

A qualidade de vida na pessoa com úlcera venosa*

The quality of life in people with venous ulcer

Paula Sofia Cabrita¹ e Manuel Luís Capelas²

¹ Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

² Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

Palavras-chave

Qualidade de vida;
Características da ferida;
Úlcera Venosa.

Resumo

Ser portador de uma ferida crónica, como a úlcera venosa, acarreta alterações no quotidiano, transformando de forma determinante a vida do indivíduo. O desafio dos cuidados de saúde consiste em fornecer a estes indivíduos cuidados globais e integrados, onde a qualidade de vida seja o principal *outcome*. Os objetivos deste estudo são: avaliar a qualidade de vida da pessoa com úlcera venosa e analisar a influência das características da ferida e do tipo de tratamento na qualidade de vida. Foi constituída uma amostra não probabilística acidental de 31 pessoas com úlcera venosa a serem cuidadas nos centros de saúde de uma Unidade Local de Saúde. Para a colheita de dados utilizou-se o Esquema *Cardiff* de Impacto da Ferida e um formulário para registo das características da ferida. Verificou-se uma redução da qualidade de vida no domínio do bem-estar. A qualidade de vida é afetada pela quantidade de exsudado e pela dor, sendo que a dor aumenta em função do aumento da área da úlcera. A úlcera venosa altera a qualidade de vida das pessoas, afetando todas as dimensões do Esquema de *Cardiff* de Impacto da Ferida. As características da ferida, nomeadamente a quantidade de exsudado, a dor e a área afetam negativamente a qualidade de vida destas pessoas.

Keywords

Quality of life; Wound characteristics; Venous Ulcer.

Abstract

Having a chronic wound such as venous ulcer, results in changes in everyday life, turning a decisive role in the individual's life. The challenge of health care is to provide to these individuals a global and integrated care, where quality of life is the primary outcome. The objectives of this study are: assess the quality of life of people with venous ulcers and analyze the influence of wound characteristics. A non-probabilistic accidental sample of 31 people with venous ulcer being cared in the health centers of a Unidade Local de Saúde. For data collection, it was used the Cardiff Wound Impact Scheme and a form to register the characteristics of the wound. There was a reduction in the quality of life in the domain of wellness. The quality of life is affected by the amount of exudate and pain, and pain increases with the increase in ulcer area. Venous ulcers change the quality of life, affecting all aspects of the Cardiff Wound Impact Scheme. The characteristics of the wound, namely the amount of exudate, pain and area adversely affect the quality of life.

* Trabalho realizado no âmbito do Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Introdução

A qualidade de vida é uma área de estudo que tem a cada dia, assumido um especial relevo em torno da comunidade científica, onde cada vez mais existe a consciência do Ser como um todo, e não somente como portador de uma determinada doença. Percebe-se o doente como um ser holístico, onde o seu bem-estar físico, social e mental assume especial importância.

Ser portador de uma ferida implica grandes alterações, não só físicas, mas também da esfera psicossocial. Ter uma ferida tem grande impacto a nível das atividades de vida diárias, assumindo-se como uma experiência subjetiva, onde a qualidade de vida vai depender, entre muitos outros fatores, da reação e relação com os outros, do tratamento, da dor, da percepção que o indivíduo tem da sua ferida e do estado emocional, familiar e económico¹. As pessoas com ferida crónica transportam consigo, além de uma doença visível, marcada na pele, uma tristeza e um sofrimento psíquico decorrentes da perda da qualidade de vida e do bem-estar no meio onde vivem¹.

A úlcera venosa é uma realidade cada vez mais frequente, sendo mesmo considerada um problema de saúde pública², tendo um impacto adverso na qualidade de vida dos doentes, já que requer tratamento a longo prazo³. Tawner e colaboradores, citados por Sellmer e colaboradores⁴, estimam que 1 a 2% da população mundial tenha úlcera de perna. Em Portugal, a prevalência de úlcera de perna será de 1,42 por cada 1000 habitantes⁵. Em termos de prevalência de género, haverá uma prevalência de 1,46/1000 nas mulheres e 1,30/1000 nos homens. Capitão e colaboradores⁶ identificam a prevalência de úlceras venosas crónicas ativas e inativas em 3,2 e 3,9% para os homens e mulheres, respetivamente.

A qualidade de vida tem assumido crescente importância na sociedade atual, contudo as questões relacionadas com a “boa vida” ou “boa sociedade” foram preocupação de vários pensadores ao longo dos tempos e culturas, nomeadamente Aristóteles através do conceito *eudaimonia*, que defende que os indivíduos, ao reconhecerem as suas potencialidades, podem alcançar a “boa vida”⁷.

O termo qualidade de vida é um conceito interdisciplinar e de recorrente uso, muito embora a sua definição seja difícil, subjetiva e abrangente devido à dimensão biopsicofisiológica do ser humano⁸.

