



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÚLCERA VENOSA: A QUALIDADE DE VIDA E A DECISÃO TERAPÊUTICA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual

Por

Paula Sofia Cabrita

Lisboa, 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÚLCERA VENOSA: A QUALIDADE DE VIDA E A DECISÃO TERAPÊUTICA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual

Por

Paula Sofia Cabrita

Sob orientação do Prof^o Doutor Fernando Mena Martins e

Co-orientação do Prof^o Doutor Manuel Luís Capelas

Lisboa, 2014

RESUMO

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: 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*. Assim, torna-se fundamental que os enfermeiros conheçam as alterações que estas pessoas experienciam para que os cuidados sejam individualizados. Os objetivos deste estudo são: avaliar a qualidade de vida da pessoa com úlcera venosa, analisar a influência das características da ferida e do tipo de tratamento na qualidade de vida, identificar os critérios da decisão terapêutica e os obstáculos à decisão terapêutica.

METODOLOGIA: Amostra não probabilística acidental de 31 pessoas com úlcera venosa a serem cuidadas nos centros de saúde da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, Beja. Incluiu também 95 enfermeiros que prestavam cuidados nos mesmos locais. Para a colheita de dados utilizou-se o Esquema *Cardiff* de Impacto da Ferida e um formulário para registo das características da ferida. Para os enfermeiros foi utilizado um formulário para identificarem os critérios da sua decisão terapêutica.

RESULTADOS: 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. Os enfermeiros utilizam múltiplos critérios na sua decisão terapêutica e 28,4% consideram que a sua prática não está de acordo com as evidências científicas.

CONCLUSÃO: A úlcera venosa altera a qualidade de vida das pessoas. Verificaram-se diferenças na quantidade de critérios utilizados na decisão terapêutica, o que apela para a necessidade de uma prática mais uniformizada, no entanto sempre adaptada ao doente. Continuam a existir dificuldades na aplicação de intervenções de enfermagem baseadas em evidência.

Palavras-chave: qualidade de vida, úlcera venosa, decisão terapêutica, enfermagem.

ABSTRACT

INTRODUCTION AND OBJECTIVES: 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. Thus, it becomes essential that nurses are aware of changes that these people experience, to provide individualized care. The objectives of this study are: assess the quality of life of people with venous ulcers, analyze the influence of wound characteristics and type of treatment on quality of life, identify the criteria for treatment decisions and obstacles to therapeutic decision.

METHODOLOGY: Non-probabilistic accidental sample of 31 people with venous ulcer being cared in the health centers of the Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, Beja. There were also included 95 nurses who provide care at the same locations. For data collection, it was used the Cardiff Wound Impact Scheme and a form to register the characteristics of the wound. For nurses also used a form was used to identify the criteria for their treatment decision.

RESULTS: 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. Nurses use multiple criteria in their therapeutic decision and 28,4% consider that their practice does not comply with scientific evidence.

CONCLUSION: Venous ulcers change people's quality of life. There were differences in the number of criteria used in therapeutic decision, which calls for the need of a more standardized practice, however always adapted to the patient. There are still difficulties in implementing nursing interventions based on evidence.

Key-words: quality of life, venous ulcer, therapeutic decision, nursing.

PENSAMENTO

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.

José de Alencar

AGRADECIMENTOS

É como enorme alegria e satisfação que expresso aqui o mais profundo agradecimento a todos aqueles que tornaram a realização deste trabalho possível, e deram cor e sentido a este caminho.

- Ao Professor Doutor Mena Martins por ter aceite orientar esta dissertação;
- Ao Professor Doutor Manuel Luís Capelas pela orientação, sabedoria, estímulo e compreensão, que foram como que uma luz neste percurso;
- Ao Mestre Paulo Alves pela disponibilidade e fornecimento de documentação e bibliografia;
- Às instituições, diretores e enfermeiros chefes, que acederam ao pedido para aplicação dos formulários;
- Às pessoas que amavelmente aceitaram participar, que sem essa disponibilidade este trabalho não seria possível;
- Aos enfermeiros que amavelmente colaboraram;
- Ao pai e à mãe por tudo e porque todas as coisas têm significado e são mais do que objetivamente parecem;
- Ao Ricardo pelo apoio constante e encorajamento;
- À Jade, pelos serões passados a meu lado a trabalhar;
- A todos os que tornaram possível este trabalho e que nele participaram direta ou indiretamente, o meu muito obrigado!

ÍNDICE GERAL

	Pág.
<u>INTRODUÇÃO</u>	1
1- <u>REVISÃO DA LITERATURA</u>	3
1.1. – A ÚLCERA VENOSA E A DECISÃO TERAPÊUTICA	3
1.2. – QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM ÚLCERA VENOSA	7
2- <u>METODOLOGIA</u>	13
2.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS	13
2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	14
2.3. VARIÁVEIS EM ESTUDO	15
2.4. TIPO DE ESTUDO	16
2.5. INSTRUMENTOS/PROCESSAMENTO DE COLHEITA DE DADOS	17
2.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	17
3- <u>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS</u>	19
3.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA AMOSTRA	19
3.2. CARACTERIZAÇÃO DA FERIDA	21
3.3. ESQUEMA DE <i>CARDIFF</i> DE IMPACTO DA FERIDA	26
3.3.1. <u>Diferença na qualidade de vida da pessoa com úlcera venosa em função das características da ferida</u>	27
3.3.2. <u>Diferença na qualidade de vida da pessoa com úlcera venosa em função do tipo de tratamento</u>	30
3.3.3. <u>Diferença na qualidade de vida da pessoa com úlcera venosa em função da dor e da área</u>	30
3.4. CRITÉRIOS DA DECISÃO TERAPÊUTICA NA PESSOA COM ÚLCERA VENOSA	32
4- <u>CONCLUSÃO</u>	39
5- <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	43
<u>ANEXOS</u>	49
ANEXO I	Esquema <i>Cardiff</i> de Impacto da Ferida
ANEXO II	Formulário – características da ferida
ANEXO III	Formulário – decisão terapêutica
ANEXO IV	Área de influência da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
ANEXO V	Coortes da população

ANEXO VI	Pedido de autorização para colheita de dados dirigido ao Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
ANEXO VII	Deferimento do Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
ANEXO VIII	Formulário do consentimento informado
ANEXO IX	Respostas das pessoas com úlcera venosa no Esquema de <i>Cardiff</i> de Impacto da Ferida

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Idade dos participantes	19
Tabela 2	Coabitação e frequência de contatos	20
Tabela 3	Existência de co-morbilidades dos participantes	20
Tabela 4	Identificação das co-morbilidades	21
Tabela 5	Caracterização da ferida quanto ao tipo de tecido	22
Tabela 6	Caracterização da ferida quanto à quantidade de exsudado	23
Tabela 7	Caracterização da ferida quanto à infecção	23
Tabela 8	Caracterização da ferida quanto à sua área	24
Tabela 9	Caracterização da amostra quanto ao nível de dor	25
Tabela 10	Distribuição da amostra em função do tipo de tratamento	25
Tabela 11	Média, Mediana, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo dos <i>scores</i> das dimensões da qualidade de vida em função das duas avaliações	26
Tabela 12	Correlação entre as dimensões da qualidade de vida e a quantidade de exsudado, na primeira avaliação	28
Tabela 13	Relação das dimensões da qualidade de vida com o tipo de tecido, na primeira avaliação	28
Tabela 14	Relação das dimensões da qualidade de vida com a infecção, na primeira avaliação	29
Tabela 15	Relação das dimensões da qualidade de vida com o tipo de tratamento, na primeira avaliação	30
Tabela 16	Evolução dos <i>scores</i> em função da evolução da dor	31
Tabela 17	Evolução dos <i>scores</i> em função da evolução da área	32
Tabela 18	Critérios que os enfermeiros utilizam na sua decisão terapêutica relacionados com o doente	33
Tabela 19	Critérios que os enfermeiros utilizam na sua decisão terapêutica relacionados com a instituição	35

Tabela 20	Obstáculos que os enfermeiros encontram na sua prática profissional	35
------------------	---	----

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 económico. (Waidman, Rocha, Correa, Brischilian & Marcon, 2011). Para os mesmos autores as pessoas com ferida crónica carregam 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 vivem.

O desafio dos cuidados de saúde dos nossos dias, consiste em fornecer aos prestadores de cuidados, ferramentas que permitam compreender as necessidades específicas dos indivíduos com ferida na sua vida quotidiana, prestando assim, cuidados mais direcionados, isto é, os cuidadores devem conhecer e serem sensibilizados para o modo como os doentes experimentam a doença. (Herber, Scnepp & Rieger, 2007 citando Ebbeskog, 2001)

A úlcera venosa é uma realidade cada vez mais frequente, sendo mesmo considerada um problema de saúde pública (Abbade & Lastória, 2005), tendo, segundo Etufugh e Phillips (2007), um impacto adverso na qualidade de vida dos doentes, já que requer tratamento a longo prazo. Cabe ao profissional de saúde conhecer os sentimentos, frustrações, expectativas e o impacto que a ferida tem na vida do doente, para que o possa cuidar e realizar a sua decisão terapêutica de forma mais individualizada e centrada no doente. No entanto, o contacto com a realidade leva a crer, que a grande maioria das pessoas cuidadas nas unidades de saúde não são holisticamente avaliadas, com o intuito de se perceber de que forma a sua ferida provoca alterações nas suas

rotinas diárias. Procura-se muitas vezes fazer um “curativo”, prestar cuidados direcionados à ferida, sem refletir acerca das dificuldades e restrições que a pessoa com ferida enfrenta no dia-a-dia.

Ciente desta problemática, optou-se por estudar a qualidade de vida da pessoa com úlcera venosa, identificar os critérios que levam o enfermeiro a tomar a decisão terapêutica e avaliar o processo de cicatrização da úlcera, relacionando-a com a qualidade de vida

A presente investigação, consiste num estudo analítico de natureza quantitativa, cuja população alvo, são as pessoas portadoras de úlcera venosa a serem cuidadas em contexto comunitário e os enfermeiros que trabalham neste mesmo ambiente. Ambas as populações pertencem ao distrito de Beja.

Às 31 pessoas portadoras de úlcera venosa foi aplicado o Esquema *Cardiff* de Impacto da Ferida (CWIS) (Anexo I) e foi feita uma caracterização da ferida (Anexo II) preenchendo um impresso para o efeito. Os profissionais de saúde em cuidados diretos preencheram o formulário respeitante à decisão terapêutica. (Anexo III)

Ressalva-se que o estudo que se desenvolveu, não ambicionou comparar o melhor tratamento da úlcera venosa, mas sim conhecer a qualidade de vida da pessoa com úlcera venosa e identificar os critérios que levam à decisão terapêutica.

Esta dissertação encontra-se estruturada em quatro capítulos distintos. O capítulo 1, que corresponde à revisão da literatura, tendo como objetivo enquadrar teoricamente o presente estudo; no capítulo 2 é apresentada a metodologia desta investigação; o capítulo 3 corresponde à apresentação e discussão dos resultados e no capítulo 4 apresentam-se as conclusões deste estudo, bem como as limitações do mesmo.

1- REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura permite ao investigador identificar o seu ponto de partida, ou seja, permite conhecer o que já se conhece, e relacionar esse conhecimento com a nova investigação. (Polit & Hungler, 1993)

Segundo Fortin (1999) a revisão da literatura é necessária e imprescindível em todas as etapas da investigação. Inicialmente, porque permite conhecer os estudos existentes, pontos fortes e limitações e encontrar novas vias de exploração, e no decorrer da investigação, pois o investigador deverá socorrer-se da revisão da literatura para a interpretação e discussão de resultados.

Assim, neste capítulo será realizada uma abordagem teórica sobre os diferentes temas desta investigação.

1.1. A ÚLCERA VENOSA E A DECISÃO TERAPÊUTICA

A úlcera venosa é a manifestação física de uma insuficiência venosa crónica, sendo responsável por cerca de 70% das úlceras de perna. Existe nesta doença, uma insuficiência valvular venosa, que pode ser devida, entre outros fatores, à insuficiência venosa profunda (primária ou pós-trombótica), obstrução venosa profunda ou devido a disfunção neuromuscular. (Abbate & Lastória, 2005) Quando existe um elevado comprometimento valvular, este desencadeia uma hipertensão venosa e distensão dos vasos, existindo um inadequado retorno sanguíneo, que provoca retenção de fluidos, edema e que pode por último levar à ulceração. (Baranoski & Ayello, 2006).

Estima-se que 1% a 2% da população mundial tem úlceras de perna. (Sellmer, Carvalho, Carvalho & Malucelli, 2013 citando Tawner, Closs & Briggs, 2011) Em Portugal, foi levado a cabo um estudo por Pina, Furtado, Franks e Moffatt (2004), que identifica o valor de prevalência de úlceras de perna em 1,42 por cada 1000 habitantes. Em termos de prevalência de género, apontam para uma prevalência de 1,46/1000 nas mulheres e 1,30/1000 nos homens. Capitão, Menezes e Oliveira (1996) identificam a prevalência de

úlceras venosas crônicas ativas e inativas em 3,2% e 3,9% para os homens e mulheres, respectivamente.

Segundo Abbade e Lastória (2005) as úlceras venosas surgem com mais frequência nas mulheres e nos idosos e os fatores de risco incluem: idade avançada, história de lesões nas pernas, obesidade, tromboembolismo venoso profundo e tromboflebite. Para os mesmos autores, as úlceras venosas podem recidivar e por vezes persistir durante semanas ou até mesmo anos, podendo desencadear outras complicações tais como: celulite, osteomielite e ulcerações malignas, aumentando a morbidade e mortalidade destas pessoas, bem como diminuindo a sua qualidade de vida.

