

Características e Prevalência em Cuidados de Saúde Primários das Feridas Crónicas

Rui Passadouro¹, Anabela Sousa², Cristina Santos², Helena Costa³, Isabel Craveiro⁴

¹Licenciado em Medicina e Mestre em Gestão e Economia da Saúde. Consultor da Carreira Médica/Medical Doctor, Medical Consultant and Master in Health Economics, Unidade de Saúde Pública do ACeS Pinhal Litoral (ACeS PL), Leiria, Portugal

²Licenciatura em Enfermagem/Licensed Nurse. Grupo de Coordenação do Plano de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência ao Antimicrobianos do ACeS PL, Leiria, Portugal

³Licenciatura em Saúde Ambiental e Mestre em Saúde Ocupacional/Licensed in Environmental Health and Master in Occupational Health. Grupo de Coordenação do Plano de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência ao Antimicrobianos do ACeS PL, Leiria, Portugal

⁴Licenciatura em Farmácia/Licensed Pharmacist. Grupo de Coordenação do Plano de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência ao Antimicrobianos do ACeS PL, Leiria, Portugal

RESUMO – Introdução: As feridas são um problema de saúde pública, com forte impacto na qualidade de vida. Consideram-se crónicas as que evoluem durante mais de seis semanas. As feridas crónicas mais frequentes são as de pressão, as vasculares e as de origem diabética, sendo as venosas cerca de 80% das vasculares. O presente estudo tem como objetivo caracterizar as feridas crónicas dos doentes da área de influência do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral (ACeS PL). **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, com uma componente analítica, e transversal, com uma amostra de conveniência constituída pelos doentes com ferida crónica, identificados pelos profissionais de enfermagem, quer no domicílio, quer nas salas de tratamento dos centros de saúde. **Resultados:** A prevalência de feridas crónicas na população estudada é 0,84/1000, sendo 1,01/1000 no sexo masculino e 0,69/1000 no feminino ($p < 0,05$). Os doentes com mais de 80 anos apresentam uma prevalência de 5,68/1000, que é mais elevada relativamente aos mais novos ($p < 0,05$). Em relação ao tipo de feridas, as de causa vascular são as mais frequentes (36%) e, destas, 77,7% são de origem venosa. **Discussão e Conclusão:** A taxa de prevalência de ferida crónica é ligeiramente inferior à encontrada noutros estudos que utilizam a mesma metodologia, sendo mais elevada nos homens e nas idades mais avançadas. Considera-se excessiva a proporção de úlceras de pressão das categorias III e IV, verificando-se algumas inconformidades no diagnóstico e tratamento das mesmas. Por isso, foi sugerida a criação de um grupo multidisciplinar de consultadoria e formação em feridas no serviço de saúde.

PALAVRAS-CHAVE – Doença Crónica; Ferimentos e Lesões, Portugal; Prevalência.

Characteristics and Prevalence of Chronic Wounds in Primary Health Care

ABSTRACT – Introduction: Wounds are a public health problem, with a strong impact on quality of life. They can be classified as chronic when they last more than six weeks. According to their origin, the most frequent are chronic pressure wounds, diabetic and vascular (arterial or venous) ulcers. A venous cause is found in about 80% of vascular wounds. This study aims to characterize chronic wounds from patients of ACeS PL area. **Methods:** This is a descriptive cross-sectional study, with an analytical component, using a convenience sample consisting of patients with chronic wounds, identified by nursing professionals, either at home or in primary care treatment rooms. **Results:** The prevalence of chronic wounds in the studied population is 0.84/1000, 1.1/1000 in men and 0.69/1000 in women ($p < 0.05$). Patients over 80 years of age have a prevalence of 5.68/1000, which is higher when compared to younger individuals ($p < 0.05$). Regarding their type, vascular wounds are the most common (36%) and of these, 77.7% have

Correspondência: Dr. Rui Passadouro da Fonseca
Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral
Av. Heróis de Angola, n.º59 2401-903 Leiria, Portugal - Tel. +351 244812 200
E-mail: rmfonseca@acesleiria.min-saude.pt

Recebido/Received
Outubro/October 2015
Aceite/Accepted
Novembro/November 2015

Artigo Original

venous origin. **Discussion and Conclusion:** *The prevalence of chronic wound is slightly lower than that found in other studies using the same methodology and is higher in men and in older ages. We found an excessive proportion of pressure ulcers of categories III and IV, verifying some nonconformity in their diagnosis and treatment. Hence, we suggest the creation of a wound consultancy and a multidisciplinary training group in the health service.*

KEY-WORDS – Chronic Disease; Prevalence, Portugal; Wounds and Injuries.

