



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

Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual

## **PREVALÊNCIA DE FERIDAS NUM HOSPITAL CENTRAL DO DISTRITO DE BRAGA**

---

---

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

Por

José Carlos Fernandes Alves

Porto, setembro, 2015





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

Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual

## PREVALÊNCIA DE FERIDAS NUM HOSPITAL CENTRAL DO DISTRITO DE BRAGA

---

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

Por

José Carlos Fernandes Alves

Orientação: Professor Doutor João Amado

Coorientação: Mestre Paulo Alves

Porto, setembro, 2015



Pássaros criados em gaiolas acreditam que voar é uma doença.  
(Alejandro Jodorowsky)



## RESUMO

**Introdução:** As feridas constituem um desafio para os profissionais de saúde e são um fator determinante na qualidade de vida do indivíduo. Estima-se que é um problema que afeta uma grande parte da população. No entanto, ainda não existem dados suficientes, tanto nacionais como internacionais, que nos permitam compreender a dimensão real desta problemática.

**Objetivos:** Determinar a prevalência e características das feridas dos indivíduos internados num hospital do distrito de Braga.

**Metodologia:** Estudo descritivo comparativo realizado numa amostra não probabilística, acidental, de indivíduos com ferida internados no Hospital de Braga. O instrumento de colheita visou dados sociodemográficos e profissionais da amostra, antecedentes e fatores de risco, caracterização das feridas, utilização de materiais de alívio de pressão e tratamento da ferida. A colheita foi realizada em 2 dias do mês de Dezembro de 2013.

**Resultados:** Um total de 587 indivíduos foram estudados no Hospital. A prevalência de indivíduos com ferida foi de 31,86% (n=187). A maioria das feridas eram feridas cirúrgicas (73,8%; n=138), úlceras de pressão (12,3%; n=23) e feridas traumáticas (5,3%; n=10). Cerca de 50% das úlceras de pressão foram adquiridas em contexto hospitalar, e 42% eram graves (categorias III e IV). As principais localizações das úlceras de pressão eram os calcâneos (37,5%) e a região sacrococcígea (29,2%). Cerca de um terço (35,3%) dos indivíduos em risco de desenvolver uma úlcera de pressão não possuíam, aplicado, material de alívio de pressão. Cerca de um quarto das feridas (25,1%; n=47) eram sujeitas a penso diário ou mais do que uma vez ao dia. O tempo médio investido no tratamento à ferida foi de  $13,3 \pm 7,5$  minutos. O nível de dor durante o tratamento duplicou. A gaze simples (32,6%) e o iodo (31%) foram os materiais mais utilizados no tratamento à ferida.

**Conclusão:** Os resultados obtidos encontram-se dentro dos padrões verificados em estudos semelhantes publicados. Através destes resultados compreende-se a necessidade de implementação de políticas institucionais de prevenção e tratamento de feridas.

**Palavras-chave:** Feridas; Epidemiologia; Hospital; Cuidados Diferenciados



## **ABSTRACT**

**Introduction:** Wounds are a challenge to health professionals and a determining factor in the individual's quality of life. It is estimated this problem affects a large part of the population, however there is insufficient data, both national and international, that allows us to understand the real extent of the subject.

**Objectives:** To determine the prevalence and characteristics of hospitalized individuals with wounds in an acute setting.

**Methodology:** Comparative descriptive study in an accidental non-probabilistic sample of individuals with wounds admitted to the Hospital de Braga. The survey tool aimed at socio-demographic and professional data, background and risk factors, characterization of wounds, use of pressure relief and wound treatment materials. Audits were carried out in two days of December 2013.

**Results:** A total of 587 subjects were surveyed. The prevalence of patients with wounds was 31,86% (n=187). Most of the wounds were surgical wounds (73,8%; n=138), pressure ulcers (12,3%; n=23) and traumatic wounds (5,3%; n=10). About 50% of pressure ulcers were acquired in the hospital setting, and 42% were severe (category III and IV). The main locations of pressure ulcers were the heels (37,5%) and sacrococcygeal region (29,2%). About one-third (35.3%) of individuals at risk of developing a pressure ulcer had not been applied any pressure relief material. About a quarter of the wounds (25,1%, n=47) had their dressing changed daily or more than once a day. The average time spent in wound treatment was  $13,3 \pm 7,5$  minutes. The level of pain duplicates during treatment. Simple gauze (32,6%) and iodine (31%) were the most widely used materials for wound care.

**Conclusion:** The results obtained are within the standard found in similar studies. Through these results we understand the need to implement institutional policies for the prevention and treatment of wounds.

**Keywords:** Wounds; Epidemiology; Hospital; Acute Care



## **AGRADECIMENTOS**

Neste trabalho não poderia deixar de agradecer a todas as pessoas que deram o seu apoio e tornaram possível a sua realização.

Aos meus orientadores Professor Doutor João Amado e Mestre Paulo Alves, pela orientação, pelas palavras de incentivo e delimitação de objetivos, pela paciência e disponibilidade, essencial para a conclusão deste trabalho.

Aos meus pais e irmã, por toda a dedicação, carinho, amor, paciência e apoio incondicional em todas as fases deste percurso.

A todos os Enfermeiros do Hospital de Braga, pela enorme colaboração na colheita de dados que tornaram possível a concretização deste trabalho. Sem vós não seria possível.

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



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DP – Desvio Padrão

EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel

EWMA – European Wound Management Association

HB – Hospital de Braga

IRD – Instrumento de Recolha de Dados

NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UP – Úlcera de Pressão

WUWHS – World Union of Wound Healing Societies



# ÍNDICE

<b>RESUMO</b> .....	<b>V</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VII</b>
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>IX</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	<b>XI</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>13</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	<b>15</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	<b>17</b>
<b>PARTE I – INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
0. NOTA INTRODUTÓRIA .....	19
1. REVISÃO DA LITERATURA .....	21
1.1 Definições e Conceitos.....	21
1.2 Epidemiologia .....	24
1.3 Caraterização do Hospital de Braga.....	34
<b>PARTE II – CONTRIBUTO PESSOAL</b> .....	<b>35</b>
1. OBJETIVOS .....	35
2. METODOLOGIA.....	37
2.1 Tipo de estudo .....	37
2.2 População e Amostra .....	37
2.3 Instrumento de Recolha de dados.....	38
2.4 Procedimento para a colheita de dados .....	39
2.5 Tratamento de dados .....	39
2.6 Implicações éticas.....	39
3. RESULTADOS.....	41
3.1 Caraterização da Amostra e Prevalência no HB.....	41
3.2 Caraterização das Feridas .....	43
3.3 Caraterização da Ferida Principal (F1).....	44
3.4 Caraterização das Úlceras de Pressão .....	55
4. DISCUSSÃO .....	61

5. CONCLUSÃO .....	69
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO I</b>	
INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	
<b>ANEXO II</b>	
GUIÃO DE PREENCHIMENTO DO IRD	
<b>ANEXO III</b>	
CARTA DE ESCLARECIMENTO DO ESTUDO	
<b>ANEXO IV</b>	
AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HB	
<b>ANEXO V</b>	
MODELO DO CONSENTIMENTO INFORMADO DO UTENTE	
<b>ANEXO VI</b>	
MODELO DO CONSENTIMENTO INFORMADO DOS PARTICIPANTES	
<b>ANEXO VII</b>	
COMORBILIDADES DOS INDIVÍDUOS DA AMOSTRA	

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos indivíduos com ferida(s) por área hospitalar .....	41
Gráfico 2 – Distribuição da amostra pelo número de Fatores de Risco .....	43
Gráfico 3 – Número de feridas por indivíduo .....	43
Gráfico 4 – Frequência absoluta de feridas consideradas como principal (F1) .....	45
Gráfico 5 – Úlceras de pressão por categorias .....	45
Gráfico 6 – Localização da ferida principal (F1) .....	46
Gráfico 7 – Origem da ferida principal (F1) .....	46
Gráfico 8 – Duração da ferida principal (F1) .....	47
Gráfico 9 – Tipo de tecido presente na ferida principal (F1) .....	48
Gráfico 10 – Quantidade de exsudado na ferida principal (F1) .....	48
Gráfico 11 – Duração do tratamento à ferida principal (F1).....	49
Gráfico 12 – Dor na ferida principal (F1) durante o dia e durante o tratamento .....	52
Gráfico 13 – Sinais de infecção na ferida principal (F1).....	52
Gráfico 14 – Estado da pele circundante à ferida principal (F1) .....	53
Gráfico 15 – Frequência da mudança de penso da ferida principal (F1) .....	53
Gráfico 16 – Categorias das UP na totalidade das feridas (F1-F6) .....	56
Gráfico 17 – Localização das UP por categoria .....	56
Gráfico 18 – Origem das UP por categoria .....	57
Gráfico 19 – Risco de desenvolver uma UP através da Escala de Braden .....	58



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Estudos de prevalência de UP e resultados apurados .....	31
Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos da amostra por género e idade em classes.....	42
Tabela 3 – Distribuição da amostra pelos grupos profissionais.....	42
Tabela 4 – Distribuição das feridas consoante classificação.....	44
Tabela 5 – Classificação da ferida principal (F1) e origem.....	47
Tabela 6 – PUSH score e classificação da ferida principal (F1).....	49
Tabela 7 – Nível de dor durante o dia e classificação da ferida principal (F1).....	50
Tabela 8 - Nível de dor durante o tratamento e classificação da ferida principal (F1)..	51
Tabela 9 – Material de penso utilizado no tratamento da ferida principal (F1).....	54
Tabela 10 – Outras opções terapêuticas no tratamento à ferida principal (F1) .....	55
Tabela 11 – Localização das UP por categoria.....	57
Tabela 12 – Escala de Braden e UP identificadas como ferida principal (F1) .....	58



## **PARTE I – INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA**

### **0. Nota Introdutória**

De uma forma global, todas as pessoas vão experienciar algum tipo de ferida durante o período da sua vida. A maior parte destas feridas são pequenas lesões que cicatrizam de forma rápida e eficaz. No entanto, muitas pessoas são afetadas por feridas mais complexas de carácter crónico que se tornam de difícil cicatrização e podem afetar de forma significativa a sua qualidade de vida (WHO, 2010).

A nível mundial estima-se que existam no mínimo cerca de 300 milhões de feridas agudas, 100 milhões de feridas traumáticas e 20 milhões de feridas crónicas (Boulton, 2006).

Apesar dos diversos esforços para providenciar dados estatísticos que permitam avaliar a real dimensão deste problema e o seu impacto a nível económico, ainda existe uma considerável escassez de dados, o que leva a que seja uma questão constantemente subestimada e descurada (S. Meaume, Kerihuel, Fromantin, & Téot, 2012). Estes dados são obtidos através da realização de estudos epidemiológicos de prevalência e incidência de feridas, que permitem uma aproximação da realidade e construção de um contexto.

A nível internacional, grande parte destes estudos são confinados a pessoas com determinado tipo de feridas não abrangendo a globalidade das lesões que existem. Esta fragmentação do panorama epidemiológico leva a uma compreensão reduzida do impacto das feridas como um todo tanto nas comunidades, como nas instituições e nos indivíduos (Hall et al., 2014). A nível nacional estes estudos são escassos não permitindo compreender qual a realidade nacional no que concerne aos indivíduos com ferida, facto que fundamenta o interesse inequívoco e relevância do presente estudo.

Este enquadra-se numa metodologia quantitativa e tem como principal objetivo avaliar a prevalência de feridas, e suas características, numa unidade de cuidados de saúde diferenciados, um hospital universitário de carácter central. Para atingir estes objetivos foi aplicado um instrumento que permitiu a colheita de dados relativamente a dados sociodemográficos e profissionais da amostra, antecedentes e fatores de risco, caracterização das feridas, utilização de materiais de alívio de pressão e tratamento da ferida. Este instrumento foi aplicado numa amostra obtida de forma não probabilística, accidental, em indivíduos em regime de internamento no Hospital de Braga durante 2 dias do mês de Dezembro de 2013.

A dissertação encontra-se estruturada em quatro partes. A parte I comporta o enquadramento teórico, onde é explorado o estado da arte e a definição de conceitos. Tratando-se de um estudo epidemiológico são explorados ainda outros estudos desenvolvidos em contextos semelhantes. Finalizando esta parte encontra-se uma breve caracterização do Hospital em que se realiza este estudo. Na parte II é explorado o contributo pessoal proporcionado com o presente trabalho. Inicialmente são expostos os objetivos do estudo, seguidos da metodologia aplicada, onde é descrito o tipo de estudo, a definição da população e da amostra, o instrumento de colheita de dados, procedimentos formais e implicações éticas. Ainda na segunda parte são apresentados os resultados obtidos, a caracterização da amostra, das feridas e, numa parte final, das úlceras de pressão em pormenor. Por último encontram-se a discussão dos resultados obtidos e uma nota conclusiva.

# 1. Revisão da Literatura

## 1.1 Definições e Conceitos

Uma ferida pode ser definida como uma quebra da estrutura anatómica ou das funcionalidades normais dos tecidos corporais (Lazarus et al., 1994).

Quando existe lesão de um tecido inicia-se o processo de cicatrização, um complexo conjunto de etapas de reparação e remodelação tecidual que visa atingir a restituição da integridade celular. É um processo que se desenvolve em quatro fases distintas, correlacionadas e habitualmente sobreponíveis no tempo: hemostase, inflamação, proliferação/reparação e maturação/remodelação (Baranoski & Ayello, 2012).

Podemos classificar as feridas em agudas e crónicas quanto ao tipo (Fletcher, 2008). As feridas agudas são feridas que apresentam um cicatrização normal evoluindo de forma faseada e eventualmente atingindo a recuperação da integridade anatómica e funcional. São feridas de origem traumática ou cirúrgica (Baranoski & Ayello, 2012; Lazarus et al., 1994).

Uma ferida traumática define-se como:

“solução de continuidade inesperada de tecido na superfície do corpo, associada a lesão mecânica devido a agressão ou acidente; lesão irregular da pele, mucosa ou tecido, tecido doloroso e magoado, drenagem e perda de soro e sangue, associado a tecido pouco limpo, sujo ou infetado.” (International Council of Nurses, 2011, p.55)

Por ferida cirúrgica considera-se:

“corte de tecido produzido por um instrumento cortante de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e de sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus.” (International Council of Nurses, 2011, p.55)

Uma queimadura é uma ferida traumática com necessidade de cuidados especializados, devendo ser considerada em particular (Dealey, 2006), e pode definir-se como:

“ruptura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devido a lesões pelo calor resultantes da exposição a agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos, caracterizado pela coagulação das proteínas das células, aumento do metabolismo, perda da reserva de nutrientes nos músculos e no tecido adiposo, perda de proteínas e compostos azotados, por grande dor, desconforto e stresse, com risco de choque e com risco de vida; necrose dos tecidos, infeção da ferida, contraturas, escara hipotrófica com rigidez por espessamento, em que o doente fica profundamente desfigurado; Queimadura de 1º grau, 2º grau, 3º grau.” (International Council of Nurses, 2011, p.71)

Por outro lado, as feridas crônicas são lesões que falham em alguma das fases do processo sequencial de cicatrização, prolongando-se no tempo (Lazarus et al., 1994). De uma forma sintetizada, Popoola (2000) define ferida crônica como qualquer alteração nas funções anatómicas e fisiológicas dos tecidos, complicadas pela presença de uma ou mais doenças crônicas, com duração superior a 3 meses. Os fatores que levam à cronicidade estão habitualmente associados a componentes patológicos como diabetes, doença isquêmica, lesões por pressão e doenças inflamatórias (Baranoski & Ayello, 2012). As feridas crônicas mais frequentes são as úlceras de pressão, as úlceras venosas e as úlceras de origem diabética (Neil, 1998).

Uma úlcera por pressão é uma:

“Lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. Às úlceras de pressão também estão associados fatores contribuintes e de confusão cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido.” (EPUAP/NPUAP, 2009).

No mesmo documento emitido pela EPUAP/NPUAP (2009) são propostos quatro níveis de lesão denominados por categorias:

**Categoria I: Eritema não branqueável:**

“Pele intacta com eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea, descoloração da pele, calor, edema, tumefação ou dor podem também estar presentes. Em pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento.

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

**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 crosta. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta preenchido por líquido seroso ou sero-hemático.

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

**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). Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.

Descrição adicional: A profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo

(adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser rasa (superficial) em contrapartida, em zonas com adiposidade significativa podem desenvolver úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas. O osso/tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis” (EPUAP/NPUAP, 2009).

#### Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos:

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

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

Frequentemente as úlceras de pressão de categoria I e II são confundidas com outra tipologia de ferida, as lesões por humidade. A lesão por humidade caracteriza-se por irritação ou inflamação nas regiões perianal e peri-genital desencadeada por contacto prolongado com fezes, urina ou ambos (Bianchi, 2012). São lesões habitualmente superficiais, sem tecido necrótico, forma difusa e irregular e não necessariamente em zonas de proeminências ósseas. Apesar das distinções existe uma clara ligação entre estas e as úlceras de pressão, que pode inclusivamente ser observada na inclusão do fator humidade nos diversos instrumentos para avaliação do risco de úlcera de pressão. Torna-se essencial distinguir ambos os tipos de lesão para obter os melhores resultados e proporcionar os melhores cuidados (Beldon, 2008).

A úlcera venosa pode ser definida como uma lesão crónica usualmente localizada no membro inferior nas áreas pré-tibial medial, supra-maléolar e do tornozelo (Baranoski & Ayello, 2012). No sistema venoso normal a pressão diminui com a atividade física como resultado da ativação da bomba tibiotársica. Quando os músculos relaxam as válvulas presentes nas veias perfurantes, que ligam a circulação venosa superficial e profunda, previnem o refluxo mantendo a pressão venosa em níveis baixos. Num sistema em que estas válvulas se tornam incompetentes a pressão venosa permanece elevada levando à perda de componentes sanguíneos para o espaço extracelular, o que por sua vez leva a excessiva fragilidade cutânea (Dealey, 2006; Grey & Harding, 2006).

A úlcera arterial surge quando se verifica uma inadequada perfusão tecidual por um bloqueio total ou parcial do fornecimento arterial levando a estados de isquemia e sucessiva necrose dos tecidos afetados (Dealey, 2006). Estas feridas localizam-se habitualmente nos pés ou na região tibial anterior (Baranoski & Ayello, 2012).

Segundo Dealey (2006) podemos utilizar a classificação de úlceras de etiologia mista, quando se verifica a existência tanto de componentes arteriais como venosos na úlcera.

A úlcera de pé diabético caracteriza-se como uma complicação grave da diabetes *mellitus*, causando incapacidade e potencial amputação do membro afetado (Dealey, 2006).

As úlceras de pé diabético podem ser divididas em dois grupos consoante a sua causa: neuropáticas e isquémicas (ou neuroisquémicas se existir neuropatia associada). O pé neuropático caracteriza-se por um pé quente, com boa perfusão e pulsos palpáveis; a sudoração está diminuída e a pele seca e propensa ao aparecimento de fissuras. O pé neuroisquémico caracteriza-se por um pé frio e sem pulso; a pele é fina e de aspeto brilhante onde se verifica também atrofia do tecido subcutâneo, claudicação intermitente e dor em repouso pode apresentar-se ausente devido à neuropatia. A diferença crucial é a presença ou ausência de isquemia. A sua presença pode ser confirmada através de um Índice de Pressão Tornozelo-Braço inferior a 1 (Grey & Harding, 2006).

A úlcera maligna é o resultado da infiltração de células cancerosas na pele e nos vasos sanguíneos e linfáticos de suporte, provocando diminuição da permeabilidade vascular e secundária morte tecidular. A lesão pode resultar de um cancro primário ou de metástase da pele de um tumor local ou distante. A úlcera toma a forma de uma cavidade, uma área aberta na superfície da pele, ou um crescimento nodular acima da superfície da mesma. Este tipo de úlcera pode apresentar odor, exsudado, sangramento, prurido e dor, interferindo de forma relevante na qualidade de vida da pessoa (British Columbia Cancer Agency, 2011).

