



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

Prevalência de feridas num distrito do Norte de Portugal

Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual

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

André João Mateus Vaz

Porto, 2014



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

Prevalência de feridas num distrito do Norte de Portugal

Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual

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

André João Mateus Vaz

Orientação: Professor Doutor João Amado

Co-orientação: Mestre Paulo Alves

Porto, 2014

Resumo

Introdução: As feridas, crónicas e agudas, são um problema de saúde com impacto tal na sociedade que a Organização Mundial da Saúde as descreve como a nova epidemia escondida, a qual afecta milhões de pessoas em todo o mundo (OMS, 2008).

Actualmente, a área do tratamento de feridas, como as feridas em si, têm um importante e “pesado” impacto a nível quer individual quer comunitário, contribuindo para um agravado aumento de morbilidade e, conseqüentemente, aumento de custos na prestação de cuidados. Estima-se que a nível mundial, existam no mínimo, 300 milhões de feridas agudas; 100 milhões de feridas traumáticas e 20 milhões de feridas crónicas.

Objectivos: Como objectivos gerais deste estudo, pretende-se estimar a prevalência de feridas nos utentes das Unidades de Saúde de uma Unidade Local de Saúde (ULS) e caracterizar os portadores com ferida nas mesmas Unidades de Saúde.

Metodologia: Trata-se de um estudo de prevalência, que quanto ao método de tratamento de dados e quanto aos momentos de colheita de dados é transversal, inserindo-se no paradigma quantitativo, observacional e transversal. A amostra, foi obtida por amostragem do tipo não probabilística acidental, nos Cuidados de Saúde Primários e nos Cuidados de Saúde Diferenciados do distrito da Unidade Local de Saúde (ULS), durante a 2ª semana de Março de 2014.

Resultados: Nos Cuidados de Saúde Diferenciados, dos 364 indivíduos que estavam internados, 151 apresentavam feridas e, nos cuidados de Cuidados de Saúde Primários, 439 apresentavam feridas, o que dá um total de 590 feridas. Obtiveram-se assim, uma taxa de prevalência de 41,5% e 3,63% respectivamente e uma taxa de prevalência total de 4,74%.

Conclusão: Os resultados obtidos, na generalidade encontram-se dentro dos valores expectáveis quando comparados com outros estudos semelhantes. A ressalvar que a taxa de prevalência de feridas em Cuidados Saúde Primários é ligeiramente mais elevada.

Palavras-chave: Feridas; Prevalência; Cuidados de Saúde Primários; Cuidados de Saúde Diferenciados; Epidemiologia.

Abstract

Introduction: Wounds, chronic and acute, are a health problem with a tremendous impact in society such that the World Health Organization describes it as the new hidden epidemic that affects millions of people worldwide. (WHO, 2008)

Currently, the areas of woundcare, as the wounds themselves, have an important and "heavy" burden on both individual and community settings. With this we obtain a significant increase in morbidity and therefore costs in providing care. It is estimated that, worldwide, there are at least 300 million acute wounds; 100 million traumatic and 20 million chronic wounds.

Aims: The general objectives of this study are intended to: estimate the prevalence of wounds in users of the health units integrated on a Local Health Unit and to characterize the users with wounds on the same health units (ULS).

Methodology: This is a prevalence study, as the data processing method and the data collection time is cross-sectional, inserting the quantitative, observational and cross-paradigm. The sample was obtained by not accidental probabilistic sampling on Primary Health Care and Hospital Healthcare of that district, belonging to the Local Health Unit (ULS) during the 2nd week of March 2014.

Results: The Hospital Healthcare of 364 individuals, who were hospitalized, 151 had wounds and in Primary Healthcare 439 had wounds, achieving a total of 590 wounds. It was obtained one prevalence rate of 41.5% and 3.63 % respectively and the overall prevalence rate was 4.74 %.

Conclusion: The results generally are within the expected values when compared to other similar studies. Only the prevalence of wounds in Health Primary Care presents is slightly higher.

Key-Words: Wounds; Prevalence; Primary Care; Differentiated Health Care; Epidemiology.

“ [...] os estudos [...] constituem uma ciência prática, na medida em que não queremos apenas conhecer factos e compreender as relações em nome do saber, mas também pretendemos conhecer e compreender com o objectivo de sermos capazes de agir e de agir “melhor” que anteriormente.”

Langveld, 1965

Agradecimentos

No momento de conclusão deste trabalho de investigação, quero aqui deixar os meus sinceros agradecimentos a todos os que, de alguma forma, contribuíram para que tenha conseguido levá-lo a bom termo.

Ao meu orientador, Professor Doutor João Amado e ao meu co-orientador Mestre Paulo Alves, pela dedicação, conhecimento e elevada competência, características estas que me guiaram neste trajecto.

A todos os profissionais da Unidade Local de Saúde que contribuíram para a recolha de dados.

À minha família, que sempre me apoiou e motivou em todos os momentos importantes.

Aos meus colegas e amigos, pelas palavras de motivação constantes.

À minha namorada Adélia Ferreira, o meu verdadeiro Norte, e pelas palavras constantes de apoio e motivação, principalmente naquelas horas em que o cansaço tentava vencer-me...

Abreviaturas

Lig. - Ligadura

Nº - número

% - Percentagem

Cit. - Citado

Siglas

ATB – Antibiótico

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CD – Cuidados Diferenciados

CEISUC – Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

C.O.N.E.I. – Conferência Nacional de Consenso das Úlceras das Extremidades Inferiores

CS – Centro Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DAOP – Doença Arterial Obstrutiva Periférica

DGCG – Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

DGS – Direcção Geral de Saúde

DM- Diabetes Mellitus

DP – Desvio Padrão

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECCI – Equipa de cuidados Continuados Integrados

EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel

EWMA – European Wound Management Association

FA – Fibrilação Auricular

HTA – Hipertensão Arterial

HTTP – Protocolo de transferência de Hipertexto

IC – Insuficiência Cardíaca

ICN – International Council of Nursing

IDF – International Diabetes Federation
IPTB – índice Pressão Tornozelo Braço
IRD – Instrumento de Recolha de Dados
IVP – Insuficiência Venosa Periférica
INE – Instituto Nacional de Estatística
IRA – Insuficiência Renal Aguda
IRC – Insuficiência Renal Crónica
IRD – Instrumento de recolha de dados
M – Monção
NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel
OMS – Organização Mundial de Saúde
PL – Ponte de Lima
PTA – Prótese Total da Anca
PUSH – Pressure Ulcer Scale for Healing
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SA – Superfícies de apoio
SNS – Sistema Nacional Saúde
TC – Terapia Compressiva
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS – Unidade Local de Saúde
USF – Unidade de Saúde Familiar
VC – Viana do Castelo
WHO – World Health Organization
WUWHS – World Union Wound Healing Society

Índice Geral

Parte I – Enquadramento Conceptual

0. Introdução	23
1. Revisão da Literatura	25
1.1 Definições fundamentais	25
1.2 Avaliação de feridas	25
1.2.1- Etiologia	26
1.2.2. Localização	31
1.2.3. Dimensões	32
1.2.4. Existência de locas, fistulas e / ou trajetos fistulosos	32
1.2.5. Exsudado	32
1.2.6. Odor	33
1.2.7. Dor	33
1.2.8. Tipo de tecido / leito da ferida	34
1.2.9. Bordos da ferida e pele peri-lesional	34
1.2.10. Sinais de colonização crítica / infecção	35
1.3 Produtos Farmacológicos Utilizados no Tratamento de Feridas	35
1.4 Epidemiologia em feridas	37
1.5 Caracterização do distrito seleccionado para estudo	42

Parte II – Contributo Pessoal

1. Justificação do tema	45
1.1 Objectivos Gerais	45
1.2 Objectivos específicos	46
2. Metodologia	47
2.1. Tipo de estudo	47
2.2. População e amostra	48
2.3. Critérios de Inclusão	49
2.4. Critérios de Exclusão	49
2.5. Instrumento de recolha de dados	49
2.6. Variáveis do IRD	50
2.7. Tratamento estatístico dos dados	50
3 Resultados e Análise dos dados	51
3.1 Caracterização da Amostra e Prevalência de feridas no distrito de VC	51
3.2 Caracterização das feridas	54
3.3 Caracterização das feridas nos Cuidados Diferenciados e nos Cuidados de Saúde Primários	55
3.3.1 Localização, lateralização, tamanho, origem, tipos de tecido e exsudado nas feridas	58
3.3.2 Push Score	64
3.3.3 Duração de tratamento, tempos de deslocação	67
3.3.4 Nível de dor	68
3.3.5 Sinais de infecção e uso de antibióticos	71
3.3.6 Frequência de mudança dos pensos e material de pensos	72
3.3.7 Frequência de úlcera de perna e pé diabético	75
3.3.8 IPTB e TC	76

3.3.9	Material de Alívio de Pressão e Escala Braden	77
4	Discussão de resultados	79
5	Aspectos éticos em investigação	101
6	Conclusão	103
7	Referências bibliográficas	105
8	Anexos	113

Índice de Figuras

Fig. 1 - Mapa do Distrito de Viana do Castelo	43
--	----

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização da amostra nos Cuidados Diferenciados	51
Tabela 2 – Caracterização da amostra nos Cuidados de Saúde Primários	52
Tabela 3 – Feridas principais (F1) nos CD e CSP	56
Tabela 4 – Distribuição de Úlceras de pressão nos CD e CSP	57
Tabela 5 – Distribuição de Úlceras de perna nos CD e CSP	57
Tabela 6 – Origem das feridas principais (F1) nos CD e CSP	60
Tabela 7 – Tipos de feridas principais (F1) com origem nos CD e CSP	61
Tabela 8 – PUSH Score por tipo de ferida das feridas principais (F1)	65
Tabela 9 - PUSH Score por tipo de ferida das feridas secundárias (F2 a F7)	66
Tabela 10 – Duração dos tratamentos das feridas principais (F1)	67
Tabela 11 – Tempo de deslocação nos tratamentos das feridas principais (F1)	68
Tabela 12 – Nível de dor ao longo do dia nos indivíduos portadores das feridas principais (F1)	68
Tabela 13 – Nível de dor ao longo do dia por tipo de feridas principais (F1)	69
Tabela 14 – Nível de dor durante os tratamentos das feridas principais (F1)	69
Tabela 15 – Nível de dor durante os tratamentos por tipo de feridas principais (F1)	70
Tabela 16 - Material de penso usado nos tratamentos das feridas principais (F1)	74

Tabela 17 – Outra opção terapêutica usada nos tratamentos das feridas principais (F1)	75
Tabela 18 – Score obtido com a escala de Braden nas UP das feridas principais (F1)	78

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição dos indivíduos da amostra por idades	53
Gráfico 2 – Localização das feridas principais (F1) nos Cuidados de Saúde Primários	58
Gráfico 3 – Localização das feridas principais (F1) nos Cuidados Diferenciados	59
Gráfico 4 – Origem das feridas principais (F1)	60
Gráfico 5 – Duração em dias das feridas principais (F1)	62
Gráfico 6 – Quantidade de exsudado presente nas feridas principais (F1)	63
Gráfico 7 – Quantidade de exsudado por tipos de feridas principais (F1)	64
Gráfico 8 – PUSH Score das feridas principais (F1) nos CSP	67
Gráfico 9 – Sinais de infecção das feridas principais (F1)	71
Gráfico 10 – Estado da pele circundante das feridas principais (F1)	72
Gráfico 11 – Frequência da mudança dos pensos das feridas principais (F1)	72
Gráfico 12 – Comparação entre a frequência da mudança dos pensos das feridas principais (F1) nos CSP e CD.	73
Gráfico 13 – Origem da claudicação intermitente nas feridas principais (F1)	76
Gráfico 14 – Resultados do score obtidos com a escala de Braden nas feridas principais (F1)	77

Índice de Anexos

ANEXO I – Distribuição dos indivíduos da amostra por grupos profissionais

ANEXO II – Comorbilidades dos indivíduos da amostra

ANEXO III – Outras comorbilidades relevantes

ANEXO IV – Feridas principais (F1): Frequência absoluta e tipos de feridas

ANEXO V - Feridas Secundárias (F2 a F7): Frequência e tipos de feridas

ANEXO VI - Instrumento de Recolha de Dados

ANEXO VII - Guião de Preenchimento do IRD

ANEXO VIII - Autorização do Conselho de Administração da ULS

ANEXO IX - Modelo do Consentimento Informado do Doente

ANEXO X - Modelo do Consentimento Informado para os participantes

ANEXO XI - Carta de Esclarecimento do Estudo

ANEXO XII - Documento de Codificação das Unidades dos CSP

ANEXO XIII - Documento de Codificação do Hospital

ANEXO XIV - Tabela de produtos farmacológicos para tratamento de feridas

Parte I – Enquadramento Conceptual

0. Introdução

O aumento da esperança de vida nas sociedades ocidentais tem conduzido a uma alteração demográfica global e a um envelhecimento “significativo” das populações. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, as projecções revelam que, em 2060, existirão em Portugal 271 idosos por cada 100 jovens. (INE, 2009).

O envelhecimento, entre muitos outros factores intervenientes, leva ao aumento, agravamento e aparecimento das doenças crónicas as quais têm contribuído, também, para o aumento da prevalência de feridas no contexto actual.

As feridas, crónicas e agudas, são um problema de saúde de impacto tal na sociedade que a Organização Mundial da Saúde as descreve como a nova epidemia escondida, a qual afecta milhões de pessoas em todo o mundo (OMS, 2008).

Atualmente, a área do tratamento de feridas, como as feridas em si, têm um importante e “pesado” impacto a nível quer individual quer comunitário advindo um importante aumento da morbilidade e, conseqüentemente, de custos na prestação de cuidados.

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

Lamentavelmente, em Portugal, a escassez de dados epidemiológicos que nos dêem informação sobre a prevalência/incidência de feridas na nossa população é evidente. Note-se que existem publicados apenas quatro estudos de prevalência, sendo que o último obteve o valor de prevalência média de 30,2% (Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007)

Hoje em dia, existe um consenso alargado sobre a necessidade e importância de preparar o país e o Serviço Nacional de Saúde (SNS), em particular, com estruturas e processos adequados às necessidades emergentes verificadas, nomeadamente ao nível da prestação destes cuidados.

Desta forma, é crescente o interesse dos profissionais de saúde sobre esta temática e tem-se verificado nos últimos tempos um aumento do trabalho de

investigação na área da prevenção e do tratamento de feridas. Esta quase “inexistência” de dados científicos consistentes sobre a nossa realidade, fundamenta o interesse inequívoco e uma mais-valia científica do presente estudo com vista ao planeamento de intervenções futuras e o desenvolvimento de outros trabalhos de investigação nesta área.

Este estudo visará assim como principais objectivos estimar a prevalência de feridas nos utentes das unidades de saúde de uma Unidade Local de Saúde (ULS), e caracterizar os portadores com ferida nas mesmas unidades de saúde.

O presente documento divide-se essencialmente em duas partes: a primeira constará da revisão bibliográfica na qual será apresentado o enquadramento teórico do tema, conceitos e definições associados às feridas e viabilidade tecidular, a epidemiologia das feridas no mundo e a contextualização do distrito seleccionado.

A segunda parte do trabalho – Contributo Pessoal – engloba os objectivos, as opções metodológicas, a metodologia utilizada, o desenho de investigação, a caracterização da população em estudo, os instrumentos de colheita de dados, os resultados e a sua análise, bem como a discussão dos mesmos, assim como aspectos éticos em investigação e uma breve conclusão.

1. Revisão da Literatura

1.1 Definições fundamentais

Neste capítulo, após uma revisão bibliográfica abrangente, serão descritos vários conceitos e definições importantes para o desenvolvimento do tema sobre o qual versa a presente investigação.

O tratamento de feridas é, desde há muito tempo, uma das principais áreas de intervenção dos enfermeiros. Se considerarmos uma ferida como um factor que influencia a qualidade de vida dos indivíduos, os enfermeiros têm como objectivo contribuir ao máximo para cicatrizar essa(s) ferida(s), proporcionar maior qualidade de vida e minimizar a dor.

Sendo consideradas uma solução da continuidade da pele, as feridas podem ter várias causas para a sua origem: traumáticas (mecânicas, químicas e físicas), intencionais (cirúrgicas), isquémicas ou de pressão, alérgicas, inflamatórias, causadas por doenças sistémicas, e outras (Martins, 2005), (Dealey, 2006), (Rocha, Cunha, Dinis, & Coelho, 2006).

1.2- Avaliação de Feridas

A avaliação de feridas requiere um diagnóstico que se deve basear numa anamnese, num exame físico, na aplicação dos conhecimentos da anatomofisiologia cutânea, fisiologia da cicatrização, etiopatogenia da ferida e na pele peri-lesional. Deve também contemplar os aspectos: avaliação da dor; avaliação nutricional; qualidade de vida; antecedentes e factores de risco e ainda uma avaliação psicossocial.

A avaliação e caracterização de feridas devem reflectir, pois, os seguintes aspectos:

1. Etiologia;
2. Localização;
3. Dimensões;
4. Existência de locas, fistulas e / ou trajetos fistulosos;
5. Exsudado;
6. Odor;

7. Dor;
8. Tipo de tecido / leito da ferida;
9. Bordos da ferida e pele peri-lesional;
10. Sinais de colonização crítica / infeção.

1.2.1- Etiologia

As feridas etiologicamente, dividem-se em dois grandes grupos: as feridas agudas e as crónicas/complexas/de difícil cicatrização.

Esta classificação é baseada no tempo de cicatrização.

Feridas Agudas:

“As feridas agudas, sejam traumáticas ou cirúrgicas, progridem no processo de cicatrização passando por todas as fases no período previsível para o sucesso da cicatrização. Evoluem normalmente sem qualquer complicação”. (Broderick, 2009)

Ferida cirúrgica:

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

As feridas cirúrgicas são intencionais e podem cicatrizar por primeira intenção, segunda intenção ou primeira intenção diferida.

Ferida traumática:

“Ferida: solução de continuidade inesperada de tecido na superfície do corpo, associada a lesão mecânica devido a agressão ou acidente; lesão irregular

da pele, mucosa ou tecido, tecido doloroso e magoado, drenagem e perda de soro e sangue, associado a tecido pouco limpo, sujo ou infetado”. (ICN, 2011)

As feridas traumáticas são geralmente acidentais.

Queimadura:

“Ferida traumática: rutura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devido a lesões pelo calor resultantes da exposição a agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos, caracterizado pela coagulação das proteínas das células, aumento do metabolismo, perda da reserva de nutrientes nos músculos e no tecido adiposo, perda de proteínas e compostos azotados, por grande dor desconforto e stress, 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”. (ICN, 2011)

Lesões por humidade:

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

Fístula:

“A fístula é uma abertura anormal, tipo túnel, entre os órgãos internos ocultos ou entre um órgão e o exterior de um corpo. As fístulas podem ter na sua origem uma série de causas, mas, geralmente são consequência de cirurgia, parto, traumatismo ou radioterapia. O termo fístula indica as estruturas de ligação.” (Phipps et al., 2003)

Feridas Crônicas:

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

Feridas de difícil cicatrização (que continuam a necessitar de tratamento depois de seis semanas após o seu aparecimento) são: úlceras de pressão, pé diabético, úlceras de perna e feridas malignas.

Úlceras de Pressão:

“Lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. Às úlceras de pressão também estão associados fatores contribuintes e de confusão cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido. Acordaram-se 4 níveis de lesão. Categoria I: Eritema não branqueável; Categoria II: perda parcial da espessura da pele; Categoria III: Perda total da espessura da pele; Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos”. (EPUAP/NPUAP, 2009)

Categorias das Úlceras de Pressão:

Consensualmente, as lesões são classificadas em 4 níveis (categorias). De notar que os termos inclassificável e lesão no tecido profundo, *Deep Tissue Injury*, utilizados nos Estados Unidos da América pela NPUAP, são geralmente classificados por "IV" na Europa pela EPUAP.

Úlcera de Pressão - Categoria I

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

edema, tumefação ou dor podem também estar presentes. Em pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento.

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

Úlcera de Pressão - Categoria II

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

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

Úlcera de Pressão - Categoria III

“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-se úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas. O osso/tendão não é visível ou diretamente palpável”. (EPUAP/NPUAP, 2009)

Úlcera de Pressão - Categoria IV

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

Descrição adicional: A profundidade de uma úlcera de pressão de categoria IV varia com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser 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/músculo exposto visível ou diretamente palpável”. (EPUAP/NPUAP, 2009)

Úlcera Pé Diabético:

“O pé diabético é caracterizado por infeção, ulceração ou destruição do tecidos profundos a nível dos pés, causadas por neuropatia (alterações da sensibilidade) e agravadas pela doença arterial periférica (micro e macroangiopatia) ao nível das extremidades nos membros inferiores da pessoa com diabetes”. (International Working Group on Diabetic Foot, 2011)

Úlceras de Perna - Venosa:

“Lesão circunscrita semelhante a uma loca, normalmente situada na perna, acima do maléolo, com edema e pele seca em torno da ferida, com descamação acastanhada, descoloração, lipodermatosclerose, atrofia da pele, exantema, dor e dor na ferida, associada a insuficiência venosa crónica, lesão dos retalhos venosos e diminuição do retorno do sangue venoso dos membros inferiores para o tronco” (ICN, 2011)

Úlcera de Perna - Arterial:

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

Úlcera de Perna - Mista:

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

Feridas malignas:

“São lesões que se desenvolvem normalmente a partir de um tumor primário ou como consequência de um tumor em estadio avançado. Estas feridas acontecem pela infiltração de células malignas nas estruturas da pele, acometendo vasos sanguíneos e linfáticos, ou mesmo sendo provocadas por tumores primários ou metatásticos, com a rotura da pele, o nódulo da lesão tumoral poderá tornar-se numa massa necrótica com crescimento proliferativo, podendo apropriar-se de toda a extensão da lesão.” (Firmino, 2005)

1.2.2. Localização

A localização de uma ferida pode ser um indicador da sua etiologia. Caracteristicamente existem feridas que se desenvolvem frequentemente em determinados locais anatómicos. É comum haver feridas decorrentes do próprio envelhecimento dos indivíduos, tipicamente feridas de natureza crónica e portanto mais

localizadas nos membros inferiores. Por sua vez, nos cuidados diferenciados, o tipo de feridas mais abundante, resulta da natureza cirúrgica, e, portanto, feridas localizadas no abdómen, membros inferiores, zona perineal, cabeça e face e anca.

No entanto, esta não deverá ser considerada característica definidora única da etiologia.

1.2.3. Dimensões

A caracterização de uma ferida de acordo com as suas dimensões deve abordar: comprimento, largura e profundidade.

O tamanho, a profundidade e o tempo de duração da ferida são três factores preditivos da sua evolução. (EWMA,2008)

1.2.4. Existência de locas, fistulas e / ou trajetos fistulosos

A existência de locas, fistulas e/ou trajectos fistulosos dificultam a avaliação da ferida e, conseqüentemente, o seu tratamento.

É por essa razão que a avaliação das dimensões carece de uma exploração detalhada da ferida, embora não traumática, para que se diagnostiquem e caracterizem corretamente a existência de alguma destas alterações. (EWMA,2008)

1.2.5. Exsudado

O exsudado deve ser caracterizado quanto à sua cor, quantidade e consistência.

Cor: seroso (amarelo); sanguinolento (vermelho); ou serosanguinolento (amarelado com vestígios de sangue).

Quantidade: pouco, moderado ou abundante.

Consistência: fluido, espesso ou purulento. (EWMA,2008)

1.2.6. Odor

O odor classifica-se como presente ou ausente.

A presença de odor poderá ser indicativa do seu estado de colonização ou infeção. (EWMA,2008)

1.2.7. Dor

É importante identificar e classificar a dor. Perceber se existe, como, quando e com que intensidade torna-se fundamental no processo de avaliação e no processo de cicatrização/tratamento da ferida.

“A dor é um sintoma frequente em pacientes com uma ampla variedade de feridas”.(EWMA, 2002)

Para proceder a esta avaliação é importante conhecer a fisiologia da dor e a sua classificação.

A dor pode ser: nociceptiva, neuropática ou idiopática. Pode ainda ser classificada como: aguda ou crónica.

No entanto, é mais importante reconhecer que a dor é *“an unpleasant sensory and emotional experience, associated with actual or potential tissue damage, or discribed in terms of such damage”*¹. (IASP: International Association for the Study of Pain).

Assim, na avaliação e tratamento de uma pessoa portadora de ferida, torna-se fundamental entender que dor é mais do que nocicepção, mais do que sensação; é uma experiência desagradável, individual, pessoal e subjetiva.

Importante no processo de tratamento de uma ferida é considerar que *“patients with chronic wounds are often subjected to painful dressing changes”*².(EWMA, 2002)

Isto é, há que considerar a possibilidade de dor incidental, antes, durante e após o tratamento de uma ferida. E considerar que esta pode ser iatrogénica.

¹ “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um presente ou potencial dano tecidual, ou descrita de acordo com a gravidade da lesão.

² “doentes com feridas crónicas são frequentemente sujeitos a mudanças/trocas de pensos dolorosas”

De acordo ainda com o documento de posição da EWMA (2002), estudos relacionados com a qualidade de vida mostraram consistentemente que a dor melhora significativamente com tratamentos efetivos e que promovam a cicatrização.

Para avaliar e caracterizar a dor na área do tratamento de feridas existem uma grande variedade de escalas: escala visual analógica, escala numérica, escala qualitativa verbal e escala de faces.

Para a sua abordagem e controlo deve considerar-se as melhores práticas no tratamento local, a abordagem medicamentosa e outras abordagens complementares.

1.2.8. Tipo de tecido / leito da ferida

O leito da ferida e o tipo de tecido presente são indicativos da fase de cicatrização, da sua evolução e da eficácia do tratamento.

O leito da ferida pode apresentar diferentes tipos de tecido:

- **Necrose:** geralmente de cor preta, indicativo de desvitalização e que pode ter consistência dura ou mole;
- **Fibrina:** de cor amarelada e que se pode apresentar aderente ao leito da ferida;
- **Granulação:** tecido de cor avermelhada que, simultaneamente, se se apresentar ligeiramente humedecido e firme, é indicativo de boa evolução do processo cicatricial;
- **Epitelização:** tecido de cor rosada, indicativo de encerramento da ferida e que, dessa forma, geralmente surge a partir dos seus bordos.

Relativamente ao tipo de tecido, considera-se aquele que está presente em maior dimensão. (EWMA,2008)

1.2.9. Bordos da ferida e pele peri-lesional

As condições dos bordos da ferida e pele peri-lesional são importantes para o seu encerramento. Uma pele circundante íntegra favorece a epitelização e encerramento da ferida.

Alterações como maceração, eritema, edema, eczema ou celulite são prejudiciais para o processo de cicatrização. O seu diagnóstico e tratamento são cruciais já que podem ser indicativos de alterações no processo cicatricial (por exemplo, infecção),

tratamento local inadequado ou cuidados adicionais inexistentes (por exemplo, alívio de pressão). (EWMA,2008)

1.2.10. Sinais de colonização crítica / infeção

As feridas estão naturalmente colonizadas, mas estados de colonização crítica e infeção atrasam/estagnam ou impedem o processo de cicatrização, podendo ter consequências sistémicas graves se não forem controlados.

- **Contaminação** – presença de microrganismos na superfície da ferida sem replicação.
- **Colonização** – presença de microrganismos em replicação mas sem resposta imunitária do hospedeiro.
- **Infeção** – presença de microrganismos em replicação e com invasão de tecidos viáveis, provocando resposta do hospedeiro.

Desta forma, o seu diagnóstico é fundamental e obedece a orientações adequadas. (EWMA, 2005 e EWMA,2006)

Clinicamente, estados de colonização crítica e infeção podem apresentar os seguintes sinais:

- Aumento da quantidade de exsudado e alterações das suas características;
- Odor;
- Dor;
- Alterações de coloração do tipo de tecido / leito da ferida;
- Hipergranulação ou tecido de granulação friável;
- Eritema, rubor, aumento da temperatura local, celulite, dos bordos e pele perilesional;
- Atraso / estagnação do processo de cicatrização.

1.3- Produtos Farmacológicos Utilizados no Tratamento de Feridas

Actualmente existe uma gama sofisticada de produtos disponíveis, que podem causar alguma confusão na sua seleção. Não existe um penso ideal para todo o tipo de

feridas. Cabe ao enfermeiro avaliar cuidadosamente a ferida e tecidos adjacentes, devendo estar preparado para decidir sobre o tratamento a realizar e que produtos usar.

