

Martins, Conceição, Campos, Sofia & Chaves, Cláudia (2014). Qualidade de Vida e Dor no Doente com Úlceras Varicosas dos Membros Inferiores. *Millenium*, 47 (jun/dez). Pp. 163-172.

QUALIDADE DE VIDA E DOR NO DOENTE COM ULCERAS VARICOSAS DOS MEMBROS INFERIORES

LIFE QUALITY AND PAIN STATUS ON PATIENTS SUFFERING FROM VARICOSE ULCER OF THE LOWER LIMBS

CONCEIÇÃO MARTINS ¹

SOFIA CAMPOS ²

CLÁUDIA CHAVES ³

¹ Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde e investigadora do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS) do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal.
(e-mail: mcamartinsp@gmail.com)

² Professora Convidada, Equiparada a Professora Adjunta, da Escola Superior de Saúde e investigadora do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS) do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal.
(e-mail: sofiamargaridacampos@gmail.com)

³ Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde e investigadora do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS) do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal
(e-mail: claudiachaves21@gmail.com)

Resumo

A úlcera varicosa é uma situação extrema, responsável por elevada morbilidade, sofrimento físico e psicológico. Desta constatação surgiu a necessidade de estudar a *Qualidade de vida e dor em doentes com úlceras varicosas dos membros inferiores*. Assim, pretendemos conhecer a Qualidade de Vida (QDV) dos doentes com úlceras varicosas dos membros inferiores, identificando os fatores que mais a influenciam.

A compreensão da QDV destes doentes constitui um campo de investigação que só terá significado se visto holisticamente. O interesse deste estudo surge com o problema: Em que medida as variáveis sociodemográficas, sociofamiliares e de contexto clínico estão associadas à QDV nos doentes com úlceras varicosas dos membros inferiores de alguns concelhos do Distrito de Viseu. É um estudo transversal, de natureza quantitativa, seguindo uma via descritivo correlacional, cujo objetivo é avaliar a QDV destes

doentes e a influência das variáveis anteriormente citadas. Utilizou-se uma amostra não probabilística por conveniência, da qual constam 103 indivíduos, 54 mulheres e 49 homens, sendo a média de idades de 66.62 anos.

Para a recolha de dados utilizámos um instrumento que integra escalas e questões que possibilitaram a caracterização da amostra. Para o tratamento dos dados utilizámos a estatística descritiva e inferencial.

Através desta investigação verificámos que 76.70% dos inquiridos apresentam QDV superior e que 23.30% QDV inferior. Do nosso estudo concluímos que as variáveis *dor*, *idade*, *apgar* e *grafar* são preditores da qualidade de vida, sendo que a primeira é a que exerce maior influência e assim sucessivamente.

Palavras-chave: úlcera varicosa, qualidade de vida, dor.

Abstract

Varicose ulcer is an extreme situation, responsible for a high rate of morbidity and psychological and physical pain. Given this fact, we felt the urge to prospect the *Life Quality and Pain Status on patients suffering from varicose ulcer of the lower limbs*. We aim to establish the Life Quality Status (LQS) on patients suffering from varicose ulcer of the lower limbs by identifying the conditions which affect it the most.

The understanding of the LQS of these patients is a research area which can only be meaningful from a holistic point of view. This project stands on establishing whether or not the social and demographical variables as well as clinical context have a relation with the LQS of patients on patients suffering from varicose ulcer in some municipalities in the District of Viseu. It is a transversal project of quantitative nature, which aims to evaluate the LQS of these patients through a descriptive and analytical process. We used a convenient non probabilistic sample by means of a questionnaire, containing scales and questions enabling us to depict the sample. For a proper treatment of the collected data we used inferential and descriptive statistics.

The sample consists of 103 individuals, being 54 female and 49 male with an average age of 66.62 years. We have been able to establish that the LQS is affected by age, pain, functionality within the family and economical

condition. Men have a higher LQS, as well as individuals less than 61 years of age. Widowers and individuals with economical conditions of Type I have the highest LQS. 76.70% of the individuals have a higher LQS, contrasting with the 23.30% who have a lower LQS.