Para Abbade e Lastória (2006) as úlceras venosas têm impacto a nível social e económico devido à sua natureza recorrente e ao longo tempo decorrido desde a sua abertura até à cicatrização. Quando não cuidadas adequadamente cerca de 30% das úlceras venosas cicatrizadas recidivam no primeiro ano e essa taxa aumenta para 78% no segundo ano. (Abbade & Lastória, 2006, citando Mayer, Jochmann & Partsch, 1994). Segundo os mesmos autores, apesar da elevada prevalência de pessoas com úlcera venosa nos nossos dias, esta mantém-se frequentemente negligenciada e inadequadamente tratada.

Pensa-se que a maioria das úlceras de perna (80%) sejam cuidadas na comunidade, sendo considerado este ambiente o mais apropriado, uma vez que o tratamento destas feridas é prolongado, para além de que o tratamento na comunidade, permite minimizar as consequências da úlcera de perna na qualidade de vida da pessoa. (Templeton & Telford, 2010)

Hoje em dia, embora estas ulcerações sejam difíceis de cicatrizar, existem diversas abordagens no tratamento da úlcera venosa, que pretendem visar não só uma rápida cicatrização, como também prevenir as ulcerações recorrentes, melhorando a qualidade de vida e possibilitando a adaptação dos recursos às necessidades da pessoa com úlcera. Primeiramente para Phillips (2001), há que identificar corretamente a etiologia da úlcera, realizando um diagnóstico diferencial. Furtado (2003), partilha da mesma opinião, referindo que a realização de um diagnóstico diferencial é determinante para o tratamento da úlcera, bem como para o seu prognóstico. Menciona ainda que “Este é realizado mediante uma avaliação holística do utente, tendo em atenção os antecedentes do utente, sinais e sintomas e índice de pressão tornozelo/braço. Pode ser necessário

realizar exames mais detalhados para avaliar o fluxo venoso e arterial nos membros inferiores” (s.p.)

No diagnóstico diferencial o profissional de saúde recorre, tal como foi referido, ao exame objetivo e ausculta os sintomas do doente, podendo recorrer a exames complementares, tal como o *eco-doppler*. A úlcera venosa apresenta-se com bordos irregulares, por norma na face interna do tornozelo, e é acompanhada de edema do membro, hiperpigmentação e lipodermatoesclerose da pele circundante, eczema varicoso, veias perimaleolares distendidas e atrofia branca. Normalmente são feridas exsudativas e que provocam dor intensa à pessoa. Após o exame físico e avaliação da história pregressa, é comum avaliar-se o índice de pressão tornozelo/braço, para despiste de patologia arterial concomitante.

A decisão terapêutica deve obedecer a critérios clínicos (vantagens e desvantagens para a cicatrização), mas também deve atender às necessidades do doente e aos recursos disponíveis. Para o tratamento da úlcera venosa, tem-se as seguintes opções:

1. Terapia compressiva: utilização de ligaduras de compressão em utentes com índice de pressão tornozelo/braço superior a 0,8, que independentemente da tipologia, segundo Furtado (2003), reduzem a hipertensão venosa, promovendo o retorno venoso e assim melhorando a velocidade do fluxo no sistema venoso profundo, diminui o edema e o exsudado, já que reduz o diferencial de pressões entre os capilares e os tecidos. A mesma autora defende que “Independentemente do tipo de sistema de compressão eleito, a eficácia do mesmo depende da efetividade clínica, escolha e colaboração do utente, protocolos e *guidelines* locais, disponibilidade de recursos e da destreza na técnica de aplicação.” (s.p.). Borges, Caliri e Haas (2007) referem, que na generalidade as úlceras venosas beneficiam muito mais de tratamento compressivo. Recentemente uma revisão Cochrane levada a cabo por O’Meara, Cullum, Nelson e Dumville (2012) concluiu que a utilização de terapia compressiva aumenta a taxa de cicatrização relativamente à não utilização de compressão. A aplicação de terapia compressiva é realizada em conjunto com tratamento tópico não aderente, consoante a avaliação da ferida.

2. Tratamento tópico: embora se assuma que este tratamento isolado não promove a cicatrização, uma vez que não reduz a hipertensão venosa e consecutivamente o edema, ainda é frequentemente utilizado. Borges, Caliri e Haas (2007) neste contexto, mencionam que “(...) os profissionais ainda encontram dificuldades para a utilização da prática baseada em evidências.” (p. 1164) No entanto pensa-se que outros fatores podem “empurrar” para este tipo de abordagem, sendo este um dos objetivos deste estudo.

3. Tratamento cirúrgico e plástico.

Para além das opções mencionadas anteriormente que serão as mais comumente utilizadas, existem outras tais como, terapia com oxigénio hiperbárico, terapia por vácuo, terapia com ultrassons e com laser e infravermelhos, mas que segundo a Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010), baseando-se em revisões *Cochrane*, refere não existir evidência científica suficiente para a recomendação da utilização destas terapias. Para além do referido existem terapias adjuvantes do tratamento local escolhido, como o tratamento farmacológico.

Segundo Sellmer, Carvalho, Carvalho e Malucelli (2013), os enfermeiros são tradicionalmente, os responsáveis pelos cuidados ao paciente com úlcera de perna e pela decisão do material tópico a aplicar. Templeton e Telford (2010) na sua revisão da literatura, referem que a grande parte da literatura reconhece os enfermeiros como tendo conhecimentos, habilidades específicas e experiência na gestão e tratamento de feridas. Como já foi referido, cada vez mais a comunidade é vista como o ambiente ideal para o cuidado da pessoa com úlcera de perna, portanto a avaliação e gestão é claramente do âmbito da prática da enfermagem comunitária. (Templeton & Telford, 2010)

Sellmer Carvalho, Carvalho e Malucelli (2013) afirmam que a complexidade da úlcera venosa e as muitas possibilidades de tratamento, exigem aos enfermeiros um conjunto de conhecimentos adequados e atualizados para uma correta atuação. Estes ressaltam ainda que a prática baseada em evidência/recomendações científicas, auxiliam na prestação dos melhores cuidados possíveis, e são esses cuidados de excelência o grande objetivo da enfermagem. A mesma opinião é partilhada por Templeton e Telford (2010), mencionando que torna-se necessário, e de forma a maximizar os resultados, uma prática mais estandardizada, baseada na evidência. Estes autores referem que

existem variações na gestão de úlceras de perna que podem levar a pensar serem devidas a falta de formação na área e treino. Contudo afirmam, que não existe consenso na literatura sobre qual a formação e treino adequado nesta área, e desta forma não será surpreendente encontrar variações. Os mesmos autores enfatizam a necessidade cada vez mais premente de se realizarem *guidelines* para normalização da avaliação e gestão da úlcera de perna, incluindo a clarificação das funções da equipa multidisciplinar.

Muito embora os enfermeiros sejam os grandes prestadores de cuidados a estes doentes, Abbade e Lastória (2006) vão mais além, referindo que estas pessoas necessitam de uma abordagem multidisciplinar, onde constem: cirurgiões vasculares, dermatologistas, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas, e que juntos prestem uma assistência global e integrada, no sentido de proporcionar melhores cuidados e assim favorecer a relação custo-efetividade.

“A partir do diagnóstico o enfermeiro constrói planos de cuidados cujos objetivos são proporcionar condições que minimizem o tempo de cicatrização da ferida, reduzam os riscos de infeções, prevenção de recidivas, garantam a segurança e conforto do paciente (...)” (Carmo, Castro, Rios & Sarquis, 2007, p.510)

1.2. QUALIDADE DE VIDA NA PESSOA COM ÚLCERA VENOSA

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”. (Diener & Suh, 1997)

Farquhar (1995a) refere que 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 bio-psico-fisiológica do ser humano.

Porém, a qualidade de vida parece não se cingir aos aspetos positivos da vida, mas também aos fatos negativos, abrangendo também a habilidade que a pessoa tem de manter e promover a sua qualidade de vida – *coping*. (Farquhar, 1995b)

A associação da qualidade de vida à saúde surgiu nos anos 70, com o desenvolvimento de determinadas áreas da medicina como a psiquiatria e a oncologia, contudo ainda nos dias de hoje a sua definição, tal como foi mencionado, é complexa e difícil. Pode-se dizer, tal como Allison, Locker e Feine (1997), que a qualidade de vida é um constructo dinâmico, que depende diretamente do indivíduo, mas que para Baranoski e Ayello (2006) citando Schipper et al. (1996), a qualidade de vida apresenta quatro domínios: “(...) a função física e ocupacional, estado psicológico, interação social e sensações somáticas, com alguns investigadores a acrescentarem a componente financeira.” (p. 6)

A Organização Mundial de Saúde através do WHOQOL *Group* (1995) enfatiza que, a qualidade de vida é um conceito subjetivo, mas que este estará situado na perceção que o indivíduo tem da sua vida, no contexto da cultura e os sistemas de valores e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Para Almeida, Gutierrez e Marques (2012) citando Barbosa (1998), 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 perceção 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. Para Salomé (2010) citando Brandão (2002), 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 dias. 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 auto imagem e autoestima, tornando-se num fenómeno relevante para o cuidar em enfermagem. (Salomé, 2010) Neste estudo levado a cabo por este investigador, 45% das pessoas com ferida entrevistadas deixaram de realizar atividades recreativas após a aquisição da lesão, e 63% diminuíram a sua atividade sexual.

Lucas, Martins e Robazzi (2008) referem que 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)

Vários estudos têm sido levados a cabo no sentido de estudar a qualidade de vida dos doentes com úlcera venosa.

Walshe (1995), num estudo descritivo acerca da experiência das pessoas com úlcera venosa (n=13), concluiu que a úlcera tem grande impacto na vida diária e na componente emocional. Esta investigadora também analisa a esfera do tratamento, onde refere que o odor e o exsudado afetam o contacto e proximidade com os outros, que levam ao isolamento social.

Pearsoon, Heinen, Vleuten, Rooij, Kerkhof e Achterberg (2004), numa revisão sistemática da literatura, que incluía 37 artigos desde 1985 a 2002, verificaram que a úlcera de perna tem impacto na vida da pessoa, tendo as mesmas referido a dor como sintoma dominante, contudo a imobilidade, frustração, baixa de autoestima e limitações na atividade física e trabalho, também foram sintomas referidos. Cinco estudos que compuseram a revisão concluíram que os profissionais de saúde forneciam conselhos pouco claros ou contraditórios, ou incapazes de serem alcançados.

A dor é um dos principais sintomas referidos pelos doentes. A literatura evidencia que o tratamento da dor não é feito a par do tratamento da ferida. (Maddox, 2012)

Ebbeskog e Ekman (2001) 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. Rich e McLachlan (2003) também identificaram a dor como o maior problema que estes doentes encontravam. Iglesias, Birks, Nelson, Scanlon e Cullum (2005), à semelhança de outros autores, indicam que as pessoas vivenciam níveis elevados de dor, independentemente da úlcera estar cicatrizada ou não.

Jones, Barr, Robinson e Carlisle (2006) 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. Rich e McLachlan (2003)

encontraram sentimentos semelhantes, onde os participantes classificaram o exsudado como insuportável

Clarke-Moloney, O'Brien, Grace e Burke (2005), realizaram uma investigação que pretendia comparar a qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa com quatro camadas de ligaduras compressivas (4LB), em relação às que eram alvo de outros tipos de tratamento. Este estudo evidenciou que a 4LB apresentava melhor qualidade de vida no domínio atividade física e interação social após 6 semanas de tratamento, relativamente às pessoas dos outros tratamentos, evidenciando-se até uma deterioração da atividade física. Afirmam que a melhoria da qualidade de vida é proporcional à taxa de cicatrização.

Andreozzi, Cordova, Scomparin, Martini, D'Eri e Andreozzi. (2005), desenvolveram um estudo acerca da qualidade de vida da pessoa com insuficiência venosa crónica, classificando-a consoante o sistema de classificação CEAP (classificação baseada na clínica, etiologia, anatomia e patofisiologia). Concluíram que a insuficiência venosa crónica afecta a vida da pessoa, aquando do início do edema dos tecidos, afirmando que o nível C3 (edema), apresenta qualidade de vida similar à pessoa com diabetes ou cancro; C4 (alterações cutâneas atribuídas à insuficiência venosa), qualidade de vida pior do que cancro e doença pulmonar obstrutiva crónica e C5-6 (C5 – úlcera cicatrizada e C6 – úlcera ativa), qualidade de vida semelhante ao enfarte agudo do miocárdio.

Herber, Schneep e Rieger (2007), na revisão sistemática da literatura que desenvolveram com 24 artigos desde 1990 a 2006, dividiram os domínios da qualidade de vida em físico, ocupacional, psicológico e impacto do tratamento. Esta revisão evidenciou a dor, como um dos sintomas que mais perturba a pessoa e que esta está diretamente relacionada com a diminuição do interesse por outras atividades, como o caminhar, dormir ou até mesmo o relacionamento com os pares. Estes autores, tal como Pearson, et al. (2004) defendem, as principais limitações dos estudos destas revisões, são o fato de não existir diferenciação consoante a etiologia da ulceração, e que podem confundir os resultados.

Palfraymen (2008) 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, Pina, Moffatt e Franks (2008), 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, Bandarra, Agostinho, Pereira e Lopes (2013) estudaram a qualidade de vida, utilizando o CWIS, 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.

“Os pacientes usam as seguintes palavras para descrever a vida com úlcera de perna; dor, perda de mobilidade, distúrbio do sono, cheiro ofensivo, medo, isolamento social, raiva, depressão e baixa de auto-estima”. (Clarke-Moloney, O’Brien, Grace & Burke, (2005) citando Charles (1995) e Walshe (1995)).

Yamada (2001) encontrou resultados diferentes em relação à qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa. Este estudo contou com a participação de 89 pessoas, e dessas 37 (41,7%) apresentaram qualidade de vida considerada “muito boa” e 35 (39,3%) apresentaram qualidade de vida considerada “boa”. Yamada (2001) refere que as divergências devem-se ao fato de a qualidade de vida ser marcada pela subjetividade e multidimensionalidade e que por isso a avaliação da qualidade de vida dependerá dos valores e concepções do indivíduo, bem como dos contextos diferenciados nos quais as pessoas estão inseridas.