A Organização Mundial de Saúde através do WHOQOL *Group* enfatiza que a qualidade de vida

é um conceito subjetivo, mas que este estará situado na percepção que o indivíduo tem da sua vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁹.

Para Almeida e colaboradores¹⁰, citando Barbosa, não existe um conceito único e definitivo de qualidade de vida, e este conceito depende da esfera objetiva e subjetiva de cada um, a partir da percepção que o sujeito constrói sobre o seu meio.

Sabe-se que a ferida tem impacto nas atividades de vida da pessoa, afetando de modo determinante o indivíduo. Ter uma ferida vai alterar as relações sociais, no ambiente do trabalho ou até mesmo dentro do seio familiar; e este afastamento de relações deve-se em muito à visão estigmatizadora da sociedade que ainda permanece nestes dias¹¹. Estas pessoas tornam-se mais vulneráveis a diversas situações tais como: desemprego, abandono e isolamento social, prejudicando os seus projetos de vida. Todas estas alterações provocam nestas pessoas sentimentos de raiva, ansiedade, tristeza e vergonha, interferindo no seu estado de equilíbrio, na autoimagem e autoestima, tornando-se num fenómeno relevante para o cuidar em enfermagem¹¹.

Uma ferida não pode ser considerada somente um problema físico, mas sim “[...] algo que dói sem necessariamente precisar de estímulos sensoriais, uma marca, uma perda irreparável ou uma doença incurável. Ela fragiliza e muitas vezes incapacita o ser humano [...]” (p. 44)¹².

Ebbeskog e Ekman¹³ entrevistaram 15 idosos com o objetivo de identificar as experiências de viver com úlcera de perna. Os idosos referiram viver uma vida condicionada pela ferida, com alterações nas caminhadas diárias e a dor produzia também alterações no sono. Os participantes consideraram a dor como o fator que dominava e controlava por completo as suas vidas. Outros autores¹⁴ também identificaram a dor como o maior problema que estes doentes encontravam. Iglesias e colaboradores¹⁵ referem que as pessoas vivenciam níveis elevados de dor, independentemente da úlcera estar cicatrizada ou não.

Jones e colaboradores¹⁶ realizaram um estudo que pretendia relacionar a úlcera venosa, a depressão, o odor e o exsudado. Os participantes referiram que o odor e exsudação excessiva provocavam efeitos adversos no seu bem-estar psicológico, causando sentimentos de desgosto, autoaversão e baixa de autoestima. Estes autores verificaram ainda que os dois sintomas mais frequentes citados pelos

participantes com depressão e ansiedade, eram o exsudado e o odor.

Palfreyman¹⁷ refere no seu estudo que “Os sintomas mais frequentes vivenciados pelas pessoas questionadas foram: dor (80%); exsudado (75%); depressão (65%); insónia (65%); e mau odor (56%)” (p. 36).

Em Portugal, Furtado e colaboradores¹⁸ preocuparam-se em estudar a qualidade de vida dos doentes com úlcera de perna tratados com apósitos e com terapia compressiva, investigada num momento e após 12 semanas. Verificaram que a dor melhorou após 12 semanas de tratamento e o domínio da energia e isolamento social melhorou após a cicatrização das feridas. Afirmam também que estes doentes têm uma qualidade de vida relacionada com a saúde baixa, evidenciando problemas ao nível da mobilidade, energia e sono, mas que existe melhoria significativa da qualidade de vida, se forem aplicados cuidados efetivos, nomeadamente com a aplicação de terapia compressiva.

Saraiva e colaboradores¹⁹ estudaram a qualidade de vida, utilizando o Esquema de *Cardiff* de Impacto da Ferida, em indivíduos (n=66) com úlcera venosa a serem cuidados em centro de saúde e hospital. Concluíram que a maioria dos participantes obteve valores intermédios de qualidade de vida, observando-se um impacto negativo mais significativo na dimensão do bem-estar.

Apesar de todo o impacto negativo que a úlcera venosa tem na vida do indivíduo, este deve ser ajudado pelo profissional de saúde a encontrar as suas forças interiores, ou seja, os seus mecanismos de resiliência interna, através das estratégias de *coping*. Walshe²⁰ aborda também esta temática, afirmando que as estratégias de *coping* permitem uma resposta psicológica mais forte e adaptada ao facto de se ser portador de uma ferida.

Assim este trabalho pretendeu conhecer a qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa e perceber qual o impacto que a característica da ferida pode ter na qualidade de vida destas pessoas.

Material e métodos

Estudo quantitativo e analítico, prospetivo, uma vez que se ambiciona relacionar eventos.

A amostra não probabilística accidental foi constituída por 31 pessoas com úlcera venosa a serem cuidadas nos centros de saúde da área de influência de uma Unidade Local de Saúde.

Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizado a *Cardiff Wound Impact Schedule* de Price & Harding²¹, assumindo o nome de Esquema de *Cardiff* de Impacto da Ferida. Este esquema possui 45 itens, abrangendo três domínios da qualidade de vida, pontuados de 1 a 5 numa escala de *Likert*: bem-estar, sintomas físicos de vida diária e vida social; e duas perguntas relacionadas com a qualidade de vida em geral. Estas convidam o participante a posicionar-se numa escala de 0 a 10, correspondendo o 0 à pior qualidade de vida possível (Nada satisfeito/a) e 10 à melhor qualidade de vida possível (Muito satisfeito/a). Em relação às dimensões, quanto mais próximo de 100 melhor será a qualidade de vida relacionada com a saúde. A este instrumento foi associado um formulário para registo das características da ferida. A ferida foi medida em cada avaliação, tendo como recurso uma régua e foi calculada a área, através da medição do maior comprimento e da maior largura, perpendicularmente. A dor foi avaliada através de uma escala qualitativa. Avaliou-se a qualidade de vida e as características da ferida em dois momentos, um inicial, que marcou o início da investigação e outro passadas sete semanas.

Tendo em conta a pesquisa efetuada, bem como os objetivos delineados, foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

- Q1: Qual a qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa, em contexto comunitário?
- Q2: Existirá diferença na qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa, em contexto comunitário, em função do tipo de tratamento e características da ferida?

O processamento de dados foi efetuado através de estatística multivariada utilizando a ferramenta SPSS versão 20 (Statistical Package for the Social Sciences). Nos diferentes testes estatísticos utilizados após a avaliação da normalidade das distribuições, foi considerado o $p < 0,05$ como estatisticamente significativo. A utilização de testes paramétricos e não paramétricos para a mesma variável (qualidade de vida) é justificada pela normalidade das distribuições.

De forma a dar cumprimento a todos os preceitos éticos e formais, foi assegurado que os indivíduos da amostra participaram voluntariamente no estudo, e a colheita de dados só foi realizada após dado o consentimento livre e esclarecido por parte dos doentes, estando garantido o anonimato e a completa confidencialidade dos dados alcançados na pesquisa.

Resultados

Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

Participaram no estudo 31 pessoas com úlcera venosa na sua forma ativa, não cicatrizada.

Os doentes tinham idades compreendidas entre os 52 e os 92 anos, sendo a média das idades de 72 anos, desvio-padrão de 9,6 anos e mediana de 75. Sete pessoas tinham idade inferior a 65 anos, o que indica que a amostra é formada maioritariamente por pessoas idosas. 61,3% correspondem ao sexo feminino e 38,7% ao sexo masculino, contudo estes valores não são estatisticamente significativos (Teste binominal, $p=0,281$; $p>0,05$).

Em termos de coabitação, 61,3% dos doentes vive acompanhado e 38,7% vive sozinho, contudo esta diferença não é estatisticamente significativa. (Teste binominal, $p=0,281$, $p>0,05$) Em termos de frequência de contactos, 96,8% tem contacto com a família ou amigos pelo menos uma vez por dia. De salientar que nenhum dos doentes referiu ter contacto com os seus familiares ou amigos menos de uma vez por mês.

Em relação às comorbilidades 83,9% dos doentes tinham outras patologias associadas, sendo as principais a hipertensão arterial (54,8%), doença osteoarticular (35,5%), obesidade (32,3%), diabetes *mellitus* (22,6%) e história de trombose venosa profunda (12,9%).

Caracterização da ferida

A grande maioria (83,9%) dos doentes tinha a úlcera em resultado de recidivas, enquanto 16,1% era a primeira vez que a apresentava. Importa referir também que quatro doentes apresentavam duas úlceras na sua forma não cicatrizada, mas que se optou por considerar a principal, ou seja, aquela que detinha maior área.

Quanto ao tempo de ulceração, este variou entre 1 a 240 meses, fazendo corresponder uma média de 33 meses e desvio-padrão de 47,1.

Em relação à localização anatómica da úlcera, 80,6% tinha a sua úlcera localizada no 1/3 inferior/ /médio da perna e 19,4% estavam localizadas no maléolo lateral.

Foram também identificadas outras características da ferida tais como a quantidade de exsudado, tipo de tecido, presença/ausência de infeção e área.

Em relação ao tipo de tecido, existem diferenças estatisticamente significativas entre os 1.º e 2.º

momentos de avaliação, podendo afirmar-se que a grande melhoria foi ao nível do tecido necrótico, uma vez que na segunda avaliação nenhum doente apresentava este tipo de tecido (Quadro 1).

Quadro 1 – Caracterização da ferida quanto ao tipo de tecido. (n=31)*

Tipo de tecido	1.ª Avaliação		2.ª Avaliação		Chi-Quadrado (p)
	N	%	N	%	
Epitelial					0,017
Granulação	27*	87,1	25*	80,7	
Desvitalizado	22*	70,9	21*	67,7	
Necrótico	2*	6,5	0*	0	

* resposta múltipla

Também ao nível do exsudado existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação. Mais em pormenor podemos constatar que melhorou ligeiramente, já que dois doentes passaram a ter pouco exsudado e os restantes não manifestaram alteração (Quadro 2).