INTRODUÇÃO

As feridas, o seu tratamento e evolução são uma preocupação constante da humanidade desde tempos remotos, reconhecendo-se uma evolução constante nos seus métodos de diagnóstico e tratamento.¹ Classificam-se em agudas e crónicas, sendo crónicas aquelas que necessitam de tratamento depois de seis semanas do seu aparecimento.²

A etiologia da ferida crónica é multifatorial, sendo as causas mais comuns: i) vascular: venosa, arterial ou mista; ii) pressão; iii) neuropáticas: diabetes, hanseníase e alcoolismo; iv) infeto-contagiosas: erisipela, leishmaniose, tuberculose; v) sistémicas.^{3,4} Verifica-se, no entanto, que se encontram associadas à hipertensão arterial, obesidade, diabetes *mellitus*, dislipidémia e a síndrome metabólica.^{4,5}

As feridas crónicas mais frequentes são as úlceras de pressão, as úlceras vasculares e as úlceras de origem diabética. Dentro das vasculares, as venosas são o subtipo mais comum, responsáveis por cerca de 80-90% das feridas que afetam os membros inferiores. São, também conhecidas por úlceras de perna ou das extremidades.^{6,7}

Na presença de uma ferida, o diagnóstico diferencial assume um papel decisivo no tratamento e prognóstico.⁸ Para além da participação de uma equipa multidisciplinar, poderá ser necessária a utilização de meios complementares de diagnóstico.⁹ No caso das úlceras venosas, é importante o contributo do ecodoppler dos membros inferiores, e nas úlceras arteriais o doppler manual, para a objetivação do índice de pressão tornozelo/braço (IPTB).^{10,11}

A terapia compressiva, recomendada no tratamento das úlceras venosas, tem taxa de cicatrização superior quando comparado com a não-compressão. No entanto, apresenta contra-indicações de utilização, entre as quais as úlceras de causa arterial.¹⁰

Por outro lado, a infeção é um problema frequente nas feridas podendo atrasar a cicatrização. Os antibióticos, só por si, não são suficientes para o seu tratamento e não há evidência da sua utilidade no tratamento profilático ou de rotina, uma vez que as feridas têm uma flora mista que muda ao longo do tempo.¹² No caso de existirem critérios clínicos de infeção, a antibioterapia sistémica deve ser ponderada conjuntamente com os resultados do exame microbiológico,^{12,13} revelando-se de grande importância o treino dos profissionais para a deteção dos sinais clínicos de infeção¹² e de um juízo clínico ponderado.

Na população idosa, em que a prevalência de feridas é elevada,¹⁴ a redução da capacidade regenerativa da pele e da imunoproteção potenciam o risco do aparecimento desta patologia, fazendo com que os cuidados diferenciados, nesta faixa etária, sejam considerados uma prioridade pelos

profissionais de saúde e pelos cuidadores.¹⁵

A ferida crónica é um problema de saúde pública, com forte impacto na vida de cerca de 4 milhões de europeus que desenvolvem cada ano uma ferida.¹⁶ A sua prevalência é variável, apontando os estudos realizados em doentes no ambulatório para valores entre 1,0% e 9,18% da população.¹⁷⁻²⁰ Nos dois primeiros estudos realizados no Reino Unido a prevalência encontrada foi de 1,4/mil²¹ e 1,8/mil habitantes.²²

Em Portugal, num estudo realizado por Furtado,⁸ no âmbito do centro de saúde, a prevalência foi de 0,42%. Noutro estudo relativo a úlceras da perna, foi encontrada uma prevalência de 0,14%, sendo 80% de origem venosa, 5% de origem arterial e 15% mistas.¹⁴ No distrito de Leiria, no total dos doentes que frequentaram os Cuidados de Saúde Primários, verificou-se uma taxa de prevalência de feridas de 31,6%, sendo 52,4% relativas a utentes do sexo masculino.⁶

Na área de influência do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral (ACeS PL) ainda não foi possível colher informação sobre a prevalência de ferida crónica. Este ACeS, com 265233 utentes inscritos em abril de 2015, engloba os centros de saúde dos concelhos de Leiria, Batalha, Marinha Grande, Porto de Mós e Pombal.