Apesar de todo o impacto negativo que a úlcera venosa tem na vida do indivíduo, este deve ser também ajudado pelo profissional de saúde a encontrar as suas forças interiores, ou seja os seus mecanismos de resiliência interna, através das estratégias de *coping*. Walshe (1995) 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. A mesma autora identificou quatro padrões distintos de lidar

com a situação: o *coping* por comparação (as pessoas ao compararem a sua situação patológica com outros que se encontravam também numa outra situação de doença, experimentavam uma sensação de “normalização”, sentindo-se mesmo “beneficiadas” em relação a portadores de outras patologias, como as pessoas vítimas de enfarte agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral); outra estratégia adotada era o sentir-se saudável, independentemente da presença de úlceras e das suas restrições associadas; a expectativa alterada (dado o fato dos participantes no estudo serem idosos, verificou-se uma atitude de aceitação da condição, aceitando-a como parte integrante do envelhecimento) e por fim o ser otimista foi outra das estratégias de *coping* desenvolvida, numa atitude de não valorização dos sintomas e implicações de ser portador de uma úlcera.

Assim, as pessoas com úlcera venosa devem como já foi referido, serem ajudadas a encontrar mecanismos de adaptação e aprender a encontrar satisfações em tarefas outrora sem importância, e estas atitudes positivas irão promover a qualidade de vida durante este processo de doença.

2- METODOLOGIA

Segundo Fortin (1999) o método científico define-se como um método sistemático, rigoroso e organizado por etapas lógicas e sequenciais, que são necessárias na exploração e conhecimento de determinado fenómeno, de forma a obter soluções para o problema inicial.

Na fase metodológica “O investigador determina os métodos que utilizará para obter respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 1999, p. 41) Esta fase operacionaliza o estudo, identificando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde o estudo se desenvolve e a população. (Fortin, 1999)

Assim, e após concluído o enquadramento teórico-conceptual segue-se o desenvolvimento das opções metodológicas escolhidas para este estudo.

2.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Formulou-se as seguintes questões de investigação:

- Qual a qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa, em contexto comunitário?
- Existirá diferença na qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa em contexto comunitário, em função do tipo de tratamento e características da ferida?
- Que critérios suportam a decisão terapêutica dos enfermeiros nos doentes com úlcera venosa?
- Quais os obstáculos que os enfermeiros encontram na sua decisão terapêutica?

Com estas questões pretendem-se atingir os seguintes objetivos:

- Avaliar a qualidade de vida da pessoa com úlcera venosa;

- Analisar a influência das características da ferida e do tipo de tratamento na qualidade de vida;
- Identificar os critérios da decisão terapêutica;
- Identificar os obstáculos da decisão terapêutica.

2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

O contexto de implementação deste estudo foi a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE (Entidade Pública Empresarial), mais concretamente os Centros de Saúde que estão sob a sua área de influência – 14 centros de saúde. (Anexo IV)

A população deste estudo são as pessoas com úlcera venosa cuidadas na comunidade e os enfermeiros que prestam ou prestaram cuidados a pessoas com úlcera venosa, no que se refere à decisão terapêutica.

Antes de iniciar a investigação foi realizada uma reunião em cada centro de saúde para explicar os objetivos da investigação, bem como os seus instrumentos. Foi solicitada em cada reunião o levantamento do número de pessoas com úlcera venosa a serem cuidadas no momento, deixando um período de “janela” de duas semanas para o aparecimento de novos casos, e estes seriam também incluídos. Foram realizados coortes da população. Assim, a amostra da população com úlcera venosa é do tipo não probabilística acidental. Os critérios para a inclusão foram:

- Possuir idade igual ou superior a 18 anos;
- Aceitar participar no estudo voluntariamente;
- Ser portador de úlcera venosa na sua forma não cicatrizada independentemente dos meses de tratamento;
- Estar a ser cuidado em contexto comunitário.

Foram excluídos os doentes com ferida cicatrizada, os doentes com patologias psiquiátricas ou neurodegenerativas ou outras que impedissem a aplicação dos instrumentos e todos os doentes que surgiram após as duas semanas de espera para a introdução de novos casos.

No que se refere aos profissionais de saúde a amostra é também do tipo não probabilística acidental. Os critérios de inclusão foram:

- Possuir licenciatura em enfermagem;
- Aceitar participar voluntariamente no estudo;
- Prestar cuidados em contexto comunitário;
- Prestar ou prestou cuidados a pessoas com úlcera venosa.

Ficaram excluídos os enfermeiros responsáveis que não participam na prestação de cuidados e enfermeiros que prestam cuidados exclusivamente noutras áreas, como a saúde materna e obstétrica, saúde infantil e outras, bem como os enfermeiros que no momento não estavam em funções por doença ou licença parental. Apurou-se um total de 132 enfermeiros em cuidados diretos.

O estudo contou com a participação de 31 pessoas com úlcera venosa e 95 enfermeiros. O estudo decorreu desde o dia 8 de Maio 2013 até ao dia 28 de Setembro do mesmo ano. Os coortes são apresentados em anexo. (Anexo V)

2.3. VARIÁVEIS EM ESTUDO

De acordo com Fortin (1999), as variáveis referem-se às características e qualidade dos objetos, pessoas ou situações como alvos do estudo.

Definiram-se as seguintes variáveis:

- Variáveis de caracterização: idade, género, frequência de contactos sociais, coabitação, tempo de aparecimento da úlcera até ao presente, úlcera primária/recorrente, localização da úlcera, e intensidade da dor.

- Variáveis dependentes:

- a. Qualidade de vida: será medida através do CWIS.

- Variáveis independentes:

- a. Tipo de tratamento: terapia compressiva, tratamento com apósitos, tratamento cirúrgico e plástico.
- b. Características da ferida: exsudado, tipo de tecido, presença de infecção, comprimento e largura da ferida.
- c. Critérios da decisão terapêutica: que inclui os critérios relacionados com o doente, tais como: idade, índice de pressão tornozelo/braço, condição clínica do doente, presença de co-morbilidades associadas, etc.; os critérios relacionados com a instituição: recursos disponíveis, diretrizes da instituição, relação/confiança entre profissionais e a existência de profissionais qualificados; e outros referenciados pelo profissional.
- d. Obstáculos à decisão terapêutica: escassos recursos materiais, equipa de trabalho com diferentes níveis de formação na área; falta de formação na área, inexistência de equipa coesa, escassez de recursos humanos, insuficiente articulação entre a rede prestadora de cuidados, inexistência de um protocolo institucional de abordagem e insuficiente apoio da cirurgia vascular.

2.4. TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo está dependente do desenho de investigação. Fortin (1999) refere que “A cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as atividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação ou às hipóteses.” (p.133) Desta forma o tipo de estudo a adotar depende claramente da questão de partida, do quadro de referência e do objetivo da investigação.

O presente estudo é quantitativo, adequando-se um estudo analítico, uma vez que se ambiciona relacionar eventos. Será um estudo prospetivo, onde serão considerados somente os indivíduos cuidados no presente ou futuro, até um determinado momento. Dentro do estudo analítico parece adequar-se um estudo de coorte.

2.5. INSTRUMENTOS/PROCESSAMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para a avaliação da qualidade de vida será utilizada a *Cardiff Wound Impact Scale* de Price e Harding, validada para a população portuguesa por Ferreira, Miguéns, Gouveia e Furtado em 2007, assumindo o nome de Esquema *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 (7 perguntas), sintomas físicos de vida diária (12 perguntas) e vida social (7 perguntas); e duas perguntas relacionadas com a qualidade de vida em geral. Quanto mais próximo de 100 melhor será a qualidade de vida relacionada com saúde. (Price & Harding, 2004) Aquando da aplicação deste instrumento ir-se-á associar a avaliação das características da ferida. A dor será avaliada através de uma escala qualitativa. O CWIS e o impresso sobre as características da ferida foi preenchido pelo investigador e em situações de impossibilidade, pelo enfermeiro. Note-se que foi feita uma reunião em cada centro de saúde antes do início da investigação, assegurando-se a compreensão dos instrumentos e objetivos da investigação.

Avaliou-se a qualidade de vida e cicatrização da ferida em dois momentos, um inicial, que marcou o início da investigação e outro passadas sete semanas. Considera-se um período aceitável para observar possíveis diferenças.

O processamento de dados será efetuado através de estatística multivariada, utilizando a ferramenta SPSS versão 20 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

2.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

“A pesquisa que envolve seres humanos requer uma análise especial dos procedimentos a serem utilizados de modo a proteger os direitos dos sujeitos” (Polit & Hungler, 1995).

Antes de se ter dado início à investigação foi dirigido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa um requerimento ao Excelentíssimo Presidente do Concelho de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE (Anexo VI), a solicitar autorização para o estudo na instituição, anexando o respetivo projeto de investigação, de forma a dotar a instituição do conhecimento, intenções e objetivos da investigação. Este pedido foi deferido. (Anexo VII)

A colheita de dados efetuou-se após dado o consentimento livre e esclarecido por parte dos participantes, firmado pela sua assinatura ou impressão digital, na impossibilidade da primeira. (Anexo VIII) A confidencialidade dos dados e a identidade dos participantes foi sempre preservada em todos os momentos da investigação, atribuindo a cada questionário uma letra.

3- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados encontrados, tendo por base as questões de partida e os objetivos que foram propostos inicialmente.

3.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA AMOSTRA

Tal como já foi referido anteriormente, participaram no estudo 31 pessoas com úlcera venosa na sua forma ativa, ou seja, não cicatrizada. Tinha-se uma amostra inicial de 41 participantes, mas desses, dois faleceram, um tinha sinais de demência pelo que não era possível a comunicação, um foi internado na rede de cuidados continuados e seis doentes cicatrizaram a ferida após a primeira avaliação, tendo sido por estas razões excluídos do estudo.

Os participantes tinham idades compreendidas entre os 52 anos e os 92 anos, como se observa na tabela 1, sendo a média das idades de 72 anos, desvio padrão de 9,6 anos e mediana de 75. Apenas sete doentes tinham idade inferior a 65 anos, o que indica que a amostra é formada maioritariamente por pessoas idosas, o que vai de encontro aos vários estudos existentes nesta área.

Tabela 1: Idade dos participantes. (N=31)

Faixa etária	N	%
52-62	6	19,4
63-72	8	25,8
73-82	15	48,4
83-92	2	6,5

Valencia, Falabella, Kirsner e Eaglstein (2001), 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 desenvolve a sua primeira úlcera aos 60

anos, 22% aos 40 e 13% desenvolvem uma úlcera venosa antes dos 30 anos. (Falabella, et al. (2001) citando Nelzen, Bergquist & Lindhagen (1994) e Falanga (1997))

A literatura identifica maior prevalência de úlceras venosas no sexo feminino, e foi esse fato que este estudo encontrou: 61,3% correspondem ao sexo feminino e 38,7% ao sexo masculino. Contudo este achado não é estatisticamente significativo. (teste binomial, $p=0,281$; $p> 0,05$)

Em termos de coabitação, a maioria dos participantes vive acompanhado e em termos da frequência de contatos, praticamente a totalidade tem contato com a família ou amigos pelo menos uma vez por dia, como se pode observar na tabela 2. Salienta-se que nenhum dos participantes referiu ter contacto com os seus familiares e amigos menos de uma vez por mês, no entanto estes dados não são estatisticamente significativos (teste binomial, $p=0,281$; $p> 0,05$) Martins, França e Kimura (1996) referem que 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 solidariedade. A simples ajuda no transporte ou noutra tarefa diária é entendida com alegria e gratidão.

Tabela 2: Coabitação e frequência de contatos. (N=31)

Características sociodemográficas		N	%
Vive sozinho(a)?	Sim	12	38,7
	Não	19	61,3
Com que frequência está com a sua família e amigos?	Uma vez por dia	30	96,8
	Uma vez por semana	1	3,2

Em relação às co-morbilidades, e tal como a tabela 3 demonstra, 83,9% dos participantes tinham patologias associadas:

Tabela 3: Existência de co-morbilidades dos participantes. (N=31)

Co-morbilidades	N	%
Sim	26	83,9
Não	5	16,1

Foram também identificadas quais as co-morbilidades, como é apresentado na tabela 4.

Tabela 4: Identificação das co-morbilidades. (N=31)*

Co-morbilidades	N	%
Hipertensão arterial	17*	54,8
Doença osteoarticular	11*	35,5
Obesidade	10*	32,3
Diabetes <i>Mellitus</i>	7*	22,6
História de trombose venosa profunda	4*	12,9
Incontinência urinária	2*	6,5
Doença oncológica	2*	6,5
Acidente vascular cerebral	2*	6,5

*resposta múltipla

Verifica-se através da análise da tabela anterior, que as patologias associadas que surgem com maior frequência são a hipertensão arterial, doença osteoarticular e a obesidade. Valencia et al. (2001) refere 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, o que vai de encontro aos resultados encontrados na presente investigação. Abbade e Lastória (2004) referem existir uma associação positiva entre a trombose venosa profunda e o aparecimento da úlcera venosa. Para Phillips (2001) os doentes com úlcera venosa, são geralmente idosos, mulheres e obesos, tendo também associada uma história de flebite e história de feridas nos membros inferiores.

3.2. CARACTERIZAÇÃO DA FERIDA

A grande maioria dos participantes tinham úlceras em resultado de recidivas, ou seja, 83,9% já tinham tido uma úlcera venosa, enquanto 16,1% era a primeira vez que tinham uma úlcera venosa. Hecke, Gryndonck e Defloor (2009) na sua revisão da literatura, referem que 45% têm recidivas, sendo que 35% dos casos têm quatro ou mais episódios de recorrência.

Importa referir também, que quatro doentes apresentavam duas úlceras na sua forma não cicatrizada, mas que nesta investigação 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. Fonseca, Franco, Ramos e Silva (2012) consideram a úlcera de perna como a *forever healing experience*, que segundo Hencke, Grydonck e Defloor (2009) 40% dos doentes têm uma úlcera de perna durante um ano ou mais e 20% durante mais de cinco anos.