Quadro 2 – Caracterização da ferida quanto à quantidade de exsudado (n=31)

Nível de exsudado	1.ª Avaliação		2.ª Avaliação		Chi-Quadrado (p)
	N	%	N	%	
Nenhum	1	3,2	1	3,2	0,000
Pouco	9	29,0	11	35,5	
Moderado	15	48,4	13	41,9	
Abundante	6	19,4	6	19,4	

Em relação à infeção não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação. Na maioria dos doentes a infeção não está presente, quer no primeiro quer no segundo momento de avaliação (Quadro 3).

Quadro 3 – Caracterização da ferida quanto à infeção (n=31)

Infeção	1.ª Avaliação		2.ª Avaliação		Teste McNemar (p)
	N	%	N	%	
Ausente	23	74,2	26	83,9	0,375
Presente	8	25,8	5	16,1	

A ferida foi medida em cada uma das avaliações realizada, estando os resultados representados no seguinte Quadro (Quadro 4). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação.

Quadro 4 – Caracterização da ferida quanto à sua área em cm² (n=31)

Área	1.ª Avaliação	2.ª Avaliação	Teste Wilcoxon (p)
Média	45,74	36,75	0,180
Mediana	12,25	11,25	
Desvio-padrão	91,01	66,45	
Mínimo	1,00	0,06	
Máximo	400,00	297,00	

No que respeita à dor, na primeira avaliação verificou-se que 61,3% dos doentes referiram dor, enquanto 38,7% referiram não apresentar. Na segunda avaliação 45,2% não tinha dor, enquanto 54,8% tinha. Mais em concreto, nove dos 31 doentes melhoraram o nível de dor, 6 pioraram e 16 mantiveram.

Em somente 34,4% dos doentes estava a ser aplicada terapia compressiva, e em apenas oito doentes o índice pressão tornozelo-braço tinha sido calculado/documentado ou era conhecido pelo enfermeiro que estava a realizar a terapia compressiva. Os restantes 64,5% eram tratados com tratamento exclusivo a apósitos e 3,2% com cirurgia vascular.

Esquema de Cardiff de Impacto da Ferida

Na avaliação pelo Esquema de *Cardiff* verificou-se que os doentes apresentam alterações em todas as suas dimensões, contudo a dimensão do bem-estar é

aquela que obtém menor valor de *score*, tornando-se a dimensão mais afetada. Quando solicitados a avaliarem subjetivamente a sua qualidade de vida, verificou-se um valor médio de 5,81/10 na primeira avaliação e 5,94/10 na segunda avaliação. Na avaliação da satisfação em relação à sua qualidade de vida, a média situa-se na primeira avaliação nos 5,90/10 e na segunda avaliação nos 6,19/10. Contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas (Quadro 5).

Procurou-se identificar quais os fatores que podiam estar a influenciar a qualidade de vida, atendendo às características da ferida, ao tipo de tratamento, à dor e área.

Em relação à quantidade de exsudado verifica-se que todas as dimensões do Esquema de *Cardiff* têm uma associação negativa com a quantidade de exsudado (Quadro 6), contudo apenas a correlação negativa ($r=-0,407$) com a dimensão de sintomas físicos e vida diária é estatisticamente significativa. Verificou-se também que 77,4% dos doentes, referiram que a sua ferida exsudou (“deitar líquido”) na última semana e 58,1% sentiu-se perturbado com a situação.

Quadro 6 – Correlação entre as dimensões da qualidade de vida e a quantidade de exsudado, na primeira avaliação (n=31)

Dimensões da qualidade de vida	R de Spearman (r)	Nível de significância (p)
Bem-estar	- 0,305	0,095
Sintomas físicos e vida diária	-0,407	0,023
Vida social	-0,129	0,488

Quadro 5 – Estatística descritiva dos scores das dimensões da qualidade de vida em função das duas avaliações (n=31)

Dimensões da qualidade de vida	1.ª Avaliação					2.ª Avaliação					Teste de Wilcoxon (p)
	Média	Mediana	DP	Min.	Máx.	Média	Mediana	DP	Min.	Máx.	
Bem-estar	35,02	35,71	12,14	14,29	60,71	36,00	75,00	18,64	10,71	75,00	0,557
Sintomas físicos e vida diária	65,42	61,45	17,22	35,42	96,88	65,82	65,62	16,60	39,58	95,83	0,458
Vida social	75,92	75,00	18,64	41,07	100,00	73,67	75,00	18,63	39,29	100,00	0,329
Como é a sua qualidade de vida?	5,97	5,00	2,12	0,00	10,00	5,94	5,00	1,99	3,00	10,00	0,226
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua qualidade de vida em geral?	5,90	5,00	2,21	2,00	10,00	6,19	6,00	2,06	2,00	10,00	0,412

O tipo de tecido não teve influência nas dimensões da qualidade de vida, contudo 38,8% dos doentes mencionaram que o aspeto da ferida os preocupava e 3,2% não tinham a certeza (Quadro 7).