O presente estudo tem como objetivo caracterizar as feridas crónicas dos doentes da área de influência do ACeS PL e calcular a sua prevalência.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com uma componente analítica, transversal, tendo a colheita de dados decorrido de 13 de abril a 8 de maio de 2015. É constituído por uma amostra de conveniência que inclui os doentes com ferida crónica, identificados pelos profissionais de enfermagem. A colheita de dados foi realizada através da aplicação de um questionário, pelos referidos profissionais, aos doentes identificados quer no domicílio quer nas salas de tratamento das unidades de saúde. O questionário utilizado foi adaptado²³ do instrumento de avaliação de feridas da Sociedade Portuguesa de Feridas (ELCOS), com a devida autorização, e foi disponibilizado a todos os profissionais de enfermagem do ACeS PL através de uma plataforma informática, garantindo-se os critérios de confidencialidade e anonimato. Da utilização do questionário, colheu-se informação sobre idade, sexo, área de residência, fatores de risco para ferida, número de feridas e respetiva localização e classificação NPUAP/EPUAP/PPPIA,²⁴ bem como referente à utilização de antibióticos. Para a localização das feridas foram consideradas quinze opções.⁶

O consentimento informado e esclarecido foi solicitado a todos os participantes no estudo. Nas situações em que os doentes não o podiam fazer, o mesmo foi solicitado ao cuidador.

Para determinação da prevalência de feridas crónicas utilizou-se como denominador a população inscrita nas unidades funcionais do ACeS PL.

Considerou-se úlcera crónica, aquela que estava em tratamento há mais de 6 semanas.²

Para a análise estatística dos dados utilizou a aplicação SPSS 23®. Para validação estatística recorreu-se ao teste Qui-quadrado (χ^2), para o nível de significância $\alpha = 0,05$, com um intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

Prevalência

Foram identificados 224 doentes com ferida crónica. A média de idades encontrada foi 73,5 anos ($\pm 14,1$), sendo 42,9% doentes do sexo feminino e 57,1% do sexo masculino.

A prevalência de doentes com ferida crónica na população estudada foi de 0,84 por mil utentes (Tabela 1). A prevalência é superior nos homens (1,01/1000) em relação às mulheres (0,69/1000), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). A prevalência é superior no grupo etário ≥ 80 anos e dentro deste grupo é também maior nos homens (6,95/1000) que nas mulheres (4,93/1000) (Tabela 1), sendo esta diferença significativa ($p < 0,05$).

A dimensão média das feridas era de 13,4 cm² ($\pm 21,9$). Os profissionais consideraram que 23,7% ($n = 53$) dos doentes tinham feridas profundas (locas).

proporção é de 25,0%. Considerando a idade dos doentes não se encontrou diferença na duração das feridas (Tabela 2).

Tabela 2 - Duração das feridas segundo o sexo e o grupo etário.

SEXO	DURAÇÃO EM ANOS			
	< 1	1-4	≥ 5	
Feminino	72(75,0%)	20(20,8%)	4(4,2%)	$\chi^2: 14,5$ $p < 0,01$
Masculino	67(52,3%)	39(30,5%)	22(17,2%)	
Total	139(62,1%)	59(26,3%)	26(11,6%)	
GRUPO ETÁRIO	< 1	1-4	≥ 5	
< 60	20(52,6%)	12(31,6%)	6(15,8%)	
60-69	21(65,6%)	6(18,8%)	5(15,6%)	
70-79	34(54,8%)	21(33,9%)	7(11,3%)	
≥ 80	64(69,6%)	20(21,7%)	8(8,7%)	
Total	139(62,1%)	59(26,3%)	26(11,6%)	

Etiologia

Relativamente ao método de diagnóstico, foi possível identificá-lo em 89,7% dos doentes. Em 77,2% ($n = 173$) foi através de critérios clínicos [148 por médicos e 25 por

Tabela 1 - Taxa de doentes com ferida crónica por mil utentes e por grupo etário

GRUPO ETÁRIO	MULHERES			HOMENS			TOTAL		
	Anos	n	Utentes	Tx	N	Utentes	Tx	n	
< 60	10	98429	0,10	28	94983	0,29	38	0,20	$\chi^2: 10,02$ $p < 0,05$
60-69	12	16475	0,73	20	14633	1,37	32	1,03	
70-79	24	13463	1,78	38	11063	3,43	62	2,53	
≥ 80	50	10147	4,93	42	6040	6,95	92	5,68	
Total	96	138514	0,69	128	126719	1,01	224	0,84	

n: número de utentes com ferida; Tx: prevalência por mil utentes; Utentes: nº de utentes inscritos no grupo etário

Duração das feridas

Relativamente ao tempo de evolução das feridas, constatou-se que a duração média era de 2,4 ($\pm 6,2$) anos. Tinham uma evolução inferior a 1 ano 62,1% e superior ou igual a 5 anos 11,6% (Tabela 2).