Segundo Dealey (2006), para a seleção mais adequada do penso é necessário:

- Avaliar a ferida e identificar os seus objetivos específicos para aquele momento;
- Ter conhecimento sobre características e eficácia dos pensos disponíveis;
- Saber o que esperar do penso selecionado.

Segue-se uma descrição de categorias de produtos agrupados por mecanismo de ação:

- Ácidos Gordos Hiperóxigenados
- Ácido Hialurónico
- Alginatos
- Carvão Ativado (apósitos com)
- Colagenase
- Colagénio (apósitos com)
- Copolímero Acrílico (películas poliméricas)
- Espumas de Poliuretano
- Filmes de Poliuretano (películas transparentes)
- Hidrocolóides
- Hidrofibras
- Hidrogéis
- Iodo (apósitos com)
- Maltodextrina
- Mel (apósitos com)
- Poliacrilato (apósitos de)
- Polihexanida (apósitos com)
- Prata (apósitos com)
- Silicone (apósitos com)
- Tules.

Existe uma tabela no ANEXO XIV com as descrições destes produtos, mecanismos de ação e as respetivas formas de apresentação.

De forma a seleccionar a melhor opção terapêutica, o conhecimento dos produtos disponíveis deve ser o mais completo possível, aliado ao conhecimento integral da fisiologia da cicatrização e a uma abordagem holística da pessoa portadora de ferida.

1.4 Epidemiologia em feridas

Neste ponto, pretende-se expor alguns resultados de vários trabalhos de investigação realizados em diferentes contextos (cuidados saúde primários, cuidados de saúde diferenciados, lares, instituições públicas/privadas...) e em diferentes países, incluindo em Portugal. Estes dados epidemiológicos são importantes para posteriormente poder estabelecer-se paralelismos entre os dados colhidos e os resultados obtidos deste trabalho.

Em 2007 na região Este da Austrália foi efetuado um estudo de prevalência em 85 hospitais públicos. Foram contabilizados 2 979 utentes internados, dos quais 49% tinham uma ou mais feridas e 19% das feridas identificadas foram adquiridas no hospital, tais como quebras cutâneas e úlceras por pressão. (Mulligan, et al., 2008)

Em 2008 foi aplicada a mesma metodologia em 86 hospitais da mesma região Australiana, com um total de 3024 utentes internados, tendo-se identificado a prevalência de uma ou mais feridas em 48% dos utentes, 25% das quais adquiridas no hospital. (Mulligan, et al., 2008)

Philipps cit. por Pina, 2007, refere que em termos epidemiológicos relativamente às úlceras cutâneas crónicas nos Estados Unidos da América, identificaram-se as úlceras de pressão e as úlceras venosas como as mais frequentes. No Canadá, após uma avaliação de 14000 doentes em 45 Instituições, verificou-se que a prevalência de feridas na comunidade era de 34 a 37%, sendo que 13 a 17% se reportavam a úlceras de pressão.

Na Alemanha, um estudo sobre feridas crónicas em doentes de cuidados domiciliários obteve uma prevalência de 4,1% para as úlceras de pressão, 2,7% para as úlceras de perna e 1% para as úlceras do pé diabético (Pina, 2007).

Em Espanha em 2009, a prevalência de úlceras nos membros inferiores era de 10 a 30%, sendo que para população com idade igual ou superior a 65 anos é 2 vezes

superior; e a incidência estimada foi de 3 a 5 novos casos de feridas por 1000 pessoas por ano. (C.O.N.U.E.I, 2009)

Num estudo de prevalência desenvolvido na Finlândia, (Helsínquia, Espoo e Vantaa), em Dezembro de 2008, enviaram-se questionários a 765 instituições de saúde, sendo, 310 unidades de cuidados primários, 285 unidades de cuidados secundários e 170 unidades do sector privado. Obtiveram-se repostas de 466 unidades (61%), identificaram-se 1029 utentes com feridas crónicas, dos quais 51%, encontravam-se institucionalizados. As unidades da comunidade reportaram 819 casos (80%) e as unidades privadas apresentaram 71 utentes com ferida crónica (7%). No dia do estudo contabilizaram-se 139 utentes (13%) com ferida crónica nos hospitais. (Mäkelä, et al., 2010) Neste estudo o principal tipo de ferida encontrado foi a úlcera por pressão em cerca de 22% dos casos, seguido pelas úlceras de perna venosa com 13%, úlcera do pé diabético e ferida cirúrgica que não encerra ambos em 11% dos casos, úlcera isquémica em 8% e nos 35% restantes a ferida tinha outras causas que não eram determinadas. (Mäkelä, et al., 2010)

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

Na China, um estudo foi realizado em 2513 utentes, que receberam tratamento a feridas crónicas, entre 2007 e 2008, em 17 hospitais de referência. A prevalência avaliada de feridas crónicas situa-se nos 1,7‰, sendo os pacientes entre o grupo etário de 60-80 anos a serem os mais afetados e a diabetes a doença que lidera a tabela como a principal causa destas feridas crónicas (Jiang, et al., 2011).

Num outro estudo de prevalência realizado em Março de 2007 foram incluídos 72 lares de idosos, 3 hospitais de agudos e serviços comunitários, que davam assistência a 487,975 habitantes da região de Bradford. Num total de 1735 utentes com pelo menos

uma ferida, obteve-se uma prevalência de 3.6 por 1000 habitantes. O número total de feridas foi de 2620, com uma média de 1,5 feridas por utente e mediana de 1 ferida por utente. Cinquenta e quatro por cento eram tratados por enfermeiros da comunidade, 32% eram tratados em hospitais de agudos, internamento ou em regime de ambulatório e os restantes 14% eram tratados em lares de idosos ou outros serviços assistenciais. Feridas agudas (cirúrgicas ou traumáticas) totalizaram 47,7% das feridas, úlceras de perna e pé 27,8% e úlceras por pressão 20,9%; os restantes 3,6% para outros tipos de ferida. (Vowden, et al., 2009) Os 3 hospitais tinham 329 doentes internados com ferida, perfazendo uma taxa de prevalência de 30,7% (329/1072 camas ocupadas). A maioria dos utentes apresentava feridas cirúrgicas ou traumáticas (78,7%), seguidos por úlceras por pressão (11,6%) e úlcera de perna e pé (8,8%). A taxa de prevalência de úlceras de pressão no conjunto dos doentes internados nos 3 hospitais foi de 3,6%, das quais 66% (25/38) foram adquiridas no hospital e 31,6% são de maior gravidade (Categorias III e IV). (Vowden, et al., 2009).

No estudo de prevalência realizado em 13 hospitais de agudos em Alberta, Manitoba e Ontário no Canadá, entre Junho 2006 e Maio 2007, todos os doentes internados foram incluídos no estudo, com a excepção dos utentes internados em unidades neonatais, enfermarias de psiquiatria e utentes em isolamento por surto infeccioso. Um total de 3099 utentes fizeram parte do estudo distribuídos pelos 13 hospitais, a sua distribuição variou entre 44 a 537 utentes por hospital, reflectindo o número de camas de internamento. A taxa de prevalência mais baixa foi de 30% e a mais elevada foi de 60%. A maioria dos utentes com ferida tinha úlceras por pressão (56,2%) ou ferida cirúrgica (31,1%). Os restantes apresentavam úlceras de perna (2,7%), úlceras de pé (2,8%) e outros tipos de ferida (7,2%). Nesta amostra, aproximadamente 40% das camas de hospital estavam ocupadas por doentes com ferida. De acrescentar que em média 79,3% das úlceras de pressão forma adquiridas no hospital, das quais um terço são de maior gravidade (categorias III e IV). (Hurd & Posnett, 2009) Os autores concluíram que a ferida é uma ocorrência comum e potencialmente dispendiosa nos hospitais de agudos.

Em Portugal, a insuficiência de estudos de prevalência e incidência de feridas crónicas é marcada, sendo que apenas se encontram estudos de prevalência para feridas de etiologia específica.

Apesar de todas as dificuldades, sabemos que em Portugal a prevalência de feridas crónicas com resposta em cuidados de saúde ambulatoriais foi estimada em 1,42 pessoas por cada 1000 habitantes (Furtado, 2003).

Relativamente à incidência global de UP nos doentes hospitalizados varia entre 2,7 e 29%, sendo que se for em internamento de UCI, pode chegar até aos 33%. Um outro estudo relacionado com úlcera de perna numa área urbana em Lisboa identificou uma prevalência de 1,41 por 1000 (Furtado, 2003).

A prevalência de úlceras de pressão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de Portugal aponta para 17% conforme dados publicados no relatório de atividades de 2010. Do total de UP registadas 38% já existiam no momento da admissão, enquanto a incidência de UP observada na rede foi de 10,5% (RNCCI, 2010).

Segundo Warriner e Cáster (2011) as UP ocorrem frequentemente em pessoas com diversas morbilidades, especialmente as que estão perto do fim da vida, ainda que recebam bons cuidados. Para Jaul (2010) a presença de uma úlcera constitui uma síndrome geriátrica composta por condições patológicas ligadas a diversos fatores. A imobilidade, deficiência nutricional e doenças crónicas, ao predispor o envelhecimento da pele da pessoa idosa, aumenta a vulnerabilidade para úlcera. O autor acrescenta que a avaliação e gestão de uma úlcera de pressão exigem uma abordagem global e multidisciplinar.

A própria definição da EPUAP&NPUAP não é conclusiva, evidenciando a natureza multifatorial que envolve a etiologia das úlceras (EPUAP&NPUAP, 2009).

No estudo publicado por Franks et al (2004) com o título: “*Úlceras de Perna em Portugal – um problema de saúde subestimado*” referem que se pudessem transpor os dados de prevalência colhidos numa área de Lisboa para o país em geral, significaria que aproximadamente 14000 doentes sofrem de uma úlcera venosa em qualquer momento, com outros 42000 tendo uma úlcera cicatrizada, mas com risco de recorrência. Os resultados deste estudo confirmaram que a úlcera surge predominantemente na meia-idade e que aumenta progressivamente de prevalência.

Foi realizado um estudo em 1996, que incluiu 8243 utentes de centros de saúde: refere uma prevalência de Insuficiência Venosa Crónica de 20% nos homens e de 40% nas

mulheres na população portuguesa. A prevalência estimada de úlcera venosa crónica ativa e inativa foi de 3,2% nos homens e 3,9% nas mulheres (Franks et al 2004).

A doença arterial periférica (DAP), independentemente da gravidade da sua expressão clínica constitui um marcador independente de risco elevado de mortalidade cardiovascular. Os sintomas de claudicação intermitente ou de isquemia mais avançada são indicadores da presença da doença; a avaliação do índice de pressão tornozelo-braço (IPTB), permite a identificação da presença da mesma (mesmo quando assintomática) e tem valor preditivo para a ocorrência de eventos cardiovasculares (Menezes, 2009).

A prevalência total de DAP estima-se entre 3% a 10% (Menezes, 2009). No documento TASC II a prevalência de DAP na população portuguesa em indivíduos com e sem DAP, avaliada por ITB<0,9, foi de 5,9%, sendo aproximadamente 2 vezes superior no sexo masculino (8,4% versus 4,1%, $p<0,001$). Os dados obtidos com estes estudos permitem o planeamento e desenvolvimento de estratégias de prevenção eficazes, que contribuam para maior eficácia e rigor na tomada de decisões relativamente aos cuidados médicos necessários para intervir.

Em Portugal, estima-se que cerca de 1,5% das consultas de clínica geral são devidas a doença venosa crónica dos membros inferiores, com uma média anual de 2,3 consultas por doente e uma média de 32 tratamentos por doente com úlcera venosa crónica (Capitão, 1996). Num estudo de Capitão et al. 1995, foi estimado que cerca de 40% das mulheres e 20% dos homens da população adulta portuguesa sofrem de doença venosa crónica dos membros inferiores. A úlcera cutânea, a manifestação mais séria de IVC, tem uma prevalência semelhante nos dois sexos e atinge sobretudo os escalões etários acima dos 50 anos. Acima dos 70 anos, cerca de 11% dos indivíduos de ambos os sexos sofre de úlcera venosa crónica em actividade ou cicatrizada (Menezes, 1996).

Efectuando o ajustamento para a idade com base nos dados do Censo 91, a prevalência nacional, na população com mais de 15 anos, designadamente quanto à úlcera venosa crónica teve uma prevalência estimada de 3,2% nos homens e de 3,9% nas mulheres, correspondendo respectivamente a 120 mil e a 160 mil casos (Menezes, 1995).

A classificação de feridas assume uma panóplia de autorias, e por conseguinte, escolheu-se a classificação utilizada pelo guião de orientação estabelecido no âmbito do Estudo Nacional de Prevalência em Feridas da Universidade Católica Portuguesa, pelo

facto de se utilizar o respetivo instrumento de colheita de dados.

1.5 Caracterização do distrito selecionado para estudo

Tendo por base estes dados epidemiológicos acerca da problemática das feridas, no mundo e em Portugal, pretende-se que o presente trabalho “Prevalência de Feridas no Distrito de Viana do Castelo”, permita caracterizar e comparar os dados nele obtido, face ao panorama supra exposto e que daí advenha uma reflexão sobre os cuidados da própria prática no tratamento de feridas no distrito.

A Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E., foi criada pelo Decreto-Lei 183/2008 de 04 de Setembro, rectificado pelo Decreto-Lei 12/2009, de 12 de Janeiro, tendo integrado o Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E. com os Centros de Saúde do distrito de Viana do Castelo.

A ULS constitui uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde, tendo como objectivo, o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, com eficiência e eficácia asseguráveis a toda a população. Agrega duas unidades hospitalares (Hospital de Santa Luzia em Viana do Castelo e Hospital Conde de Bertandos em Ponte de Lima), um “Centro de Saúde” por cada um dos Concelhos - à excepção do Concelho de Viana do Castelo com 3 “Centros de Saúde” e 2 Unidades de Convalescença. Encontram-se ainda em actividade, 9 Unidades de Saúde Familiares, inseridas nos “Centros de Saúde” de, Arcos de Valdevez (USF UArcos e USF Vale do Vez), Caminha (USF Vale do Âncora), Darque (USF Arquis Nova), Ponte de Lima (USF Lethes, USF Vale do Lima, USF Mais Saúde, USF Freixo) e Viana do Castelo (USF Gil Eanes).

Esta nova Unidade, abrange a totalidade do distrito: Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira, com uma área territorial de 2.218,8 Km² e uma população residente estimada de 241.147, dos quais 12,8 % têm menos de 15 anos e 23,1% têm mais de 65 anos e uma densidade populacional de 108,7 hab./Km². O índice de envelhecimento local é de 180,4 que é bastante elevado quando comparado com o de Portugal na mesma altura que é de 133,5 (PORDATA, Ano 2013).



Fig. 1 - Mapa do Distrito de Viana do Castelo

Os Hospitais de Santa Luzia e Conde de Bertandos, prestam cuidados diferenciados e dispõem de 445 camas, assim distribuídas:

- Departamento de Cirurgia – 155;
- Departamento de Medicina – 181;
- Departamento da Mulher e Criança – 77;
- Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – 24;
- 8 Camas de cuidados intensivos (unidade polivalente);

Dispõem ainda de:

- 24 Berços;
- 20 Camas de OBS;

- 2 Blocos Operatórios: Central e Ambulatório, respetivamente com 5 e 2 salas, dotadas de equipamento para cirurgia tradicional e laparoscópica. O Bloco de Partos dispõe de 6 salas.

O Serviço de Consultas Externas dispõe de 45 gabinetes, estando 11 instalados no Hospital Conde de Bertiandos e 34 no Hospital de Santa Luzia, dos quais 8 afectos ao Departamento de Psiquiatria.

A área de Hospital de Dia está equipada com 16 cadeirões, dos quais 11 instalados no Hospital de Santa Luzia e 5 no Hospital Conde de Bertiandos. À área de dia estão ainda alocadas 5 camas, 3 no Hospital de Santa Luzia e 2 no Conde de Bertiandos.

Segundo os dados obtidos em 2012, estavam contratados num total de 693 médicos e 1525 enfermeiros no território Minho-Lima, o que perfaz um rácio de 1.115,4 habitantes/médico nos centros de saúde e de 646,7 habitantes /médico nos hospitais. Relativamente aos profissionais de enfermagem, o rácio era de 992,5 habitantes/enfermeiro nos centros de saúde e 400,6 habitantes/enfermeiro nos hospitais (PORDATA, Ano 2012).

A Unidade Local de Saúde do Alto Minho presta serviços em todas as valências básicas e intermédias. Do lado das valências altamente diferenciadas têm como capacidade de oferta a endocrinologia, a cirurgia plástica e reconstrutiva e a reumatologia, conferindo-lhe assim um elevado nível de diferenciação. No total tem capacidade de oferta para trinta especialidades.

Parte II – Contributo Pessoal

Neste capítulo pretende-se apresentar todo o percurso metodológico em que este estudo assentou. Como tal, entende-se a metodologia como “um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 2009), com o sentido de, através de um ou vários pressupostos teóricos que se pretendem estudar, saber ou conhecer levam o investigador a delinear um processo em que ao operacionalizá-lo, obtém informação concordante, discordante ou nova em relação ao ponto de partida a investigar. Objetivando, o método científico não é mais que um conjunto de procedimentos adotados com o propósito de atingir o conhecimento (Prodanov & Freitas, 2013). A metodologia, serve de igual modo, para estruturar o estudo, descrever e explicar o(s) método(s) que se adoptam, assim como a(s) técnica(s) que se irão usar.

Em suma, pretende-se ilustrar todo o percurso de investigação realizado, designadamente: objetivos do estudo, tipo de estudo, a caracterização da população e da amostra; os critérios de inclusão e exclusão adotados para a colheita de dados e o instrumento usado para essa respetiva colheita de informação. Na parte final, expõe-se os procedimentos de análise e discussão dos dados que foram adotados, ultimando com as considerações éticas implícitas ao processo de investigação.

1. Justificação do tema

1.1. Objectivos gerais

Este estudo pretende contribuir para a melhor documentação epidemiológica das feridas num distrito do Norte de Portugal e permitir a caracterização dos doentes e respectivas feridas nos cuidados de saúde diferenciados e nos cuidados de saúde primários.

Como tal, este estudo de prevalência de feridas no distrito selecionado, tem como objectivos gerais:

- Estimar a prevalência de feridas nos indivíduos nas Unidades de Saúde de uma Unidade Local de Saúde;

- Caracterizar os portadores com ferida nas mesmas Unidades de Saúde;

1.2 Objectivos específicos

Pretende-se de igual modo atingir os seguintes objectivos específicos:

- a) Determinar a prevalência de feridas nos indivíduos internados nos hospitais da ULS e nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários (PL, M e VC);
- b) Conhecer os antecedentes/fatores de risco dos indivíduos com feridas internados nos hospitais da ULS e nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários;
- c) Identificar e caracterizar as feridas dos indivíduos internados nos hospitais da ULS e nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários, relativamente a:
 - a. Número de feridas
 - b. Classificação;
 - c. Localização anatómica;
 - d. Origem;
 - e. Lateralização
 - f. Duração das feridas
 - g. Área
 - h. Tipos de tecidos
 - i. Exsudado
 - j. PUSH Score
 - k. Sinais de infeção
 - l. Pele perilesional
- d) Determinar o tempo despendido na realização dos tratamentos às feridas principais (F1)
- e) Determinar o nível de dor durante o dia e durante o tratamento das feridas principais (F1)
- f) Conhecer a frequência de realização dos tratamentos das feridas principais (F1)
- g) Averiguar qual(ais) o(s) material(ais) de penso mais frequente(s) no tratamento(s) de feridas principais (F1)

2. Metodologia

2.1. Tipo de estudo

Neste trabalho, de carácter epidemiológico pretende-se estudar a prevalência de um fenómeno ou acontecimento que espelha a qualidade dos cuidados de saúde. Portanto, trata-se de um estudo, que quanto ao método de tratamento de dados e quanto aos momentos de colheita de dados é transversal, inserindo-se no paradigma quantitativo, observacional e transversal, e tem como objetivo estimar a prevalência de feridas num distrito do Norte de Portugal.

Na literatura, este tipo de estudo transversal é comumente referenciado, também, como vertical, pontual, de prevalência, corte-transversal, de corte ou seccional (“cross-seccional”), pois representa uma forma simples de pesquisa populacional e é um dos exemplos de estudo mais usados na pesquisa epidemiológica. Servem desta forma, para medir a prevalência de uma doença e, por esse motivo, são muitas vezes denominados por estudos de prevalência. (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2006)

Por sua vez, um estudo de prevalência faz a contagem de casos da doença ou de uma condição específica (neste caso, ferida) num determinado ponto ou período de tempo (como se tratasse de uma fotografia). Este tipo de estudo é útil no estudo do impacto e implicações das doenças crónicas para os serviços de saúde. (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2006)

O cálculo da prevalência, faz-se dividindo o número de casos (ou condição específica) pela população em risco num determinado tempo. (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2006)

2.2. População e amostra

O estudo que se apresenta desenvolveu-se nos Cuidados de Saúde Primários e nos Cuidados de Saúde Diferenciados de um distrito do Norte de Portugal, numa Unidade Local de Saúde (ULS) durante a 2ª semana de Março de 2014.

“Uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade base da população junto da qual a informação é recolhida.” (Fortin, 2009). Desta forma, entende-se como população alvo, toda a população “que o investigador quer estudar e a propósito da qual deseja fazer generalizações” (Fortin, Côté, & Filion, 2006). No entanto, a população acessível é a fração da população alvo que está ao alcance do investigador, podendo ser limitada a uma região, uma província, uma cidade, um estabelecimento, entre outros (Fortin, et al., 2006).

A população neste estudo será constituída pelos indivíduos que frequentam a consulta dos Cuidados de Saúde Primários e dos Cuidados de Saúde Diferenciados do referido Distrito. Portanto, a amostra será constituída por todos os indivíduos com feridas que recorram à consulta de enfermagem de tratamento de feridas nos Cuidados de Saúde Primários e aos indivíduos portadores de feridas hospitalizados nos cuidados de Saúde Diferenciados do Distrito no período supra referido.

A população/amostra obteve-se por amostragem do tipo não probabilística accidental.

Nos CSP, a colheita de dados para o estudo foi realizada durante a 2ª semana de Março, de 10 a 14. A colheita nos Cuidados Diferenciados foi realizada em 11 e 12 de Março, da mesma semana dos CSP. Pretendeu-se que a colheita de dados fosse realizada simultaneamente nos dois níveis de cuidados (settings), com o objectivo da não duplicação de dados.

Toda esta 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.

2.3. Critérios de Inclusão

Constituíram critérios de inclusão para a composição da amostra em estudo:

- Ser portador de ferida;
- Estar inscrito num Centro de Saúde do distrito selecionado;
- Estar internado no Hospital Central do distrito;
- Aceitar participar no estudo.

2.4. Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão para a formação da amostra em estudo foram:

- Os utentes que recorreram aos Serviços de Urgência, quer dos Cuidados de Saúde Primários quer dos Cuidados de Saúde Diferenciados do respetivo distrito.

2.5. Instrumento de Recolha de Dados

“O processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para esse fim” (Fortin, 2009).

O instrumento de colheita de dados foi desenvolvido com o intuito de responder aos objetivos do estudo e de acordo com a revisão da literatura e consenso de peritos. Encontra-se validado e foi cedido pela UCP – ICS Porto, no âmbito do Estudo Nacional de Prevalência em Feridas (2011) (ANEXO VI). Neste instrumento foram utilizadas escalas de avaliação do risco, de avaliação do estado da ferida e de avaliação da dor, instrumentos já validados para Portugal e à luz das mais recentes evidências na área da prevenção e tratamento de feridas.

O anonimato foi garantido. Não foi colhido nenhum tipo de informação que possibilitasse a identificação individual dos indivíduos. O guião de preenchimento do instrumento (ANEXO VII), foi disponibilizado a todos os enfermeiros dos serviços a

fim de garantir a uniformização e rigor na colheita de dados, realizada através de entrevista e observação efetuada aos indivíduos da amostra, para uma avaliação das características das feridas.

2.6. Variáveis do IRD

O instrumento apresenta variáveis independentes que aferem: (I) Informações demográficas; (II) Antecedentes/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) Avaliação do IPTB e terapia compressiva (apenas se as lesões se localizarem nos membros inferiores); (VI) Utilização de exames complementares de diagnóstico; (VII) Avaliação e caracterização da ferida “PUSH-PT” (localização, local, pele-perilesional); (VIII) Tratamento da ferida (Infecção, dor, local de realização do tratamento, duração do tratamento, frequência do tratamento, materiais utilizados)

Neste estudo a variável dependente foi o doente com ferida.

A identificação das variáveis em estudo, fez-se conforme o IRD (ANEXO VI) e a sua operacionalização, ou seja, a forma de resposta ou obtenção da variável de estudo, fez-se de acordo com o Guião de preenchimento do IRC (ANEXO VII).

2.7. Tratamento estatístico dos dados

O método de análise dos dados do estudo científico apresentado é o método quantitativo, pelo que os dados colhidos foram inseridos no computador, numa base de dados no programa Microsoft Excel[®] e tratados estatisticamente pelo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS[®]) – versão 20.0 para Windows.

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

3. Resultados e Análise dos dados

3.1. Caracterização da Amostra e Prevalência de feridas no distrito de VC

A colheita de dados deste trabalho foi realizada em dois momentos. Nos cuidados diferenciados, hospitais, a colheita foi realizada durante dois dias, 11 e 12 de Março. O hospital de VC tinha disponíveis 424 camas de internamento, incluindo a Unidade de AVC localizada em PL, com 364 camas ocupadas. Dos 364 indivíduos que estavam internados, 151 apresentavam feridas. Nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários, a colheita foi realizada ao longo da 2ª semana de Março, de 10 a 14. Nos três Centros de Saúde, com as respetivas 11 Unidades de Cuidados (USF, UCC/ECI, e UCSP), havia um total de 250.273 inscritos (INE – Ano 2011). Foram feitos 12090 contactos ao longo das semanas de colheita, em que 439 indivíduos apresentavam ferida. Com isto temos, uma prevalência total de 4,74%, 41,5% no hospital e 3,63% nos Cuidados de Saúde Primários.

Para elucidar da melhor forma estes dois ambientes, na Tabela 1 encontram-se representados os números de camas, camas ocupadas e indivíduos com ferida nos Cuidados Diferenciados, por serviço, porquanto nos Cuidados de Saúde Primários, (Tabela 2), representam-se os locais de contacto, número de contactos e indivíduos com ferida. Todos estes dados se referem a F1, ferida principal.

Serviços	N camas	Ocupadas	N_Ind_ferida	Prev_Serv	Prev_total
Medicina	181	169	43	25,44%	28,48%
Cirurgia	190	165	100	60,61%	66,23%
UCI	28	24	8	33,33%	5,30%
Pediatria	25	6	0	0,00%	0,00%
Total	424	364	151		100,00%

Tabela 1 – Caracterização da amostra nos Cuidados Diferenciados

Local	Contactos	U. Com Feridas
<i>Centro de Saúde Ponte Lima</i>		
USF Mais Saude	1064	27
USF Vale Lima	1465	83
USF Lethes	1797	100
USF Freixo Saude	766	41
UCC Mais Perto / ECCI	20	11
Total parcial	5112	262
Local	Contactos	U. Com Feridas
<i>Centro Saúde Monção</i>		
ECCI	10	8
UCSP 1	1791	14
Total parcial	1801	22
Local	Contactos	U. Com Feridas
<i>Centro Saúde Viana Castelo</i>		
USF Gil Eanes	1311	47
UCSP Viana	1441	36
USF Atlântico	883	25
UCSP Santa Marta Portezelo	1542	47
Total parcial	5177	155
TOTAL	12090	439

Tabela 2 – Caracterização da amostra nos Cuidados de Saúde Primários

Dos 590 indivíduos registados com ferida, 39,7% (n=234) são do género masculino e 60,3% (n=356) do género feminino, ou seja, o género feminino é predominante.