Quadro 7 – Relação das dimensões da qualidade de vida com o tipo de tecido, na primeira avaliação (n=31)

Dimensões da qualidade de vida	Teste Anova (p)	Teste Kruskal-Wallis (p)
Bem-estar	-	0,376
Sintomas físicos e vida diária	0,625	-
Vida social	0,738	-

A presença ou não de infeção não tem influência sob a qualidade de vida dos doentes e o mesmo se aplica ao tipo de tratamento. Quando questionados se sentiam incómodo devido à ligadura ou penso, 74,2% referiram esse desconforto, onde 64,5% indicou que essa situação os perturbava (Quadros 8 e 9).

Quadro 8 – Relação das dimensões da qualidade de vida com a infeção, na primeira avaliação (n=31)

Dimensões da qualidade de vida	Teste t-Student (p)	Teste Mann-Whitney (p)
Bem-estar	-	0,707
Sintomas físicos e vida diária	0,384	-
Vida social	-	0,520

Quadro 9 – Relação das dimensões da qualidade de vida com o tipo de tratamento, na primeira avaliação (n=31)

Dimensões da qualidade de vida	Teste t-Student (p)
Bem-estar	0,204
Sintomas físicos e vida diária	0,934
Vida social	0,677

Em relação à dor, optou-se por calcular uma evolução, bem como para os *scores* das dimensões, de forma a verificar se existia influência da dor sobre a diferença dos *scores*. Esta evolução foi calculada subtraindo a segunda avaliação ao resultado da primeira (Quadro 10). Pode-se afirmar que a dor tem uma correlação negativa ($r=-0,394$) com a dimensão de sintomas físicos e vida diária e esta é estatisticamente significativa, ou seja, a dor tem

Quadro 10 – Evolução dos *scores* em função da evolução da dor (n=31)

Evolução	Evolução da dor (r de Spearman)	P
Score bem-estar	0,121	0,517
Score sintomas físicos e vida diária	-0,394	0,028
Score vida social	0,112	0,549
Como é a sua qualidade de vida?	-0,341	0,060
Até que ponto está satisfeito/a com a sua qualidade de vida em geral?	-0,442	0,013
Área	0,445	0,012

um impacto negativo sob esta dimensão. O mesmo se observa nas perguntas “Como é a sua qualidade de vida?” e “Até que ponto está satisfeito com a sua qualidade de vida em geral?”, onde a dor implicou menor pontuação nestas perguntas ($r=-0,341$ e $-0,442$, respetivamente). Em relação à área da úlcera, verifica-se que existe uma correlação positiva ($r=0,445$), significando por isso que quando a área da úlcera é maior, existem também maiores níveis de dor. Importa também referir que 87,1% dos doentes experimentaram dor na ferida na última semana e 83,9% consideram que este sintoma os perturba.

A área afeta o nível de dor ($r=0,445$), como já foi referido. Existem outras correlações negativas, mas estas não são estatisticamente significativas (Quadro 11).

Quadro 11 – Evolução dos *scores* em função da evolução da área (n=31)

Evolução	Evolução da área (r de Spearman)	P
Score bem-estar	- 0,212	0,253
Score sintomas físicos e vida diária	- 0,272	0,139
Score vida social	- 0,014	0,942
Como é a sua qualidade de vida?	0,190	0,305
Até que ponto está satisfeito/a com a sua qualidade de vida em geral?	- 0,333	0,067
Dor	0,445	0,012

Em relação à área da úlcera, e como já foi referido anteriormente, verifica-se que esta apenas tem influência sob o nível de dor. Existem outras correlações negativas, contudo estas não são estatisticamente significativas.

Discussão

Este estudo contou com uma amostra formada maioritariamente por pessoas idosas, o que vai ao encontro dos estudos existentes na área. Nelzen e colaboradores, citados por Valencia e colaboradores²², referem que as úlceras venosas tornam-se mais comuns com o avançar da idade, com um pico de prevalência entre os 60 e os 80 anos. Mencionam que 72% das pessoas desenvolvem a sua primeira úlcera aos 60 anos, 22% aos 40 e 13% desenvolvem uma úlcera venosa antes dos 30 anos.

A literatura identifica uma maior prevalência de úlcera venosa no sexo feminino, e foi esse facto que este estudo também revelou.

A maioria da amostra (96,8%) tem contacto diário com familiares e/ou amigos e 61,3% das pessoas vivem acompanhadas. A área das relações interpessoais é pouco afetada nas pessoas que sofrem de processos de doença crónicos, uma vez que estas pessoas podem ver fortalecido o vínculo de amizade e solidariedade²³. A simples ajuda no transporte ou noutra tarefa diária é entendida com alegria e gratidão.