Em relação à localização da úlcera venosa, 80,6% dos participantes tinham a sua úlcera no 1/3 inferior da perna e/ou médio da perna, e 19,4% estavam localizadas no maléolo lateral, o que vai de encontro à literatura encontrada. Abbade e Lastória (2006), Etufugh e Phillips (2007), Araujo, Valencia, Federman e Kirsner (2003) e Valencia et al. (2001), referem que as úlceras venosas podem ter diversas localizações, mas que em geral ocorrem na porção distal dos membros inferiores, mais particularmente no 1/3 inferior/médio da perna, também denominada de *gaiter area*. Para estes autores as úlceras que surjam no pé ou calcanhar, sugerem uma etiologia diferente.

Foram também identificadas outras características da ferida, tais como quantidade de exsudado, tipo de tecido e presença/ausência de infeção, como se pode observar na tabela 5. Em relação ao tipo de tecido, pode-se afirmar que a grande melhoria foi ao nível do tecido necrótico, uma vez que na segunda avaliação nenhum doente apresentava este tipo de tecido. ($p < 0,05$)

Tabela 5: Caracterização da ferida quanto ao tipo de tecido. (N=31)*

Tipo de tecido	1 ^a Avaliação		2 ^a Avaliação		Sig Chi-Quadrado (p)
	N	%	N	%	
Epitelial	6*	19,4	6*	19,4	0,017
Granulação	27*	87,1	25*	80,7	
Desvitalizado	22*	70,9	21*	67,7	
Necrótico	2*	6,5	0*	0	

* resposta múltipla

Quanto ao exsudado, este melhorou ligeiramente, já que dois doentes passaram a ter pouco exsudado e os restantes mantiveram-se, como se pode observar na tabela 6. ($p < 0,05$)

Tabela 6: Caracterização da ferida quanto à quantidade de exsudado. (N=31)*

Nível de exsudado	1ª Avaliação		2ª Avaliação		Sig 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 infecção não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação. (Tabela 7)

Tabela 7: Caracterização da ferida quanto à infecção. (N=31)*

Infecção	1ª Avaliação		2ª avaliação		Sig 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 avaliação, tendo como recurso uma régua e foi calculada a área, através da medição do maior comprimento e da maior largura, perpendicularmente. O Royal College of Nursing (2006) refere que existem numerosos métodos para a medição da ferida, e que estes se focam na área da ferida e não na sua profundidade. Referem também que a escolha do método deve ser baseada na disponibilidade dos recursos, prática dos profissionais de saúde para executar e interpretar os resultados, e que acima de tudo não deve ser complicado e invasivo, uma vez que o grande objetivo é monitorizar o progresso, onde a medida exata não é a prioridade. O cálculo da área, deve ser feito seguindo sempre o mesmo referencial, ou efetuado sempre pela mesma pessoa, de modo a evitar medidas muito dispersas.

A seguinte tabela mostra a área encontrada nas duas avaliações. (Tabela 8)

Tabela 8: Caracterização da ferida quanto à sua área. (N=31)

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

Verifica-se que não foram observadas diferenças entre a primeira e a segunda avaliação ($p > 0,05$), podendo esta ausência de diferenças se dever ao intervalo de tempo entre avaliações ser curto, ou e uma vez, que o número de pessoas com tecido necrótico e desvitalizado diminuiu, esta ausência de melhoria se deva ao desbridamento que mascarou a real dimensão da ferida.

Foi utilizada tal como foi mencionado no capítulo anterior a escala qualitativa para avaliação do nível de dor. (Tabela 8) Através da observação da tabela 9 pode-se dizer que não houve diferença entre o nível de dor da primeira para a segunda avaliação. ($p < 0,05$) Verificou-se que 61,3% dos participantes tinham dor e 38,7% não tinham qualquer nível de dor (primeira avaliação), e na segunda avaliação 45,2% não tinham dor e 54,8% tinha dor. Assim, nove dos 31 participantes melhoraram o seu nível de dor, 6 pioraram e 16 mantiveram o seu nível de dor, o que leva a concluir que a dor está subvalorizada neste doentes e estes experimentam níveis de dor inaceitáveis face à disponibilidade de meios para o seu alívio, aliado ao fato de a dor ser há já muito, considerado um sinal vital. Maddox (2012) refere que a dor é um dos sintomas mais referidos pelos doentes e que mais afeta a sua qualidade de vida. Ebbeskog e Ekman (2001) entrevistaram 15 idosos com úlcera venosa, e estes referiram ter uma vida muito limitada, onde estavam impedidos de fazer as 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. Maddox (2012) menciona que o uso sistemático de escalas de avaliação de dor combinado com uma avaliação holística, permite a melhoria deste sintoma. O Royal College of Nursing (2006), nas suas *guidelines*, referem que os profissionais de saúde devem ser sensíveis às necessidades do doente durante a avaliação, e devem destacar a importância da tomada de decisões

conjuntas, o envolvimento e compreensão do doente, sendo que a dor deve ser continuamente monitorizada.

Tabela 9: Caracterização da amostra quanto ao nível de dor. (N=31)

Nível de dor	1ª avaliação (%)	2ª avaliação (%)	Sig Teste Wilcoxon (p)
Sem dor	38,7	45,2	0,861
Dor ligeira	32,3	22,6	
Dor moderada	16,1	19,4	
Dor intensa	6,5	9,7	
Dor máxima	6,5	3,2	

Em somente 34,4% dos participantes estava a ser aplicada terapia compressiva, (Tabela 10) o que não vai de encontro aos pressupostos encontrados na literatura para o tratamento da úlcera venosa. O mesmo se refere ao cálculo do índice de pressão tornozelo/braço, em que apenas oito doentes tinham esta avaliação feita ou conhecida/documentada pelo enfermeiro que estava a realizar a terapia compressiva. Araujo et al. (2003), Phillips (2001) e Valencia et al. (2001) referem que os pacientes que aderem à terapia compressiva, melhoram a sua taxa de cicatrização, e a compressão continuada depois da cicatrização previne a recorrência. Para os mesmos autores a terapia compressiva é bem tolerada na grande maioria dos pacientes, sem que ocorram efeitos adversos. No entanto, e embora para Johnson (2002) 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 volumosas. Segundo Abbade e Lastória (2006), o índice de pressão tornozelo/braço deve ser calculado logo na avaliação inicial do doente, para que se possam excluir outras etiologias de ulceração.

Tabela 10: Distribuição da amostra em função do tipo de tratamento. (N=31)*

Tipo de tratamento	N	%
Terapia compressiva	11*	35,5
Tratamento exclusivo a apósitos	20*	64,5
Cirurgia vascular	1*	3,2

*resposta múltipla

3.3. ESQUEMA *CARDIFF* DE IMPACTO DA FERIDA

Para Price e Harding (2004), o foco principal do tratamento dos doentes com feridas crónicas, como é o caso das pessoas com úlcera venosa, é a cura completa no menor tempo possível. Contudo as consecutivas mudanças de penso, bem como as deslocações à unidade de saúde, os frequentes episódios de infeção, um possível ciclo de re-ulceração, e o medo, colocam o doente numa posição vulnerável, onde vê a sua saúde alterada, com conseqüente impacto na sua qualidade de vida. Para as mesmas autoras, têm sido realizados diversos estudos sobre a qualidade de vida em pessoas com feridas crónicas, no entanto praticamente todos de índole qualitativa, menosprezando outros fatores que podem também influenciar a qualidade de vida.

Como foi já abordado anteriormente, o CWIS é composto pelas seguintes dimensões: bem-estar, sintomas físicos e vida diária e vida social, e no final surgem duas perguntas relacionadas com a qualidade de vida e satisfação em geral. Os *scores* das diferentes dimensões foram calculados para os dois momentos de avaliação, como se pode observar na tabela 11. Realizou-se também uma comparação mais pormenorizada de cada dimensão ao nível das questões, apresentando-se essa comparação em anexo. (Anexo IX)

Tabela 11: Média, Mediana, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo dos *scores* das dimensões da qualidade de vida em função das duas avaliações. (N=31)

Dimensões da qualidade de vida	1ª avaliação					2ª avaliação					Sig 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	75	18,64	10,71	75	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	18,64	41,07	100	73,67	75	18,63	39,29	100	0,329
Como é a sua qualidade de vida?	5,97	5	2,12	0	10	5,94	5	1,99	3	10	0,226
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua qualidade de vida em geral?	5,90	5	2,21	2	10	6,19	6	2,06	2	10	0,412

Através da análise dos resultados, percebe-se que 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 das pessoas com úlcera venosa. Embora as dimensão física e social apresente pequenas alterações, estas não são tão expressivas como se observa na dimensão do bem-estar. Saraiva et al. (2013) e Pires (2012) obtiveram resultados semelhantes, utilizando o CWIS, contudo o estudo de Pires (2012) teve como população alvo os doentes com úlcera de perna, onde aqueles com úlcera venosa estavam incluídos. No entanto, verificam-se valores de desvio padrão muito altos, que indica existirem valores muito dispersos em relação ao valor da média, o que poderá ser explicado pela amostra ser pequena e pela sua heterogeneidade.

Quando solicitados a avaliarem a sua qualidade de vida, verificou-se que a média da amostra se situa nos 5,81 (primeira avaliação) e 5,94 (segunda avaliação) e na avaliação da satisfação em relação à sua qualidade de vida, a média situa-se na primeira avaliação nos 5,90, e na segunda avaliação 6,19. Pode-se assim afirmar que estes participantes têm valores medianos/satisfatórios de qualidade de vida. Saraiva et al. também encontrou resultados semelhantes: 4,68 para a qualidade de vida e 4,79 em relação à satisfação com a qualidade de vida.

No entanto verifica-se $p > 0,05$ o que significa que estes achados não são estatisticamente significativos, e não houve diferença nos scores do primeiro para o segundo momento.

Assim feita a análise geral, importa identificar agora, quais os fatores que podem estar a influenciar estes valores de qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa, atendendo às características da ferida, ao tipo de tratamento, à dor e área.

3.3.1. Diferença na qualidade de vida da pessoa com úlcera venosa em função das características da ferida

a) Quantidade de exsudado:

O exsudado foi identificado pelos doentes com úlcera venosa, como o fator que mais impede ou restringe a vida social, promovendo o isolamento social. (Walshe, 1995 e Rich & McLachlan, 2003) Jones, Robinson, Barr e Carlisle (2008) referem também que

o maior impacto do exsudado surge na esfera social, uma vez que os seus entrevistados, referiram que o exsudado os limitava em atividades sociais, alterando o seu estado psicológico e causando sentimentos de aversão, ódio de si próprio e baixa autoestima. Nesta investigação verificou-se 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.

Pode-se afirmar que todas as dimensões têm uma associação negativa com a quantidade de exsudado, contudo apenas a correlação negativa com a dimensão sintomas físicos e vida diária é estatisticamente significativa, pois o nível de significância é inferior a 0,05. (Tabela 12)

Tabela 12: 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

b) Tipo de tecido:

Ao analisar a influência do tipo de tecido nas dimensões da qualidade de vida, verifica-se que não existe alteração das mesmas em função do tipo de tecido, como se observa na tabela 13.

Importa também referir que 38,8% dos participantes mencionaram que o aspeto da ferida os preocupava e 3,2% não tinha a certeza.

Tabela 13: Relação das dimensões da qualidade de vida com o tipo de tecido, na primeira avaliação. (N=31)

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

c) Infecção:

A infecção manifesta-se clinicamente com eritema/rubor, edema, dor, calor no local dos tecidos e em redor da ferida, podendo em algumas situações combinar com febre. (Abbate & Lastória, 2006) Williams (2010) citando Edwards (2003) refere que a infecção acontece frequentemente nas úlceras de perna e que os doentes muitas vezes associam a infecção aos tratamentos. Contudo existem fatores que podem contribuir para a infecção, como a idade, mau controlo dos valores de glicémia capilar nos doentes diabéticos, má nutrição e ainda estilos de vida que a podem promover, tais como: ser fumador, abusar de álcool e drogas e sedentarismo. Williams (2010) afirma também que os doentes devem ser informados sobre sinais e sintomas de infecção, como o aumento da dor, aumento da temperatura local ou início de um mau odor. Herber, Schnepf e Rieger (2007) 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.

Como já foi abordado anteriormente, na primeira avaliação, oito dos 31 participantes tinham a sua ferida infetada, correspondendo a 25,8% do total da amostra. 32,3% dos participantes referiram ter sentido odor desagradável ou cheiro a partir da ferida, onde 25,8% indicaram que o odor os perturbava.

Através da análise estatística verifica-se que a presença ou não de infecção não tem influência sob a qualidade de vida dos participantes, como se pode observar na tabela 14. ($p > 0,05$)

Tabela 14: Relação das dimensões da qualidade de vida com a infecção, na primeira avaliação. (N=31)

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

3.3.2. Diferença na qualidade de vida da pessoa com úlcera venosa em função do tipo de tratamento

Favas (2012) quando comparou o tipo de tratamento com a qualidade de vida dos seus doentes, constatou que os participantes que tinham terapia compressiva apresentavam em média melhor qualidade de vida nas dimensões sintomas de *distress* e fatores psicológicos. Já os participantes que não tinham terapia compressiva, apresentavam melhor qualidade de vida no que diz respeito à dimensão das atividades físicas. Herber, Scnepp e Rieger (2007), encontraram resultados semelhantes, referindo que os doentes com terapia compressiva sentem dificuldades na execução das atividades do dia-a-dia. Jankunas, Rimdeika, Jasenas e Samsanavicius (2004) no seu estudo pretenderam comparar a qualidade de vida em função do tratamento conservativo e cirúrgico, e chegaram à conclusão que o tratamento cirúrgico (dermatoplastia autóloga) tem um efeito positivo na qualidade de vida, nomeadamente na área do sono e das emoções.