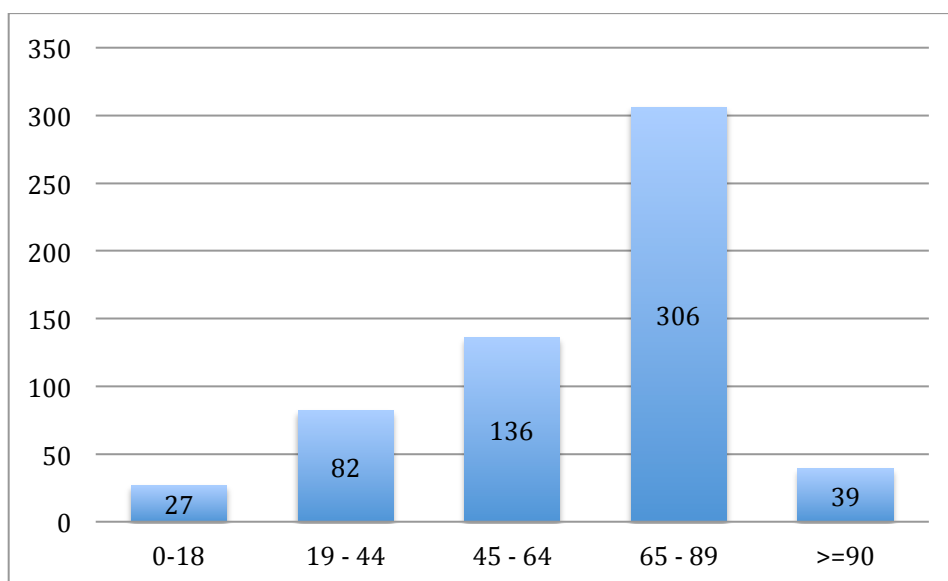


Gráfico 1 – Distribuição dos indivíduos da amostra por idades

Em termos de idade a amostra é maioritariamente idosa, incluindo desde crianças e jovens até idosos com mais de 90 anos. A idade mínima foi de 2 anos e a máxima de 101. A média de idades situa-se nos 64,18 anos com um $DP\pm$ de 21,37, sendo a moda de 78 anos e a mediana de 69 anos.

Quanto à profissão de base foi difícil defini-la devido ao facto da população com ferida, ser maioritariamente, reformada (54,4%).

No que concerne aos grupos profissionais da amostra obtida (ver ANEXO I) temos com 54,4% os reformados, sendo expectável atendendo a que a amostra é constituída maioritariamente por indivíduos idosos, por sua vez, com menos representatividade temos os representantes do poder legislativo e executivos, com 0,3%. Um grupo de 30 indivíduos não responderam à questão, representado 5,1%.

As comorbilidades são os antecedentes/factores de risco que podem comprometer o processo cicatricial. Pode-se entender como fator de risco, uma característica inata ou adquirida de um indivíduo, que se associa ao aumento da probabilidade de este vir a sofrer ou falecer de determinada doença ou condição (Fletcher, SW, & EH, 1996).³

³ Sendo difícil enumerar todos eles, os mais relevantes, de acordo com a literatura, estão presentes no instrumento de recolha de dados, tendo sido deixado um espaço também para a adição de outros antecedentes.

As comorbilidades mais frequentes (ver ANEXO II e III) foram: a HTA com 39%, a DM (tipo I e II) com 21,2% e a Dislipidemia com 11,5%. A IVP 10,3%, a Imobilidade 9% e as incontinências (urinária e fecal) 12,4 são fatores de risco principais para o agravamento e cronicidade das feridas. Os AVCs com 7,6% e a perda de sensibilidade com 3,1% apresentam-se como fatores de risco importantes no aparecimento de feridas, pois, atendendo a que muitas vezes estes problemas representam graves sequelas neuro-sensitivas.

3.2. Caracterização das feridas

Dos 590 indivíduos com ferida(s), 79,5% apresenta apenas uma ferida. Por sua vez, 20,5% apresentam duas ou mais feridas, independentemente da sua etiologia. Destaca-se o facto de existirem 2 utentes com 7 feridas simultaneamente.

Não se tiveram em linha de conta feridas provocadas por punções venosas, arteriais, centrais, periféricas e ostomias não decorrentes de procedimentos cirúrgicos recentes (≤ 1 semana) e sem material de sutura. Nos indivíduos com diversas feridas, foi considerada uma como sendo a principal (F1).

Segundo Fletcher, 2008, as feridas podem ser classificadas quanto ao seu tipo, ou seja, feridas agudas e feridas crónicas. As feridas agudas são: traumáticas, cirúrgicas e queimaduras. As feridas crónicas incluem as úlceras de perna, úlceras de pressão, úlceras de pé diabético e feridas malignas.

Neste caso, constata-se que existe uma clara predominância de feridas agudas, 65% versus as feridas crónicas 34%.

Analisando todas as feridas agudas, vemos que neste tipo, prevalecem as feridas cirúrgicas com 57%, seguidas das feridas traumáticas 29% e apenas 5% de queimaduras.

De notar ainda a existência de 9% de feridas com outro tipo de ferida aguda, mas o factor de decisão para inclui-las como tal, foi o tempo de existência.

Na totalidade das feridas crónicas as úlceras de pressão, nas categorias I, II, III e IV representam 49%. As úlcera de perna, de etiologia venosa, arterial mista e desconhecida, representam 40% e as úlceras de pé diabético neuroisquémico e

neuropático figuram com 7%. Por sua vez, as úlceras malignas constituem 4% do total de feridas crónicas. Das feridas principais (F1) destacam-se em termos numéricos a cirúrgica (228), a traumática (114), as úlceras de pressão (94) e as úlceras de perna (77); das secundárias as úlceras de pressão (67), as feridas cirúrgicas (50) e traumáticas (32) e as úlceras de perna (21).

Para melhor se compreender quais os tipos de feridas que constituem a amostra, sejam elas as feridas principais (F1) e/ou as feridas secundárias (F2-F7), e dessa forma conseguir perceber em termos numéricos cada uma delas, os gráficos encontram-se em anexo (ver ANEXO IV e V).

Após a caracterização da amostra, o nº de feridas por indivíduo, os tipos de feridas que a constituem, principais e secundárias, é peremptório apresentar separadamente os resultados relativos aos Cuidados de Saúde Primários e aos Cuidados Diferenciados.

3.3. Caracterização das feridas nos Cuidados Diferenciados e nos Cuidados de Saúde Primários

Nos cuidados diferenciados, obteve-se um total de 151 indivíduos com ferida. As feridas agudas, como as feridas cirúrgicas, traumáticas, queimaduras e outras como os drenos, quistos e fístulas, etc., representam 76,8% do total, sendo as feridas cirúrgicas as mais representativas, com 57%. Nas feridas crónicas temos, com maior expressão as úlceras de pressão com 17%, como expectável, com 3% as úlceras de perna e apenas com 2% as úlceras do pé diabético.

	CD	CSP	Total
Úlceras de pressão	26	68	94
Úlceras de perna	5	72	77
Úlceras pé diabético	3	11	14
Ferida maligna	1	7	8
Ferida traumática	15	99	114
Ferida cirúrgica	86	142	228

Queimadura	0	19	19
Fístula	0	2	2
Lesão por humidade	7	2	9
Etiologia Desconhecida	0	7	7
Dreno	4	0	4
Quisto/Abcesso/Furúnculo	1	9	10
Traqueostomia	1	0	1
Colostomia	1	0	1
Erisipela/Perfogóide bulhoso/Celulite	1	0	1
Eczema/Dermatite/Líquenplano	0	1	1
Total	151	439	590

Tabela 3 – Feridas principais (F1) nos CD e CSP

Relativamente aos cuidados de saúde primários há um total de 439 indivíduos com ferida. Apesar de nos cingirmos apenas aos cuidados primários, pode-se constatar que as feridas agudas são em maior número 64%, sendo as feridas cirúrgicas ainda as que representam a maior fatia com 32%, seguidas das feridas traumáticas com 23%. Nas feridas crónicas temos com maior representatividade as úlceras de perna com 16%, a seguir as úlceras de pressão com 15% e o pé diabético e as feridas malignas com 3% e 2%, respectivamente.

Como antes verificado, das feridas crónicas, as úlceras de perna e as úlceras de pressão são as que mais impacto têm na prestação de cuidados de saúde, sendo pois, peremptório, analisar os seus números nos dois ambientes de forma a se identificar onde existem com maior expressão.

É pertinente, ainda, esmiuçar os resultados relativos às úlceras de pressão, e suas respectivas categorias. Nos Cuidados de Saúde Primários das 68 úlceras de pressão registadas, 10 (14,7%) são de categoria I, 12 (17,6%) de categoria II, 25 (36,8%) de categoria III e 21 (30,9%) de categoria IV.

Nos Cuidados Diferenciados, o número relativo às úlceras de pressão, sendo consideravelmente mais baixo. Registaram-se 26 úlceras de pressão registadas, 5

(19,2%) são de categoria I, 8 (30,8%) de categoria II, 6 (23%) de categoria III e 7 (26,9%) de categoria IV.

Categorias	CD	CSP	Total
Categoria I	5	10	15
Categoria II	8	12	20
Categoria III	6	25	31
Categoria IV	7	21	28
Total	26	68	94

Tabela 4 – Distribuição de Úlceras de Pressão nos CD e CSP

No que concerne as úlceras de perna em Cuidados Primários, constata-se que se registaram 72 feridas. Destas, 41 (56,9%) são de etiologia venosa, 4 (5,6%) de etiologia arterial, 6 (8,3%) de etiologia mista e 21 (29,2%) de etiologia desconhecida.

Etiologia	CD	CSP	Total
Venosa	2	41	43
Arterial	0	4	4
Mista	0	6	6
Desconhecida	3	21	24
Total	5	72	77

Tabela 5 – Distribuição de Úlceras de Perna nos CD e CSP

Nos cuidados diferenciados, registaram-se apenas 5 úlceras de perna, sendo que 2 (40%) eram de etiologia venosa, 3 (60%) de etiologia desconhecida e nenhuma úlcera de etiologia arterial ou mista.

3.3.1. Localização, lateralização, tamanho, origem, tipos de tecido e exsudado nas feridas

Continuando a caracterização das feridas principais (F1) e mantendo o paralelismo comparativo entre CSP e CD, pode-se ver abaixo, no gráfico 2, que relativamente à localização das feridas F1, estas, nos CSP localizam-se em maior número, 58,8% nos membros inferiores, 12,7% nos membros superiores, 6,8% na cabeça e face, 5% no cóccix e 4% na zona perineal.

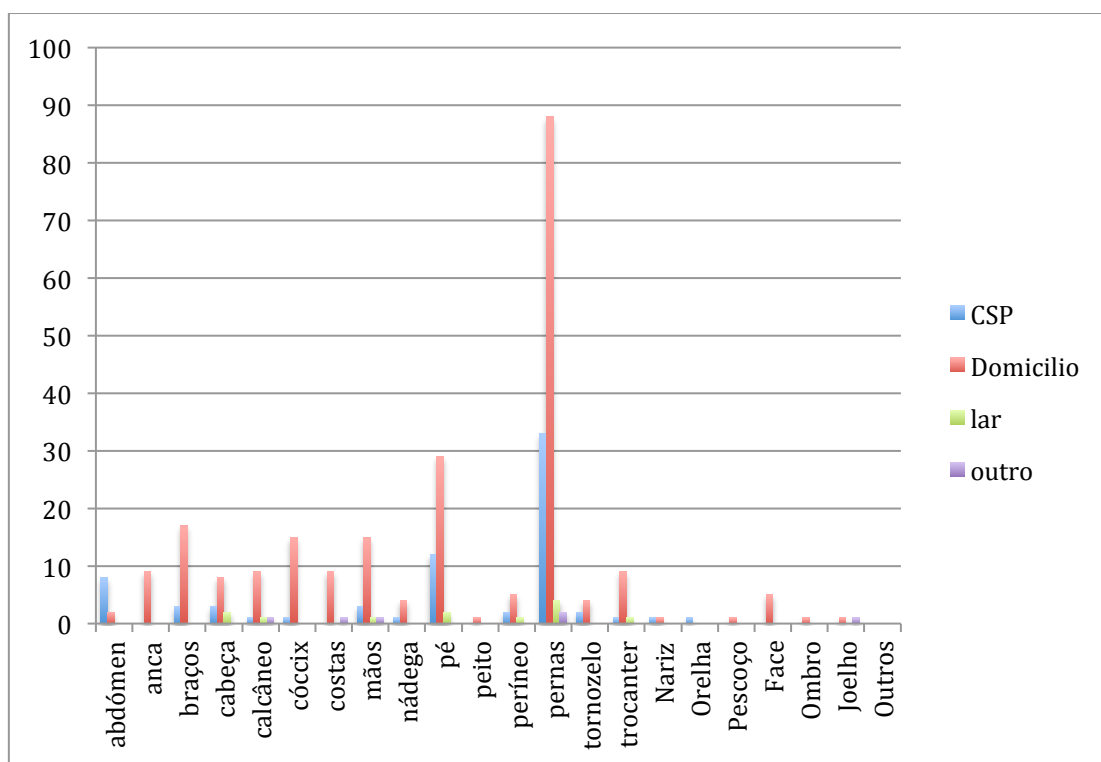


Gráfico 2 – Localização das feridas principais (F1) nos Cuidados de Saúde Primários

Continuando a descrever a localização das feridas F1, nos CD, registaram-se 29,6% no abdómen, 19,9% nos membros inferiores, 11,2% nos membros superiores, 10,1% zona perineal, 9,4% na cabeça e face, e 6,7% no cóccix e anca.

Esta dicotomia de valores, explica-se pela própria natureza dos ambientes; ou seja, nos CSP, é comum haver feridas decorrentes do próprio envelhecimento dos indivíduos, tipicamente feridas de natureza crónica e portanto mais localizadas nos membros inferiores. Por sua vez, nos CD, o tipo de feridas mais numeroso, resulta da natureza cirúrgica e, portanto, feridas localizadas no abdómen, membros inferiores, zona perineal, cabeça e face e anca.

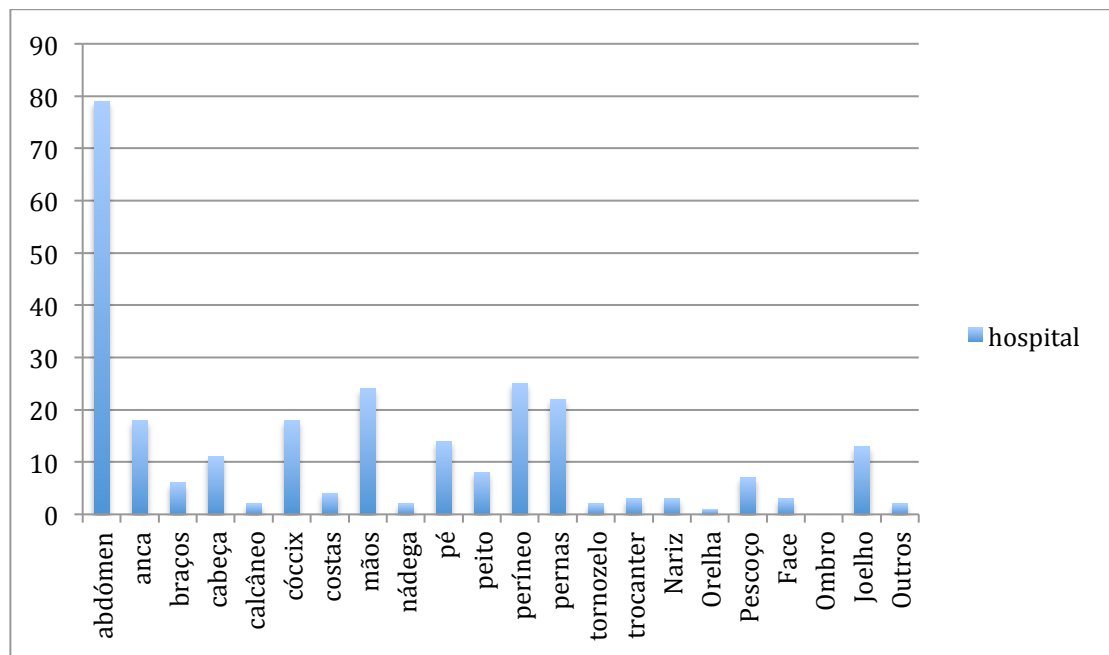


Gráfico 3 – Localização das feridas principais (F1) nos Cuidados Diferenciados

No que respeita à lateralização das feridas principais, verificou-se que 38% das feridas registadas eram tanto à direita como à esquerda e 24% das mesmas situavam-se no centro, plano medial dos indivíduos.

No que se reporta à origem das feridas principais (F1), verifica-se que 45% (267) surgem no Hospital, 40% (233) em ambiente domiciliário, 12% (72) nos Centros de Saúde, 2% (12) em Lares e 1% (6) noutros locais não referenciados. Se atendermos o contexto extra hospitalar, contexto comunitário, vemos que existe uma superioridade do número de feridas, 323.

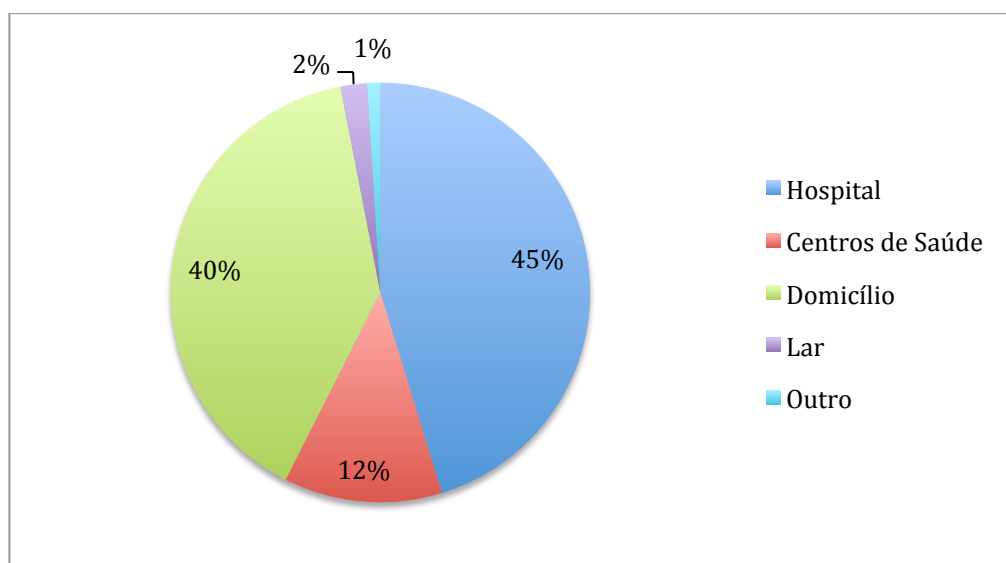


Gráfico 4 – Origem das feridas principais (F1)

As feridas no Hospital, têm origem nos seus próprios serviços em 73%, seguindo-se-lhes o ambiente domiciliário com 22%, 3% em Lares e 1% nos Centros de Saúde e outros locais não designados.

Origem	CD	CSP	Total
Hospital	110	157	267
Centros de Saúde	1	71	72
Domicílios	34	199	233
Lar	4	8	12
Outros	2	4	6
Total	151	439	590

Tabela 6 – Origem das feridas principais (F1) nos CD e CSP

Relativamente aos CSP, 45%, originam-se em ambiente domiciliário, 36% têm origem nos Hospitais, 16% nos Centros de Saúde e apenas 2% em Lares.

Com o intuito de elucidar com mais clareza a origem das feridas nos dois ambientes, expõe-se em seguida o tipo de ferida principal (F1), com origem nos CD e

CSP (tabela 7). Consta-se que praticamente a totalidade de feridas que têm por origem o Hospital, são as feridas cirúrgicas e traumáticas, corroborando a natureza assistencial deste ambiente.

Tipos de Feridas	CD	CSP				Total
	Hospital	Centros de Saúde	Domicílios	Lares	Outros	
Úlcera de pressão Cat. I	1	2	11	0	1	15
Úlcera de pressão Cat. II	5	2	12	1	0	20
Úlcera de pressão Cat. III	11	2	16	2	0	31
Úlcera de pressão Cat. IV	2	0	26	0	0	28
Úlcera de perna venosa	0	11	31	0	1	43
Úlcera de perna arterial	0	2	2	0	0	4
Úlcera de perna mista	0	3	2	1	0	6
Úlcera de perna etiol. desc.	0	8	16	0	0	24
Úlcera pé diab. neuropático	0	6	4	0	0	10
Úlcera pé diab. neuroisquémico	1	0	2	1	0	4
Ferida maligna	3	0	5	0	0	8
Ferida traumática	18	14	74	5	3	114
Ferida cirúrgica	210	15	2	0	1	228
Queimadura	1	4	14	0	0	19
Lesão por humidade	3	1	3	2	0	9
Outros	12	2	13	0	0	27
Total	267	72	233	12	6	590

Tabela 7 – Tipos de feridas principais (F1) com origem nos CD e CSP

Por sua vez, nos CSP, assiste-se a uma distribuição do tipo de feridas por: traumáticas, úlceras de pressão nas suas variadas categorias, úlceras de perna, queimaduras e cirúrgicas. Denota-se uma tipologia de feridas mais dispersa, considerando, da mesma forma, o cariz assistencial deste ambiente.

Considerando, neste ponto, ambos os ambientes e com isso a totalidade das feridas principais (F1), verifica-se que a duração média das mesmas, é de 175,8 dias

(5,7 meses), sendo que a duração mínima foi de 1 dia e a máxima de 10950 dias (30 anos), com DP de $\pm 898,9$ dias.

Pelo gráfico nº 24, visualiza-se que, das feridas registadas, as de duração de uma semana, representam 40,3%, as de 2-3 semanas representam 24,7%, seguidas das de 3 semanas a 6 meses com 22,4%, de 6 meses a 1 ano 6,4% e superiores a 1 ano 6,1%. Se atendermos a toda a linha temporal, verificamos que nos registos, feridas compreendidas até aos 12 meses representam 93,9% e que as feridas superiores a 1ano, variam de 395 dias a 10950 dias.

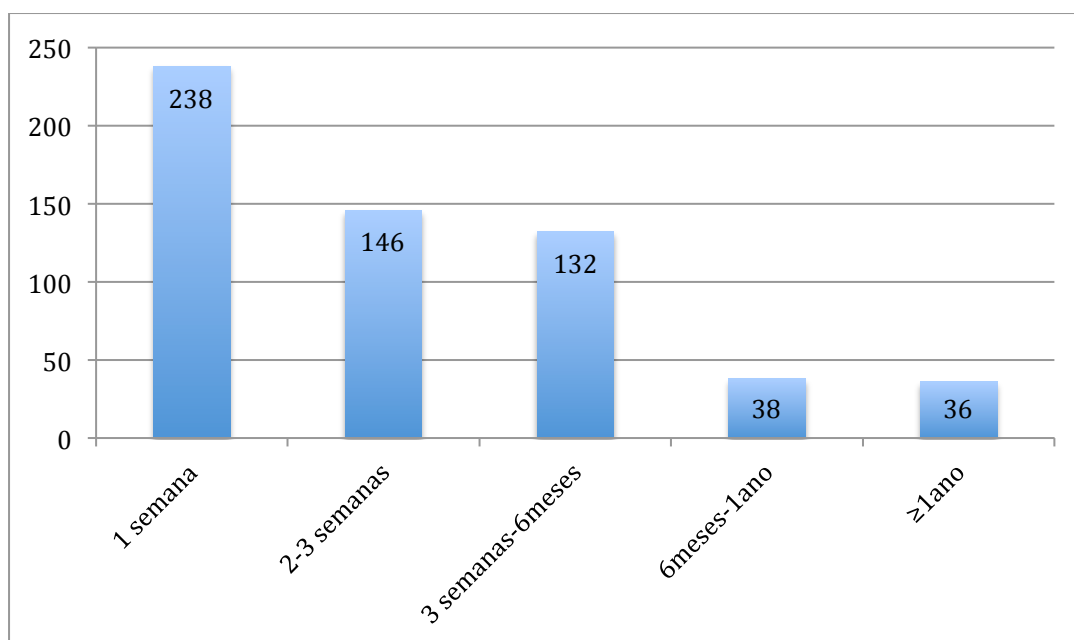


Gráfico 5 – Duração em dias das feridas principais (F1)

Seguindo a descrição das feridas principais (F1), na sua totalidade, mas atendendo à sua dimensão, (área em cm^2) registou-se que a área das feridas principais (F1) varia entre $0,1 \text{ cm}^2$ e 1225 cm^2 , tendo como valor médio $30,3 \text{ cm}^2$. e DP de $\pm 98,2 \text{ cm}^2$. Verifica-se que a grande maioria das feridas principais, 384 feridas (65%) mediam entre 0 e 10 cm^2 , entre 10 e 50 cm^2 registaram-se 136 feridas (23%), ente 50 e 100 cm^2 30 feridas (5 %) e já com medidas acima ou igual a 100 cm^2 obtiveram-se 40 feridas (7%). Ressalva-se que nesta última medida, as medidas variaram entre os 100 cm^2 e os 1225 cm^2 , o que significa uma grande variância e, em termos práticos, resulta em feridas de enormes dimensões.

Quanto ao tipo de tecidos presentes nas feridas principais (F1), o tecido mais registado, foi o de epitelização 38%, o de granulação com 33%, seguido pelo tecido fibrinoso com 19% e por fim o necrosado com 10%. Fazendo uma observação mais minuciosa, identificando o tipo de tecido por tipo de feridas principais (F1), pode constatar-se que no tecido mais registado, o de epitelização, as feridas cirúrgicas são as mais numerosas (144), no tecido de granulação as feridas traumáticas, cirúrgicas, úlceras de pressão e de perna são as mais registadas, com (44, 55, 32 e 33) registos respectivamente. No tecido fibrinoso, as feridas mais comuns são as úlceras de perna, as feridas cirúrgicas, traumáticas e as úlceras de pressão, com (35, 22, 20 e 19) registos, respectivamente. Por fim, no tecido necrosado as feridas mais enumeradas foram as úlceras de pressão e as feridas traumáticas, com 25 e 11 registos respectivamente, concordando com a etiologia destas feridas, em que a destruição tecidular é por vezes bastante acentuada.

Relativamente à quantidade de exsudado presente nas feridas principais (F1), a quantidade mais registada, foi o de escasso, com 36%, com nenhum exsudado 33%, seguido pelo exsudado moderado com 24% e por fim o abundante com 6%, como ilustrado no gráfico 6, infra exposto.

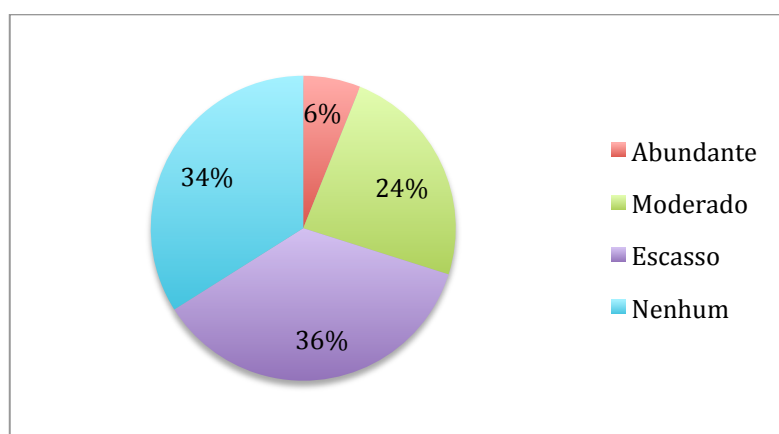


Gráfico 6 – Quantidade de exsudado presente nas feridas principais (F1)

De uma forma mais detalhada, identifica-se a quantidade de exsudado por tipo de feridas principais (F1), e por conseguinte constata-se que no registo nenhum exsudado, as feridas cirúrgicas são as mais numerosas (123), no exsudado escasso, as feridas traumáticas, cirúrgicas, úlceras de pressão e de perna são as mais registadas,

com (54, 63, 32 e 34) registos respectivamente. No exsudado moderado, as feridas mais comuns são as úlceras de pressão, de perna, as feridas cirúrgicas e as traumáticas, com (38, 35, 29 e 18) registos, respectivamente. Findando, no exsudado abundante as feridas mais enumeradas foram as úlceras de pressão e as feridas cirúrgicas, com (7 e 13) registos respectivamente.