Em relação às comorbilidades e confirmando os resultados encontrados, Valencia e colaboradores²² referem que as patologias reumatológicas podem ocorrer em 10 a 15% dos pacientes e a presença de diabetes *mellitus* ocorre em 5 a 12% dos casos. Existe uma associação positiva entre a trombose venosa profunda e o aparecimento da úlcera venosa². Os doentes com úlcera venosa, são geralmente idosos, mulheres e obesos, tendo também associada uma história de flebite e história de feridas nos membros inferiores²⁴.

A maioria dos doentes já tinha tido uma úlcera venosa, o que corrobora uma revisão da literatura que refere que 45% têm recidivas, sendo que 35% dos casos têm quatro ou mais episódios de recorrência²⁵.

O tempo de ulceração teve uma média de 33 meses, variando entre 1 a 240 meses. Fonseca e colaboradores²⁶ consideram a úlcera de perna como a *forever healing experience*; 40% dos doentes têm uma úlcera de perna durante um ano ou mais e 20% durante mais de cinco anos²⁵.

Em relação à localização da úlcera venosa, os achados confirmam a literatura na área. As úlceras venosas podem ter diversas localizações, mas em geral ocorrem na porção distal dos membros inferiores, mais particularmente no 1/3 inferior/médio da perna, também denominada de *gaiter area*^{3,22,27,28}.

Para estes autores, as úlceras que surjam no pé ou calcanhar sugerem uma etiologia diferente.

A área da ferida melhorou da primeira para a segunda avaliação, contudo os dados não são estatisticamente significativos, podendo esta ausência de diferenças dever-se ao curto intervalo de tempo entre avaliações ou, e uma vez, que o número de pessoas com tecido desvitalizado e necrótico diminuiu, esta ausência de melhoria pode dever-se ao desbridamento que mascarou a real dimensão da ferida.

A terapia compressiva estava a ser aplicada em apenas 34,4% dos doentes, o que não vai ao encontro aos pressupostos encontrados na literatura para o tratamento da úlcera venosa. Os pacientes que aderem à terapia compressiva melhoram a sua taxa de cicatrização, e a compressão continuada depois da cicatrização previne a recorrência. A terapia compressiva é bem tolerada na grande maioria dos pacientes, sem que ocorram efeitos adversos^{22,24,28}. No entanto, e embora para Johnson seja aceite que a terapia compressiva é a *gold standard* para o tratamento da úlcera venosa, na prática encontram-se dificuldades na adesão ao tratamento por parte dos doentes, que consideram as ligaduras por exemplo demasiado volumosas²⁹.

A dor neste estudo representou um sintoma importante, onde 61,3 (primeira avaliação) e 54,8% (segunda avaliação) experimentaram algum nível de dor, o que leva a concluir que a dor está subvalorizada nestes doentes. Maddox³⁰ refere que a dor é um dos sintomas mais referidos pelos doentes e que mais afeta a sua qualidade de vida. Ebbeskog e Ekman¹³ entrevistaram 15 idosos com úlcera venosa, e estes referiram ter uma vida muito limitada, onde estavam impedidos de fazer caminhadas diárias e o seu sono era várias vezes interrompido devido à dor. Estes referiram que a dor comandava as suas vidas e havia necessidade de tomarem vários analgésicos. Maddox³⁰ menciona que o uso sistemático de escalas de avaliação de dor combinado com uma avaliação holística, permite a melhoria deste sintoma.

A dimensão do bem-estar é a mais afetada, obtendo o *score* mais baixo de todas as dimensões, tendo assim um impacto mais negativo na qualidade de vida. Embora a dimensão física e social apresentem pequenas alterações, estas não são tão expressivas como se observa no bem-estar. Saraiva *et al.*¹⁹ e Pires³¹ obtiveram resultados semelhantes, utilizando o Esquema de *Cardiff*. No entanto, verificando-se valores de desvio-padrão muito altos, que indicam existirem valores muito

dispersos em relação ao valor da média, o que poderá ser explicado pela amostra ser pequena e pela sua heterogeneidade. Em relação às duas perguntas relacionadas com a qualidade de vida e satisfação com a qualidade de vida em geral, pode-se afirmar que estes doentes têm valores medianos/satisfatórios de qualidade de vida. Saraiva *et al.*¹⁹ também encontraram resultados semelhantes: 4,68 para a qualidade de vida e 4,79 na satisfação com a qualidade de vida em geral.

A quantidade de exsudado influencia a dimensão de sintomas físicos e vida diária, tendo sido identificado pelos doentes com úlcera venosa, como o fator que mais impede ou restringe a vida social, promovendo o isolamento social^{14,20}.

O tipo de tecido e a infeção não têm influência na qualidade de vida, contudo Herber *et al.*³² na sua revisão da literatura indicam que 24% das pessoas com úlcera de perna referem sentir um odor desagradável, e esse odor interfere com a vida social, elevando os níveis de ansiedade e depressão.