Uma fístula define-se por uma ligação anormal entre duas estruturas subjacentes. Pode ocorrer entre dois órgãos internos ou entre um órgão interno e a superfície da pele (Baranoski & Ayello, 2012).

## 1.2 Epidemiologia

Tendo em conta os objetivos deste trabalho torna-se essencial um enquadramento relativamente aos estudos epidemiológicos já existentes acerca da temática. Seguidamente serão abordados estudos de prevalência desenvolvidos em contexto maioritariamente hospitalar.

Hurd & Posnett (2009) realizaram um estudo de prevalência no Canadá em 2006 e 2007, em que avaliaram todos os indivíduos internados em 13 hospitais do país, com exceção dos indivíduos da área psiquiátrica, neonatal e doenças infecciosas. Foi avaliado um total de 3099 indivíduos, distribuídos por 13 hospitais (44 a 537 indivíduos por hospital).

Destes, 1204 apresentavam pelo menos uma ferida, com uma taxa de prevalência média de 41,2%, aproximadamente 2 em cada 5 indivíduos. O valor de prevalência mais baixo foi de 30% e o mais elevado de 60%. Cerca de 56,2% dos indivíduos apresentava úlcera de pressão, sendo este o tipo de ferida mais prevalente, seguidos dos indivíduos com ferida cirúrgica com uma prevalência de 31,1%. As feridas menos prevalentes foram as úlceras de perna com 2,7%, as úlceras do pé com 2,8% e outras feridas com 7,2%. A prevalência de úlceras de pressão no número total de indivíduos (3099) foi de cerca de 22,9%, sendo a maior parte adquiridas nos hospitais (79,3%), e cerca de um terço (26,5%) consideradas mais graves (categorias III e IV). No mesmo estudo foi ainda avaliada a frequência de mudança de penso, concluindo que 45% dos pensos eram renovados diariamente, e o tempo médio investido na mudança de penso cerca de 10,5 minutos.

Num estudo realizado no Reino Unido, num hospital de East Sussex, para determinação da prevalência de feridas crónicas, foram incluídos todos os indivíduos portadores de feridas crónicas (com uma evolução de pelo menos 4 semanas), ou com elevado potencial de cronicidade da ferida. Foram avaliados 372 indivíduos, dos quais 56 eram portadores de pelo menos uma ferida, com uma prevalência de cerca de 15%. O total de feridas identificadas foi de 82, cerca de 1,4 feridas por indivíduo com ferida. A tipologia de ferida mais prevalente foi a úlcera de pressão (categorias I a IV) com cerca de 45,1%, seguidas das feridas cirúrgicas com 20,7% e das úlceras de perna com 13,4%. Nas feridas menos prevalentes encontramos as úlceras de pé diabético com 7,3%, queimaduras com 3,7%, lesões por humidade 2,4%, malignas 0% e outras com 7,3%. Um dos achados mais importantes deste estudo encontra-se relacionado com o tempo de internamento prolongado nos indivíduos portadores de feridas, apesar de poder não ter uma relação causa-efeito direta como salvaguarda o autor (Tait & Gibson, 2007).

Na Finlândia, em 2008, foi estudada a ocorrência de feridas crónicas nas cidades de Helsinki, Espoo e Vantaa. Neste estudo foram distribuídos questionários por todas as unidades de saúde da região, incluindo cuidados de saúde primários, unidades de saúde e cuidados ao domicílio, assim como hospitais e consultas externas, perfazendo um total de 765 unidades, com uma taxa de resposta de 61%. Foram consideradas feridas crónicas todas aquelas que não cicatrizavam em pelo menos 4 semanas, não se encontra especificado se foram consideradas as úlceras de pressão de categoria I. Foram identificados no total 1029 indivíduos com feridas, estando 524 (51%) destes institucionalizados. A população estudada era constituída por 1.013.594 de habitantes da região, e identificou-se uma prevalência de feridas crónicas de 0,10%. O tipo de

ferida identificado como mais prevalente foi a úlcera de pressão representando 23% das feridas. De seguida encontravam-se as úlceras venosas (13%), as úlceras diabéticas (11%), feridas cirúrgicas não cicatrizadas (11%), as úlceras isquémicas (7%), 21% eram feridas multifatoriais e 14% de etiologia não especificada. Destas feridas 36% encontravam-se localizadas no pé ou tornozelo, 27% nas pernas e 19% no tronco, trocânteres ou região nadegueira (Mäkelä, 2010).

Num estudo semelhante realizado no Reino Unido em 2007, com o objetivo principal de avaliar os custos do tratamento de feridas em Bradford e Airedale, foi estudada uma população de 487.975 indivíduos, distribuídos por cuidados de saúde primários, 72 lares de idosos, e 3 hospitais de agudos. Foi identificada uma prevalência de 3,55 por 1000, num total de 1732 indivíduos com pelo menos uma ferida. O número total de feridas foi de 2620, com uma média de 1,51 por indivíduo. A maior parte destes indivíduos encontrava-se a ser seguido nos cuidados de saúde primários (54%), 32% seguidos pelo hospital e 14% noutras unidades de saúde. As feridas mais prevalentes foram as feridas agudas (cirúrgicas ou traumáticas) representando 47,7% do total das feridas identificadas, as úlceras de perna e pé 27,8% e as úlceras de pressão com 20,9%. A nível hospitalar foram identificados 329 indivíduos internados com feridas em 1072 camas ocupadas, perfazendo uma taxa de prevalência de 30,7%. A maior parte dos indivíduos apresentava feridas cirúrgicas ou traumáticas (78,7%), seguidos dos indivíduos com úlceras de pressão (11,6%) e úlcera de perna ou pé (8,8%). As úlceras de pressão perfazem uma taxa de prevalência de 3,6% no total de indivíduos internados nos 3 hospitais, destas 66% foram adquiridas no hospital e 31,6% são consideradas mais graves (categorias III e IV) (Vowden, Vowden, & Posnett, 2009).

Na Dinamarca foi aplicada a mesma metodologia utilizada no estudo de Vowden et al. (2009) e avaliados dois hospitais de agudos, assim como cuidados de saúde primários associados. Este estudo abrangeu uma população total de 445.000 indivíduos entre as localidades de Hillerod e Viborg, cerca de 8,1% da população total do país. Nos hospitais cerca de 306 indivíduos apresentavam pelo menos uma ferida, e nos cuidados de saúde primários cerca de 323. No total identificou-se uma prevalência de 2,8 por 1000 habitantes, sendo que um terço dos indivíduos internados nos hospitais (33%) eram portadores de pelo menos uma ferida. O tipo de ferida mais prevalente em contexto hospitalar foi a ferida aguda representando 76% das feridas identificadas, seguidas das úlceras de pressão com 10%, úlceras de perna com 5,1%, as úlceras de pé (4,7%) e outras feridas com 1,4%. Ainda no contexto hospitalar estimou-se uma média de 1,71 feridas por indivíduo com ferida. Foi identificado neste estudo que cerca de 7,9% dos indivíduos internados se encontravam internados especificamente por fatores

relacionados com a ferida. As feridas infetadas representavam 21-27% das feridas identificadas. Outros dados avaliados foram as médias para a frequência de mudança de penso e tempo investido no tratamento à ferida, que a nível hospitalar, representou um valor de 3,5-5,1 vezes por semana, e 11,6-29,8 minutos, respetivamente (F Gottrup et al., 2013).

No Reino Unido, região de Hull e East Yorkshire, foi realizado em 2005 um estudo de prevalência que incluiu um hospital e os cuidados de saúde primários da região. Neste estudo foram identificados 1644 indivíduos portadores de pelo menos uma ferida, dos quais cerca de 31% apresentava mais do que uma ferida. O número total de feridas na amostra em análise era de 2300 feridas, representando uma média de 1,44 feridas por utente. As feridas cirúrgicas e traumáticas foram as mais prevalentes, representando 43% da amostra, seguidas das úlceras de perna/pé (38,8%) e das úlceras de pressão (18,1%). Durante o estudo o número de indivíduos em regime de internamento hospitalar era de 1297, dos quais 348 (26,8%) apresentavam ferida (Drew, Posnett, & Rusling, 2007).

Num estudo semelhante realizado no Reino Unido, na localidade de North Devon, apurou-se a prevalência de feridas em 16 lares de idosos da região. Foi recolhida informação relativamente ao número e ao tipo de feridas presentes. A população abrangida atingiu os 458 indivíduos, dos quais 115 apresentavam pelo menos uma ferida, concluindo uma taxa de prevalência de 25,14%. Destes, 40 (34,78%) apresentavam mais do que uma ferida, com um total de 195 feridas, e um rácio de 1,69 feridas por indivíduo com ferida. A maioria dos indivíduos apresentavam úlceras de pressão, perfazendo 44,61% da amostra, feridas de origem traumática (18,97%) e úlceras de perna (11,79%) (Kingsley, Hucker, McEndoo, & Manser, 2010).

Em 2007 e 2008 foi estudada a prevalência de feridas no sistema público de saúde da Austrália Oeste abrangendo um total de 5800 indivíduos internados em 85 hospitais em 2007, 86 em 2008. A taxa de prevalência de indivíduos portadores de ferida identificada foi de 49%, representando 2819 indivíduos, e um rácio de 1,26 feridas por indivíduo com ferida. As feridas mais prevalentes foram as feridas agudas com uma taxa de prevalência de 31%, as úlceras de pressão com 9% e as quebras cutâneas com 8%. As úlceras de pressão e quebras cutâneas adquiridas no contexto hospitalar representam 19-25% do número total de feridas. No grupo das úlceras de pressão, a maioria dos indivíduos apresentava úlceras de categorias I e II. Neste estudo estimam que 25% destas feridas seriam preveníveis (Santamaria, 2009).

No estudo de Maciel (2008) foi analisado no Brasil um hospital durante os meses de Junho e Julho de 2007 com o objetivo de apurar a taxa de prevalência de feridas e suas características. Dos 1.073 indivíduos internados e incluídos no estudo, 525 apresentavam pelo menos uma ferida, perfazendo uma taxa de prevalência de 48,9%. O total de feridas apuradas foi de 569 reproduzindo um rácio de 1,08 feridas por indivíduo. As feridas agudas representam a maior parte das feridas (81,4%) das quais as feridas cirúrgicas eram as mais prevalentes (92,4%; n=428). No que refere às feridas crónicas (18,6%; n=106) mais de metade eram úlceras de pressão com 65,1% (n=69), seguidas de feridas cirúrgicas complexas (16%; n=17) e úlceras diabéticas (10,4%; n=11). Apurou-se neste estudo que a maior parte dos indivíduos (86,5%; n=454) tinha desenvolvido a ferida em contexto hospitalar.

As úlceras de pressão apresentam-se como um fator debilitante, doloroso e potencialmente gravoso na vida dos indivíduos, muitas vezes decorrente de falhas nos cuidados de saúde. Além do custo elevado para o indivíduo representam ainda um gasto considerável e desnecessário para os serviços de saúde (Bennett, Dealey, & Posnett, 2004). Na tentativa de medir a dimensão global desta problemática são consideráveis os estudos de prevalência que podem ser encontrados nas bases de dados científicas, em diversos países e diferentes contextos de cuidados de saúde. Apesar deste facto são poucos os estudos que respeitam a mesma metodologia e instrumentos de colheitas de dados, tornando difícil a intercomparabilidade dos resultados e assim a construção de conclusões fundamentadas.

No estudo de Vanderwee, Clark, Dealey, Gunningberg, & Defloor (2007) foi estabelecido como principal objetivo a elaboração de um instrumento para uniformização da colheita de dados de prevalência das UP. Este foi desenvolvido pela European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), e analisa: (i) dados operacionais relacionados com a tipologia do hospital; (ii) dados do indivíduo, género, idade, tempo de permanência esperado e área de cuidados; (iii) avaliação de risco, utilizando a escala de Braden, e a escala de Norton para o item da incontinência; (iv) a UP mais grave consoante o sistema de classificação da EPUAP, e a sua localização; (v) a localização anatómica de todas as UP; (vi) o equipamento utilizado para alívio de pressão; (vii) o esquema de posicionamentos tanto no leito como na cadeira. Além da proposta deste instrumento, o mesmo estudo estabelece como objetivo a aplicação desse instrumento em diferentes grupos de indivíduos em cinco países europeus. A colheita de dados foi desenvolvida na Bélgica, Itália, Portugal, Reino Unido e Suécia, abrangendo um total de 5.947 indivíduos em contexto de cuidados hospitalares. Na população deste estudo cerca de 18,1% (n=1078) dos indivíduos apresentava pelo menos uma UP. Os países com as

taxas de prevalência mais elevadas foram a Bélgica, Suécia e Reino Unido, entre 21,1% e 23%. A Itália (8,3%) e Portugal (12,5%) apresentaram taxas de prevalência inferiores. Os 1.078 indivíduos eram portadores de um total de 1860 UP, perfazendo uma média de 1,73 UP por indivíduo. Foram identificadas como localizações anatômicas mais afetadas a região sagrada (n=532, 28,6%) e os calcâneos (n=484, 26%). A maioria (42,1%) dos indivíduos com UP eram portadores de um eritema não branqueável (categoria I). Apenas em Portugal o tipo de UP mais comum era a de categoria III, com uma prevalência de 30,6%. No geral, as UP consideradas de maior gravidade (categorias III e IV) encontravam-se na região sacrococcígea. Ao nível da avaliação de risco, a média no valor da escala de Braden foi de 19 para os 5 países e, com base nos valores desta escala, determinou-se que cerca de 2.114 indivíduos (35,5%) se encontravam em risco de desenvolver uma UP (valor na escala de Braden <17). Destes, apenas 9,7% dos indivíduos recebiam cuidados de prevenção adequados (posicionamento e material de alívio de pressão) (Vanderwee et al., 2007).

Através da aplicação da mesma metodologia desenvolvida pela EPUAP no estudo de Vanderwee et al. (2007) foi realizado em 2011 na Suécia um dos maiores estudos de prevalência de UP a nível europeu, incluindo tanto hospitais como lares de idosos, abrangendo uma população de 35.508 indivíduos. A nível hospitalar a população era representada por 16.466 indivíduos, dos quais 16,6% (n=2337) apresentavam pelo menos uma úlcera de pressão (categorias I-IV). O número total de UP foi de cerca de 3276, representando uma média de 1,4 UP por indivíduo. A região sagrada e os calcâneos eram as regiões mais afetadas, com prevalências de 5,7% e 2,9% respetivamente. As UP de categoria I representam neste estudo 50% de todas as UP identificadas. A proporção de indivíduos em risco de desenvolver UP era de cerca de 18,6% (Gunningberg, Hommel, Bååth, & Idvall, 2013).

Utilizando a mesma metodologia de Vanderwee et al. (2007) foi desenvolvido na Bélgica um estudo de prevalência envolvendo todos os hospitais do país, com uma taxa de resposta de 68% (n=84), completando uma população total de 19.969 indivíduos. A taxa de prevalência de UP apurada foi de 12,1% (n=2.419), com um total de 3091 UP contabilizadas (1,28 UP por indivíduo). Um quarto (25%) da população estudada encontrava-se em risco de desenvolver uma UP, destes apurou-se que apenas 12,8% recebiam os cuidados completos de prevenção necessários. As localizações mais comuns eram a região sacrococcígea (48,1%) e os calcâneos (38,4%). Aproximadamente metade (45,7%) das UP foram identificadas na categoria I, categoria de menor gravidade (Vanderwee et al., 2011). Numa replicação do estudo de Vanderwee et al. (2007) foram estudados 3 hospitais na Jordânia com uma população

de 295 indivíduos. A taxa de prevalência de UP foi de 16% (n=48), sendo as regiões mais afetadas os calcâneos (49%) e a região sacrococcígea (40%). Cerca de metade (46%) dos indivíduos apresentava uma UP de categoria I. As UP de categoria IV representaram 8,3% da amostra e estavam presentes mais frequentemente na região sacrococcígea. A média de valores da escala de Braden foi de 18,6 e, de acordo com a mesma escala, cerca de 90 indivíduos (31%) encontravam-se em risco. Apenas 19% dos indivíduos em risco tinha as medidas de prevenção adequadas instituídas (Tubaishat & Aljezawi, 2013).

Entre 2007 e 2008 foi realizado mais um estudo utilizando a metodologia proposta por Vanderwee et al. (2007) no Reino Unido (País de Gales) envolvendo hospitais ortopédicos e comunitários. A população estudada foi de 1.196 indivíduos, 581 em hospitais ortopédicos e 615 em hospitais comunitários. Nos hospitais ortopédicos a taxa de prevalência de UP foi de 13,9%, representando 81 indivíduos, enquanto nos hospitais comunitários a prevalência foi de 26,7%, em 162 indivíduos. A prevalência de UP de categoria I foi de 41% nos hospitais ortopédicos enquanto nos comunitários representou 20% do total de UP. As UP severas (categorias III e IV) foram detetadas em 32% (n=78) dos indivíduos (James, Evans, Young, & Clark, 2010).

Foram encontrados diversos outros estudos de prevalência de UP, com metodologias diferentes dos anteriores, o que dificulta a comparação direta dos resultados. Os resultados apurados podem ser visualizados de forma resumida na Tabela 1.

País	Autor/ano	Prevalência (cat. I-IV)	Prevalência (cat. II-IV)	Prevalência por categoria			
				I	II	III	IV
Canadá	(Cole et al, 2004) N=100	21,4%	-	-	-	-	-
Alemanha	(Lahmann et al, 2006) N=16.728	24,6%	11,7%	49,4%	28,6%	13,1%	8,8%
China	(Zhao et al, 2007) N=2.913	1,8%	0,82%	51,9%	25,3%	7,6%	5,1%
França	(Barrois et al., 2008) N=37.307	8,9%	5,9%	32%	31%	18%	20%
Estados Unidos	(Vangilder et al, 2009)						
	2008 – N=90.398	13,5%	9,6%	-	-	-	-
	2009 – N=92.408	12,3%	9,0%	-	-	-	-
Alemanha	(Kottner et al, 2009) N=17.429	9,2%	5%	-	-	-	-

Suécia	(Gunningberg et al, 2011) N=17.310	17,6%*	7,3%*	-	-	-	-
		9,5%**	5,5%**	-	-	-	-
		6,5%***	5,2%***	-	-	-	-
Jordânia	(Alja'afreh et al, 2013) N=190	24%	-	27%	43%	20%	3%
Austrália	(Miles et al, 2013) N=260 - 2002 N=415 - 2012	16,2%	-	-	-	-	-
		6,0%	-	-	-	-	-
Nigéria	(Adegoke et al, 2013) N=1.211	-	3,22%	-	-	-	-
Espanha	(Pancorbo et al, 2014) N=8.170	7,87%	-	24,9%	39,0%	21,5%	10,9%
<b>Média</b>		12,8%	6,32%	35,7%	34%	15,6%	7%

(\* Hospital Universitário; \*\* Hospital Geral; \*\*\* Hospital dos Estados Unidos)

**Tabela 1 – Estudos de prevalência de UP e resultados apurados**

Alguns destes estudos apuraram que a localização mais comum das UP era a região sacrococcígea representando 30,7-47,3% da totalidade das UP (Alja'afreh & Mosleh, 2013; Lahmann et al., 2006; Pancorbo-Hidalgo et al., 2014; Zhao et al., 2007). De seguida surgem os calcâneos com uma percentagem de 24-28,6% e a região trocântérica 5-10% (Alja'afreh & Mosleh, 2013; Lahmann et al., 2006; Pancorbo-Hidalgo et al., 2014). O estudo de Adegoke et al. (2013) determina como mais frequente a região isquiática com 43,5%. No estudo de Barrois et al. (2008) a maioria das UP encontrava-se nos calcâneos (46%) e região sagrada (37%).