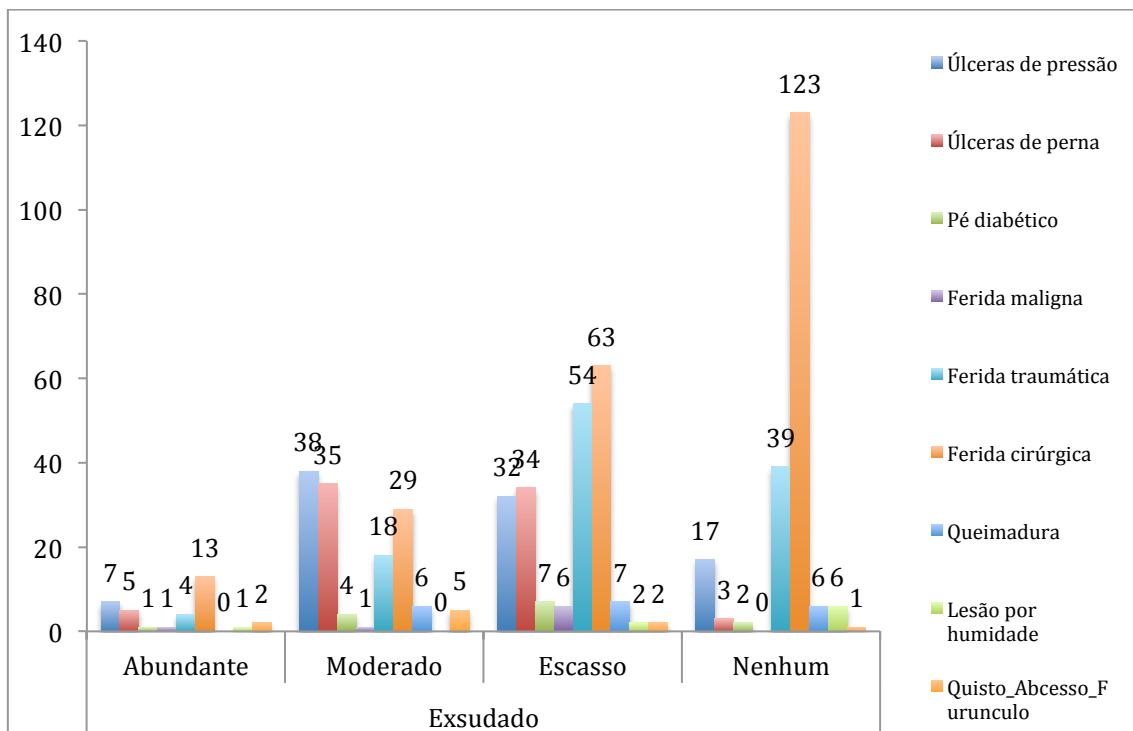


Gráfico 7 – Quantidade de exsudado por tipos de feridas principais (F1)

3.3.2. Push Score

Neste ponto, e com a informação até então observada, é fundamental avaliar as feridas principais (F1) e as secundárias (F2-F7) e fazer a comparação entre CD e CSP no que toca à avaliação do Score PUSH aquando da avaliação das feridas.

No que concerne à avaliação da escala PUSH, nas feridas principais (F1) obteve-se uma média de score de 9,66, mediana de 10, moda de 11 e um score mínimo de 2 e máximo de 17, com $DP \pm 3,44$. Relativamente às feridas principais (F1) obteve-se 62% de feridas com score superior a 8 e 38% com score igual ou inferior a 8, o que traduz

uma possível pior condição do estado geral das feridas. O score obtido na escala PUSH. De uma forma geral, verifica-se que a maior parte das feridas, úlceras de pressão, perna, pé diabético e traumáticas, obtêm um score superior a 8, enquanto as feridas cirúrgicas obtêm um registo maior no score igual ou inferior a 8.

Tipos de Feridas	PUSH Score F1		Total
	≤8	>8	
Úlcera de pressão	25	69	94
Úlcera de perna	6	71	77
Úlcera pé diabético	4	10	14
Ferida maligna	1	7	8
Ferida traumática	37	77	114
Ferida cirúrgica	135	93	228
Queimadura	4	15	19
Fístula	1	1	2
Lesão por humidade	2	7	9
Etiologia Desconhecida	2	5	7
Dreno	4	0	4
Quisto/Abcesso/Furúnculo	3	7	10
Traqueostomia	1	0	1
Colostomia	0	1	1
Erisipela/Perfogoide bulhoso/Celulite	0	1	1
Eczema/dermatite/Líquen plano/	0	1	1
Total	225	365	590

Tabela 8 – PUSH Score por tipo de ferida das feridas principais (F1)

Já no respeitante às feridas secundárias, tabela 9, verifica-se o mesmo cenário, em que todas as feridas à excepção das feridas cirúrgicas, obtêm um score superior a 8. Ressalva-se o facto de as úlceras de perna e as úlceras de pressão terem um número grande de feridas com registo de score superior a 8, especialmente as úlceras de perna (F1 e F2-F7).

Tipo de Ferida	PUSH Score F2 a F7		Total
	≤8	>8	
Úlcera de Pressão	3	64	67
Úlcera de Perna	0	21	21
Pé Diabético	2	1	3
Ferida Maligna	0	2	2
Ferida Traumática	10	21	31
Ferida Cirúrgica	34	17	51
Queimadura	0	3	3
Fístula	0	3	3
Etiologia Desconhecida	0	4	4
Dreno	3	8	11
Nefrostomia	0	1	1
Erisipela/Perfgoide bulhoso/Celulite	0	1	1
Eczema/dermatite/Líquen plano/	0	2	2
Lesão por Humidade	0	3	3
Total	52	151	203

Tabela 9 – PUSH Score por tipo de ferida das feridas secundárias (F2-F7)

Nos CD, verifica-se, contrariamente ao até então encontrado, um PUSH score inferior ou igual a 8 (n=146; 54,7%) maior ao score superior a 8 (n=121; 45,3%).

No gráfico, figuram os scores obtidos para as feridas principais (F1), no contexto dos CSP. Nesta situação verifica-se que o score superior a 8 prevalece independentemente dos diversos locais. Atente-se para o resultado do score das feridas em ambiente domiciliário, em que há claramente um número muito elevado (181vs52) de feridas com PUSH score acima de 8 vs igual ou inferior a 8.

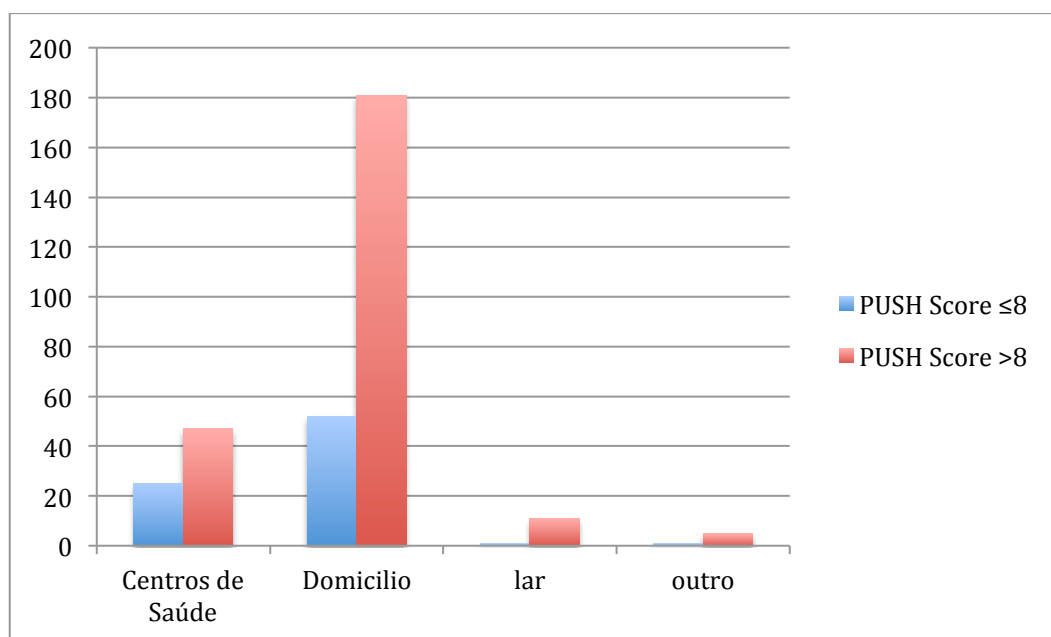


Gráfico 8 – PUSH Score das feridas principais (F1) nos CSP

3.3.3. Duração de tratamento, tempos de deslocação

Regressando a uma análise global das feridas principais (F1), acerca do local de tratamento, constata-se que 57% dos tratamentos é realizado em contexto de ambulatório, 25% em contexto de internamento e 18% em ambiente domiciliário.

Relativamente à duração dos tratamentos das feridas principais (F1), pode-se ver na tabela 10 abaixo, que a média de tempo de tratamento foi de 13,9 minutos, a mediana e a moda de 10 minutos. O tempo mínimo de tratamento foi de 1 minuto e o máximo de 60, com um DP $\pm 8,8$ minutos. Note-se, que estes dados referem-se a 576 registos e que 14 não continham informação acerca desta avaliação.

	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DP
Tempo_Trat (min)	13,88	10,0	10	1	60	$\pm 8,79$

Tabela 10 – Duração dos tratamentos das feridas principais (F1)

Aludindo ao tempo de deslocação para realização dos tratamentos das feridas principais (F1), pode ver-se na tabela 11, que o tempo médio de deslocação pra

realização dos tratamentos foi de 28,02 minutos, a mediana de 25,00 minutos e a moda, ou seja o valor (em minutos) que se repetiu mais vezes ao longo de todos os tratamentos foi de 20. O tempo mínimo de deslocação foi de 7 minutos e o máximo de 70, com um DP $\pm 15,29$ minutos. Repare-se, que estes dados referem-se a 105 registos e que 485 não continham informação acerca desta avaliação, pois não careciam de deslocação.

	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DP
Tempo_Desl (min)	28,02	25,00	20	7	70	$\pm 15,29$

Tabela 11 – Tempo de deslocação nos tratamentos das feridas principais (F1)

3.3.4. Nível de dor

Neste ponto ir-se-á descrever os níveis de dor durante o dia e durante os tratamentos para os indivíduos portadores de feridas principais (F1), assim como fazer uma descrição mais pormenorizada, distinguindo o nível de dor por tipo de ferida principal (F1). Para facilitar a exposição e conseqüentemente a compreensão, a escala da dor, que configura a existência de 10 parâmetros de avaliação foi dividida em 5 categorias mais abrangentes (0-sem dor; 1-3 dor ligeira; 4-6 dor moderada; 7-9 dor intensa e 10- dor máxima).

Em termos globais obtiveram-se 529 registos com nível de dor ao longo do dia, em que a média foi de 1,44, a mediana 0, a moda de 0, com um valor mínimo de 0 e máximo de 10, com DP $\pm 1,94$.

	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DP
Nível_dor_dia	1,44	0,00	0	0	10	$\pm 1,94$

Tabela 12 – Nível de dor ao longo do dia nos indivíduos portadores das feridas principais (F1)

No que concerne, ao nível de dor ao longo do dia por tipo de ferida principal (F1), pode verificar-se que a grande maioria das feridas (458) se encontra sem dor e em dor ligeira, sendo que apenas 12 se encontram na dor intensa e 2 feridas, uma de pé diabético e outra queimadura se enquadram num patamar de dor máxima (Tabela 13).

Tipo de Ferida	Nível Dor Dia									
	Sem Dor		Dor Ligeira		Dor Moderada		Dor Intensa		Dor Máxima	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
U Pressão	50	18,5	13	7	5	8,8	2	16,7	0	0
U Perna	24	8,9	34	18,1	12	21	1	8,3	0	0
Pé Diabético	4	1,5	3	1,6	4	7	1	8,3	1	50
Maligna	3	1,1	1	0,5	2	3,5	1	8,3	0	0
Traumática	53	19,6	40	21,4	10	17,5	1	8,3	0	0
Cirúrgica	110	40,5	80	42,8	21	36,9	5	41,8	0	0
Queimadura	5	1,8	12	6,5	0	0	0	0	1	50
Fístula/Sinus	2	0,7	0	0	0	0	0	0	0	0
Lesão incontinência/humidade	8	3	0	0	1	1,8	0	0	0	0
Ostomia	1	0,4	1	0,5	0	0	0	0	0	0
Alterações Cutâneas	11	4	3	1,6	2	3,5	1	8,3	0	0
Total	271	100	187	100	57	100	12	100	2	100

Tabela 13 – Nível de dor ao longo do dia por tipo de feridas principais (F1)

No registo da dor durante os tratamentos, como figura na tabela, obtiveram-se 528 registos, em que a média de dor foi de 2,28, a mediana 2,00, a moda de 0, com um valor mínimo de 0 e máximo de 10, com DP \pm 2,42.

	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DP
Nível_dor_trat	2,28	2,00	0	0	10	\pm 2,42

Tabela 14 – Nível de dor durante os tratamentos das feridas principais (F1)

Relativamente, ao nível de dor durante o tratamentos por tipo de ferida principal (F1), pode verificar-se que o nível de dor durante o tratamento aumenta e registam-se menos feridas sem dor e em dor ligeira (393), sendo que se registam 134 na dor moderada e intensa e apenas 1 ferida de pé diabético na dor máxima. Note-se que a queimadura durante o tratamento deixou de ter dor máxima, devido certamente à analgesia prévia que as boas práticas e os protocolos de serviço estipulam.

Tipo de Ferida	Nível Dor Tratamento									
	Sem Dor		Dor Ligeira		Dor Moderada		Dor Intensa		Dor Máxima	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
U Pressão	27	14,1	26	12,9	12	12,6	5	12,8	0	0
U Perna	16	8,4	34	16,8	15	15,8	6	15,3	0	0
Pé Diabético	2	1	5	2,5	2	2,1	3	7,7	1	100
Maligna	3	1,6	0	0	0	0	4	10,2	0	0
Traumática	42	22	38	18,8	19	20	4	10,2	0	0
Cirúrgica	83	43,5	83	41	39	41	11	28,2	0	0
Queimadura	2	1	10	5	4	4,2	2	5,1	0	0
Fístula/Sinus	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Lesão incontinência/humidade	8	4,3	0	0	1	1,1	0	0	0	0
Ostomia	1	0,5	0	0	0	0	1	2,5	0	0
Alterações Cutâneas	5	2,6	6	3	3	3,2	3	7,7	0	0
Total	191	100	202	100	95	100	39	100	1	100

Tabela 15 – Nível de dor durante os tratamentos por tipo de feridas principais (F1)

3.3.5. Sinais de infecção e uso de antibióticos

Quanto aos sinais de infecção das feridas principais (F1), gráfico 9, das feridas em que se registaram estes parâmetros, verifica-se que existe um maior número de feridas que se encontram mais exsudativas que o normal (75), existe dor não justificada em 53 destas feridas, 43 delas não está a cicatrizar, tecido desvitalizado está presente em 60 feridas, 30 feridas têm tecido de granulação friável e 22 apresentam um odor diferente do habitual.

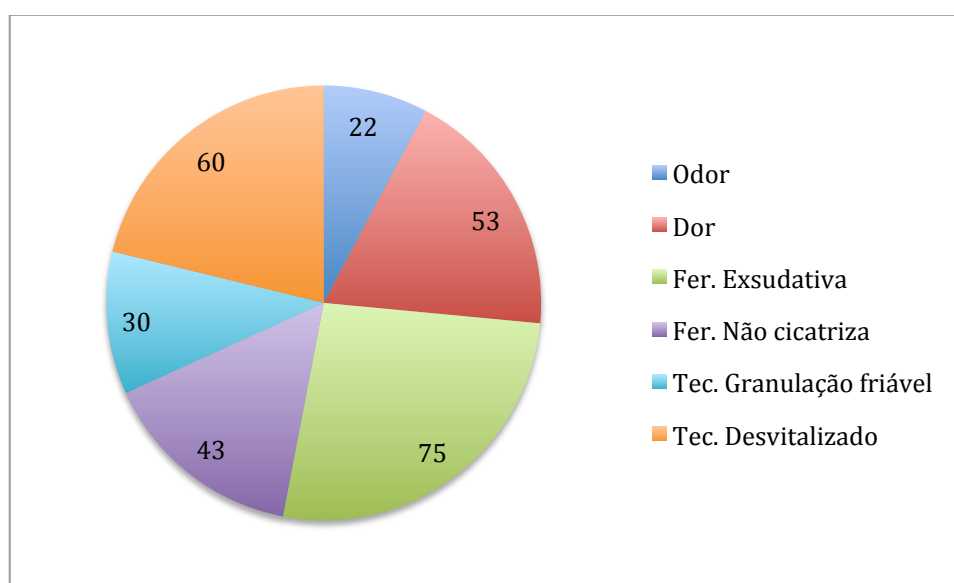


Gráfico 9 – Sinais de infecção das feridas principais (F1)

No que respeita ao uso de antibióticos e ao uso de testes de diagnósticos de infecção dos tecidos profundos nas feridas com sinais de infecção, em 75 feridas foram usados ATB e em 82 feridas realizados testes de diagnóstico.

Remetendo a observação do estado da pele circundante das feridas principais (F1), gráfico 10, verifica-se que se registaram 202 (36%) feridas com a pele circundante hidratada, 130 com a pele seca (23%), 91 (16%) com a pele ruborizada, de seguida 78 (14%) com a pele circundante macerada e por fim 63 (11%) feridas com a pele circundante descamativa.

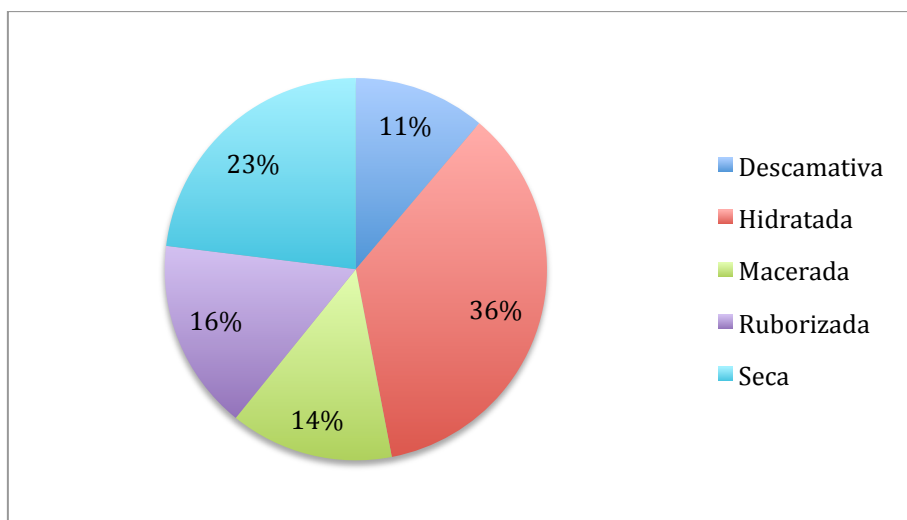


Gráfico 10 – Estado da pele circundante das feridas principais (F1)

3.3.6. Frequência de mudança pensos e material de pensos

No que concerne à frequência da mudança dos pensos nas feridas principais (F1), gráfico 11, constata-se que a grande maioria dos tratamentos 76,4% (451) se realizam entre 2 a 3 vezes por semana. Apenas uma pequena porção de feridas 9,7% (57) realiza a mudança de penso diariamente.

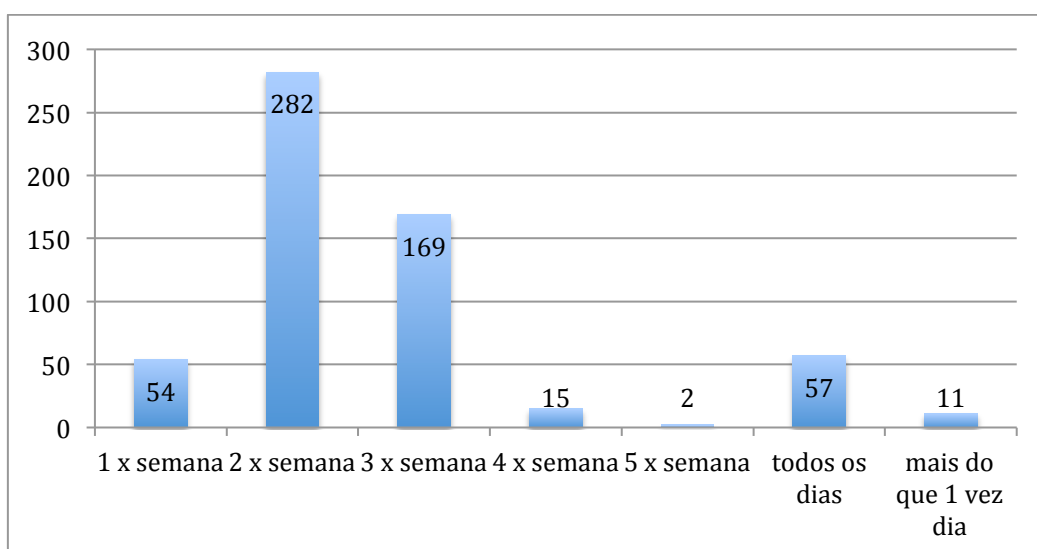


Gráfico 11 – Frequência da mudança dos pensos das feridas principais (F1)

Comparando CSP e CD (gráfico 12), pode verificar-se que a grande maioria dos tratamentos dos CSP (359/439) se realizam entre 2x e 3x por semana, acompanhados

pelos 92/151 tratamentos dos CD que também se realizam com a mesma periodicidade. Apenas se salvaguarda um número menor, mas contudo ainda expressivo de tratamentos, em ambos os ambientes, que necessitam de um frequência diária de penso.

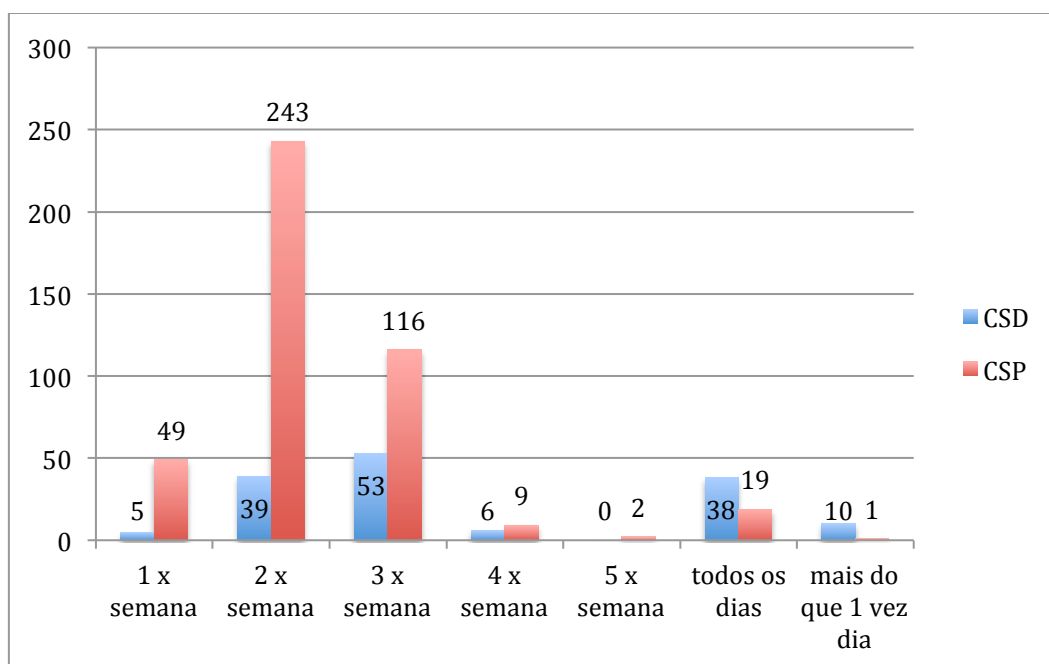


Gráfico 12 – Comparação entre as frequência da mudança dos pensos das feridas principais (F1) nos CSP e CD.

Na tabela nº16, descrevem-se quais os materiais de penso utilizados para o tratamento das feridas principais (F1). Note-se, que só se obtiveram 559 registos de material de penso, não havendo esta informação em 31 indivíduos com ferida principal.

Material de Penso	N=559	
	Frequência	%
Ácido Hialurónico	0	0
Ácidos gordos	12	2,1
Alginato	8	1,4
Biocerâmica	0	0
Hidrofibra	126	22,5
Carvão ativado	6	1,1

Colagénio	5	0,9
Colagenase	9	1,6
Espuma	44	7,9
Hidrocolóide	48	8,6
Hidrogel	80	14,3
Iodo	136	24,3
Maltodextrina	1	0,2
Mel	1	0,2
P. Polimérica	19	3,4
P. Transparente	14	2,5
Poliacrilato	2	0,4
Polihexanida	3	0,5
Prata	44	7,9
Sucralfato	1	0,2

Tabela 16 – Material de penso usado nos tratamentos das feridas principais (F1)

Observando a tabela, verifica-se no material de penso usado para proteção e hidratação cutânea, o uso dos ácidos gordos hiperoxigenados apenas em 2,1% dos utentes, película polimérica em 3,4% e película transparente em 2,5%. No que respeita ao material absorvente: registam-se os alginatos com 1,4%, as hidrofibras com 22,5%, as espumas com 7,9% e os hidrocolóides com 8,6%. No controlo do odor, o carvão ativado apresenta-se com 1,1%. Nos materiais de penso com função desbridante, o hidrogel (autolítico) é usado em 14,3%, a maltodextrina (autolítico) em 0,2%, a colagenase (enzimático) em 1,6% dos casos. Relativamente aos antissépticos e antibacterianos: o iodo é utilizado em 24,3% das feridas, a polihexanida em 0,5%, a prata em 7,9% e o mel em 0,2%. O promotor de cicatrização, o colagénio, é usado em 0,9%.

No entanto, na tabela 17, está detalhado o campo “Outra opção terapêutica” em que a gaze é a opção mais usada para o tratamento (38,3%), a gaze gorda com 4,7% e o tule com 0,6%. Em termos de abordagem à carga bacteriana, temos a Iodopovidona com 2,3%, o ATB tópico e o Inadine® com 2,0%, a Cetrimida e a Sulfadiazina de prata com 1,7% e por fim a Sol. Dakin® com 0,9% e o álcool com 0,6%. Em termos de produtos

barreira registaram-se 4,7%. De notar o uso de eosina em 0,6% dos pensos, assim como 0,9% com o uso de água corrente.

Outra opção terapêutica	N= 344	
	Frequência	%
Gaze	132	38,3
Terapia Compress	22	6,4
Sol. Dakin®	3	0,9
Gaze Gorda	16	4,7
Tule	2	0,6
Inadine®	7	2,0
Eosina	2	0,6
Antibiótico Tópico	7	2,0
Antisséptico/Iodopovidona	8	2,3
Corticóide	1	0,3
Antisséptico/Álcool	2	0,6
Fármacos/Morfina	9	2,6
Antisséptico/Cetrimida	6	1,7
Sulfadiazina	6	1,7
Vit. A/ Ox. Zn ⁺ Creme Barreira	16	4,7
Água Corrente	3	0,9

Tabela 17 – Outra opção terapêutica usada nos tratamentos das feridas principais (F1)

3.3.7. Frequência de úlcera de perna e pé diabético

Considerando agora as frequências das úlceras de perna, nas suas diversas etiologias e as das úlceras do pé diabético, pode-se constatar que quanto às úlceras de perna, as de etiologia venosa são francamente mais numerosas (43), seguidas das de etiologia desconhecida (24). Por sua vez as que têm comprometimento arterial, mistas e arteriais, são menos numerosas (10). No que concerne às úlceras do pé diabético, registaram-se 10 feridas de etiologia neuropática, ou seja, com compromisso nervo-

sensitivo, e ausência de atingimento vascular arterial, sendo que existem 4 em que estes compromissos estão ambos presentes.

A apreciação conjunta destes dois tipos de feridas principais, teve por base a avaliação que se faz da ferida, em que em ambas é peremptório fazer uma correcta avaliação da história clínica para se enquadrarem as avaliações clínicas pertinentes para cada caso “*per si*” pois que comprometem dessa forma a evolução da ferida. Constatase, que de todos os registos obtidos de claudicação é nos Centros de Saúde que se faz mais essa avaliação, 4vs1 no Hospital e 1 no domicílio.