A qualidade de vida não é alterada em função do tipo de tratamento. No entanto, Favas quando comparou o tipo de tratamento com a qualidade de vida constatou que os doentes que tinham terapia compressiva apresentavam em média melhor qualidade de vida nas dimensões de *distress* e fatores psicológicos. Já os doentes que não tinham terapia compressiva apresentavam melhor qualidade de vida no que diz respeito à dimensão das atividades físicas³³. Herber e colaboradores³² encontraram resultados semelhantes, referindo que os doentes com terapia compressiva sentem dificuldades na execução das atividades do dia a dia.

A dor afeta a qualidade de vida dos doentes e úlceras de área maior provocam maior nível de dor. Abbade e Lastória²⁷ referem que a dor é um dos sintomas mais frequentes que os doentes com úlcera venosa experimentam e é de intensidade variável, não sendo influenciada pelo tamanho da úlcera, justificando que as lesões pequenas podem ser muito dolorosas, enquanto as grandes podem ser praticamente indolores, o que contraria o que este estudo encontrou. Já refere que a diminuição da área da úlcera resultou na redução dos níveis de dor³⁴. Pieper e colaboradores³⁵ afirmam que a área da lesão estará significativamente correlacionada com o ambiente doméstico e o desconforto psicossocial, havendo uma correlação negativa com a pontuação da qualidade de vida. Assim, estes autores concluem que uma área de úlcera maior implica maiores dificuldades no ambiente doméstico,

tendo associado um desconforto psicossocial e uma baixa qualidade de vida.

Conclusão

A qualidade de vida assume-se como fundamental, e deve ser um dos principais objetivos terapêuticos no cuidado à doença crónica. Conhecendo o resultado da aplicação dos instrumentos da qualidade de vida, o enfermeiro, sendo o elemento com a relação próxima com o doente, deve implementar intervenções que possam atenuar o sofrimento e que contemplem o cuidado psicológico.

Este estudo pretendeu conhecer a qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa e a sua relação com as características da ferida e tipo de tratamento, permitindo obter informação que fomentasse o melhor conhecimento acerca desta temática, e assim pudesse contribuir para uma melhor qualidade de vida nestas pessoas. Retiram-se as seguintes conclusões: a qualidade de vida destes doentes é afetada em todas as dimensões do Esquema de *Cardiff*, tendo valores intermédios de qualidade de vida; a quantidade de exsudado tem influência sob a qualidade de vida, nomeadamente na dimensão de sintomas físicos e vida diária; úlceras com áreas maiores implicam maior nível de dor e a dor afeta negativamente a qualidade de vida.

Em relação às limitações deste estudo, pode-se afirmar que uma das limitações prende-se com o tamanho e o método de seleção da amostra, que não permite a generalização dos resultados obtidos. Desta forma os resultados refletem apenas a realidade deste contexto específico, ou seja, os achados dizem respeito somente à amostra estudada. Outra limitação, e que poderá explicar a ausência de resultados estatisticamente significativos entre as duas avaliações efetuadas, é curto intervalo entre as avaliações efetuadas. Para avaliações futuras sugere-se o alargamento do período de tempo entre avaliações e a associação de uma entrevista, uma vez que surgiram dificuldades por parte dos doentes na compreensão do Esquema de *Cardiff*.

Desta forma a realização de estudos similares irá melhorar a prática e conhecimento nesta temática.

Por fim, percebe-se que, e partilhando a mesma opinião de Carmo e colaboradores³⁶, “A prática clínica é uma importante fonte de inovação. É perceptível o avanço na produção de conhecimentos sobre o tratamento ao portador de feridas crónicas. Tal prática em saúde envolve atualmente o princípio da integridade em detrimento de uma abordagem

curativa centrada na técnica, bem como preza a busca pela autonomia do portador de úlcera venosa [...]” (p. 516).