A úlcera de perna é um problema de saúde preocupante, especialmente junto da população idosa. Trata-se de uma condição com uma elevada taxa de recidiva e ainda alta cronicidade, podendo manter-se durante meses ou mesmo anos, tendo desta forma um grave impacto na qualidade de vida da pessoa. A nível epidemiológico os estudos encontrados apresentam uma considerável variância nos valores de prevalência das úlceras de perna.

No estudo realizado em 1998 por O'Brien et al. (2000) foram estudados todos os indivíduos que receberam tratamento por úlceras de perna numa região da Irlanda, com o objetivo de determinar a prevalência e etiologia das úlceras de perna. Este estudo abrangeu tanto o contexto hospitalar como cuidados de saúde primários, com uma população de 317.069 indivíduos. Foi apurada uma taxa de prevalência de 0,12%, representando um total de 389 indivíduos com úlcera de perna. Se considerarmos

apenas a população acima dos 70 anos, a prevalência taxa de prevalência atinge um valor de 1,03%. A etiologia venosa mostrou-se como a mais prevalente representando 80% de todas as úlceras identificadas, seguida da úlcera arterial (10,5%) e úlcera mista (7,1%). As úlceras de pé diabético e malignas representaram 0,9% e 1,1% da amostra, sendo as menos frequentes. Cerca de metade (57%) das úlceras apresentava-se na região maleolar (O'Brien et al., 2000).

Em Portugal, num estudo de prevalência realizado em 2001 em centros de saúde da zona de Lisboa, estimou-se uma prevalência de úlcera de perna de 1,41/1000 habitantes, numa população de 186.000 indivíduos. Cerca de metade (53%) das úlceras identificadas eram de etiologia venosa, sendo esta a causa mais comum. Relativamente à cronicidade das úlceras, estimou-se neste estudo que cerca de 66% dos indivíduos tinham uma úlcera com mais de um ano de evolução (Pina, Furtado, Franks, & Moffat, 2004)

No estudo efetuado na área de abrangência de 5 centros de saúde de Lisboa, foram identificadas pelos profissionais de saúde um total de 263 indivíduos com úlceras de perna, durante o período de estudo. A maioria dos indivíduos foi identificada pelos enfermeiros ao nível dos centros de saúde (187/263, 77%) e outros 55 (29%) foram identificados nos serviços hospitalares (internamento e consultas). Os 263 indivíduos identificados numa população de 186.000 perfaz uma prevalência total de 1.41/1.000 habitantes. (Pina, Furtado, Franks, & Moffat, 2004)

Num outro estudo realizado na Islândia durante um período de duas semanas em 2008 foi estudada a população do país (n=313.376) através da colheita de dados de 166 unidades de saúde (excluindo hospitais de agudos), com o objetivo de determinar a prevalência e etiologia das úlceras de perna. Foram identificados 226 casos de úlceras de perna perfazendo uma taxa de prevalência de 0,072% no total da população. Se for apenas considerada a população com idade superior a 70 anos a taxa de prevalência sobre para os 0,61%. Apurou-se que as úlceras de etiologia venosa eram as mais frequentes representando 34% dos casos, seguindo-se as úlceras de pressão (18%), úlceras de pé diabético (10%), úlceras arteriais (7%) e por último as úlceras mistas (6%) (Pálsdóttir & Thoroddsen, 2010).

O estudo prospetivo de Moffatt et al. (2004) realizado no Reino Unido incluindo uma população de 252.000 indivíduos apura uma prevalência de úlcera de perna de 0,45/1000 indivíduos. As úlceras mais comuns são as úlceras de etiologia venosa representando 43% da amostra, seguidas das úlceras mistas com 15%.

Existem diversos estudos que analisam a problemática da úlcera de perna sob o paradigma epidemiológico apurando resultados diversos, alguns com diferenças significativas. Estas variações na estimativa da prevalência de úlceras de perna podem dever-se essencialmente a questões metodológicas aplicadas como a própria definição de prevalência, os critérios de inclusão e exclusão, a idade e distribuição da amostra, ou os critérios de identificação e classificação das úlceras. No panorama geral, Briggs & Closs (2003) estimam no seu estudo de revisão de literatura que 0,1%-0,2% da população terá uma úlcera em algum momento da sua vida, e que a percentagem de indivíduos que sofrerá de úlcera de perna crónica e incapacitante é de 1-2%. No mesmo estudo é sugerido ainda que a patologia venosa é a causa mais comum de úlcera de perna, com uma percentagem que varia entre 37-80%.

A síndrome do pé diabético é uma das complicações mais graves e economicamente relevantes que os indivíduos com diabetes mellitus (DM) podem desenvolver, resultando muitas vezes em úlceras, infeções, destruição de tecidos profundos e feridas de cicatrização difícil. A taxa de prevalência do pé diabético varia entre 0,5% e 13,7%, dependendo do tipo de patologia associada (DM tipo I ou II), da metodologia do estudo e do país em que se insere o estudo (Lauterbach, Kostev, & Kohlmann, 2010).

Entre 2006 e 2008, foi realizado no Reino Unido um estudo com o principal objetivo de averiguar a prevalência da síndrome de pé diabético e os seus fatores de risco (neuropatia diabética, doença vascular periférica, feridas e micoses no pé). Foram colhidos dados de forma retrospectiva acerca de indivíduos diagnosticados com DM em seguimento em 1.151 gabinetes médicos (2,6% do total no Reino Unido), representando uma população de 4,2 milhões de indivíduos. Foram identificados um total de 2.576 indivíduos com DM tipo I e 34.198 com tipo II. Nestes, a taxa de prevalência de pé diabético foi de 7,6% para o tipo I e 8,5% para o tipo II. A proporção de indivíduos com polineuropatia diagnosticada foi de 6,8% nos indivíduos com DM tipo I e 6,0% no tipo II. Dos indivíduos com DM tipo I, 15% apresentava doença vascular periférica e 8,0% apresentavam micoses no pé. Dos indivíduos com DM tipo II, cerca de um quarto (25,2%) apresentavam doença vascular periférica e 9,6% eram portadores de micose. Foram documentadas feridas no pé em cerca de 13,2% e 11,9%, nos indivíduos com DM tipo I e tipo II respetivamente (Lauterbach et al., 2010).

### 1.3 Caracterização do Hospital de Braga

O HB serve uma área direta de cerca de 275.000 indivíduos e, sendo um Hospital Central, abrange globalmente uma área de cerca de 1.200.000 de habitantes dos distritos de Braga e Viana do Castelo.

A nível arquitetónico o HB possui uma estrutura construída de raiz, que abriu portas em Maio de 2011, substituindo o anterior Hospital de S. Marcos, uma estrutura com mais de 500 anos. O HB pode atingir uma lotação de internamento de até 705 camas, estando disponíveis 642 aquando da colheita de dados.

No ano de 2013 o total de doentes saídos foi de 28.261 (incluindo berçário). Durante o mesmo ano foram observados no serviço de Urgência 185.132 indivíduos, realizadas 382.124 consultas externas, e concretizado um total de 23.319 cirurgias (Hospital de Braga, 2014).

O HB conta com um total de 2278 colaboradores, sendo o grupo com maior percentagem o pessoal de Enfermagem, representando 31,5% de todos os profissionais (total de 717 profissionais). O HB conta ainda com 332 médicos (14,5%), 203 internos (8,9%), 638 assistentes operacionais (28%), 189 administrativos (8,3%), 124 técnicos de diagnóstico e terapêutica (5,4%), 22 técnicos superiores de saúde (1%) e 53 outros profissionais (2,3%) (Hospital de Braga, 2014).

Através dos dados acima expostos podemos compreender que o HB representa uma unidade de saúde complexa e com uma elevada produção cirúrgica. O número de camas atribuído a serviços de valências cirúrgicas ultrapassa as 240, sendo de esperar desta forma um predomínio na prevalência da ferida cirúrgica. Os serviços na área da medicina interna apresentam igualmente um valor elevado de camas atribuídas, onde podemos encontrar habitualmente indivíduos com idades mais avançadas, múltiplos fatores de risco associados, assim como graus de dependência mais elevados; será de esperar igualmente um valor representativo de úlceras de pressão e outras feridas crónicas.

A existência de 4 unidades de cuidados intensivos prevê-se que favorecerá igualmente valores importantes na prevalência de úlceras de pressão, pelas características particulares que os indivíduos internados (instabilidade clínica, fatores de risco) apresentam.

## PARTE II – CONTRIBUTO PESSOAL

### 1. Objetivos

A investigação que se pretende realizar consiste num estudo epidemiológico de prevalência de feridas no Hospital de Braga.

Os objetivos gerais do estudo são:

- Estimar a prevalência de feridas no Hospital de Braga;
- Identificar e caracterizar as feridas dos indivíduos internados no Hospital de Braga.

Como objetivos específicos foram definidos:

- Conhecer antecedentes/fatores de risco dos indivíduos internados com feridas;
- Caracterizar as feridas do Hospital de Braga relativamente a:
  - Número de feridas
  - Classificação
  - Localização anatómica
  - Origem
  - Lateralização
  - Tempo de desenvolvimento das feridas
  - Área
  - Tipo de tecido
  - Nível de exsudado
  - PUSH score
  - Pele circundante
  - Sinais de infeção
- Determinar o tempo despendido 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 os materiais de penso utilizados no tratamento.



## 2. Metodologia

### 2.1 Tipo de estudo

O presente trabalho integra-se no paradigma quantitativo e define-se como um estudo de carácter epidemiológico, do tipo *cross-sectional*, transversal ou de prevalência. Este modelo de estudo pretende medir a ocorrência ou frequência de determinada situação de saúde/doença (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2006). Segundo Porta (2014) a prevalência trata-se de uma proporção, sendo calculada através da divisão do número de indivíduos portadores de uma condição em determinado momento (ou período de tempo) pela população em risco de desenvolver a mesma condição.

### 2.2 População e Amostra

Segundo Fortin (1999), população define-se como o conjunto de todos os sujeitos de um grupo bem definido que partilham semelhanças e sobre o qual assenta a investigação. Surge associado a este conceito o de população-alvo, que retrata a população para a qual se visa a generalização dos resultados obtidos a partir de uma investigação efetuada a partir de determinada amostra. Este conceito difere do conceito de população acessível que nos indica a parcela representativa da população-alvo que se encontra acessível ao investigador (Fortin, 1999).

O presente estudo foi efetuado no Hospital de Braga (HB) que serve uma população base de 275.000 indivíduos e, sendo um hospital central, abrange uma área de cerca de 1.200.000 habitantes dos distritos de Braga e Viana do Castelo.

Neste estudo a população acessível é representada por todos os indivíduos internados no Hospital de Braga (HB) nos dias 10 e 11 de Dezembro de 2013, nas 642 camas de internamento disponíveis, distribuídas por 26 serviços. Das camas disponíveis, 587 estavam ocupadas representando uma taxa de ocupação de 91,4%.

A amostra foi obtida por amostragem do tipo não probabilística acidental, e os critérios de inclusão estabelecidos para a sua constituição foram:

- Ser portador de ferida;
- Estar em regime de internamento no HB há mais de 24h;
- Aceitar participar no estudo.

Foram excluídos os indivíduos em seguimento nos serviços de Consulta Externa e Serviço de Urgência.

Tendo em conta os critérios de inclusão/exclusão a amostra admitida foi de 187 indivíduos com uma taxa de resposta de 100%, sendo que todos os indivíduos aceitaram participar no estudo.

### 2.3 Instrumento de Recolha de dados

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

Toda a colheita de dados foi partilhada em simultâneo com o estudo de Paulo Alves no âmbito do seu trabalho de Doutoramento em Enfermagem promovido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa com o tema “*Feridas: Prevalência e Custos*” e com o conhecimento de todas as entidades envolvidas.

O instrumento de recolha de dados (questionário de hetero-preenchimento) foi aplicado a todos os indivíduos nas condições acima descritas.

O instrumento apresenta variáveis independentes que aferem: (i) Informações demográficas; (ii) Fatores de risco associados às feridas; (iii) Classificação; duração e localização das feridas; (iv) Material de prevenção e valoração do risco das UP (escala Braden); (v) Utilização de exames complementares de diagnóstico; (vi) Avaliação e caracterização da ferida; (vii) Tratamento da ferida (Infecção, dor, duração do tratamento, frequência do tratamento, materiais utilizados).

Quanto aos fatores de risco/antecedentes relevantes do utente, o instrumento de colheita de dados enumera os que estão descritos pela literatura como sendo os mais frequentes. Abre ainda possibilidade ao preenchimento aberto e colocação de outros fatores que não estejam listados e possam influenciar o processo de cicatrização.

Neste estudo a variável dependente é o indivíduo com ferida.

O instrumento foi desenvolvido face às mais recentes evidências na área da prevenção e tratamento de feridas. O anonimato foi garantido. Não foi colhido nenhum tipo de dados que possibilite a identificação pessoal dos indivíduos. O guião de preenchimento do instrumento (Anexo II) foi disponibilizado a todos os investigadores a fim de garantir a uniformização e rigor na colheita de dados.

## 2.4 Procedimento para a colheita de dados

A complexidade e dimensão do HB inviabilizam a colheita de dados num único dia. Os questionários foram entregues no dia 9 de Dezembro de 2013 às equipas de enfermagem dos diversos serviços, explanado o procedimento de colheita de dados e obtido o consentimento dos responsáveis por cada serviço para a execução do estudo (Anexo III – Carta de Esclarecimento do Estudo). O investigador esteve presente durante os dois dias da colheita de dados (10 e 11 de Dezembro de 2013) não só para permitir o esclarecimento de dúvidas ou questões que surgissem durante a colheita, assim como para recolher os questionários após preenchimento. Foram igualmente disponibilizados o contacto móvel e de correio eletrónico do investigador principal para o mesmo efeito.

Devido ao facto da colheita ser efetuada em dois dias, poderia existir o risco de haver transferência dos indivíduos entre as unidades, podendo verificar-se duplicação dos dados. Para precaver esta situação foi certificado que o indivíduo estava internado no respetivo serviço há pelo menos 24 horas. Se não estava, verificou-se o local de proveniência, se este foi um outro serviço do hospital o enfermeiro que colheu os dados certificou-se se foram ou não colhidos os dados no serviço de origem do utente, se foram este não repete a colheita, se não foram, são colhidos os dados. Desta forma evita-se a repetição de sujeitos da amostra.

## 2.5 Tratamento de dados

Os dados recolhidos através do instrumento de colheita de dados em suporte de papel foram inseridos na plataforma informática e posteriormente tratados através da ferramenta Microsoft Office Excel 2010 e Statistical Package for Social Sciences (SPSS) – versão 19.0 para ambiente Windows.

No processo da análise de dados foram utilizadas várias funções para a obtenção dos resultados tais como medidas de estatística descritiva, nomeadamente frequências absolutas e relativas, médias, medianas, moda e desvio-padrão.

## 2.6 Implicações éticas

“Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas” (Fortin, 1999, p.113).

Durante todas as etapas deste estudo foram assegurados os princípios éticos relevantes à realização de qualquer investigação.

Para a colheita de dados foi requerida autorização ao Conselho de Administração do HB, sendo esta facultada após consulta à Comissão de Ética da mesma instituição (Anexo IV).

Todo processo de colheita de dados tem em conta o respeito pela privacidade, anonimato e confidencialidade, quer dos sujeitos, quer dos dados recolhidos.

Sendo um estudo de carácter observacional, o investigador não intervém na realidade, estando o seu papel reservado à observação e recolha dos dados pretendidos.

O esclarecimento dos participantes, através do consentimento informado, foi realizado pelo investigador, assim como pelos enfermeiros que participem na colheita de dados (Anexos V e VI).

Objetivando o respeito pelos princípios éticos associados ao estudo foi pedido aos enfermeiros que colaboraram na recolha dos dados o consentimento formal.

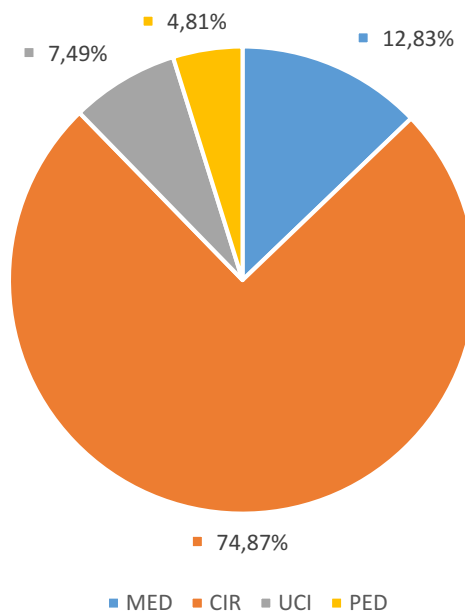
Aos indivíduos internados no HB que aceitaram integrar o estudo foi garantido o direito da autonomia e direito de recusa na participação no estudo, e pedido o seu consentimento verbal para a recolha dos dados.

### 3. Resultados

#### 3.1 Caracterização da Amostra e Prevalência no HB

No período de colheita de dados o HB tinha 642 camas de internamento disponíveis, das quais 587 estavam ocupadas, totalizando uma taxa de ocupação de 91,4%. Entre os 587 indivíduos internados, 187 apresentavam ferida, apontando uma prevalência pontual de 31,86%.

A maior parte dos indivíduos que apresentava ferida encontrava-se internada em serviços da área cirúrgica (74,87%), sendo seguida pelos da área médica (12,83%), serviços de cuidados intensivos (7,49%) e por último, pelos serviços pediátricos (4,81%) (Gráfico 1).



**Gráfico 1 – Distribuição dos indivíduos com ferida(s) por área hospitalar**

Nos 187 indivíduos com ferida o género feminino é predominante, representando 53,4% da amostra (n=100) relativamente ao género masculino com 46,6% (n=87).

Relativamente à idade a média situa-se nos 61,76 anos, com uma mediana de 64 anos e um desvio padrão (DP) de  $\pm 21,05$ . A dispersão dos resultados resulta da inclusão dos indivíduos em internamentos pediátricos, o que faz com que os resultados se distribuam entre um valor mínimo de idade inferior a um ano, e um valor máximo de 94 anos. Cerca de 57,2% (n=107) dos indivíduos encontra-se acima dos 61 anos.

Para melhor compreensão da disposição demográfica, os indivíduos encontram-se distribuídos sobretudo nos grupos etários de 1-60 e 61-<80 tanto homens como mulheres (Tabela 2).

Género	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
0-20	5	2,7	4	2,1	9	4,8
21-40	6	3,2	13	7,0	19	10,2
41-60	23	12,3	29	15,5	52	27,8
61-80	35	18,7	35	18,7	70	37,4
>80	18	9,6	19	10,2	37	19,8
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>46,6</b>	<b>100</b>	<b>53,4</b>	<b>187</b>	<b>100</b>

**Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos da amostra por género e idade em classes**

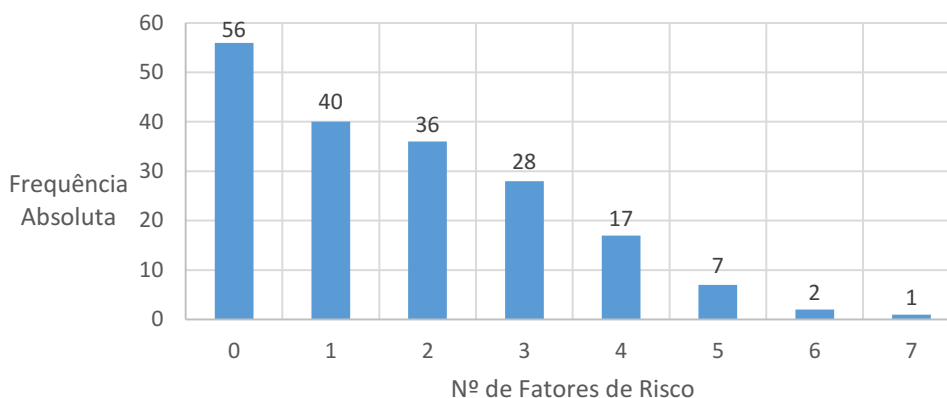
Relativamente à profissão (Tabela 3), constata-se que mais de metade da amostra (52,8%) são pessoas reformadas, um dado previsível já que cerca de metade da amostra tem idade igual ou superior a 60 anos.