We have concluded that the variables pain, age, apgar, and grafar are predictor of the patient's LQS decreasing the influence of each of the stated variables from pain, which is the most influential.

Keywords: varicose ulcer, life quality, pain.

Introdução

A úlcera dos membros inferiores é um problema que se nos depara com frequência. De acordo com Carvalho (2002), trata-se de uma situação extrema, sendo responsável por uma elevada morbidade, grande incapacidade laboral, altos níveis de absentismo, podendo originar diminuição do rendimento profissional com consequentes reformas antecipadas. Para além do sofrimento físico surge o sofrimento psicológico

Retirámos da literatura que a qualidade de vida é um conceito abrangente, influenciado por fatores complexos como a saúde física, estado psicológico, nível de independência e relações sociais do indivíduo, relacionados, por sua vez, com aspetos salientes do seu meio ambiente (Couvreur, 1999).

“A dor é uma realidade filosoficamente imperfeita. Admitimos a existência da dor quando se passa connosco e acreditamos na que os outros nos comunicam.” (Direção Geral de Saúde, 2001, p. 5) Inúmeras são as causas que podem influenciar a sua existência, intensidade e sensibilidade, no decurso do tempo. Trata-se, pois, de uma realidade um tanto abstrata, de contornos amiúde indefiníveis, em constantes transformações.

Se considerarmos que as úlceras varicosas, a dor e a qualidade de vida constituem três pólos que interagem de forma dinâmica e se influenciam mutuamente, que inferir sobre a “Qualidade de vida e Dor em doentes com úlceras varicosas dos membros inferiores”?

Úlcera varicosa

Apesar de não existir uma definição consensual de úlcera de perna, elas estão sistematicamente incluídas no grupo de feridas crónicas, não só devido à sua longa duração, que pode variar de 1 mês a 63 anos, como também devido à sua elevada recorrência num curto espaço de tempo. (Franks *et al.*, 1994, cit. por Furtado, 2003).

Um estudo (Callam *et al.*, 1985, cit. por Dealey, 1992) revelou que a maioria dos doentes com úlceras de perna continuará a receber tratamento durante vários anos e que cerca de 10% continuarão a tê-las durante mais de 10 anos.

Alguns autores definem úlcera de perna como sendo “uma perda de pele abaixo do joelho, na perna ou no pé, que demora mais de seis semanas a cicatrizar” (Dale *et al.*, 1983, cit. por Jones, 2001, p. 37). Outros autores não incluem as úlceras no pé, alegando que as causas associadas à lesão no pé são habitualmente diferentes das da lesão na perna, havendo uma maior componente diabética e arterial **do** que nas úlceras de perna (Cornwall *et al.*, 1986, cit. por Furtado, 2003).

De acordo com Andriessen 2002, cit. por Furtado (2003), úlcera de perna é a presença de uma solução de continuidade na perna que ocorre em pele previamente lesada, atingindo a derme papilar, e que deixa cicatriz.

Esta patologia é muitas vezes vista como sendo exclusiva das pessoas idosas. De facto, a sua incidência aumenta com a idade e é mais elevada no sexo feminino, no entanto, estudos demonstram que 50% dos homens e 25% das mulheres se situam numa faixa etária de pré-reforma quando tiveram o seu primeiro episódio de ulceração. (Jones, 2001).

Quanto à sua etiologia, as úlceras podem ser de origem venosa, arterial ou mista (Soares *et al.*, 2000, sendo que mais de 70% são de origem venosa, 10% de origem arterial e 10 a 15% de origem mista. (Jones, 2001)

De acordo com Furtado (2003), os indivíduos com úlceras venosas queixam-se habitualmente de dor e inchaço nas pernas. Os sintomas normalmente acentuam-se no final do dia, exacerbando-se quando a perna está pendente e aliviando com a sua elevação. É comum ter antecedentes de trombose venosa profunda ou traumatismo local. A autora acrescenta ainda que a maior parte destas úlceras se localizam na área da polaina/perneira, cerca de 2.5cm abaixo do maléolo. Os bordos da úlcera apresentam-se habitualmente encovados e arredondados, o exsudado é abundante, existe dor na perna, hiperpigmentação e lipodermatoesclerose¹ na pele adjacente.