Considerando a evolução segundo o sexo, verificou-se que a duração das feridas é superior no sexo masculino ($p < 0,01$), sendo que 47,7% das feridas no sexo masculino têm mais de um ano de evolução, enquanto que no sexo feminino essa

enfermeiros] e 11,2% ($n = 25$) através do IPTB. Apenas em 2 casos houve recurso a ecodoppler.

No que respeita à etiologia das feridas (Fig. 1), foi possível identificar uma causa subjacente em 80% das situações. Segundo os critérios e a informação do profissional de enfermagem, foram consideradas de origem vascular 36%, pressão 31%, diabéticas neuropáticas 5% e infecciosas 8% das feridas. No que concerne às feridas de origem vascular, 77,7% eram de origem venosa, 7,1% arterial e 15,2% mistas.

Artigo Original

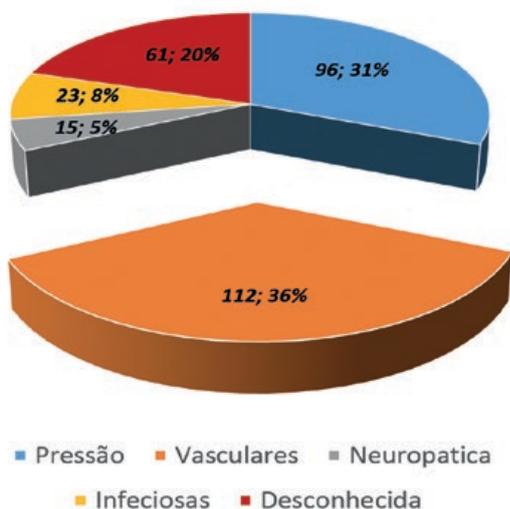


Figura 1 - Etiologia das feridas crónicas.

Úlceras de pressão

Foram identificadas 96 úlceras de pressão em 51 doentes, a que corresponde uma média de 1,9 úlceras por doente. Destas, 62 foram classificadas segundo os critérios NPUAP/EPUAP²⁴, sendo as mais frequentes as da Categoria III (60%) seguidas da Categoria IV (22%) (Fig. 2).

Localização

No que se refere à localização das feridas, verificou-se que a perna era o local mais frequente (42,3%), seguida do pé (23,3%), nádega (7,4%) e anca (5,6%), ou seja, mais de 80% das feridas localizavam-se nos membros inferiores.

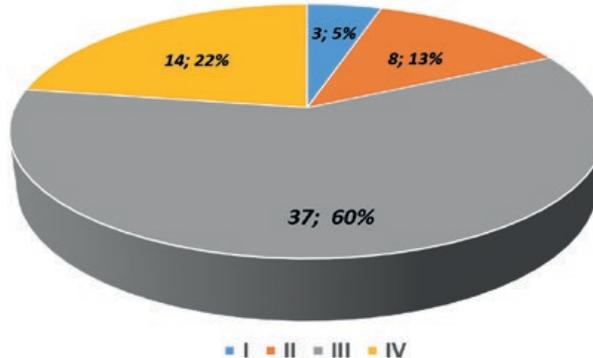


Figura 2 - Classificação das úlceras de pressão segundo a categoria.

Antecedentes patológicos e fatores de risco

Em relação aos antecedentes patológicos, os mais frequentemente identificados foram a insuficiência venosa, seguida da hipertensão arterial, história prévia de úlcera, diabetes, sedentarismo, dislipidémia, obesidade e imobilidade (Fig. 3).

Relativamente à mobilidade do doente, verificou-se que 20,1% (n = 45) se encontravam acamados, 10,3% (n = 23) se deslocavam em cadeira de rodas, 23,2% (n = 52) andavam com ajuda e 46,4% (n=104) livremente. Quando se relacionou a mobilidade com o grupo etário verificou-se que a mobilidade é sensível à idade (p < 0,01), ficando comprometida com a progressão etária.