Profissão	N	%
Forças Armadas	1	0,8%
Representantes do poder legislativo e executivos	3	2,4%
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	4	3,2%
Técnicos e profissões de nível intermedio	1	0,8%
Pessoal administrativo	2	1,6%
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	11	8,8%
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	4	3,2%
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	8	6,4%
Trabalhadores não qualificados	16	12,8%
Reformados	<b>66</b>	<b>52,8%</b>
Desempregados	8	6,4%
Estudantes	1	0,8%
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0%</b>

**Tabela 3 – Distribuição da amostra pelos grupos profissionais**

Na amostra estudada, os fatores de risco mais prevalentes foram a Hipertensão Arterial presente em 29,9% dos indivíduos com ferida, seguido da Dislipidemia e da Diabetes Mellitus (tipo I e II), ambos com uma prevalência de 16,6%. De referir ainda a Neoplasia, que afeta 10,7% dos indivíduos com ferida (ver Anexo VII).

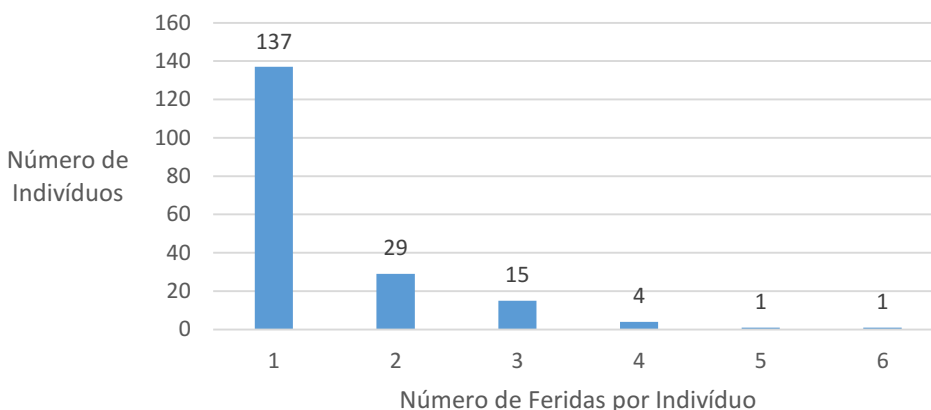
De destacar que dos 187 indivíduos com ferida cerca de 70 % (n=131) possuem um ou mais fatores de risco associados (Gráfico 2).



**Gráfico 2 – Distribuição da amostra pelo número de Fatores de Risco**

### 3.2 Caracterização das Feridas

Nos 187 indivíduos com ferida foi identificado um total de 267 feridas, revelando um rácio de 1,43 feridas por indivíduo, com uma mediana de 1. Cerca de um quarto dos indivíduos (26,7%; n=50) apresentava mais do que uma ferida, com uma amplitude de até 6 feridas no mesmo indivíduo (Gráfico 3).



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

De salientar que foram excluídas feridas resultantes de punções venosas e/ou arteriais, centrais ou periféricas. As ostomias foram igualmente excluídas, salvo se tivessem sido realizadas há menos de uma semana e ainda apresentassem material de sutura. Nos indivíduos com mais do que uma ferida foi estudada em maior pormenor a ferida considerada como principal (F1).

Seguindo a classificação de Fletcher (2008) apuramos que nas 267 feridas que totalizam a amostra, desde feridas principais (F1) a secundárias (F2-F6), as feridas agudas predominam representando 79,8% (n=213) face às feridas crónicas com 20,2% (n=54).

Na categoria das feridas agudas, as feridas cirúrgicas representam 65,2% (n=174) de todas as feridas (n=267), seguidas das feridas traumáticas (9,7%; n=26), e das fístulas (1,9%; n=5).

De notar que um total de 6 feridas (2,2%) foram classificadas como de etiologia desconhecida. Nenhuma delas tem duração superior a 5 dias pelo que foram categorizadas como feridas agudas.

Relativamente às feridas crónicas, as mais relevantes são as úlceras de pressão (categorias I-IV) com 18% (n=48) do número total de feridas (n=267), as úlceras de perna (etiologia venosa, arterial e mista) com 1,1% (n=3), e as úlceras malignas com 0,7% (n=2). Uma análise mais detalhada destes dados encontra-se na tabela 4.

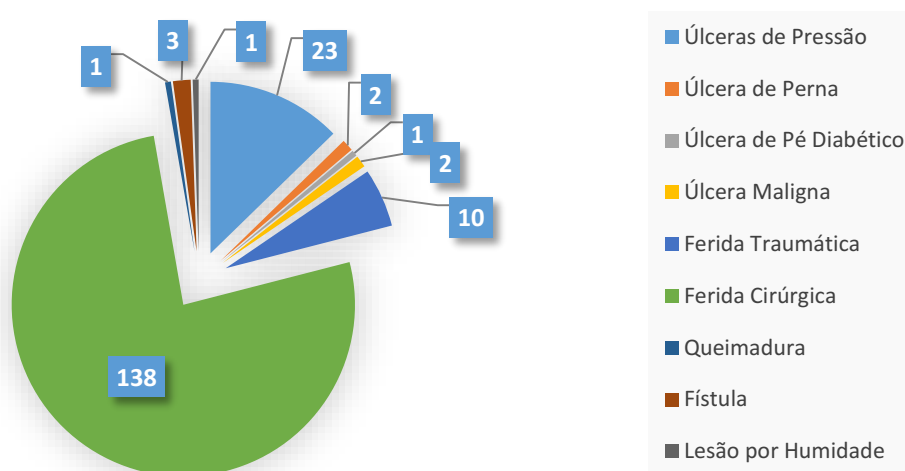
<b>Classificação</b>	<b>F1 (n=187)</b>	<b>F2-F6 (n=80)</b>	<b>Total (%) (n=267)</b>
Úlcera de Pressão	23	25	48 (18)
Úlcera de Perna	3	1	3 (1,1)
Úlcera de Pé Diabético	1	-	1 (0,4)
Úlcera Maligna	2	-	2 (0,7)
Ferida Cirúrgica	138	36	174 (65,2)
Ferida Traumática	10	16	26 (9,7)
Queimadura	1	-	1 (0,4)
Fístula	3	2	5 (1,9)
Lesão por Humidade	1	-	1 (0,4)
Desconhecida	6	-	6 (2,2)

**Tabela 4 – Distribuição das feridas consoante classificação**

### 3.3 Caraterização da Ferida Principal (F1)

Analisando apenas a ferida principal (F1), as feridas mais prevalentes são as feridas cirúrgicas representando 73,8% (n=138) da totalidade da amostra (n=187), seguidas

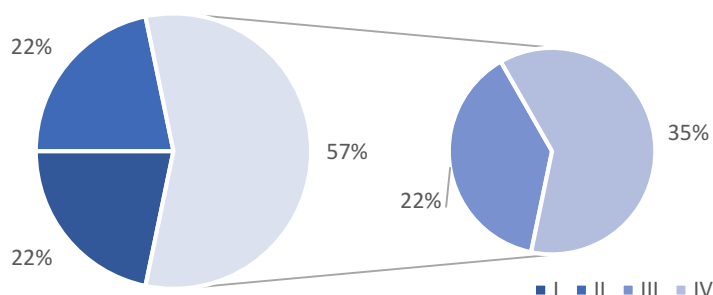
das UP (12,3%; n=23) e das feridas traumáticas (5,3%; n=10). As restantes feridas representam 8,6% (n=16). A frequência absoluta de cada tipo de ferida encontra-se detalhada no gráfico 4.



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

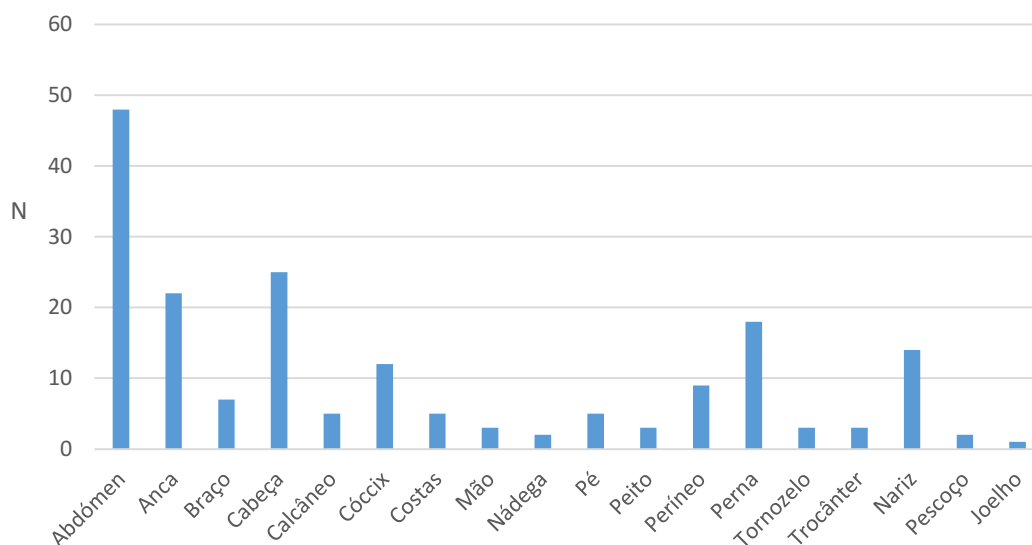
O destaque nos valores relativos às feridas cirúrgicas justifica-se pela elevada produção cirúrgica do hospital em questão, e pelo elevado número de camas atribuídas aos serviços da área cirúrgica (n=308), representando os mesmos quase metade (48%) de todas as camas disponíveis na instituição.

Na categoria das feridas crónicas importa detalhar o tipo de ferida mais prevalente, as úlceras de pressão, que representam 82,1% (n=23) de todas as feridas crónicas. De todas as UP caracterizadas como ferida principal (n=23) registaram-se 5 (21,7%) de categoria I, 5 (21,7%) de categoria II, 5 de categoria III (21,7%) e 8 (34,8%) de categoria IV, a categoria mais grave. Como podemos observar no gráfico 5, as UP de categoria III e IV combinadas representam mais de metade (57%) das UP identificadas.



**Gráfico 5 – Úlceras de pressão por categorias**

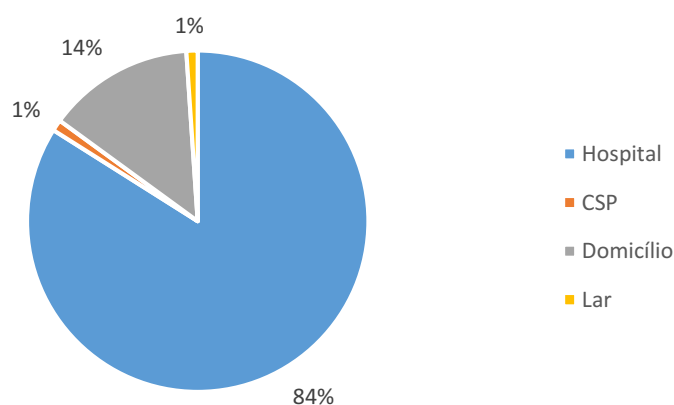
Quanto às principais localizações da ferida principal (F1), cerca de 25,7% (n=48) situa-se no abdómen, 13,4% (n=25) na cabeça e 11,8% (n=22) nas ancas (Gráfico 6).



**Gráfico 6 – Localização da ferida principal (F1)**

Quanto à lateralização apurou-se que 37,4% (n=70) das feridas se encontravam no plano central, 28,3% (n=53) à esquerda e 34,2% à direita (n=64).

No que refere à origem das feridas, a maior parte (84%; n=157) surge em contexto hospitalar. Das restantes, 13,9% (n=26) surgem em domicílio, e 1,1% (n=2) tanto nos Cuidados Saúde Primários (CSP) como em lares (Gráfico 7)



**Gráfico 7 – Origem da ferida principal (F1)**

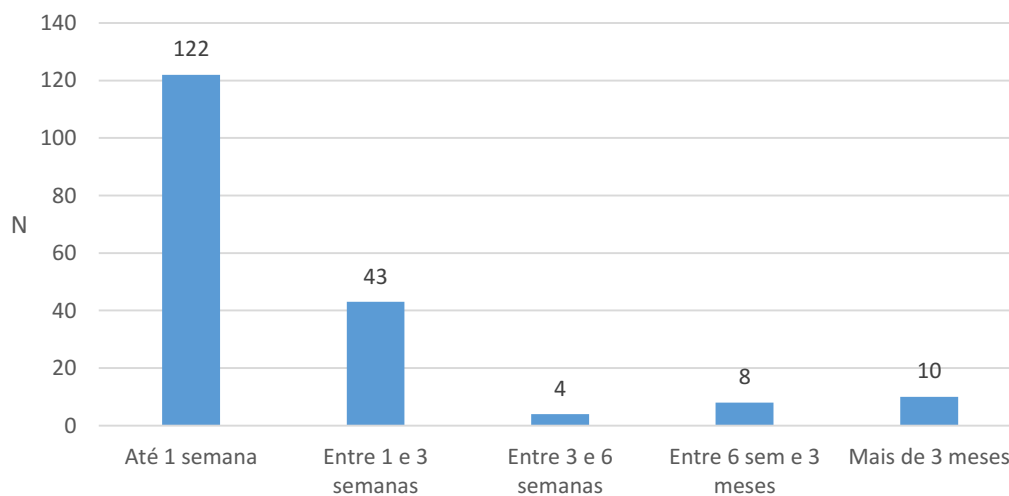
Como se esperava, pelo carácter e tipologia dos cuidados prestados na instituição, a maior parte das feridas que surgem em contexto hospitalar são as feridas cirúrgicas perfazendo 84,7% (n=133) de todas as feridas que surgem no hospital. De destacar que

6,4% (n=10) das feridas que surgem em contexto hospitalar são UP (categorias I a IV), o que representa 43,5% de todas as UP identificadas como ferida principal (Tabela 5).

Classificação	Origem				Total
	Hospital	CSP	Domicílio	Lar	
UP cat. I	4	-	1	-	5
UP cat. II	2	-	3	-	5
UP cat. III	2	1	2	-	5
UP cat. IV	2	1	5	-	8
Úlcera de Perna	-	-	2	-	2
Úlcera de Pé diabético	-	-	1	-	1
Úlcera Maligna	-	-	2	-	2
Ferida Traumática	4	-	5	1	10
Ferida Cirúrgica	133	-	4	1	138
Queimadura	1	-	-	-	1
Fístula	2	-	1	-	3
Lesão por Humidade	1	-	-	-	1
Etiologia Desconhecida	6	-	-	-	6
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>2</b>	<b>26</b>	<b>2</b>	<b>187</b>

**Tabela 5 – Classificação da ferida principal (F1) e origem**

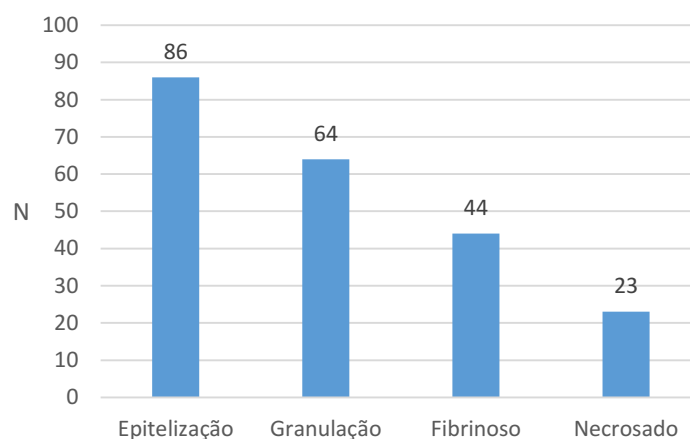
Tendo em conta a duração das feridas principais (F1) verifica-se que a duração média das mesmas é de 17,6 dias, com o valor mínimo de 1 dia e o máximo de 365 dias (1 ano). A mediana é de 5 dias, e o DP  $\pm 44,3$  dias. Cerca de 65,2% (n=122) das feridas tem uma duração inferior a uma semana e apenas 10 feridas (5,3%) têm uma duração superior a 3 meses (Gráfico 8).



**Gráfico 8 – Duração da ferida principal (F1)**

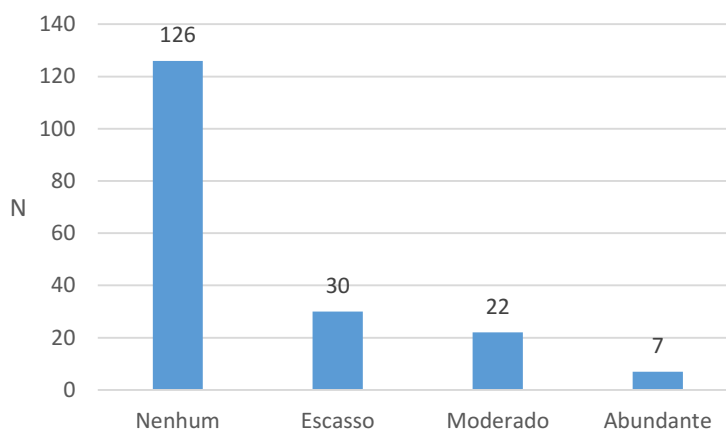
Quanto à dimensão (área em cm<sup>2</sup>), as feridas principais (F1) variam entre 0,02 cm<sup>2</sup> e 150 cm<sup>2</sup>, tendo um valor médio de 14,6 cm<sup>2</sup>, uma mediana de 7,5 cm<sup>2</sup> e um DP de ± 23 cm<sup>2</sup>. A maior parte das feridas (70,1%; n=131) apresentava dimensões inferiores a 10 cm<sup>2</sup>, 23% (n=43) entre 10 cm<sup>2</sup> e 50 cm<sup>2</sup>, e apenas 7,0% (n=13) apresentavam dimensões superiores a 50 cm<sup>2</sup>.

Relativamente ao tipo de tecidos presentes nas feridas principais (F1), o tecido mais registado foi o de epitelização, em 86 das feridas, seguido pelo tecido de granulação em 64, fibrinoso em 44 e o necrosado em 23 feridas (Gráfico 9).



**Gráfico 9 – Tipo de tecido presente na ferida principal (F1)**

Quanto à presença de exsudado na ferida principal (F1) apurou-se que a maior parte das feridas (n=126) foi descrita como possuindo nenhum exsudado, seguidas das feridas com escasso exsudado (n=30), moderado (n=22), apenas 7 feridas foram descritas com exsudado abundante (Gráfico 10).



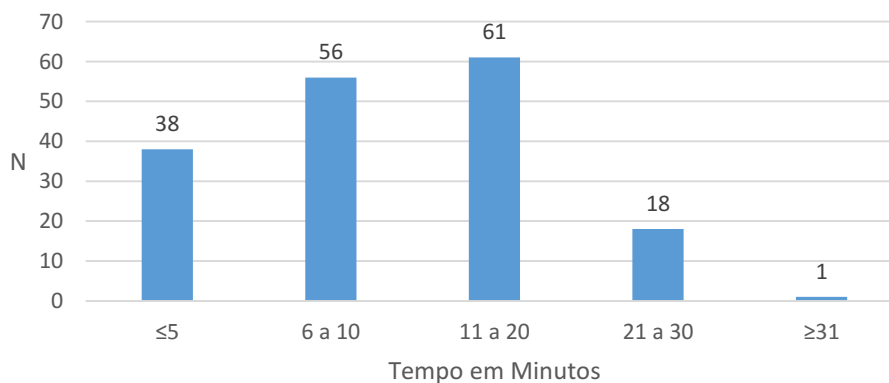
**Gráfico 10 – Quantidade de exsudado na ferida principal (F1)**

Em relação à avaliação da escala PUSH nas feridas principais (F1) concluiu-se por um score médio de 9,6, com uma mediana e moda de 9. O valor mínimo foi de 2 e o máximo de 17, com um DP  $\pm 3,13$ . Cerca de 34,2% (n=64) das feridas apresentava um score inferior a 8, e 65,8% (n=123) igual ou superior a 8, o que representa um estado de degradação da ferida (Tabela 6).