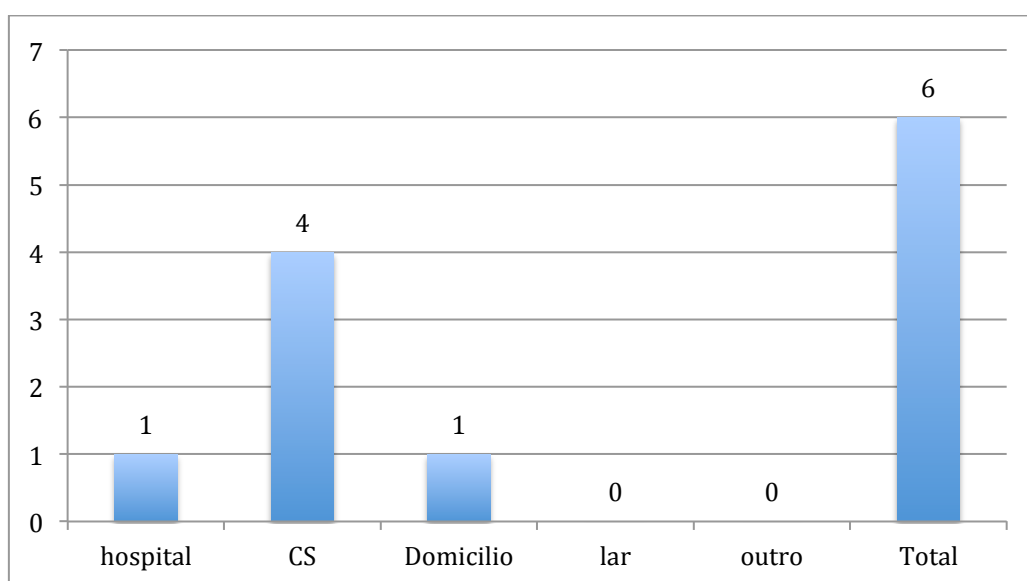


Gráfico 13 – Origem da claudicação intermitente nas feridas principais (F1)

3.3.8. IPTB e TC

O ambiente em que se realiza com mais frequência o Índice de Pressão Tornozelo Braço (IPTB), é nos CSP em 50% (4); portanto, é aqui onde se faz mais a avaliação do compromisso vascular nos membros inferiores, seguindo-se a do ambiente domiciliário 37% (3) e apenas uma avaliação no hospital.

Relativamente ao uso de Terapia Compressiva, verifica-se que se efectua em 21 feridas principais. Dessas 21 feridas, 18 realizam TC com ligaduras de elásticas e 3 com ligaduras inelásticas.

Para concluir a descrição das úlceras de perna e pé diabético, ou as feridas com potencial lesão vascular, verifica-se que das 8 avaliações de IPTB, nas suas diversas

origens, 2 resultados obtiveram um score inferior a 0,5, sendo que as restantes avaliações (6) dividem-se igualmente entre score 0,5-0,8 e igual ou superior a 0,8.

3.3.9. Material de Alívio de Pressão e Escala Braden

No que concerne às UP, já se observou anteriormente neste trabalho qual a frequência e origem, assim como a gravidade em termos de categorias, deste tipo de feridas. Entre os diversos materiais para alívio da pressão, o que é mais utilizado é o colchão de pressão alterna, com 33,3% (79), seguido da almofada de mobilização no leito 27% (64), imediatamente a seguir vem a almofada para a cadeira/ão com 19% e menos utilizados vem o colchão estático 12,2% (29), as calcanheiras 8% (19) e por fim o calçado próprio para diminuição da pressão 0,4% (1).

Reportando-nos à escala de Braden, dos 590 utentes com ferida principal (F1), 292 (49,5%) têm registo do score da aplicação da respectiva escala. Foi registada uma média de 17,65, com um score mínimo de 8 e máximo de 23, (DP \pm 4,17) com uma mediana de 19,00 pontos e moda de 23. Fazendo o ponto de cut-off no score igual ou inferior a 16 para um alto risco de desenvolvimento de UP e efectuando a respectiva divisão entre alto e baixo risco obteve-se: 111 feridas com score de alto risco e 181 feridas com score de baixo risco cuja distribuição se pode verificar pelo gráfico 14.

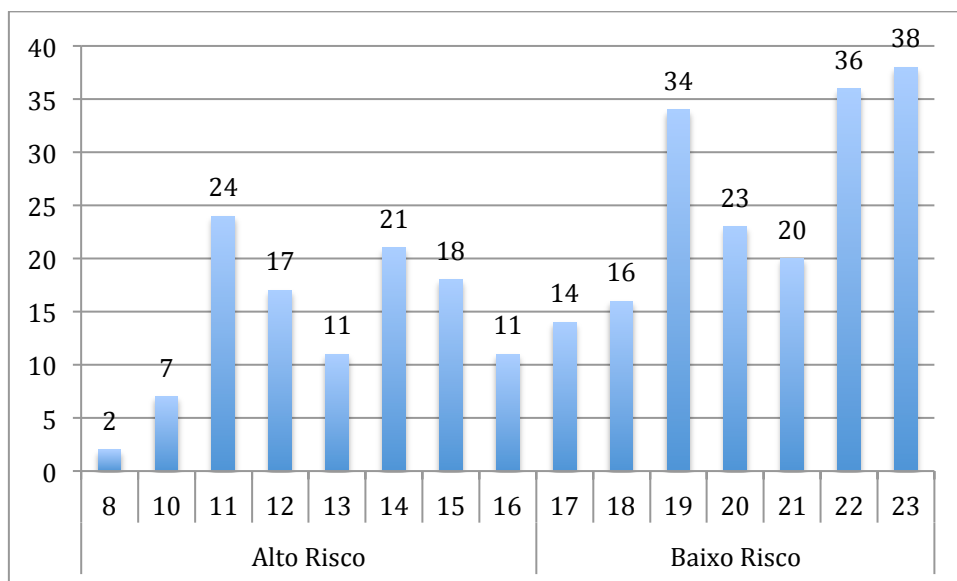


Gráfico 14 –Resultados do score obtidos com a escala de Braden nas feridas principais (F1)

Nesta escala, que é específica para a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, torna-se pertinente apresentar as frequências e os respectivos scores entre as diferentes categorias das úlceras de pressão, como se expõe na tabela 18. Obtiveram-se 74 registos dos scores da aplicação da escala de Braden em indivíduos com úlceras de pressão: 55 de alto risco e 19 de baixo risco.

Score escala de Braden (N=74)															
	8	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Úlcera de pressão cat 1	0	1	3	2	1	2	0	0	1	1	2	0	0	0	0
Úlcera de pressão cat 2	0	1	5	2	4	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Úlcera de pressão cat 3	0	3	4	4	0	3	2	1	0	0	4	1	1	0	1
Úlcera de pressão cat 4	1	1	7	3	1	3	0	0	0	0	4	0	0	1	0
Total	55 Alto Risco								19 Baixo Risco						

Tabela 18 – Score da obtido com a escala de Braden nas UP das feridas principais (F1)

4. Discussão de Resultados

Neste estudo, a amostra de dados recolhida e analisada além de complexa é bastante volumosa, uma vez que o distrito em análise apresenta uma elevada área geográfica.

Nesse sentido, a discussão dos resultados vai tentar simplificar e focar os pontos principais dos objectivos deste trabalho de investigação.

Fazendo o cálculo da taxa de prevalência global do distrito, entre os dados dos CD e CSP, obtém-se uma taxa de 4,7%. No total registaram-se 822 feridas, ($F1=590+F2aF7=232$), sendo que, cada indivíduo, em média apresentava 1,39 feridas e 232 deles apresentavam duas ou mais feridas, variando entre o mínimo de 2 e máximo de 7 feridas.

No período da colheita de dados o Hospital tinha 424 camas de internamento, das quais 364 se encontravam com indivíduos hospitalizados, o que perfaz uma taxa de ocupação de 86%. Desses 364 indivíduos, 151 tinham ferida(s) o que resulta numa taxa de prevalência de 41,5%.

Nesse período de colheita, nos CSP existiam 250273 inscritos no distrito, onde se registaram 12090 contactos nos Centros de Saúde de PL, M e VC. Destes contactos, obteve-se 439 indivíduos com ferida, o que se traduz numa taxa de prevalência de feridas de 3,6%.

Atendendo à literatura, vemos que Vowden, et al., (2007), num estudo em que foram incluídos 72 lares de idosos, 3 hospitais de agudos e serviços comunitários, que davam assistência a 487,975 utentes, obtiveram um total de 1735 utentes com pelo menos uma ferida i.e., uma prevalência de 3,55 por 1000 habitantes. O número total de feridas foi de 2620, com uma média de 1,51 feridas por utente e mediana de 1 ferida por utente. Podemos afirmar que a prevalência deste estudo, é consideravelmente mais baixa (0,355% vs 4,74%) que a do presente estudo, pois a população alvo, também é consideravelmente maior. No entanto, o número médio de ferida por indivíduo, não é tão díspar, com 1,51 vs 1,39, o que significa, que no presente estudo, no total, os indivíduos possuem menos feridas secundárias. No mesmo estudo, a prevalência de feridas dos hospitais, isoladamente, foi de 30,7% (329 utentes com ferida/1072 camas ocupadas), o que ainda assim fica abaixo do resultado obtido neste estudo.

No estudo de Mahé *et al.* (2006) desenvolvido, em Abril de 2005 no Bichat-Claude Benard Hospital em Paris, foram avaliados 22 departamentos com 754 camas. Dos 696 doentes internados, foram avaliados 90% e destes 52% (n=327) tinham ferida, e obtido um total de 933 feridas, com uma média de 2,8 por indivíduo. Comparativamente no presente estudo, podemos deduzir, que se obteve um número de feridas menor 41,5% vs 52%, assim como um menor número de feridas por utente (1,39 vs 2,8).

No estudo de prevalência de Hurd & Posnett (2009), realizado em 13 hospitais de agudos em Alberta, Manitoba e Ontário no Canadá, entre Junho 2006 e Maio 2007, obteve-se um total de 3099 utentes; a sua distribuição variou entre 44 a 537 utentes por hospital, refletindo o número de camas de internamento e a taxa de prevalência mais baixa foi de 30% e a mais elevada de 60%. Comparando com este estudo, verifica-se que a taxa prevalência obtida se encontra dentro das taxas obtidas, assim como a dimensão do respectivo hospital, fazendo com que estes números ainda sejam actuais e transversais a outras realidades de cuidados.

Mulligan, *et al.*, (2008), em 2007 na Austrália efectuou um estudo de prevalência em 85 hospitais públicos, contabilizou 2 979 utentes internados, dos quais 49% tinham uma ou mais feridas. Em 2008 aplicou a mesma metodologia em 86 hospitais da mesma região Australiana, com um total de 3024 utentes internados, tendo-se identificado a prevalência de uma ou mais feridas em 48% dos utentes. Como se pode constatar, novamente, a taxa de prevalência do presente estudo enquadra-se favoravelmente nos resultados obtidos por outros autores, em momentos temporais diferentes, mesmo atendendo à maior dimensão da população em estudo, o que leva a crer que a epidemia das feridas, atinge proporcionalmente a população em geral.

Encontram-se também na literatura, estudos de prevalência que muito se afastam ao encontrado no presente estudo, como num estudo de Jiang, *et al.*, (2011) realizado na China, em 2513 utentes, que receberam tratamento a feridas crónicas, em 17 hospitais de referência: a prevalência avaliada foi de 1,7‰ ou 0,17%, e num estudo de prevalência de Mäkelä, *et al.*, (2010) desenvolvido na Finlândia, identificaram-se 1029 utentes com feridas crónicas, dos quais 51%, se encontravam institucionalizados. Nas unidades privadas apresentaram 71 utentes com ferida crónica (7%) e registaram-se 139 utentes (13%) com ferida crónica nos hospitais. O mesmo se passa na realidade

nacional, já que Furtado (2003), em Portugal, obteve a prevalência de feridas crónicas em cuidados de saúde ambulatoriais estimada de 1,42 pessoas por cada 1000 habitantes, ou seja, 0,42%, o que fica muito longe dos 3,63% do presente estudo.

Constatando as taxas de prevalência de feridas nos diversos estudos supra citados, estes apresentam alguma variação o que poderá ser justificado pelo tipo de hospital, a sua produção em termos cirúrgicos (maior ou menor, ou o oposto) se estão integradas unidades de internamento de longa duração, serviços especializados ou de carácter intensivo, assim como as características e número de população que servem e se está implantado em regiões rurais ou, pelo contrário, em áreas urbanas.

Dos 590 indivíduos com ferida, 60,3% são do sexo feminino, com uma média de idades de 64,18 anos uma moda de 78 anos e maioritariamente reformados, o que se entende como normal, atendendo à pirâmide etária nacional. Apesar da moda ser 78 anos, ainda houve 27 indivíduos com idade inferior a 18 anos a terem ferida, pois a ULS engloba CSP e CD com valências infanto-juvenis.

Estes dados são importantes na caracterização desta amostra, uma vez que são inúmeros os fatores que influenciam o processo de cicatrização das feridas e a idade, por exemplo, intervém de uma forma importante ao longo do envelhecimento da pele. Tendo, obtido, neste caso, uma amostra com idade avançada, teremos mais indivíduos com problemas, como sejam: regressão e desorganização capilar, diminuição da perfusão sanguínea tecidual, resposta inflamatória reduzida ou alterada, diminuição da sensibilidade à dor, entre outros. (McCullch, 2010)

Mais de 10 milhões de pessoas sofrem com feridas crónicas apenas na Europa e nos Estados Unidos, "... um dos factores é o envelhecimento e o aumento crescente de diabéticos e hipertensos..." (OMS, 2010)

É também, importante inquirir e registar os antecedentes de saúde, visto serem fundamentais seja para a avaliação do risco seja para condicionantes à cicatrização.

As comorbilidades mais frequentes foram: a HTA com 39%, a DM (tipo I e II) com 21,2% e a Dislipidémia com 11,5%. A IVP 10,3%, a Imobilidade 9% e as incontínências (urinária e fecal) 12,4% que são factores de risco principais para o agravamento e cronicidade das feridas. Os AVCs com 7,6% e a perda de sensibilidade com 3,1% apresentam-se como factores de risco importantes no aparecimento de

feridas, atendendo a que muitas vezes estes problemas representam graves sequelas neuro-sensitivas.

Estes resultados vão de encontro aos valores esperados pois em termos mundiais os estudos dizem que a HTA afecta 1 em cada 3 no mundo, e mata 9,4 milhões de pessoas por ano de doenças cardiovasculares como AVC se EAMs (OMS, 2013). Assim como a Diabetes Mellitus em 2035 afetará 592 milhões de pessoas no mundo (IDF, 2013) e é a principal causa de amputações dos membros inferiores nos Estados Unidos. Sabemos também que tem um impacto importante na microcirculação, agravando a arterioesclerose (McCullch, 2010). Mais de 1 milhão de amputações efectuadas a doentes com Diabetes por ano. (IWGDF, 2011)

São hoje, também, reconhecidos os efeitos negativos da imobilidade. Segundo dados do Relatório Mundial da Saúde, é estimado que a inatividade física seja, por si só, responsável por 10-16% dos casos de *Diabetes Mellitus* e de alguns tipos de cancro, bem como por 22% dos casos de doença cardíaca isquémica. Estima-se ainda uma proporção de 5-10% de mortes atribuíveis à inatividade física (OMS, 2002).

O compromisso da mobilidade física, relacionada com a doença/traumatismo ou como consequência do processo de envelhecimento, tem consequências na fisiologia humana ao nível dos diferentes sistemas. Mesmo em adultos saudáveis, os efeitos da imobilização prolongada e atrofia por desuso são, *per si*, muitas vezes persistentes e precisam de reabilitação física intensiva para permitir o regresso ao seu nível basal de funcionamento (Fan, et al., 2009). O levantar precoce após uma cirurgia ou doença prolongada, por exemplo, é essencial para restabelecer o conjunto de alterações orgânicas induzidas pela imobilidade. Este aspeto torna-se particularmente importante na pessoa idosa, reconhecidamente mais vulnerável aos efeitos das alterações da mobilidade.

Neste presente estudo obteve-se uma percentagem de 21,5% de outras comorbilidades, associadas a AVC's, perda de sensibilidade, doenças mentais, alterações cutâneas, entre outras, o que nos suscita preocupação e concomitantemente levanta a hipótese de haver um estudo futuro a investigar o impacto destas patologias no desenvolvimento de feridas, pois é sabido que a imobilidade diminuída ou total, é por si só um factor de risco intrínseco para o aparecimento de UP.

Neste estudo obteve-se um valor de 12,4% de incontinência vesical e fecal, que representa um valor elevado e levanta alguma curiosidade pelo facto de haverem apenas 1,5% de lesões por humidade, podendo constituir outro potencial estudo mais aprofundado.

Dos 590 indivíduos com ferida(s), 79,5% apresenta apenas uma ferida. Por sua vez, 20,5% apresentam duas ou mais feridas, independentemente da sua etiologia. Destaca-se o facto de existirem 2 utentes com 7 feridas simultaneamente.

Comparando com outros estudos, os valores encontrados relativamente a indivíduos com apenas uma ferida são muito semelhantes: 79,8% referentes a um estudo Irlandês (McDermott-Scales, et al., 2009). Comparativamente a indivíduos com mais do que uma ferida, temos 20,5%, valor bastante menor quando confrontado com um estudo de Mulligan, *et al* (2008), em que 29% dos utentes apresentavam 3 ou mais feridas.

Segundo Fletcher, 2008, as feridas podem ser classificadas quanto ao seu tipo, ou seja, feridas agudas e feridas crónicas. As feridas agudas podem ser: traumáticas, cirúrgicas e queimaduras. As feridas crónicas incluem as úlceras de perna, úlceras de pressão, úlceras de pé diabético e feridas malignas.

Neste estudo temos 65% de feridas agudas; 34% de feridas crónicas e apenas 1% de feridas com etiologia desconhecida.

Sem grandes surpresas, dentro das feridas agudas impera a quantidade de feridas cirúrgicas, 57%, devido provavelmente ao número elevado de camas existente de âmbito cirúrgico e à quantidade de cirurgias, de origem hospitalar mas com continuidade de cuidados nos CSP; em seguida, as feridas traumáticas com 29% e queimaduras 5%. Se olharmos para a literatura, pode-se concluir que as feridas agudas são as mais prevalentes, como no estudo de Mahé *et al.*, (2006) em que cerca de 42,2% do total de feridas eram cirúrgicas, 13,8% úlceras por pressão, 6,4% úlceras de perna e os restantes 37,6% de feridas encontradas eram devidas a uma variedade de etiologias. O mesmo se passou com o estudo de Vowden, et al., (2009), em que a maioria dos utentes apresentava feridas cirúrgicas ou traumáticas (78,7%), seguidas por úlceras por pressão (11,6%) e úlceras de perna e pé (8,8%). Por sua vez, e contrariando os resultados obtidos, Hurd & Posnett, (2009) obtiveram a maioria dos utentes com ferida com úlceras por pressão (56,2%) ou ferida cirúrgica (31,1%). Os restantes apresentavam úlceras de perna (2,7%), úlceras de pé (2,8%) e outros tipos de ferida (7,2%). Nesta

amostra, aproximadamente 40% das camas de hospital estavam ocupadas por doentes com ferida.

Quanto às feridas crónicas, as úlceras de pressão nas categorias I, II, III e IV representam 49%, as úlceras de perna de etiologia venosa, arterial, mista e desconhecida, representam 40% e as úlceras de pé diabético neuroisquémico e neuropático figuram com 7%. Por sua vez, as úlceras malignas constituem 4% do total de feridas crónicas.

Mäkelä, *et al.*, (2010), num estudo de feridas crónicas, registou como principal tipo de ferida encontrado a úlcera por pressão em cerca de 22% dos casos, um valor muito menor que o encontrado no presente estudo, 49%. Os valores de úlceras de perna venosa com 13% e úlcera isquémica com 8%, também são claramente inferiores ao obtido neste estudo, que foi de 40% para todas as etiologias. Apenas a úlcera do pé diabético com 11% dos casos obteve resultados que no presente estudo foram inferiores (7%). Num outro estudo efetuado na Irlanda obteve-se uma percentagem de 26,2%, valor bem menor que os 49% nas úlceras de pressão nas categorias I, II, III e IV. Os resultados são também menores na comparação das úlceras de perna (incluindo pé diabético) em que temos 47% contra 19% do mesmo estudo (McDermott-Scales, *et al.*, 2009).

Ao caracterizarmos as feridas principais (F1) nos Cuidados Diferenciados e nos Cuidados de Saúde Primários separadamente, podem tirar-se as seguintes ilações:

- De 151 indivíduos identificados com ferida nos cuidados diferenciados, com maior representatividade são as feridas cirúrgicas com 57% dentro das feridas agudas e nas feridas crónicas temos, com maior expressão as úlceras de pressão com 17%, com naturalidade, visto a natureza do ambiente de que se trata, e de acordo com os estudos já analisados até então.
- de um total de 439 indivíduos identificados com ferida nos cuidados de saúde primários, dentro das agudas, as feridas cirúrgicas são as que representam a maior fatia com 32% e em seguida as feridas traumáticas com 23%. Nas feridas crónicas temos com maior representatividade as úlceras de perna com 16%, a seguir as úlceras de pressão com 15% e o pé diabético e as feridas malignas com 3% e 2%, respectivamente. Em relação às feridas crónicas, existe uma supremacia das úlceras de perna e de pressão, que também de acordo com a literatura, são as mais prevalentes.

No que toca à realidade nacional, a prevalência de úlceras de pressão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de Portugal aponta para 17% conforme dados publicados no relatório de atividades de 2010, o que vai de encontro ao número de UP encontradas no presente estudo (17% e 15%, nos CD e CSP respectivamente). (RNCCI, 2010).

Já numa realidade internacional e de acordo com o European Pressure Ulcer Advisory Panel e o National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP/NPUAP, 2009) um estudo recente identificou que a prevalência das úlceras de pressão na Europa era de 18%, dependendo do grupo de doentes e tipo de cuidados. O NPUAP estima que a prevalência e incidência de UP nos Estados Unidos seja de 15% e de 7%, respetivamente. Portanto, pode-se concluir que o presente estudo enquadra-se nos valores obtidos, quer a nível europeu, quer a nível internacional.

Posto isto, nos Cuidados de Saúde Primários, é pertinente esmiuçar os resultados relativos às úlceras de pressão, e às suas respectivas categorias. Das 68 úlceras de pressão registadas, 10 (14,7%) são de categoria I, 12 (17,6%) de categoria II, 25 (36,8%) de categoria III e 21 (30,9%) de categoria IV.

Se fizermos um paralelismo comparativo com um estudo espanhol de Agreda, et al., (2007) e compararmos a distribuição das UP nas 4 categorias, registadas nos Centros de Saúde, temos uma percentagem de úlceras de pressão de categoria 1 de 14,7% muito equivalente à do estudo com 14,9%; relativamente aos valores obtidos com as úlceras de pressão de categoria 2 obtemos um valor de 17,6% bastante mais elevado do que 6,7%. Nas UP de categoria 3 obteve-se um valor de 36,8% também muito equivalente ao do estudo com 36,6%. Por fim, nas UP de categoria 4 registou-se uma percentagem muito superior de 30,9%, do que no estudo em questão, em que obtiveram 13,7%, o que é preocupante pois este tipo de feridas envolve-se de uma enorme complexidade e acarreta custos adicionais diretos e indiretos.

Nos Cuidados Diferenciados, o número relativo às úlceras de pressão, altera-se muito, sendo consideravelmente mais baixo. Registaram-se 26 úlceras de pressão, 5 (19,2%) são de categoria I, 8 (30,8%) de categoria II, 6 (23%) de categoria III e 7 (26,9%) de categoria IV.

Num estudo realizado por Barrois, et al., (2008), para determinar a prevalência de úlceras de pressão nos hospitais públicos franceses obteve-se uma taxa de prevalência de 8,9%. Nesse estudo 67% das úlceras de pressão encontradas são das categorias 1 e 2, o que neste estudo corresponde a 50% das referidas categorias. Relativamente às úlceras de pressão de categoria 3, a prevalência era de 19% e neste estudo o valor encontrado é muito aproximado de 23%; finalmente quantos às úlceras de pressão de categoria 4 encontrámos 26,9% contra 14% no estudo citado, o que se considera também gravoso, pela justificação já dada anteriormente nos CSP.

No que concerne às úlceras de perna em ambiente de cuidados primários, constata-se que se registaram 72 feridas, que se traduzem numa prevalência de 16%. Destas 72 úlceras, 41 (56,9%) são de etiologia venosa, 4 (5,6%) de etiologia arterial, 6 (8,3%) de etiologia mista e 21 (29,2%) de etiologia desconhecida.

No documento de consenso da (C.O.N.U.E.I, 2009), em Espanha a prevalência de úlceras nos membros inferiores era de 0,10 a 0,30%, sendo que para população com idade igual ou superior a 65 anos é 2 vezes superior; valores claramente inferiores ao obtido neste estudo. Um outro estudo, de Furtado (2003), relacionado com úlcera de perna numa área urbana em Lisboa identificou-se uma prevalência de 1,41 por 1000, ou seja, 0,14%, que continua a ser claramente inferior à prevalência encontrada neste presente estudo.

Franks *et al.*, (2004) realizou um estudo em 1996, que incluiu 8243 utentes de centros de saúde na população portuguesa. A prevalência estimada de úlcera venosa crónica activa e inactiva foi de 3,2% nos homens e 3,9% nas mulheres. Ainda assim, este estudo não se aproxima da prevalência obtida por nós, visto que se calcularmos a prevalência global, obtém-se um valor de 6,1% vs 16%.

Nos cuidados diferenciados, registaram-se apenas 5 úlceras de perna, sendo que 2 (40%) eram de etiologia venosa, 3 (60%) de etiologia desconhecida e nenhuma úlcera de etiologia arterial ou mista, revelando pequena prevalência desta tipologia de feridas nos CD, atendendo ao seu carácter crónico, antagónico deste tipo de cuidados, tipicamente agudo e/ou electivo

Continuando a caracterização das feridas principais (F1) e mantendo o paralelismo comparativo entre CSP e CD, pode-se verificar relativamente à localização das feridas F1: nos CSP estas localizam-se em maior número, nos membros inferiores

58,8%, 12,7% nos membros superiores, 6,8% na cabeça e face, 5% no cóccix e 4% na zona perineal.

Nos CD, registaram-se 29,6% no abdómen, 19,9% nos membros inferiores, 11,2% nos membros superiores, 10,1% zona perineal, 9,4% na cabeça e face, e 6,7% no cóccix e anca.

Naturalmente que esta disparidade de localização de feridas entre os CSP e os CD tem a ver com a natureza dos cuidados em si: assim, nos CSP, é comum haver feridas decorrentes do próprio envelhecimento dos indivíduos, tipicamente feridas de natureza crónica e portanto mais localizadas nos membros inferiores; e nos CD, visto a actividade cirúrgica ser mais produtiva, haver mais feridas localizadas no abdómen.

No que concerne à origem das feridas principais (F1), verifica-se que 45% destas surgem no Hospital, enquanto 40% em ambiente domiciliário e apenas 12% (72) nos Centros de Saúde, 2% em Lares e 1% noutros locais não referenciados.

Mas também se pode dizer, pela análise dos dados, que nos CD a maior parte das feridas, 210, têm origem no hospital, o que seria expectável visto que quase a totalidade das feridas são cirúrgicas, ou seja, resultam de uma intervenção executada no hospital, corroborando a natureza assistencial deste ambiente. Por outro lado, estes dados levam-nos a concluir que as poucas UP (17) e feridas traumáticas (18) têm origem na instituição, lesões essas que são potencialmente evitáveis com medidas adequadas.

Por sua vez, nos CSP, no que concerne a origem de ferida principal (F1), assiste-se a uma distribuição do tipo de feridas por: traumáticas, úlceras de pressão nas suas variadas categorias, úlceras de perna, queimaduras e cirúrgicas.

Os dados do presente estudo vão de encontro com os do estudo realizado em Espanha, por Agreda, et al., (2007). Nos hospitais, a principal origem nesse estudo, é nos próprios hospitais com 59,4%, no presente também, mas com 73%. Seguidamente vem o ambiente domiciliário, tal como no presente estudo, com 23,7% vs 22%. Relativamente aos Lares temos um valor idêntico entre o valor dos autores e o do estudo actual, 6,7% vs 3%. Quanto aos CSP a principal origem das feridas, neste estudo espanhol, são em ambiente domiciliário com 61,3%, sendo que no presente estudo também, apesar de apenas ser 45%. Seguidamente, vem o hospital com 22,4%, tal como

no presente estudo com 36%. Note-se que neste estudo se registou, também, um valor baixo quanto aos Lares com 5% vs 2% no estudo actual.

Nos valores obtidos neste estudo, relativamente aos Lares, pode-se suscitar o interesse para outros estudos mais profundos, visto que noutros estudos como de Tannen, et al., (2008) se demonstra que chegaram a valores de 31,4% de prevalência em lares na Holanda e de 6,4% em lares na Alemanha.

Relativamente à duração das feridas principais (F1), verifica-se que das feridas registadas, as de duração de uma semana, representam 40,3%, as de 2-3 semanas 24,7%, seguidas das de 3 semanas a 6 meses com 22,4%, de 6 meses a 1 ano 6,4% e superiores a 1 ano 6,1%. Se atendermos a toda a linha temporal, verificamos que nos registos, feridas compreendidas até aos 12 meses representam 93,9% e que as feridas superiores a 1 ano, variam de 395 dias a 10950 dias.