Neste estudo verificou-se que não existe influência do tipo de tratamento sob qualquer uma das dimensões da qualidade de vida do CWIS. (Tabela 15) Quando questionados se sentiam incómodo devido à ligadura ou penso, 74,2% referiram esse desconforto, onde 64,5% indicou que essa situação os perturbava.

Tabela 15: Relação das dimensões da qualidade de vida com o tipo de tratamento, na primeira avaliação. (N=31)

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

3.3.3. Diferença na qualidade de vida da pessoa com úlcera venosa em função da dor e da área

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. (Tabela 16)

Tabela 16: Evolução dos *scores* em função da evolução da dor. (N=31)

Evolução	Evolução da dor (r de Spearman)	p
<i>Score bem-estar</i>	0,121	0,517
<i>Score sintomas físicos e vida diária</i>	-0,394	0,028
<i>Score vida social</i>	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

Observando a tabela acima, pode-se afirmar que a dor tem uma correlação negativa com a dimensão física e vida diária e esta é estatisticamente significativa ($p < 0,05$), querendo isto dizer, que a dor afeta esta dimensão, ou seja tem um impacto negativo sobre a mesma. O mesmo se observa nas perguntas ‘ Como é a sua qualidade de vida?’ e ‘Até que ponto está satisfeito/a com a sua qualidade de vida em geral?’, significando que a presença de dor implicou menos pontuação nestas perguntas. Em relação à área da úlcera, verifica-se que existe uma correlação positiva, significando por isso que quando a área da úlcera é maior, existem também maiores níveis de dor. ($p < 0,05$). Favas (2012) encontrou resultados semelhantes, referindo que a dor afetou predominantemente a dimensão das atividades físicas nos seus doentes. Abbade e Lastória (2006) 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 que as grandes podem ser praticamente indolores, o que vem contrariar o que se encontrou neste estudo. Já Jankunas, Rimdeika, Jasenas e Samsanavicius (2004) referem que no seu estudo que a diminuição da área da úlcera resultou na redução dos níveis de dor.

Importa também referir que 87,1% dos participantes experimentaram dor na ferida na última semana e 83,9% consideram que este sintoma os perturba. Esta situação leva a crer que a dor não está a ser corretamente controlada nestes doentes. Van Hecke Gryndonck, Beele, De Bacquer e Defloor (2009), afirmam que a avaliação e monitorização da dor devem ser integradas no cuidado diário a estes doentes, percebendo também se estes doentes estão a tomar os analgésicos tal como prescrito.

Em relação à área da úlcera, e como já foi referido anteriormente, verifica-se que esta apenas tem influência sob o nível de dor. (Tabela 17) Existem outras correlações negativas, contudo estas não são estatisticamente significativas. Silva e Pazos (2005) citando Pieper, Szczepaniak e Templin (2000) afirmam que nos seus estudos a área da lesão foi significativamente correlacionada com o ambiente doméstico e o desconforto psicossocial e houve 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.

Tabela 17: Evolução dos *scores* em função da evolução da área. (N=31)

Evolução	Evolução da área (r de Spearman)	p
<i>Score bem-estar</i>	- 0,212	0,253
<i>Score sintomas físicos e vida diária</i>	- 0,272	0,139
<i>Score vida social</i>	- 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

3.4. CRITÉRIOS DA DECISÃO TERAPÊUTICA NA PESSOA COM ÚLCERA VENOSA

Este formulário tal como referido, foi dirigido aos enfermeiros que prestam cuidados às pessoas com úlcera venosa em contexto comunitário. Pretendeu-se saber quais os critérios que os enfermeiros seleccionavam, nomeadamente aqueles relacionados com o doente e instituição e quais os obstáculos que os enfermeiros encontram na sua decisão terapêutica.

Carmo, Castro, Rios e Sarquis (2007) citando Oliveira, Castro e Andrade (2006) referem que o tratamento das lesões tecidulares deixou de se focar na técnica do curativo, passando a incorporar toda a metodologia da assistência que o enfermeiro presta, como a avaliação do estado geral do doente, exame físico direcionado consoante

a etiologia da lesão, escolha do tratamento e dos apósitos a serem utilizados, além do registo de enfermagem e projeção prognóstica.

Os cuidados de enfermagem têm como foco a atenção e a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue.

“Neste contexto, procura-se, ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação aos múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.” (Ordem dos enfermeiros, 2001, p. 11)

Assim, considera-se como aspeto fundamental na abordagem à pessoa com úlcera venosa, uma assistência protocolada, que contemple a avaliação clínica, o diagnóstico precoce, o plano de tratamento e cuidados, evolução e reavaliação das condutas e tratamento, bem como um trabalho educativo permanente em equipa, envolvendo os doentes, a família e os cuidadores. (Dantas, Torres, Nóbrega, Macedo, Costa, Melo & Dantas, 2010, citando Lorimer, Graham, Friedberg & Davies, 2003)

A tabela seguinte apresenta os critérios que os enfermeiros selecionaram relacionados com o doente. (Tabela 18)

Tabela 18: Critérios que os enfermeiros utilizam na sua decisão terapêutica relacionados com o doente. (N=95)*

Critérios	N	%
Características da ferida	92*	96,8
Número de recidivas	84*	88,4
Tratamento anterior utilizado	71*	74,7
Dor	71*	74,7
Adesão à terapêutica/Interesse do doente na cura	64*	67,4
Qualidade de vida	61*	64,2
Idade	54*	56,8
Condição clínica	49*	51,6

Tempo de ulceração	42*	44,2
Opinião do doente	40*	42,1
Índice de pressão tornozelo-braço	40*	42,1
Etiologia da úlcera	40*	42,1
Co-morbilidades	29*	30,5
Questões sociais e económicas	27*	28,4
Expectativas do doente	26*	27,4

*resposta múltipla

Interessa também referir que em média utilizam 8,83 critérios, mediana de 8, desvio padrão de 3,97, mínimo de 2 e máximo de 16.

Deste modo verifica-se que existe grande heterogeneidade na seleção dos critérios, ou seja, existem enfermeiros que selecionaram dois critérios, mas também existem aqueles que usam todos os critérios apresentados na sua prática profissional. Claro que, e também para Van Hecke, Grypdonk, Beele e De Bacquer (2009) o tratamento deve ser adaptado ao doente, de forma a ir ao encontro das suas necessidades, dando ênfase à aprendizagem e gestão da vivência com a ferida. Da análise ressalta também o baixo número de enfermeiros que utilizam o índice de pressão tornozelo-braço na sua decisão terapêutica. Weller e Evans (2012) encontraram no seu estudo que a grande maioria dos enfermeiros não usam por rotina ou não estão familiarizados com o uso do dispositivo de ultrassom (*doppler*). Esta não utilização do *doppler* poder-se-á dever à não existência do aparelho nas instituições, ou pela falta de treino na sua utilização. Outro dado interessante é o facto de apenas 42,1% dos enfermeiros considerar a etiologia da úlcera na sua decisão terapêutica, parecendo estar intimamente relacionado com o exposto anteriormente, e transpondo para o estudo realizado com os doentes com úlcera venosa, e uma vez que estes enfermeiros prestam cuidados na área de influência onde estes doentes são tratados, pode-se explicar assim a baixa percentagem de doentes com terapia compressiva. Weller e Evans (2012) mencionam que os enfermeiros não costumam por rotina realizar um diagnóstico diferencial, de forma a descartar patologia arterial concomitante, e assim o atendimento a estes doentes parece estar muito abaixo

do desejado. Há ainda a referir que parece ser unanime que a decisão terapêutica é baseada nas características da ferida.

Em relação aos critérios que os enfermeiros indicaram na sua decisão terapêutica atendendo à instituição, pode-se afirmar que os principais critérios utilizados incluem os recursos disponíveis e a boa relação com a equipa e o menos selecionado as diretrizes institucionais. (Tabela 19) A média do número de critérios utilizados foi de 2,45, mediana de 2 e desvio padrão de 0,965.

Tabela 19: Critérios que os enfermeiros utilizam na sua decisão terapêutica relacionados com a instituição. (N=95)*

Critérios	N	%
Recursos disponíveis	93*	97,9
Relação/Confiança com os profissionais com quem trabalho	62*	65,3
Profissionais qualificados (membros da comissão de prevenção e tratamento de feridas...)	40*	42,1
Diretrizes da instituição	38*	40

*resposta múltipla

Aos enfermeiros que consideraram que a sua prática profissional não se encontra baseada em evidência científica (N= 27, correspondendo a 28,4%), foi solicitado que indicassem os fatores que poderiam estar a contribuir para esse desacordo. (Tabela 20) A média dos fatores selecionados foi de 3,26, mediana de 3 e desvio padrão de 0,984.

Tabela 20: Obstáculos que os enfermeiros encontram na sua prática profissional. (N=27)*

Obstáculos	N	%
Falta de formação na área	19*	70,4
Insuficiente articulação entre a rede prestadora de cuidados	18*	66,7
Insuficiente apoio da cirurgia vascular	18*	66,7

Escassos recursos materiais	10*	37
Equipa de trabalho com diferentes níveis de formação na área	9*	33,3
Inexistência de um protocolo institucional de abordagem	7*	25,9
Inexistência de equipa coesa	5*	18,5
Escassez de recursos humanos	1*	3,7
Outros: Farmácia hospitalar exige prescrição médica para apósitos fora do formulário interno	1*	3,7

*resposta múltipla

De acordo com os resultados, verifica-se que a falta de formação na área é um dos fatores mais selecionado. Sellmer, Carvalho, Carvalho e Malucelli (2013) referem que os enfermeiros não especialistas em feridas desconhecem as terapias específicas para o tratamento das úlceras venosas e apontam para a falta de um protocolo para apoiar a sua decisão terapêutica, dificultando o tratamento destes doentes. Estes autores afirmam ainda que para que haja efetividade dos cuidados de enfermagem, os recursos devem ser focalizados na educação permanente dos enfermeiros sobre o tratamento de feridas. Silva, Jesus, Merighi, Oliveira, Santos e Vicente (2012) partilham da mesma opinião, verificando, e de acordo com os resultados encontrados, que há necessidade de capacitação permanente dos profissionais que cuidam dos doentes com úlcera venosa e disponibilização pelos gestores da saúde de recursos para realizá-la, de forma a se estreitar o espaço entre a prática e as evidências científicas. Fonseca, Franco, Ramos e Silva (2012) afirmam que a formação contínua e atualizada dos enfermeiros, está intimamente relacionada com a eficácia e excelência das intervenções implementadas às pessoas com úlcera venosa.

Os enfermeiros apontam também para o insuficiente apoio dos cuidados diferenciados e cirurgia vascular, o que é preocupante, uma vez que o tratamento destes doentes é abrangente e requer uma intervenção multicentrada. Dantas, Dantas, Costa e Torres

(2013) afirmam que não basta apenas realizar essa referenciação para os cuidados diferenciados, há que realizar registos, resumo clínico com exames realizados, diagnóstico, conduta e observações pertinentes, para que seja possível uma correta articulação entre os cuidados.

Em relação aos recursos materiais, 37% dos enfermeiros identificam a falta destes recursos como um dos obstáculos aos cuidados baseados na evidência científica. Importaria aqui saber se esta falta se deve à reduzida variedade de material no formulário interno ou a ruturas no fornecimento. Contudo, este facto poder-se-á dever às exigências económicas que o país atravessa, existindo cada vez mais uma redução na variedade de material de penso, aliado também aos elevados custos que os mesmos comportam, principalmente os produtos mais inovadores/eficientes. Ainda há salientar a grande amplitude geográfica que esta Unidade Local de Saúde abarca, podendo também o fornecimento de material estar dificultado.

Por fim importa salientar que os enfermeiros também apontaram para a inexistência de um protocolo institucional de abordagem, como obstáculo à sua prática. Peres, Zuffi e Pogetto (2013) na sua investigação concluem que o tratamento da úlcera venosa constitui um grande desafio para os enfermeiros, pois estes apontaram divergências e dúvidas em relação ao tratamento a utilizar, destacando a importância de seguir os passos de uma sistematização para o tratamento da ferida. Estes autores consideram ser necessário um protocolo de atendimento que possa nortear os cuidados de enfermagem à pessoa com úlcera venosa e que ao mesmo tempo proporcione a contante atualização dos conhecimentos do enfermeiro. No entanto, e segundo Templeton e Telford (2010), nenhum instrumento/protocolo substitui a experiência clínica e a análise de cada situação. A mesma opinião é partilhada por Fonseca, Franco, Ramos e Silva (2012), referindo que cada protocolo deve ser adaptado à realidade profissional, de modo a que a avaliação e a intervenção realizada seja a mais apropriada possível, tendo sempre como foco a pessoa.

4- CONCLUSÃO

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 extrair informação que fomentasse o melhor conhecimento acerca desta temática, e assim pudesse contribuir para uma melhor qualidade de vida nestas pessoas. A par desta investigação, os enfermeiros que cuidam das pessoas com úlcera venosa foram também abordados, no sentido de se conhecer os critérios que utilizam na sua decisão terapêutica.

Trata de um estudo quantitativo do tipo analítico, sendo a população deste estudo constituída por 31 pessoas com úlcera venosa a serem cuidadas nos Centros de Saúde da área de influência da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE e também pelos enfermeiros que prestam cuidados às pessoas com úlcera venosa neste mesmo ambiente. A amostra foi obtida por amostragem do tipo não probabilística acidental.