Classificação	PUSH Score F1		Total
	$\leq 8$	$> 8$	
Úlcera de Pressão	8	15	23
Úlcera de Perna	-	2	2
Úlcera de Pé Diabético	-	1	1
Úlcera Maligna	-	2	2
Ferida Traumática	3	7	10
Ferida Cirúrgica	48	90	138
Queimadura	1	-	1
Fístula	2	1	3
Lesão por Humidade	1	-	1
Etiologia desconhecida	1	5	6
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>123</b>	<b>187</b>

**Tabela 6 – PUSH score e classificação da ferida principal (F1)**

No que refere à duração dos tratamentos realizados à ferida principal (F1), foram obtidos 174 registos, em que a média foi de 13,3 minutos, mediana e moda de 10 minutos, com um valor mínimo de 2 minutos, um valor máximo de 35 minutos e um DP de  $\pm 7,5$  minutos. Através da análise do gráfico 11 constatamos em 45,9% (n=80) dos casos que o tempo despendido é superior a 10 minutos. Em cerca de um quinto (21,8%; n= 38) dos casos o tratamento é realizado num tempo igual ou inferior a 5 minutos.



**Gráfico 11 – Duração do tratamento à ferida principal (F1)**

Quanto ao nível de dor referente à ferida principal (F1) foram avaliados dois períodos, durante o dia e durante o tratamento utilizando a escala da dor, com valores compreendidos entre 0-10. Para melhor exposição dos resultados, os valores foram agrupados em classes para corresponder à escala qualitativa: 0 – sem dor; 1-3 – dor ligeira; 4-6 – dor moderada; 7-9 – dor intensa; 10 – dor máxima.

Durante o dia, em 170 registos, apurou-se que a média do valor de dor é de 1 com uma mediana de 1 e moda 0. O valor mínimo é de 0 e o máximo de 10 com um DP de  $\pm 1,34$ . Quase a totalidade (97%; n=165) da amostra refere não sentir dor ou sentir apenas uma dor ligeira durante o dia. Apenas 3% (n=5) referem sentir uma dor moderada ou intensa, sendo estes dados referentes a indivíduos com uma úlcera de pressão, úlcera de pé diabético, ferida traumática ou cirúrgica (Tabela 7).

Classificação	Nível de Dor durante o dia					Total N (%)
	Sem dor	Ligeira	Moderada	Intensa	Máxima	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Úlcera de Pressão	11 (6,5)	6 (3,5)	-	1 (0,6)	-	18 (10,6)
Úlcera de Perna	2 (1,2)	-	-	-	-	2 (1,2)
Úlcera de Pé Diabético	-	-	1 (0,6)	-	-	1 (0,6)
Úlcera Maligna	1 (0,6)	1 (0,6)	-	-	-	2 (1,2)
Ferida Traumática	4 (2,4)	1 (0,6)	1 (0,6)	-	-	6 (3,6)
Ferida Cirúrgica	60 (35,3)	68 (40)	1 (0,6)	1 (0,6)	-	130 (76,5)
Queimadura	-	1 (0,6)	-	-	-	1 (0,6)
Fístula	1 (0,6)	2 (1,2)	-	-	-	3 (1,8)
Lesão por Humidade	1 (0,6)	-	-	-	-	1 (0,6)
Etiologia Desconhecida	4 (2,4)	2 (1,2)	-	-	-	6 (3,6)
<b>Total</b>	<b>84 (49,4)</b>	<b>81 (47,6)</b>	<b>3 (1,8)</b>	<b>2 (1,2)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>170 (100)</b>

**Tabela 7 – Nível de dor durante o dia e classificação da ferida principal (F1)**

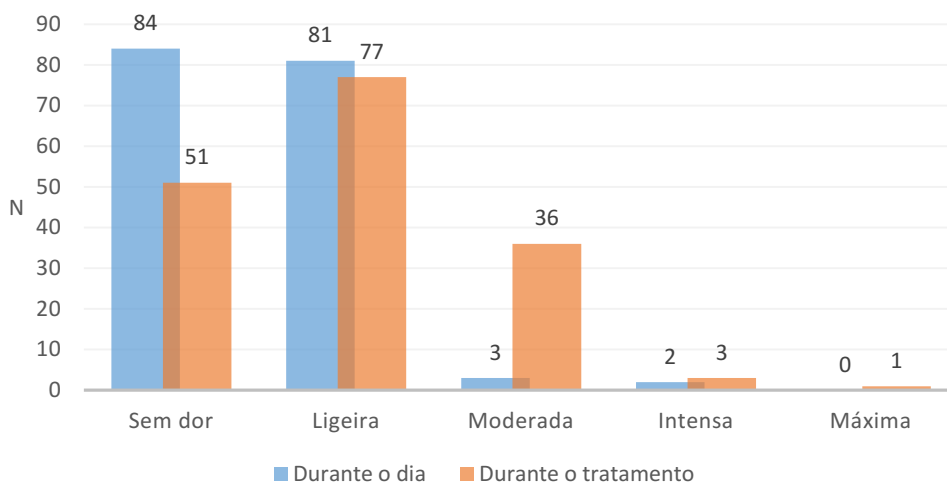
No que diz respeito ao nível de dor durante o tratamento, em 168 registos, conclui-se que a média é de 2,1, mediana de 2, moda de 0. O valor mínimo é de 0 e o valor máximo de 10, com um DP de  $\pm 2,08$ . A maior parte da amostra (76,2%; n=128) refere não sentir dor, ou apenas uma dor ligeira mesmo durante o tratamento. No entanto denotamos que, durante o tratamento a quantidade de indivíduos que referem sentir dor moderada é de 21,4% (n=36) e a dor intensa atinge 1,8% (n=3) e dor máxima 0,6% (n=1). Os

indivíduos que referem dor moderada distribuem-se, quanto à classificação da ferida, por úlcera de pressão, úlcera de pé diabético, ferida traumática, ferida cirúrgica, fístula e lesão de etiologia desconhecida. Os que referem dor intensa ou máxima durante o tratamento são indivíduos apenas com ferida cirúrgica. Na tabela 8, encontram-se distribuídos em maior pormenor os indivíduos consoante o nível de dor durante o tratamento e a classificação da ferida principal.

Classificação	Nível de Dor durante o tratamento					Total N (%)
	Sem dor	Ligeira	Moderada	Intensa	Máxima	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Úlcera de Pressão	7 (4,2)	7 (4,2)	4 (2,4)	-	-	18 (10,7)
Úlcera de Perna	1 (0,6)	1 (0,6)	-	-	-	2 (1,2)
Úlcera de Pé Diabético	-	-	1 (0,6)	-	-	1 (0,6)
Úlcera Maligna	1 (0,6)	1 (0,6)	-	-	-	2 (1,2)
Ferida Traumática	2 (1,2)	2 (1,2)	2 (1,2)	-	-	6 (3,6)
Ferida Cirúrgica	36 (21,4)	62 (36,9)	26 (15,5)	3 (1,8)	1 (0,6)	128 (76,2)
Queimadura	-	1 (0,6)	-	-	-	1 (0,6)
Fístula	1 (0,6)	1 (0,6)	1 (0,6)	-	-	3 (1,8)
Lesão por Humidade	1 (0,6)	-	-	-	-	1 (0,6)
Etiologia Desconhecida	2 (1,2)	2 (1,2)	2 (1,2)	-	-	6 (3,6)
<b>Total</b>	<b>51 (30,4)</b>	<b>77 (45,8)</b>	<b>36 (21,4)</b>	<b>3 (1,8)</b>	<b>1 (0,6)</b>	<b>168 (100)</b>

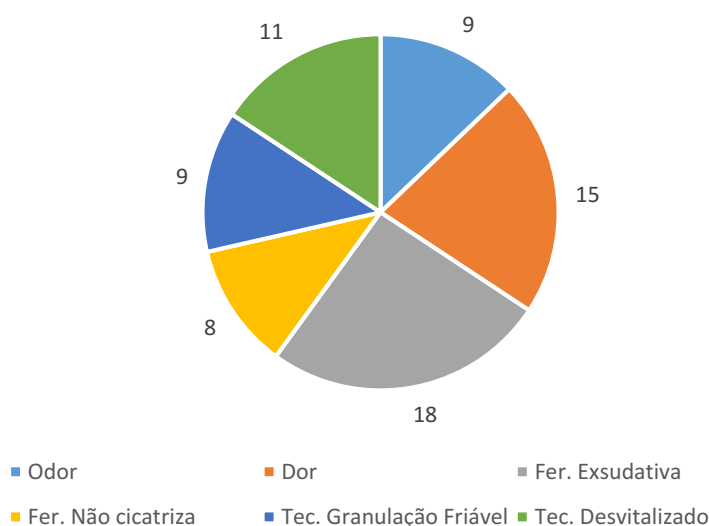
**Tabela 8 - Nível de dor durante o tratamento e classificação da ferida principal (F1)**

Comparando os dados obtidos quanto ao nível de dor durante o dia e durante o tratamento, conseguimos apurar que se verifica um aumento da dor média de 1 para 2,1. Verifica-se ainda que, durante o tratamento, diminui o número de indivíduos que refere não sentir dor, e aumenta o número de indivíduos que refere dor moderada, intensa ou máxima (Gráfico 12). Este facto indica-nos que existe um aumento do nível de dor global quando se verifica manipulação da ferida.



**Gráfico 12 – Dor na ferida principal (F1) durante o dia e durante o tratamento**

Relativamente aos sinais de infeção presentes nas feridas principais (F1), verifica-se que o sinal de infeção mais registado foi o aumento do exsudado totalizando 18 registos. Seguem-se a presença de dor não justificada (n=15) e a presença de tecido desvitalizado em 11 feridas. Os sinais menos frequentes são o aumento do odor (n=9), a presença de tecido de granulação friável (n=9) e um atraso ou interrupção do processo cicatricial (n=8) (Gráfico 13).

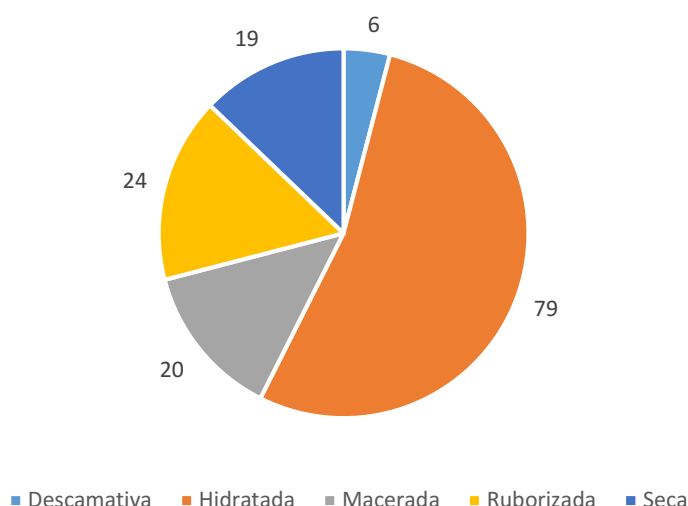


**Gráfico 13 – Sinais de infeção na ferida principal (F1)**

O uso de antibióticos verificou-se em apenas 16 casos, e apenas em 18 feridas foram realizados testes de diagnóstico para averiguação de infeção dos tecidos profundos.

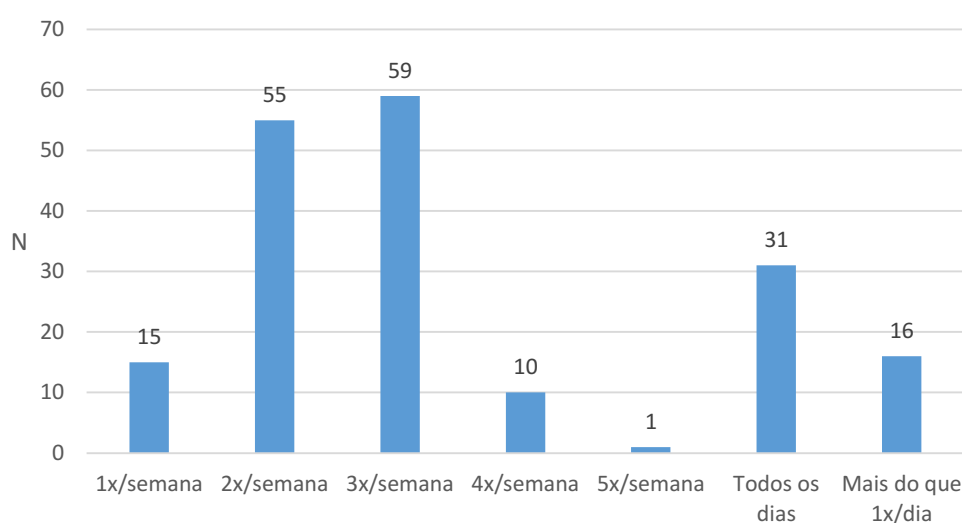
Quanto às características da pele envolvente à ferida principal (F1) (em análise no gráfico 14) apurou-se através de 148 registos que cerca de metade das feridas (53,4%; n=79)

apresentava pele hidratada na sua envoltória. Conclui-se ainda que 46,6% (n=69) das feridas identificadas apresentam alguma alteração na pele circundante sendo as mais comuns a pele ruborizada (16,2%; n=24), seca (13,5%; n=20), macerada (12,8%; n=19) e, menos frequentemente, pele descamativa (4%; n=6).



**Gráfico 14 – Estado da pele circundante à ferida principal (F1)**

Em relação à frequência de mudança de penso apurou-se que a maior parte dos tratamentos (61%; n=114) eram realizados entre 2 e 3 vezes por semana. Cerca de um quarto das feridas (25,1%; n=47) viam o seu penso renovado todos os dias, ou mais do que uma vez por dia. Menos comuns foram as feridas que recebiam tratamento uma vez por semana (8%; n=15) ou entre 4 a 5 vezes por semana (5,8%; n=11) (Gráfico 15).



**Gráfico 15 – Frequência da mudança de penso da ferida principal (F1)**

Na tabela 9 encontram-se em pormenor os materiais utilizados no tratamento à ferida principal (F1). Existem 209 registos, o que indica que em algumas feridas estava em aplicação mais de 1 material de penso. O valor percentual que se encontra na tabela é relativo ao total das feridas principais (n=187).

<b>Material de Penso</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ácido Hialurónico	-	-
Ácidos Gordos	1	0,5
Alginato	3	1,6
Biocerâmica	-	-
Hidrofibra	9	4,8
Carvão ativado	-	-
Colagénio	-	-
Colagenase	4	2,1
Espuma	4	2,1
Hidrocolóide	7	3,7
Hidrogel	9	4,8
Iodo	58	31
Maltodextrina	-	-
Mel	1	0,5
Película Polimérica	3	1,6
Película Transparente	5	2,7
Poliacrilato	1	0,5
Polihexanida	1	0,5
Prata	4	2,1
Sucralfato	2	1,1
Outra Opção Terapêutica	97	51,9
<b>Total</b>	<b>209</b>	

**Tabela 9 – Material de penso utilizado no tratamento da ferida principal (F1)**

Através de uma análise cuidada da tabela podemos verificar que o material de proteção cutânea como a película polimérica (1,6%), os ácidos gordos hiperóxigenados (0,5%) e as películas transparentes (1,6%) se encontram em utilização em apenas 3,7% dos indivíduos. O material para gestão de exsudado como o alginato (1,6%), as hidrofibras (4,8%), as espumas (2,1%) e os hidrocolóides (3,7%) encontra-se em utilização em 12,2% das feridas principais (F1). Podemos encontrar o material com função desbridante como o hidrogel (4,8%), a colagenase (2,1%) e o poliácrlato (0,5%) em cerca de 7,4% das feridas. Quanto ao uso de antissépticos o iodo é o mais utilizado

encontrando-se em 31% das feridas, seguido da prata (2,1%), do mel e da polihexanida, ambos ocupando 0,5% da amostra. Como promotor da cicatrização o Sucralfato foi utilizado em 1,1% das feridas. Em 51,9% das feridas verificou-se o emprego de outras opções terapêuticas. O instrumento de colheita de dados permitia a resposta aberta para especificação das outras opções terapêuticas. Os resultados podem ser consultados na tabela 10. De destacar, a utilização de gaze simples em 32,6% das feridas e o uso de água corrente em 4,3%.

<b>Material de Penso</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Gaze	61	32,6
Terapia Compressiva	2	1
Hipoclorito de Sódio a 0,5%	2	1
Gaze Gorda	6	3,2
Eosina	1	0,5
Inadine	6	3,2
Antibiótico Tópico	2	1
Antisséptico/Iodopovidona	3	1,6
Fármacos/Morfina	1	0,5
Sulfadiazina de Prata	1	0,5
Creme Barreira (Vit. A, Óxido de Zn)	2	1
Película Silicone	1	0,5
Água Corrente	8	4,3
Peróxido de Hidrogénio	1	0,5
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>51,9</b>

**Tabela 10 – Outras opções terapêuticas no tratamento à ferida principal (F1)**

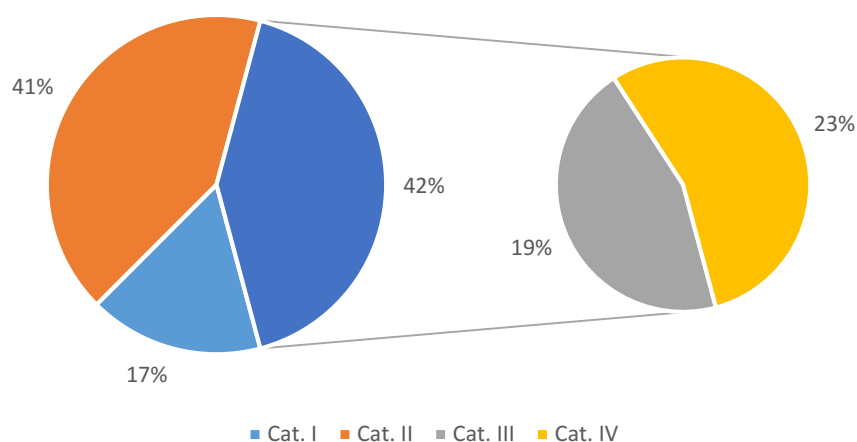
### 3.4 Caracterização das Úlceras de Pressão

Se considerarmos a população acessível a nível hospitalar (n=587) estimou-se uma taxa de prevalência pontual de UP de 4,9% (n=29).

Como já foi referido anteriormente, se analisarmos as feridas identificadas na sua totalidade (n=267) apuramos que 18% (n=48) representavam úlceras de pressão. Determinou-se que é o tipo de ferida crónica mais prevalente a nível hospitalar e é também aquele em que a ação direta dos profissionais pode ter mais impacto. Por estes factos serão abordadas neste subcapítulo em mais pormenor.