Quando questionados sobre a presença de dor, 48,2% (n = 108) dos doentes admitiram a sua presença e 30% (n = 32) classificaram-na como ligeira, 49% (n = 53)

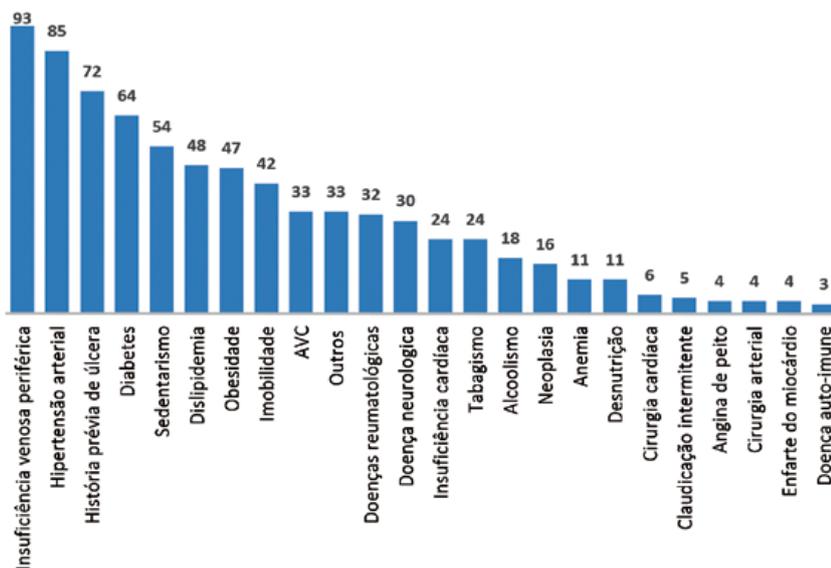


Figura 3 - Antecedentes patológicos/fatores de risco (nº).

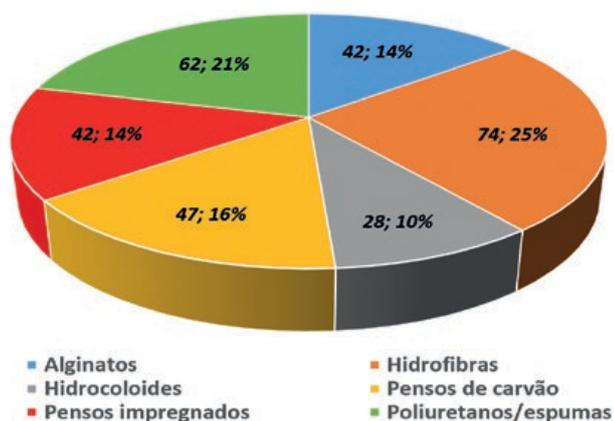


Figura 4 - Apósitos utilizados.

moderada, 19% (n = 21) intensa e apenas 2% (n = 2) como máxima. Essa dor era constante em 8,3%, intermitente em 50% e ocasional em 41,7%.

Tinham sido referenciados a especialistas 46,4% (n = 104) dos doentes, sendo a especialidade de cirurgia vascular a mais solicitada (41,3%), seguida da cirurgia geral (30,8%) e da dermatologia (13,5%).

Prestação de cuidados

Na semana anterior à realização da presente investigação, a maioria dos doentes (63,4%) tinha sido tratada nas unidades de saúde, 36,2% no domicílio e apenas 1 doente em internamento hospitalar. O prestador de cuidados "chave" durante essa semana foi o mesmo profissional de enfermagem em 72,8% das situações.

Na última semana o número médio de tratamentos efetuados por doente foi de 2,6 ($\pm 1,1$), com uma moda de 2. Nas duas últimas semanas esses tratamentos foram feitos, em média por 1,9 ($\pm 1,0$) enfermeiros. A duração média de cada tratamento foi de 20,4 ($\pm 10,5$) minutos. Nas situações em que a equipa teve que prestar os cuidados no domicílio, o tempo gasto na deslocação foi de 19,5 ($\pm 9,7$) minutos.

As unidades de saúde do ACeS PL disponibilizam alginatos, hidrofibras, hidrocoloides, pensos de carvão, pensos impregnados e poliuretanos/espumas. Verificou-se que as hidrofibras eram os mais utilizados (25%), seguido dos poliuretanos/espumas (21%) (Fig. 4).

Foram utilizados apósitos com prata (alginato de cálcio com prata, carvão ativado com prata e hidrofibras com prata) em 42,9% dos doentes

A terapia compressiva foi utilizada em 19,6% dos doentes.

Na última semana, apresentavam sinais de infeção 6,7% (n = 15) dos doentes, tendo essa infeção 14,7 ($\pm 13,9$) dias de evolução. Desses, estavam a fazer antibiótico sistémico 73% (n = 11). Os antibióticos mais prescritos na última semana foram a flucloxacilina (n = 4) e a ciprofloxacina (n = 3). Apenas em 3 doentes que estavam a fazer antibiótico tinha sido pedido antibiograma.