Em relação às úlceras arteriais, Furtado (2003), refere que estas surgem comumente em indivíduos com mais de 45 anos, que apresentam história de claudicação intermitente que evolui para isquemia crítica com o agravamento da doença. Estes indivíduos, ao contrário dos que sofrem de úlceras resultantes de insuficiência venosa, referem dor nas pernas em descanso ou dor forte na úlcera. A dor normalmente acentua-se quando é elevada a perna e diminui quando a mesma está pendente. É frequente o leito da úlcera apresentar-se bem demarcado com tecido necrosado. Os pulsos periféricos são fracos ou mesmo ausentes, o tempo de

¹ Rigidez e fibrose da derme e tecido subcutâneo.

preenchimento capilar é prolongado, existe palidez do membro aquando da elevação do mesmo, rubor, perda dos folículos pilosos e ainda unhas espessas.

Este tipo de úlceras surge, frequentemente, em consequência de um pequeno traumatismo e ocorre sobre as proeminências ósseas. (Furtado, 2003).

Dor

Admitimos a existência da dor quando se passa connosco e acreditamos na que os outros nos comunicam. Segundo a Direção Geral De Saúde (2001, p. 5), “objectivamente, não temos meios de confirmação da dor que um indivíduo nos refere. Quanto muito, poderemos inferir a hipótese de dor quando uma agressão, ou lesão tecidual é óbvia”.

O conhecimento do mecanismo da dor permitirá a exata interpretação do sintoma, devendo-se ainda investigar as suas características: intensidade, localização, irradiação, continuidade e tempo, desde o seu aparecimento.

Maia (2000) refere que a dor é perceptível através dos recetores chamados nociceptores que são terminações livres de neurónios aferentes, geralmente não mielinizados. Estes encontram-se abundantemente na pele e nas mucosas”.

De acordo com Seeley *et al.*, (2001, p. 442), a sensação da dor possui duas fases. Numa, “potenciais de acção rapidamente conduzidos por axónios mielinizados, de grande diâmetro, e que produzem uma dor aguda bem localizada, penetrante”, à qual se segue uma fase em que “potenciais de acção mais lentamente propagados, transportados por axónios mais pequenos e com uma mielinização menor, e que levam a uma dor difusa”.

Segundo Maia (2000), a dor está classificada com base no seu tempo de persistência, encontrando-se quatro tipos: a dor aguda, a dor subaguda, a dor aguda recorrente e a dor crónica.

Seguindo o mesmo autor, encontra-se uma outra classificação que tem em vista a causa fisiológica da dor. Temos assim a dor somática, a dor visceral, dor reflexa, dor psicogénica, dor fantasma do membro, nevralgia e a cefaleia.

Godinho (2003) refere uma terminologia diferente, na qual visa três grandes grupos: as dores nociceptivas, as dores neuropáticas e as dores psicogénicas.

Relativamente à dor crónica, esta autora acrescenta que é prolongada no tempo, com difícil identificação temporal ou causal. Pode manifestar-se associada a diminuição do apetite ou do humor e gerar diversos estados patológicos, como a depressão. É difícil de tratar, sendo importante a sua prevenção. Refere ainda que pode ser encarada como uma síndrome ou um conjunto de manifestações psíquicas, sociais e comportamentais, que tendem a tornar a dor persistente como uma doença em si mesma.

Qualidade de vida

De acordo com Vilar & Salgado (2004), o interesse pela expressão *Qualidade de Vida* tem despertado crescente atenção, tanto na comunidade científica como na sociedade em geral, assistindo-se cada vez mais a uma vulgarização da utilização do mesmo.

A expressão em causa foi usada pela primeira vez pelo então presidente dos EUA, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através dos balanços dos bancos. Estes só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.” (Vilar & Salgado, 2004, p. 35) Os mesmos autores acrescentam que, desde então, dentro das ciências humanas e biológicas, existe a preocupação em conceituar a qualidade de vida.