As conclusões obtidas deste estudo são apresentadas de seguida, de acordo com os objetivos inicialmente traçados:

- a) **Avaliar a qualidade de vida da pessoa com úlcera venosa:** esta avaliação foi feita através do CWIS. Verificaram-se valores de qualidade de vida baixos nas três dimensões: bem-estar, sintomas físicos e vida diária e vida social. O pior valor de qualidade de vida foi observado na dimensão do bem-estar, com um valor médio 35,02 e desvio padrão de 12,14 para a primeira avaliação, e na segunda avaliação um valor médio de 36 e desvio padrão de 18,54. Foi na dimensão vida social que se observou a melhor pontuação, com um valor médio de 75,92 e desvio padrão de 18,64 na primeira avaliação, e na segunda com uma média de 73,67 e desvio padrão de 18,63. A dimensão sintomas físicos e vida diária obteve um valor médio de 65,42 e desvio padrão de 17,22 na primeira avaliação, e na segunda avaliação uma média de 65,62 e desvio padrão de 39,58. Conclui-se assim, que os participantes apresentam a pior pontuação no âmbito do bem-estar e que não existe diferença estatisticamente significativa nas dimensões avaliadas entre a primeira e a segunda avaliação. ($p > 0,05$) Sobre a avaliação geral da qualidade de vida, esta apresentou uma média de 5,81 e

desvio padrão de 2,12 (primeira avaliação) e na segunda avaliação apresentou um valor médio de 5,94 com desvio padrão de 1,99. Em relação à satisfação com a sua qualidade de vida em geral, esta apresentou um valor médio de 5,90 e desvio padrão de 2,21 para a primeira avaliação, e na segunda uma média de 6,19 e desvio padrão de 2,06. Conclui-se deste modo, que estes participantes têm valores medianos/satisfatórios de qualidade de vida. Conclui-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre a primeira e a segunda avaliação. ($p > 0,05$)

b) Analisar a influência das características da ferida na qualidade de vida:

- **Quantidade de exsudado:** verificou-se que a quantidade de exsudado influencia todas as dimensões da qualidade de vida, contudo apenas a influência na dimensão sintomas físicos e vida diária é estatisticamente significativa. ($p < 0,05$);
- **Tipo de tecido:** não existe influência do tipo de tecido sob as dimensões da qualidade de vida;
- **Infeção:** a presença ou ausência de infecção não tem influência nas dimensões da qualidade de vida;
- **Tipo de tratamento:** não existe alteração na qualidade de vida em função do tipo de tratamento;
- **Área:** conclui-se que áreas maiores levam a um maior nível de dor. Existem outras associações nomeadamente nas dimensões do bem-estar, sintomas físicos e vida diária, vida social e na pergunta “Até que ponto está satisfeito/a com a vida diária?”, contudo não são estatisticamente significativas;
- **Dor:** concluiu-se que a dor tem influência sob a dimensão sintomas físicos e vida diária e sob as perguntas “Como é a sua qualidade de vida?” e “Até que ponto está satisfeito/a com a sua qualidade de vida em geral?”, significando que presença de dor implica menor pontuação de qualidade de vida.

- c) **Identificar os critérios da decisão terapêutica:** concluiu-se que parece existir grande variação nos critérios utilizados pelos enfermeiros na sua decisão terapêutica, principalmente nos que se referem ao doente. Neste caso os quatro critérios mais identificados pelos enfermeiros foram as características da ferida (96,8%, N=92), número de recidivas (88,4, N=84), tratamento anterior utilizado (74,7%, N=71) e a dor (74,7%, N=71). Parece existir necessidade de alguma uniformização nos cuidados, de forma a se esbaterem as discrepâncias na prática. Em relação aos critérios utilizados na decisão terapêutica relacionados com a instituição, parece ser unânime entre os enfermeiros que esta depende muito dos recursos disponíveis (97,9%, N=93) e em último das diretrizes da instituição (40%, N=38), o que poderá explicar a grande heterogeneidade observada na seleção dos critérios relacionados com o doente.
- d) **Identificar os obstáculos da decisão terapêutica:** 27 enfermeiros dos 95 da amostra total (28,4%), referiram que a sua prática não estava de acordo com as evidências científicas. As quatro principais causas que apontaram foram: falta de formação na área (70,4%, N=19), insuficiente articulação com a rede prestadora de cuidados (66,7%, N=18), insuficiente apoio da cirurgia vascular (66,7%, N=18) e escassos recursos materiais (37%, N=10)

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 CWIS.

Para investigações futuras, importaria explorar de forma mais profunda a questão da decisão terapêutica, porque percebe-se existirem dificuldades na prática, e assim delinear intervenções nesse sentido.

Deste modo a realização de estudos similares irão melhorar a prática e conhecimento nestas temáticas.

Por fim, percebe-se que, e partilhando a mesma opinião de Carmo, Castro, Rios e Sarquis (2007)

“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 integralidade em detrimento de uma abordagem curativa centrada na técnica, bem como preza a busca pela autonomia do portador de úlcera venosa (...)” (p. 516)

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbade, L., & Lastória, S. (2005). Venous ulcer: epidemiology, physiopathology, diagnosis and treatment. *International journal of dermatology*, 44, 449-456.

Abbade, L., & Lastória, S. (2006). Abordagem de pacientes com úlcera de perna de etiologia venosa. *Anais Brasileiro de dermatologia*, 81(6), 509-522.

Allison, P.; Locker, D., & Feine, J. (1997). Quality of life: a dynamic construct. *Social, Science & Medicine*, 45(2), 221-230.

Almeida, M.; Gutierrez, G., & Marques R. (2012). *Qualidade de vida – definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: Edições Each

Andreozzi, G.; Cordova, R.; Scomparin, M; Martini, R.; D’Eri, A., & Andreozzi, F. (2005). Quality of life in chronic venous insufficiency – an Italian pilot study of Triveneto region. *International angiology*, 24, 272-277.

Araujo, T.; Valencia, I; Federman, D., Kirsner, R. (2003). Managing patient with venous ulcers. *Annals of internal medicine*, 138, 326-334.

Baranoski, S., & Ayello, E. (2006). O essencial sobre o tratamento de feridas - princípios práticos. In S. Baranoski & E. Ayello (Eds), *Mona Baharestani: Qualidade de vida e questões éticas*. (pp: 3-22). Tradução do original de língua inglesa *Wound care essentials – practice principles*, Lippincott Williams & Wilkins, 2004). Loures: Lusodidacta.

Baranoski, S., & Ayello, E. (2006). O essencial sobre o tratamento de feridas – princípios práticos, In S. Baranoski & E. Ayello (Eds), *Mary Siegreen & Ronald Kline: Úlceras vasculares*. (pp: 315-360). Tradução do original de língua inglesa *Wound care Essentials – practise principles*, Lippincott Williams & Wilkins, 2004). Loures: Lusodidacta.

Borges, E.; Caliri, M., & Haas, V. (2007). Revisão sistemática do tratamento tópico da úlcera venosa. *Revista latino-americana de enfermagem*, 15(6), 1163-1170.

- Capitão, L.; Menezes, J., & Gouveia-Oliveira, A. (1996). Caracterização epidemiológica da insuficiência venosa em Portugal. *Acta médica Portuguesa*, 9, 69-77.
- Carmo, S.; Castro, C.; Rios, V., & Sarquis, M. (2007). Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. *Revista eletrônica de enfermagem*, 9(2), 506-517.
- Clarke-Moloney, M.; O'Brien, J.; Grace, P., & Burke, P. (2005). Health-related quality of life during four-layer compression bandaging for venous ulcer disease: a randomized controlled trial. *Irish journal of medical science*, 174(2), 21-25.
- Dantas, D.; Dantas, R. Costa, I., & Torres, G. (2013). Protocolo de assistência a pessoas com úlcera venosa: validação de conteúdo. *Revista da rede de enfermagem do nordeste*, 14(3), 588-599.
- Dantas, D.; Torres, G.; Nóbrega, W.; Macedo, E.; Costa, I.; Melo, G., Dantas, R. (2010). Assistência a pacientes com úlcera venosa baseada em protocolos: revisão da literatura em bases de dados eletrônicas. *Revista de enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco*, 4, 1944-1950.
- Diener, E., & Shu, E. (1997). Measuring quality of life: economic, social and subjective indicators. *Social indicators research*, 40, 189-216.
- Ebbeskog, B., & Ekman, L. (2001). Elderly person's experiences of living with venous leg ulcer: living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment. *Scandinavian journal of caring sciences*, 15(3), 235-243.
- Etufugh, C., & Phillips, T. (2007). Venous ulcers. *Clinics in dermatology*, 25, 121-130.
- Farquhar, M. (1995a). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of advanced nursing*, 22, 502-508.
- Farquhar, M. (1995b). Elderly people's definitions of quality of life. *Social, Science & Medicine*, 41(10), 1439-1446.
- Favas, S. (2012). Qualidade de vida e adesão terapêutica da pessoa portadora de úlcera venosa de perna. Dissertação de mestrado, não publicada, Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica, Lisboa, Portugal.

Fonseca, C.; Franco, T.; Ramos, A., & Silva, C. (2012). A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista da escola de enfermagem – USP*, 46(2), 480-486.

Fortin, M. (1999). O processo de investigação. Da concepção à realização. In M. Fortin (Eds), *Marie-Fabienne Fortin: O desenho de investigação*. (pp: 131-145). (Tradução do original da língua francesa *Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation*. Paris: Décarie Éditeurs Inc., 1996). Loures: Lusociência.

Fortin, M. (1999). O processo de investigação. Da concepção à realização. In M. Fortin, J. Côté & B. Vissandjées (Eds), *Marie-Fabienne Fortin: A investigação científica*. (pp: 15-24). (Tradução do original da língua francesa *Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation*. Paris: Décarie Éditeurs Inc., 1996). Loures: Lusociência.

Furtado, K. (2003). Úlcera de perna – tratamento baseado na evidência. Consultado a 25 de Janeiro, através de <http://sociedadeferidas.pt/documentos/portalegre/Ulcera%20de%20Perna-tratamento%20baseado%20na%20evidencia-Katia%20Furtado.pdf>

Furtado, K.; Pina, E.; Moffatt, C., & Franks, P. (2008). Leg ulceration in Portugal: quality of life. *International wound journal*, 5, 34-39.

Hecke, A.; Grypdonck, M., & Defloor, T. (2009). A review of why patients with leg ulcers do not adhere to treatment. *Journal of clinical nursing*, 18, 337-349.

Herber, O.; Schnepf, W., & Rieger, M. (2007). Systematic review on the impact of leg ulceration on patients quality of life. *Health and quality of life outcomes*, 5(44), s.p.

Iglesias, C.; Birks, Y.; Nelson, E.; Scanlon, E., & Cullum, N. (2005). 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*, 14, 1705-1718.

Jakunas, V.; Rimdeika, R.; Jasenas, M., & Samsanavicius, D. (2004). Changes in patient's quality of life comparing conservative and surgical treatment of venous leg ulcers. *Medicine (Kaunas)*, 40(8), 731-739.

- Johnson, S. (2002). Compression hosiery in the prevention and treatment of venous leg ulcer. *Journal of tissue viability*, 12(2), 67-64.
- Jones, J.; Robinson, J.; Barr, W., & Carlisle, C. (2008). Impact of exudate and odour from chronic venous leg ulceration. *Nursing Standard*, 22(45), 53-61.
- Lucas, L.; Martins, J., & Robazzi, M. (2008). Qualidade de vida dos portadores de ferida crónica em membros inferiores – úlcera de perna. *Ciencia y enfermeria*, 19(1), 53-52.
- Maddox, D. (2012). Effects of venous leg ulceration on patient's quality of life. *Nursing standard*, 26(38), 42-49.
- Martins, L.; França, A., & Kimura, M. (1996). Qualidade de vida de pessoas com doença crónica. *Revista latino-americana de enfermagem*, 4(3), 5-18.
- O'Meara, S.; Cullum, N.; Nelson, A., Dumville, C. (2012). Compression for venous leg ulcers. *Cochrane database systematic reviews*, 11, 1-192.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Palfreyman, S. (2008). Assessing the impact of venous ulceration on quality of life. *Nursing times*, 104(41), 34-37.
- Persoon, A.; Heinen, M.; Vleuten, C.; Rooij, M.; Kerkhof, P., & Achterberg, T. (2004). Leg ulcers: a review of their impact on daily life. *Journal of clinical nursing*, 13, 341-354.
- Phillips, T. (2001). Current approaches to venous ulcers and compression. *Dermatologic surgery*, 27(7), 611-621.
- Pina, E.; Furtado, K.; Franks, P., & Moffatt, C. (2004). Úlceras de perna em Portugal: um problema de saúde subestimado. *Revista Portuguesa de cirurgia cardio-torácica e vascular*, 11(4), 217-221.
- Pires, N. (2012). Úlcera de perna: impacto na qualidade de vida dos utentes da UCSP de Alenquer. Dissertação de mestrado, não publicada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. (3ª ed.). (Tradução do original da língua inglesa *Essentials of nursing research – methods, appraisal, and utilization*. J.B. Lippincott Company, 1993). Porto Alegre: Artes médicas sul LTDA.

Price, P., & Harding, K. (2004). 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*, 1(1), 10-17.

Rich, A., & McLachlan, L. (2003). How living with a leg ulcer affects people's daily life: a nurse – led study. *Journal of wound care*, 12(2), 51-54.

Royal College of Nursing (2006). *The nursing management of patients with venous leg ulcers – recommendations*, London: Royal College of Nursing.

Salomé, G. (2010). Processo de viver do portador com ferida crônica: atividades recreativas, sexuais, vida social e familiar. *Saúde coletiva*, 7(46), 300-304.

Saraiva, D.; Bandarra, A.; Agostinho, E.; Pereira, N., & Lopes, T. (2013). Qualidade de vida do doente com úlcera venosa crônica. *Revista de enfermagem de referência*, 3(10), 109-118.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010). *Management of chronic venous leg ulcers – a national clinical guideline*. NHSScotland: Edimburgo.

Sellmer, D.; Carvalho, C.; Carvalho, D., & Malucelli, A. (2013). Sistema especialista para apoiar a decisão na terapia tópica de úlceras venosas. *Revista Gaúcha de enfermagem*, 34(2), 154-162.

Silva, L., & Pazos, A. (2005). A influência da dor na qualidade de vida do paciente com lesão crônica da pele. *Revista de enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, 13, 375-381.