Comparativamente a um estudo irlandês de McDermott-Scales, et al., (2009), os dados obtidos na duração das feridas do actual estudo, apresentam-se favoráveis, visto que, os autores obtiveram uma duração até 4 semanas de 38,2% das feridas, enquanto nas 3 primeiras semanas o actual estudo obteve 65%. Entre 6 meses a 1 ano obtiveram 24,5% vs 6,4% deste estudo. Feridas em que a evolução dura há mais de 1 ano, obtiveram 15,9% vs 6,1%. Em ambos os estudos existem registos de tempos máximos de feridas iguais a 30 anos.

Considerando que a maior percentagem das feridas tem uma duração de 1 semana, 40,3%, este resultado vai de encontro aos resultados que nos indicam haver uma maior percentagem de feridas agudas. Considera-se ser este o tempo médio estimado de tratamento nas feridas cirúrgicas e traumáticas, sem complicações de cicatrização.

No que concerne a área das feridas principais (F1) verifica-se que a grande maioria das feridas principais, 384 feridas (65%) mediam entre 0 e 10 cm² entre 10 e 50 cm² registaram-se 136 feridas (23%), entre 50 e 100 cm², 30 feridas (5 %) e já com medidas acima ou igual a 100 cm² obtiveram-se 40 feridas (7%). Ressalva-se que nesta última medida, as medidas variaram entre os 100 cm² e os 1225 cm², o que significa uma grande variação e, em termos práticos, evidencia feridas de enormes dimensões com conseqüente incremento na panóplia de cuidados e materiais que o tratamento de feridas assim o exige.

Quanto ao tipo de tecidos presentes nas feridas principais (F1), o tecido mais registado, foi o de epitelização 38%, o de granulação com 33%, seguido pelo tecido fibrinoso com 19% e por fim o necrosado com 10%, valores que se enquadram com as áreas de feridas obtidas. Já no que respeita à literatura, verifica-se que num estudo de Mahé *et al.*, (2006), se obteve 35,8% de feridas com tecido necrosado e fibrina húmida, enquanto que no presente estudo esses tecidos representam apenas 29%.

Relativamente à quantidade de exsudado presente nas feridas principais (F1), a quantidade mais registada, foi o escasso, com 36%, com nenhum exsudado 33%, seguido pelo exsudado moderado com 24% e por fim o abundante com 6%. Atendendo à frequência da área das feridas, à frequência dos tecidos presentes e à tipologia das feridas existe uma concordância nestes parâmetros.

No entanto, é comumente sabido que, no desenrolar do processo cicatricial, concomitantemente com a angiogénese, se dá a contração progressiva dos tecidos limítrofes da ferida; analogamente, os tecidos presentes, caracteristicamente, serão tecidos desvitalizados, tecido de granulação e por fim tecido de epitelização. Por conseguinte é expectável haver mais tecido de epitelização em feridas pequenas, como também se explica pela grande quantidade de feridas cirúrgicas deste estudo.

Para corroborar estas ilações, e fazendo uma observação mais minuciosa, identificando o tipo de tecido por tipo de feridas principais (F1), pode constatar-se que no tecido mais registado, o de epitelização, as feridas cirúrgicas são as mais numerosas (144), no tecido de granulação as feridas traumáticas, cirúrgicas, úlceras de pressão e de perna são as mais registadas, com 44, 55, 32 e 33 registos, respectivamente. No tecido fibrinoso, as feridas mais comuns são as úlceras de perna, as feridas cirúrgicas, traumáticas e as úlceras de pressão, com 35, 22, 20 e 19 registos, respectivamente. Por fim, no tecido necrosado as feridas mais enumeradas foram as úlceras de pressão e as feridas traumáticas, com 25 e 11 registos, respectivamente, concordando com a etiologia destas feridas, em que a destruição tecidular é por vezes bastante acentuada.

Para avaliação do estado local da ferida foi usada a escala de avaliação da cicatrização PUSH-PT. Esta escala encontra-se traduzida e validada, pelo CEISUC, para a realidade portuguesa desde 2005, A Escala é adaptada às úlceras de pressão (NPUAP/EPUAP, 1998). No entanto, pode ajudar-nos a compreender a evolução dos outros tipos de feridas, já que em todas elas se pode avaliar estas características.

Engloba três aspetos de avaliação local da ferida, a área da ferida (avaliada pelo comprimento x largura), com pontuação de 0 a 10, quantidade de exsudado, com pontuação de 0 a 3 e tipo de tecido presente, com pontuação de 0 a 4. A pontuação máxima possível é de 17 e a mínima de 0. Quanto mais próxima de 0, melhor o estado da ferida e maior a tendência para a sua cicatrização, e quanto mais próxima de 17, pior o estado e prognóstico da ferida. Considerou-se o *cut off point* na pontuação 8, ou seja um score ≤ 8 indica bom prognóstico para a cicatrização e bom estado geral da ferida e >8 , precisamente o oposto.

No que concerne à avaliação da escala PUSH, nas feridas principais (F1) obteve-se uma média de score de 9,66, mediana de 10, moda de 11 e um score mínimo de 2 e máximo de 17, com $DP \pm 3,44$. Pode-se então afirmar que as feridas principais (F1) se encontram, em média, mais deterioradas (pior estado local) e corrobora-se este dado, com uma moda de 11, que é o valor mais vezes repetido.

Relativamente às feridas principais (F1), obteve-se 62% de feridas com score superior a 8 e 38% com score igual ou inferior a 8, o que traduz uma pior condição do estado geral das feridas, como supra referido. De uma forma geral, verifica-se que a maior parte das feridas, úlceras de pressão, perna, pé diabético e traumáticas, obtêm um score superior a 8, enquanto as feridas cirúrgicas obtêm um registo maior no score igual ou inferior a 8, sendo compreensível, atendendo ao carácter crónico e agudo, respectivamente, das feridas em análise.

Já no respeitante às feridas secundárias (F2-F7), verifica-se o mesmo “cenário”, em que todas as feridas à excepção das feridas cirúrgicas, obtêm um score superior a 8. Ressalva-se o facto de as úlceras de perna e as úlceras de pressão terem um número grande de feridas com registo de score superior a 8, especialmente as úlceras de perna (F1 e F2-F7).

Nos CD, verifica-se, contrariamente ao até então encontrado, um PUSH score inferior ou igual a 8 (54,7%) maior ao score superior a 8 (45,3%), provavelmente associado à natureza cirúrgica das feridas, sendo mais feridas agudas e tendencialmente de resolução mais rápida, curta e bem sucedida.

No contexto dos CSP, verifica-se que o score superior a 8 prevalece independentemente dos diversos locais. Atente-se para o resultado do score das feridas

em ambiente domiciliário, em que há claramente um número muito elevado (181vs52) de feridas com PUSH score acima de 8 vs igual ou inferior a 8.

Neste contexto, a par de outros paralelismos, encontramos feridas em pior estado, o que reforça a ideia que nos CSP prevalecem as feridas com maior carácter de cronicidade, estando patente no score PUSH obtido pelas mesmas.

Analisando, mais minuciosamente, podemos verificar que a quantidade de exsudado e o tipo de tecido presente são dois aspectos importantes que afetam directamente o score PUSH, e que no presente estudo, verificamos que a maior frequência de feridas com pouco exsudado, eram também as de menor dimensões, as feridas cirúrgicas, sendo portanto as com menor score obtido, fazendo concordância entre todos os dados obtidos.

Regressando a uma análise global das feridas principais (F1), e reflectindo sobre o local de tratamento, constata-se que 75% dos tratamentos é realizado em contexto de ambulatório e domiciliário e que apenas 25% são realizadas em contexto de internamento, podendo, desta forma eventualmente condicionar a disponibilidade de material para o tratamento de feridas. Quanto à duração dos tratamentos das feridas principais (F1), obteve-se uma média de tempo de tratamento de 13,9 minutos, a mediana de 10 minutos e a moda, ou seja o valor (em minutos) que se repetiu mais vezes ao longo de todos os tratamentos foi de 10, também. O tempo mínimo de tratamento foi de 1 minuto e o máximo de 60, com um DP \pm 8,8 minutos. Note-se, que estes dados referem-se a 576 registos e que 14 não continham essa informação. Nesta avaliação apenas se reforça o facto de que 1 minuto é claramente insuficiente para se prestarem cuidados de qualidade ao indivíduo com ferida. Já se atendermos à média, vemos que com 13,9 minutos já se consegue realizar uma correcta avaliação e planeamento do tratamento da ferida, com qualidade, para além de permitir em termos de gestão um melhor planeamento dos recursos humanos e gestão da agenda do enfermeiro.

Aludindo ao tempo de deslocação para realização dos tratamentos das feridas principais (F1), o tempo médio de deslocação para realização dos tratamento foi de 28,02 minutos, a mediana de 25,00 minutos e a moda, ou seja o valor (em minutos) que se repetiu mais vezes ao longo de todos os tratamentos foi de 20. O tempo mínimo de deslocação foi de 7 minutos e o máximo de 70, com um DP \pm 15,29 minutos. Repare-se,

que estes dados se referem a 105 registos e que 485 não continham informação acerca desta avaliação, pois não careciam de deslocação. Os valores aqui encontrados, média e a grande variância entre mínimo e máximo, explicam-se pela vasta área geográfica que caracteriza este distrito, em que existe uma maior concentração de população na zona urbana, e nessa área o tempo de deslocação será menor, e uma área de população dispersa pela zona rural, a que obriga, inevitavelmente a tempos de deslocação maiores.

O controlo da dor é essencial para que a cicatrização ocorra. Sendo uma preocupação de todos os profissionais de saúde o seu controlo e tratamento é por questões éticas e por imposição de normas das autoridades de saúde, uma constante. Desta forma e cumprindo com a circular normativa n.º 9 da DGCG, de 14/06/2003, ...”considera-se como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde: o registo sistemático da intensidade da Dor; 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”; e a inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor.” No presente estudo foi avaliado o nível de dor recorrendo à escala numérica. Esta escala configura a existência de 10 parâmetros de avaliação e por uma questão de facilidade de interpretação, *a posteriori*, fez-se a correspondência à escala qualitativa de 5 categorias: 0-sem dor; 1-3 dor ligeira; 4-6 dor moderada; 7-9 dor intensa e 10- dor máxima.

Neste ponto, observou-se os níveis de dor durante o dia e durante os tratamentos para os indivíduos portadores de feridas principais (F1), e efectuou-se uma descrição mais pormenorizada, distinguindo o nível de dor por tipo de ferida principal (F1). Em termos globais, obtiveram-se 529 registos com nível de dor ao longo do dia, em que a média foi de 1,44, a mediana 0, a moda de 0, com um valor mínimo de 0 e máximo de 10, com DP \pm 1,94. Neste parâmetro, conclui-se que existe uma grande preocupação dos profissionais em registar este dito 5º sinal vital, (90% de registo) e que o valor de dor mais registado foi o de 0, o que significa que existem várias pessoas sem dor. No que concerne ao nível de dor ao longo do dia por tipo de ferida principal (F1), pode verificar-se que a grande maioria das feridas (458) se encontra sem dor e com dor

ligeira, 57 com dor moderada e sendo que apenas 12 se encontram na dor intensa e 2 feridas (uma de pé diabético e outra de queimadura) se enquadram num patamar de dor máxima. De facto, o que é preocupante, é que existam 57 indivíduos com dor moderada, 12 em dor intensa e 2 em dor máxima, pois apesar das etiologias destas feridas indicarem grandes níveis de dor, também existem recursos analgésicos que se encontram descritos na escada de analgesia da OMS, e que poderão não estar a ser usados, evidenciando um descontrolo da dor durante o dia.

No registo da dor durante os tratamentos, obtiveram-se 528 registos, em que a média de dor foi de 2,28, a mediana 2,00, a moda de 0, com um valor mínimo de 0 e máximo de 10, com $DP \pm 2,42$. No que alude ao nível de dor durante o tratamento por tipo de ferida principal (F1), pode verificar-se que o nível de dor durante o tratamento aumenta e registam-se menos feridas sem dor e em dor ligeira (393), sendo que se registam 134 na dor moderada e intensa e apenas 1 ferida de pé diabético na dor máxima. Neste ponto, verificamos um aumento do nível da dor, por completo, em que seria, certamente, importante averiguar em estudos futuros, quais ou qual a razão concreta que leva a este aumento tão marcado (12 indivíduos com dor intensa durante o dia vs 39 indivíduos com dor intensa durante o tratamento). Note-se que a queimadura durante o tratamento deixou de ter dor máxima, devido certamente à analgesia prévia que as boas práticas e os protocolos de serviço estipulam. Pieper, et al., (2009), num estudo relativo à mudança de penso, verificaram que 68,1% de indivíduos com úlcera de pressão, vêm a sua dor aumentada durante esse procedimento.

Portanto, como se conhece, a dor não tratada, tem um impacto negativo sobre o processo de cicatrização e tem também, impacto na qualidade de vida. A dor relacionada com procedimento de troca do material de penso, pode ser tratada combinando uma adequada avaliação, seleção de materiais apropriados, perícia do profissional e instituição de regimes de analgesia individualizados. Num estudo de Pieper, et al., (2009), revelou-se que 34,8 a 68,1% dos indivíduos referiam dor na troca/retirada de penso, por vários factores, tais como: técnica de penso, material usado, tipo de penso utilizado, temperatura dos solutos, entre outros.

Quanto aos sinais de infecção das feridas principais (F1), das feridas em que se registaram estes parâmetros, verifica-se que existe um maior número de feridas que se encontram mais exsudativas que o normal (75); existe dor não justificada em 53 destas

feridas; 43 delas não está a cicatrizar; tecido desvitalizado está presente em 60 feridas; 30 feridas têm tecido de granulação friável e 22 apresentam um odor diferente do habitual; ou seja: existem 283 feridas (48%) em que pelo menos um sinal de infecção está presente, o que faz sentido se relacionarmos com a média do score PUSH das feridas F1.

No que respeita ao uso de antibióticos e ao uso de testes de diagnósticos de infeção dos tecidos profundos nas feridas com sinais de infeção, pode verificar-se, que em 75 feridas foram usados ATB e em 82 feridas realizados testes de diagnóstico. Neste campo é que também se sugerem novas hipóteses de investigação, pois é necessário averiguar se em todos os ATB usados foram previamente realizados testes de diagnóstico.

Um dos vários factores que afeta o nível de dor durante o tratamento é o estado da pele peri-lesional, portanto, quando as feridas tendem a prolongar o estado inflamatório, passando de necessário e saudável a persistente e deletério, provoca-se uma resposta de aumento de sensibilidade no leito da ferida (hiperalgia primária) e na pele peri-lesional (hiperalgia secundária) (WUWHS, 2004). Remetendo a observação do estado da pele circundante das feridas principais (F1), verifica-se que se registaram 202 (36%) feridas com a pele circundante hidratada, 130 com a pele seca (23%), 91 (16%) com a pele ruborizada; de seguida, 78 (14%) com a pele circundante macerada e por fim 63 (11%) feridas com a pele circundante descamativa. Este dado pode remeter a um uso indevido, ou a escolha errada no tipo de material de penso para a correta gestão de exsudado, assim como para um periodicidade diária, nos indivíduos com a pele macerada e ruborizada.

No que concerne à frequência da mudança dos pensos nas feridas principais (F1), constata-se que a grande maioria dos tratamentos 76,4% (451) se realizam entre 2 a 3 vezes por semana. Apenas uma pequena porção de feridas 9,7% (57) realiza a mudança de penso diariamente. Atendendo à comparação entre os CSP e CD, pode verificar-se que a grande maioria dos tratamentos dos CSP (359/439) se realizam entre 2x e 3x por semana, a par dos 92/151 tratamentos dos CD também se realizam com a mesma periodicidade. Apenas se salvaguarda um número menor, mas contudo ainda expressivo de tratamentos, em ambos os ambientes, que necessitam de um frequência diária de penso. O facto de haver tantos tratamentos com esta periodicidade revela que

as feridas crónicas requerem um grande dispêndio de cuidados, assim, como estão em concordância com o score PUSH médio, obtido, pois as feridas, em média, apresentam-se em pior estado geral, o que conjugando estes fatores todos, nos leva a pensar que esta poderá ser uma razão para os níveis de dor tão elevados que as feridas infligem aos seus portadores. Em termos hipotéticos, também poderá haver necessidade de averiguar qual o nível de educação pré e pós graduada dos profissionais que tratam estes doentes, no sentido de se ajuizar corretamente se a avaliação da ferida, implementação de plano terapêutico e seleção de materiais de penso se faz segundo as evidências/consensos/guidelines mais recentes.

O ambiente local da ferida é um dos 3 ambientes que afetam o tratamento de feridas, segundo Morison (2004). Posto isto, considera-se que a escolha do tipo e material de penso é de extremo valor para se realizar um tratamento adequado das feridas, conseguindo desta forma retirar o máximo rendimento, tanto do investimento aplicado na compra do material como das próprias especificidades que o caracterizam. Portanto, verificou-se que o material de penso usado para proteção e hidratação cutânea, apenas é usado em 8% das feridas (F1). No que respeita ao material absorvente: a percentagem é de 40,4%, sendo que existe um predomínio das hidrofibras 22,5%. No controlo do odor, o carvão ativado apresenta-se com 1,1%. Nos materiais de penso com função desbridante, registaram-se 16,1% de materiais desta tipologia, sendo que o mais representativo é o hidrogel, usado em 14,3%. Relativamente aos antissépticos e antibacterianos: registaram-se 32,9%, sendo o que mais se demarcou, por muita surpresa que suscite, mas talvez por força das práticas já instituídas/enraizadas foi o iodo, com 24,3%. O promotor de cicatrização, o colagénio, é usado em 0,9%.

No entanto, existe ainda uma “Outra opção terapêutica” em que a gaze é a opção mais usada para o tratamento com 38,3%,. Em termos de abordagem à carga bacteriana, temos um destaque para um produto que já foi desaconselhado pela DGS que é o Sol. Dakin[®]. De notar o uso de eosina em 0,6% dos pensos, assim como 0,9% com o uso de água corrente.

A generalidade dos estudos indica que cerca de 70% de todas as úlceras de perna são de origem venosa, 10-20% de origem arterial e 10-15% de etiologia mista (Moffatt & Morison, 1994 – cit. por Furtado (2003)).

Neste estudo, observando a frequência das úlceras de perna, nas suas diversas etiologias e as das úlceras do pé diabético, pode-se constatar que quanto às úlceras de perna, as de etiologia venosa são francamente mais numerosas (43), seguidas das de etiologia desconhecida (24). Por sua vez as que têm comprometimento arterial, mistas e arteriais, são menos numerosas (10). De facto, os dados encontrados vão de encontro ao que é sugerido na literatura. Faz-se a ressalva, apenas, para o número elevado de úlceras de perna de etiologia desconhecida, ficando o repto de se averiguar futuramente, se esta etiologia desconhecida se deveu a incorrecta avaliação da ferida ou se há ausência de algum exame complementar de diagnóstico que confirme a etiologia.

No que concerne às úlceras do pé diabético, registaram-se 10 feridas de etiologia neuropática, ou seja, com compromisso nervo-sensitivo, e ausência de atingimento vascular arterial, sendo que existem 4 em que estes compromissos estão ambos presentes. A apreciação conjunta destes dois tipos de feridas principais, teve por base a avaliação que se faz da ferida, em que em ambas é peremptório fazer uma correcta avaliação da história clínica para se enquadrarem as avaliações clínicas pertinentes para cada caso "*per si*".

Segundo Menezes, et al., (2009), os sintomas de claudicação intermitente ou de isquemia mais avançada são indicadores da presença da doença; a avaliação do índice de pressão tornozelo-braço (IPTB), permite a identificação da presença da mesma (mesmo quando assintomática) e tem valor preditivo para a ocorrência de eventos cardiovasculares. A prevalência total de DAOP estima-se entre 3% a 10% (Menezes, et al., 2009). No documento TASC II a prevalência de DAOP na população portuguesa em indivíduos com e sem DAOP, avaliada por IPTB $<0,9$, foi de 5,9%, sendo aproximadamente 2 vezes superior no sexo masculino (8,4% versus 4,1%, $p<0,001$).

Nesse seguimento, a claudicação intermitente assume-se como principal sintoma da lesão vascular dos membros inferiores, comprometendo dessa forma a evolução da ferida. Constata-se, igualmente, que de todos os registos obtidos é nos Centros de Saúde que se faz mais essa detecção.

O IPTB é um índice que se calcula pela razão (pressão sistólica máxima radial / pressão sistólica máxima pediosa e/ou tibial posterior), em que se categoriza da seguinte forma, de acordo com o score obtido:

- IPTB ≥ 0.8 representa ausência de doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) e a compressão está indicada.
- IPTB ≥ 0.5 e <0.8 representa DAOP que vai de leve a moderada e a compressão está desaconselhada.
- IPTB ≤ 0.5 representa DAOP severa a crítica, a compressão está contra-indicada.

Neste estudo, o ambiente em que se realiza com mais frequência o Índice de Pressão Tornozelo Braço (IPTB), é nos CSP, em que se avalia mais o IPTB em 50% dos casos (4); portanto, é onde se faz mais a avaliação do despiste da existência de compromisso vascular arterial periférico nos membros inferiores, seguido do ambiente domiciliário 37% (3) e de apenas uma avaliação no hospital.

A terapia compressiva é o tratamento de eleição nas úlceras de etiologia venosa. Para além disso, os clientes relatam melhorias na mobilidade, dor e qualidade geral de vida como consequência da sua úlcera cicatrizar (Bosanquet, et al., 1992).

Um documento de posição, europeu, acerca de terapia compressiva, publicado em 2003 pela (EWMA) salientou o facto de esta ser altamente custo-efectiva.

Relativamente ao uso de Terapia Compressiva, que se efectua em 21 feridas principais: dessas 21 feridas, 18 realizam TC com ligaduras elásticas e 3 com ligaduras inelásticas, apesar da evidência demonstrar que são as ligaduras inelásticas as mais eficazes (Andriessen&Abel, 2013.)

Para concluir a descrição das úlceras de perna e pé diabético, ou as feridas com potencial lesão vascular, verifica-se que das 8 avaliações de IPTB, nas suas diversas origens, 2 resultados obtiveram um score inferior a 0,5, sendo que as restantes avaliações (6) dividem-se igualmente entre score 0,5-0,8 e igual ou superior a 0,8.

No que concerne às UP, já se explicitou anteriormente neste trabalho qual a frequência e origem, assim como a gravidade em termos de categorias, deste tipo de feridas.

Morison (2004) e Braden (1997), citada por Furtado (2001), defendem que, ao prestarem-se cuidados preventivos completos a pessoas tendo em conta o seu risco pode-se reduzir o aparecimento de UP até 50% a 60%. A prevenção de UP é significativamente mais custo-efetivo do que qualquer outro tratamento e tecnologia disponível, quando usada correctamente.

Existem no mercado uma panóplia de dispositivos e superfícies de apoio (SA) que contribuem para a prevenção de UP, e são concebidas para redistribuir o peso total do corpo sobre uma superfície o maior possível ou aliviar periodicamente a pressão sobre partes específicas do corpo.

O profissional de saúde deve conhecer as SA que tem disponíveis na sua realidade, e quais as boas práticas de utilização, bem como de manutenção e preservação, de forma a obter a efetividade da sua aplicação, garantindo o maior tempo de vida útil.

De acordo com os resultados obtidos observa-se que entre os diversos materiais para alívio da pressão, o que é mais utilizado é o colchão de pressão alterna, com 33,3%, seguido da almofada de mobilização no leito, 27%; imediatamente a seguir vem a almofada para o cadeirão com 19% e, menos utilizados, vêm o colchão estático 12,2%, as calcanheiras 8% e, por fim, o calçado próprio para diminuição da pressão 0,4% .

Apesar de ser o material mais utilizado, a EPUAP e a NPUAP (2009) recomendam a não utilização de SA de pressão alterna (colchões ou coberturas) com células pequenas (diâmetro inferior a 10cm) (Nível de Evidência = C), pois estas não conseguem insuflar ar suficiente, capaz de assegurar o alívio de pressão sobre as células que se encontram desinsufladas.

Cullum et al (2004) e Vanderwee, et al., (2008) realizaram revisões sistemáticas da literatura sobre os colchões de pressão alterna, tendo concluído que os colchões de pressão alterna são mais eficazes do que os estáticos. Contudo, estas SA apresentam problemas mecânicos e erro de usuário em relação às alternativas. Neste estudo 292 indivíduos (49,5%) têm registo do score da aplicação da escala de Braden. Em 1985 nos EUA, Barbara Braden e Nancy Bergstrom desenharam uma escala de risco de UP como parte de um trabalho de investigação em cuidados domiciliários, para resolver algumas limitações da escala de Norton (Torra i Bou, et al., 2006). A escala avalia seis parâmetros: percepção sensorial, humidade, mobilidade, actividade física, nutrição, fricção e forças de deslizamento. A pontuação atribuída varia de 1 a 4 excepto para a fricção que varia de 1 a 3. A escala de Braden é uma ferramenta de pontuação inversa, isto é, quanto menor for a pontuação obtida maior é o risco de aparecimento de UP. Assim de 6 a 12 alto risco, de 13 a 14 risco moderado e de 15 a 16 baixo risco, acima

dos 17 pontos ausência de risco. A escala de Braden é actualmente a mais utilizada em todo o mundo e encontra-se validada para a população Portuguesa por Cristina Miguéns, Pedro Ferreira, João Gouveia e Kátia Furtado, (2007).

Foi registada uma média de 17,65, com um score mínimo de 8 e máximo de 23, em que o DP \pm 4,17, com uma mediana de 19,00 pontos e moda de 23.

Fazendo o ponto de cut-off no score igual ou inferior a 16 para um alto risco de desenvolvimento de UP e efectuando a respectiva divisão entre alto e baixo risco obteve-se: 111 feridas com score de alto risco e 181 feridas com score de baixo risco

Tal como noutros estudos por Terra i Bou, et al, (2006), confirmou-se a importância da aplicação da escala de Braden na prevenção do desenvolvimento de UP, uma vez que todos os doentes que desenvolveram UP apresentavam valores de Escala de Braden entre 6 e 9 o que significa alto risco de desenvolvimento de UP (variando os outros entre 12 e 23).

No que tange à estimativa de risco para úlcera de pressão as escalas são instrumentos que possibilitam avaliação padronizada e mensurável e traduzem informações valiosas na tomada de decisão com base em evidências. Os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, têm utilizado tais ferramentas para auxiliar na identificação de doentes em risco. Existem várias escalas de avaliação de risco para UP a nível mundial. No entanto, a Escala de Braden é considerada por muitos autores a mais eficaz e tem sido a mais adotada a nível internacional. Também em Portugal, desde que foi traduzida e validada para a população em 2001, a Escala de Braden é a mais utilizada. A corroborar com o entendimento sobre o melhor valor preditivo da Escala de Braden, a análise sistemática demonstrou que esta escala apresenta validação ideal e o melhor equilíbrio sensibilidade/especificidade quando comparada com as escalas de Norton e Waterlow (Pancorbo-Hidalgo, et al., 2006).

5. Aspectos éticos em investigação

Toda e qualquer investigação realizada com seres humanos, levanta questões morais e éticas.

O investigador deve dar aos participantes o direito a um tratamento justo e equitativo. Para Fortin (2009), "...refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitada participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo." Assim, torna-se necessário proteger as pessoas que participam nos estudos de investigação orientando a sua conduta pelos códigos da ética e dos seus cinco princípios fundamentais: direito à autodeterminação; direito à intimidade; direito ao anonimato e à confidencialidade; direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 2009).

Os princípios éticos do presente estudo foram garantidos pela autorização do estudo pelo presidente do Conselho de Administração da ULS e da Sr.^a Enf.^a Directora da respectiva instituição, de acordo com a declaração de Helsínquia, para a recolha de dados (ANEXO VIII).

É da responsabilidade do investigador, através do esclarecimento do estudo (ANEXO XI), o consentimento informado, livre e esclarecido dos profissionais participantes na investigação, dos indivíduos portadores de feridas e dos enfermeiros que participam como co-autores (ANEXO IX e X).

O anonimato é garantido. Não é colhido nenhum tipo de dados que possibilite a identificação individual dos indivíduos. Para esse fim, procedeu-se à codificação dos diversos locais de colheita, nos dois ambientes, CD e CSP, como se pode verificar nos documentos de codificação (ANEXOS XII e XIII). Este estudo não implica nenhum risco nem custo para os participantes.

Toda e qualquer investigação realizada com seres humanos, levanta questões morais e éticas e deve ser conduzida atentando sempre ao respeito pelos direitos da pessoa. Antes de delinear um estudo, o investigador deve interrogar-se sobre os motivos que o levaram a delinear a sua investigação, bem como as eventuais repercussões/impactos na vida dos participantes (Fortin, et al., 2006).