Questionados sobre o consumo de antibióticos nas últimas seis semanas foi possível responder afirmativamente em 18,3% (n = 41) do total dos doentes. Os antibióticos mais utilizados nas últimas seis semanas foram a ciprofloxacina (n = 11), amoxicilina+ácido clavulânico (n = 8), flucloxacilina (n = 7), cefuroxima (n = 3) e outros (n = 6). Não sabiam qual o antibiótico 6 doentes.

DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente na constituição da amostra. Com a mobilização dos profissionais de enfermagem que prestam cuidados aos doentes com ferida crónica pretendeu-se identificar todos os casos. Por outro lado, a seleção de casos durante um mês garantiu que todos os doentes tivessem a oportunidade de entrar no estudo, uma vez que os tratamentos têm uma periodicidade inferior a trinta dias. Ficaram excluídos apenas os doentes que não utilizaram os cuidados de saúde nos últimos trinta dias, situação que pode conduzir a um número de participantes inferior ao real, com impacto na taxa de prevalência.

A taxa de prevalência da ferida crónica na área de geodemográfica do ACeS PL foi de 0,84/1000 utentes e apresenta um valor crescente com a idade ($p < 0,05$), sendo superior no grupo de mais de 80 anos (5,68/1000). Essa variação com a idade é coincidente à descrita noutros estudos.^{14,15,20}

A taxa de prevalência (0,84/1000) é inferior à descrita na literatura (1,41 a 1,8/1000),^{14,21,22} existindo, ainda, estudos com taxas de prevalência muito superiores, em virtude dos métodos de colheita da amostra,^{6,8} onde se considerou a prevalência da ferida no total de doentes que frequentaram os locais de tratamento, enquanto, no presente estudo, foi considerado o universo de utentes inscritos no ACeS PL, de forma a perceber a carga de doença na população. A prevalência por nós encontrada pode pecar por defeito, quer devido à não utilização, por parte dos doentes, dos serviços de saúde públicos, que devido à não adesão dos profissionais de enfermagem.

Os antecedentes patológicos e fatores de risco referidos, em que a insuficiência venosa, hipertensão arterial, diabetes e sedentarismo ocupam os primeiros lugares, encontram-se entre os fatores descritos na literatura.^{2,4,5} Verificou-se, ainda, que cerca de 53,6% dos doentes apresentavam limitação grave da mobilidade, justificando intervenção dirigida à minimização do problema, uma vez que se trata de um fator que compromete a evolução favorável.²

As úlceras de origem venosa representam 77,7% do total de úlceras de origem vascular, sendo essa prevalência semelhante à descrita na literatura científica.^{6-8,14} Para o diagnóstico de doença venosa é essencial a contribuição do doppler arterial, para exclusão de doença arterial, condição que contra-indica a prática de terapêutica compressiva,^{2,10} mas apenas foi possível documentar a sua realização em 2 doentes. No entanto, a terapêutica compressiva foi utilizada em 44 doentes, situação que poderá conduzir a complicações

Artigo Original

iatrogénicas.⁸ Foi referido o cálculo do IPTB em 25 doentes, contudo a sua quantificação não é viável sem utilização de doppler.^{8,11} Esta situação representa, por um lado, uma limitação major do estudo, pois compromete a determinação etiológica da úlcera e o cálculo da sua prevalência, por outro, tem impacto no planeamento terapêutico, na execução dos pensos, realização de desbridamentos, escolha de ligadura e mesmo na referenciação dos doentes.

Foi referido que 15 doentes (6,7%) apresentavam feridas com critérios de infeção e que 11 se encontravam a fazer antibiótico, porém, apenas em 3 casos a antibioterapia foi dirigida por antibiograma, apesar deste ser recomendado.¹² No entanto, só por si os critérios microbiológicos não devem ser decisivos para a instituição da terapêutica, sendo necessário a sua correlação com os critérios clínicos.¹³ Os antibióticos mais utilizados na última semana foram a flucloxacilina e ciprofloxacina, sendo que a ciprofloxacina não deve ser prescrita nas infeções por *Staphylococcus aureus* metilino-resistentes,⁸ frequente neste tipo de feridas,²⁵ infeção que apenas se pode excluir com cultura de bacteriológica com amostra colhida preferencialmente por biópsia.^{8,12}

No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, para além dos profissionais de enfermagem, é fundamental envolver com regularidade os médicos de família, nutricionista e outros profissionais, no acompanhamento destes doentes, de forma a que numa fase precoce se faça um planeamento adequado de cuidados.

Verificou-se que em 42,9% dos doentes eram utilizados pensos com prata (alginato de cálcio com prata, carvão ativado com prata e hidrofibras com prata), mas apenas 6,7% apresentavam feridas infetadas. Apesar dos apósitos com prata poderem ser utilizados em colonização crítica e prevenção da infeção, será sempre prudente o seu uso criterioso, maximizando os benefícios da gestão de recursos escassos.