Referências

1. Waidman M, Correa J, Brischilian A, Marcon S. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e a sua saúde mental. *Revista texto & contexto enfermagem*. 2011; 20(4):691-699.
2. Abbade L, Lastória S. Venous ulcer: epidemiology, physiopathology, diagnosis and treatment. *International journal of dermatology*. 2005; 44:449-456.
3. Etufugh C, Phillips T. Venous ulcers. *Clinics in dermatology*. 2007; 25:121-130.
4. Sellmer D, Carvalho C, Carvalho D, Malucelli A. Sistema especialista para apoiar a decisão na terapia tópica de úlceras venosas. *Revista Gaúcha de enfermagem*. 2013; 34(2):154-162.
5. Pina E, Furtado K, Franks P, Moffatt C. Úlceras de perna em Portugal: um problema subestimado. *Revista Portuguesa de cirurgia cardio torácica e vascular*. 2004; 11(4):217-221.
6. Capitão L, Menezes J, Gouveia-Oliveira A. Caracterização epidemiológica da insuficiência venosa em Portugal. 1996; 9:69-77.
7. Diener E, Shu E. Measuring quality of life: economic, social and subjective indicators. *Social indicators research*. 1997; 40:189-216.
8. Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of advanced nursing*. 1995; 22:502-508.
9. The WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. *Social & Science Medicine*. 1995, 41(10): 1403-1409.
10. Almeida M, Gutierrez G, Marques R. *Qualidade de vida – definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: Edições Each; 2012.
11. Salomé G. Processo de viver do portador com ferida crônica: atividades recreativas, sexuais, vida social e familiar. *Saúde coletiva*. 2010; 7(46):300-304.
12. Lucas L, Martins J, Robazzi M. Qualidade de vida dos portadores de ferida crônica em membros inferiores – úlcera de perna. *Ciencia y enfermeria*. 2008; 19(1):53-62.
13. Ebbeskog B, Ekman L. Elderly person's experiences of living with venous leg ulcer: living a dialectical relationship between freedom and imprisonment. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2001; 15(3):235-242.
14. Rich A, McLachlan L. How living with a leg ulcer affects people's daily life: a nurse – led study. *Journal of wound care*. 2003; 12(2):51-54.
15. Iglesias C, Birks Y, Nelson E, Scanlon E, Cullum N. Quality of life of people with venous leg ulcers: a comparison of the discriminative and responsive characteristics of two generic and a disease specific instruments. *Quality of life research*. 2005; 14:1705-1718.
16. Jones J, Robinson J, Barr W, Carlisle C. Impact of exudate and odour from chronic venous leg ulceration. *Nursing Standard*. 2008; 22(45):53-61.
17. Palfreyman S. Assessing the impact of venous ulceration on quality of life. *Nursing times*. 2008; 104(41):34-37.
18. Furtado K, Pina E, Moffatt C, Franks P. Leg ulceration in Portugal: quality of life. *International wound journal*. 2008; 5:34-39.
19. Saraiva D, Bandarra A, Agostinha E, Pereira N, Lopes T. Qualidade de vida do doente com úlcera venosa crônica. *Revista de enfermagem de referência*. 2013; 3(10):109-118.
20. Walshe C. Living with a venous leg ulcer: a descriptive study of patients' experiences. *Journal of advanced nursing*. 1995; 22:1092-1100.
21. Price P, Harding K. Cardiff wound impact schedule: the development of a condition – specific questionnaire to assess health-related quality of life in patients with chronic wounds of the lower limb. *International wound journal*. 2004; 1(1):10-17.
22. Valencia I, Falabella A, Kirsner R, Eaglstein W. Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. *Journal of the American academy of dermatology*. 2001; 44(3):401-424.
23. Martins L, França A, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Revista latino-americana de enfermagem*. 1996; 4(3):5-18.
24. Phillips T. Current approaches to venous ulcers and compression. *Dermatologic surgery*. 2001; 27(7):611-621.
25. Hecke A, Grypdonk M, Defloor T. A review of why patients with leg ulcers do not adhere to treatment. *Journal of clinical nursing*. 2009; 18:337-349.
26. Fonseca C, Franco T, Ramos A, Silva C. A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista da escola de enfermagem – USP*. 2012; 46(2):480-486.
27. Abbade L, Lastória S. Abordagem de pacientes com úlcera de perna de etiologia venosa. *Anais Brasileiro de dermatologia*. 2006; 81(6):509-522.
28. Araujo T, Valencia I, Federman D, Kirsner R. Managing patient with venous ulcers. *Annals of internal medicine*. 2003; 138:326-334.
29. Johnson S. Compression hosiery in the prevention and treatment of venous leg ulcer. *Journal of tissue viability*. 2002; 12(2):67-74.
30. Maddox D. Effects of venous leg ulceration on patient's quality of life. *Nursing standard*. 2012; 26(38):42-49.
31. Pires N. Úlcera de perna: impacto na qualidade de vida dos utentes da UCSP de Alenquer (MSc tese). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa – Instituto Ciências da Saúde; 2012.
32. Herber O, Schnepf W, Rieger M. Systematic review on the impact of leg ulceration on patients quality of life. *Health and quality of life outcomes*. 2007; 5(44).
33. Favas S. Qualidade de vida e adesão terapêutica da pessoa portadora de úlcera venosa de perna (MSc tese). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa – Instituto Ciências da Saúde, 2012.
34. Jakunas V, Rimdeika R, Jasenas M, Samsanavicius D. Changes in patient's quality of life comparing conservative and surgical treatment of venous leg ulcers. *Medicine (Kaunas)*. 2004; 40(8):731-739.
35. Pieper B, Szczepaniak K, Templin T. Psychosocial adjustment, coping and quality of life in persons with venous ulcers and a history of intravenous drug use. *Journal of wound and ostomy & continence nursing*. 2000; 27(4):227-237.
36. Carmo S, Castro C, Rios V, Sarquis M. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. *Revista eletrônica de enfermagem*. 2007; 9(2):506-517.