Neste sentido, um grupo de Qualidade de Vida da OMS (The WHOQOL Group (1995) propõe uma natureza multifatorial da qualidade de vida, referindo-se à mesma a partir de seis domínios específicos: saúde física, saúde psicológica, nível de dependência, relações sociais, ambiente e aspetos espirituais/religião/crenças pessoais. Trata-se, portanto, de uma visão global que se refere aos domínios do ser humano na determinação dos níveis de qualidade de vida de cada indivíduo.

É difícil de definir *Qualidade de Vida*, uma vez que não se trata de um conceito estático, mas absolutamente dinâmico, que cada indivíduo vai modificando e adaptando a uma série de fatores inerentes ao ambiente social e à própria condição do ser humano.

Hays, cit. por Amorim & Coelho (1999) considera que a qualidade de vida diz respeito à aptidão de funcionamento de um indivíduo no seu quotidiano e à forma como ele percebe o seu bem-estar.

Albuquerque & Oliveira (2002) dizem-nos que a qualidade de vida é uma expressão do senso comum que tende a fazer com que todas as pessoas saibam o que significa. No entanto, o conceito tem vindo a sofrer algumas modificações.

Assim sendo, a qualidade de vida constitui um conceito pragmático que representa o nível funcional individual, medido através da percepção do doente e não da percepção do clínico. (Shipper, cit. por Albuquerque & Oliveira, 2002).

Metodologia

O estudo que desenvolvemos é não experimental, quantitativo, descritivo, seguindo uma via correlacional. Pode ainda ser classificado de transversal.

Tendo em conta a revisão teórica e os objetivos traçados, enunciámos as seguintes hipóteses simples e não direcionadas: H1: existe relação entre a idade e a qualidade de vida da pessoa com úlcera varicosa dos membros inferiores; H2: há relação entre o sexo (masculino e feminino) e a qualidade de vida da pessoa com úlcera varicosa dos membros inferiores; H3: existe relação entre a zona de residência e a

qualidade de vida da pessoa com úlcera varicosa dos membros inferiores; H4: há relação entre o estado civil e a qualidade de vida da pessoa com úlcera varicosa dos membros inferiores; H5: existe efeito significativo entre o número de úlceras varicosas e a qualidade de vida da pessoa com úlcera varicosa dos membros inferiores; H6: existe relação entre o tempo de diagnóstico da primeira úlcera e a qualidade de vida da pessoa com úlcera varicosa dos membros inferiores; H7: há efeito significativo entre o nível socioeconómico e a qualidade de vida da pessoa com úlcera varicosa dos membros inferiores; H8: existe relação entre a funcionalidade da família e a qualidade de vida da pessoa com úlcera varicosa da perna; H9: existe relação significativa entre a dor e a qualidade de vida da pessoa com úlcera varicosa dos membros inferiores.

Amostra

A amostra deste estudo é do tipo não probabilístico, dado que resulta de fatores como a acessibilidade e disponibilidade dos participantes, não dependendo de uma seleção aleatória.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: 1) Pertencer aos Centros de Saúde de: Viseu (I, II, III), Castro Daire, Lamego, Sernancelhe, Carregal do Sal, Cinfães, Mortágua, Mangualde, Nelas ou Vila Nova de Paiva da sub-região de Saúde de Viseu; 2) Possuir pelo menos uma úlcera varicosa nos membros inferiores; Capacidade de expressão verbal em língua portuguesa; Ausência de défices cognitivos; Ausência de défices auditivos.

Os critérios de exclusão estabelecidos foram: 1) apresentar grave deficiência mental, demência ou grave patologia psiquiátrica; 2) Estar sob o efeito do álcool, estupefacientes, fármacos depressores do sistema nervoso central, síndrome de privação alcoólica ou de estupefacientes.

No presente estudo, a amostra é constituída por 103 indivíduos abrangidos pelos seguintes centros de Saúde: Viseu I, Castro Daire, Lamego, Sernancelhe, Carregal do Sal, Cinfães, Mortágua, Mangualde, Nelas e Vila Nova de Paiva, da sub-região de Saúde de Viseu.