Relativamente à duração das feridas crónicas, verificou-se que 26,3% tinham de 1 a 4 anos de evolução e 11,6% mais de 5 anos, ou seja, 37,9% evoluíam há mais de 1 ano. Constatou-se que alguns doentes tinham esta patologia há mais de 20 anos, de forma ininterrupta. Apesar de considerarmos que a duração referida é longa, verificámos que é inferior à verificada por Pina, Furtado¹⁴ que refere 66% e 17% com evolução superior a 1 anos e a 5 anos, respetivamente.

Em relação às úlceras de pressão, 82% eram da categoria III e IV, as mais complicadas, situação que poderá aludir à ineficácia dos cuidados em curso, exigindo esforços mais acertados no diagnóstico e tratamento atempados, idealmente em fases mais precoces da evolução.^{10,26,27}

CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo indicam que a prevalência de feridas crónicas na população geodemográfica do ACeS Pinhal Litoral é de 0,84/1000, sendo 1,01/1000 no sexo masculino e 0,69/1000 no feminino ($p < 0,05$). Os doentes com mais de 80 anos apresentam uma prevalência de 5,68/1000, que é mais elevada relativamente aos mais novos ($p < 0,05$).

Em relação ao tipo de feridas, as de causa vascular são as mais frequentes (36%) e, destas, 77,7% são de origem venosa, justificando a terapia compressiva, que, contudo, é utilizada apenas em 50,6% dos casos possíveis.

Constatou-se ainda que o diagnóstico diferencial das feridas vasculares não é uma prática de rotina, inviabilizando a terapia compressiva segura nas úlceras venosas, aumentando o risco de iatrogenia.

Ainda em relação ao tratamento, verificou-se que a antibioterapia sistémica é efetuada maioritariamente (73%) de modo empírico. No entanto, verificámos uma reduzida requisição de exames microbiológicos o que poderá ter condicionado a seleção primária da terapêutica antibiótica, ou sua posterior revisão, face aos resultados do antibiograma.

Em relação à evolução das feridas verificou-se que 37,9% tinham mais de um ano e 82% das feridas de pressão eram das categorias III e IV, as mais graves. Estes factos deverão merecer a atenção dos cuidadores e exigem medidas terapêuticas e de organização mais vigorosas e efetivas.

Tendo em consideração os resultados encontrados nesta investigação, foi proposto aos órgãos de gestão do ACeS a criação de um grupo multidisciplinar, envolvendo profissionais com formação adequada e, sobretudo, motivados para a problemática, que para além de serem um grupo de referência no tratamento se disponham a promover a formação dos restantes profissionais.

Agradecimentos

Aos profissionais de enfermagem que participaram na colheita de dados. À Dra. Isabel Poças e ao Dr. Carlos Ferreira pela revisão do manuscrito.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse. **Suporte financeiro:** O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare. **Financing Support:** This work has not received any contribution, grant or scholarship.

REFERÊNCIAS

1. Alves P, Vales L. Perspetiva histórica do tratamento de feridas. In: Pinto E, Vieira I, editores. Prevenção e tratamento de feridas - Da evidência à prática [e-book]. 2014 [consultado 2015 jun 25]. Disponível em: <http://care4wounds.com/ebook/flipviewerexpress.html>.
2. Paço R. Fisiologia da cicatrização e fatores que a influenciam. In: Pinto E, Vieira I, Editores. Prevenção e tratamento de feridas - Da evidência à prática [e-book]. 2014 [consultado 2015 jun 25]. Disponível em: <http://care4wounds.com/ebook/flipviewerexpress.html>.
3. Davini R, Nunes C, Guirro E, Fascina E, Oliveira M, Polli M, Domingues P. Tratamento de úlceras cutâneas crónicas por meio da estimulação elétrica de alta voltagem. Rev Cienc Med. 2012; 14: 249-58.