Ao longo de todo o processo foram garantidos os princípios éticos de acordo com a declaração de Helsínquia. O direito ao anonimato assim como à

confidencialidade, foi assegurado através da codificação das entrevistas, com o intuito, da informação não poder ser associada a quem a forneceu.

Para cumprir o princípio da autodeterminação, assegurou-se que a participação de cada indivíduo fosse totalmente voluntária, ou seja, de livre e espontânea vontade. O indivíduo inquirido foi informado que podia desistir de participar em qualquer momento sem dano para a sua individualidade.

O respeito pela intimidade foi conservado pela evicção à invasão da esfera pessoal do indivíduo. Todos os participantes só responderam depois de avaliarem que não ficariam lesados com o conteúdo, assim como com a extensão, da informação concedida.

A proteção contra o desconforto e prejuízo, também conhecido como princípio da beneficência, foi observado, ao se ter protegido os indivíduos de algo que lhes pudesse de algum modo interromper o seu bem-estar. Proporcionou-se uma recolha de dados calma, num local confortável e livre de interrupções por estranhos, sendo que a nível dos utentes hospitalizados houve necessidade de recorrer ao uso das cortinas nas enfermarias, a fim de providenciar as condições mínimas, necessárias, para os indivíduos participarem no estudo.

No que concerne ao tratamento justo e leal, esteve presente em todas as etapas de contacto com os indivíduos dos estudos: antes, durante e após a recolha de dados. O indivíduo foi informado sobre o tema da investigação, o fim a que se destinava, o tempo previsto para a realização da avaliação e de que forma seria assegurado o anonimato e a confidencialidade.

6. Conclusão

Neste capítulo é importante reflectir sobre o trabalho cometido, resultados obtidos e possíveis alterações de estratégias a realizar para se obter um maior rendimento do mesmo, em investigações futuras se assim for desejável.

Os objectivos gerais deste estudo eram ambiciosos pois pretendiam estimar a prevalência de feridas nos indivíduos nas Unidades de Saúde de uma ULS do distrito do Norte de Portugal, num determinado momento, o que se pode afirmar que foi concretizado pois no seu período de aplicação obtiveram-se valores muito consistentes que permitiram caracterizar detalhadamente esses indivíduos com ferida.

A prevalência pode ser vista como uma “fotografia” tirada à população numa determinada altura: é uma medida importante e útil do “peso da doença” na comunidade.

As limitações encontradas em termos de pesquisa bibliográfica foram muitas, uma vez que existem poucos estudos de prevalência de feridas em Portugal na sua globalidade. Começam a surgir alguns estudos individualizados por temas de feridas mais específicas como úlceras de pressão ou úlceras de perna e, por isso, espero que este estudo contribua no futuro para a base de dados nacional e instigue outros a manter a vontade de investigar e ajudar não só a fazer planeamento em saúde, a determinar os recursos humanos e materiais necessários como a tratar melhor e prevenir melhor as feridas.

A prática baseada na evidência possibilita uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao utente, enfatizando o uso de pesquisas para orientar a tomada de decisão de forma sustentada.

Além do mais, deve ponderar-se a formação dos técnicos de saúde envolvidos no diagnóstico e tratamento de feridas crónicas os quais desempenham um papel determinante, porque aliando aos avanços tecnológicos dos materiais e equipamentos, orientações adequadas e padronizadas de prevenção e tratamento, obter-se-á um impacto muito positivo nos resultados clínicos e económicos e grande parte da carga económica poderá ser evitável.

Também Ennis & Meneses e Posnett & Franks citados por Alves (2010) defendem que a educação dos profissionais de saúde em âmbito geral, na área da

prevenção e tratamento de feridas tem como consequentes contributos, a melhoria dos cuidados e a redução dos custos económicos, bem como do sofrimento associados.

7. Referências Bibliográficas

- AGREDA, J. J., BOU, J.-E. T., & SORIANO, J. V. (2007). *Epidemiología, coste y repercusiones legales de las úlceras por presión en España, años 2005-2006*. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas/SmithandNephew.
- ALVES, P. (2010). *Ensino em Feridas: Formação Pré-graduada nos Cursos de Saúde*.-Dissertação de Mestrado, Universidade Portucalense Infante Dom Henrique, Porto.
- ALVES, P.; OLIVEIRA, J.; DIAS, V.; MOTA, F. (2010). *Prevenção de Úlceras de Pressão na posição de sentado: indicações práticas*. Revista Nursing, nº. 263, p. 2-6. Portugal; Série: 22.
- ANDRIESSEN, A., & ABEL, M. (2013). *Experimental study on efficacy of compression systems with a high static stiffness index for treatment of venous ulcer patients*. Veins and Lymphatics, p. 2; 8; 22-25.
- BARANOSKI, S; AYELLO, E. A (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas. Princípios práticos*. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8930-03-8.
- BARROIS, B., Labalette, C., Rousseau, P., Corbin, A., Colin, D., Allaert, F., et al. (2008). *A national prevalence study of pressure ulcers in French hospital inpatients*. Journal of Wound Care , p. 373-379.
- BIANCHI, J. (2012). *Causes and Strategies for Moisture Lesions*. Nursing Times, p. 20-22.
- BONITA, R., BEAGLEHOLE, R., & KJELLSTRÖM, T. (2006). *Basic Epidemiology*. WHO publications.
- BOULTON, A; et al – *The global burden of diabetic foot disease*. Lancet, 2005.
- BRODERICK, N. (2009). *Understanding chronic wound healing*. The Nurse Practitioner: The American Journal of Primary Health Care, p. 16-22.
- BOSANQUET, N., BROWN, P., CONNOLLY, M., FRANKS PJ., GREENHALGH, RM., OLDROYD, M., MCCOLLUM, CN., MOFFATT, CJ. (1992). *Community leg ulcer clinics and impact on ulcer healing*. BMJ 305 (6866): p.1389-1392.

- CAPITAO L.M, MENEZES JD, GOUVEIA-OLIVEIRA A. (1995). *Epidemiologia da insuficiência venosa crónica em Portugal*. Acta Med Port; p. 8: 485-491.
- CAPITÃO, L.M; MENEZES, J.D.; OLIVEIRA, A.G. (1996). *Caracterização Epidemiológica da Insuficiência Venosa Crónica em Portugal*. Acta Med Port,p.9: 69-77.
- C.O.N.U.E.I, (2009). *Conferencia nacional de consenso sobre úlceras de la extremidad inferior* p. 1:d12. Documento de Consenso.
- CULLUM, N., MCINNES, E., BELL-SYER, S.E.M., LEGOOD, R. (2004). *Support surfaces for pressure ulcer prevention (Cochrane Review)*. In: The Cochrane Library, Issue 3. Chichester, UK.
- DEALEY, C. (2006). *Tratamento de feridas: Guia para enfermeiros*. Lisboa Editores. p. 140-158.
- DHARMARAJAN, T. S. (2002). *Pressure Ulcers: Clinical Features and Management*. Hospital Physician, p. 64-71.
- ENOCH, S., & LEAPER, D. J. (2007). *Basic Science of wound healing. Surgery - Basic Science*, p. 31-37.
- EPUAP\NPUAP. (2009). *Guidelines Internacionais Úlceras de Pressão - Guia de referência rápida – Prevenção*. Disponível em: www.epuap.org.
- EPUAP/NPUAP. (2009). *Pressure Ulcer Prevention - quick reference guide*. washington. . Disponível em: www.epuap.org.
- EWMA (2002). - “Pain at wound dressing changes” Position document.
- EWMA (2005). - “Identifying criteria for wound infection” Position document.
- EWMA (2006). - “Management of wound infection” Position document
- EWMA. (2008). - “Hard-to-heal wounds: a holistic approach” Position document.
- FAN, E., ZANNI, J. M., DENNISON, C. R., LEPRE, S. J., & NEEDHAM, D. M. (2009). *Critical Illness Neuromyopathy and Muscle Weakness in Patients in the Intensive Care Unit*. AACN Advanced Critical Care, p. 243-253.
- FERREIRA, P. L. [et al.] (2005). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão*. Loures : Lusodidata.

- FERREIRA P. L, MIGUÉNS C, GOUVEIA J, FURTADO K. (2007). *Escala de Braden: um instrumento para a qualidade de cuidados*. Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde,
- FERREIRA P. L, MIGUÉNS C, GOUVEIA J, FURTADO K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Implementação nacional da escala de Braden*. Prefácio de Barbara Braden. Loures: Lusociência.
- FIRMINO, F. (2005). *Feridas Neoplásicas: Estadiamento e controle dos sinais e sintomas*. Praticas Hospitalar, ano VII, nº 42.
- FLETCHER, J. (2008). *Differences between acute and chronic wounds and the role of wound bed preparation - Nursing Standard p. 22-24; 62-68*.
- FLETCHER, R., SW, F., & EH, W. (1996). *Clinical Epidemiology - The Essentials* (3rd edition ed.). Baltimor, Maryland - USA: Williams & Wilkins.
- FORTIN, M. F., CÔTÉ, J., & FILION, F. (2006). *FUNDAMENTOS E ETAPAS DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO*. Loures: LUSODIDACTA - Soe. Porto de Material Didáctico, Lda.
- FORTIN, M. F. (2009). *O processo de investigação Da concepção à realização*. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-10-X.
- FRANKS, PJ., FURTADO, K., MOFFATT, CJ., PINA, E. (2004). *Úlceras de Perna em Portugal: Um problema de saúde subestimado*. Revista Portuguesa De Cirurgia Cardio-Torácica E Vasculuar: Volume XI.N.º 4. Outubro – Dezembro: pp.217-221.
- FURTADO, K. (2003). *Úlceras de Perna – Tratamento baseado na evidência*. Revista Nursing Portuguesa: Julho.
- FURTADO, K. (2003). *Úlceras de Pressão: actualidades e paradoxos*. Nursing, 15:183; p.37-42.
- GASPAR, P.; COSTA, R; COSTA; J.; FIERRO, J. & RODRIGUES, J. (2010). *Impacto da formação profissional contínua nos custos do tratamento de feridas crónicas*. Revista REFERÊNCIA 3(1), p. 53-62.
- http://www.cham.min-saude.pt/ULSAM/Apresentação/?sm=1_0 – acedido em Dezembro de 2014.
- http://www.woundsinternational.com/pdf/content_51.pdf - acedido em Outubro de 2014.

- <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx> – acessido em Dezembro de 2014.
- HURD, T., & POSNETT, J. (2009). *Point prevalence of wounds. International Wound Journal*, 287-293.
- ICN. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ICN. (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- IDF (2013). *IDF Diabetes Atlas – Sixth Edition* ISBN: 2-930229-85-3. <http://www.idf.org/diabetesatlas> - acessido em Outubro de 2014.
- IWGDF. (2011). *International consensus on Diabetic Foot & Practical Guidelines on Management and Prevention of the Diabetic Foot*.
- JIANG, Y., HUANG, S., FU, X., LIU, H., RAN, X., & LU. (2011). *Epidemiology of chronic cutaneous wounds in China. Wound Repair & Regeneration*, p. 181-8.
- MAHÉ, E., LANGLOIS, G., BARON, G., GIRARD, L., FARGEOT, C., & CRICKX, B. (2006). *Results of a comprehensive hospital-based wound survey. Journal of Wound Care*, p. 381-384.
- MÄKELÄ, A., Annanmäki, L., Koivunen, E., Jyvälähti, A., Mattsson, K., ISO-AHO, M., et al. (2010). *Cross-sectional Survey of the Occurrence of Chronic Wounds within Capital Region in Finland. EWMA Journal*, p. 24-26.
- MARTINS, C. L. (2005). *Medicina Legal*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- MCCULLCH, J. M. (2010). *Wound Healing - Evidence-Based Management (4^a Edition ed.)*. Philadelphia, USA: F. A. Davis Company.
- MCDERMOTT-SCALES, L., COWMAN, S., & GETHIN, G. (2009). *Prevalence of wounds in a community care setting in Ireland. Journal of Wound Care* 18, p. 405-417.
- MENEZES, J.D.; FERNANDES, J.F.; MANSILHA, A. et al. (2009). *Estudo da Prevalência da Doença Arterial Periférica em Portugal. Angiologia e Cirurgia Vasculiar*, Vol. 5, N°2.

- MIGUÊNS, C; GOUVEIA, J; FERREIRA, P; FURTADO, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de Braden*. Lisboa: Lusodidacta.
- MORISON, M. J. (2004). *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão*. Loures: Lusodidacta.
- MULLIGAN, S., SCOTT, L., STRACHAN, V., PRENTICE, J., ELMES, R., CARVILLE, K., et al. (2008). *WoundsWest Wound Prevalence Survey 2008 State-wide Report Overview*. Perth, Western Australia: Ambulatory Care Services, Department of Health.
- MUSTOE, T. (2005). Dermal ulcer healing: Advances in understanding. *EUROCONFERENCES, Tissue repair and ulcer/wound healing: molecular mechanisms, therapeutic targets and future directions*. Paris.
- NORGEN L, HIATT WR, DORMANDY JA, NEHLER MR, et al. (2007). for the TASCII Working Group, *Trans-Atlantic Inter-Society Consensus Document on Management of PAD – Eur J Vasc Endovasc Surg. ;33 (Suppl I);S 1-75*.
- OHURA, T.; SANADA, H. ; MINO, Y. (2004). *Clinical activity based cost effectiveness of traditional versus modern wound management in patients with pressure ulcers*. *Wounds: A Compendium of Clinical Research and Practice*. Vol. 16, nº 5, p. 157-163.
- OMS. (2002). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope - Direcção-Geral da Saúde, 2002 / OMS Todos os direitos reservados. 1.ª ed, Lisboa, Abril de 2002. ISBN 972-675-082-2;*
- OMS. (2008). *Best Practice Recommendations for Wound and Lymphedema Management*. Association for the Advancement of Wound Care Leads World Health Organization Initiative to Establish Guidelines for Wound and Lymphedema Care. Press release.
- OMS. (2010). *World Health Statistics 2010 - Part II Global Health Indicators*. ISBN 978 92 4 156398 7.
- OMS. (2013). *World Health Statistics 2013 - Part III Global health indicators* ISBN 978 92 4 156458 8.
- PANCORBO-HIDALGO, P.L.et al (2006). *Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review*. *JAdvNurs*. p.54(1):94–110. Acedido em

em 16 de Outubro de 2014.

Website: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16553695>.

- PHIPPS et al. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. VOL. III Lusociência* p.1756.
- PIEPER, B., LANGEMO, D., & CUDDIGAN, J. (2009). *Pressure Ulcer Pain: A Sitematic Literature Review and National Pressure Ulcer Advisory Panel White Paper*. *Ostomy Wound Management*, p. 16-31.
- PINA, E. (2007). *Epidemiologia das Feridas Crónicas Tratadas nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal*. *Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular*, Jan-Mar, Vol. XIV – Nº1.
- PINA, E.; FURTADO, K.; et al. (2005)– *Leg Ulceration in Portugal: prevalence and clinical history*. *Eur J Vasc Surg*, 29(5):549-53.
- *PORDATA*. (2012). Obtido em 01 de 10 de 2014, de Base de Dados Portugal Contemporâneo: <http://www.pordata.pt/>.
- *PORDATA*. (2013). Obtido em 01 de 10 de 2014, de Base de Dados Portugal Contemporâneo: <http://www.pordata.pt/>.
- PORTA, M. (2008). *A Dictionary of Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- PRODANOV, C. C., & FREITAS, E. C. (2013). *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico* (2ª ed.). Novo Hamburgo: Editora Feevale.
- *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (2011)* - <http://www.arslvt.minsaude.pt/uploads/document/file/690/RelatorioAnualRNCCI2010VersaoFinal.pdf> - acedido em 15 de Dezembro de 2014.
- ROCHA, M. J., CUNHA, E. P., DINIS, A., & COELHO, C. (2006). *Feridas Uma Arte Secular- Avanços Tecnológicos no Tratamento de Feridas*. Coimbra: Minerva Coimbra.
- ROCHA, A. J., MIRANDA, M. J., & ANDRADE, M. J. (2006). *Abordagem terapêutica das úlceras por pressão: Intervenções baseadas nas evidências*. *Acta Médica Portuguesa*, p. 19: 29-38.

- TANNEN, A., DASSEN, T., & HALFENS, R. (2008). *Differences in prevalence of pressure ulcers between the Netherlands and Germany – associations between risk, prevention and occurrence of pressure ulcers in hospitals and nursing homes*. *Journal of Clinical Nursing* 17, p. 1237-1244.
- TAYLOR, T.; KONCAL, S. ; GELBARD, W. B. (2008) - *Basics of chronic wound care*. *Emergency Medicine Reports*. Vol. 29, nº 9, p. 97-109.
- TORRA I BOU, J.; GARCÍA-FERNANDEZ, F.; PANCORBO-HIDALGO, P.; FURTADO, K. (2006). *Risk Assessment Scales for Predicting the Risk of Developing pressure Ulcers*. - *Science and Practice of Pressure Ulcer Management*. Londres : Springer Science+Business Media, p. 43-57.
- VANDERWEE, K; HEYNEMAN, A; BEELE, H; DEFLOOR, T (2008). *A systematic review of the use of hydrocolloids in the treatment of pressure ulcers* *Journal of Clinical Nursing* Volume 17, Issue 9, p. 1164–1173.
- VOWDEN, K., VOWDEN, P., & POSNETT, J. (2009). *The resource costs of wound care in Bradford and Airedale primary care trust in the UK*. *Jornal of Wound Care* , p. 93-102.
- WARRINER, R.A.; CARTER, M.J. (2001). *O estado atual das evidências protocolos baseados no tratamento de feridas*. Acedido em 10 Outubro de 2014. *Website:www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21200285*.
- WUWHS. (2004). *Minimising pain at wound dressing-related procedures A consensus document* . Paris: MEP Ltd.

8. Anexos

ANEXO I - Distribuição dos indivíduos da amostra por grupos profissionais

Profissão	Frequência Absoluta	Percentagem
Representantes o poder legislativo e executivos	2	0,3
Especialistas das actividades intelectuais e científicas	10	1,7
Pessoal administrativo	6	1,0
Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores	44	7,5
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	7	1,2
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	23	3,9
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	13	2,2
Trabalhadores não qualificados	89	15,1
Reformados	321	54,4
Desempregados	16	2,7
Estudantes	29	4,9
Não respondido	30	5,1
Total	590	100%

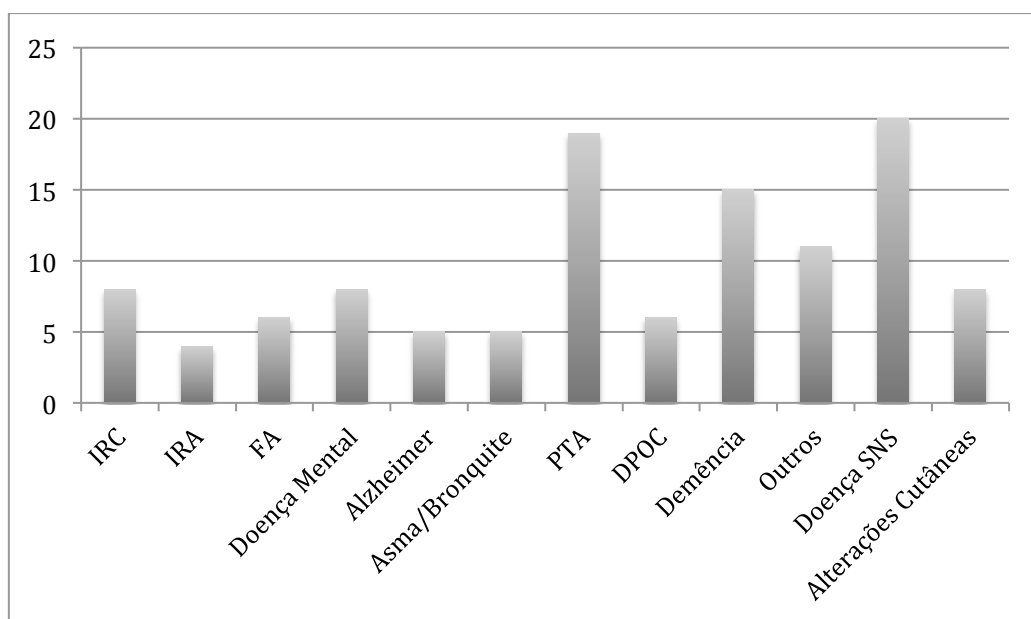
Distribuição dos indivíduos da amostra por grupos profissionais

ANEXO II - Comorbilidades dos indivíduos da amostra

Antecedentes	Frequência Absoluta	Porcentagem
Alcoolismo	25	4,2
Anemia	25	4,2
Angina de peito	4	0,7
AVC	45	7,6
Cirurgia arterial	4	0,7
Cirurgia cardíaca	7	1,2
Claudicação intermitente	6	1,0
DM tipo I	21	3,6
DM tipo II	104	17,6
Diminuição da sensibilidade	18	3,1
Dislipidemia	68	11,5
Doença auto-imune	3	0,5
Doença reumática	25	4,2
EAM	6	1,0
Historial de ferida	52	8,8
HTA	230	39,0
Imobilidade	53	9,0
IVP	61	10,3
IC	51	8,6
Isquemia crítica	2	0,3
Incontinência vesical	37	6,3
Incontinência fecal	36	6,1
Neoplasia	61	10,3
Obesidade	51	8,6
Perda de peso recente	14	2,4
Tabagismo	30	5,1
Traumatismo	38	6,4
Outros	127	21,5
Total	590	100%

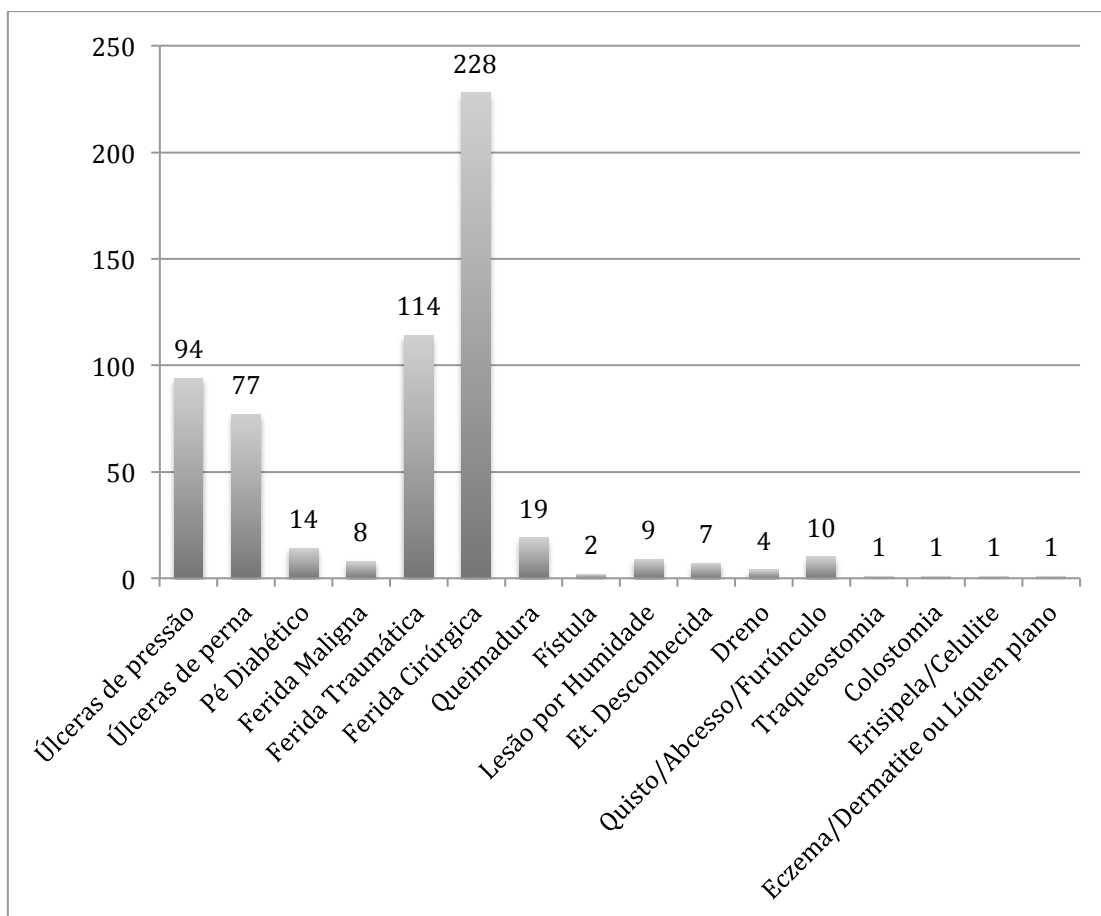
Comorbilidades dos indivíduos da amostra

ANEXO III - Outras comorbilidades relevantes



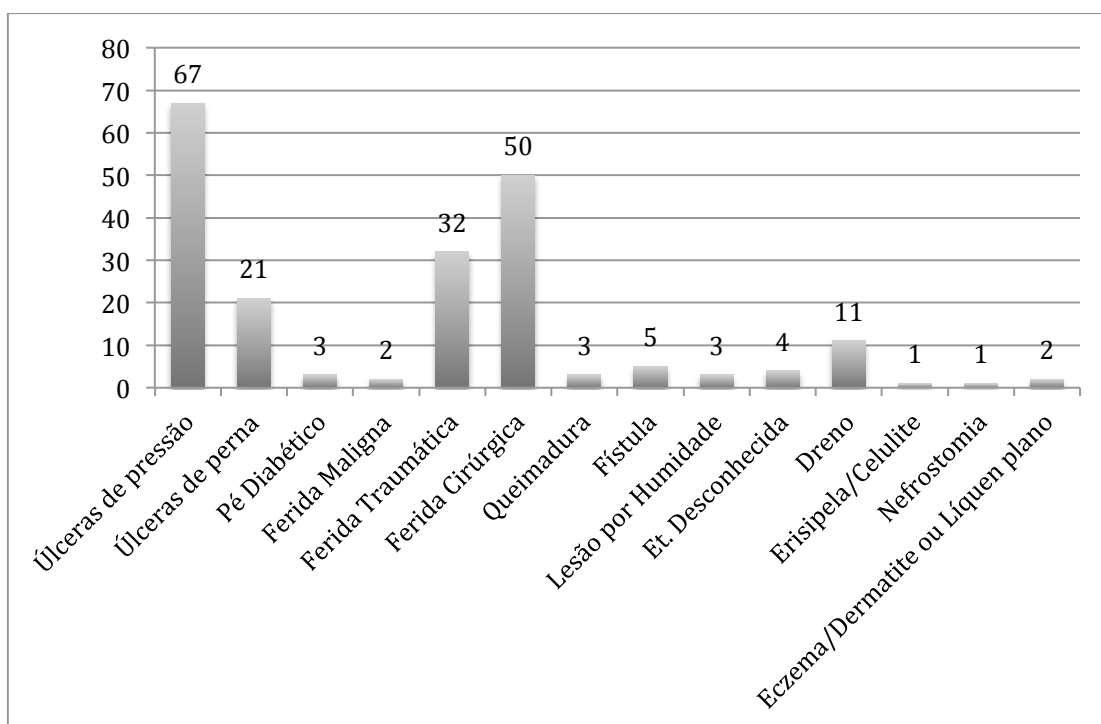
Outras comorbidades relevantes

ANEXO IV - Feridas principais (F1): Frequência absoluta e tipos de feridas



Feridas principais (F1): Frequência absoluta e tipos de feridas

ANEXO V - Feridas secundárias (F2-F7): Frequências e tipos de feridas



Feridas secundárias (F2-F7): Frequências e tipos de feridas

ANEXO VI – 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"/> Dislipidemia	<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			
Nº de feridas	Referenciação das Feridas					Classificação: 1 - úlcera de pressão cat 1 ; 2 - úlcera de pressão cat 2 ; 3 - úlcera de pressão cat 3 ; 4 - úlcera de pressão cat 4 ; 5 - úlcera de perna venosa ; 6 - úlcera de perna arterial ; 7 - úlcera de perna mista ; 8 - úlcera de perna etiol. desc. ; 9 - úlcera pé diab. neuropático ; 10 - úlcera pé diab. neuroisquémico ; 11 - úlcera maligna ; 12 - ferida traumática ; 13 - ferida cirúrgica ; 14 - queimadura ; 15 - fistula ; 16 - lesão por humidade ; 17 - outra. Escrever qual no espaço Localização: 1 - abdómen ; 2 - anca ; 3 - braços ; 4 - cabeça ; 5 - calcâneo ; 6 - cóccix ; 7 - costas ; 8 - isquio ; 9 - mãos ; 10 - nádega ; 11 - pé ; 12 - peito ; 13 - perâneo ; 14 - pernas ; 15 - tornozelo ; 16 - trocânter ; 17 - outra. Escrever qual no espaço Origem: 1 - hospital ; 2 - Centro Saúde / Cuidados Saúde Primários Rede de Cuidados Continuados ; 3 - domicílio ; 4 - lar ; 5 - outro. Escrever qual no espaço Lateralização: 1 - esquerda ; 2 - direita ; 3 - centro
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: _____	Qual a data de avaliação: _____		<input type="checkbox"/> Sim	Se sim, com que ligadura: <input type="checkbox"/> Elástica <input type="checkbox"/> Inelástica	
<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não		
▼ Relativamente à Ferida Principal [F1 (Principal)] ▼						
PREENHE	Medição (mm)		Tipo de tecido		Nível de exsudado	
	_____ comp x _____ larg		<input type="checkbox"/> Necrosado	<input type="checkbox"/> Granulação	<input type="checkbox"/> Abundante	<input type="checkbox"/> Escasso
		<input type="checkbox"/> Fibrinoso	<input type="checkbox"/> Epitelização	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Nenhum	
		<input type="checkbox"/> Encerrado				
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			__h __m		__ durante o dia __ durante o tratamento	
Se domicílio, tempo de deslocação: __h __m						
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"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Ferida não cicatriza	<input type="checkbox"/> Tecido desvitalizado		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"/> Solutivo de limpeza da ferida: <input type="checkbox"/> Solução Polihexanida <input type="checkbox"/> Solução salina <input type="checkbox"/> Outra: Qual? _____					
<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Ácido Hialurónico	<input type="checkbox"/> Colagénio	<input type="checkbox"/> Iodo	<input type="checkbox"/> Poliácido		
<input type="checkbox"/> Macerada	<input type="checkbox"/> Ácido gordo esterificado	<input type="checkbox"/> Colagenase	<input type="checkbox"/> Maltodextrina	<input type="checkbox"/> Polihexanida		
<input type="checkbox"/> Ruborizada	<input type="checkbox"/> Alginato	<input type="checkbox"/> Espuma	<input type="checkbox"/> Mel	<input type="checkbox"/> Prata		
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Hidrofibra	<input type="checkbox"/> Hidrocolóide	<input type="checkbox"/> Película polimérica	<input type="checkbox"/> Sucralfato		
	<input type="checkbox"/> Carvão activado	<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						