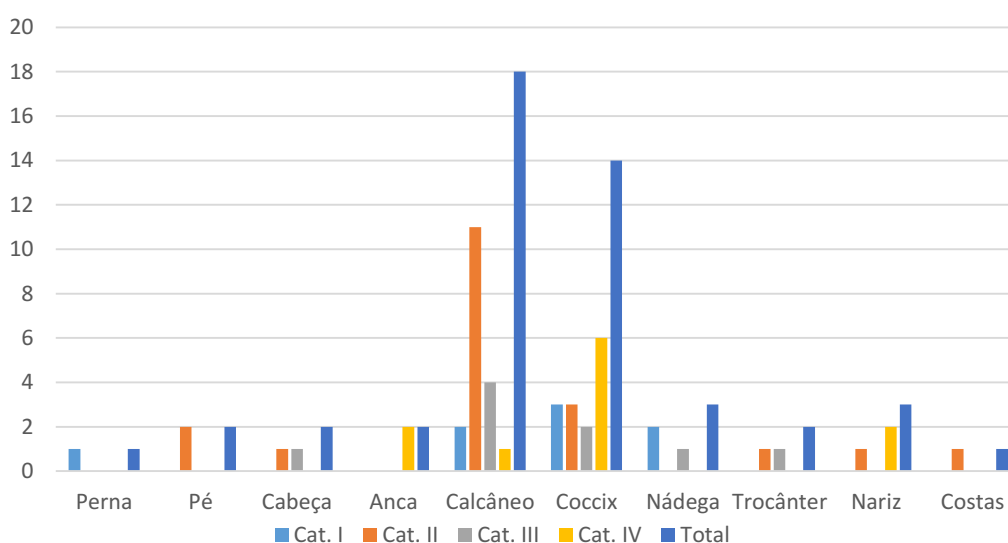
Tendo em conta todas as UP identificadas (n=48), em feridas principais (F1) ou secundárias (F2-F6), cerca de 17% (n=8) representam UP de categoria I, 41% (n=20) são de categoria II, 19% (n=9) de categoria III e 23% (n=11) são de categoria IV.

Se combinarmos as UP de categorias III e IV, denotamos que estas figuram 42% de todas as UP (Gráfico 16).



**Gráfico 16 – Categorias das UP na totalidade das feridas (F1-F6)**

Relativamente à localização (Gráfico 17 e Tabela 11), a maior parte das UP localiza-se no calcâneo (37,5%; n=18) ou na região sacrococcígea (29,2%; n=14). Das restantes localizações, as mais relevantes são o nariz e a nádega, ambos representando 6,25% (n=3) das UP. De todas as UP de categoria IV (n=11), cerca de 54,5% (n=6) localiza-se na região sacrococcígea. É nesta localização que também se concentram mais UP de categorias III e IV combinadas, cerca de 40% de todas as UP de categorias III e IV. Cerca de 55% (n=11) de todas as UP de categoria II encontra-se localizada nos calcâneos.

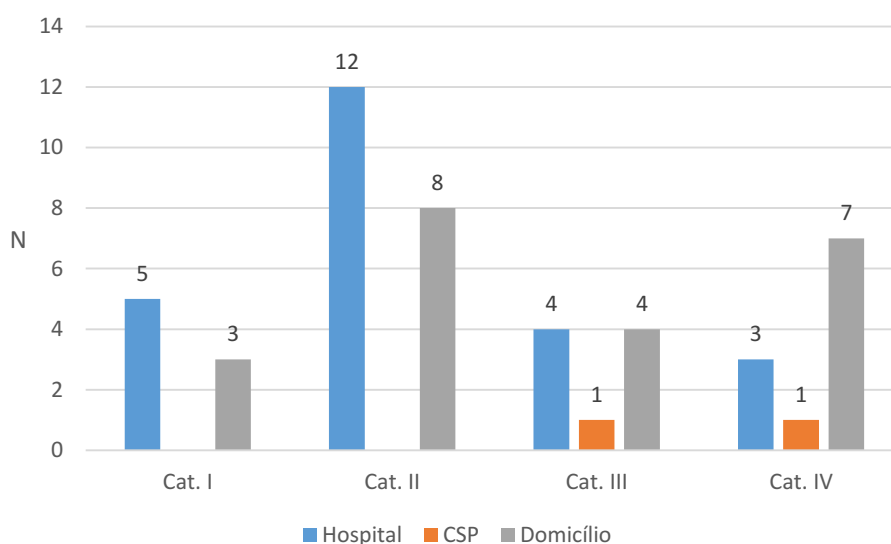


**Gráfico 17 – Localização das UP por categoria**

Localização	Categoria da UP				Total
	I N (%)	II N (%)	III N (%)	IV N (%)	
Anca	-	-	-	2 (4,2)	2 (4,2)
Cabeça	-	1 (2,1)	1 (2,1)	-	2 (4,2)
Calcâneo	2 (4,2)	11 (22,9)	4 (8,3)	1 (2,1)	18 (37,5)
Cóccix	3 (6,3)	3 (6,3)	2 (4,2)	6 (12,5)	14 (29,2)
Costas	-	1 (2,1)	-	-	1 (2,1)
Nádega	2 (4,2)	-	1 (2,1)	-	3 (6,3)
Nariz	-	1 (2,1)	-	2 (4,2)	3 (6,3)
Pé	-	2 (4,2)	-	-	2 (4,2)
Perna	1 (2,1)	-	-	-	1 (2,1)
Trocânter	-	1 (2,1)	1 (2,1)	-	2 (4,2)
<b>Total</b>	<b>8 (16,7)</b>	<b>20 (41,7)</b>	<b>9 (18,8)</b>	<b>11 (22,9)</b>	<b>48 (100)</b>

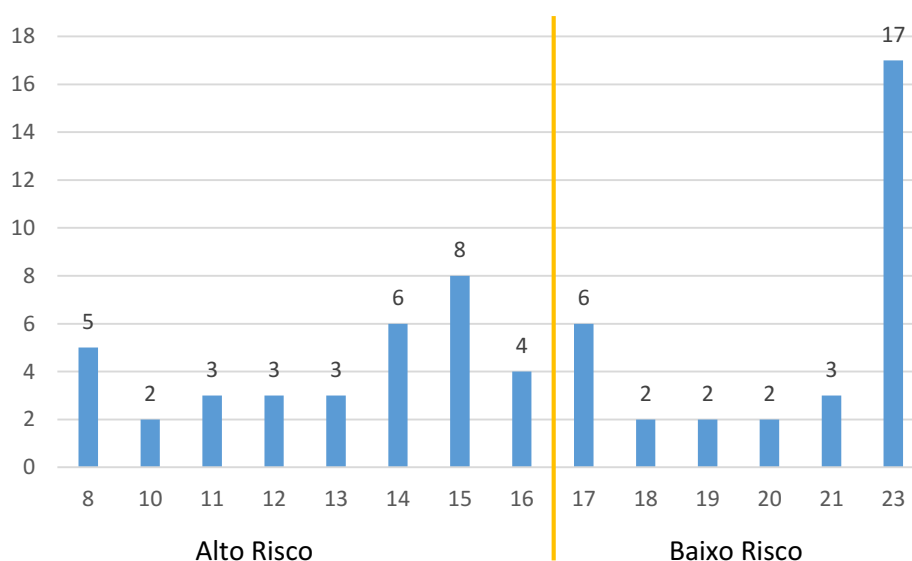
**Tabela 11 – Localização das UP por categoria**

No que toca à origem das UP (Gráfico 18) verificou-se que 50% (n=24) surgem em contexto hospitalar, 45,8% (n=22) em contexto domiciliário e 4,2% (n=2) nos CSP. Cerca de 63,6% (n=7) das UP de categoria IV surgem em contexto domiciliário e 27,3% (n=3) em contexto hospitalar. Se combinarmos as UP de categoria III e IV, apuramos que 55% (n=11) destas surgem em contexto domiciliário e 35% (n=7) surgem em contexto hospitalar.



**Gráfico 18 – Origem das UP por categoria**

Relativamente à avaliação do risco de UP verifica-se que dos 187 indivíduos com ferida cerca de 66 (35,3%) têm um registo do score quanto à Escala de Braden. Os valores variam entre um score mínimo de 8 e um máximo de 23, sendo a média de  $16,76 \pm 4,8$ , mediana de 16 e a moda de 23. A escala de Braden permite-nos identificar os indivíduos com baixo risco de desenvolver uma UP, estando representados por um score acima de 16, e os que apresentam alto risco com um score inferior a 17. Utilizando esta divisão para efetuar a distribuição apuramos que cerca de metade (51,5%; n=34) da amostra (n=66) apresenta elevado risco de desenvolver uma UP (Gráfico 19).



**Gráfico 19 – Risco de desenvolver uma UP através da Escala de Braden**

Através do cruzamento dos valores obtidos através da utilização da escala de Braden com os indivíduos com úlcera de pressão como ferida principal (F1), todos eles apresentam elevado risco de desenvolvimento de úlcera de pressão (score <17) como podemos observar através da análise da tabela 12.

Score Escala de Braden								
Categoria	8	10	11	12	14	15	>16	Total
I	-	-	1	-	-	1	-	2
II	-	1	-	-	2	-	-	3
III	-	1	-	1	-	-	-	2
IV	2	-	1	-	-	-	-	3
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>10</b>

**Tabela 12 – Escala de Braden e UP identificadas como ferida principal (F1)**

De notar ainda que os indivíduos que possuem um score mais baixo (risco mais elevado) apresentam úlceras de pressão de categoria mais grave (categorias III e IV).

Em relação ao material utilizado para alívio de pressão apuramos que o material mais utilizado é a almofada na cama, presente em 30,5% (n=57) dos indivíduos, seguida do colchão estático em 39 (20,9%) indivíduos e a almofada na cadeira em 28 (15%) indivíduos. Existem ainda 4 registos de utilização de outros materiais, sem se especificar quais.

Averiguou-se através da aplicação da escala de Braden que 34 indivíduos necessitavam de medidas preventivas para o desenvolvimento de UP (score <17). Destes indivíduos apurou-se que em cerca de um terço (35,3%; n=12) não era utilizado qualquer material de alívio de pressão. Conclui-se ainda que cerca de 31 indivíduos com baixo risco (score >16) apresentam pelo menos um material de alívio de pressão.



## 4. Discussão

Na atualidade existe abundância de suporte teórico na área do cuidado ao indivíduo com ferida. No entanto, ainda se verifica alguma escassez de estudos a nível epidemiológico que nos permitam compreender o panorama geral e a dimensão deste problema. A nível internacional foram encontrados alguns estudos que objetivam preencher estas lacunas. Porém, já no contexto nacional, ainda se verifica pouca informação publicada. Este estudo visou contribuir para a construção de informação na área epidemiológica das feridas através de uma análise transversal de um hospital central do distrito de Braga. Neste capítulo serão analisados os dados apurados mais relevantes, e discutidos de forma comparativa tendo em conta a literatura disponível.

Um dos principais objetivos deste estudo traduzia-se na estimativa da prevalência de feridas num hospital central, o Hospital de Braga. No período de colheita de dados, entre os 587 indivíduos em regime de internamento, 187 apresentavam feridas estimando-se uma taxa de prevalência pontual de 31,86%.

No estudo de Vowden et al. (2009) foi estudada uma população incluída em lares de idosos, cuidados comunitários e 3 hospitais de agudos. Considerando para comparação apenas os dados obtidos a nível hospitalar apurou-se, neste estudo, uma taxa de prevalência de 30,7%, representando 329 indivíduos em 1072 camas ocupadas. Também no estudo realizado por Gottrup et al. (2013) em dois hospitais de agudos e cuidados comunitários na Dinamarca, a taxa de prevalência de feridas a nível hospitalar foi de 33%. No Reino Unido, na região de Hull e East Yorkshire, em 2005 a prevalência de feridas no hospital estudado foi de 26,8%, representando cerca de 348 dos 1297 indivíduos internados. Nestes estudos foram identificadas taxas de prevalência semelhantes à apurada no Hospital de Braga com valores entre 26,8% e 33% (Drew et al., 2007; F Gottrup et al., 2013; Vowden et al., 2009).

Na literatura foram encontrados porém outros estudos que apontam valores mais baixos, como é o caso do estudo realizado por Tait & Gibson (2007) em que foram avaliados 372 indivíduos, dos quais 56 tinham feridas crónicas, com uma taxa de prevalência de 15%. De reter que neste estudo foram apenas estudadas feridas crónicas, o que pode justificar a diferença entre valores de prevalência, se tivermos em conta que no HB a maior parte das feridas identificadas são feridas agudas.

Existem ainda autores que apontam taxas de prevalência mais elevadas como Hurd & Posnett (2009), no seu estudo realizado em 13 hospitais no Canadá em 2006 e 2007, que identificam uma taxa de prevalência média a nível hospitalar de 41,2%, representando 1204 de 3099 indivíduos. Também Santamaria (2009), em 85 hospitais

da Austrália, identifica uma taxa de prevalência de 49% representando 2819 indivíduos em 5800. Ambos os estudos apresentam taxas de prevalência médias de um número significativo de hospitais, de diferentes características e dimensões, o que pode influenciar os resultados obtidos. Maciel (2007) identifica também num hospital do Brasil uma taxa de prevalência superior, de cerca de 48,9% (n=525). Neste estudo foram incluídos indivíduos que se encontravam no hospital de dia, o que pode justificar a discrepância de resultados.

No total foi registado no HB um total de 267 feridas, apontando um rácio de 1,43 feridas por indivíduo, um dado que se insere nos valores propostos na literatura encontrada entre 1,08 e 1,71 (Drew et al., 2007; F Gottrup et al., 2013; Maciel, 2008; Santamaria, 2009; Tait & Gibson, 2007). Estes valores apresentam uma elevada discrepância tornando difícil uma comparação direta. No HB uma considerável porção, cerca de um quarto dos indivíduos (26,7%; n=50) apresentava mais de uma ferida, até um máximo de 6 feridas no mesmo indivíduo.

As variações entre os estudos relativamente aos valores de prevalência de feridas podem dever-se a diferenças nos hospitais que servem de amostra ou no próprio desenho do estudo. Fatores como a idade dos indivíduos da amostra (indivíduos de idades mais avançadas apresentam mais facilmente determinados tipos de ferida como as UP), o balanço entre especialidades (uma maior percentagem de indivíduos cirúrgicos produz provavelmente uma prevalência de feridas mais elevada), e a amplitude de especialidades abrangidas pelo hospital podem influenciar os resultados obtidos. Existem ainda diferenças metodológicas como o método de colheita de dados, a constituição da amostra (critérios de inclusão/exclusão) ou mesmo a forma de classificação das feridas, que podem também ter um impacto nos valores apurados (Vowden et al., 2009).

Analisando as características sociodemográficas e profissionais da amostra verificámos que o género feminino é predominante ocupando 53,4% (n=100) da amostra. Quanto à idade, a média situa-se nos 61,76 anos sendo que mais de metade da amostra se encontra acima dos 61 anos (57,2%; n=107) e são pessoas reformadas (52,8%).

O fator de risco que predomina na amostra é a hipertensão arterial presente em aproximadamente um terço dos indivíduos com ferida (29,9%), seguida da dislipidemia e DM (tipo I e II), cada um representando 16,6% da amostra.

Se considerarmos todas as feridas identificadas (F1-F6; n=267), as feridas agudas apresentam um papel preponderante representando 79,8% das feridas (sendo as cirúrgicas as predominantes), seguidas das úlceras de pressão que figuram com 18%.

Estes dados encontram consistência noutros estudos que determinam as feridas agudas como sendo as mais comuns em meio hospitalar com percentagens entre os 49,6%-81,4%, e as UP como o segundo tipo de ferida mais comum representando entre 10%-18,7% das feridas (F Gottrup et al., 2013; Maciel, 2008; Santamaria, 2009; Vowden et al., 2009).

Se considerarmos apenas a ferida principal (F1) existe uma pequena oscilação nos valores percentuais obtidos. As feridas cirúrgicas continuam a ser as mais comuns ocupando 73,8% da totalidade da amostra seguidas das UP com 12,3%. Os restantes tipos de feridas crónicas adquirem valores percentuais de aproximadamente 1% para cada tipo.

O predomínio das feridas cirúrgicas neste estudo pode-se justificar pela elevada produção cirúrgica do hospital em questão e pelo elevado número de camas atribuídas a serviços da área cirúrgica (48% de todas as camas disponíveis na instituição). Este fato explica também como 84% das feridas principais (F1) são adquiridas em contexto hospitalar, e a maior parte delas se localiza na região abdominal (25,7%).

O tipo de ferida predominante, as feridas agudas, influencia outros dados obtidos como a duração da ferida principal que, no presente estudo, adquire um valor médio de 17,6 dias. A maior parte das feridas, cerca de 65,2% tem uma duração inferior a uma semana e apenas 10 feridas têm uma duração superior a 3 meses. Também na análise destes dados podemos notar a baixa prevalência de feridas de carácter crónico na amostra, o que é consistente com outros estudos que nos indicam que poderemos encontrar este tipo de feridas mais facilmente em seguimento em cuidados comunitários (F Gottrup et al., 2013; Santamaria, 2009; Vowden et al., 2009).

As UP são, dentro da categoria das feridas crónicas, as mais prevalentes e apresentam-se como um risco comum para indivíduos em contexto hospitalar cuja mobilidade se encontra de alguma forma reduzida. Estas feridas além de se apresentarem como um fator redutor da qualidade de vida da pessoa, denotam ainda maior risco de infeção e podem inclusive colocar em risco a vida do indivíduo. Desta forma os indivíduos em risco necessitam de cuidados de vigilância e prevenção reforçados. Estima-se quanto aos indivíduos internados que um em cada quatro ou um em cada cinco desenvolvam em algum momento uma UP (Posnett, Gottrup, Lundgren, & Saal, 2009).

No presente estudo estimou-se uma taxa de prevalência pontual de UP de 4,9% (n=29). Analisando um conjunto de estudos realizados por diversos autores em que foi aplicada a mesma metodologia (proposta pela EPUAP) podemos extrair uma taxa de prevalência de UP média a nível hospitalar de aproximadamente 15,34% ( $\pm 3$ ) (Gunningberg et al.,

2013; James et al., 2010; Tubaishat & Aljezawi, 2013; Vanderwee et al., 2011, 2007), um valor superior ao verificado no HB. Ainda assim, cerca de 50% de todas as UP identificadas surgiram em contexto hospitalar o que representa um valor elevado. Através do valor da prevalência de UP a nível hospitalar (4,9%), e do número de UP que surgem em contexto hospitalar, poderá estimar-se uma incidência de 2,45%.

Segundo os mesmos autores, as UP de categoria I representam a maior parte das UP identificadas nos seus estudos; aproximadamente metade de todas as UP. No HB os dados apontam algumas diferenças sendo a categoria II a mais comum figurando com 41% das UP e a categoria I representando apenas 17%. Estes estudos determinam que as localizações mais comuns para o aparecimento de UP são os calcâneos e a região sacrococcígea, o que corrobora os dados obtidos no HB, onde as UP nos calcâneos representam 37,5% de todas as UP e no sacro cerca de 29,2% (Gunningberg et al., 2013; James et al., 2010; Tubaishat & Aljezawi, 2013; Vanderwee et al., 2011, 2007). A presença cada vez mais relevante das UP no calcâneo e o seu número crescente não são um dado novo encontrando-se já estudado por diversos autores, que nos indicam inclusive que este poderá tornar-se um dos próximos grandes desafios para os especialistas no tratamento à ferida (Sylvie Meaume & Faucher, 2008).

Se analisarmos as UP de maior gravidade (categorias III e IV) apurámos que estas representam 42% de todas as UP, um valor superior ao apurado por James et al. (2010) que estimou no seu estudo que estas representavam 32% das UP. Verificámos que estas UP, mais graves, encontram-se maioritariamente na região sacrococcígea, o que vai de encontro aos dados encontrados na literatura (Tubaishat & Aljezawi, 2013; Vanderwee et al., 2007). Como nos indicam Posnett et al. (2009) as UP mais severas (categorias III e IV) estão associadas habitualmente a durações de internamento mais alargadas, o que acarreta custos exacerbados para a instituição e para o indivíduo. Na comparação destes resultados devemos ter em atenção que os dados obtidos nos estudos que seguem a metodologia da EPUAP são obtidos através da seleção e análise de apenas uma UP por indivíduo, a de categoria mais grave, enquanto no presente estudo estamos a analisar todas as UP identificadas entre feridas principais (F1) e secundárias (F2-F6), o que pode de certa forma influenciar os resultados obtidos.