Instrumento de colheita de dados

Para este estudo, optou-se pela aplicação de um questionário para a colheita de dados, no qual foram incluídas escalas. As questões do grupo I visam a caracterização sociodemográfica; as do Grupo II a caracterização variável clínica; as do Grupo III a funcionalidade familiar; as do Grupo IV a caracterização do nível socioeconómico; o Grupo V é constituído por uma Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida; as do Grupo VI, a percepção da Dor.

Conclusões

Um dos aspetos que concluímos é que a maioria dos elementos da nossa amostra evidenciam ter uma vida com qualidade (76.70%), o que parece revelar que os indivíduos portadores de úlceras, apesar das implicações que este problema possa trazer, podem levar uma vida com qualidade.

Dos indivíduos que apresentam QDV, 79.59% são homens e 74.07% mulheres, enquanto os sujeitos que não têm QDV (23.30%) são principalmente do sexo feminino (25.93%).

Os resultados obtidos no nosso estudo também revelaram que a idade e a qualidade de vida variam na razão inversa, ou seja, quanto maior a idade, menor a qualidade de vida. Assim, a nossa pretensão em verificar se existem efeitos significativos entre a idade e a QDV foi aceite, dado que foram encontrados resultados que a justificam. Estes dados surgem em conformidade com o estudo realizado por Martins (2004).

Constatámos, ainda, que o estado civil influencia a qualidade de vida e, mais especificamente, que os solteiros têm uma melhor qualidade de vida do que os casados.

Quanto ao nível socioeconómico, observou-se que a classe mais representativa da nossa amostra corresponde à classe Média Baixa com 76.70% (77.55% do sexo masculino e 75.93% do sexo feminino), seguida da classe Média com 16.50% (18.37% do sexo masculino e 14.81% do sexo feminino). As classes menos representativas são a classe Baixa com 4.85% (4.08% do sexo masculino e 5.56% do sexo feminino) e a classe Média Alta (1.94%), com 3.70% no sexo feminino, não havendo representatividade no sexo masculino. Na nossa amostra não existe nenhum indivíduo pertencente à classe Alta. Relativamente à hipótese formulada para esta variável, constatámos que existe uma relação estatisticamente significativa entre o nível socioeconómico e a QDV, ou seja, quanto menor for o nível socioeconómico menor é a qualidade de vida.

As estatísticas relativas à funcionalidade familiar revelaram que 62 indivíduos (60.19%) fazem parte de uma família altamente funcional, 27 indivíduos (26.21%) de uma família moderadamente funcional e somente 14 (13.59%) possuem uma família com uma disfunção acentuada. Testando a hipótese, constatámos que existem diferenças altamente significativas entre a variável independente, funcionalidade da família e a Qualidade de Vida. No entanto, verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos da funcionalidade da família e a Qualidade de Vida.

Relativamente ao tempo de diagnóstico, a média que encontramos na nossa amostra foi de 70.94 meses, com um mínimo de 1 mês e um máximo de 720 meses.

Este facto corrobora outros estudos por exemplo o de Franks *et al.*, 1994, cit. por Furtado (2003), que refere que este tipo de úlceras pode variar de 1 mês a 63 anos.

Após testar a hipótese formulada, observámos que existe relação estatisticamente significativa entre o tempo de diagnóstico da úlcera varicosa e a Qualidade de Vida, ou seja, quanto maior o tempo de diagnóstico menor é a Qualidade de Vida.

No que concerne ao número de úlceras, observámos que a maioria dos indivíduos da nossa amostra possui somente uma úlcera varicosa, representando 71.80% dos inquiridos, dos quais 71.40% são do sexo masculino e 72.20% do sexo feminino. Os portadores de duas úlceras varicosas perfazem 22.30% da amostra, sendo que 26,50% são do sexo masculino e 18.50% do sexo feminino. Os indivíduos com três úlceras constituem apenas 5.80% da amostra (2.00% do sexo masculino e 9.30% do sexo feminino).

Após testar a hipótese elaborada para a variável número de úlceras, verificámos que existe efetivamente relação entre esta e a Qualidade de Vida. Assim sendo, verificámos que os indivíduos que possuem um maior número de úlceras possuem também uma menor Qualidade de Vida.