Silva, M.; Jesus, M.; Merighi, M.; Oliveira, D.; Santos, S., & Vicente, E. (2012). Manejo clínico de úlceras venosas na atenção primária à saúde. *Acta Paulista de enfermagem*, 25(3), 329-333.

Templeton, S., & Telford, K. (2010). Diagnosis and management of venous leg ulcers: a nurse's role?. *Wound practice and research*, 18(2), 72-79.

The WHOQOL Group (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. *Social & Science Medicine*, 41(10), 1403-1409.

Valencia, I.; Falabella, A.; Kirsner, R., & Eaglstein, W. (2001). Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. *Journal of the American academy of dermatology*, 44(3), 401-424.

Van Hecke, A.; Grypdonck, M.; Beele, H.; & De Bacquer, D., & Defloor, T. (2009). How evidence-based is venous leg ulcer care? A survey in community settings. *Journal of advanced nursing*, 65(2), 337-347.

Waidman, M.; Correa, J.; Brischilian, A., & Marcon, S. (2011). O cotidiano do individuo com ferida crônica e a sua saúde mental. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 20(4), 691-699.

Walshe, C. (1995). Living with a venous leg ulcer: a descriptive study of patients' experiences. *Journal of advanced nursing*, 22, 1092-1100.

Weller, C., & Evans, S. (2012). Venous leg ulcer management in general practice – practice nurses and evidence based guidelines. *Australian family physician*, 41(5), 331-337.

William, M. (2010). Issues affecting concordance with leg ulcer care and quality of life. *Nursing standard*, 24(25), 51-58.

Yamada, B. (2001). Qualidade de vida de pessoas com úlcera venosa crônica. Dissertação de mestrado, não publicada, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

ANEXOS

ANEXO I

Esquema *Cardiff* de Impacto da Ferida



Esquema Cardiff de Impacto da Ferida

© 1997 Wound Healing Research Unit, University of Wales College of Medicine
©2003 Versão Portuguesa. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

Este questionário trata das implicações que a sua ferida tem na sua vida diária. Por favor, responda às perguntas cuidadosamente assinalando uma cruz no quadrado que melhor reflecte como se sente; demora cerca de dez minutos a preencher.

Se tiver dúvidas a responder a uma pergunta, por favor assinale a resposta que é mais próxima de como se sente. Todas as respostas são confidenciais.

Dados Pessoais

Iniciais do doente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sexo	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Código do doente	_____			
Data de nascimento	D D	M M	A A	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Avaliação	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a 5 ^a
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Data da avaliação	D D	M M	A A	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Data da próxima avaliação	D D	M M	A A	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Estado da ferida	Cicatrizada	Não Cicatrizada		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vive sozinho?	Sim	Não		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Com que frequência está Com a sua família e amigos?	Uma vez por dia	Uma vez por semana	Uma vez por mês	Menos de uma vez por mês
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bem Estar

Até que ponto concorda ou discorda com as seguintes afirmações?

	Discordo plenamente	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo plenamente
Ando muito preocupado/a com a/s minha/s ferida/s	<input type="checkbox"/>				
Ando desanimado/a com o tempo que está a levar para cicatrização a/s ferida/s	<input type="checkbox"/>				
Estou confiante que a/s ferida/s que tenho cicatrizará/ão	<input type="checkbox"/>				
Preocupo-me que possa vir a ter outra ferida no futuro	<input type="checkbox"/>				
O aspecto da ferida é preocupante	<input type="checkbox"/>				
Tenho medo de me magoar no local da ferida	<input type="checkbox"/>				
Preocupo-me com os efeitos da/s ferida/s na minha família ou nos meus amigos	<input type="checkbox"/>				

Sintomas Físicos e Vida Diária

Viveu alguma das seguintes situações na semana passada?

	Nunca / Não se aplica	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Dormir mal	<input type="checkbox"/>				
Dificuldades a tomar banho	<input type="checkbox"/>				
Imobilidade em casa	<input type="checkbox"/>				
Imobilidade fora de casa	<input type="checkbox"/>				
Deitar líquido (“babar”) da ferida	<input type="checkbox"/>				
Dor na ferida	<input type="checkbox"/>				
Incómodo devido à ligadura ou penso	<input type="checkbox"/>				
Odor desagradável ou cheiro a partir da ferida	<input type="checkbox"/>				
Problemas com tarefas diárias (ex.: compras)	<input type="checkbox"/>				
Dificuldade em encontrar calçado apropriado	<input type="checkbox"/>				
Problemas com o tempo necessário para tratar da ferida	<input type="checkbox"/>				
Dificuldades económicas por causa da ferida	<input type="checkbox"/>				

Sintomas Físicos e Vida Diária

Até que ponto é que estas situações o/a perturbam

	Nunca / Não se aplica	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Imenso
Dormir mal	<input type="checkbox"/>				
Dificuldades a tomar banho	<input type="checkbox"/>				
Imobilidade em casa	<input type="checkbox"/>				
Imobilidade fora de casa	<input type="checkbox"/>				
Deitar líquido (“babar”) da ferida	<input type="checkbox"/>				
Dor na ferida	<input type="checkbox"/>				
Incómodo devido à ligadura ou penso	<input type="checkbox"/>				
Odor desagradável ou cheiro a partir da ferida	<input type="checkbox"/>				
Problemas com tarefas diárias (ex.: compras)	<input type="checkbox"/>				
Dificuldade em encontrar calçado apropriado	<input type="checkbox"/>				
Problemas com o tempo necessário para tratar da ferida	<input type="checkbox"/>				
Dificuldades económicas por causa da ferida	<input type="checkbox"/>				

Vida Social

Passou por alguma das seguintes situações na semana passada?

	Nunca / Não se aplica	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Dificuldade em sair e conviver	<input type="checkbox"/>				
Confiar mais nos outros	<input type="checkbox"/>				
A sua família ou amigos serem superprotetores	<input type="checkbox"/>				
Incapaz de gozar a sua vida social normal (ex: passatempos)	<input type="checkbox"/>				
Contacto limitado com a família ou amigos	<input type="checkbox"/>				
Não sair devido a medo de magoar a ferida	<input type="checkbox"/>				
Querer isolar-se das pessoas	<input type="checkbox"/>				

Vida Social

Até que ponto é que estas situações o/a perturbam?

	Nunca / Não se aplica	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Imenso
Dificuldade em sair e conviver	<input type="checkbox"/>				
Confiar mais nos outros	<input type="checkbox"/>				
A sua família ou amigos serem superprotetores	<input type="checkbox"/>				
Incapaz de gozar a sua vida social normal (ex: passatempos)	<input type="checkbox"/>				
Contacto limitado com a família ou amigos	<input type="checkbox"/>				
Não sair devido a medo de magoar a ferida	<input type="checkbox"/>				
Querer isolar-se das pessoas	<input type="checkbox"/>				

Qualidade de Vida em Geral

De que forma classificaria a sua qualidade de vida em geral durante a passada semana?

Por favor, faça um círculo à volta de um dos seguintes números:

Como é a sua qualidade de vida?

A minha qualidade de vida é a pior possível	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A minha qualidade de vida é a melhor possível
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---

Até que ponto está satisfeito/a com a sua qualidade de vida em geral?

Nada satisfeito/a	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito satisfeito/a
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------

Comentários:

ANEXO II

Formulário – Características da ferida

CARACTERÍSTICAS DA FERIDA

Este formulário tem como objetivo identificar as características da ferida da pessoa com úlcera venosa, a quem vai ser aplicado o Esquema *Cardiff* de Impacto da Ferida.

Código do doente: _____

1. Assinale com uma cruz “X” nas opções aplicáveis:

Esta pessoa tem outras patologias associadas?

SIM: **NÃO:**

SE ASSINALOU SIM INDIQUE QUAIS:

Diabetes Mellitus

Hipertensão arterial

Obesidade

Doença oncológica

Doença neurodegenerativa

História de trombose venosa profunda

Insuficiência cardíaca congestiva

Outras: Especifique: _____

2. Preencha os seguintes espaços em branco:

a) Valor do índice de pressão tornozelo/braço: _____

b) Tempo de aparecimento da úlcera até ao presente (em meses): _____

c) Localização da úlcera: _____

3. Deverá assinalar as características aplicáveis com uma cruz “X”.

a) Úlcera recorrente:

b) Úlcera primária:

Tipo de tratamento:

a) Terapia compressiva:

b) Tratamento exclusivo a apósitos:

c) Cirurgia vascular:

d) Cirurgia plástica:

Tipo de tecido:

a) Tecido necrótico:

b) Tecido desvitalizado:

c) Tecido de granulação:

d) Tecido epitelial:

e) Tecido cicatrizado:

Quantidade de exsudado:

a) Nenhum:

b) Pouco:

c) Moderado:

d) Abundante:

Infeção:

a) Ausente:

b) Presente:

4. Meça a ferida em comprimento e largura. Deverá considerar o maior comprimento e a maior largura em cm.

Comprimento: ____ cm

Largura: ____ cm

5. Questione a pessoa se tem dor. Se a resposta for afirmativa, solicite a localização da sua dor, e assinale com uma cruz “X” no nível de dor escolhido.

0- Sem dor ____

1- Dor ligeira ____

2- Dor moderada ____

3- Dor intensa ____

4- Dor máxima ____

Obrigado pela colaboração!

ANEXO III

Formulário – Decisão terapêutica

DECISÃO TERAPÊUTICA

Com este impresso pretendem-se conhecer os critérios que utiliza para a tomada de decisão terapêutica no tratamento da pessoa com úlcera venosa na sua prática profissional. O preenchimento deste impresso tem duração aproximada de cinco minutos e todas as respostas são confidenciais.

Deverá assinalar com uma cruz “X” no (s) critério (s) que considera na sua tomada de decisão.

1. Na minha decisão terapêutica atendo aos seguintes critérios relacionados com o doente:

Idade:	<input type="checkbox"/>	Etiologia da úlcera:	<input type="checkbox"/>
Co-morbilidades:	<input type="checkbox"/>	Condição clínica:	<input type="checkbox"/>
Autonomia nas actividades de vida diárias:	<input type="checkbox"/>	Qualidade de vida:	<input type="checkbox"/>
Características da ferida:	<input type="checkbox"/>	Tempo de ulceração:	<input type="checkbox"/>
Número de recidivas	<input type="checkbox"/>	Tratamento anterior utilizado:	<input type="checkbox"/>
Índice de pressão tornozelo/braço:	<input type="checkbox"/>	Dor:	<input type="checkbox"/>
Questões sociais e económicas:	<input type="checkbox"/>	Expectativas do doente:	<input type="checkbox"/>
Opinião do doente:	<input type="checkbox"/>	Adesão à terapêutica/ Interesse do doente na cura:	<input type="checkbox"/>
Outros:	<input type="checkbox"/>	Especifique: _____	

2. Na minha decisão terapêutica atendo aos seguintes critérios relacionados com a instituição:

- Recursos disponíveis: Profissionais qualificados:
(membros da comissão de prevenção e tratamento de feridas ...)
- Relação/Confiança com os profissionais com quem trabalho: Diretrizes da instituição:
- Outros: Especifique: _____

3. Considera que a sua prática profissional está de acordo com os mais recentes conhecimentos teórico-científicos?

SIM: **NÃO:**

3.1. Se respondeu NÃO na questão anterior, assinale os fatores que podem contribuir para o desacordo:

- Escassos recursos materiais: Falta de formação na área:
- Equipa de trabalho com diferentes níveis de formação na área: Inexistência de equipa coesa:
- Escassez de recursos humanos: Inexistência de um protocolo institucional de abordagem:
- Insuficiente articulação entre a rede prestadora de cuidados: Insuficiente apoio de cirurgia vascular:
(Cuidados de saúde primários ↔ cuidados diferenciados)
- Outros: Especifique: _____

Obrigado pela sua colaboração!