Para a avaliação do risco de UP foi utilizado um instrumento já validado para a população portuguesa e comumente utilizado: a escala de Braden. Esta escala permite-nos identificar os indivíduos com baixo risco de desenvolver uma UP, estando representados por um score acima de 16, e os que apresentam alto risco com um score inferior a 17. Analisando os dados obtidos na amostra denotamos que a média de valores obtidos através da aplicação da escala é de  $16,76 \pm 4,8$ . Cerca de metade da

amostra (51,5%) apresenta elevado risco de desenvolver uma UP. Devemos referir que dos 187 indivíduos com ferida apenas 35,3% apresentam um registo relativamente à escala de Braden.

A utilização cuidada e planeada do material de alívio de pressão pode ter um impacto significativo na redução do aparecimento das UP. Torna-se necessária uma avaliação dos indivíduos em risco de desenvolver UP através de instrumentos validados que permitam discernir aqueles que necessitam de maiores cuidados e podem beneficiar da aplicação de suportes de alívio de pressão. Existem diversos materiais para o alívio de pressão que podem contribuir para a redução da prevalência de UP (Fowler, Scott-williams, & Mcguire, 2008; Junkin & Gray, 2009; Wilson, 2007). No presente estudo os materiais mais utilizados foram a almofada na cama (30,5%), colchão estático (20,9%) e a almofada na cadeira (15%). Concluiu-se porém que cerca de um terço dos indivíduos (35,3%) considerados em risco não possuíam qualquer material de alívio de pressão.

Voltando à análise dos resultados relativos à ferida principal (F1) constata-se que relativamente à frequência de mudança de penso cerca de 25,1% das feridas tinham o seu penso renovado pelo menos uma vez por dia, resultado divergente do proposto por Hurd & Posnett (2009) que no seu estudo indicam um valor superior, de 45%. A maior parte dos tratamentos era realizado três vezes por semana representando uma percentagem de 31,6%, enquanto Hurd & Posnett (2009) para a mesma frequência determinam uma percentagem de 65%. Quanto à média de tempo despendido no tratamento à ferida apurámos que no HB se investe uma média de 13,3 minutos nos tratamentos, enquanto Hurd & Posnett (2009) sugerem uma média inferior, de 10 minutos.

Para avaliação do estado local da ferida foi usada a escala de avaliação da cicatrização PUSH. Esta escala encontra-se traduzida e validada, pelo CEISUC, para a realidade portuguesa, desde de 2005. Contempla três aspetos de avaliação local: (i) área da ferida (avaliada pelo comprimento x largura), pontuação de 0-10; (ii) quantidade exsudada, pontuação 0-3; e (iii) tipo de tecido presente, pontuação de 0 a 4. A pontuação máxima possível é de 17 e a mínima de 0. Quanto maior a pontuação mais deteriorado se encontra o leito da ferida; quanto mais próximo do 0, maior tendência para o encerramento da ferida. Neste estudo o cálculo do PUSH foi realizado apenas para a ferida principal (F1). Das 187 feridas analisadas obteve-se uma média de  $9,6 \pm 3,13$  na escala. Mais de metade da amostra, cerca de 65,8% (n=123) das feridas apresentam um score superior a 8, o que equivale a um grande número de feridas que apresentam um estado de deterioração ou tendência para o seu agravamento.

Estima-se que cerca de metade das feridas identificadas (46,6%) apresenta algum tipo de alteração na pele circundante, sendo as mais comuns a pele ruborizada (16,2%), seca (13,5%) e macerada (12,8%). Apesar deste fato, conseguimos apurar que os materiais de proteção cutânea disponíveis como a película polimérica, ácidos gordos hiperoxigenados e películas transparentes apenas se encontram em utilização em 3,7% das feridas. Ainda relativamente aos materiais utilizados notou-se que o material para gestão de exsudado como os alginatos, as hidrofibras, as espumas e hidrocolóides encontram-se em utilização em 12,2% das feridas. O material com função desbridante como o hidrogel, a colagenase e o poliacrilato encontram-se em utilização em 7,4% das feridas. Os antissépticos como o iodo, a prata, o mel e a polihexanida podem ser encontrados em grande parte das feridas (34,1%), sendo o iodo o mais comum, utilizado em 31% das feridas. De destacar ainda o uso de materiais como a gaze simples, presente em 32,6% das feridas, sendo o material mais comum. A abrangente utilização de materiais menos avançados como a gaze, com menor capacidade de gestão de exsudado, podem explicar por que cerca de um quarto das feridas necessitavam de receber tratamento pelo menos uma vez por dia.

A frequência de mudança de penso além de se revelar um custo para a instituição através do tempo investido em cuidados e materiais empregues, torna-se ainda uma experiência traumática para o indivíduo como o demonstram diversos estudos (EWMA, 2002; Mudge & Orsted, 2010; WUWHS, 2004). Neste estudo quando comparamos o nível de dor do indivíduo com ferida durante o dia e durante o período de tratamento notamos que existe um agravamento do nível de dor quando é trocado o penso o que é corroborado no documento de posição da EWMA sobre o tema (EWMA, 2002). Aplicando a escala numérica da dor, a média de dor durante o dia é de cerca de 1 comparativamente a 2,1 durante o tratamento. Este dado permite-nos verificar que a dor aumenta para o dobro durante o tratamento. Através da aplicação da escala qualitativa denotamos que os níveis de dor moderada, intensa e máxima apresentam uma frequência absoluta de respostas maior, também durante o tratamento.

A dor não tratada tem um impacto relevante no processo de cicatrização e na qualidade de vida do indivíduo. No que se refere ao procedimento de mudança de penso, este é um procedimento planeado e previsível o que permite a antecipação da dor e consequentemente o planeamento de estratégias para o seu tratamento. Exige-se dos profissionais de saúde uma correta avaliação, seleção de apósitos adequados, e adequação dos regimes de analgesia objetivando a redução do nível de dor do indivíduo (WUWHS, 2004).

O controlo da dor quer por questões éticas quer por imposição de normas das autoridades de saúde, deve ser uma preocupação constante dos profissionais de saúde. Assim, e de acordo com a Circular Normativa n.º 9 DCGC, de 14/06/2003, ...”considera-se como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde: 1. O registo sistemático da intensidade da Dor. 2. A utilização para mensuração da intensidade da Dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces” (DGS, 2003). Os níveis de dor podem ser ainda um dado relevante na avaliação do progresso da ferida, podendo antever problemas no processo de cicatrização, a presença de infeção ou o uso de tratamentos inadequados (Mudge & Orsted, 2010).

Além da dor como sinal de infeção da ferida, consideram-se também outros sinais como o odor, o calor, edema, o exsudado anormal (caraterísticas e quantidade), a presença de tecido desvitalizado ou de granulação friável ou mesmo uma progressão mais lenta no processo de cicatrização (EWMA, 2006). Estes sinais além de nos permitirem aferir a presença de infeção, ajudam a concluir em que fase do processo infeccioso a ferida se encontra e se estamos perante uma ferida colonizada, em colonização crítica ou infetada (Cadogan et al., 2011). No presente estudo apuramos que os sinais de infeção mais identificados foram o aumento do exsudado, a presença de dor não justificada e a presença de tecido desvitalizado. Os menos frequentes foram a presença de odor, tecido de granulação friável e o atraso no processo de cicatrização.

Apurou-se ainda neste estudo que apenas 8,6% dos indivíduos com ferida estavam sob tratamento de antibióticos. No estudo de Gürgen (2014) os valores obtidos foram superiores, mais de metade da amostra neste estudo encontrava-se sob terapia com antibióticos. A utilização de antibióticos *per si* não é suficiente para o controlo da infeção na ferida. Medidas como o desbridamento, o alívio de pressão, a escolha de materiais que permitam uma adequada gestão de exsudado na ferida e a utilização de antissépticos está indicada e pode reduzir de forma significativa a probabilidade de infeção (Landis, 2008). A crescente resistência aos antibióticos é outro facto que deve impulsionar-nos a desenvolver novas abordagens de controlo microbiano que não passe pelo uso do antibiótico (Finn Gottrup, Apelqvist, Bjansholt, & Cooper, 2013).

Convém sublinhar o que poderá explicar esta situação, no HB a utilização reduzida de antibióticos segue as mais recentes indicações: todas as situações em que se pondere a sua aplicação são avaliadas e levadas a escrutínio por uma Comissão de Controlo de Infeção que tem um papel preponderante na análise epidemiológica da infeção e regulação a nível institucional.



## 5. Conclusão

Este estudo surge da necessidade detetada de obter dados que nos permitam caracterizar e interpretar a dimensão da problemática das feridas e a sua extensão no contexto dos cuidados diferenciados.

O principal objetivo do estudo visou estimar a prevalência de feridas na realidade de um hospital central do distrito de Braga, sendo a instituição selecionada a de maior dimensão no Distrito, o próprio Hospital de Braga. Considera-se que este objetivo foi atingido, tendo sido possível a colheita de dados coerentes e que se encontram em linha com resultados os obtidos por outros estudos a nível internacional.

Uma das principais limitações foi detetada quando se tenta a comparação dos resultados obtidos com outros estudos realizados, sendo que são escassos os trabalhos realizados de paradigma epidemiológico em contexto nacional. Mesmo a nível internacional a maioria dos estudos abordam uma tipologia de ferida específica, como a úlcera de pressão, não analisando a generalidade das categorias.

Considera-se que o presente estudo, sendo um estudo de prevalência, contribui para uma melhor compreensão da extensão desta relevante problemática em saúde, tornando possível definir estratégias de intervenção a nível institucional para uma gestão de cuidados mais eficaz e com maior qualidade para o utente.

Deve-se destacar a adesão que foi conseguida tanto ao nível dos profissionais de saúde como ao nível dos utentes, o que permitiu uma taxa de resposta elevada e uma análise eficiente dos dados obtidos.

Considerando a temática abordada e o peso que acarreta nas instituições de saúde torna-se pertinente no futuro a realização de novos trabalhos de investigação que permitam uma comparação com o presente estudo, tanto ao nível da mesma instituição como noutras semelhantes. Tendo em conta a globalidade da presença de feridas no contexto hospitalar, reafirma-se também a necessidade de realização de estudos que permitam quantificar os custos associados ao tratamento das feridas, não só ao nível dos materiais empreendidos mas também o tempo de profissionais envolvidos e aumento do tempo de internamento dos utentes.

Além deste facto é pertinente ponderar a formação dos profissionais de saúde envolvidos no diagnóstico e tratamento das feridas. São diversos os avanços tecnológicos observados nos últimos anos que nos permitem dispor de materiais inovadores para o cuidado da pessoa com ferida. Torna-se vital os profissionais acompanharem esses avanços, com conhecimento e mestria, para um cuidar com maior

qualidade, baseado na mais recente evidência científica. Considera-se também importante estudar o impacto que podem ter profissionais especializados na área das feridas, tanto ao nível de custos institucionais como ao nível da qualidade dos cuidados prestados à pessoa.

Como profissionais de saúde habituamo-nos a ler revisões de evidência que constantemente alegam que é necessária mais investigação para poderem ser retiradas conclusões. No entanto, as decisões relativamente aos cuidados prestados devem basear-se nas evidências já existentes e na nossa própria experiência clínica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adegoke, B., Odole, A., Akindele, L., & Akinpelu, A. (2013). Pressure ulcer prevalence among hospitalised adults in university hospitals in South-west Nigeria. *Wound Practice and Research*, 21(3), 128–134.
- Alja'afreh, M., & Mosleh, S. M. (2013). Pressure ulcers in Jordan: a snapshot survey of a tertiary public hospital. *British Journal of Nursing*, 22(20), 20–25.
- Baranoski, S., & Ayello, E. (2012). *Wound Care Essentials - Practice Principles* (3<sup>a</sup> ed.). London: Lippincott Williams & Wilkins.
- Barrois, B., Labalette, C., Rousseau, P., Corbin, A., Colin, D., Allaert, F., & Saumet, J. L. (2008). A national prevalence study of pressure ulcers in French hospital inpatients. *Journal of Wound Care*, 17(9), 373–379.
- Beldon, P. (2008). Moisture Lesions: The effect of urine and faeces on the skin. *Wound Essentials*, 3, 82–87.
- Bennett, G., Dealey, C., & Posnett, J. (2004). The cost of pressure ulcers in the UK. *Age and Ageing*, 33(3), 230–235.
- Bianchi, J. (2012). Causes and strategies for moisture lesions. *Nursing Times*, 108(5), 20–22.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2006). *Basic Epidemiology*. WHO Publications.
- Boulton, A. (2006). The Global Burden of Diabetic Foot Disease. *Diabetic Microvascular Complications Today*, (February), 23–25.
- Briggs, M., & Closs, J. (2003). The prevalence of leg ulceration: a review of the literature. *EWMA Journal*, 3(2), 14–18.
- British Columbia Cancer Agency. (2011). British Columbia Cancer Agency. (2011). <http://www.bccancer.bc.ca>. Obtido em 26 de Julho de 2015, de <http://www.bccancer.bc.ca>: <http://www.bccancer.bc.ca/NR/rdonlyres/12F43B37-C91C-4D11-AA84-775637A51B21/51006/M30CareofMalignantWounds.pdf>, 1–7.

- Cadogan, J., Baldwin, D., Carpenter, S., Davey, J., Harris, H., Purser, K., & Wicks, G. (2011). Identification, diagnosis and treatment of wound infection. *Nursing Standard (Royal College of Nursing)*, 26(11), 44–48.
- Cole, L., & Nesbitt, C. (2004). a Three-Year Multiphase Pressure Ulcer Prevalence / Incidence Study in a Regional. *Ostomy Wound Management*, 50(11), 32–40.
- Dealey, C. (2006). *Tratamento de Feridas - Guia para Enfermeiros*. Lisboa: Climepsi.
- DGS. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.
- Drew, P., Posnett, J., & Rusling, L. (2007). The cost of wound care for a local population in England. *International Wound Journal*, 4(5), 149–55.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). Prevention of pressure ulcers : quick reference guide. *Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel*.
- EWMA. (2002). Position Document: Pain at wound dressing changes. *London: MEP Ltd*.
- EWMA. (2006). Position Document: Management of wound infection. *London: MEP Ltd*.
- Fletcher, J. (2008). Differences between acute and chronic wounds and the role of wound bed preparation. *Nursing Standard*, 22(24), 62, 64–68.
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fowler, E., Scott-williams, S., & McGuire, J. B. (2008). Practice Recommendations for Preventing Heel Pressure Ulcers. *Ostomy Wound Management*, 54(10), 42–57.
- Gottrup, F., Apelqvist, J., Bjansholt, T., & Cooper, R. (2013). EWMA Document: Antimicrobials and Non-healing Wounds - Evidence , Controversies and Suggestions. *Journal of Wound Care*, 22(5 Suppl.), S1–S92.
- Gottrup, F., Henneberg, E., Trangbæk, R., Bækmark, N., Zøllner, K., & Sørensen, J. (2013). Point prevalence of wounds and cost impact in the acute and community setting in Denmark. *Journal of Wound Care*, 22(8), 413–4, 416, 418–22.

- Grey, J. E., & Harding, K. G. (2006). *ABC of Wound Healing*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Gunningberg, L., Donaldson, N., Aydin, C., & Idvall, E. (2011). Exploring variation in pressure ulcer prevalence in Sweden and the USA: Benchmarking in action. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(4), 904–910.
- Gunningberg, L., Hommel, A., Bååth, C., & Idvall, E. (2013). The first national pressure ulcer prevalence survey in county council and municipality settings in Sweden. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19(5), 862–867.
- Gürgen, M. (2014). Excess use of antibiotics in patients with non-healing ulcers. *EWMA Journal*, 14(1), 17–22.
- Hall, J., Buckley, H. L., Lamb, K. a., Stubbs, N., Saramago, P., Dumville, J. C., & Cullum, N. a. (2014). Point prevalence of complex wounds in a defined United Kingdom population. *Wound Repair and Regeneration*, 22(6), 694–700.
- Hospital de Braga. (2014). *Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde Hospital de Braga 2013*. Porto.
- Hurd, T., & Posnett, J. (2009). Point prevalence of wounds in a sample of acute hospitals in Canada. *International Wound Journal*, 6(4), 287–293.
- International Council of Nurses. (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Vasa. Santa Maria da Feira.
- James, J., Evans, J. a., Young, T., & Clark, M. (2010). Pressure ulcer prevalence across welsh orthopaedic units and community hospitals: Surveys based on the European Pressure Ulcer Advisory Panel minimum data set. *International Wound Journal*, 7(3), 147–152.
- Junkin, J., & Gray, M. (2009). Are pressure redistribution surfaces or heel protection devices effective for preventing heel pressure ulcers? *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 36(6), 602–8.
- Kingsley, A., Hucker, M., McEndoo, K., & Manser, M. (2010). Auditing wound prevalence in nursing care homes. *Wounds UK*, 6(3), 61–66.

- Kottner, J., Tannen, A., & Dassen, T. (2009). Hospital pressure ulcer prevalence rates and number of raters. *Journal of Clinical Nursing*, 18(11), 1550–1556.
- Lahmann, N. A., Halfens, R. J. G., & Dassen, T. (2006). Pressure ulcers in German nursing homes and acute care hospitals: prevalence, frequency, and ulcer characteristics. *Ostomy Wound Management*, 52(2), 20–33.
- Landis, S. J. (2008). Chronic wound infection and antimicrobial use. *Advances in Skin & Wound Care*, 21(11), 531–540.
- Lauterbach, S., Kostev, K., & Kohlmann, T. (2010). Prevalence of diabetic foot syndrome and its risk factors in the UK. *Journal of Wound Care*, 19(8), 333–337.
- Lazarus, G. S., Cooper, D. M., Knighton, D. R., Margolis, D. J., Pecoraro, R. E., Rodeheaver, G., & Robson, M. C. (1994). Definitions and guidelines for assessment of wounds and evaluation of healing. *Archives of Dermatology*, 130(4), 489–493.
- Maciel, É. A. F. (2008). *Prevalência de feridas em pacientes internados em um hospital filantrópico de grande porte de belo horizonte*. Universidade Federal de Minas Gerais. - Dissertação de Mestrado
- Mäkelä, A. (2010). Cross-sectional survey of the occurrence of chronic wounds within capital region in Finland. *EWMA Journal*, 10(1), 24–27.
- Meaume, S., & Faucher, N. (2008). Heel pressure ulcers on the increase? Epidemiological change or ineffective prevention strategies? *Journal of Tissue Viability*, 17(1), 30–33.
- Meaume, S., Kerihuel, J. C., Fromantin, I., & Téot, L. (2012). Workload and prevalence of open wounds in the community: French Vulnus initiative. *Journal of Wound Care*, 21(2), 62, 64, 66 passim.
- Miles, S., Fulbrook, P., Nowicki, T., & Franks, C. (2013). Decreasing pressure injury prevalence in an Australian general hospital : a 10-year review. *Wound Practice and Research*, 21(4), 148–157.
- Moffatt, C. J., Franks, P. J., Doherty, D. C., Martin, R., Blewett, R., & Ross, F. (2004). Prevalence of leg ulceration in a London population. *QJM - Monthly Journal of the Association of Physicians*, 97(7), 431–437.