Avaliação local de evolução da ferida

Identificação da colheita		
NOP	Local Avaliação	Enf.o(a)

▼ Relativamente à Ferida Principal [FI (Principal)] ▼ Data avaliação ___/___/___

PRIN	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																								
Nível de dor na ferida (Nível de 0 a 10)																											
____ durante o dia / ____ durante o tratamento																											
Sinais de infecção presentes (superficiais)		Diagnóstico de infecção no compartimento profundo																									
<input type="checkbox"/> Odor <input type="checkbox"/> Ferida exsudativa <input type="checkbox"/> Tecido de granulação friável <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ferida não cicatriza <input type="checkbox"/> Tecido desvitalizado		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, foi prescrito antibiótico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																									
Pele circundante	Material de penso com acção terapêutica (pode seleccionar mais que uma opção)																										
<input type="checkbox"/> Descamativa <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Ruborizada <input type="checkbox"/> Seca	<table border="1"> <tr> <td>Soluto de limpeza da ferida:</td> <td><input type="checkbox"/> Solução Polihexanida</td> <td><input type="checkbox"/> Solução salina</td> <td><input type="checkbox"/> Outra: Qual? _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ácido Hialurónico</td> <td><input type="checkbox"/> Colagénio</td> <td><input type="checkbox"/> Iodo</td> <td><input type="checkbox"/> Poliacrilato</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ácido gordo esterificado</td> <td><input type="checkbox"/> Colagenase</td> <td><input type="checkbox"/> Maltodextrina</td> <td><input type="checkbox"/> Polihexanida</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alginato</td> <td><input type="checkbox"/> Espuma</td> <td><input type="checkbox"/> Mel</td> <td><input type="checkbox"/> Prata</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hidrofibra</td> <td><input type="checkbox"/> Hidrocolóide</td> <td><input type="checkbox"/> Película polimérica</td> <td><input type="checkbox"/> Sucralfato</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Carvão activado</td> <td><input type="checkbox"/> Hidrogel</td> <td><input type="checkbox"/> Película transparente</td> <td><input type="checkbox"/> Outro: Qual? _____</td> </tr> </table>			Soluto 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 activado	<input type="checkbox"/> Hidrogel	<input type="checkbox"/> Película transparente	<input type="checkbox"/> Outro: Qual? _____
Soluto 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 activado	<input type="checkbox"/> Hidrogel	<input type="checkbox"/> Película transparente	<input type="checkbox"/> Outro: Qual? _____																								
Frequência de mudança de penso																											
<input type="checkbox"/> 1 x semana <input type="checkbox"/> 2 x semana <input type="checkbox"/> 3 x semana <input type="checkbox"/> 4 x semana <input type="checkbox"/> 5 x semana <input type="checkbox"/> 6 x semana <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> > que 1 x por dia																											

Identificação da colheita		
NOP	Local Avaliação	Enf.o(a)

▼ Relativamente à Ferida Principal [FI (Principal)] ▼ Data avaliação ___/___/___

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

ANEXO VII – Guião de Preenchimento do IRD



Referenciação das Feridas Projeto Nacional (Guião de preenchimento)

EPNFeridas | Estudo Nacional de Prevalência de Feridas

Porto, Abril de 2011

Referenciação da Feridas – Guião de Orientação

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

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

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

Ferida

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

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

Tabela1 – Classificação do tipo de ferida

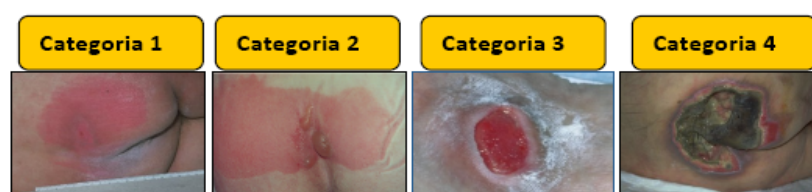
1 - úlcera de pressão cat 1	6 - úlcera de perna arterial ;	11 - úlcera maligna ;	16 - lesão por humidade ;
2 - úlcera de pressão cat 2	7 - úlcera de perna mista ;	12 - ferida traumática ;	17 - outra. Escrever qual no espaço
3 - úlcera de pressão cat 3	8 - úlcera de perna etiologia desconhecida	13 - ferida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

Úlcera de Pressão (1 a 4)

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

(NPUAP/EPUAP, 2009)

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



Categorias das Úlceras de Pressão

1- Úlcera de Pressão Categoria 1

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

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

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

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

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

2- Úlcera de Pressão Categoria 2

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

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

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

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

3- Úlcera de Pressão Categoria 3

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

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

Pode incluir fistulas ou falsos trajectos

4- Úlcera de Pressão Categoria 4

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

Fibrina ou escara podem estar presentes.

Muitas das vezes com fistulas e falsos trajectos.

A Categoria 4 das úlceras de pressão pode-se estender para lá dos músculos e/ou estruturas de suporte (i.e. fâscia, 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 neuroisquémico**

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 (Morrinson 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.



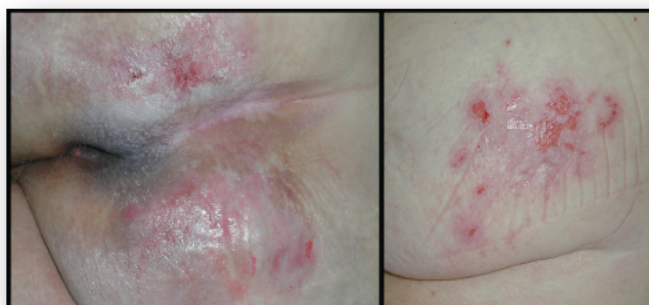
15 - Fístula

Fístulas são comunicações anormais entre duas superfícies epitelizadas, podendo ser congênicas 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 fistula é realizado através de fistulografia, ou ainda seriografia, ou clister opaco. A resolução de uma fistula pode se dar através de duas formas: tratamento clínico ou tratamento cirúrgico. (Moreira, 2001)



16 - Lesões por humidade

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

**Localização:**

Devem ser definida a localização específica para cada ferida

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

Origem:

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

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







Lateralização:

Devem ser definido a lateralização de cada uma das lesões

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

MATERIAL DE ALÍVIO DA PRESSÃO

PUCLAS2 - Defloor, 2008

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

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

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

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

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

Nome do doente:
Idade:

Nome do avaliador:

Serviço:

Cama:

Data da avaliação:

	1. Completamente limitada:	2. Muito limitada:	3. Ligeiramente limitada:	4. Nenhuma limitação:
Percepção sensorial 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>
Humidade 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>
Actividade 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>
Mobilidade 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>
Nutrição 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). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p>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>
Fricção e forças de deslizamento	<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 (cm²).

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

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

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

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

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

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

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

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

Nível de dor na ferida

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

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

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

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

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

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

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

Material de penso com acção terapêutica

Ácido hialurónico:

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

Ex: Hyalofill (Convatec)

Ácido gordo esterificado:

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

Ex: Scorbact (GFB)

Alginato:

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

Ex: Askina (Braun)

Hidrofibra:

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

É extremamente absorvente.

Ex: Aquacel

Carvão activado:

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

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

Ex: Actisorb (Johnson&Johnson)

Colagénio:

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

Ex: Promogran (Johnson&Johnson)

Espuma

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

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

Ex: Askina® Foam (Braun)

Hidroclóide:

É um polímero de carboximetilcelulose, em filme de poliuretano.

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

Ex: Askina® Hydro (Braun)

Hidrogel:

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

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

Apresenta-se em duas formas: bisnaga ou penso.

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

Iodo:

É um elemento não metálico.

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

Ex: Inadine (Johnson&Johnson); Betadine pomada

Maltodextrina:

É um hidrato de carbono constituído por maltose e dextrose.

Pode-se apresentar sob forma de gel ou pó.

Promove a cicatrização através do fornecimento de nutrientes.

Ex. Multidex (DeRoyal)

Mel:

É um produto resultante da transformação do néctar das flores por ação 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, hidrocloreto-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 (Convivial)

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 VIII – Autorização do Conselho de Administração da ULS



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

AUTORIZADO
Franklin Ramos
Presidente do Conselho de Administração

11-2-13

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Dr. António Franklim Ribeiro Ramos
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.
Hospital de Santa Luzia - Estrada de Santa Luzia
4901 - 858 VIANA DO CASTELO

Porto, 14 de Novembro de 2012

V.Ref

N. Ref: D.Enf.) 209/12

Assunto: Pedido para autorização de recolha de dados

Emendo
14/11/2012
Maria do Céu Pala
Enfermeira Directora

Exmo.. Senhor Presidente do Conselho de Administração

O Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa vem por este meio, solicitar a V. Exa. autorização para que ao estudante Paulo Jorge Pereira Alves, do Curso de Doutoramento em Enfermagem, da Universidade Católica do Porto, portador do Bilhete de Identidade número 10994547, a exercer funções na Universidade Católica Portuguesa como assistente, possa realizar a recolha de dados para o estudo académico com vista à realização do **Estudo de Prevalência de Feridas no Distrito de Viana**, sob orientação da Professora Doutora Margarida Vieira e Coorientação do Professor Doutor João Amado. Este estudo insere-se no projeto nacional denominado "Feridas: prevalência e custos", que se iniciou em Novembro de 2011 e se prevê terminar no primeiro trimestre de 2013.

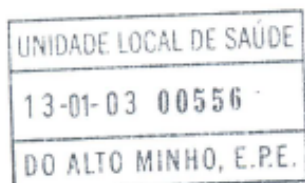
Este estudo realizar-se-á nos cuidados de saúde diferenciados e cuidados de saúde primários e fornecer-nos-á dados importantes para a caracterização da população com feridas, como também para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para a prevenção, tratamento e redução de custos associados. De acordo com aleatorização da amostra, as unidades seleccionadas para o estudo foram: a Unidade Hospitalar de Viana do Castelo e o Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Minho.

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

Desde já nos prontificamos a fornecer toda a informação adicional que seja solicitada, através dos contactos: pjpalves@gmail.com | telemóvel: [966 853 407](tel:966853407)

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

Com os meus melhores cumprimentos



Prof. João Queiroz e Melo

Diretor do Instituto de Ciências da Saúde do Porto

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Rua Dr. António Bernardino de Almeida, s/n // 4200-072 Porto, Portugal
T. +351 225 580 073 // F. +351 225 090 351 // www.porto.ucp.pt

ANEXO IX – Modelo do Consentimento Informado do Doente

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO 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 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 X - Modelo do Consentimento Informado para os participantes

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

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

Parte I

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

A investigação que pretendemos realizar enquadra-se no âmbito do 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

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 XI – Carta de Esclarecimento do Estudo

CARTA DE ESCLARECIMENTO DO ESTUDO

TÍTULO Feridas: Prevalência e Custos

INVESTIGADOR André Vaz – Aluno Mestrado em feridas e viabilidade tecidual – ICS-UCP

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) – Tese Doutoramento. 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.

ANEXO XII – Documento de Codificação das Unidades dos CSP

Documento de identificação das unidades de saúde (CSP)**(preencher um documento por Enfermeiro/Extensão/CSaude)**

Data Colheita: De ___/___/___ a ___/___/___ Distrito: Viana Castelo - 011 NUTS_II_

Nome do ACES: _____ Nome do Extensão/CSaude: _____

Código Instituição: _____ Número utentes inscritos: _____

Números de utentes com ferida observados durante o período da colheita: _____

Enf responsável pela Colheita _____

CSP_F_01		CSP_F_13		CSP_F_25	
CSP_F_02		CSP_F_14		CSP_F_26	
CSP_F_03		CSP_F_15		CSP_F_27	
CSP_F_04		CSP_F_16		CSP_F_28	
CSP_F_05		CSP_F_17		CSP_F_29	
CSP_F_06		CSP_F_18		CSP_F_30	
CSP_F_07		CSP_F_19		CSP_F_31	
CSP_F_08		CSP_F_20		CSP_F_32	
CSP_F_09		CSP_F_21		CSP_F_33	
CSP_F_10		CSP_F_22		CSP_F_34	
CSP_F_11		CSP_F_23		CSP_F_35	
CSP_F_12		CSP_F_24		CSP_F_36	

Código de colheita: _____ (Código Instituição + Código Distrito)

ANEXO XIII – Documento de Codificação do Hospital

Documento de identificação das unidades de saúde (ULSAM)*(preencher um documento por serviço)*

Data Colheita: _____

Nome Hospital: Hospital Santa Luzia / Hospital Conde de Bertiandos (riscar o que não interessa) Código Instituição: ULSAM

Número camas Serviço: _____

Números de camas ocupadas: _____

Serviço: _____

Se Outro, Qual? _____

HV_01	Medicina 2 Piso 4	HV_02	Medicina 2 Piso 3 Ala Norte	HV_03	Medicina 2 Piso 3 Ala Sul (inclui AVC P. Lima + Reumatologia)	HV_04	Medicina 1 Piso 6	HV_05	Medicina 1 Piso 7 (inclui AVC)
HV_06	Medicina 1 Piso 8	HV_07	Unidade Cuidados Intermédios (UCIM)	HV_08	Unidade Cuidados Intermédios (UCIP)	HV_09	Unidade Cuidados Intensivos	HV_10	Cirurgia 1 Piso 4
HV_11	Cirurgia 2 Piso 6	HV_12	Especialidades Cirúrgicas	HV_13	Ortopedia 1	HV_14	Ortopedia 2	HV_15	Ginecologia
HV_16	Obstetrícia	HV_17	Pediatria	HV_18	Neonatologia	HV_19	Psiquiatria	HV_20	
HV_21		HV_22		HV_23		HV_24		HV_25	

Código de colheita: _____ (Código Instituição + Código Serviço)

ANEXO XIV – Tabela de produtos farmacológicos para tratamento de feridas

PRODUTO GENÉRICO	MECANISMO DE ACÇÃO	FORMA DE APRESENTAÇÃO	PRODUTO – NOME COMERCIAL
HIDROGEL	<ul style="list-style-type: none"> - Promovem o desbridamento dos tecidos com crosta ou necrose - Rehidratam as feridas - Reduzem a dor – extremidades húmidas 	<ul style="list-style-type: none"> - Gel - bisnaga - Placa 	<ul style="list-style-type: none"> - Askina Gel - Carrasyn - Carrasyn V - CarraSmart gel - CarraGauze - Curafil - Curagel - Intrasite gel - Intrasite conformable - Hydrosorb gel - Hydrosorb confort - Hydrosorb - Hipergel - Normagel - Nugel - Purilon gel - Suprasorb G - Urgo Hidrogel - Varihesive hidrogel
MALTODEXTRINA	<ul style="list-style-type: none"> - Digestão dos tecidos mortos - Actividade bactericida e bacteriostática para bactérias Gram – e Gram + (<i>in vitro</i>) - Aumenta a actividade fagocitária - Estimula a libertação dos factores de crescimento 	<ul style="list-style-type: none"> - Pó - Gel 	<ul style="list-style-type: none"> - Multidex
POLIACRILATO COM SOLUÇÃO DE RINGER	<ul style="list-style-type: none"> - Promove o desbridamento autolítico através da solução de ringer - Degrada os detritos orgânicos e absorve-os em partes iguais - Hidrata o leito da Ferida 	<ul style="list-style-type: none"> - Placa embebida com Solução de Ringer 	<ul style="list-style-type: none"> - Tender – Wet - Tender – Wet Plus
COLAGENASE	<ul style="list-style-type: none"> - Destrói as placas de colagénio que mantém o tecido necrótico aderente ao leito da ferida - Promove a granulação - Promove a epitelização - Promove a produção de colagénio 	<ul style="list-style-type: none"> - Pomada 	<ul style="list-style-type: none"> - Ulcerase
HIDROFIBRAS	<ul style="list-style-type: none"> - Absorvem na sua estrutura o exsudado - Absorve na vertical cerca de 30 xz o seu peso, retendo o exsudado - Podem ser utilizadas em feridas infectadas - Controla o ambiente microbiano quando tem prata associada 	<ul style="list-style-type: none"> - Placas - Cordão 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquacel - Aquacel ag
ESPONJA DE GELATINA	<ul style="list-style-type: none"> - Controla hemorragias persistentes causadas por cirurgia, trauma ou malignidade - Absorve e retém sangue várias vezes o seu peso 	<ul style="list-style-type: none"> - Placas 	<ul style="list-style-type: none"> - Curaspon - Spongostan - Willospon
REDE DE ACETATO	<ul style="list-style-type: none"> - Indicado em feridas com elevada carga microbiana - Aprisiona nas suas malhas os microrganismos 	<ul style="list-style-type: none"> - Rede 	<ul style="list-style-type: none"> - Sorbact

ALGINATOS	<ul style="list-style-type: none"> - Absorvem por capilaridade, transformando-se num gel hidrófilo, que facilita o desbridamento autolítico - Podem ser utilizados em feridas infectadas - Absorvem na horizontal - Têm características hemostáticas - Associados à prata controlam o ambiente microbiano 	<ul style="list-style-type: none"> - Placas - Cordão 	<ul style="list-style-type: none"> - Kaltostat - Suprasorb A - Sorbalgon - Sorbalgon T - Askina Sorb - Askina Sorbsan Plus - Algisite M - 3M Tegagen - Kalginate - Curasorb ZN - Urgosorb - Melgisorb - CarraSorb H - Carraginate - Silvercel
GAZE DE CELULOSE OXIDADA REGENERADA	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuda a controlar hemorragias capilares, venosas e arteriais - Quando saturada de sangue, aumenta de volume formando uma massa gelatinosa que ajuda a formação do coágulo - É reabsorvida entre sete e catorze dias 	<ul style="list-style-type: none"> - Placas 	<ul style="list-style-type: none"> - Surgicel
ESPUMAS DE POLIURETANO SIMPLES OU MISTAS	<ul style="list-style-type: none"> - Acção hidrofílica, mantendo um ambiente húmido, promovendo a cicatrização - Absorvem na horizontal - Podem ser utilizados em feridas infectadas - Proporcionam isolamento térmico 	<ul style="list-style-type: none"> - Placas com e sem rebordo - Formas para cavidades - Formas Anatómiocas 	<ul style="list-style-type: none"> - Allevyn Adhesive - Allevyn Plus - - Allevyn Non-adhesive - Allevyn Lite - Allevyn Thraqueostomy - Allevyn Heel - Allevyn Cavity - Allevyn Sacrum - Allevyn Compression - Allevyn Thin - 3M Foam - 3M foam Adhesive - Tielle Border - Tielle Borderless - Tielle Plus Border - Tielle Plus Borderless - Tielle Sacro - Tiele Extra - Permafoam - Permafoam Cavity - Permafoam Confort - Permafoam Sacral - Permafoam Concave - Askina Transorbent com Rebordo - Askina Transorbent sem Rebordo - Askina Transorbent Sacro - Askina Touch - Aquasorb - Suprasorb P - Copa - Copa Plus - Copa Border - Biotain Não- Aderente - Biotain Aderente - Biotain Aderente Calcanha - Biotain Aderente Sacral

ESPUMAS COM SILICONE	<ul style="list-style-type: none"> - Acção hidrofílica, mantendo um ambiente húmido, promovendo a cicatrização - Absorvem na vertical - Podem ser utilizados em feridas infectadas 	- Placas	<ul style="list-style-type: none"> - Mepilex - Allevyn Gentle - Mepilex Border - Mepilex Lite - Mepilex Border Lite - Mepilex Heel - Mepilex Transfer
PENSO DE SILICONE	<ul style="list-style-type: none"> - Promovem a epitelização - Mantém a humidade do leito da ferida - Faz a interface entre a ferida e o penso secundário - Não danifica a pele aquando da sua remoção 	- Placas adesivas	<ul style="list-style-type: none"> - Mepitel - Silon TSR
MALHA ANTI-ADERENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Protege o leito da ferida - Fornece humidade à ferida - Promove a granulação e a epitelização - Faz a interface entre a ferida e o penso secundário 	- Placa	- Hydrotull
TULES	<ul style="list-style-type: none"> - Promovem a epitelização - Servem como interface com a ferida e o penso secundário - Mantém a humidade do leito da ferida - Quando impregnados de creme iodado ou prata, controlam o ambiente bacteriano, diminuindo a infecção, localmente 	- Placas	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptic - Adaptic digit - Atraumn - Attarumn ag - Dermanet - Urgotul S.A - Inadine - Betadine
PENSO ACRÍLICO ABSORVENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Absorve o exsudado da ferida - Tem absorção vertical - Permite uma evaporação controlada devido à permeabilidade da camada externa - Não pode ser aplicado em feridas infectadas ou com colonização crítica 	- Placas quadradas, redondas e ovaladas	- Tegaderm Absorvente
MODELADORES DAS PROTEASES	<ul style="list-style-type: none"> - Promovem o equilíbrio da actividade das proteases - Reduzem a actividade das proteases - Só podem ser utilizado em feridas limpas - Reactivamo proceso de cicatrização 	<ul style="list-style-type: none"> - Placas hexagonais, rectangulares e quadrados - Bisnaga 	<ul style="list-style-type: none"> - Promogran - Promogran Plus - Dermax - Cadesorb
PELÍCULAS	<ul style="list-style-type: none"> - São semi permeáveis - Sem propriedades absorventes - Utilizados como pensos primários apenas em feridas em fase de epitelização - Podem ser úteis como pensos secundários 	- Películas	<ul style="list-style-type: none"> - Allevyn Thin - Askina Derm - Hydrofilm - Tegaderme 3M - Omiderm - Opsite - Suprasorb F - Suprasorb M - Bioclusive - Blisterfilm - CarraSmart Film - CarraFilm - Optiskin
FACTOR DE CRESCIMENTO	- Indicado para feridas limpas que não evoluem	- Bisnaga	- Regranex

RECOMBINADO DE ORIGEM PLAQUETÁRIA HUMANA	- Desencadeiam respostas celulares e moleculares, tais como a quimiotáxia e a proliferação celular		
CARVÃO ACTIVADO COM PRATA	- Controla os odores - Absorve as bactérias e as toxinas - Capacidade de absorção diminuída - Bacteriostático	- Placas	- Actisorb plus
ESPUMAS COM PRATA	- Grande capacidade de absorção - Bactericida e bacteriostático	- Placas	- Askina Calgiterol ag - Biotain ag Não Aderente - Biotain ag Aderente - Mepilex Ag - Mepilex Border Ag
HIDRÓFIBRAS COM CARVÃO	- Controla os odores - Grande capacidade de absorção - Aprisionam alguns microrganismos nas fibras	- Placas	- Carboflex
POLIHEXANIDA	- Solução de limpeza para feridas colonizadas criticamente e infectadas. - A solução de limpeza pode ser aquecida - O gel fornece um ambiente necessário para promover a autólise. Pode permanecer na feridas o tempo que for necessário. - Capaz de absorver e libertar humidade – hidrobalanceada - Eficaz em MRSA, VRE, pseudomonas, cândida e escherichia coli - Eficaz nos biofilmes - É flexível, adaptando-se a qualquer ferida	- Frasco - Bisnaga - Placas	- Prontosan - Prontosan gel - Suprasorb PHMB
NANOCRISTALINO DE PRATA	- Bactericida e bacteriostático - A barreira antimicrobiana é mais eficaz quando humedecido com água destilada - Sem capacidade de absorção - Eficaz nas Pseudomonas e MRSA	- Placas	- Acticoat
ALGINATO COM NANOCRISTALINO DE PRATA	- Bactericida e bacteriostático - Com grande capacidade de absorção - Eficaz nas Pseudomonas e MRSA	- Placas - Torcinas	- Acticoat absorvent
SULFADIAZINA DE PRATA	- Usada na prevenção e tratamento de infecção em queimaduras de 2º e 3º grau - Profilaxia da infecção em zonas dadoras - Actua na membrana e parede celular produzindo um efeito bactericida - Quanda associada ao Cério, as propriedades antibacterianas melhoram sendo potenciada a actividade antimicrobiana, promovendo assim a cicatrização - Não deve ser utilizada mais do que duas semanas. O seu uso prolongado está associado a atraso da cicatrização	- Bisnagas - Boiões	- Flammazine - Flammazine Cerio - Sicazine - Silverderma
CADEXÓMERO DE IODO	- Bactericida e bacteriostático - Capacidade de absorção diminuída - Eficaz nas Pseudomonas e MRSA	- Placas - Bisnaga - Pó	- Iodosorb
PENSOS COM MEL	- Regula o equilíbrio das metaloproteínases da matriz	- Placas	- Melmax

COPOLÍMERO ACRÍLICO E CREME BARREIRA	<ul style="list-style-type: none"> - Protegem a pele peri-estomas - Protegem a pele peri-lesão - Protegem a pele debilitada pelo uso contínuo de adesivos ou pensos aderentes - Promovem a regeneração da pele - Quando contém mel controla também o ambiente microbiano da pele circundante 	<ul style="list-style-type: none"> - Spray - Cotonetes - Creme 	<ul style="list-style-type: none"> - Cavilon - Cavilon Creme - Skin Prep - Askina – barrier film - Medihoney- creme barreira
PROTECTORES, REGENERADORES CUTÂNEOS E HIDRATANTES	<ul style="list-style-type: none"> - Protegem a pele circundante - Promovem a regeneração celular - Hidratam a pele tornando-a mais macia e suave 	<ul style="list-style-type: none"> - Bisnagas 	<ul style="list-style-type: none"> - Biafine - Sicalfate - Skincol - Halibut - Decubal - Dermisol - Dermissan - PH5 Eucerin - Menalind creme - Menalind Espuma - Triple care
CREMES E POMADAS	<ul style="list-style-type: none"> - Indicados para lesões superficiais ou dermatológicas da pele - Indicado para a reactivação do processo de epitelização - Prevenção e tratamento de infeções superficiais da pele - Para o tratamento de infeções da pele 	<ul style="list-style-type: none"> - Bisnagas - Bisnagas - Bisnagas - Bisnagas 	<ul style="list-style-type: none"> - Bepanthéne - Triticum Vulgare 15% - Bacitracina - Fucidine
REMODELADORES DE CICATRIZES	<ul style="list-style-type: none"> - Previne e trata cicatrizes de formação recente e antiga 	<ul style="list-style-type: none"> - Placas - Creme 	<ul style="list-style-type: none"> - Mepiform - Dermatix - Kelo Cote

Fonte: APTFeridas