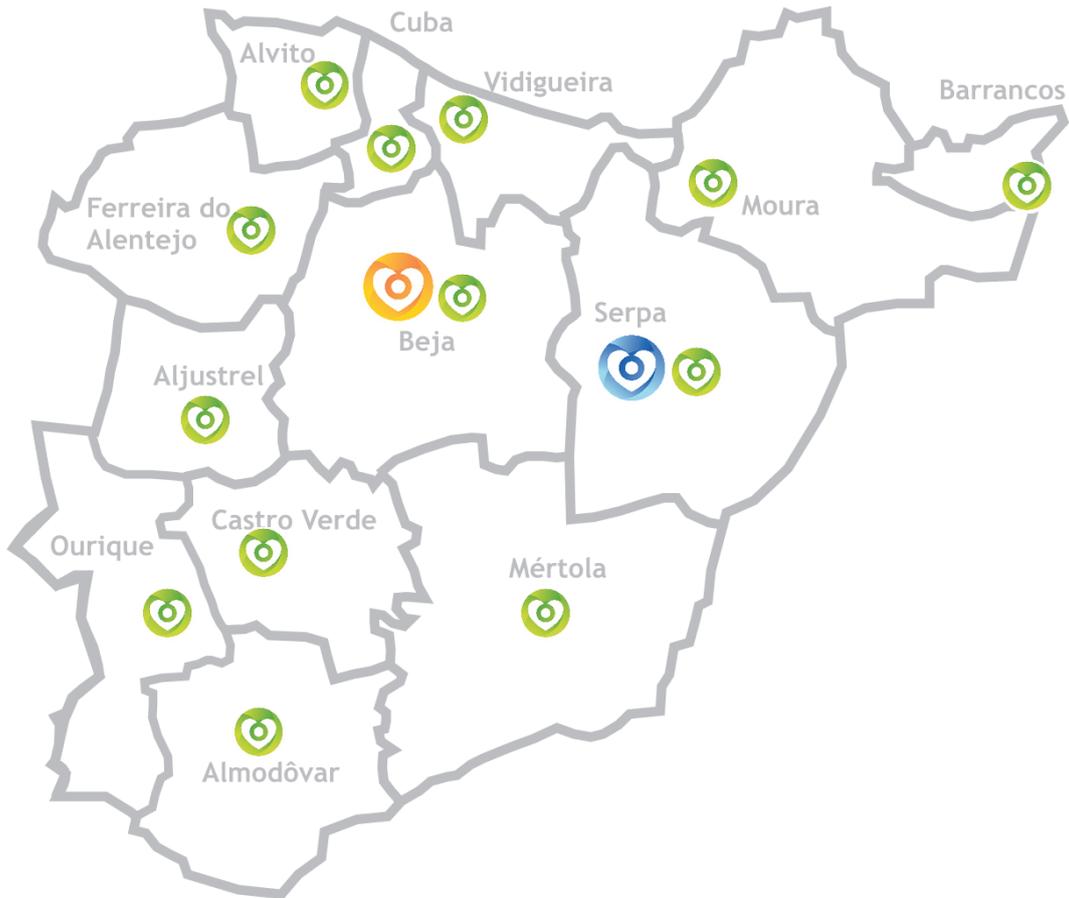
ANEXO IV

Área de influência da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo



ULSBA

Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE



ÁREA DE INFLUÊNCIA

ANEXO V

Coortes da população

COORTES DA POPULAÇÃO

CENTRO DE SAÚDE	COORTE
Mértola	De 29 de Abril de 2013 a 13 de Maio de 2013
Ourique	De 30 de Abril de 2013 a 14 de Maio de 2013
Vidigueira	De 8 de Maio de 2013 a 22 de Maio de 2013
Cuba	De 16 de Maio de 2013 a 30 de Maio de 2013
Beja 2	De 16 de Maio de 2013 a 30 de Maio de 2013
Serpa	De 22 de Maio de 2013 a 5 de Junho de 2013
Aljustrel	De 27 de Maio de 2013 a 10 de Junho de 2013
Almodôvar	De 27 de Maio de 2013 a 10 de Junho de 2013
Moura	De 3 de Junho de 2013 a 17 de Junho de 2013
Barrancos	De 5 de Junho de 2013 a 19 de Junho de 2013
Castro Verde	De 6 de Junho de 2013 a 20 de Junho de 2013
Alvito	De 12 de Junho de 2013 a 26 de Junho de 2013
Beja 1	De 14 de Junho de 2013 a 28 de Junho de 2013
Ferreira do Alentejo	De 1 de Julho de 2013 a 15 de Julho de 2013

ANEXO VI

**Pedido de autorização para colheita de dados dirigido ao Presidente do
Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo
Alentejo**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
Exma. Senhora Directora Clínica
Dra. Emília de Jesus A F Duro
Rua Dr. António Covas Lima
7800 Beja

Nossa Referência Data de Expedição
ICS/0366/2012 2012-06-01

ASSUNTO: Pedido para realização de colheita de dados

Exmo. Senhor Presidente,

O Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa vem por este meio, solicitar a V. Ex.cia autorização para que a aluna Paula Sofia Cristino Silva Cabrita, Enfermeira, Mestranda em Feridas e Viabilidade Tecidual, portadora do cartão de cidadão nº 131024710ZZ3, residente na Urbanização Quinta dos Arcos, lote 24, 4º D - Armação de Pêra, possa realizar a colheita de dados para o estudo académico com vista à obtenção do grau de Mestre, cujo projeto intitulado: "Úlcera venosa: impacto da decisão terapêutica na qualidade de vida" foi aprovado pelo Conselho Científico do ICS.

Da recolha de dados, a fazer junto dos doentes com úlceras de perna e junto dos profissionais que decidem o tratamento da ferida, não resultará quaisquer encargos, financeiros ou outros, para a instituição, sendo garantido o anonimato dos doentes e dos profissionais que voluntariamente aceitem participar no estudo.

A colheita dos dados seria realizada nos Centros de Saúde pertencentes à ULSBA no período de Setembro a Novembro/2012.

Agradecendo desde já o tempo dispensado por parte de V. Ex.cia ficamos a aguardar resposta tão breve quanto possível.

Estamos disponíveis para outros esclarecimentos.

Com os meus melhores cumprimentos,

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas
Diretor

ANEXO VII

Deferimento do Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo



Exmo. Senhor Prof. Doutor Alexandre
Castro Caldas
Universidade Católica Portuguesa -
Instituto de Ciências da Saúde

Rua Dr. Antonio Bernardino de Almeida,
s/n
4200 - 072 Porto

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Data
ICS/0366/2012	2012.06.01	SAI-ULSBA/2013/1028	2013-02-08

ASSUNTO: **PEDIDO DE REALIZAÇÃO DE COLHEITA DE DADOS
/ENVIO DE RESPOSTA**

Reportando-nos ao assunto em epígrafe, cumpre-nos informar V. Exa. do seguinte:

1. O Conselho de Administração deliberou, em reunião no dia 5 de Fevereiro de 2013, autorizar a aluna Paula Sofia Cristino Silva Cabrita a realizar a colheita de dados, conforme parecer da Comissão de Ética (Ata nº1, Ponto 7 de 11 de Dezembro de 2012);

Com os melhores cumprimentos, *também pessoais*

Paul
A Presidente do Conselho de Administração

q l
Margarida da Silveira

José Gaspar
Vogal Executivo
Competência Delegada na Acta
n.º 4 de 27.01.2012

/VR
2013 02 08

Mod. 37

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
SEDE HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES
Rua Dr. António Fernando Covas Lima
7801-849 Beja, Portugal
Tel: (+351) 284 310 200 Fax: (+351) 284 322 747
geral@ulsba.min-saude.pt www.ulsba.pt
NIF: 508 754 275



ANEXO VIII

Formulário do consentimento informado

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Exmo. (a) Sr. (a)

Eu, Paula Sofia Cristino Silva Cabrita, aluna do Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, sob orientação do professor doutor Mena Martins, vem solicitar a sua autorização e colaboração para participar no estudo “Úlcera venosa: qualidade de vida e decisão terapêutica”, respondendo ao questionário em anexo. A sua participação é livre e os seus dados manter-se-ão confidenciais, podendo apenas os resultados serem publicados em revistas científicas ou em outros eventos da mesma natureza.

Autorização:

Eu, _____,
após as orientações recebidas, aceito participar no estudo, realizado por Paula Sofia Cristino Silva Cabrita, aluna do Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, respondendo a um questionário. Sei que a minha participação é livre, sendo assegurada a confidencialidade das minhas respostas e a minha identidade. Sei também que posso abandonar o estudo em qualquer circunstância, sem que a minha decisão interfira no meu tratamento na instituição. Estou ciente que não sofrerei danos com esta participação e que os resultados podem ser publicados em revistas científicas e outros eventos da mesma natureza.

Assinatura do paciente: _____

Assinatura do investigador/profissional de saúde: _____

Data: __/__/__

Qualquer esclarecimento contactar:

Paula: 965779934

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Exmo. (a) Sr. (a)

Eu, Paula Sofia Cristino Silva Cabrita, aluna do Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, sob orientação do professor doutor Mena Martins, vem solicitar a sua autorização e colaboração para participar no estudo “Úlcera venosa: qualidade de vida e decisão terapêutica”, respondendo ao formulário em anexo. A sua participação é livre e os seus dados manter-se-ão confidenciais, podendo apenas os resultados serem publicados em revistas científicas ou em outros eventos da mesma natureza.

Autorização:

Eu, _____,
após as orientações recebidas, aceito participar no estudo, realizado por Paula Sofia Cristino Silva Cabrita, aluna do Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, respondendo a um questionário. Sei que a minha participação é livre, sendo assegurada a confidencialidade das minhas respostas e a minha identidade. Sei também que posso abandonar o estudo em qualquer circunstância, sem que essa decisão tenha consequências na minha prática clínica. Estou ciente que não sofrerei danos com esta participação e que os resultados podem ser publicados em revistas científicas e outros eventos da mesma natureza.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do investigador: _____

Data: __/__/__

Qualquer esclarecimento contactar:

Paula: 965779934

ANEXO IX

Respostas das pessoas com úlcera venosa no Esquema de *Cardiff* de Impacto da Ferida

Bem estar (N=31)

Até que ponto concorda ou discorda com as seguintes afirmações?

AFIRMAÇÃO	Discordo plenamente		Discordo		Não tenho a certeza		Concordo		Concordo plenamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ando preocupado/a com a/s minha/s ferida/s	16	51,6	12	38,7	1	3,2	1	3,2	1	3,2
Ando desanimado/a com o tempo está a levar para cicatrizar a/s ferida/s?	0	0	3	9,7	0	0	12	38,7	16	51,6
Estou confiante que a/s ferida/s que tenho cicatrizará/ão	0	0	3	9,7	7	22,6	12	38,7	9	29
Preocupo-me que possa vir a ter outra ferida no futuro	0	0	4	12,9	1	3,2	13	41,9	13	41,9
O aspeto da ferida é preocupante	2	6,5	10	32,3	1	3,2	12	38,7	6	19,4
Tenho medo de me magoar no local da ferida	0	0	2	6,5	0	0	8	25,8	21	67,7
Preocupo-me com os efeitos da/s ferida/s na minha família ou nos meus amigos	12	38,7	6	19,4	4	12,9	6	19,4	3	9,7

Sintomas físicos e vida diária (N=31)

Viveu alguma das seguintes situações na semana passada?

AFIRMAÇÃO	Nunca/Não se aplica		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dormir mal	8	25,8	6	19,4	8	25,8	4	12,9	5	16,1
Dificuldades a tomar banho	8	25,8	1	3,2	4	12,9	8	25,8	10	32,3
Imobilidade em casa	19	61,3	4	12,9	4	12,9	3	9,7	1	3,2
Imobilidade fora de casa	14	45,2	5	16,1	5	16,1	3	9,7	4	12,9
Deitar líquido (“babar”) da ferida	7	22,6	3	9,7	9	29	3	9,7	9	29
Dor na ferida	4	12,9	1	3,2	12	38,7	5	16,1	9	29
Incómodo devido à ligadura ou penso	7	22,6	5	16,1	6	19,4	5	16,1	7	22,6
Odor desagradável ou cheiro a partir da ferida	21	67,7	4	12,9	4	12,9	2	6,5	0	0
Problemas com tarefas diárias (ex.: compras)	12	38,7	3	9,7	4	12,9	8	25,8	4	12,9
Dificuldade em encontrar calçado apropriado	13	41,9	2	6,5	2	6,5	2	6,5	12	38,7
Problemas com o tempo necessário para tratar da ferida	20	64,5	2	6,5	4	12,9	4	12,9	1	3,2
Dificuldades económicas por causa da ferida.	18	58,1	2	6,5	6	19,4	3	9,7	2	6,5

Sintomas físicos e vida diária (N=31)

Até que ponto é que estas situações o/a perturbam

AFIRMAÇÃO	Nunca/Não se aplica		Ligeiramente		Moderadamente		Bastante		Imenso	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dormir mal	11	35,5	5	16,1	9	29	4	12,9	2	6,5
Dificuldades a tomar banho	9	29	5	16,1	9	29	7	22,6	1	3,2
Imobilidade em casa	18	58,1	3	9,7	6	19,4	2	6,5	2	6,5
Imobilidade fora de casa	14	45,2	3	9,7	9	29	2	6,5	3	9,7
Deitar líquido (“babar”) da ferida	13	41,9	4	12,9	5	16,1	5	16,1	4	12,9
Dor na ferida	5	16,1	8	25,8	5	16,1	7	22,6	6	19,4
Incómodo devido à ligadura ou penso	11	35,5	6	19,4	7	22,6	4	12,9	3	9,7
Odor desagradável ou cheiro a partir da ferida	23	74,2	3	9,7	4	12,9	1	3,2	0	0
Problemas com tarefas diárias (ex.: compras)	11	35,5	9	29	8	25,8	3	9,7	0	0
Dificuldade em encontrar calçado apropriado	12	38,7	3	9,7	6	19,4	9	29	1	3,2
Problemas com o tempo necessário para tratar da ferida	24	77,4	3	9,7	1	3,2	2	6,5	1	3,2
Dificuldades económicas por causa da ferida.	19	61,3	3	9,7	4	12,9	2	6,5	3	9,7

Vida social (N=31)

Passou por alguma das seguintes situações na semana passada?

AFIRMAÇÃO	Nunca/Não se aplica		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dificuldade em sair e conviver	16	51,6	4	12,9	3	3,7	4	12,9	4	12,9
Confiar mais nos outros	18	58,1	3	9,7	6	19,4	4	12,9	0	0
A sua família ou amigos serem superprotetores	8	25,8	2	6,5	7	22,6	3	9,7	11	35,5
Incapaz de gozar a sua vida social normal (ex.: passatempos)	13	41,9	2	6,5	6	19,4	4	12,9	6	19,4
Contato limitado com família e amigos	17	54,8	4	12,9	2	6,5	4	12,9	4	12,9
Não sair devido a medo de magoar a ferida	18	58,1	4	12,9	4	12,9	3	9,7	2	6,5
Querer isolar-se das pessoas	25	80,6	4	12,9	0	0	1	3,2	1	3,2

Vida social (N=31)

Até que ponto é que estas situações o/a perturbam

AFIRMAÇÃO	Nunca/Não se aplica		Ligeiramente		Moderadamente		Bastante		Imenso	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dificuldade em sair e conviver	19	61,3	3	9,7	5	16,1	2	6,5	2	6,5
Confiar mais nos outros	20	64,5	6	19,4	2	6,5	2	6,5	1	3,2
A sua família ou amigos serem superprotetores	27	87,1	3	9,7	1	3,2	0	0	0	0
Incapaz de gozar a sua vida social normal (ex.: passatempos)	12	38,7	6	19,4	7	22,6	4	12,9	2	6,5
Contato limitado com família e amigos	14	45,2	7	22,6	5	16,1	3	16,1	2	6,5
Não sair devido a medo de magoar a ferida	17	54,8	6	19,4	6	19,4	2	6,5	0	0
Querer isolar-se das pessoas	28	90,3	1	3,2	1	3,2	1	3,2	1	3,2