A análise dos dados obtidos permitiu-nos concluir que 44.66% dos indivíduos referem possuir um nível de dor correspondente à dor intensa (score entre 7 a 9), 39.80% referem uma dor moderada, 11.65% uma dor ligeira e apenas 2.91% uma dor máxima. Observámos que somente um indivíduo não refere qualquer tipo de dor (dor nula).

Comparando os resultados obtidos entre os sexos inferimos que, em ambos, a classe correspondente à dor intensa foi a que obteve maior percentagem, com 40.82% no sexo masculino e 48.15% no sexo feminino. Apenas 11.65% da totalidade da amostra refere ter dor ligeira.

O estudo da hipótese formulada permitiu-nos verificar que, tal como inicialmente se previa, a dor tem influência sobre a Qualidade de Vida dos indivíduos com úlceras varicosas. Assim, à medida que a intensidade de dor aumenta, diminui a Qualidade de Vida.

De referir que, apesar de uma exaustiva pesquisa bibliográfica, não encontrámos nenhum estudo que relacione a Dor com a QDV em indivíduos com úlceras varicosas. No entanto, após a análise das hipóteses, concluímos que quatro das variáveis independentes são preditores da QDV, nomeadamente a dor, com maior preditibilidade, seguida da idade, funcionalidade familiar e, por último, o nível socioeconómico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, Carlos & Oliveira, Cristina (2002). De que se fala, quando se fala de saúde? *Integrar*, n.º 19, (Setembro/Dezembro 2002). Lisboa, 3-12.
- Amorim, M. I. & Coelho, R. (1999). Saúde, doença e qualidade de vida. *Psiquiatria Clínica*, 20(3), 235-241.
- Carvalho, D. (2002). A consequência mais drástica das varizes não tratadas. *Medicina & Saúde*, 5(55), 84-86.
- Couvreur, C. (1999). *A qualidade de vida: arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociência.
- Dealey, C. (1992). Tratamento das úlceras venosas. *Nursing*, 5(53), 20-21.
- Direção Geral da Saúde. (2003). A dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor. *Circular Normativa*, 09/DGCG.
- Direção Geral da Saúde. (1995). *Estudo da qualidade de vida do idoso: aplicação de um instrumento de avaliação: relatório*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2001). *Plano nacional de luta contra a dor*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Faria, E., Blanes, L., Hochman, B., Mesquita, F. M. & Ferreira, L. (2011). Health-related quality of life, self-esteem, and functional status of patients with leg ulcer. *Wounds*, 23(1): 4-10.
- Furtado, K. A. X. (2003). *Úlcera de perna: tratamento baseado na evidência*. Acedido em: <<http://ww.gaif.net/ulceradeperna.pdf>>.
- Godinho, F. (2003). A dor: do sintoma ao diagnóstico. *Mundo Médico*, 28, 54-56.
- Jones, J. (2001). A avaliação holística no tratamento de úlceras de perna. *Nursing*, 13(158), 37-42.
- Jull, A., Parag, V., Walker, N. & Rodgers, A. (2010). Responsiveness of generic and disease-specific health-related quality of life instruments to venous ulcer healing. *Wound Repair Regen*, 18(1), 26-30.
- Maia, P. (2000). A dor ou algia. *Ecos de Enfermagem*, 216/217, 4-10.
- Martins, R. M. L. (2004). *Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu* (Tese de doutoramento não publicada). Badajoz: Universidade de Extremadura.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 10, 1403-1409.
- Seeley, R. R., Stephens, T. D. & Tate, P. (2001). *Anatomia e fisiologia*. Lisboa: Lusodidacta.
- Soares, M. D. C., Moreira, M. E. C., Silva, M. M. P. & Oliveira, S. G. I. (2000). Tratamento de úlceras varicosas. *Ecos de enfermagem*, 32 (218 supl.), 2-6.
- Vilar, F. J. R. & Salgadinho, S. I. C. S. (2004). Do conceito de qualidade de vida à qualidade de vida como conceito. *Enfermagem em Foco*, 13(57), 34-36.

Recebido: 4 de novembro de 2014.

Data da Aprovação pelo Conselho-Técnico Científico da ESSV: 30 de outubro de 2014.