Localização:

Devem ser definida a localização específica para cada ferida

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

Origem:

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

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

Lateralização:

Devem ser definido a lateralização de cada uma das lesões

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

MATERIAL DE ALÍVIO DA PRESSÃO

PUCLAS2 - Defloor, 2008

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

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

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

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

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

Nome do doente: Idade:	Nome do avaliador:		Serviço:	Cama:	Data da avaliação:
Percepção sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU em uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta dificuldades sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudoreas, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Andar ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Andar frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
Mobilidade Capacidade de alisar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na intagra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		

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

© 1998 Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH), National Pressure Ulcer Advisory Panel
© 2005 Versão portuguesa (PUSH-PT), Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

Comprimento x largura: Meça o maior comprimento (no sentido da cabeça para os pés) e a maior largura (do sentido de um lado para o outro) usando uma régua em centímetros. Multiplique estas duas medidas (comprimento x largura) para obter uma área de superfície estimada em centímetros quadrados (cm²).

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

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

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

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

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

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

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

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

Nível de dor na ferida

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

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

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

Pretende-se que o utente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de

intensidade máxima imaginável). (Circular Normativa N°09/DGCG; 14/06/2003)

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

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

Material de penso com acção terapêutica

Ácido hialurónico:

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

Ex: Hyalofill (Convatec)

Ácido gordo esterificado:

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

Ex: Scorbact (GFB)

Alginato:

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

É absorvente e hemostático; permeável, não aderentes.

Promove o desbridamento da ferida.

Ex: Askina (Braun)

Hidrofibra:

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

É extremamente absorvente.

Ex: Aquacel

Carvão activado:

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

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

Ex: Actisorb (Johnson&Johnson)

Colagénio:

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

Ex: Promogran (Johnson&Johnson)

Espuma

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

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

Ex: Askina® Foam (Braun)

Hidroclóide:

É um polímero de carboximetilcelulose, em filme de poliuretano.

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

Ex: Askina® Hydro (Braun)

Hidrogel:

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

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

Apresenta-se em duas formas: bisnaga ou penso.

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

Iodo:

É um elemento não metálico.

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

Ex: Inadine (Johnson&Johnson); Betadine pomada

Maltodextrina:

É um hidrato de carbono constituído por maltose e dextrose.

Pode-se apresentar sob forma de gel ou pó.

Promove a cicatrização através do fornecimento de nutrientes.

Ex. Multidex (DeRoyal)

Mel:

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

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

É anti-inflamatório e antimicrobiano.

Ex: Honeysoft (JMV)

Película polimérica:

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

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

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

Ex: Cavilon (3M)

Película transparente.

Hidrofibra:

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

É extremamente absorvente.

Ex: Aquacel

Carvão activado:

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

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

Ex: Actisorb (Johnson&Johnson)

Colagénio:

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

Ex: Promogran (Johnson&Johnson)

Espuma

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

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

Ex: Askina® Foam (Braun)

Hidroclóide:

É um polímero de carboximetilcelulose, em filme de poliuretano.

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

Ex: Askina® Hydro (Braun)

Hidrogel:

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

ANEXO 3

Carta de pedido de autorização do estudo



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

INFORMAÇÃO UGI de medicina

Os serviços de internamento de UGI de medicina, estão disponíveis para colaborar neste trabalho

C.I.S., 58864 30 30722

08-11-2012

CHVNG/E, E.P.E.
Ent.ª UGI de Medicina
UGI de Medicina
N.º de identificação: 3086

N. Ref. (ICS) 148/12 N.º de identificação: 3086

Assunto: Pedido para autorização de recolha de dados

Senhor Presidente do Conselho de Administração

O Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa vem por este meio, solicitar a V. Exa. autorização para que a estudante Noélia Matilde Pais Conceição, do Curso de Mestrado de Feridas e Woundability: Teórica, da Universidade Católica do Porto, portadora de B.I. de Identidade número 12203739, a exercer funções na Instituição (CHVNG/E) no serviço de UGIM (Unidade de Cuidados Intermediários de Medicina), possa realizar a recolha de dados para o estudo académico em vista à realização do Estudo de Prevalência de Feridas no CHVNG/Espinho, E.P.E., sob orientação do professor Doutor Luis Sá e Co-orientação do Professor Paulo Alves. Este estudo insere-se no projeto nacional denominado "Feridas: prevalência e custos", que se iniciou em Novembro de 2011 e se prevê terminar no final 2012.