- Mudge, E., & Orsted, H. (2010). Wound infection & Pain management made easy. *Wounds International*, 1(3), 1–6.
- Neil, J. (1998). *Living With a Chronic Wound: A Heideggerian Hermeneutical Analysis*. Virginia Commonwealth University, EUA.
- O'Brien, J. F., Grace, P. a, Perry, I. J., & Burke, P. E. (2000). Prevalence and aetiology of leg ulcers in Ireland. *Irish Journal of Medical Science*, 169(2), 110–112.
- Pálsdóttir, G., & Thoroddsen, Á. (2010). Chronic leg ulcers among the Icelandic population. *EWMA Journal*, 10(1), 17–21.
- Pancorbo-Hidalgo, P., García-Fernández, F. P., Torra i Bou, J., Soriano, J. V., & Agreda, J. J. S. (2014). Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*, 25(4), 162–170.
- Pina, E., Furtado, K., Franks, P., & Moffat, C. (2004). Úlceras de perna em Protugal: um problema subestimado. *Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica E Vascolar*, 11(4), 217–221.
- Popoola, M. M. (2000). A clarion call for a holistic approach to chronic wound management. *Advances in Skin & Wound Care*, 13(1), 47–48.
- Porta, M. (2014). *A Dictionary of Epidemiology* (6th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Posnett, J., Gottrup, F., Lundgren, H., & Saal, G. (2009). The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. *Journal of Wound Care*.
- Santamaria, N. (2009). Woundswest: identifying the prevalence of wounds within western Australia's public health system. *EWMA Journal*, 9(3), 13–18.
- Tait, C., & Gibson, E. (2007). Chronic wound audit: evaluation of a tissue viability service. *British Journal of Nursing*, 16(20), S14–22.
- Tubaishat, a, & Aljezawi, M. (2013). The prevalence of pressure ulceration among Jordanian hospitalised patients. *Journal of Wound Care*, 22(6), 305–6, 308–10.
- Vanderwee, K., Clark, M., Dealey, C., Gunningberg, L., & Defloor, T. (2007). Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(2), 227–35.

- Vanderwee, K., Defloor, T., Beeckman, D., Demarré, L., Verhaeghe, S., Van Durme, T., & Gobert, M. (2011). Assessing the adequacy of pressure ulcer prevention in hospitals: a nationwide prevalence survey. *BMJ Quality & Safety*, 20(3), 260–267.
- 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*, (November), 39–46.
- Vowden, K., Vowden, P., & Posnett, J. (2009). The resource costs of wound care in Bradford and Airedale primary care trust in the UK. *Journal of Wound Care*, 18(3), 93–94, 96–98, 100.
- WHO. (2010). Wound and lymphoedema management. *WHO Publications*.
- Wilson, M. (2007). Heel pressure ulcers: an overview of pressure-relieving equipment. *Wound Essentials*, 2(Table 1), 115–119.
- WUWHS. (2004). Principles of best practice: Minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document. *London: MEP Ltd*.
- Zhao, G., Hiltabidel, E., Liu, Y., Chen, L., & Liao, Y. (2007). A Cross-sectional Descriptive Study of Pressure Ulcer Prevalence in a Teaching Hospital in China. *Ostomy Wound Management*, 38–42.

## **ANEXOS**



## **ANEXO I**

### **Instrumento de recolha de dados**

## ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE FERIDAS

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

Antecedentes / Factores de risco						
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Claudicação interm.	<input type="checkbox"/> Doenças reumáticas	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> Perda recente de peso		
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I	<input type="checkbox"/> Enfarte do miocárdio	<input type="checkbox"/> Isquemia crítica	<input type="checkbox"/> Tabagismo		
<input type="checkbox"/> Angina de peito	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo II	<input type="checkbox"/> Hist. prévia de ferida	<input type="checkbox"/> Incontinência Vesical	<input type="checkbox"/> Traumatismo		
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Diminuição sensibilidade	<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Incontinência Fecal	<input type="checkbox"/> Outros		
<input type="checkbox"/> Cirurgia arterial	<input type="checkbox"/> Distlipidemia	<input type="checkbox"/> Imobilidade	<input type="checkbox"/> Neoptasia	<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			

N.º de feridas	Referenciação das Feridas						<b>Classificação:</b> 1 - úlcera de pressão cat 1 ; 2 - úlcera de pressão cat 2 ; 3 - úlcera de pressão cat 3 ; 4 - úlcera de pressão cat 4 ; 5 - úlcera de perna venosa ; 6 - úlcera de perna arterial ; 7 - úlcera de perna mista ; 8 - úlcera de perna etiol. desc. ; 9 - úlcera pé diab. neuropático ; 10 - úlcera pé diab. neuroisquémico ; 11 - úlcera maligna ; 12 - ferida traumática ; 13 - ferida cirúrgica ; 14 - queimadura ; 15 - fistula ; 16 - lesão por humidade ; 17 - outra. Escrever qual no espaço		
Identificação	Classificação	Localização	Origem	Lateralização	Há quanto tempo existe				
					Anos	Meses		Semanas	Dias
F1 (Principal)									
F2									
F3									
F4									
F5									
F6									
F7									
F8									
F9									
F10									

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

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

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

PAINEL	Medição (mm)	Tipo de tecido	Nível de exsudado
	_____ comp x _____ larg	<input type="checkbox"/> Necrosado <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Encerrado	<input type="checkbox"/> Abundante <input type="checkbox"/> Escasso <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Nenhum
	Local de realização do tratamento	Duração realização tratamento	Nível de dor na ferida (Nível de 0 a 10)
	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Internamento Se domicílio, tempo de deslocação: _____ h _____ m	_____ h _____ m	_____ durante o dia         _____ durante o tratamento
	Sinais de infeção presentes (superficiais)	Diagnóstico de infeção no compartimento profundo	
	<input type="checkbox"/> Odor <input type="checkbox"/> Ferida exsudativa <input type="checkbox"/> Tecido de granulação friável <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ferida não cicatriza <input type="checkbox"/> Tecido desvitalizado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, foi prescrito antibiótico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Pele circundante	Material de penso com acção terapêutica (pode seleccionar mais que uma opção)	
	<input type="checkbox"/> Descamativa <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Ruborizada <input type="checkbox"/> Seca	Solutos de limpeza da ferida: <input type="checkbox"/> Solução Polihexanida <input type="checkbox"/> Solução salina <input type="checkbox"/> Outra: Qual? _____ <input type="checkbox"/> Ácido Hialurónico <input type="checkbox"/> Colagénio <input type="checkbox"/> Iodo <input type="checkbox"/> Poliacrilato <input type="checkbox"/> Ácido gordo esterificado <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Maltodextrina <input type="checkbox"/> Polihexanida <input type="checkbox"/> Alginato <input type="checkbox"/> Espuma <input type="checkbox"/> Mel <input type="checkbox"/> Prata <input type="checkbox"/> Hidrofibra <input type="checkbox"/> Hidrocolóide <input type="checkbox"/> Película polimérica <input type="checkbox"/> Sucralfato <input type="checkbox"/> Carvão ativado <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Película transparente <input type="checkbox"/> Outra: Qual? _____	
	Frequência de mudança de penso		
	<input type="checkbox"/> 1 x semana <input type="checkbox"/> 2 x semana <input type="checkbox"/> 3 x semana <input type="checkbox"/> 4 x semana <input type="checkbox"/> 5 x semana <input type="checkbox"/> 6 x semana <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> > que 1 x por dia		

## **ANEXO II**

### **Guião de preenchimento do IRD**



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

# Referenciação das Feridas

Projeto Nacional  
(Guião de preenchimento)

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

**Porto, Abril de 2011**

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

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

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

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

### **Ferida**

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

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

Tabela1 – Classificação do tipo de ferida

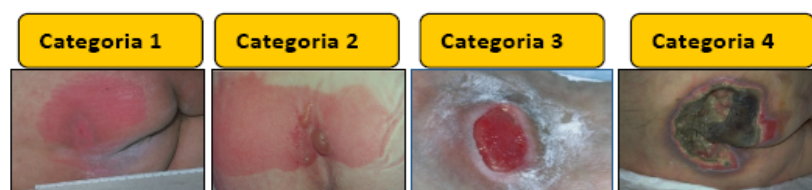
1 - úlcera de pressão cat 1	6 - úlcera de perna arterial ;	11 - úlcera maligna ;	16 - lesão por humidade ;
2 - úlcera de pressão cat 2	7 - úlcera de perna mista ;	12 - ferida traumática ;	17 – outra. Escrever qual no espaço
3 - úlcera de pressão cat 3	8 - úlcera de perna etiologia desconhecida	13 - ferida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

## Úlcera de Pressão (1 a 4)

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

(NPUAP/EPUAP, 2009)

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



### Categorias das Úlceras de Pressão

#### 1- Úlcera de Pressão Categoria 1

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

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

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

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

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

#### 2- Úlcera de Pressão Categoria 2

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

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

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

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

#### 3- Úlcera de Pressão Categoria 3

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

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

Pode incluir fístulas ou falsos trajectos

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

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

Fibrina ou escara podem estar presentes.

Muitas das vezes com fistulas e falsos trajectos.

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

Os músculos/ossos expostos são visíveis ou palpáveis.

#### **5-Úlcera de Perna Venosa**

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

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

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



#### **6-Úlcera de Perna Arterial**

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

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

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



### 7-Úlcera de Perna Mista

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



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

Não está definido qualquer etiologia



### **9- Úlcera de pé diabético neuropático**

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

As úlceras surgem habitualmente em pontos de hiperpressão.

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

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



### **10- Úlcera de pé diabético neuroisquêmico**

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

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



### 11 - Ferida maligna

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



## 12- Ferida traumática

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



## 13 - Ferida cirúrgica

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



## 14 - Queimadura

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

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

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



### 15 - Fístula

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



### 16 - Lesões por humidade

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



**Localização:**

Devem ser definida a localização específica para cada ferida

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

**Origem:**

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

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







**Lateralização:**

Devem ser definido a lateralização de cada uma das lesões

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

**MATERIAL DE ALÍVIO DA PRESSÃO**

PUCLAS2 - Defloor, 2008

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

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

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

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

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

Nome do doente:  
Idade:

Nome do avaliador:

Serviço:

Cama:

Data da avaliação:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Nível de dor na ferida

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

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

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

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

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

Ex: 0\_1\_2\_3\_4\_5\_6\_7\_8\_9\_10

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

## Material de penso com acção terapêutica

### Ácido hialurónico:

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

Ex: Hyalofill (Convatec)

### Ácido gordo esterificado:

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

Ex: Scorbact (GFB)

### Alginato:

É um polímero de ácidos algínicos (alginato e cálcio).  
É absorvente e hemostático; permeável, não aderentes.  
Promove o desbridamento da ferida.  
Ex: Askina (Braun)

**Hidrofibra:**

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

É extremamente absorvente.

Ex: Aquacel

**Carvão activado:**

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

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

Ex: Actisorb (Johnson&Johnson)

**Colagénio:**

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

Ex: Promogran (Johnson&Johnson)

**Espuma**

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

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

Ex: Askina® Foam (Braun)

**Hidroclóide:**

É um polímero de carboximetilcelulose, em filme de poliuretano.

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

Ex: Askina® Hydro (Braun)

**Hidrogel:**

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

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

Apresenta-se em duas formas: bisnaga ou penso.

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

**Iodo:**

É um elemento não metálico.

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

É constituída por uma fina camada de poliuretano.

Protege a pele á volta da ferida

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

**Poliacrilato:**

É um polímero muito absorvente.

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

Conserva a humidade e não permitir a passagem de fluidos.

Promover a hidratação dos tecidos, actuando como desbridante autolítico.

Estimula a granulação.

Ex: TenderWet (Hartmann)

**Polihexanida:**

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

Propriedades alcalinas e elevada capacidade de absorção de exsudado.

Ação antibacteriana.

É uma substância bem tolerado pelos tecidos.

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

Ex: ADM (Convidien)

**Prata:**

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

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

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

**Sucralfato:**

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

A sua apresentação no mercado é em forma de gel.

Estimula a cicatrização, acelerando-a

Ex: Cicalfate (Ayéne)

**Hidrofibra:**

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

É extremamente absorvente.

Ex: Aquacel

**Carvão activado:**

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

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

Ex: Actisorb (Johnson&Johnson)

**Colagénio:**

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

Ex: Promogran (Johnson&Johnson)

**Espuma**

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

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

Ex: Askina® Foam (Braun)

**Hidroclóide:**

É um polímero de carboximetilcelulose, em filme de poliuretano.

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

Ex: Askina® Hydro (Braun)

**Hidrogel:**

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

## **ANEXO III**

### **Carta de Esclarecimento do Estudo**

## CARTA DE ESCLARECIMENTO DO ESTUDO

**TÍTULO** Feridas: Prevalência e Custos

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

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

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

**PROCEDIMENTOS** A colheita de dados será realizada em dois dias em ambiente hospitalar e durante os cinco dias da semana em contexto de cuidados saúde primários. As datas serão para definir pelos intervenientes. Em ambiente Hospitalar, serão monitorizados todos os serviços de internamento, com exceção dos serviços de urgência. Nos cuidados de saúde primários serão monitorizados todos os doentes inscritos no programa de saúde tratamento de feridas/úlceras, que recebem cuidados no domicílio e na unidade de saúde. Os enfermeiros chefes serão contactados previamente, onde será apresentado o estudo e referenciados os enfermeiros que voluntariamente aceitem colaborar na investigação. Será apresentado o instrumento de colheita de dados e respectivo guião de preenchimento, a fim de garantir a uniformização e o rigor na colheita de dados. O tempo de preenchimento do questionário é de cerca de 5 minutos por doente.

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

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

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

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

Contactos: [pjalves@porto.ucp.pt](mailto:pjalves@porto.ucp.pt) | Telefone: 966853407

## **ANEXO IV**

### **Autorização do Conselho de Administração do HB**



Hospital  
Braga

00636 21 JAN 2013

N/ Referência: 01/CE-2013

V/ Referência:

C/C:

Exmo. Senhor  
Prof. João Queiroz e Melo  
Diretor do Instituto de Ciências da Saúde do Porto  
Universidade Católica Portuguesa  
Rua Dr. António Bernardino de Almeida, s/n  
4200-072 PORTO

ASSUNTO: Pedido para autorização de recolha de dados

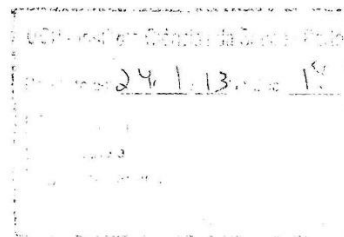
Exmo. Senhor Prof. João Queiroz e Melo,

Em resposta ao V. ofício ref<sup>a</sup> ICS 232/12, de 06 de Dezembro de 2012, cumpre-nos informar V.Exa que o pedido foi autorizado, uma vez que reunimos as condições necessárias para o estudante Paulo Jorge Pereira Alves, do Curso de Doutoramento em Enfermagem, realizar a recolha de dados solicitada.

Com os melhores cumprimentos,

A Administradora Executiva

Catarina Rocha Gouveia



Hospital de Braga – Escala Braga – Sociedade Gestora do Estabelecimento, S. A.  
Capital Social 4 000 000 EUR – Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Braga | NIPC 508 820 030  
Sete Fontes – S. Victor – 4710-243 BRAGA | T. 253 027 000 | F. 253 027 888

[www.hospitaldebraga.com.pt](http://www.hospitaldebraga.com.pt)

## **ANEXO V**

### **Modelo do Consentimento Informado do Utente**

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
PARTICIPAR NO ESTUDO "FERIDAS: PREVALÊNCIA E CUSTOS"**

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

**Parte I**

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

A Investigação que pretendemos realizar enquadra-se no âmbito do Doutoramento em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

Pretendemos identificar os utentes que se encontram sujeitos a tratamento de feridas, inscritos no programa de saúde "tratamento de feridas/úlceras" dos ACES/Centro Saúde/Extensão seleccionados, bem como identificar nas Instituições Hospitalares seleccionadas, os utentes internados que apresentam feridas.

A nossa investigação conta com a sua colaboração como participante, na disponibilização de dados através do preenchimento de um questionário, relativo a sua situação de saúde e à caracterização das feridas que possui, bem como do seu tratamento.

A sua participação não terá qualquer tipo de incentivo/recompensa ou punição, podendo, em qualquer momento, abandonar o estudo, sem que daí resulte qualquer prejuízo ou dano relativamente aos cuidados que lhe são prestados, ou seja, não serão adoptados quaisquer procedimentos discriminatórios no contexto da sua assistência nesta Unidade de Saúde.

Comprometemo-nos a assegurar o anonimato, a confidencialidade e a garantia da participação livre e informada. A recolha dos dados, destinam-se exclusivamente ao desenvolvimento do estudo e ficarão à guarda e responsabilidade do investigador até seis meses após o término do trabalho, a qual se compromete a destruir os dados findo este prazo.

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, em que aspectos é necessária a sua autorização e participação e os procedimentos necessários à efectivação do estudo. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão.

Viana, 10 de Junho de 2013

Assinatura do Investigador



---

Paulo Jorge Pereira Alves (Assistente Universidade Católica Portuguesa)

[CONTINUA NO VERSO]

## Parte II

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro ter compreendido a informação e explicação que me foi fornecida acerca do estudo que me foi proposto pelo Investigador, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora e concordo com o que foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, pelo que consinto participar no estudo nas condições que me foram explicadas respondendo às questões colocadas no questionário.

\_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (data)

Assinatura \_\_\_\_\_

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

[REALIZADO EM DUPLICADO: ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE]

## Parte II

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro ter compreendido a informação e explicação que me foi fornecida acerca do estudo que me foi proposto pelo investigador, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora e concordo com o que foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, pelo que consinto participar no estudo nas condições que me foram explicadas respondendo às questões colocadas no questionário.

\_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (data)

Assinatura \_\_\_\_\_

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

[REALIZADO EM DUPLICADO: ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE]

## **ANEXO VI**

### **Modelo do Consentimento Informado dos participantes**

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR NO  
ESTUDO “FERIDAS:PREVALÊNCIA E CUSTOS ”**

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

**Parte I**

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

A investigação que pretendemos realizar enquadra-se no âmbito do Doutoramento em Enfermagem promovido pelo Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, tendo como finalidade contribuir para uma prática de enfermagem de excelência, promovendo a condição de saúde e o bem-estar dos doentes com ferida e como objectivos: Estimar a prevalência de feridas em Portugal; Identificar e caracterizar as feridas dos utentes em cuidados saúde primários e em cuidados diferenciadosinternados .

O estudo tem como orientadora a Professora Doutora Margarida Vieira, Professora do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e como co-orientador, o Professor Doutor João Amado, Professor do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Pretendemos que os/as enfermeiros/as assumam o papel de participantes, na fase de colheita de dados, uma vez que são informantes privilegiados referentes à temática a estudar, no respeito pela autonomia dos doentes. Assumirão, também, o estatuto de co-investigadores e terão um papel activo durante todo o processo de investigação.

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

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

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

Viana, 11 de Junho de 2013

Assinatura da Investigador



Paulo Jorge Pereira Alves ([pjalves@porto.ucp.pt](mailto:pjalves@porto.ucp.pt) | 966853407)

## Parte II

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

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

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

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

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

Por isso, consinto participar no estudo.

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

Assinatura do/a enfermeiro/a participante:

\_\_\_\_\_

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

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

## Parte II

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

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

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

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

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

Por isso, consinto participar no estudo.

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

Assinatura do/a enfermeiro/a participante:

\_\_\_\_\_

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

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

## **ANEXO VII**

### **Comorbilidades dos indivíduos da amostra**

<b>Antecedentes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alcoolismo	8	4,3%
Anemia	8	4,3%
Angina do peito	0	0%
Acidente vascular cerebral	16	8,6%
Cirurgia arterial	1	0,5%
Cirurgia cardíaca	0	0%
Claudicação Intermitente	2	1,1%
Diabetes Mellitus tipo I	4	2,1%
<b>Diabetes Mellitus tipo II</b>	<b>27</b>	<b>14,4%</b>
Diminuição da sensibilidade	5	2,7%
<b>Dislipidemia</b>	<b>31</b>	<b>16,6%</b>
Doença autoimune	1	0,5%
Doença reumática	6	3,2%
Enfarte agudo miocárdio	2	1,1%
História de ferida	15	8%
<b>Hipertensão arterial</b>	<b>56</b>	<b>29,9%</b>
Imobilidade	8	4,3%
Insuficiência venosa periférica	10	5,3%
Insuficiência cardíaca	10	5,3%
Isquemia crítica	0	0%
Incontinência vesical	6	3,2%
Incontinência fecal	3	1,6%
<b>Neoplasia</b>	<b>20</b>	<b>10,7%</b>
Obesidade	8	4,3%
Perda de peso recente	7	3,7%
Tabagismo	8	4,3%
Traumatismo	3	1,6%
Outros	53	28,3%