4. Baker S, Stacey M, Singh G, Hoskin S, Thompson P. Aetiology of chronic leg ulcers. *Eur J Vasc Surg.* 1992; 6: 245-51.
5. Jockenhöfer F, Gollnick H, Herberger K, Isbary G, Renner R, Stücker M, et al. Aetiology, comorbidities and cofactors of chronic leg ulcers: retrospective evaluation of 1000 patients from 10 specialised dermatological wound care centers in Germany. *Int Wound J.* 2014; [consultado em 2015 mai 30]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/iwj.12387>.
6. Favas P. Prevalência e características das feridas na população do distrito de Leiria. Universidade Católica Portuguesa: Lisboa; 2012 [consultado 2015 jul 23]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/13271>.
7. Prieto B. Prevalencia de úlceras en Neda y diferencias entre la población rural y urbana. Faculdade de enfermária e podologia: Universidade da Coruña; 2014 [consultado 2015 set 11]. Disponível em: http://ruc.udc.es/bitstream/2183/13646/2/TFG_Enfermaria_Escudero_Prieto_Beatriz.pdf.
8. Furtado K. Úlceras de Perna - Tratamento Baseado na Evidência. *Rev Nurs.* 2003; 176:14-23.
9. Direção Geral da Saúde. Orientação para a Prevenção da Infeção na Ferida Crónica. In: DGS; 2013.
10. Martinho P, Gaspar P. Conhecimentos e práticas de terapia compressiva de enfermeiros de cuidados de saúde primários. *Rev Enf Ref.* 2012; 3:69-79.
11. Tendera M, Aboyans V, Bartelink M, Baumgartner I, Clément D, Collet J, et al. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases. *Eur Heart J.* 2011; 32:2851-906.
12. Landis S. Chronic wound infection and antimicrobial use. *Adv Skin Wound Care.* 2008; 21:531-40.
13. Souza J, Vieira E, Cortez T, Mondelli A, Miot H, Abbade L, et al. Clinical and microbiologic evaluation of chronic leg ulcers: A cross-sectional study. *Adv Skin Wound Care.* 2014; 27:222-7.
14. Pina E, Furtado K, Franks P, Moffatt C. Úlceras de perna em Portugal: um problema de saúde subestimado. *Rev Port Cir Cardiorac Vasc.* 2004; 11:217-21.
15. Surber C, Brandt S, Cozzio A, Kottner J. Principles of skin care in the elderly. *G Ital Dermatol Venereol.* 2015; 150:699-716.
16. Maida V, Corbo M, Dolzhykov M, Ennis M, Irani S, Trozzolo L, et al. Wounds in advanced illness: a prevalence and incidence study based on a prospective case series. *Int Wound J.* 2008; 5:305-14.
17. Rodrigues I, Mégie M. Prevalence of chronic wounds in Quebec home care: an exploratory study. *Ostomy Wound Manage.* 2006;52:46-57.
18. Ustrell-Olaria A, Amorós-Miró G. Prevalencia de heridas de la piel en pacientes de atención domiciliar de 2 áreas básicas de salud de Barcelona: implicaciones en la práctica enfermera. *Enferm Clínica.* 2008; 18: 232-8.
19. Soldevilla A, Torra i Bou J, Verdú J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda Lopez J, et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos.* 2006; 17:154-72.
20. Cruz M, Baudrier T, Azevedo F. Causas infrequentes de úlceras de perna e a sua abordagem. *Rev Soc Port Dermatol Venereol.* 2013; 69:383-94.
21. Callam M, Ruckley C, Harper D, Dale J. Chronic ulceration of the leg: extent of the problem and provision of care. *Br Med J.* 1985; 290:1855-6.
22. Cornwall J, Doré C, Lewis J. Leg ulcers: epidemiology and aetiology. *Br J Surg.* 1986; 73:693-6.
23. Passadouro R, Sousa A, Santos C, Costa H, Craveiro I. Questionário para avaliação da ferida crónica. Adaptado dos instrumentos da Sociedade Portuguesa de Feridas (ELCOS). 2015. [consultado 2015 set 11]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/295079539_Ferida.
24. NPUAP/EPUAP/PPPIA. Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick reference guide [e-book]. 2nd ed. Haesler E, editor. Perth: Cambridge Media 2014. [consultado 2015 jul 15]. Disponível em: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2010/10/Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>.
25. Tavares E, Brito H, Parente J, Pinto P, Martins C. População bacteriana em úlceras de perna crónicas sobre-infectadas numa enfermaria de dermatologia—Caraterização do perfil de suscetibilidade aos antimicrobianos. *Rev Soc Port Dermatol Venereol.* 2012; 70:465-72.
26. Alves P, Vales L. Úlceras de pressão. In: Pinto E, Vieira I, Editors. Prevenção e tratamento de feridas - Da evidência à prática [e-book]. 2014 [consultado 2015 jun 25]. Disponível em: <http://care4wounds.com/ebook/fli-pviewerxpress.html>.
27. Lichterfeld A, Hauss A, Surber C, Peters T, Blume-Peytavi U, Kottner J. Evidence-based skin care. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2015; 42:501-24.