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

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

Desde já nos gratificamos a fornecer toda a informação adicional, que seja solicitada, através dos contactos: noeliazconceicao@ucp.pt | telmóvel: 917 152 411.

Agradço pelo vosso parecer, agradecimento, desde já, a atenção que me possam dispensar.

Com os meus melhores cumprimentos

Secretariado do C.I.S.	CHVNG/E, EPE
Intercâmbio nº 2732A	Secretariado UGI Medicina
1ª Entrada 40042	Entrada nº 633
2ª Entrada	1ª Entrada 27/11/2012
3ª Entrada	2ª Entrada
	3ª Entrada

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Rua Dr. António Bernardino de Almeida, s/nº 4200-472 Porto, Portugal
T: (351) 228 340 305 | F: (351) 228 340 304 | www.ucp.pt

António
12.11.12

452

Dr. António Rocha
Enfermeiro Chefe

Exmo. Senhor
Dr. Álvaro Monteiro
Presidente do Conselho de Administração
Do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho S.P.L.
Rua Conceição Fernandes
4734-502 Vila Nova de Gaia

Porto, 25 de Setembro de 2012

CHVNG/E, EPE

N.º _____ 588 / 8012

Data _____ 10 / 11 / 2012

Tipo de documento: _____

Serviço de Informação, Ensino e Investigação

(Professor Doutor I. Queirós e Melo)

Diretor do ICS-Porto

ANEXO 4

Resposta ao pedido de autorização do estudo



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

Exma. Sra. Enf.
Noélia Matilde Pais Conceição
UCIM

N/Ref.: 588/2012

Assunto: Informação sobre pedido para realização de estudo

Em resposta ao V/ pedido para realizar um estudo com o tema "Estudo de Prevalência de Feridas no C.H.V.N.G./Espinho,EPE", vimos informar que está devidamente autorizado conforme Despacho do Sr. Enf.º Diretor de 12-11-2012.

Aguardamos contacto com o nosso Centro de Formação, a fim de planear o referido estudo.

Para qualquer contacto deve mencionar a N/REF.:588/2012

Sem outro assunto de momento, apresento os meus melhores cumprimentos.

Vila Nova de Gaia, 20 de Novembro de 2012

Centro de Formação

Tel/Fax: 22 7865127 – Ext. 11257

E-mail: df@chvng.min-saude.pt

Centro Hospitalar de
Vila Nova de Gaia / Espinho, E.P.E.
Rua Conceição Fernandes s/n
4484-502 Vila Nova de Gaia

www.chvng.min-saude.pt
Tel. + 351 22 786 51 00
Fax + 351 22 7880209
eMail geral@chvng.min-saude.pt

NIPC 508 142 156
Capital Estatutário 47.082.000,00 Euros
Registo Comercial n.º 508 142 156



ANEXO 5

Formulário de consentimento informado do estudo

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR
NO ESTUDO “Prevalência de Feridas no CHVNG/E”.**

Investigador: Noélia Matilde Pais Conceição, aluna 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 Úlceras de Pressão no CHVNG/E, me foram explicados e que me responderam a todas as questões. Compreendo as vantagens que a participação neste estudo poderá repercutir no futuro. Considero 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 benefício não será de modo algum afectada.

Pelo presente documento, eu _____
consinto participar neste estudo.

Assinatura _____

_____ / _____